

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LÉGITIMATION DES SAVOIRS D'ENTRAÎNEURS DE HOCKEY POUR
INTERVENIR EN PROMOTION DE LA SANTÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN ÉDUCATION

PAR

LILIAN GUICHERD-CALLIN

OCTOBRE 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes doivent être remerciées pour m'avoir permis de réaliser ce travail. Je tiens à remercier Hockey Québec et tous les membres du comité de recherche avec qui j'ai pu collaborer. Je vous remercie sans vous nommer, par respect pour votre anonymat, de m'avoir accompagné dans la compréhension des données, du contexte du hockey et des enjeux de formation des entraîneurs. Je tiens à remercier tous les entraîneurs qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et de faire des entrevues. Vous m'avez fait découvrir une discipline sportive et un milieu que je connaissais peu. Je tiens à remercier le Réseau de recherche en santé des populations du Québec et particulièrement le programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique (4P) pour le financement apporté. Je remercie particulièrement Gilles Paradis et Anne Marie Hamelin qui ont eu une grande influence sur l'orientation de mon projet de recherche. Je tiens à remercier ma complice de 4P, Julie Beauchamp qui m'a soutenu et aidé dans mes analyses. Je remercie tous les boursiers 4P avec qui j'ai pu échanger et apprendre.

Je remercie l'Institut National de santé publique du Québec, l'équipe d'école en santé et mon mentor de santé publique Marthe Deschesnes pour leur accueil lors de mon stage au sein du programme 4P. J'ai une pensée pour ma première codirectrice de recherche Émilie Kalinova qui m'a encouragé à entreprendre mon doctorat.

Je tiens à remercier mes directrices de recherche pour leur accompagnement et leur soutien indéfectible dans cette longue entreprise où nous avons vécu beaucoup de rebondissements. Je tiens à remercier Louise Potvin pour son apport réflexif et méthodologique à cette recherche. Rien n'a été plus dur que de justifier mes positions devant vous. Un grand merci à Joanne Otis qui a osé me prendre comme étudiant. Son engagement m'a permis de comprendre le métier de chercheur et de m'intégrer dans la communauté universitaire. Plus qu'une directrice de recherche, tu as été une « mère spirituelle » qui a su canaliser le caractère sauvage d'un intellect trop foisonnant.

Enfin, je tiens à remercier ma famille, Véronique, Évan et Léa, qui m'ont soutenu et supporté dans cette entreprise. Je l'ai fait grâce à vous.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
RÉSUMÉ	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET SOLUTIONATIQUE	7
1.1. Le sport, un cadre de vie potentiel pour la promotion de la santé	7
1.2. Les défis de l'inclusion de l'éducation à la santé en milieu scolaire	11
1.3. L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique	13
1.4. Les représentations sociales de la santé : l'appropriation profane de savoirs scientifiques	13
1.5. Le sport, le hockey et la santé au Québec	14
1.6. Les programmes de santé publique et le hockey au Québec	16
1.7. L'environnement socioculturel du hockey au Québec	17
1.8. La solutionatique	19
1.8.1. Les interventions en promotion de la santé déjà réalisées en contexte sportif international	19
1.8.2. Les interventions de Hockey Québec pour promouvoir la santé	22
1.9. Problèmes et questions de recherche	23
CHAPITRE 2: CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE	26
2.1. Les enjeux conceptuels de la légitimation des savoirs en matière de santé	27
2.2. Constructivisme radical et théorie de la connaissance projectuelle	31
2.2.1. Dépasser la relation objet sujet pour explorer une nouvelle proposition théorique de la connaissance projectuelle	35
2.2.2. La question gnoséologique de la connaissance	35
2.2.3. La question méthodologique de la connaissance	41
2.2.4. La question téléologique de la connaissance	44
2.2.5. La question éthique de la connaissance	47
2.2.6. Nature individuelle et sociale des savoirs	49
2.3. La théorie des représentations sociales	51
2.3.1. La question épistémologique des représentations sociales	52
2.3.2. La question ontologique des représentations sociales	55
2.3.3. La question méthodologique des représentations sociales	61
2.3.4. La question éthique des représentations sociales	62
2.3.5. La question téléologique des représentations sociales	63
2.4. L'éducation à la santé ou l'exploration de la normativité sanitaire	67
2.4.1. La question ontologique de l'éducation à la santé	69
2.4.2. La question téléologique de l'éducation à la santé	71

2.4.3. La question épistémique de l'éducation à la santé	72
2.4.4. Éduquer à la santé en se basant sur les objets à enseigner	74
2.4.5. Éduquer à la santé en se basant sur le sujet qui apprend	76
2.4.6. La question éthique de l'éducation à la santé	78
2.4.7. La question méthodologique de l'éducation à la santé.....	81
2.5. Définir la promotion de la santé et caractériser sa pratique	82
2.5.1. La question ontologique de la promotion de la santé	82
2.5.2. La question méthodologique de la promotion de la santé	84
2.5.3. La question téléologique de la promotion de la santé	84
2.5.4. La question éthique de la promotion de la santé	85
2.5.5. Reformulation des questions de recherche	85
CHAPITRE 3 : RECENSION DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.....	87
3.1. Comprendre la santé et sa représentation	87
3.1.1. Les conceptions profanes de la santé	90
3.1.2. La représentation sociale de la santé suivant le contexte socioculturel	91
3.1.3. La représentation sociale de la santé suivant la fonction professionnelle	92
3.2. Comprendre le métier d'entraîneur et sa représentation	95
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE	102
4.1. La recherche sur les interventions en santé des populations	102
4.2. La recherche-intervention	103
4.3. Le devis de recherche	106
4.4. La légitimation des savoirs	107
4.4.1. La population à l'étude et les échantillons	111
4.4.2. Les méthodes de collectes de données	117
4.4.3. Les variables du questionnaire.....	118
4.4.4. Les variables des entrevues.....	125
4.4.4. L'analyse des données pour la structure des représentations.....	126
4.4.5. L'analyse des données pour le contenu des représentations	129
4.5. L'élaboration des savoirs génériques.....	131
4.6. Scientificité et limites de la recherche.....	131
4.6.1. La triangulation.....	132
4.6.2. Considérations éthiques	133
4.6.3. Les limites de la recherche.....	135
CHAPITRE 5 : RÉSULTATS	138
5.1. La représentation sociale de la santé	138
5.2. Les analyses de la structure de la représentation sociale de la santé.....	138
5.3. Les analyses du contenu de la représentation sociale de la santé.....	140
5.3.1. L'analyse catégorielle de la représentation sociale de la santé	140
5.3.2. L'analyse thématique de la représentation sociale de la santé	141
5.3.2.1. Les multiples états de la santé	142
5.3.2.2. Le thème de la santé naturelle	143
5.3.2.3. La santé bien-être	144

5.3.2.4. La santé performative	146
5.3.2. La santé et le hockey	147
5.3.3. Les actions de santé	148
5.4. La représentation sociale du métier d'entraîneur	153
5.5. L'analyse de la structure de la représentation sociale du métier d'entraîneur ...	153
5.6. L'analyse du contenu de la représentation du métier d'entraîneur	154
5.6.1. L'analyse catégorielle de la représentation du métier d'entraîneur	155
5.6.2. L'analyse thématique de la représentation du métier d'entraîneur	155
5.6.2.1. Les caractéristiques d'un entraîneur	157
5.6.2.2. Les actions de l'entraîneur	159
5.6.2.3. Les domaines d'actions de l'entraîneur	163
5.6.2.4. Les finalités et objectifs d'actions	166
5.6.2.5. La temporalité des actions de l'entraîneur.....	169
5.6.2.6. Les lieux d'actions des entraîneurs	170
5.6.2.7. Les normes et rôles des entraîneurs.....	171
5.6.2.8. La difficulté d'entraîner	173
5.6.2.9. La formation des entraîneurs	175
5.7. L'élaboration des savoirs génériques.....	175
5.7.1. La représentation sociale de la santé.....	176
5.7.1.1. Triangulation des analyses pour la représentation sociale de la santé.....	176
5.7.1.2. Modélisation de la représentation sociale de la santé.....	181
5.7.2. La représentation sociale du métier d'entraîneur.....	183
5.7.2.1. Triangulation et interprétation de la représentation sociale du métier	184
5.7.2.2. Modélisation de la représentation sociale du métier d'entraîneur.....	189
CHAPITRE 6 : DISCUSSION	192
6.1. L'apport du cadre théorique pour l'analyse des représentations sociales.....	192
6.2. Confrontation des résultats avec les recherches antérieures.....	193
6.2.1. La confrontation des résultats pour la représentation sociale de la santé	194
6.2.2. La confrontation des résultats pour la représentation du métier d'entraîneur.....	197
6.3. Les résultats et le cadre conceptuel de la recherche	200
6.3.1. L'apport des représentations sociales comme savoirs génériques	200
6.3.2. La contribution des savoirs génériques à l'objectif pragmatique	202
6.4. Les retombées de la recherche.....	204
6.5. Les pistes de recherche	206
6.6. Les pistes d'actions envisagées	206
6.6.1. Le cadre conceptuel de l'intervention.....	207
6.7. Les stratégies d'actions et les éléments d'opérationnalisation	209
6.8. Les limites de la recherche	212
CONCLUSION	214
ANNEXE A : CONTRAT DE COLLABORATION	218
ANNEXE B : CERTIFICAT ÉTHIQUE	220
BIBLIOGRAPHIE	221

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
2.1	Processus de connaissance.....	37
2.2	Perspective sociale du processus de connaissance.....	43
2.3	Schématisation de la formation d'une représentation sociale et logique d'attraction entre représentations sociales faibles et fortes (Seca, 2010)....	57
2.4	Schématisation des constituants de la pensée sociale (Seca, 2010).....	58
2.5	Les différents espaces de normalités en éducation à la santé.....	80
4.1	La position du chercheur en Recherche-intervention et ses finalités par rapport à l'intervention.....	105
6.1	La définition de la santé.....	208

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Les différents courants d'étude des représentations sociales et leurs auteurs.....	53
2.2 Évolution chronologique d'une représentation sociale.....	59
2.3 Socle épistémique en éducation à la santé.....	75
4.1 Actions et acteurs de Hockey Québec impliqués dans la conception du canevas de recherche.....	109
4.2 Caractéristiques des répondants.....	114
4.3 Nombre d'entraîneurs rencontrés en entrevue par niveau de compétition et catégorie d'âge.....	116
4.4 Caractéristiques des entraîneurs interrogés pour les entrevues	117
4.5 Tableau type d'analyse des évocations hiérarchisées.....	129
5.1 Analyse prototypique de la représentation sociale de la santé.....	139
5.2 Fréquence et pourcentage d'évocations des termes pour l'analyse catégorielle.....	141
5.3 Arbre thématique pour la santé	142
5.4 Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « la santé, c'est de multiples états » et les catégories.....	143
5.5 Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « La santé naturelle » et les catégories.....	144
5.6 Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « santé bien-être » et les catégories.....	145
5.7 Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour la catégorie de « la santé résulte d'actions ».....	146
5.8 Nombres d'entrevues et d'unité de sens pour le thème « santé performative » et les catégories.....	147
5.9 Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « la santé et le hockey » et les catégories.....	148
5.10 Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « les actions de santé » et ses catégories.....	150
5.11 Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour les catégories « actions réalisées ».....	151
5.12 Analyse prototypique de la représentation sociale du métier d'entraîneur.....	154
5.13 Fréquence et pourcentage d'évocation des termes pour les catégories de la représentation sociale du métier d'entraîneur par catégorie d'entraîneur.....	155
5.14 Arbre thématique du métier d'entraîneur.....	156

5.15	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « les caractéristiques d'un entraîneur » et les catégories.....	158
5.16	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour les actions de l'entraîneur et les catégories.....	160
5.17	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour les domaines d'actions des entraîneurs et les catégories.....	164
5.18	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour les finalités et objectifs d'actions des entraîneurs.....	167
5.19	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour la catégorie développement du jeune.....	168
5.20	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour la temporalité des actions des entraîneurs et les catégories.....	171
5.21	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour les lieux d'actions des entraîneurs et les catégories.....	172
5.22	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour les normes et rôles des entraîneurs et les catégories.....	174
5.23	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « la difficulté d'entraîner » et les catégories.....	175
5.24	Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour la formation des entraîneurs et les catégories.....	176
5.25	Tableau de triangulation des analyses pour la représentation de la santé.....	177
5.26	Modélisation de la représentation sociale de la santé.....	183
5.27	Triangulation des analyses de la représentation du métier d'entraîneur.....	184
5.28	Modélisation de la représentation sociale du métier d'entraîneur.....	191
6.1	Caractéristique de la stratégie du programme de formation.....	210
6.2	Caractéristiques de la stratégie ligue santé.....	212

RÉSUMÉ

Contexte : La production et l'utilisation des savoirs scientifiques sont un enjeu majeur de ce siècle. Cette étude propose une réflexion sur ces enjeux à partir de la posture épistémologique du constructivisme radical. Une réflexion entre universitaires et dirigeants de Hockey Québec a été engagée sur la possibilité d'implanter des interventions de promotion de la santé grâce aux entraîneurs. Cette réflexion est importante pour Hockey Québec à cause des implications probables sur la conception du rôle de l'entraîneur promu et la modification des cursus de formation des entraîneurs que peut demander l'implantation de ces interventions. Cette réflexion illustre le principe de prise de décision sur des données probantes. Elle illustre comment produire des savoirs scientifiques pertinents pour résoudre des situations problématiques.

Objectifs: Quatre objectifs ont été identifiés pour cette étude. Le premier objectif, de nature théorique, porte sur les liens épistémologiques, théoriques et conceptuels à établir entre le constructivisme radical et la théorie des représentations sociales. Deux autres objectifs de nature épistémique sont de documenter les représentations sociales de la santé et du métier d'entraîneur. L'étude des représentations sociales des entraîneurs permet de comprendre leur façon de penser la santé et leur métier. Le dernier objectif, de nature pragmatique, est de définir ce qu'ils peuvent faire et ne pas faire en promotion de la santé.

Méthodologie: Pour le premier objectif, une proposition théorique est élaborée pour établir des liens épistémologique, théorique et conceptuel entre le constructivisme radical et la théorie des représentations sociales. Pour les objectifs épistémiques, la méthodologie de recherche s'appuie sur une étude transversale exploratoire avec un questionnaire et des entrevues individuelles. Un échantillon de 330 personnes a répondu au questionnaire et 12 entraîneurs ont participé aux entrevues. Des analyses statistiques descriptives et inférentielles, des analyses prototypiques, catégorielles, thématiques ont été réalisées pour générer des savoirs locaux. Une procédure de triangulation des résultats a permis une interprétation et une modélisation des représentations. Pour l'objectif pragmatique, un processus de légitimation des savoirs a été mise en place grâce à plusieurs rencontres avec Hockey Québec. Ce processus a été documenté par observation directe à l'aide de la tenue d'un journal de bord, l'enregistrement des réunions et l'analyse de traces écrites.

Résultats: Pour le premier objectif, nous proposons la théorie de la connaissance projectuelle qui offre un modèle basé sur trois éléments (l'objet à connaître, le sujet et l'objet connu) et trois étapes (biologisation, physicalisation et communication). Pour les représentations sociales, les entraîneurs conçoivent la santé comme une santé

naturelle, une santé bien-être et une santé performative. Les entraîneurs se conçoivent dans leur métier comme des leaders, des enseignants et des éducateurs. Au niveau pragmatique, un cadre d'intervention des entraîneurs en promotion de la santé a été proposé à Hockey Québec.

Conclusion: L'utilisation des représentations sociales avec la posture du constructivisme radical a nécessité la production d'une proposition théorique de la connaissance. L'étude des représentations sociales offre une voix aux entraîneurs de hockey dans le processus de légitimation des savoirs. Les savoirs produits ont permis la production d'un cadre d'action qui servira à la prise de décision des dirigeants de Hockey Québec. Le processus de légitimation offre une autre voie d'étude prometteuse pour la production et l'utilisation des savoirs scientifiques en sciences de l'éducation.

MOTS-CLÉS: Légitimation des savoirs, constructivisme radical, représentations sociales, promotion de la santé, recherche intervention.

ABSTRACT

Context: Production and utilization of scientific knowledge is a major issue. A reflection to these Issues is done with the epistemological position of radical constructivism. The context of this study is the collaboration between academics and leaders of Hockey Quebec to implement health promotion interventions with coaches. This reflection illustrates the principle of the evidence-based decision-making.

Objectives: The first theoretical objective is to elaborate an epistemological, theoretical, and conceptual proposition to link radical constructivism and social representation theory. The second epistemic objective is to document social representations among health and the job of Coach. A last pragmatic objective is to define the potential of coaches to act in health education.

Methods: The research methodology is based on an exploratory cross-sectional study with a questionnaire and individual interviews. A sample of 330 peoples completed the questionnaire and 12 coaches participated in the interviews. Descriptive and inferential statistical analyses, prototypical analyses, categorical analyses, thematic analyses were done. A triangulation allowed an interpretation and the modelization of social representations. A knowledge legitimization process has been set up with several meetings with Hockey Québec. This process has been documented, with a

direct observation with keeping a diary, recording meetings and collection of written records.

Results: A theoretical proposition of knowledge was made with three steps (biologisation, physicalisation, communication) and three elements (object to know, subject and known object). Health is conceptualized as natural health, wellness health and performance health. Coaches conceptualize themselves as leader, teacher and educator. A conceptual framework and an action framework based on two action strategies of health promotion have been done with Hockey Quebec.

Conclusions: The use of social representations with the posture of radical constructivism required the production of a theoretical proposition of knowledge. The study of social representations provides a voice for hockey coaches at the knowledge legitimization process. Produced knowledge has enabled the production of a framework that will be used for decision making by executives of Hockey Quebec. The legitimization process offers another promising way of study the scientific knowledge production and utilization in education sciences.

KEYWORDS: Legitimization of knowledge, radical constructivism, social representations, health promotion, intervention research.

INTRODUCTION

Une *société de la connaissance* se développera au 21^e siècle! C'est le postulat de Michel Cartier, ancien professeur de l'Université du Québec à Montréal et consultant en technologie. Il a développé un site Internet où il présente sa réflexion (<http://www.21siecle.quebec>). Il expose ainsi l'arrivée de la fin du monde que nous connaissons et le début d'un *Nouveau Monde*. Le développement des médias numériques et d'Internet n'est pas pour lui *une quatrième révolution industrielle, mais une première révolution post-industrielle*. L'information est au centre de sa réflexion. Il constate une augmentation des données disponibles sur Internet et du nombre d'utilisateurs qui va bouleverser la façon de vivre.

Cette révolution va entraîner des modifications profondes dans notre façon de connaître et d'apprendre. On constate déjà les effets dans différents secteurs de la vie courante. La science comme institution de production des savoirs va devoir aussi s'adapter. Elle doit chercher à favoriser l'utilisation des savoirs scientifiques dans les différents domaines de la vie. De plus en plus, le savoir scientifique est en concurrence avec d'autres formes de savoirs présents sur Internet. On risque de retrouver cet enjeu de concurrence dans tous les autres secteurs de la vie notamment en milieu professionnel. Cet enjeu est déjà identifié et on assiste au développement de stratégies de vulgarisation des savoirs scientifiques et de transfert de connaissances.

Dans des secteurs comme la santé, les professionnels appuient déjà leurs actions sur des savoirs scientifiques. On appelle ce mouvement la pratique basée sur les données probantes (*evidence-based practice*). Un champ de recherche scientifique s'est développé depuis une dizaine d'années sur la notion de « *knowledge translation* » ou « transfert de connaissances » en français. Ce champ est particulièrement associé à la

santé, mais on observe un élargissement de cet intérêt aux sciences sociales (Dagenais, 2006). On observe aussi le développement d'un champ de recherche en « *knowledge management* » associé aux sciences de la gestion.

L'appellation même de ce champ en transfert de connaissances implique des postulats épistémologiques que nous qualifierons de « positivistes ». Par épistémologique, nous entendons tout ce qui se rapporte à l'étude de la connaissance valable, qu'elle soit scientifique ou non (Piaget, 1969). L'utilisation du terme transfert de connaissances renvoie aux courants pédagogiques et aux notions développées par les behavioristes ou les cognitivistes (Vienneau, 2005). Dans le monde de l'éducation et particulièrement dans le monde scolaire, on assiste à une « guerre » entre positivisme et constructivisme, entre transfert des connaissances et construction des savoirs (Boutin, 2012). Au Québec, avec la réforme du programme de formation de l'école québécoise, on assiste à une « prise de pouvoir » du constructivisme (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). En même temps, sur ce nouvel enjeu de la production des savoirs scientifiques et son utilisation, les postures positivistes, à notre avis, semblent prédominantes.

Cependant, certains modèles de transfert de connaissances se réclament du socioconstructivisme (Parent, R. et al., 2007) et plusieurs études utilisent des théories socioconstructivistes dans les études réalisées en transfert de connaissances (Thomas et al., 2014). Cependant le terme de constructivisme ou socioconstructivisme est polysémique et peut revêtir différentes postures épistémologiques et méthodologiques (Avenier, 2011; Vienneau, 2005). Des auteurs appellent à une modification de l'utilisation des expressions « *knowledge translation* » et questionnent les postulats qui sont rattachés à cette dénomination (Davies et al., 2008; Greenhalgh et Wieringa, 2011). On retrouve des enjeux de relation entre chercheurs et praticiens (Caplan, N., 1979), l'existence de différents modèles théoriques, de différentes appellations de ces

processus, de différents jugements de la valeur des savoirs non scientifiques, de la difficulté d'applicabilité des savoirs scientifiques (Graham et al., 2006).

Cette thèse s'inscrit dans cette réflexion sur les enjeux de production des savoirs scientifiques pour l'action et leur utilisation dans les milieux de pratiques. C'est un enjeu important pour les sciences de l'éducation (Landry et al., 2008) et pour les sciences de la santé (Graham et al., 2009). Cette thèse en éducation s'inscrit dans le champ de la recherche interventionnelle en santé des populations (Hawe et Potvin, 2009). Nous allons adopter une posture épistémologique peu utilisée sur ces enjeux en sciences de l'éducation, mais déjà utilisée en sciences de la gestion: le constructivisme radical (Glaserfeld, 1974). Cette posture offre la possibilité de considérer la démarche scientifique comme une recherche de la viabilité des savoirs produits plutôt que la recherche de la vérité. Cette posture offre la possibilité de ne pas considérer les savoirs scientifiques comme supérieurs aux autres savoirs, mais comme ayant différentes formes de valeurs parfois supérieures, parfois inférieures.

Le constructivisme radical est un courant de réflexion sur ce qu'est la connaissance et le rapport des individus à la réalité. En adoptant le constructivisme radical, nous n'allons pas recourir à ce qu'on appelle un transfert de connaissances, mais à un processus de légitimation des savoirs (Albert et Avenier, 2011).

Le contexte de cette étude est une réflexion réalisée par des chercheurs universitaires en partenariat avec une fédération sportive pour agir en promotion de la santé. L'objectif de cette réflexion est de concevoir une intervention de promotion de la santé spécifique à la fédération québécoise de hockey sur glace (Hockey Québec) qui pourrait avoir un effet plus large sur la santé de la population du Québec. Le postulat de cette réflexion repose sur la possibilité d'utiliser les entraîneurs de hockey pour implanter cette intervention et en faire des promoteurs de la santé. Plusieurs enjeux découlent de cette réflexion pour Hockey Québec. S'appuyer sur les entraîneurs pour

agir en promotion de la santé entraînerait des modifications importantes au niveau des cursus de formation, de la définition du rôle de l'entraîneur et de la structuration de leur identité. Peut-on demander à cet acteur social d'agir pour promouvoir la santé, comme on l'a demandé aux éducateurs physiques avec la réforme des programmes de formation de l'école québécoise en 2001?

Le processus de production des savoirs scientifiques utilisé dans la réflexion avec Hockey Québec est la légitimation des savoirs. Ce processus se compose de cinq étapes pour produire des savoirs et les activer en partenariat avec Hockey Québec. La légitimation des savoirs est un processus spécifique à la posture du constructivisme radical. Dans le contexte de cette étude, il est important de créer des savoirs scientifiques afin de concevoir une intervention. Pour cela, il est nécessaire d'explorer ce que pensent les entraîneurs qui sont les acteurs cibles pour mettre en place l'intervention. Que pensent-ils de la santé, de leur rôle ou de leur « métier » d'entraîneur, de ce qu'ils doivent faire ou non en matière de santé? Pour comprendre ce que pensent les entraîneurs au sujet de ces questions, nous avons choisi d'utiliser la théorie des représentations sociales¹. Cette théorie permet l'étude des savoirs des entraîneurs en tant qu'acteurs sociaux. Les représentations sociales s'étudient comme des processus et des produits au croisement du psychologique et du social. Même si cette théorie est membre de la grande famille constructiviste, elle n'a jamais été utilisée à notre connaissance avec la posture épistémologique du constructivisme radical. Cette situation a demandé un travail théorique important pour démontrer la combinaison possible de ces 2 théories pour répondre à la question de recherche.

L'étude des représentations sociales va être réalisée dans le cadre d'une recherche-intervention. Le choix de cette forme de recherche est justifié par la volonté des

¹ Une représentation sociale est un savoir que va construire un groupe de personnes sur un objet. L'utilisation dans le texte de la forme plurielle (représentations sociales) implique qu'il est fait mention de représentations de plusieurs objets par un même groupe ou de représentations d'un même objet par plusieurs groupes de personnes.

chercheurs à agir au niveau épistémique et pragmatique. L'action épistémique porte sur la production de savoirs scientifiques. L'action pragmatique porte sur la conception d'une intervention en promotion de la santé à partir des savoirs scientifiques produits. Pour cela, le processus de légitimation des savoirs va permettre, en partenariat avec Hockey Québec, de construire un canevas de recherche, de générer des savoirs locaux, générer des savoirs génériques, communiquer les savoirs produits à Hockey Québec et les activer pour définir l'intervention.

Cette thèse doctorale est composée de plusieurs chapitres. La problématique est précisée au premier chapitre afin de mieux décrire le contexte spécifique de cette étude. La formulation du problème de recherche, les questions et les objectifs de recherche sont énoncés à la fin du chapitre 1. Dans le cadre d'une recherche-intervention, nous avons eu besoin de compléter ce chapitre par une « solutionatique » qui explore les interventions en promotion de la santé déjà opérées en milieux sportifs. Le deuxième chapitre est la présentation du cadre conceptuel et théorique de cette thèse. Les notions du constructivisme radical, de représentations sociales, d'éducation à la santé et de promotion de la santé seront présentées. Plusieurs enjeux théoriques vont émerger du fait d'utiliser le constructivisme radical et la théorie des représentations sociales dans une même étude. Le modèle théorique de la connaissance projectuelle sera présenté pour répondre à ces enjeux. La recension des études scientifiques en lien avec les représentations de la santé et du métier d'entraîneur constituera le troisième chapitre. La présentation de la méthodologie de la recherche sera effectuée dans le quatrième chapitre. Ce sera aussi la présentation de plusieurs étapes du processus de légitimation des savoirs: l'élaboration du canevas de recherche, la communication et l'activation des savoirs. Le cinquième chapitre relatif aux résultats va correspondre à l'élaboration des savoirs locaux et génériques. Le chapitre six, soit la discussion, va permettre de revenir sur les résultats en fonction des objectifs de recherche, de la littérature scientifique

antérieure et du cadre théorique utilisé. Pour terminer, la conclusion va revenir sur les apports de la recherche et les annexes vont présenter les documents pertinents pour comprendre le processus de légitimation.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET SOLUTIONNATIQUE

Le texte qui suit constitue le premier chapitre classique de toute étude doctorale : la problématique. Le contexte de la recherche y est exposé ainsi que ses pertinences sociale et théorique. La problématique inclut le contexte spécifique de cette étude en lien avec le hockey et les interventions de santé dans la province du Québec au Canada. Ce chapitre est destiné à formuler un problème épistémique de même qu'un problème pragmatique, qui vont orienter le projet d'intervention. Comme il sera présenté dans le chapitre de la méthodologie, cette étude s'inscrit sous la forme d'une recherche-intervention dans le champ plus large de la recherche interventionnelle en santé des populations.

La Recherche interventionnelle en santé des populations se revendique comme une science des solutions (Potvin et al., 2013). Ce chapitre va ainsi présenter la problématique, mais aussi la « *solutionnatique* ». L'utilisation de ce néologisme vient d'une question posée lors d'un symposium d'éducation à la santé à Montréal en 2015 où a été présentée la recherche interventionnelle en santé des populations. L'apport d'une solutionnatique permet d'explorer les interventions (solutions) déjà opérées dans d'autres contextes sur des problèmes proches. Elle va ainsi présenter les forces et faiblesses des interventions existantes qui justifient l'élaboration d'une nouvelle intervention. Ce chapitre va se conclure avec la présentation des questions et objectifs de recherche.

1.1. Le sport, un cadre de vie potentiel pour la promotion de la santé

On retrouve dans la Charte d'Ottawa, différents axes pour promouvoir la santé. Un de ces axes repose sur la création d'environnements favorables à la santé. Cette notion sera reprise et approfondie dans la Déclaration de Sundsval (Organisation Mondiale de la Santé, 1991) et la Déclaration de Djakarta (Organisation Mondiale de la Santé, 1997). Une approche d'intervention en promotion de la santé par les cadres de vie (*setting approach*) va apparaître durant cette période. Les interventions de promotion de la santé, qui se réclament d'une approche par cadre de vie, s'inspirent des modèles théoriques écologiques en promotion de la santé (Green et al., 1996) et de la notion de « *salutogénèse* » (Antonovsky, 1996).

Un cadre de vie est un « *Lieu ou contexte social dans lequel les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être* » (Organisation mondiale de la santé, 1998). Plusieurs indicateurs ont été dégagés pour caractériser un cadre de vie. Il doit disposer d'une aire d'interaction soutenue avec une structure, des politiques, des caractéristiques propres, des valeurs institutionnelles et des sanctions formelles et informelles des comportements (Poland et al., 2000). En ce sens, un cadre de vie est un système de vie non centré sur l'amélioration de la santé, mais dont la fréquentation va avoir une influence sur la santé de ses participants.

Des auteurs (Whitelaw et al., 2001) ont mis en évidence une classification de différents types de cadre de vie. Cette classification repose sur l'identification de facteurs (comportementaux ou structurels) influençant la santé des personnes et la cible des interventions de promotion de la santé qui sont soit au niveau des comportements des individus du cadre de vie, soit au niveau de ces éléments structurels. Cette typologie permet de définir et de dégager des indicateurs qui caractérisent différentes formes d'approche par cadre de vie. Les interventions se

réclamant de l'approche par cadre de vie reposent sur trois valeurs : la participation, l'équité et le partenariat avec le cadre de vie (Dooris et al., 2007).

Des cadres de vie de différentes sortes et de différentes tailles ont été investis. L'école (Clift et Jensen, 2005; St Leger et al., 2007), l'université (Tsouros et al., 1998), les hôpitaux (Johnson, 2000; Pelikan et al., 2001), les prisons (Whitehead, 2006), la ville (de Leeuw et Skovgaard, 2005) ont été étudiés sous l'angle de l'approche par cadre de vie en promotion de la santé. Cette diversité implique des difficultés en termes de comparaison et de transférabilité des résultats de recherche (Dooris et al., 2007). De plus, les individus agissent et vivent dans plusieurs cadres de vie qui sont inter reliés (Dooris, 2004). Ainsi, un cadre de vie peut promouvoir un mode de vie particulier et un autre cadre de vie peut en promouvoir un différent.

Le sport a déjà été étudié sous l'angle d'un cadre de vie potentiel en promotion de la santé. Depuis, 2006 des chercheurs en Finlande se sont intéressés aux clubs sportifs comme cadre de vie (Kokko, 2005; Kokko et al., 2006). Ils ont dégagé le concept de « *Health promoting sports club* ». En s'inspirant du modèle d'intervention par cadre de vie des écoles, ces auteurs montrent le potentiel d'investir l'échelon local du système sportif afin d'entreprendre des actions de promotion de la santé. Dans la même forme d'idée, des initiatives en Australie ont été documentées sur la création de « *health and welcoming environment* » dans des clubs sportifs (Crisp et Swerissen, 2003; Dobbins et al., 2006; Eime et al., 2008). L'opération pilotée par la fondation pour la promotion de la santé de l'état de Victoria (*VicHealth*) a permis la création d'environnements favorables à la santé en intervenant sur cinq grandes problématiques de santé : service d'alcool responsable, espace sans fumée, protection solaire des participants, service de restauration saine, prévention des blessures. Cette opération a été pilotée avec les agences de santé et les fédérations sportives. Une des nombreuses conclusions est de montrer qu'il faut apporter un soutien adéquat aux organismes sportifs pour minimiser les différences d'implantation des mesures entre

organismes (Crisp et Swerissen, 2003). Il faut soutenir aussi bien les clubs que les fédérations qui les chapeautent. Intervenir dans les clubs sportifs à la base de la pyramide sportive, c'est oublier que la structure des systèmes sportifs nationaux repose sur un système multi niveaux hiérarchiquement imbriqués et multidisciplinaires. Ce système est générateur et héritier de cultures sportives multiples.

En ce sens, au niveau international, le sport commence à être utilisé comme cadre de vie pour intervenir en promotion de la santé. Ce n'est pas le cas au Québec, mais d'autres cadres de vie sont investis. Au Québec, on retrouve les villes en santé, les hôpitaux en santé, les entreprises en santé et les écoles en santé.

En 1988 au Québec, le réseau des villes et villages en santé a été créé. Il regroupe actuellement plus de 200 municipalités. L'objectif de ce réseau est de regrouper les différents acteurs municipaux pour favoriser le travail commun sur des problématiques qui ont un impact sur la santé et pour favoriser la qualité de vie des personnes. En 2005, le réseau montréalais des Centres de santé et service Sociaux et des hôpitaux promoteurs de santé est créé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en accord avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. En 2012, le réseau québécois des établissements promoteurs de santé est créé et coordonné par l'agence de Montréal avec 33 établissements membres. En 2004, le groupe de promotion pour la prévention en santé (PG2S) est créé par des gens d'affaires du Québec. En 2012, il devient le groupe Entreprise en santé. L'objectif de ce réseau est de soutenir les entreprises québécoises à l'intégration des meilleures pratiques de santé au travail. Dans ce cadre, un guide pour expliquer la démarche Entreprise en santé et le développement d'une norme a été produit.

L'approche École en santé a été développée entre 2000 et 2004. Une entente de complémentarité des services a été signée en 2003 entre le Ministère de la santé et des

services sociaux et le Ministère de l'Éducation pour définir les responsabilités de chaque réseau sur les questions d'interventions de santé en contexte scolaire. Reprenant le principe des écoles promotrices de santé (Deschesnes et al., 2010), l'approche École en santé a été implantée à partir de 2004. De nombreux outils et plusieurs projets de recherche ont étudié l'implantation de l'approche École en santé au Québec (Deschesnes et al., 2010). Un réseau de répondants régionaux est mis en place pour soutenir l'implantation de l'approche en mobilisant des acteurs dans les commissions scolaires et les Centres de santé et services sociaux, afin d'aider les écoles volontaires à implanter l'approche. Le développement de l'École en santé a été réalisé dans un contexte où d'autres changements sont apparus notamment dans le réseau de l'éducation.

1.2. Les défis de l'inclusion de l'éducation à la santé en milieu scolaire

L'inclusion de ce mouvement « d'éducation à la santé » en contexte scolaire pose de nombreux problèmes. Des problèmes épistémiques dans le sens où l'école est un lieu organisé par disciplines de savoirs (Lange et Victor, 2006). Ces savoirs disciplinaires sont des savoirs qui font consensus et qui sont assez stables pour être regroupés sous une « discipline » pour être enseignés. Or, l'éducation à la santé s'appuie sur des savoirs non disciplinaires « *par essence polémiques, mouvants et objets de controverse* » (Lange et Victor, 2006). Elle peut puiser ses savoirs dans une multitude de disciplines scientifiques liées aux champs de la santé (Contandriopoulos, 2006). Suivant l'objectif recherché par les éducateurs, on peut se retrouver dans des perspectives diamétralement opposées. L'éducation à la santé peut être centrée soit sur la « transmission » d'un objet de savoir, soit sur le développement du « sujet qui apprend » (Lange et Victor, 2006).

On peut alors envisager d'aborder la situation de deux façons potentiellement différentes et le plus souvent vécues pédagogiquement comme étant

antagonistes. En effet, soit l'objectif prioritaire réside dans l'objet de savoir lui-même (obésité, écosystème...) et alors il peut être ciblé sur l'aspect sanitaire ou environnemental ou économique, soit l'objectif est éducatif et il porte alors sur la personne et le développement de ses compétences psychosociales et cognitives (Lange et Victor, 2006).

Cette situation place l'éducateur dans une situation particulière. Elle impose un nouveau rapport au savoir et influence son identité professionnelle. Elle interroge la représentation d'un enseignant comme expert d'un corpus de savoirs et redéfinit la relation enseignement apprentissage (Lange et Victor, 2006).

« L'éducation à... » impose une nouvelle relation aux savoirs scientifiques : ceux-ci ne peuvent plus être des savoirs académiques neutres, dissociés de tous contextes et qu'il suffirait simplement de transposer dans le cadre des disciplines scolaires habituelles. Si ce sont bien les savoirs qui justifient l'école, ils doivent néanmoins être repensés dans l'optique d'une science engagée, c'est à dire, qui s'intéresse aux « questions vives » de la société (Simonneaux, 2003).

L'augmentation des savoirs produits (scientifiques, professionnels ou profanes) dans le domaine de la santé et la multiplication des canaux de communications (médias, réseaux sociaux, etc.) engendrent un nouveau défi. Les individus doivent apprendre à trouver, sélectionner comprendre et appliquer des recommandations qui proviennent d'une multitude de sources. Toute personne possède des croyances et des pratiques en matière de santé. La santé est un objet qui devient une valeur (Aïach, 2009) pour notre société. Par exemple, une étude de Murray (2003) montre que la santé est vue comme un devoir moral chez les « *baby-boomers* » de la côte est du Canada. La santé est un objet incontournable pour les individus. C'est un objet saillant de notre société, qui demande aux individus de s'informer pour agir. C'est un objet de représentation pour chaque personne, qui va se construire dans l'interaction sociale. Nous considérons qu'éduquer à la santé, c'est agir sur les représentations sociales de la santé et les représentations des objets en lien avec la santé.

1.3. L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique

En 2001, le Ministère de l'Éducation lance une réforme de l'enseignement au Québec. La réforme est un changement de paradigme qui instaure une vision constructiviste de l'éducation, du programme de formation et du développement des compétences des élèves. L'éducation physique devient éducation physique et à la santé. Dans cette discipline, l'élève doit développer trois compétences. La troisième compétence s'intitule « acquérir un mode de vie sain et actif ». L'enseignant d'éducation physique et à la santé est responsable du développement de cette compétence dans le cadre de son enseignement. Pour les autres enseignants, il est demandé d'utiliser des domaines généraux de formation pour contextualiser leur enseignement. Le domaine général de formation santé et bien-être est un des domaines qui permet aux enseignants d'utiliser des situations sollicitant le thème de la santé pour leur enseignement. Pour le cas des éducateurs physiques, l'ajout de la compétence 3 à leur charge d'enseignement a eu plusieurs conséquences. Une révision des programmes de formation initiale des enseignants a dû être apportée dans les universités formatrices. Des défis au niveau de l'adaptation des pratiques professionnelles ont été documentés (Michaud, 2002; Turcotte, 2006; Turcotte et al., 2007). Le cas des éducateurs physiques est un parfait exemple des enjeux et défis que l'on rencontre quand on demande à un acteur de modifier ses pratiques professionnelles dans le cadre de l'implication de son milieu sur des enjeux de santé.

1.4. Les représentations sociales de la santé : l'appropriation profane de savoirs scientifiques

La notion de représentation sociale est apparue au sein de la psychologie sociale avec l'étude *princeps* de Moscovici (Moscovici, 1961). L'auteur s'inspire de la notion de représentation collective développée par Durkheim, pour développer la notion de

représentation sociale. Son travail s'inscrit dans une réflexion sur la relation entre les savoirs scientifiques et les savoirs de sens commun et une réflexion sur les processus de génération de la pensée sociale (Jodelet, 2006).

Le développement de la théorie des représentations sociales par Moscovici est une réaction au développement de la psychologie sociale notamment anglo-saxonne, et une résistance face aux thèses béhavioristes (Moscovici, 1996). La théorie des représentations sociales s'est originellement constituée sur des objets d'études provenant du domaine de la santé. L'étude de Moscovici porte sur la psychanalyse. Par la suite, Herzlich est l'auteur qui a initié tout un domaine de recherche sur la représentation sociale et les concepts de santé et de maladie. De nombreux auteurs européens ont suivi ses traces. Les représentations sociales de la santé et de la maladie ont été explorées dans un grand nombre de populations de professionnels ou de non-professionnels. Chez les « profanes », un champ s'est développé autour de recherches qualitatives qui documentent les conceptions de la santé développées par les individus.

Ces savoirs sont précieux pour comprendre comment des individus ou des groupes se sont appropriés les concepts scientifiques d'objets du domaine de la santé et comment ils les ont assimilés comme savoirs individuels et sociaux. Le fait de comprendre ces savoirs et les mécanismes de production de ces savoirs est quelque chose de précieux pour toute personne qui veut intervenir auprès d'individus qui vont agir en matière de santé. Les savoirs permettent de comprendre ce que veut dire la santé et comment ils agissent pour la santé. Ce type de savoirs nous paraît indispensable à documenter pour comprendre comment agir dans le sport en promotion de la santé.

1.5. Le sport, le hockey et la santé au Québec

Les systèmes sportifs dans plusieurs pays sont souvent vus comme des partenaires pour l'adoption de saines habitudes de vie. Les autorités publiques utilisent le sport comme outil de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine (Patrimoine Canada, 2002; Sport England, 2008). Les champions sportifs sont des modèles qui représentent un mode de vie sain en adéquation avec l'éthique sportive et les valeurs de l'olympisme. L'olympisme est une philosophie de vie (Comité Internationale Olympique, 2010) développée et valorisée au sein du mouvement sportif amateur. Il reprend les valeurs de recherche de l'excellence, la joie de l'effort, le « *fair-play* », le respect des autres et l'équilibre entre corps, volonté et esprit (Comité Internationale Olympique, 2007). L'olympisme se présente comme une philosophie humaniste qui cherche le développement individuel par la pratique du sport (Comité Internationale Olympique, 2010).

Le sport est le siège de nombreuses problématiques de santé aussi bien au niveau physique (Tremblay, 2007) que mental (Salmi et al., 2010) chez des sportifs. On retrouve des problématiques liées au dopage (Llorens, 2008) et d'autres comportements néfastes pour la santé (Centre canadien pour l'éthique dans le sport, 2012; Sport Pur, 2012). Ces problématiques de santé sont semblables dans d'autres contextes nationaux, mais de prévalences et de gravités différentes.

Le plus récent rapport sur les blessures récréo-sportives au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2012a) montre le palmarès des disciplines sportives où apparaissent des traumatismes physiques. En contexte québécois, le hockey, le football US, et les sports de combat sont associés aux plus hauts taux de blessures. Ce rapport détaille le type et la localisation corporelle des blessures qui touchent particulièrement les jeunes hommes entre 12 et 24 ans. En 2012, une augmentation du taux de blessures a été mise en lumière par rapport aux chiffres de 2004 (Institut national de santé publique du Québec, 2006, 2012a). Ce rapport ne prend en

considération que l'impact sur la santé physique au niveau traumatologique de la pratique sportive et récréative.

1.6. Les programmes de santé publique et le hockey au Québec

Le Programme national de santé publique (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2015) cible plusieurs axes d'intervention qui peuvent être liés à la pratique sportive : (a) le développement global des enfants et des jeunes et (b) l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires.

L'axe d'intervention sur le développement global des enfants est défini comme suit dans le Programme national de santé publique :

C'est par des approches globales et concertées, comme l'approche École en santé, que des interventions sont effectuées notamment pour prévenir les problèmes d'adaptation sociale, faciliter les transitions, favoriser le sentiment de sécurité et promouvoir des comportements exempts de violence et prévenir les comportements à risque. Par leurs actions intégrées, ces approches contribuent à développer les compétences des enfants et des jeunes et à rendre leurs milieux de vie (p. ex. : l'école, la famille et la communauté) sains, bienveillants et sécuritaires, en favorisant notamment : l'exercice de choix responsables en matière d'habitudes de vie et de comportements ; les transitions et la conciliation travail/études/vie personnelle ; le sentiment de sécurité, l'appartenance, ainsi que l'engagement des jeunes ; les relations harmonieuses et égalitaires.

L'intervention dans le milieu du hockey comme cadre de vie rejoint l'axe 1 du Programme national de santé publique. Le deuxième axe d'intervention se définit comme suit :

Les modes de vie des individus, comprenant leurs habitudes de vie, leurs comportements, leurs relations sociales et leur qualité de vie, sont influencés par les environnements dans lesquels ils évoluent. On entend par environnements sains et sécuritaires des environnements physique, économique, politique et socioculturel qui présentent des caractéristiques propices à la santé physique, mentale et psychosociale et qui rendent les choix favorables à la santé plus faciles et plus accessibles.

Dans le cadre de cet axe, nous identifions plusieurs objectifs en lien avec le hockey : l'acquisition de connaissances et de compétences en matière de saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et sécuritaire, l'amélioration de l'accès à ces habitudes de vie, l'aménagement d'infrastructures de sport, le développement de relations personnelles et sociales harmonieuses, des choix éclairés en matière de substances psychoactives. Cette étude doctorale s'inscrit principalement dans la perspective des axes d'intervention 1 et 2 du Programme national de santé publique 2015.

Dans la perspective de favoriser les saines habitudes de vie, un plan d'action gouvernemental a été déjà mis en place depuis plusieurs années au Québec au niveau du surplus de poids et des habitudes de vie (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2006).

Le hockey est une discipline qui présente un haut taux de blessures liées à sa pratique (Institut national de santé publique du Québec, 2012a). D'autres problématiques notamment liées à la prévention des traumatismes crâniens et de la violence dans les arénas entre joueurs ou dans le public sont des dossiers de santé où Hockey Québec doit intervenir. Le projet de loi 56, adopté en 2012, est chargé de combattre la violence et l'intimidation dans les écoles. Cette loi fait suite à la mise en place en 2011 d'un projet « Engagement et attitude responsable » mené par la ministre de l'Éducation, des Loisirs et des Sports pour agir sur la violence au hockey. Une grande mobilisation pour la lutte contre l'intimidation et la violence dans les arénas et dans les écoles a été développée à travers la province depuis 2011.

1.7. L'environnement socioculturel du hockey au Québec

Plusieurs études socioculturelles ont documenté les caractéristiques du hockey. Il faut considérer que le « hockey mineur », c'est à dire, le hockey géré par Hockey Canada est un système organisationnel qui promeut une pratique pour le plus grand nombre en accord avec les valeurs olympiques du Comité international olympique (Comité Internationale Olympique, 2007). Il n'en est pas forcément de même pour le « hockey majeur » qui est principalement sous l'égide de la *Ligue nationale de hockey (LNH)*. Cette ligue de sport professionnel nord-américaine gère depuis près d'un siècle le plus grand championnat professionnel regroupant l'élite des pratiquants nord-américains et mondiaux en marge du système sportif amateur traditionnel. Cet organisme est intimement lié au développement du hockey au Canada et présente une pratique aux valeurs parfois différentes de celles du hockey mineur. La permissivité du hockey majeur au niveau des bagarres sur la glace est un des exemples qui a conduit à développer un style « canadien » du jeu. Ce style de jeu est basé sur la vitesse et la présence physique (Allain, 2008). Certains auteurs présentent le hockey, notamment professionnel, comme le lieu d'expression d'une masculinité hégémonique (Allain, 2008; MacDonald, 2014). La masculinité hégémonique renvoie à l'idéologie des relations entre sexes et de la domination de l'homme sur la femme. Quatre règles peuvent résumer cette position : 1- rejet des attributs ou traits féminins, 2- recherche du succès, de la reconnaissance sociale ou professionnelle, 3- violence et défiance de l'autorité, 4- expression de la confiance, de la force et de la robustesse (MacDonald, 2014). Ces valeurs peuvent se diffuser dans le hockey mineur, car la violence et le jeu « viril », ainsi que les batailles sont souvent perçus comme une violence légitime (Colburn, 1985, 1986). D'autres auteurs présentent le hockey comme un outil de promotion nationaliste du modèle masculin canadien (Allain, 2010) puisant largement dans les mythes et vocables guerriers et militaires (Gee, 2009) ou comme un outil de construction identitaire (Pépin, E., 2008). Cette particularité du jeu canadien « Fast and Tough » se démarque des styles de jeu que l'on rencontre dans les championnats européens (Allain, 2008). Le contexte socioculturel autour des pratiquants de hockey québécois peut ainsi véhiculer des

messages ambivalents, parfois opposés aux valeurs olympiques et promouvoir des comportements qui sont néfastes pour la santé.

1.8. La solutionatique

Pour intervenir dans les milieux sportifs en promotion de la santé, il y a plusieurs stratégies qui peuvent être employées. Les interventions de promotion de la santé en contexte sportif international vont être présentées dans un premier temps. Par la suite, les initiatives spécifiques mises en place par Hockey Québec seront décrites.

1.8.1. Les interventions en promotion de la santé déjà réalisées en contexte sportif international

Dans cette section, les interventions qui ont été développées dans d'autres contextes nationaux ou sportifs seront présentées. La structure ainsi que les stratégies d'action vont être décrites pour chaque intervention, c'est-à-dire les groupes cibles, les moyens et les domaines de santé exploités. Les interventions décrites ne prétendent pas couvrir tout le panel d'interventions réalisées internationalement. Nous ne présentons que les interventions qui ont inspiré la présente recherche-intervention. Comme il a été présenté ci-dessus, il existe plusieurs formes d'intervention dans une perspective de promotion de la santé dans le milieu sportif. L'approche de promotion de la santé par cadre de vie a été testée dans plusieurs pays et avec plusieurs cibles d'intervention. D'autres interventions comme « *football Fans In Training* » ne sont pas des interventions par cadre de vie, mais utilisent le milieu sportif pour recruter un groupe de population spécifique et intervenir sur une problématique de santé spécifique.

En Finlande, le projet de créer des *health promotion sports clubs* (clubs sportifs promoteurs de santé) cherche à transformer les clubs sportifs en cadre de vie en promoteur de santé. Plusieurs critères préliminaires ont été générés pour définir un club sportif promoteur de santé : une culture de management du club, des interactions entre parents et le club, l'établissement de réseau d'acteurs, des objectifs d'action, une politique sur les produits toxiques, une éducation à la santé, des programmes de formation en éducation à la santé pour les entraîneurs et les officiels, des facteurs de l'environnement physique, de la formation en promotion de la santé, des services de santé au sein du club, une approche santé sur les commandites publicitaires, et un baromètre de la santé (Kannas, 2000 cités par Kokko en 2010). Cette intervention cherche à agir au niveau des organismes locaux de sport pour favoriser un changement organisationnel de la structure favorable à la santé. Les domaines de santé visés sont multiples. Les entraîneurs sont des acteurs importants pour implanter les pratiques de promotion de la santé auprès des joueurs (Kokko, 2010).

Le projet de « *healty sporting environments* » a été mis en place par l'organisme *VicHealth (Victorian Health Promotion Foundation)* en Australie. Il incite les clubs sportifs à rejoindre des standards minimaux dans 6 domaines clés : le service et la consommation responsable d'alcool, la disponibilité d'une alimentation saine, l'établissement d'un environnement sans fumée, la participation des minorités ethniques et culturelles, la prévention et la gestion des blessures et la réduction des maux liés à l'exposition au soleil. *VicHealth* développe aussi un « *State sport program* » avec 23 fédérations sportives pour adapter les façons d'attirer et retenir les pratiquants de sport, pour faire que les choix sains soient les choix plus faciles dans le monde du sport. Il adopte aussi un « *regional sport programme* » pour soutenir les organismes régionaux de gestion sportive afin de favoriser la pratique sportive et une vie active. Ces programmes d'intervention en promotion de la santé en contexte sportif reposent sur le financement de projets avec des organismes locaux, régionaux ou étatiques dans des thématiques spécifiques.

Initié en Angleterre, puis développé en Europe, le projet « *healty stadia* » s'est développé avec l'objectif d'intervenir non pas avec les clubs, mais dans les stades. Un « *healthy stadia* » est défini ainsi : « *A healthy stadium is one which promotes the health of visitors, fans, players, employees and the surrounding community. It is a place where people can go to have a positive, healthy experience playing or watching sport* » (Healthy Stadia, 2006). Des interventions ont été implantées sur différentes thématiques de santé (tabac, alimentation, promotion de l'activité physique, santé mentale et santé environnementale). Ce type d'intervention a été développé dans plusieurs disciplines sportives : football, athlétisme, rugby, volley, hockey et autres (Drygas et al., 2013). Ces interventions se concentrent sur un lieu sportif particulier que sont les stades pour toucher les spectateurs et les joueurs. Ces lieux de rassemblement sont avant tout des lieux de spectacle qui vont accueillir les événements sportifs.

Une autre intervention développée en Écosse est le « *Football Fans In Training* » (FFIT). Cette intervention est identifiée comme meilleure pratique par les Instituts de Recherche en Santé du Canada. L'intervention est une collaboration entre des chercheurs académiques, la ligue professionnelle de football écossaise et des clubs professionnels de football écossais. L'objectif du projet est de favoriser la perte de poids et les pratiques saines d'alimentation chez les hommes écossais fans de football. Le programme d'entraînement et d'éducation alimentaire est opéré dans les clubs professionnels par la communauté d'entraîneurs du club sur une durée de 12 semaines (Wyke et al., 2015) . Un programme identique est mis en place en Ontario avec un club de la ligue américaine de hockey sur glace (*Hockey Fans In Training*). Ce type d'intervention se concentre sur la thématique précise de gestion du poids dans une population masculine spécifique.

1.8.2. Les interventions de Hockey Québec pour promouvoir la santé

Dans le contexte spécifiquement du hockey mineur au Québec, Hockey Québec a mis en place plusieurs initiatives pour répondre aux différentes problématiques en lien avec la santé.

Depuis 2003, l'opération « franc jeu » vise à réduire les infractions aux lois du jeu et les blessures en modifiant le système de classement des équipes et en « récompensant » les équipes qui cumulent le moins de temps de punition (Brunelle et al., 2004). Un code de déontologie des entraîneurs et des parents a été implanté pour contrer la violence dans les arénas. Plusieurs politiques contre les abus et harcèlements en 2004, ainsi que le dopage la même année, ont été adoptées par Hockey Québec. Des dépliants d'information ont été diffusés sur la nutrition, le dopage, le port du protecteur buccal, les boissons énergisantes et les commotions cérébrales. Hockey Québec a notamment mis en place un protocole de retour au jeu après une commotion cérébrale sous forme de document vidéo pour aider les entraîneurs et les joueurs à gérer de tels traumatismes.

La formation initiale des entraîneurs porte essentiellement sur les bases pédagogiques nécessaires à l'apprentissage technique et tactique du hockey et insiste sur la dimension sécuritaire de l'entraînement. Une formation en ligne « santé et sécurité » a été implantée en 1998-99. Elle est rendue obligatoire depuis quelques années pour l'obtention de n'importe quelle certification d'entraîneur. Ces interventions sont des initiatives de Hockey Québec dans une perspective de promotion de la santé afin d'agir sur les plus grandes problématiques de santé spécifiques au hockey sur glace. Assurer la santé et la sécurité dans le sport est une préoccupation grandissante pour la formation des entraîneurs de hockey. Néanmoins, ces initiatives ont la caractéristique d'être plus préventives des méfaits de la pratique du hockey pour la santé que promotrices des bienfaits du hockey pour la santé.

Intervenir en promotion de la santé dans une organisation globale comme Hockey Québec demande d'identifier un lieu d'entrée pour implanter une intervention. Il a été décidé de travailler directement avec Hockey Québec, pour envisager des actions qui seront portées par l'organisation dans ses structures. Nous avons identifié l'entraîneur de hockey comme acteur central pour notamment faire de l'éducation à la santé et envisager la formation de cet acteur dans cette voie. La justification de ce choix est étayée à la prochaine section. Aucune thématique de santé n'a été ciblée à ce stade.

1.9. Problèmes et questions de recherche

L'entraîneur est un acteur qui favorise l'apprentissage sportif. C'est un éducateur à la compétition qui transmet des pratiques, des normes, des croyances propres au monde sportif et aux sports pratiqués. C'est un acteur social de premier ordre dans la construction des représentations sociales en lien avec le hockey et la santé. Dans ce processus, il est le véhicule de valeurs, d'idéologie, de normes, de croyances qui peuvent être en faveur ou en opposition avec celles de l'éducation à la santé. En ce sens, il est un éducateur à la santé sans le savoir, car ce n'est pas une finalité explicite de son rôle. L'intervention de l'entraîneur est guidée par la représentation sociale de son métier d'entraîneur et celle de la santé. À travers ses pratiques et ses savoirs, il va développer une identité spécifique d'entraîneur de hockey. En fonction du niveau de compétition, de l'implication bénévole ou professionnelle, de la culture du hockey, des normes de formation, tous ces éléments risquent d'entraîner des représentations spécifiques et multiples du rôle des entraîneurs à agir en santé.

Il n'existe pas de cadre normatif ou descriptif d'intervention en promotion de la santé pour un entraîneur de hockey au Québec. Il n'existe pas de formation spécifique sur ce que doit faire un entraîneur en matière de promotion de la santé. Comme il est

présenté au chapitre 3, il n'existe pas de travaux qui ont documenté la représentation sociale de la santé chez des entraîneurs sportifs. Il n'existe pas de travaux qui ont documenté les représentations sociales du métier d'entraîneur. Connaître les représentations sociales des entraîneurs permet d'établir le potentiel d'intervention des entraîneurs en éducation à la santé et définir un cadre d'intervention spécifique aux entraîneurs de hockey du Québec.

Deux formes de questions vont être exprimées pour cette étude : une question pragmatique et une question de recherche. Au niveau pragmatique, l'étude interroge le potentiel d'intervention des entraîneurs de hockey au Québec comme éducateur à la santé. Au niveau de la recherche, elle cherche à déterminer quelles sont les représentations sociales du métier d'entraîneur et de la santé.

Pour cela, plusieurs objectifs ont été déterminés. Certains objectifs relèvent de recherche et un objectif est pragmatique. Le premier objectif de recherche est d'établir les apports mutuels de la légitimation des savoirs et la théorie des représentations sociales. Les deux autres objectifs de la recherche sont de décrire les représentations sociales de la santé et du métier d'entraîneur. Les objectifs de recherche doivent fournir les informations pertinentes pour répondre à l'objectif pragmatique. L'objectif pragmatique est de définir le potentiel d'intervention des entraîneurs de hockey en éducation à la santé. Pour répondre à ces deux formes d'objectifs, nous allons recourir à un processus de légitimation des savoirs. Cette approche de recherche est destinée à favoriser la création de savoirs de recherche en lien avec une situation problématique et favoriser leur utilisation. Cette démarche se fait généralement en partenariat avec un milieu ou une organisation qui cherche à résoudre la problématique.

Cette étude ne s'inscrit pas dans le courant de recherche du transfert de connaissances, mais rejoint par certains points l'application de connaissances

intégrées (Bowen et Graham, 2013). L'étude cherche aussi à favoriser la production de savoirs scientifiques, à favoriser leur socialisation et à favoriser leur utilisation par les milieux de pratiques. L'utilisation de cette approche est destinée à augmenter les différentes formes de pertinence de l'étude : opérationnelle, sociale, scientifique et épistémologique.

La pertinence opérationnelle de l'étude repose sur la réflexion et l'orientation des pratiques de Hockey Québec en promotion de la santé. La capacité de l'intervention à agir sur les grandes problématiques sociales et sanitaires au Québec (la promotion de l'activité physique, des saines habitudes de vie et de la sécurité dans le sport) caractérise la pertinence sociale de l'étude. La possibilité de créer de nouveaux savoirs scientifiques dans le champ de la théorie des représentations sociales définit la pertinence scientifique de l'étude. Enfin, la pertinence épistémologique de cette étude pour les sciences de l'éducation est de proposer un autre regard aux enjeux de la production et de l'utilisation des savoirs scientifiques. Nous avons choisi d'utiliser la posture épistémologique du constructivisme radical et la théorie des représentations sociales pour cette étude. Le chapitre suivant décrira les spécificités épistémologiques, conceptuelles et théoriques du processus de légitimation des savoirs utilisés pour l'étude.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

En ce début du 21^e siècle, il est de plus en plus important de favoriser l'utilisation des savoirs scientifiques dans les pratiques des professionnels et praticiens. La légitimation des savoirs est une approche qui est utilisée dans les sciences de la gestion des organisations. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'utilisation de cette approche dans les sciences de l'éducation. Elle répond néanmoins aux besoins de favoriser l'utilisation des savoirs scientifiques par les organisations. Dans les travaux consultés, la légitimation des savoirs est spécifique à la posture épistémologique du constructivisme radical. De notre point de vue, cette posture ne semble pas être la posture constructiviste la plus fréquente dans les sciences de l'éducation. Nous n'avons pas rencontré d'autres travaux qui utilisent la légitimation des savoirs avec une autre posture épistémologique. Nous n'avons pas trouvé de travaux qui cherchent en même temps à utiliser la théorie des représentations sociales, la légitimation des savoirs et le constructivisme radical. L'articulation de ces trois éléments pose des enjeux conceptuels, théoriques et épistémologiques qu'il convient de résoudre. C'est l'objectif de ce chapitre conceptuel et théorique.

Pour cela, une présentation des enjeux conceptuels sera réalisée. Par la suite, une description de la posture épistémologique du constructivisme radical sera opérée pour permettre la présentation de la théorie de la connaissance projectuelle. Cette théorie va permettre de faire le lien entre la posture épistémologique du constructivisme radical et la théorie des représentations sociales, qui sera présentée par la suite. Pour terminer, la présentation et les distinctions conceptuelles relatives à l'éducation et la promotion de la santé seront faites.

2.1. Les enjeux conceptuels de la légitimation des savoirs en matière de santé

Le concept de santé est une notion qui a évolué avec le temps et plusieurs définitions ont été fournies par des autorités publiques, sanitaires ou scientifiques. Cette réflexion conceptuelle sur la définition de la santé est toujours en action (Huber et al., 2011). On peut regrouper les définitions « expertes » de la santé en quatre modèles : biomédical, celui de l'OMS de 1946, « *wellness* » et environnemental (Larson, 1999). Ces définitions expertes sont des références véhiculées pour permettre aux acteurs sociaux de se construire leur propre définition. La construction d'un concept « profane » de la santé (Blaxter, 2004) par les individus et groupes sociaux témoigne de l'introduction de ce concept dans l'espace social et son utilisation par les acteurs. L'emploi du terme de santé est ancien (Houtaud, 1998) et plusieurs travaux ont documenté les pratiques de santé du passé (Vigarelo, 1993). La conceptualisation des définitions de la santé montre la diversité et la complexité de l'objet (Blaxter, 2004). La santé est ainsi définie, construite, fruit de l'expérience et de l'action (Blaxter, 2004).

L'appropriation d'un concept expert par les acteurs sociaux, sa transformation et son utilisation sous forme de concept profane illustre le processus de représentation sociale. La représentation d'un objet pour un groupe social témoigne de l'importance de l'objet et d'un besoin de se l'approprier pour agir ou justifier son action dans l'interaction sociale. On peut se demander comment un acteur comme un entraîneur de hockey va se représenter la santé, va agir en la matière et si son identité d'entraîneur va faire de lui un acteur capable d'agir en promotion de la santé.

L'intervention en promotion de la santé est généralement construite sur des données probantes (O'Neill, 2003). Le développement du mouvement d'« *evidence-based practice* » (pratique basée sur les données probantes) dans un grand nombre de domaines professionnels témoigne de cette tendance. Le développement des pratiques

basées sur les données probantes accorde une place privilégiée aux résultats de la science et à leur utilisation dans les pratiques professionnelles. Tout le modèle de pratique basée sur les données probantes s'inspire du modèle d'« *evidence-based medicine* » qui repose sur trois objets : l'utilisation des données probantes (savoirs scientifiques), des savoirs d'expériences cliniques (savoirs professionnels) et des besoins des patients (savoirs de sens commun) (Sackett et al., 1996). Le mouvement de pratique basée sur les données probantes s'est diversifié et a conduit à des pratiques d'« *evidence-based policy* », ou d'« *evidence-based decision making* ». Ainsi, ce mouvement ne se limite pas à l'utilisation des résultats de la science par les « praticiens », mais cherche à agir de façon plus large en s'adressant à des politiques et des décideurs.

Dans ce contexte, la recherche scientifique revêt une grande importance. La recherche scientifique est un des piliers de l'innovation. L'utilisation du qualitatif « scientifique » est une référence de qualité des savoirs afin de soutenir les prises de décisions ou justifier des actions. La représentation de la science pour « monsieur tout le monde » véhicule une image de haute qualité des savoirs scientifiques et de leurs supériorités vis-à-vis d'autres formes de savoirs. Le contrat social entre science et société jusqu'aux années 1950, a mis en position d'expert les scientifiques et instauré cette supériorité des connaissances scientifiques (Gingras, 2013). Diffuser et favoriser l'utilisation des savoirs scientifiques est un enjeu majeur de la société actuelle.

La socialisation et l'utilisation des savoirs scientifiques posent des défis. Les savoirs scientifiques sont comparés à d'autres formes de savoirs : les savoirs d'expérience des cliniciens et les savoirs des patients. Ces savoirs « profanes », issus de croyances, coutumes et expériences offrent une interprétation des savoirs scientifiques. C'est à partir de ce postulat que Moscovici a formulé sa théorie des représentations sociales. Mais les savoirs « profanes » ne sont pas que des interprétations de la science. Ils sont aussi des interprétations de différentes réalités. Les savoirs scientifiques sont issus

d'une méthode spécifique qui les distingue des autres savoirs. L'étude des théories de la connaissance s'intéresse à la façon de concevoir la relation qui se construit entre le sujet qui connaît et l'objet à connaître (Besnier, 2005).

L'utilisation de la notion de savoir scientifique n'est pas innocente dans ce texte. Il est plus fréquent de retrouver la notion de connaissance scientifique. Mais l'utilisation de cette notion plus classique ne correspond pas à la posture épistémologique revendiquée dans cette thèse. Cette situation implique de résoudre un premier défi. Il est nécessaire de distinguer clairement ce qu'est une connaissance et ce qu'est un savoir. Il est nécessaire de distinguer ce qui relève du processus et ce qui relève du produit. Comme nous le verrons plus loin, l'étude des représentations sociales porte sur les processus et les produits représentationnels. Pour cela, il est nécessaire d'adopter un cadre conceptuel francophone clair pour distinguer les notions de connaissance et de savoir. Cette distinction n'est pas aisée, mais néanmoins nécessaire. Plusieurs définitions de connaissance et de savoir ont été formulées. On oppose la connaissance scientifique aux autres formes de connaissances notamment dans le nouveau champ du transfert de connaissances pour favoriser la démarcation de ce qui est scientifique et de ce qui ne l'est pas (Ouimet et al., 2012). Dans le champ de la gestion des connaissances, on oppose connaissance tacite et connaissance explicite (Nonaka et al., 2000). La théorie des représentations sociales pose la question de la nature individuelle, collective, voire sociale de la connaissance. Dans un contexte d'internationalisation de la recherche scientifique et de prédominance de la littérature scientifique anglophone, il existe aussi des enjeux de traduction pour le terme *knowledge*. Ce terme est l'équivalent anglophone de savoir et de connaissance, utilisé pour désigner les champs du « *knowledge translation* » ou du « *knowledge management* ». Dans les sciences de la gestion, McInerney (2002) définit la notion de « *knowledge* » de la façon suivante : « *Knowledge is awareness of what one knows through study, reasoning, experience or association, or through*

various other types of Learning ». C'est quelque chose de dynamique en perpétuelle évolution avec l'expérience humaine.

« Knowledge is not a merely an object that can be placed, nor should it be confused with the representation of knowledge in documents, database, etc... but it can be seen as a collection of process that allow learning to occur and knowing to be internalized » (McInerney, 2002).

Cette citation montre que la notion de « *knowledge* » peut renvoyer à une représentation sous forme d'« objet », ainsi qu'à un artefact sous forme d'article scientifique ou un livre. On peut aussi le comprendre comme un processus favorisant l'apprentissage. Ainsi, l'auteur utilise la notion de « *Knowing* », que Dewey et Bentley (1949) avaient déjà utilisée. Cette citation montre qu'il faut rester prudent quand il s'agit de traduire le terme « *knowledge* ». Il peut revêtir différentes significations (Assudani, 2005). James (1890) proposait de distinguer le « *knowledge of acquaintance* » et le « *knowledge about* » (Amin et Cohendet, 2004). Le premier se référant plus au terme connaître or « *kennen* » (en allemand), tandis que le deuxième se réfère plus à savoir ou « *Wissen* ». Il est de plus en plus courant d'associer le terme de connaissance à l'action de « *knowing* » et d'associer le terme savoir à *knowledge* (Martinet, 2007).

Ainsi, la connaissance peut désigner le processus « d'action sur » l'objet qui permet de le découvrir, de le comprendre et le savoir renverra plus à un des produits de la connaissance. Le terme de savoir pose aussi des problèmes de définition. Doit-on différencier le produit organique d'un sujet du produit artefact, c'est-à-dire, la matérialisation de ce savoir sur un support physique (livre ou document, etc.). La définition de McInerney montre ce double statut de processus organique du sujet et de sa représentation matérielle. Elle confirme l'importance de cette distinction dans le champ du management des connaissances : « *in a knowledge management programm, it is knowledge artifact, or thing, that is managed, not knowledge itself* ». Il faut ainsi distinguer les savoirs artefacts qui circulent entre sujets et les savoirs organiques que génèrent les sujets dans leur cerveau.

Les termes aussi courants que données, informations, connaissances ou savoirs sont couramment utilisés et véhiculent plusieurs sens à tel point qu'il est nécessaire de les définir notamment dans le champ scientifique de la gestion des connaissances (Paquet, 2006) ou du transfert de connaissances. Barbier (2007) propose une distinction des définitions des termes savoir et connaissance sur différentes bases. Pour cet auteur, le savoir est un énoncé écrit ou oral qui a une existence sociale différente de ceux qui les annoncent ou se les approprient. La connaissance est plus un état des individus, résultat de leurs expériences cognitives (Barbier, 2007).

Comme l'énonce Le Moigne (2012), privilégier une définition de la connaissance revient à caractériser ce qu'est la connaissance au niveau de sa nature, de sa méthodologie et de sa valeur. La définition de la connaissance va évoluer suivant sa posture épistémologique. Adopter une posture épistémologique nécessite de se positionner sur la question de la réalité et la notion de vérité. Les postures réalistes vont soutenir l'existence d'une réalité ontologique qui est extérieure à l'individu. La connaissance dans cette perspective est une recherche de la vérité, des grandes lois qu'il faut découvrir. Les postures constructivistes vont se baser sur l'obligation par les sujets de se construire une représentation de la réalité par l'expérience (Le Moigne, 1994; Riegler, 2001). Ce type de réflexion, relevant de l'épistémologie, paraît inévitable pour établir une base conceptuelle et théorique solide. En s'appuyant sur une posture épistémologique précise, nous allons présenter une première proposition théorique de la connaissance pour clarifier les enjeux conceptuels entre savoir et connaissance. La proposition théorique présentée apporte une posture épistémologique nouvelle et un angle d'étude nouveau des représentations sociales.

2.2. Constructivisme radical et théorie de la connaissance projectuelle

L'objectif de cette section est de présenter les différentes formes de constructivisme et notamment le constructivisme radical. Cette présentation va permettre d'introduire une proposition théorique de la connaissance qui sera reprise pour distinguer savoir et connaissance.

Un grand nombre de travaux se réclament du constructivisme. Un auteur comme Vienneau (2005) présente une distinction entre trois formes de constructivisme : le constructivisme pédagogique, le socioconstructivisme et le constructivisme épistémologique. Le constructivisme pédagogique renvoie à la vision de construction des savoirs et de l'apprenant actif dans cette création. Le socioconstructivisme est un courant théorique qui postule le caractère social de la construction des savoirs et est associé par Vienneau aux travaux de Vigotskii (1997). Le constructivisme radical se fonde sur les travaux épistémologiques de Piaget. Glaserfeld (1974) prônera le développement d'une épistémologie constructiviste « radicale » en s'inspirant de l'essai de James « Essai d'un empirisme radical » (Le Moigne, 2012). Le constructivisme radical s'inspire directement de la philosophie pragmatique de James et de Dewey (Avenier, 2011). Avenier propose une autre classification des différentes formes du constructivisme. Elle distingue les courants théoriques méthodologiquement constructivistes et les paradigmes épistémologiques constructivistes (Avenier, 2011). Les courants théoriques méthodologiques font référence au socioconstructivisme, la construction sociale des faits et au constructionnisme (Avenier, 2011). Elle distingue aussi deux paradigmes épistémologiques constructivistes : le constructivisme épistémologique post moderniste de Guba et Lincoln (Avenier, 2011) et le constructivisme épistémologique radical prôné par Glaserfeld (1974).

Pour Piaget (1969), l'épistémologie est « *l'étude de la constitution des connaissances valables* » (et non seulement valides). La valeur de la connaissance peut être appréciée sur quatre plans : éthique, épistémique, pragmatique (Le Moigne, 2012) et

nous rajouterons méthodologique. Pour Piaget (1969), la définition minimale de la connaissance est « *la mise en relation d'un sujet et d'un objet au moyen d'une structure opératoire* ». Ces notions sont les éléments de base pour comprendre la connaissance. L'origine et la nature de cette structure peuvent être ainsi attribués plus à : 1) l'objet, 2) au sujet, 3) à l'un et l'autre, 4) strictement à la relation des deux, 5) ni à l'un, ni à l'autre (Besnier, 2005). On retrouve ainsi des courants épistémologiques plus 1) idéalistes, 2) empiristes, 3) constructivistes, 4) structuralistes et 5) l'idéalisme platonicien (Besnier, 2005). L'opposition entre idéalisme et empirisme est le socle de base du développement des théories de la connaissance (Besnier, 2005). L'épistémologie repose aussi sur la recherche de la notion de vérité et la compréhension de la réalité. Ainsi, les débats philosophiques sur la réalité objective ou subjective, ainsi que la notion de vérité absolue ou relative, permettent de comprendre les différences entre les courants théoriques et les paradigmes épistémologiques.

Les points communs des deux paradigmes épistémologiques constructivistes (post-moderne et radical) (Avenier, 2011) reposent sur l'hypothèse d'inséparabilité entre objet et sujet (Avenier, 2011). Pour le constructivisme, on ne peut comprendre la connaissance en séparant ce qui relève du sujet connaissant et l'objet à connaître. Il faut étudier les deux et la relation qui les unit (Avenier, 2011). Les deux paradigmes s'accordent aussi sur la notion de représentation construite par un individu pour donner du sens à l'expérience vécue par l'action sur l'objet étudié. Ces deux courants réfutent la notion de vérité absolue qu'il s'agit de découvrir. Guba et Lincoln proposent une vision de la « vérité » qui repose sur « *la représentation la plus informée et sophistiquée faisant consensus* » (Avenier, 2011). Ce courant repose sur une hypothèse ontologique relativiste, comme quoi il n'existe pas de réalité objective, mais de multiples réalités construites socialement et non gouvernées par des lois naturelles (Avenier, 2011). Au contraire, Glaserfeld (1981) propose la notion de viabilité de la représentation. Ce paradigme offre une position agnostique (Riegler,

2001) de la réalité en ne se prononçant pas sur l'existence ou non d'une réalité objective. La position adoptée est de dire que « *s'il existe une réalité objective, non dépendante de l'esprit humain, celui-ci n'a pas les moyens de le comprendre de façon rationnelle au-delà de l'expérience vécue* » (Avenier, 2011). Une autre hypothèse soutenue par le constructivisme radical repose sur la perspective téléologique que la connaissance soit influencée par l'intention d'utilisation de cette connaissance (Avenier, 2011).

Le constructivisme radical postule qu'un humain peut connaître le monde (les différents objets) qui l'entoure par le fruit de son expérience et qu'il va construire une représentation de cette réalité. Cette représentation ne doit pas être considérée comme une réplique (ou image iconique, identique et fidèle à la réalité) de l'objet, mais comme une construction symbolique destinée à utiliser et penser l'objet de façon viable dans le monde (Glaserfeld, 1981). C'est le caractère de viabilité qui fait la particularité de ce courant épistémologique. Ainsi, le soir construit d'un objet est viable vis-à-vis de l'expérience passée du sujet, ce qui lui permet de s'adapter et de survivre aux situations passées. Selon Pépin (Pépin, Y., 1994), l'hypothèse du constructivisme radical est « *que l'organisme vivant survit et s'adapte à son existence en donnant aux flux de l'expérience des formes qu'il est en mesure de manipuler* ». Un savoir qui n'est plus viable ne permet plus son utilisation, car il n'est plus adapté à une nouvelle situation, ce qui nécessite de déconstruire les anciens savoirs pour en rebâtir un nouveau adapté à la nouvelle situation rencontrée. L'apprentissage est alors une nécessité quand « *nos modes d'adaptation et nos savoirs antérieurs échouent ou posent problème* » (Pépin, Y., 1994). Piaget (1969) insistait sur le fait que la connaissance n'est pas un état, mais un processus liant l'objet à connaître et le sujet qui connaît

Cette présentation de la posture du constructivisme radical et des postulats au niveau de la définition de la connaissance, permet de présenter une proposition théorique de la connaissance qui sera utilisée pour la suite de la thèse doctorale.

2.2.1. Dépasser la relation objet sujet pour explorer une nouvelle proposition théorique de la connaissance projectuelle

Pour compléter la description de la posture du constructivisme radical, il est important de proposer une nouvelle proposition théorique en répondant aux questions gnoséologique², méthodologique, éthique et téléologique³ de la connaissance. De la sorte, une différenciation entre connaissance et savoir sera opérée et une description de chaque terme sera proposée. Cette opération de théorisation que nous proposons s'appuie sur notre compréhension de la posture du constructivisme radical, des théories de la connaissance, de l'apprentissage que l'on retrouve classiquement en éducation (Vienneau, 2005) et de la théorie des représentations sociales.

2.2.2. La question gnoséologique de la connaissance

Répondre à la question gnoséologique de la connaissance nécessite de réaffirmer la nature processuelle de celle-ci et d'en caractériser les composants et étapes. Il convient de rappeler que l'étude gnoséologique avec une épistémologie constructiviste repose sur des hypothèses phénoménologique et téléologique (Le Moigne, 2012). Ainsi l'hypothèse phénoménologique invite « à concevoir un réel construit par l'acte de connaître, plutôt que donné par la perception objective du monde » (Le Moigne, 2012). Elle repose sur trois caractères : l'irréversibilité de la

² La gnoséologie pour Le Moigne définit l'étude de la genèse, la nature et la forme des connaissances (1994, p4).

³ La téléologie est l'étude des finalités.

cognition, le dialogue de la cognition et la récursivité de la cognition (Le Moigne, 2012). L'hypothèse téléologique découle de l'hypothèse phénoménologique en plaçant le sujet dans un projet de connaître, porté par une finalité ou un but.

Adopter une hypothèse téléologique de la définition de la connaissance, nous impose de remettre en question le cadre de réflexion composé uniquement par le sujet qui connaît et l'objet à connaître. Il nous semble important d'intégrer un troisième élément appelé objet connu pour compléter le processus de connaissance (voir la figure 2.1). L'ajout de ce troisième élément permettra de faire un lien avec la théorie des représentations sociales. Nous proposons de caractériser la connaissance par une définition téléologique, c'est-à-dire caractérisée par la finalité du processus, plutôt que définie par sa méthode.

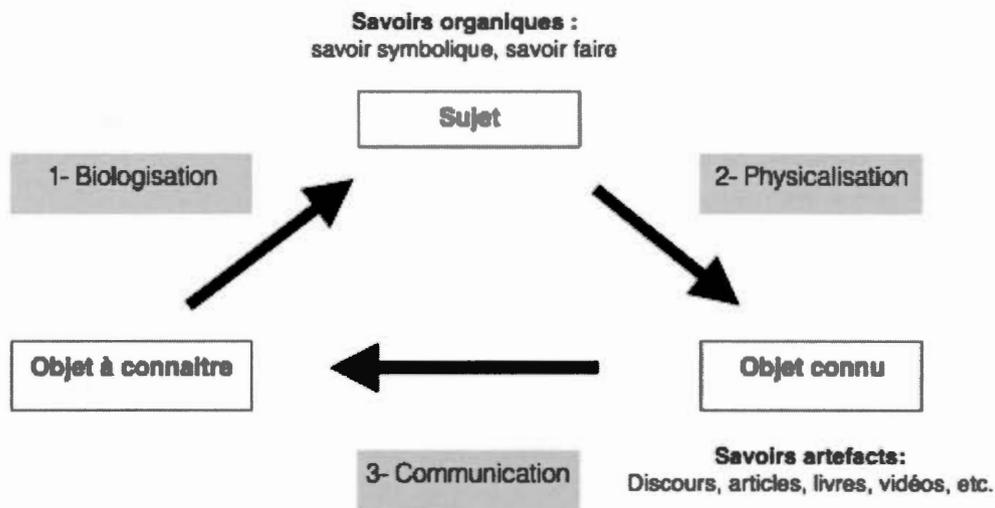


Figure 2.1 : Le processus de connaissance

La notion d'objet connu permet de renforcer la nature processuelle de la connaissance. Par objet connu, nous entendons la matérialisation physique d'un savoir organique symbolique qui sera utilisé pour la communication. Cette notion permet de matérialiser les produits du processus qui sont primordiaux dans notre perspective de définition téléologique de la connaissance. Cette proposition théorique s'intitule le processus de connaissance projectuelle pour souligner l'importance du projet de la connaissance et de la finalité recherchée. Cette perspective va plus loin en affirmant que la connaissance repose sur des étapes successives de construction de structures opératoires⁴ organiques (produits biologiques) propres au sujet et se poursuit par la construction d'artefacts (produits physiques) qui permet l'interaction dans l'espace social. En ce sens, la connaissance n'est pas uniquement une action sur l'objet (Piaget, 1969) pour le comprendre et explorer la réalité. Pour nous, la connaissance est aussi destinée à « agir avec » l'objet sur notre environnement. Ainsi, la connaissance est orientée par deux projets du sujet : 1) l'étude symbolique de l'objet à connaître pour communiquer dans l'interaction sociale et 2) l'étude

⁴ Nous empruntons l'expression de structure opératoire à Piaget quand il définit la connaissance

praxique⁵ de l'objet pour son utilisation par actions motrices avec l'environnement physique ou social.

Pour lier les trois éléments de notre processus, nous distinguons trois mécanismes : la biologisation, la physicalisation et la communication. La biologisation est une étape qui permet au sujet de construire une représentation de l'objet à connaître sous forme de produit biologique. Deux sous-étapes opèrent lors de la biologisation : l'internalisation et l'intégration⁶. L'internalisation permet au sujet de recevoir les informations à propos de l'objet à connaître par le biais du traitement sensoriel de son propre corps. Le traitement sensoriel permet la réception, le décodage, la sélection et la rétention des informations pour l'élaboration d'un produit sensitif sur l'expérience immédiate de l'objet à connaître. L'élaboration de ce produit sensitif introduit la deuxième sous-étape : l'intégration. Cette sous-étape nécessite d'incorporer le nouveau produit sensitif à un système déjà existant. Suivant l'importance de ce nouveau produit sensitif et sa viabilité pour le sujet, il va s'ajouter et restructurer le système organique. C'est au niveau de l'intégration qu'il y a une rencontre entre les produits du passé et le produit du présent. Le savoir organique est logé dans la matière cérébrale du sujet. Il se génère et évolue en fonction des nouvelles opérations d'internalisation et d'intégration chaque fois que le sujet rencontre l'objet à connaître.

L'intégration de ce produit sensitif va permettre la genèse et l'évolution d'une représentation organique de l'objet : le savoir organique. Le savoir organique va

⁵ La définition usuelle donnée par le Larousse pour praxie est un ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but. L'étude praxique d'un objet aura pour finalité l'utilisation de l'objet pour agir par action motrice sur l'environnement. De cette notion, il a été créée la praxéologie motrice de Parlebas qui se veut la science de l'action motrice qui traite des conditions, des modes de fonctionnement et des résultats de la mise en oeuvre de celle-ci (P. Parlebas, Jeux, sports et sociétés lexique de praxéologie motrice, Recherche / Institut national du sport et de l'éducation physique (Paris : Institut national du sport et de l'éducation physique, 1999), 264.)

⁶ Nous choisissons de distinguer deux étapes de la biologisation sous les termes d'internalisation et d'intégration. Nous aurions pu utiliser les termes d'assimilation et d'accommodation de Piaget. Dans un souci de ne pas déformer et appauvrir la signification des notions initiales de cet auteur, nous avons décidé d'utiliser internalisation et intégration.

prendre deux formes : savoir symbolique et savoir-faire. Le savoir organique va être une structure organique qui regroupe les différents produits sensitifs des expériences passées de l'objet et de l'expérience présente de l'objet. Pour la psychologie génétique de Piaget, dans la relation objet – sujet, il était nécessaire au sujet individuel d'assimiler l'objet externe par les circuits perceptuels et de les accommoder aux structures opératoires antérieures. Ces structures opératoires étaient des schèmes conceptuels ou sensori-moteurs qui pourraient renvoyer aux notions de savoir et savoir-faire (Piaget, 1975). C'est pourquoi pour nous, *un savoir organique est le système organique évolutif résultant de la combinaison des produits sensitifs d'un sujet, issu d'une multitude de cycles de connaissances antérieures et du cycle présent sur et avec un objet.*

La deuxième étape du processus de connaissance est la physicalisation. C'est l'étape qui permet de construire un savoir artefact. À ce stade, deux sous-étapes seront distinguées : une objectivation et une incorporation par action motrice. L'objectivation passe par deux étapes : la déconstruction sélective du système organique et la schématisation structurante de l'objet connu en un produit cognitif. Ces opérations restent des opérations cognitives logées dans la matière cérébrale et nécessitent d'être externalisées (dans le monde extérieur) par l'action motrice du sujet. Ce passage par l'action motrice est la deuxième étape de la physicalisation : l'incorporation.

Toutes les étapes de la physicalisation peuvent être illustrées par l'exemple suivant. Comment un enseignant construit une présentation informatique sur un objet à enseigner? Il va dans un premier temps visualiser mentalement (produit cognitif) à quoi va ressembler sa présentation et décider ce qu'elle va contenir. Ce produit cognitif de l'objet reprend les deux premières étapes de la notion d'objectivation de Moscovisci en sélectionnant les éléments à utiliser, en les structurant pour donner naissance à un nouvel objet, différent du savoir organique et qui sera adapté à la

communication projetée de ce nouvel objet. Il va ensuite rédiger sa présentation par des actions motrices de pression sur les touches de l'ordinateur et réaliser un document électronique qui sera sauvegardé et échangé.

La physicalisation peut aussi être envisagée comme une étape collective où plusieurs individus élaborent un nouvel objet connu sur une longue période de temps qui prend par exemple la forme d'un savoir scientifique comme un article ou une communication orale (l'objet 4 de la figure 2.2). Dans ce cas, la conception de l'objet connu est analysée comme un même cycle de connaissance collectif, réalisé par différents individus. On peut aussi analyser les différents cycles individuels qui permettent aux individus de communiquer entre eux et faire évoluer l'objet avant de le communiquer à plus large échelle. Nous proposons ainsi deux échelles d'analyse pour l'étape de physicalisation. Une échelle individuelle qui passe par l'étude de tous les cycles de connaissances réalisés par un groupe pour réaliser l'objet connu. On peut aussi ne s'intéresser qu'à l'échelle sociale de la physicalisation où un groupe d'individus produisent dans une étape collective l'objet connu. Cette proposition permet d'illustrer la capacité de collaboration entre sujets pour construire un savoir artefact (l'objet connu) et rejoint les thèses plus larges du socioconstructivisme.

Le terme de physicalisation a été choisi pour exprimer la nécessité pour le sujet de transformer le savoir organique en un savoir artefact afin de pouvoir l'utiliser dans son environnement. Ce terme traduit la nécessité de transformer le produit biologique en un produit physique. Ce terme est utilisé en informatique pour marquer le passage de l'état virtuel à l'état physique. L'objet connu obtenu au terme de la physicalisation pourra prendre la forme d'un discours oral, d'une vidéo, d'un livre ou d'un article scientifique. La construction de cet objet connu nécessite de la part du sujet de matérialiser sa pensée et de la fixer sur un support physique pour pouvoir agir avec dans l'interaction sociale. La particularité de cet objet est qu'il est stable et qu'il n'évoluera pas. Des paroles ou un livre publié à un moment T1 ne pourront plus

évoluer. Il sera nécessaire de reconstruire un autre objet connu à un temps T2 pour modifier le contenu sémantique de l'objet émis au temps T1.

La nature fixe et physique de l'objet connu permet de diffuser un nouvel objet à connaître pour d'autres sujets. Cette étape du passage d'objet connu à objet à connaître est le troisième temps de la connaissance, c'est-à-dire la communication.

Un savoir artefact est ainsi la matérialisation sous forme physique d'un produit cognitif par un sujet pour répondre à un projet de communication de son savoir organique.

La connaissance telle que décrite ci-dessus se définit comme un *processus d'interaction continu multi cyclique d'un sujet avec un objet à connaître qui entraîne le changement du sujet et de l'objet à connaître*. Ce processus commence avec la première rencontre entre le sujet et l'objet à connaître. Il va continuer au gré des différentes rencontres du sujet avec l'objet. Cette connaissance va durer jusqu'à la disparition du sujet ou de l'objet. Le changement du sujet s'opère au niveau biologique et de son savoir organique. Le changement de l'objet passe par une traduction biologique en savoir organique, puis la traduction physique, qui permet la production de l'objet connu et la *survivance* de l'objet à connaître par sa communication. Le passage de l'objet à connaître à un objet connu et sa *survivance* introduisent l'enjeu de la question méthodologique de la connaissance.

2.2.3. La question méthodologique de la connaissance

La question méthodologique de la connaissance ne consiste pas à décrire les opérations de biologisation, physicalisation et de communication réalisées lors du processus, qui viennent d'être présentées. La description des étapes menées pour arriver à construire différentes formes de représentation (savoirs organiques et savoirs artefacts) est partie intégrante de la question gnoséologique.

Par contre, il faut interroger la méthode de la connaissance dans une perspective d'interaction du sujet avec l'objet à connaître. Nous avons exposé qu'un objet à connaître pour un sujet 1 va devenir un objet connu et sera utilisé pour agir avec un sujet 2. Dans le cas où nous avons deux sujets S1 et S2 qui agissent sur le même objet à connaître en même temps, les deux sujets vont construire des objets connus. Par exemple, le discours (objet connu) du sujet 1 sur son expérience avec l'objet à connaître va devenir objet à connaître pour le sujet 2 par la communication du sujet 1 au sujet 2. Cet exemple montre qu'il faut distinguer deux formes de méthode de la connaissance. La connaissance directe de l'objet à connaître où le sujet va agir directement sur et avec l'objet à connaître originel. La deuxième méthode de connaissance est indirecte dans le sens où le sujet 2 va agir sur l'objet connu du sujet 1. Ce processus s'appuie donc sur un objet connu communiqué et devenu objet à connaître pour S2 et qui va fournir une nouvelle opportunité de connaissance sous le point de vue de S1. En ce sens, la création d'objets connus va permettre de transmettre des savoirs artefacts à d'autres individus pour qu'ils fassent l'expérience indirecte qu'ils n'auront plus l'occasion de réaliser. Nous sommes capables par ces mécanismes de connaître des faits passés et révolus, des personnages historiques, des mécanismes inaccessibles que nous ne pourrions jamais côtoyer et connaître directement. En ce sens, l'activité scientifique se propose de fournir des occasions de connaissances indirectes de phénomènes et d'objets à des individus qui ne peuvent pas les réaliser directement.

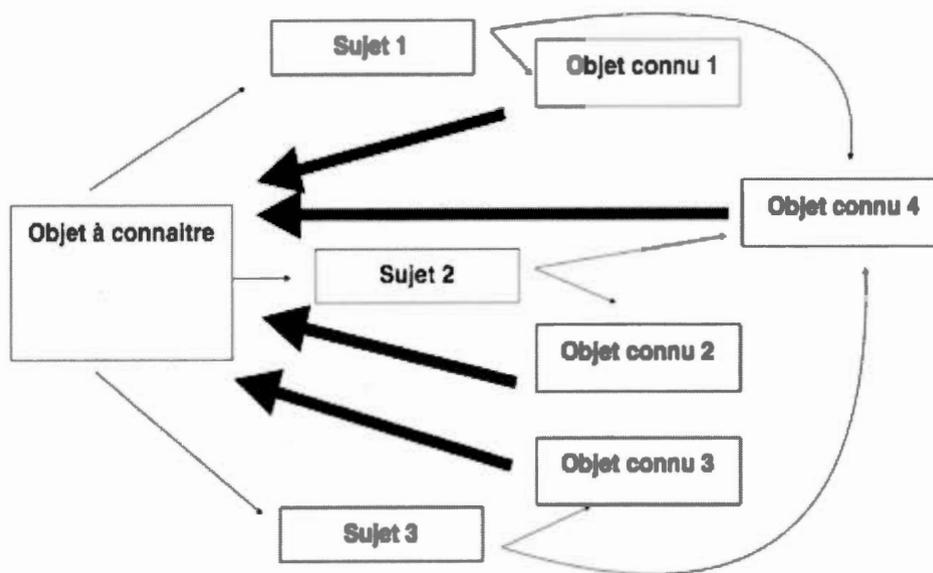


Figure 2.2 : Perspective sociale du processus de connaissance

L'activité scientifique permet aussi à un groupe de sujets (1,2 et 3) d'agir sur un objet à connaître commun. Ils vont construire des objets connus différents sous forme de discours qui vont être réinvestis par communication entre eux. Ces objets connus (qui sont proches, mais différents) vont permettre un nouveau cycle de connaissance de l'objet à connaître par les sujets. Après plusieurs cycles de connaissance et production d'objets connus (oraux ou écrits), ils vont réaliser en commun un objet connu plus complexe (objet connu 4) qui sera un livre ou un article scientifique qui permet de le communiquer.

L'étape de communication permet à l'objet connu de devenir un objet à connaître. Ce passage illustre la notion de naturalisation que Moscovici propose dans sa définition de l'objectivation. L'objet connu devient indépendant du sujet par ce changement de statut en objet à connaître. C'est un nouvel objet à connaître et une représentation de l'objet à connaître original. Il devient en même temps l'objet à connaître et un élément de l'objet à connaître, similaire, mais pas semblable. Il devient substitut de l'objet à connaître lors de la disparition de l'original. Dans la perspective de l'étude

symbolique d'un objet, il est nécessaire de construire un objet connu pour communiquer dans l'espace social avec d'autres individus.

2.2.4. La question téléologique de la connaissance

La question téléologique de la connaissance renvoie à la finalité du processus de connaissance. Le Moigne (2012) pointe la spécificité des épistémologies constructivistes qui se basent sur une connaissance axée sur son « projet » et rappelle (p.96) :

« Rien ne contraint à définir une connaissance ou une discipline scientifique par son « objet » : (...) Nous pouvons aussi la définir par son « projet », en entendant ce caractère téléologique de la connaissance dans son intelligible complexité : le projet cognitif du sujet connaissant affectant le projet fonctionnel qu'il attribue au phénomène modélisé ».

Tel qu'il a déjà été énoncé, le processus de connaissance repose sur deux finalités qui correspondent à deux modalités : 1) l'étude symbolique de l'objet en agissant sur l'objet et 2) l'étude pratique de l'objet pour agir avec l'objet à connaître. Suivant ces modalités, la méthodologie du processus va différer.

- Pour nous, agir sur l'objet permet de comprendre cet objet et de répondre aux questions ontologiques⁷ (quelle est la nature de l'objet), génétiques (quelle est son origine), méthodologiques (comment il fonctionne) et téléologiques (quelle est la finalité recherchée par son utilisation). Agir sur l'objet est une opération cognitive qui vise une utilisation symbolique de l'objet. Cette utilisation symbolique permet de le comprendre, le nommer, le juger et plus encore. D'autres dimensions de l'objet peuvent certainement être renseignées par l'action sur l'objet. L'objectif de cette présentation n'est pas de développer une liste exhaustive des dimensions qui permettent de connaître l'objet. Ce sera l'objet de développements ultérieurs. Par

⁷ La notion d'ontologie, c'est-à-dire, l'étude de « l'être » va être utilisée pour comprendre la nature, l'essence des objets. Le terme de gnoséologie ne sera utilisé que pour l'étude de la connaissance sous forme d'objet d'étude. Pour les autres objets, la notion d'ontologie sera utilisée.

contre, il est important de souligner les différentes questions auxquelles il faut répondre pour comprendre l'objet. Cette opération de compréhension de l'objet se déroule dans la phase de biologisation et permet de construire le savoir organique symbolique de l'objet.

La modalité d'action sur l'objet peut prendre aussi une autre forme. L'étape de physicalisation permet de construire un savoir artefact. Suivant le projet de communication du sujet, il ne va produire le même objet connu. Produire un article scientifique pour communiquer les résultats d'une étude, révèle d'une volonté de réaliser un objet connu qui répond à des contraintes imposées par l'organisation qui va le publier et la nécessité d'obtenir une validation par les pairs de l'objet. C'est le projet de communication qui va influencer la forme de l'objet connu. Ainsi, le savoir artefact devient savoir scientifique quand il est communiqué sous forme de publication dans la revue savante. L'étude et la production d'un savoir artefact dans l'exercice professionnel peuvent recourir à une méthodologie aussi complexe et rigoureuse que pour un savoir scientifique. Par contre, il va prendre la forme d'un objet connu différent, souvent moins complexe et plus facilement utilisable au sein de l'organisation.

Un exemple de ce type de situation se retrouve dans le monde de la santé publique. Des chercheurs peuvent réaliser l'étude d'un objet avec un haut niveau de rigueur et de validité du devis de recherche. La connaissance pourrait être classiquement qualifiée de « connaissance (méthodologiquement) scientifique ». En jugeant cette connaissance sous l'angle de la méthodologie utilisée pour comprendre uniquement la relation entre le sujet qui connaît et l'objet à connaître, cette connaissance est scientifique. En considérant que la connaissance est un processus plus large qui inclut aussi l'objet connu, on doit s'interroger sur la forme que va prendre l'objet connu. Les chercheurs suite à leur découverte peuvent chercher à créer un savoir scientifique (sous forme d'article) pour la communication dans une revue savante. Ils peuvent

aussi chercher à créer un autre savoir tel qu'un rapport de recherche pour communiquer à des financiers ou au sein de leur organisation des résultats de recherche. Ce type de savoir est de nature « professionnelle », car il correspond à des exigences de communication propres à un exercice professionnel. Ces deux savoirs, qui relèvent de la même méthodologie, n'auront pas la même forme, le même contenu et ne pourront servir aux mêmes fins de communication. Dans ce cas, la démarcation entre connaissance scientifique et non scientifique basée sur le critère uniquement méthodologique ne tient pas. Par contre, la démarcation téléologique de la connaissance est plus pertinente. La finalité d'action et le projet de communication vont influencer la forme de l'objet connu (et parfois aussi la méthodologie pour le réaliser). Le processus de connaissance pourrait être qualifié de scientifique s'il permet la réalisation d'un ou plusieurs savoirs scientifiques. Il pourra aussi être qualifié de professionnel ou de « profane » suivant les objets connus réalisés et communiqués. Mais un processus de connaissance peut amener la production de différents objets connus comme il a été exposé précédemment. Il semble ainsi plus pertinent de chercher à qualifier les savoirs de scientifiques, professionnels ou de sens commun en se basant sur l'objectif de communication poursuivi par le sujet. Cette proposition repose sur notre réinterprétation de la connaissance logico-mathématique de Piaget (1970).

2) La deuxième modalité cherche à favoriser l'action avec l'objet, c'est-à-dire l'utilisation de l'objet par action motrice. Agir avec l'objet permet la construction d'un savoir organique spécifique sous forme de *savoir-faire*. Ce savoir organique est un « programme moteur » tel qu'il est présenté dans la tradition cognitive de l'apprentissage moteur, qui permet de construire et développer des séquences motrices de plus en plus performantes en lien avec l'objet. L'utilisation de l'objet dans les actions du sujet permet à l'individu de construire des savoirs faire, mais aussi de compléter les *savoirs symboliques* sur l'objet. L'influence de l'étude praxique d'un objet dans la constitution du savoir symbolique traduit l'importance des pratiques

d'un sujet et la rationalisation des pratiques qui sont opérées par les sujets. Cette deuxième modalité s'inspire de la connaissance physique décrite par Piaget (1970).

2.2.5. La question éthique de la connaissance

La question éthique de la connaissance d'un objet cherche à comprendre les différentes valeurs des savoirs. Elle invite à dépasser le modèle classique de hiérarchisation des connaissances sur la valeur méthodologique qui a légitimé les savoirs scientifiques. Apprécier les valeurs d'une connaissance comme processus continu tout au long de la vie semble peu pertinent, car ce processus est le fruit de plusieurs projets successifs et différents. Le jugement de valeur porte ainsi sur le savoir construit dans une démarche de connaissance précise. Pour cela, il faut définir les différents domaines et les indicateurs d'évaluation de valeur d'un savoir. Donner une valeur, c'est qualifier un objet. Les types de valeur les plus simples sont les qualificatifs : bien/ mal, positif/négatif ou sain/malsain (pour la santé). Ce jugement peut se compléter par une hiérarchisation sur trois ou plusieurs niveaux (exemple : bon, moyen, mauvais). Comme tout objet présente différentes dimensions, il est possible d'évaluer sa valeur propre à chaque dimension. Avec cette logique, on peut chercher à évaluer la valeur épistémique, la valeur pragmatique et la valeur éthique d'un savoir, sans oublier la valeur méthodologique. C'est pourquoi ces quatre domaines de valeur vont être explorés.

La valeur épistémique des savoirs de la connaissance ou la hiérarchisation de la genericité⁸ des savoirs. Pour l'étude de la valeur épistémique, la distinction entre savoirs locaux et savoirs génériques sera retenue (Albert et Avenier, 2011; Avenier, 2009). La valeur épistémique repose sur la capacité du savoir artefact produit à remplir un « vide théorique ». Les savoirs locaux sont définis comme des « *savoirs*

⁸ Le terme de genericité est utilisé par Avenier dans le processus de légitimation pour désigner la qualité des savoirs génériques c'est-à-dire les plus abstraits et décontextualisés possibles.

qui sont censés mettre en mots certaines connaissances d'acteurs de l'organisation étudiée relatives à la problématique pratique qui sous-tend la question de recherche » (Albert et Avenier, 2011). Plus les savoirs seront locaux, c'est-à-dire, contextualisés et spécifiques aux objets rencontrés, plus ils seront actionnables pour résoudre la situation (Avenier, 2009). Un savoir générique est obtenu par une généralisation verticale des savoirs locaux par opération de décontextualisation et de conceptualisation (Avenier, 2009). Cette forme de « *généralisation verticale diffère de la généralisation horizontale par extension du domaine de la validité* » propre aux épistémologies positivistes (Avenier, 2009). Plus les savoirs seront génériques, plus ils « *sont relatifs à des genres de phénomènes qui transcendent les aspects singuliers des occurrences de ces phénomènes* » (Avenier, 2009). Au plan épistémique, un savoir générique sera hiérarchiquement supérieur à un savoir local.

La valeur méthodologique des savoirs ou la hiérarchisation de la légitimité des savoirs. Avec la posture du constructivisme radical, un savoir n'est pas valide, mais légitime. Pour nous, les critères de légitimité vont reposer sur la rigueur et l'explicitation de la démarche de connaissance (Albert et Avenier, 2011). Plus le processus prendra des précautions méthodologiques sur la façon d'étudier l'objet, notamment, en croisant les informations obtenues, plus il pourra atteindre une rigueur. Plus le savoir produit permet de comprendre le processus réalisé au travers des différents cycles de connaissance, en faisant preuve de transparence sur les différentes étapes réalisées, plus le processus sera explicite. Pour cela, il faut fournir par le chercheur (ou le sujet connaissant) « *un rapport détaillé donnant à voir le travail réflexif* » (Avenier, 2009).

La valeur pragmatique des savoirs ou la hiérarchisation de la viabilité des savoirs. La valeur pragmatique renvoie à la hiérarchisation des capacités des savoirs de fournir une réponse au problème pragmatique d'une situation. Nous proposons ainsi que la

valeur pragmatique soit évaluée sur la capacité de générer des savoirs qui seront utiles pour résoudre la situation problématique rencontrée.

La valeur éthique des savoirs ou la hiérarchisation de la normalité des savoirs. Nous proposons que la valeur éthique renvoie à l'appréciation de la valeur du savoir vis-à-vis d'un cadre de valeurs. La définition de la valeur éthique demande d'identifier le cadre de valeur qui est en rapport avec le projet de connaissance. Le savoir scientifique devra respecter ainsi les obligations éthiques de la recherche scientifique avec l'approbation de comité d'éthique, le respect de l'anonymat, le consentement éclairé des participants ou autres exigences assurant l'absence de préjudice. Le processus de connaissance peut aussi être évalué par le respect du cadre de valeur, tel que le respect du code de déontologie d'un ordre professionnel, de la loi, ou de la morale en vigueur dans le contexte du processus de connaissance.

2.2.6. Nature individuelle et sociale des savoirs

La dernière question qu'il faut explorer est l'articulation des niveaux d'analyse individuelle et sociale qui permet de distinguer les différents savoirs. Dans une perspective plus individuelle, Piaget a décrit les opérations de l'intelligence qui permettaient de construire des savoirs. Les opérations d'assimilation et d'accommodation permettaient la construction des structures opératoires chez les individus (Piaget, 1970). En ce sens, on retrouve sous d'autres termes notre proposition théorique avec la biologisation.

Moscovici dans sa théorie des représentations sociales postule que le concept de représentation sociale est à l'interface du psychologique et du social (Jodelet, 1989b). Les représentations sociales sont ainsi « *une forme de connaissances socialement élaborées et partagées ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1989b). « *Les représentations*

sociales sont abordées à la fois comme produit et processus d'une activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et d'élaboration psychologique et sociale de cette réalité » (Jodelet, 1989b). Ces deux extraits ci-dessus montrent que la notion de représentation sociale renvoie bien à une forme de connaissance sous la forme processuelle et que le produit est un savoir dans le sens que nous lui donnons. Ce savoir est le fruit d'une activité individuelle (savoir organique individuel), mais aussi fruit de l'activité d'un groupe avec l'établissement d'un produit consensuel commun, mais pas individuellement identique (savoir organique collectif). Il permet de construire une réalité propre au groupe social à partir d'une réalité « extérieure à la pensée » sans préciser si elle est ontologique ou relative. En ce sens, ce postulat sur la nature de la réalité propre à la théorie des représentations sociales semble compatible avec la position agnostique de la réalité du constructivisme radical. Jodelet et Moscovici ne postulent pas sur l'existence ou non d'une réalité objective, mais affirment la nécessité pour le groupe de créer une réalité sociale commune au groupe pour pouvoir « agir sur le monde et autrui » (Jodelet, 1989b).

Pour la théorie des représentations sociales, ce savoir est pratique, car il est le fruit de l'expérience et est un guide pour l'action (Abric, 1994). Cette conception de la représentation sociale montre que ce processus est orienté vers une finalité d'action, ce qui la rapproche de la perspective téléologique du constructivisme radical et de la théorisation proposée. Pour Jodelet (1989b), « l'étude des représentations sociales se fait à partir des contenus saisis dans différents supports : langage, discours, documents, pratiques, dispositif matériel ». Ainsi, elle montre que ce savoir est profondément organique, mais se manifeste et est étudié au travers d'artefacts. L'étude des représentations sociales nécessite la reconstruction par le chercheur de l'objet à connaître. On entrevoit ainsi l'importance de la notion d'objet connu qui a été présenté auparavant.

Avec la proposition théorique de la connaissance projectuelle (voir figure1), l'étude des représentations sociales cherche à comprendre « LE » savoir organique d'un sujet collectif (groupe de personnes) à propos d'un objet à connaître, à partir de l'étude des objets connus produits et échangés dans la communication et l'interaction sociale. L'étude du contenu de ce « savoir organique collectif » passe par la recherche de consensus et de diversité qui sont repérables dans les savoirs artefacts. L'étude processuelle des représentations sociales passe par l'étude de l'influence des caractéristiques de l'objet à connaître, des sujets ou des objets connus sur le contenu de la représentation sociale.

Cette rapide application de la proposition théorique de la connaissance projectuelle pour l'étude des représentations sociales permet de lier notre proposition théorique avec la théorie des représentations sociales. En définissant des bases conceptuelles précises et en distinguant ce qui relève de l'individuel et du social, la proposition théorique apporte une nouvelle explication au processus de connaissance. Il reste maintenant, à faire une présentation plus complète de la théorie des représentations sociales.

2.3. La théorie des représentations sociales

Le texte qui suit a pour objectif de présenter la théorie des représentations sociales. La présentation des différentes écoles de recherche qui ont participé au développement de cette théorie permettra de présenter les différents postulats théoriques existants et les conséquences en termes d'opérationnalisation pour l'analyse des représentations sociales. Par la suite, une présentation des différentes caractéristiques de ce concept permettra de mieux circonscrire cette notion complexe. L'approche dimensionnelle utilisée pour définir la proposition théorique de la

connaissance projectuelle va être utilisée pour caractériser ce qu'est une représentation sociale.

2.3.1. La question épistémologique des représentations sociales

La notion de représentation sociale est apparue au sein de la psychologie sociale avec l'étude princeps de Moscovici. L'auteur s'inspire de la notion de représentation collective développée par Durkheim, pour développer la notion de représentation sociale. Son travail s'inscrit dans une réflexion sur la relation entre savoirs scientifiques et savoirs de sens commun (Moscovici, 1976). Suite au travail de Moscovici, il s'est développé un champ de recherche avec différents courants sur les représentations sociales.

On peut distinguer le courant structuraliste qui a développé la théorie du noyau central et l'école de Genève qui porte la théorie des principes organisateurs. Il y a aussi l'École des hautes études en sciences sociales où Moscovici a développé sa théorie et où des chercheurs comme Herzlich et Jodelet ont poursuivi ses travaux. Il existe pour terminer le courant des représentations professionnelles développé à Toulouse qui est beaucoup plus récent. Le tableau 2.1 qui suit permet de regrouper des auteurs par école pour permettre au lecteur de mieux repérer les différentes affiliations aux courants de recherches sur les représentations sociales.

Tableau 2.1 : Les différents courants d'étude des représentations sociales et leurs auteurs

Structuraliste	Principes organisateurs	École des hautes études en sciences sociales	Représentation professionnelle
Abric JC.	Doïse W.	Moscovici S.	Bataille M.
Flament C.	Lorenzo-Cioldi	Herzlich C.	Blin JF.
Moliner P.	Clémence	Jodelet D.	Piaser P.
Rouquette ML.		Apostolidis T.	

Ce tableau regroupe des auteurs qui, par leur œuvre, peuvent être considérés comme membres d'une école plutôt que d'une autre. Néanmoins, il faut nuancer cette catégorisation puisque certains chercheurs peuvent utiliser des méthodes propres à d'autres écoles en fonction de leurs objectifs de recherche.

L'approche structuraliste des représentations sociales se concentre beaucoup sur le mécanisme d'objectivation et sur les dynamiques d'évolution et de transformation des représentations sociales dans le temps. Les notions phares de ce courant sont l'organisation de la représentation en un noyau central et un système périphérique (Abric, 1976). Ce courant de recherche permet une forme de recherche beaucoup plus théorique et fondamentale sur la notion de représentation sociale. Par la mise en place de procédures expérimentales, les structuralistes ont découvert des mécanismes d'évolution, de défense (schème étrange⁹), de structuration (zone muette)¹⁰, de relation et de spécificité de certaines représentations sociales. Ce courant a permis l'émergence de la notion des représentations professionnelles comme forme

⁹ Schème étrange : mécanisme de défense qui permet la rationalisation d'informations de nature contraire aux croyances de la représentation sociale. Exemple : les gitans ne se volent pas les uns les autres. Si un gitan vole un autre gitan, c'est qu'il ne pouvait pas faire autrement (voir Moliner 2001, p36 ; Flament, 1989, p232).

¹⁰ Eléments d'une représentation qui ne se repère pas dans le discours ou qui n'apparaît pas dans un discours « officiel » prononcé pour une personne extérieure du groupe.

spécifique de représentation sociale liant un objet professionnel et des sujets professionnels à un contexte professionnel.

L'approche des principes organisateurs s'intéresse au processus d'ancrage au sein d'une population. En s'appuyant sur la notion d'habitus de Bourdieu, chaque groupe social (classe sociale ou genre, etc.) va élaborer en son sein des modes de pensée spécifiques qui vont se transmettre au sein de ce groupe. Ainsi, les représentations sociales seraient déterminées par son appartenance ou non, à un groupe social. En cherchant à différencier les structures des représentations sociales par groupes sociaux, ces chercheurs se réfèrent à une forme d'ancrage plus catégorielle qui permet de relater la régulation et le positionnement social opéré par le processus d'ancrage (Buschini et Doise, 2008). Dans cette perspective, la représentation sociale est un « *outil de communication et de gestion des conflits et relations sociaux* » (Buschini et Doise, 2008).

Au sein de l'École des hautes études en sciences sociales, Denise Jodelet a développé une approche de travail particulière. Son approche permet de travailler sur un autre versant de l'ancrage à un niveau plus sémantique (Buschini et Doise, 2008). Cette approche est beaucoup plus adaptée à une perspective de recherche orientée vers la compréhension de l'origine socio, historico, culturelle des représentations sociales sur divers phénomènes sociaux, notamment la santé. En s'éloignant de la perspective expérimentale, l'approche de Jodelet apporte une applicabilité de la théorie à des problématiques sociales qui dépassent les frontières de la psychologie sociale. L'ancrage de ce type de recherche dans l'expérience vécue au travers du contexte social et culturel permet d'appréhender un « fait social total » (Apostolidis, 2008) en conservant l'analyse globale de l'objet, du sujet et du contexte avec différents niveaux d'analyse : intra individuel, inter individuel, positionnel et idéologique (Doise, 1982).

Le courant de recherche des représentations professionnelles permet de distinguer une dynamique spécifique de l'objet représentations sociales dans l'exercice professionnel. Ce passage du sens commun au sens professionnel offre un troisième niveau d'analyse. Il permet de renouveler la dichotomie entre les représentations des profanes et des experts. Moscovisci et Hewstone (2011) font la distinction entre le profane (qui utilise le savoir commun) et l'expert (qui utilise le savoir scientifique). Les différents courants ont amené divers éléments qui ont fait progresser la théorie des représentations sociales. En offrant plusieurs perspectives d'analyse des représentations sociales, ces différentes écoles de recherche permettent d'offrir un large spectre de méthodologies d'analyse qui sont complémentaires. Ce tour d'horizon a permis de présenter les caractéristiques de la notion de représentation sociale et les différents courants de recherche qui travaillent sur le sujet.

2.3.2. La question ontologique des représentations sociales

Répondre à la question ontologique des représentations sociales, c'est présenter sa nature double, à la fois processus et produit.

La représentation est à la fois un produit du devenir et un produit en devenir; le changement n'est pas pour elle un accident, il appartient à son essence (Rouquette, M.-L., 1994).

Une représentation sociale est un produit qui rassemble différents éléments de savoir. La représentation sociale possède donc un contenu composé de différents éléments et d'une structure. Pour les structuralistes, la représentation sociale d'un groupe aura une structure organisée en un système central et un système périphérique (Abric, 1976). Sous un autre angle, selon l'école de Genève, la représentation sociale d'un objet dans une population va s'organiser et se structurer de manière différente suivant des groupes ayant des positions sociales différentes. Les différents groupes vont partager un contenu souvent commun, mais en n'apportant pas la même importance

aux différents éléments du contenu suivant le groupe d'appartenance (différents principes organisateurs).

Pour Jodelet (1984) et Moscovici (1976), une représentation sociale est une connaissance de sens commun, que l'homme « profane » construit dans l'interaction et la communication de tous les jours. Mais certains auteurs distinguent une catégorie spécifique : la représentation professionnelle. Elle est le fruit d'une interaction spécifique au monde professionnel, sans avoir ce caractère de sens commun (Bataille, M. et al., 1997). Une représentation professionnelle est une représentation d'ordre structurelle, car l'identité du groupe est mise en jeu par la représentation spécifique d'objets issus du champ professionnel. (Moliner, 1996; Seca, 2010). Les objets comme le métier, la santé pour un médecin, l'hygiène pour une infirmière sont des objets sociaux qui font partie de la pratique professionnelle. Les représentations professionnelles permettent de constituer l'identité professionnelle du groupe. Cette distinction entre les représentations sociales et les représentations professionnelles est importante et utile, car on peut distinguer d'un côté la représentation sociale du métier (par les non exerçants) et de l'autre, la représentation professionnelle (par des exerçants). Le passage de la représentation sociale à la représentation professionnelle est une évolution spécifique de la représentation sociale au sein d'un groupe de professionnels.

Une représentation sociale est généralement un objet polymorphe (Moliner, 1993) ou complexe (Garnier, 1999) qui amène différents acteurs ou groupes à avoir une vision différente de l'objet (Seca, 2010). Certaines représentations (comme la médecine naturelle) sont imbriquées dans une représentation plus large (la médecine officielle) (Fraïssé, 1999). Garnier (1999) pose l'hypothèse que les objets peuvent être structurés en relation avec d'autres objets. Le caractère polymorphe amènerait à distinguer des représentations fortes et faibles (Seca, 2010). Les représentations sociales fortes seraient structurées, captatrices et pourvoyeuses de sens et les représentations sociales

faibles seraient peu organisées, plutôt englobées ou encastrées dans d'autres représentations sociales plus fortes et stables (Seca, 2010). La figure 2.3 montre la configuration d'une représentation sociale en formation (RS a1, a2, a3) et d'une autre fortement structurée (RS b) qui joue un rôle d'attracteur de représentations sociales faibles (RS b1, b2).

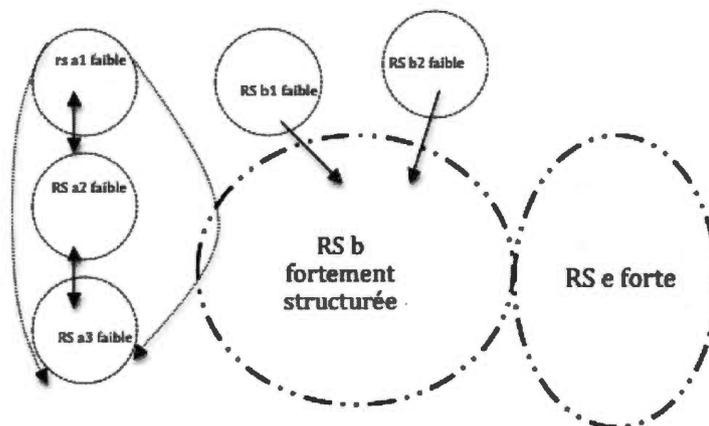


Figure 2.3 : Schématisation de la formation d'une représentation sociale et logique d'attraction entre représentations sociales faibles et fortes (Seca, 2010).

La représentation sociale est une forme de connaissance qui se positionne par rapport à d'autres formes de connaissances, telles que l'idéologie, la croyance, l'attitude. Elle est au carrefour du concept et de la perception, du savoir scientifique et de l'opinion (Moscovici, 1976). Rouquette (1998) localise la place des représentations sociales vis-à-vis des autres formes de connaissances (idéologie, attitudes, etc.). Dans la figure 2.4, il localise les représentations sociales comme une connaissance de niveau inférieur à l'idéologie et supérieur aux attitudes et opinions. Pour Rouquette (2009), deux formes de représentation d'un objet se construisent à partir soit d'un système techno scientifique et qui aura une forme plus vulgarisée de la pensée scientifique ou experte, soit à partir d'un méta système social où la représentation aura un contenu plus ancré dans les croyances et les opinions.

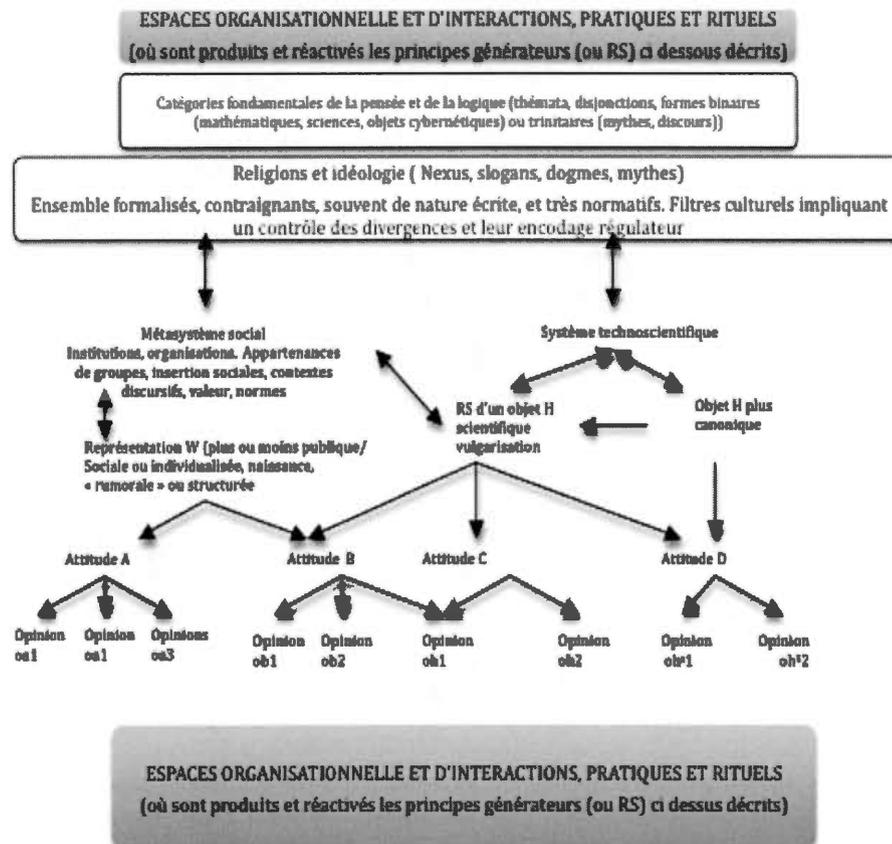


Figure 2.4 : Schématisation des constituants de la pensée sociale (Seca, 2010)

À partir de la figure 4, on peut localiser les représentations sociales par rapport aux attitudes, opinions, et les systèmes de pensées plus normatives ou orthodoxes comme les religions et idéologie. Les représentations sociales ne sont pas un objet inerte et sans évolution.

En tant que processus, une représentation sociale est un système sociocognitif qui intervient en aval et en amont des interactions sociales (Abric, 1994). C'est un système d'interprétation qui lie l'objet et le sujet, le stimulus et la réponse. Les représentations se construisent en collectivité et dans l'interaction avec autrui.

Moliner (1996) positionne les représentations sociales sur un plan historique. Observer une représentation sociale, c'est l'observer à un moment donné. À cette fin,

il propose un tableau des indicateurs qui permettent d'apprécier les différentes phases de vie d'une représentation sociale (tableau 2.2).

Tableau 2.2 : Évolution chronologique d'une représentation sociale

	Émergence	Stabilité	Transformation
Indicateurs contextuels	Objet récemment apparu ou modifié Groupe récent ou transformé Communication collective intense	Objet ancien ayant subi peu de modifications Groupe ancien	Objet récemment apparu Groupe ancien ou transformé Communication collective intense
Indicateurs quantitatifs	Discours diversifiés Opinions juxtaposées	Discours consensuels Opinions connexes	- Discours diversifiés - Opinion juxtaposée
Indicateurs qualitatifs	- Analogies - Décentration argumentative	- Discours explicatifs	Rationalisation/dénis Sous catégorisation Cohabitation de nouvelles et anciennes croyances

La genèse d'une représentation sociale commence avec l'apparition d'un objet social dans l'environnement social d'un groupe. Cet objet peut représenter une menace, ce qui va alors susciter l'intérêt du groupe envers cet objet qui va devenir saillant (Elejabarrieta, 1996). Le processus de communication sociale autour de l'objet va déclencher le processus de genèse de la représentation sociale par élaboration et partage de savoirs sur l'objet. Moliner (2001) précise que cette explication ne montre pas le degré d'incertitude, perçue par le groupe, liée par l'apparition de l'objet, qui est nécessaire à la genèse d'une représentation sociale. Moscovici (1976) avait introduit les premiers critères d'apparition d'une représentation sociale à savoir la dispersion de l'information relative à l'objet, la focalisation qui permet d'accentuer et d'occulter des traits de l'objet et la pression à l'inférence, qui se traduisent par la nécessité de parvenir à une explication commune et à un code commun. Mariotti (2003) discute et

synthétise les réflexions des auteurs (Guimelli, 1994; Moliner, 1993) à ce sujet et propose une explication à l'apparition d'un processus représentationnel.

Il y aura élaboration représentationnelle quand, pour des raisons structurelles ou conjoncturelles, un groupe d'individus est confronté à un objet – ou un ensemble d'objets organisés en système – pouvant être polymorphe, complexe, important, polémique. La construction de cet objet constitue un enjeu mesurable selon les dimensions de l'implication. Cet objet pourra être, selon l'objet, de l'ordre de la fonctionnalité, de l'identité ou de la cohésion sociale. Quand, en outre, la maîtrise de cet objet constitue un enjeu pour d'autres acteurs sociaux interagissant avec le groupe. Quand enfin le groupe n'est pas soumis à une instance de régulation et de contrôle définissant un système orthodoxe. (Mariotti, 2003)

Le deuxième temps d'existence d'une représentation sociale est la stabilisation. Elle correspond à une étape où l'interaction sociale a permis l'émergence des contenus de la représentation sociale et a permis de se construire autour du noyau figuratif (Moscovici, 1976) ou noyau central (Abric, 1976). Suivant cette théorie, le noyau est composé d'éléments qui caractérisent la représentation sociale qui lui donne une cohérence et sa signification (Abric, 1987). Le noyau central est, selon Abric, la partie la plus stable, car c'est la partie qui fait consensus entre les individus. La modification du noyau central amène donc une transformation de la représentation sociale. Durant la phase de stabilité, la représentation sociale est un savoir consensuel et opérationnel sur un aspect donné de l'environnement social du groupe (Moliner, 2001). On obtiendrait une représentation sociale forte et autonome. Si la représentation sociale ne remplit plus ses fonctions, elle subira une transformation.

Le troisième temps d'existence d'une représentation sociale sera l'évolution. L'évolution sociétale au niveau des connaissances, des technologies, amène à une évolution des représentations sociales. Dans la perspective structuraliste, cette évolution peut toucher le système périphérique ou le noyau central. La transformation du noyau ou du système central n'a pas la même incidence pour la représentation sociale. Si le noyau central change, c'est qu'il y a une transformation de la représentation sociale ancienne en une nouvelle représentation sociale. Mais il existe

des mécanismes de défense qui vont protéger la représentation sociale. Ils opèrent par la rationalisation d'une information contradictoire. Deux possibilités sont présentes : rationaliser l'élément contradictoire ou rationaliser la contradiction en la rendant tolérable, en minimisant sa portée par un argument (schème étrange) (Flament, 1989). Moscovici décrit deux mécanismes qui agissent lors de la genèse d'une représentation sociale et conduisent à la stabilisation de la représentation sociale : l'objectivation et l'ancrage (Moscovici, 1976) qui réfèrent davantage à la question méthodologique.

2.3.3. La question méthodologique des représentations sociales

Comme il a été présenté, la représentation sociale est un processus. Plusieurs mécanismes participent à ce processus qui permet la genèse, l'évolution et la transformation de la représentation sociale. Les mécanismes d'objectivation et d'ancrage vont être présentés.

L'*objectivation* consiste à résorber l'excès de signification d'un objet. Il permet de faire un tri nécessaire dans l'ensemble d'informations qui parvient aux groupes pour construire un nouvel objet de connaissance. Ce mécanisme passe par trois phases suivant Moscovici (1976) : la déconstruction sélective, la schématisation structurante, et la naturalisation. La déconstruction sélective permet la sélection de nouveaux éléments sur l'objet en les sélectionnant et les décontextualisant. La schématisation structurante permet de recréer un objet structuré autour d'un noyau figuratif, imagé et cohérent. Il schématise et simplifie l'objet de représentation (Seca, 2010). La naturalisation permet aux éléments du noyau de se concrétiser et de devenir des entités objectives (Valence, 2010).

Le mécanisme d'*ancrage* permet d'enraciner l'objet dans l'espace social, dans un cadre de référence pré existant (idéologie, croyance, représentation, etc.). Ancrer c'est avant tout « *rendre familier l'insolite et insolite le familier, changer l'univers tout en le gardant comme notre univers* » (Moscovici, 1976, 2004). C'est incorporer de

nouveaux éléments de savoir dans le système de valeur du sujet (Valence, 2010). L'ancrage permet d'enraciner ses savoirs dans un espace social afin d'en faire un usage quotidien (Seca, 2010). Ce mécanisme permet d'interpréter l'objet par un domaine de savoir déjà existant. Il permet aussi d'instrumentaliser un savoir pour légitimer les prises de position (Moliner, 2001). Doïse (1992) parle d'ancrage psychologique, psychosociologique et sociologique. On peut analyser ainsi différents niveaux d'ancrages : intra individuel, inter individuel, positionnel et idéologique (Doïse, 1982). Doïse évoque aussi l'ancrage sémantique en se référant aux travaux de Jodelet (2006). Pour résumer, une représentation sociale en tant que produit et en tant que processus se développe et évolue grâce aux interactions sociales. Dans cette perspective, il est intéressant d'interroger les rapports entre pratiques sociales et représentations sociales.

2.3.4. La question éthique des représentations sociales

L'étude des représentations sociales permet de comprendre comment les résultats de la science sont socialisés et comment un individu va acquérir et mobiliser ces savoirs « profanes » dans la vie de tous les jours. Moscovici et Hewstone (2011) ont décrit cette appropriation de la science par les scientifiques « amateurs » qu'est monsieur, madame tout le monde. La « connaissance de première main » permet à un individu de connaître et de se représenter un objet produit spontanément par la tradition et le consensus. Une « connaissance de deuxième main » est une appropriation d'images et de contenu issus de la science, transformée pour être utilisée dans la vie de tous les jours.

Comment juger de la valeur d'une représentation sociale. Au niveau de la valeur épistémique, la représentation sociale reprend et transforme les informations de la science. Cette socialisation se focalise sur le contenu (les résultats et conclusions des

études) sans forcément prendre en compte l'ensemble des autres éléments qui constituent un savoir scientifique. Les scientifiques amateurs « retiennent le contenu (de la science), mais en modifient la forme et le jeu ». Le scientifique amateur apprécie la science faite (et vulgarisée) (Moscovici et Hewstone, 2011) là où le savant professionnel est plus un acteur de la science en train de se faire (Latour, 1989).

En ce sens, une représentation sociale sous forme de processus ne possède pas de valeur. Par contre, les produits sous forme d'objets connus produits, vont posséder une valeur. La valeur épistémique sera plus faible que le savoir scientifique le plus récent sur cet objet, car moins générique. Par contre, la valeur pragmatique de l'objet devrait être supérieure. Une représentation sociale est un guide et une justification de toute pratique faite avec l'objet. L'objet connu risque de donner une solution acceptable pour le groupe à la situation rencontrée. Au niveau de la valeur éthique, l'objet connu permet de relier l'objet à l'idéologie adoptée par le groupe. Il devrait avoir une valeur éthique supérieure dans le cadre de l'idéologie ou du cadre normatif adopté par le groupe, mais peut être considéré comme moindre en rapport avec un autre cadre normatif ou idéologique. Le processus de représentation sociale permet de construire des objets connus suite à une expérience directe ou indirecte de l'objet à connaître par le sujet. La valeur dépendra donc des formes d'expérience réalisées lors des cycles de connaissances en question.

2.3.5. La question téléologique des représentations sociales

Se poser la question téléologique des représentations sociales, c'est questionner la finalité recherchée lorsque les individus créent des représentations sociales. La création des représentations sociales est nécessaire pour assurer le lien entre les savoirs et les actions des individus, et ainsi comprendre leurs pratiques. Comprendre les pratiques permet de comprendre les représentations sociales et inversement. Les

pratiques influencent les représentations sociales, mais elles sont aussi des indices de représentations sociales.

L'étude de Jodelet (1989a) sur la folie illustre cette affirmation. Il faut rappeler que la représentation sociale est un produit et aussi un processus qui se construit en amont et en aval des interactions sociales. Les pratiques sociales peuvent influencer sur la représentation des personnes de façon consciente ou inconsciente, ce qui ne permet pas d'en observer forcément l'effet dans le discours des gens. C'est grâce à l'observation des pratiques que Jodelet a pu faire ressortir certains éléments de la représentation sociale de la folie. C'est pourquoi l'observation a son importance dans le processus de recherche sur les représentations sociales, afin de repérer des indices de représentations sociales véhiculés à travers les pratiques.

Pour Abric (1994), la représentation sociale remplit quatre fonctions essentielles : fonction de savoir, fonction identitaire, fonction d'orientation et fonction justificatrice. La fonction de savoir d'une représentation sociale permet au sujet de comprendre et d'expliquer la réalité (Abric, 1994, p15). La fonction identitaire permet de définir l'identité et de sauvegarder la spécificité du groupe (Abric, 1994, p16). La fonction d'orientation permet de guider les comportements et les pratiques (Abric, 1994, p16). La fonction justificatrice permet de justifier a posteriori les prises de position et les comportements (Abric, 1994, p17). On retrouve des fonctions similaires pour une représentation professionnelle. Ces fonctions sont : la fonction cognitive en procurant un système de savoirs propre à un groupe professionnel, la protection de l'identité professionnelle du groupe à travers le temps, l'orientation des conduites du praticien dans son action professionnelle, la communication dans le contexte professionnel qui s'inscrit dans un domaine où il y a peu de risque de confusion de la signification des termes et la justification des pratiques professionnelles (Bataille, M. et al., 1997).

Les pratiques sociales vont permettre d'acquérir des savoirs par l'expérience vécue et la culture du milieu. C'est par son implication dans une forme de pratique que

l'individu ou le groupe vont se constituer un système de savoirs d'un objet à l'origine des représentations sociales. On retrouve la fonction de « *savoir* » et aussi d'identification du groupe en termes de pratique (professionnelle, loisir ou autres) qui va partager des valeurs communes. C'est véritablement l'expérience vécue du groupe, voire la culture de pratique, qui va influencer sur la représentation sociale d'un objet au sein de ce groupe.

Pour résumer, les représentations sociales et les pratiques vont s'auto influencer. L'intérêt de la théorie des représentations sociales est de permettre de distinguer les caractéristiques propres des représentations sociales et les caractéristiques des pratiques sociales des acteurs sociaux. Ces deux entités (représentations sociales et pratiques sociales) s'influencent mutuellement et permettent de localiser les problématiques de concordance et de dissonance cognitive (Festinger, 1957) entre pensée et pratique. La théorie des représentations sociales donne une autre vision, notamment des comportements, que celle de certains modèles comportementalistes (ou cognitifs) de la psychologie sociale (Moscovici, 1996). La vision causaliste des modèles cognitivistes repose sur le postulat de l'homme rationnel qui prend des décisions rationnelles. La théorie des représentations sociales prend la position de l'homme rationalisant (Aronson, 1980) ses savoirs, ses actes et leurs éventuelles contradictions (Moscovici, 1996). L'étude des représentations sociales permet d'éclairer la rationalité des savoirs en actes et la rationalisation des actes en savoirs.

Tous ces éléments balisant les influences entre pratiques et représentations sociales peuvent être illustrés par l'objet métier. L'exercice d'un métier est une forme de pratique spécifique. La notion de métier (Le Boterf, 2000) regroupe un ensemble de savoirs et savoirs-faire, un ensemble de règles morales, une identité permettant de se définir socialement, et une perspective d'approfondissement des savoirs et savoirs-faire. Dans la perspective de cette recherche, pour les entraîneurs sportifs, la rétribution monétaire n'est pas un critère qui caractérise l'exercice du métier

d'entraîneur. L'implication de l'entraîneur est une caractéristique du métier. L'implication dans le métier sera différente, par exemple, entre un entraîneur bénévole qui exerce une autre activité professionnelle à temps plein et un entraîneur professionnel qui exerce son métier d'entraîneur contre rémunération à temps plein ou temps partiel. Le degré d'implication des personnes aura une conséquence sur la représentation du métier. Le degré d'implication, l'expérience acquise, la somme de connaissances et de formation relative à la pratique du métier d'entraîneur vont avoir une influence sur le contenu des représentations sociales et devraient même à une transformation pour les entraîneurs professionnels. C'est ce que propose Bataille (2000) qui parle de la création d'une représentation professionnelle chez les exerçants professionnels d'un métier. On distinguerait représentations sociales du métier et représentation professionnelle. La représentation sociale du métier est la connaissance naïve d'un métier par le biais des stéréotypes, images véhiculées dans la société, les médias ou toutes communications sociales. Elle est le produit d'un groupe de personnes pas ou peu impliquées dans l'exercice du métier.

La représentation sociale du métier se transformerait en représentation socioprofessionnelle puis en représentation professionnelle. L'augmentation de la professionnalisation des exerçants et l'augmentation de la technicité des objets utilisés dans le domaine professionnel vont amener les exerçants à développer une représentation socioprofessionnelle des objets lors de leur formation, puis une représentation professionnelle lors de leur carrière (Fraïssé, 1999).

La représentation professionnelle n'est pas une autre représentation du métier, mais une représentation plus spécifique et spécialisée au cœur de la représentation sociale du métier (Piasser et Bataille, 2010). Elle se construit non pas à partir du savoir de sens commun, mais à partir de savoirs scientifiques, techniques, institutionnels et pratiques acquis dans l'action et l'interaction professionnelle (Bataille, M. et al., 1997). Une étude montre (Roux-Perez, T., 2005; Roux-Perez, Thérèse, 2006) dans le

cas de la genèse d'une représentation sociale du métier d'enseignant en éducation physique et sportive, que vont apparaître des relations contradictoires entre les normes de formation de l'institution, les images idéalisées du métier des stagiaires et la réalité de l'expérience vécue en stage. Ces trois éléments peuvent devenir des indicateurs pour comprendre l'évolution de la représentation sociale du métier en représentation professionnelle.

La théorie des représentations sociales cherche à comprendre l'appropriation de la science par les « profanes » et sa socialisation. Cet enjeu est important en éducation à la santé. Les pratiques basées sur les données probantes donnent une grande importance aux savoirs scientifiques. Mais l'éducation à la santé ne se résume pas à transmettre des savoirs scientifiques.

2.4. L'éducation à la santé ou l'exploration de la normativité sanitaire

L'éducation à la santé n'est pas nouvelle au Québec. Il faut remonter aux pratiques hygiénistes contre les maladies contagieuses de la fin du 19^e siècle (Desrosiers et Gaumer, 2006). Cette préoccupation est d'abord un enjeu de santé publique. Elle se concrétise par des actions d'hygiène publique (interventions sur les milieux) et d'hygiène privée (intervention sur les individus) (Desrosiers et Gaumer, 2006). L'approche préconisée est centrée sur la diffusion d'informations en matière d'hygiène auprès de la population (Desrosiers et Gaumer, 2006) et des enseignants (Lèbe, 2010).

À la fin du 19^e siècle, les préoccupations des hygiénistes portent sur les maladies transmissibles. Les actions de santé publique au Québec sont orientées sur la modification des milieux de l'entreprise et les municipalités (Lange et Victor, 2006). L'hygiène individuelle sera assurée grâce notamment au journal d'hygiène populaire qui cherche à informer «... *l'ensemble du peuple par l'intermédiaire de l'élite*

éclairée... » (Lange et Victor, 2006). Les maladies chroniques (cancers et maladies du cœur) deviendront des problématiques de santé publique dans les années 1930 (Lange et Victor, 2006). Différents rapports (Guay, 1964; Parent, A. M., 1963) mettent au jour la mauvaise condition des écoliers québécois et la non-application des programmes d'éducation physique au Québec. Avec l'augmentation des maladies chroniques dont les déterminants sont liés aux modes de vie des individus, une nouvelle vision de l'intervention en éducation à la santé se développe. Les interventions basées sur des théories psychologiques et psychosociologiques vont permettre le développement de l'approche comportementaliste de l'éducation à la santé centrée sur l'individu.

Avec le rapport Lalonde (Lalonde, 1974) et la Charte d'Ottawa (World Health Organisation, 1986), on va assister à une nouvelle orientation des pratiques de santé publique plus centrée sur les déterminants de la santé. L'éducation à la santé va devenir alors un outil d'intervention de la promotion de la santé qui permettra d'agir dans les cinq stratégies de la charte d'Ottawa (World Health Organisation, 1986). La santé publique va axer ses actions sur les déterminants socioéconomiques et environnementaux de la santé et agir sur les inégalités sociales de santé et la création des environnements sains. Ce passage à la promotion de la santé est souvent vu comme le déclin de l'éducation à la santé individuelle au profit de l'intervention socio environnementale.

Ce bref historique va permettre d'identifier l'espace d'intervention des pratiques d'éducation à la santé au Québec. Les milieux d'intervention en éducation à la santé généralement distingués sont le milieu scolaire, le milieu de la santé, le milieu de l'entreprise et la communauté (O'Neill, M., 1977). Le milieu scolaire porte sur l'ensemble du système éducatif québécois en partant de l'école jusqu'à l'université et les organismes de gestion du système éducatif. Le milieu de la santé regroupe les différents lieux de soins ainsi que les différents organismes de santé publique. Le

milieu de l'entreprise regroupe les différentes entreprises où travaillent les Québécois. Le milieu communautaire regroupe les lieux et organisations où les gens vivent et interagissent dans des tâches domestiques ou de loisirs. Cela peut aller de la famille, du quartier, de l'organisme communautaire à la ville. Ces différents milieux sont des cadres de vie cible pour les interventions en matière de santé suivant la notion de « *setting approach* » (Poland et al., 2009).

Au sein de ces milieux, on peut distinguer différentes cibles d'intervention éducative. Dans le milieu scolaire, on peut distinguer l'intervention sur les élèves, les enseignants et le personnel non enseignant. Dans le milieu de la santé, on peut identifier l'intervention sur les patients, les professionnels de santé, les techniciens et administrateurs autres qui œuvrent dans le milieu. Dans l'entreprise, on retrouvera les salariés, les cadres et les dirigeants. Dans le milieu communautaire, on identifiera principalement les enfants, les parents et les groupes vulnérables.

2.4.1. La question ontologique de l'éducation à la santé

Il existe plusieurs définitions de l'éducation à la santé. L'éducation à la santé renvoie généralement à une intervention planifiée dans un milieu particulier par des professionnels de la santé ou de l'éducation en vue d'intervenir sur des problématiques de santé. On peut aussi la concevoir comme toutes actions informelles réalisées par des non-professionnels dans les cadres usuels de la vie comme le cadre familial ou autres, et qui permettent un apprentissage en matière de santé.

En se basant sur l'étymologie du terme éducation, deux caractéristiques ont été distinguées de l'action d'éduquer : le caractère endogène et exogène (Bizzoni-Prévieux, 2011). *Educare* renvoie au phénomène exogène et à l'apport d'éléments extérieurs pour « grandir ». *Educere* renvoie au phénomène endogène et à la

modification interne de l'organisme. Ces différences rappellent la grande opposition dans le monde de l'éducation entre transmission de connaissance et construction des savoirs.

Pauwels (2000) en adaptant le triangle pédagogique de Houssaye (Houssaye, 1988) apporte une perspective d'étude sous l'angle de la situation éducative avec l'apprenant, le formateur, et la santé s'inscrivant dans un méso et un macro système. L'apprenant est le public de cette situation pédagogique qui peut être sujet individuel ou groupe. Le formateur est « l'éducateur à la santé ». La santé peut être définie comme un ensemble de savoirs et de savoirs-faire qui vont devenir l'enjeu de la situation éducative. On identifie différentes formes d'actions qui lient ces trois pôles : enseigner, apprendre et former. Le modèle de Pauwels suggère aussi l'existence d'un mésosystème et d'un macrosystème qui influencent la situation éducative. En ce sens, nous considérons qu'il existe différents niveaux d'étude en éducation à la santé. L'étude microscopique de l'éducation à la santé se concentre sur l'étude de la situation éducative comme nous venons de le présenter. L'étude mésoscopique de l'éducation à la santé se concentre sur l'étude d'un système éducatif comprenant plusieurs situations éducatives. Cette forme d'étude peut s'intéresser par exemple à un système implanté dans une ou plusieurs écoles par les enseignants pour agir de concert sur la santé. L'étude macroscopique de l'éducation à la santé est l'étude des programmes éducatifs mis en place par une autorité éducative sur son territoire. L'étude de l'implantation de l'approche École en santé au Québec est un exemple d'étude macroscopique en éducation à la santé comprenant plusieurs formes de systèmes éducatifs.

Ce modèle de la situation éducative spécifique à l'éducation à la santé permet de distinguer les composants de cette situation et les liens qui les unissent. Cette organisation étant commune à toute situation éducative, la spécificité de l'éducation à

la santé réside dans les autres dimensions de l'objet et notamment au niveau de sa finalité éducative.

2.4.2. La question téléologique de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé peut avoir plusieurs finalités. Mérini, Victor et Jourdan (2013) précisent que les « éducations à... » se réfèrent à une double finalité : le développement d'opinions raisonnées et une dynamique de changement social.

Il existe des classifications des différentes formes d'éducation à la santé. En reprenant la taxonomie de Caplan et Holland (1990) ou Taylor (1990), Gaudreau (2000) nomme quatre formes d'éducation à la santé. En définissant un axe du savoir qui est un produit subjectif ou un produit objectif issu de connaissances rationnelles, les auteurs reprennent cette distinction entre posture positiviste et constructiviste. Ils ajoutent un axe perpendiculaire sur les théories de changement sociétal, qui oppose la régulation sociale au changement radical. On se retrouve ainsi avec une taxonomie, qui distingue l'approche traditionnelle, humaniste, humaniste radicale et structuraliste radicale. Dans ces taxonomies, l'objet important du débat est le savoir, sa nature et son mode de création, qui permet d'avoir une vision du changement social.

L'approche traditionnelle repose sur une vision d'intervention normative faite par un expert qui enseigne les « bons » comportements de santé. Cette approche repose sur un savoir d'expert qui planifie ses activités en fonctions de ces contraintes et qui cherche à transmettre des valeurs, des idées en termes de santé. Les savoirs sont objectifs et extrinsèques au groupe ou à l'individu. L'approche humaniste cherche à agir suivant les demandes du groupe. Le savoir est intrinsèque et issu de l'expérience. L'objectif est de favoriser des prises de décisions éclairées et les occasions de développer des habiletés à gérer leur santé. L'approche humaniste radicale consiste à vouloir élever et développer la conscience tout en diminuant l'aliénation et la

frustration reliées à l'engagement personnel et communautaire, tel qu'il a été engendré par une forme de socialisation (Gaudreau, 2000). L'action est planifiée par la communauté et l'intervenant est plus un soutien pédagogique. Le structuralisme radical travail en considérant que la société est régie par des conflits de base (capital/travail, hommes/femmes, etc.) au sein desquels il y a domination de groupes sur d'autres. C'est une forme d'action qui pousse la communauté à agir politiquement. L'intervention repose sur l'idée que l'individu est un acteur socio politique au sein de sa société. Le savoir est vu comme un outil politico idéologique. Cette taxonomie montre que l'on peut caractériser l'éducation à la santé suivant une finalité de changement social. Par contre, elle oppose savoir objectif (rationnel) et savoir subjectif (d'expérience). Cette vision ne correspond pas au cadre théorique de cette thèse. C'est pourquoi il est important d'explorer la dimension épistémologique de l'éducation à la santé sous l'angle du constructivisme radical.

2.4.3. La question épistémique de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé est vue comme un objet avec des savoirs non disciplinaires « *par essence polémiques, mouvants et objets de controverse* » (Lange et Victor, 2006). L'éducation à la santé puise ses savoirs dans une multitude de disciplines scientifiques. Un grand nombre de savoirs et de recommandations en provenance du monde de l'éducation ou de la santé peuvent être mobilisés. Le texte qui suit va présenter un socle épistémique sur lequel reposent les pratiques d'éducation à la santé.

Suivant l'objectif recherché par les formateurs, on peut se retrouver dans des perspectives diamétralement opposées. L'éducation à la santé peut être centrée soit sur un *objet de savoir*, soit sur le développement du « *sujet qui apprend* » (Lange et Victor, 2006). Cette distinction peut être décrite aussi par une « *guerre* » entre

approches éducatives dans le monde scolaire : entre transmission et construction des connaissances (Boutin, 2012).

En se basant sur cet axe « objet de savoirs - sujet qui apprend » qui matérialise les deux finalités aux extrêmes opposés d'une situation d'éducation à la santé, on peut décrire deux approches extrêmes (voir caricaturale) d'intervention. Une éducation à la santé qui se concentre sur les « objets de savoir » s'intéresse aux objets à connaître qui devront être présentés pour favoriser l'apprentissage de ces savoirs. La crédibilité de l'éducation à la santé répond à la valeur de ces savoirs. Nous sommes dans la logique classique de la transmission de la connaissance où la valeur de l'objet à connaître prime sur le résultat du processus de connaissance. Dans la logique de l'approche de transmission de connaissance, l'objet n'est que déplacé par communication dans le cerveau de l'apprenant. Les opérations de mémorisation vont primer et la finalité recherchée est la réplique dans le cerveau de l'objet à connaître initial. Le résultat de l'enseignement, le savoir de l'apprenant n'est pas un véritable enjeu, car si le transfert est réussi, le savoir de l'apprenant correspondra à l'objet à connaître. Les approches traditionnelles d'éducation à la santé sont plus dans cette vision où il faut informer et donner les bonnes façons de faire.

2.4.4. Éduquer à la santé en se basant sur les objets à enseigner

Éduquer à la santé en se basant sur des objets de savoirs à enseigner, comporte plusieurs difficultés. En premier lieu, les objets de savoirs à enseigner sont très nombreux, voire illimités. Ils peuvent prendre origine dans un grand nombre de domaines scientifiques utilisés en santé débutant en micro génétique jusqu'en aménagement du territoire (Contandriopoulos, 2006). Un deuxième enjeu concerne le choix de ces objets à enseigner. Quels sont les savoirs qui sont bons et ceux qui sont mauvais? Quels sont les objets qui doivent, ou non, être enseignés?

Pour cela, nous devons définir un deuxième axe constitutif du socle des savoirs possiblement mobilisables dans des situations d'éducation à la santé. Nous choisissons d'utiliser l'axe opposant les savoirs « scientifiques » aux savoirs « professionnels » et « de sens communs » classiquement utilisés en psychologie sociale. Classiquement, en épistémologie on distingue les savoirs scientifiques des savoirs profanes ou de sens commun. Cette distinction repose sur une forme de hiérarchie des savoirs qui clame la supériorité des savoirs scientifiques sur les savoirs de sens commun. Avec le développement du domaine de la gestion des connaissances, on assiste de plus en plus à l'étude des problématiques de la création de savoirs au sein des organisations et de leur transfert entre acteurs. La problématique du transfert des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé est un objet qui est particulièrement étudié. La pratique de la santé publique se fonde sur des pratiques basées sur les données probantes et les meilleures pratiques. Inspirés par le mouvement de l'« *evidence-based medicine* », les intervenants de santé publique doivent utiliser les données probantes issues de la recherche scientifique ou utiliser des interventions dont l'efficacité a été validée scientifiquement. Dans cette perspective, les savoirs scientifiques issus de la recherche sont privilégiés dans les approches d'éducation à la santé traditionnelles.

En même temps, les pratiques de santé se basent sur un ensemble de pratiques qui sont le fruit de l'expérience humaine depuis des millénaires. De multiples savoirs ont été développés au cours du temps pour favoriser la santé et combattre les maladies. Ces savoirs de sens commun se manifestent souvent sous forme de valeurs, d'opinions, de croyances qui sont ancrées dans les coutumes culturelles des sociétés étudiées. Cette situation d'opposition entre savoirs scientifiques et savoirs tacites a une influence sur les pratiques d'éducation à la santé. Un choix doit être effectué dans la création d'une situation d'éducation à la santé.

Le socle épistémique de l'éducation à la santé peut être ainsi représenté par deux axes perpendiculaires : l'axe des formes de savoirs (artefact/organique) et l'axe des types de savoirs (scientifique, professionnel et de sens commun) (Tableau 2.3).

Tableau 2.3 : Socle épistémique en éducation à la santé

Savoirs	Artefact	Organique
Scientifique	Articles scientifiques : Méta analyses Communications orales	<u>Savoir symbolique</u> : liés à un ou plusieurs champs de recherche <u>Savoir-faire</u> : conception et réalisation de la démarche scientifique de production de savoir
Professionnel	Article de revues professionnelles Documents de recommandation Guides de pratique Communications orales	<u>Savoir symbolique</u> : savoir symbolique lié à un champ de pratique professionnel <u>Savoir-faire</u> : savoir-faire lié à un champ de pratique professionnel
Sens commun	Produits médiatiques Discours et communications orales	<u>Savoir symbolique</u> : savoir lié à la prise en charge de sa santé et celle de ses proches <u>Savoir-faire</u> : savoir lié à la prise en charge de sa santé et celle de ses proches

Quel type de savoir, quel type de recommandations l'éducateur à la santé doit-il utiliser? Peut-il éthiquement se baser uniquement sur son expérience, ou doit-il

absolument s'arrimer aux données probantes et aux meilleures pratiques scientifiquement validées? Cette question du choix entre types de savoirs n'étant pas vraiment abordée en formation initiale, il est fort à parier que la plupart du personnel scolaire n'a pas les habiletés pour appuyer ses pratiques d'éducation à la santé sur les données probantes. De nombreuses barrières existent à la pratique professionnelle basée sur les données probantes dans le monde de l'éducation (Hemsley-Brown et Sharp, 2004). En médecine, les barrières les plus fréquentes de l'utilisation de guide de pratique basé sur les données probantes sont le manque de sensibilisation, le manque de familiarité, les désaccords avec les recommandations, ainsi que le manque d'auto efficacité et d'autres facteurs à utiliser ces outils (Cabana et al., 1999).

2.4.5. Éduquer à la santé en se basant sur le sujet qui apprend

À l'autre extrémité de l'axe, les approches du « sujet qui apprend » se centrent sur le résultat de l'apprentissage. Dans ces approches éducatives, souvent désignées comme constructivistes, l'apprenant va développer une représentation de l'objet. L'enjeu pour ces approches repose sur la valeur de la représentation de l'objet. Il n'est plus question de répliquer un objet de connaissance dans son cerveau. Il faut non seulement construire une représentation propre de l'objet, mais aussi faire des liens entre toutes les représentations existantes sur les objets précédemment rencontrés. Cette vision s'inscrit dans la perspective d'une formation à l'esprit critique et à la réflexivité. Cette perspective est plus inspirée par la vision d'action sociale humaniste ou humaniste radicale (Caplan, R. et Holland, 1990; Taylor, 1990) qui va chercher à développer l'empowerment du sujet qui apprend.

Éduquer à la santé en se basant sur le sujet qui apprend, comporte aussi des difficultés. Comment le formateur peut-il favoriser le développement de l'esprit critique de l'apprenant sans l'influencer par son « idéologie sanitaire »? La notion

d'idéologie sanitaire qui est utilisée signifie que toute personne va développer un système de pensées, composé d'un ensemble de représentations, croyances, opinions qui permet de définir un cadre de valeurs et de normes pour agir en santé. Comment ne pas influencer les apprenants en leur désignant les bons choix et favoriser l'établissement de leur propre choix? Ainsi, apprendre en éducation à la santé dépasse la simple représentation des objets à connaître. Il faut aussi lier les représentations des objets entre elles et ainsi développer des croyances, des opinions et des attitudes. C'est à partir de ces construits mentaux que l'on va créer un ensemble de valeurs, de normes qui composeront un système de règles d'action. Que faire si les apprenants développent une idéologie en matière de santé, qui ne va pas dans le sens recherché par l'intervention éducative? Un formateur en éducation à la santé cherchera notamment à favoriser l'adoption de recommandations qui sont émises par les autorités de santé publique ou par la recherche scientifique notamment dans une approche traditionnelle (Taylor, 1990). Les approches comportementalistes en éducation à la santé vont établir l'efficacité de leur intervention au niveau de la modification du comportement. Peut-on établir une efficacité de l'intervention éducative uniquement dans la construction d'opinions sans repères normatifs? Tout apprentissage en éducation à la santé, c'est-à-dire toute modification dans la structure des représentations organiques, est-il un indicateur de l'efficacité de l'intervention s'il n'est pas investi dans l'action ou s'il ne correspond pas à des normes établies?

Si on analyse ces deux approches sous l'angle du constructivisme radical et de la proposition théorique de la connaissance projectuelle présentée ci-dessus, on peut en tirer les conclusions suivantes. Les approches d'éducation à la santé centrée sur l'objet à connaître se heurtent aux problèmes de la valeur de « l'objet à connaître », c'est-à-dire le savoir « santé » de la situation éducative décrite auparavant au niveau de la dimension ontologique. Comment savoir si ce savoir artefact va être considéré comme bon ou mauvais, pour favoriser l'action de santé? La deuxième approche centrée sur le sujet s'intéresse aux développements des savoirs organiques et à leurs

valeurs. Il ressort que les savoirs artefacts et les savoirs organiques doivent faire l'évaluation de leurs valeurs pour savoir comment les mobiliser dans le processus global de la connaissance de la « santé ». L'éducation à la santé en tant que situation éducative ne doit pas seulement se préoccuper d'une forme de savoir au détriment de l'autre. Les savoirs artefacts seront les objets à connaître qui vont initier le cycle de connaissance, permettant le développement de savoirs organiques et la construction de nouveaux savoirs artefacts (les objets connus). Cet enjeu relève de la dimension éthique de l'éducation à la santé.

2.4.6. La question éthique de l'éducation à la santé

La dimension éthique de l'éducation à la santé s'intéresse à la question des valeurs promues lors des situations éducatives. Plusieurs auteurs (Mérini et al., 2013) rappellent que les « éducations à... » se réfèrent à une double finalité : le développement d'opinions raisonnées et une dynamique de changement social. Toute la difficulté d'éduquer à la santé est de ne pas tomber dans le paternalisme et de conserver la notion de volontariat (de faire un choix libre). Classiquement, les pratiques d'éducation et de promotion de la santé cherchent à rendre les choix sains comme les choix les plus simples. Dans une perspective de santé publique utilitariste, la frontière est mince pour que les choix simples et sains ne deviennent le seul choix à adopter, ce qui questionne l'idéologie qui sous-pèse les actions d'éducation à la santé en contexte scolaire (Tones, 1990, 2002). L'école est ainsi considérée comme un cadre de vie où « *l'éducation à la santé radicale* » peut opérer un virage paradigmatique : « *...from victim blaming to emancipation empowerment.* » (Tones, 2002). Cet auteur insiste sur le principe de liberté du choix de réaliser l'activité d'éducation à la santé. Cet élément apporte une vision de l'éducation à la santé non manipulatrice et non coercitive par rapport à l'objectif de modifier des comportements de santé.

Comme il a été démontré auparavant, l'éducation à la santé n'est pas une discipline avec des savoirs spécifiques. Les différents savoirs artefacts qu'on peut rencontrer dans une situation d'éducation à la santé permettent aux apprenants de définir ce qu'ils considèrent normal ou anormal (voir pathologique). Le normal représente le sain et l'anormal le malsain. En se construisant des représentations de l'objet, le sujet va établir des jugements vis-à-vis de l'objet, ce qui va lui permettre de définir ses propres valeurs et normes individuelles. Les savoirs artefacts peuvent être à l'origine et le véhicule de normes sociales au sein d'un groupe. Par normes sociales, il est entendu « *des règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation de la part de la société ou du groupe de référence* (Institut national de santé publique du Québec, 2012b). S'intéresser aux normes dans le cadre de l'éducation à la santé demande de s'intéresser aussi à la normativité et à la définir.

La normativité est un concept emprunté à Canguilhem, lorsqu'il évoque la capacité du vivant à résoudre des problèmes liés aux contraintes de son environnement, non pas en s'adaptant, mais en inventant des solutions. Nous distinguons plusieurs normativités : autonomie individuelle, normativité collective, et normativité de l'action et des artefacts sociaux. (Ramognino, 2007)

On peut confronter dans le cas de la santé, des normes issues des milieux scientifiques (normes scientifiques) et celles provenant de la culture populaire (normes populaires). En opposant ces deux formes de normes, on oppose deux groupes : la communauté scientifique qui cherche à légitimer ses savoirs sous l'argument de sa supériorité méthodologique. Elle s'oppose au reste de la société et ses normes issues de la « culture populaire ». Ces normes se perpétuent par coutumes et traditions. Cette vision dichotomique permet de dresser les deux extrémités d'un axe symbolisant l'origine ou non de normes par les institutions scientifiques. Comme il a été défini plus haut, le concept de normativité est collectif ou individuel. Ainsi, nous distinguons la normativité collective promue par le groupe social et la

normativité individuelle du sujet qui forment un deuxième axe. La figure 2.5 illustre les différentes parties.

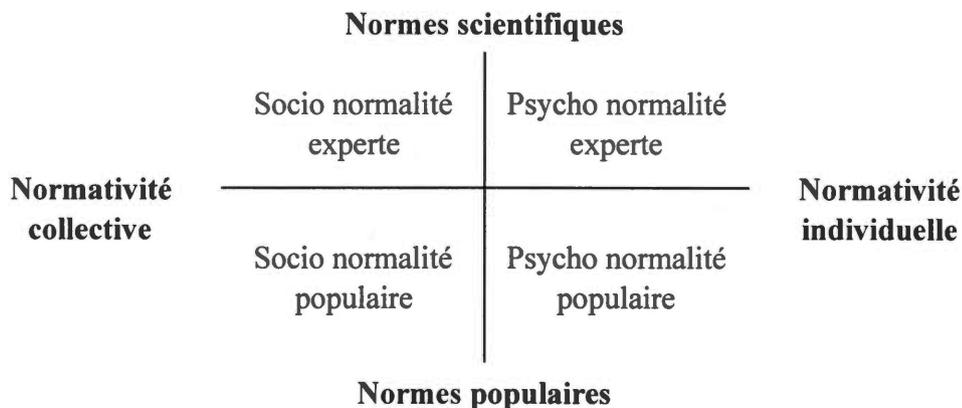


Figure 2.5 : Les différents espaces de normalités en éducation à la santé

Ces deux axes permettent de définir 4 zones de projets normatifs : socio normalité experte, socio normalité populaire, psycho normalité experte, psycho normalité populaire. Ce tableau cherche à montrer que l'entreprise d'éducation à la santé offre la possibilité d'interroger le rapport à la normalité envisagée sous différent point de vue.

Dans cette perspective, éduquer à la santé c'est choisir des objets à connaître qui viennent d'une zone de normalité plutôt qu'une autre. C'est choisir une représentation d'un objet plutôt qu'une autre pour faire évoluer la représentation de ce qu'est la santé. Ce choix de l'objet offre un grand pouvoir et une grande responsabilité à l'éducateur à la santé. L'éducation à la santé doit être une occasion d'explorer les différents projets normatifs. L'éducation à la santé doit être une occasion de repérage des conflits entre projets normatifs. Ces conflits peuvent être intra zone (entre deux projets normatifs promus par des autorités sanitaires concurrentes dans le cadre de la socio normalité experte). Ils peuvent aussi exister au niveau inter zone. Cette proposition de l'étude de la normativité en éducation à la santé permet de dépasser la

vision de l'éducation à la santé centrée sur la dimension épistémique présentée auparavant. Elle peut permettre d'envisager l'étude de la normativité des apprenants, du formateur et des savoirs qui sont utilisés afin de favoriser une éducation qui permet une autonomisation des apprenants en fonction de leur projet.

2.4.7. La question méthodologique de l'éducation à la santé

Au sein de la situation éducative mise en place, le formateur va utiliser un cadre d'action pour réaliser son action. Turcotte (2006) a proposé de distinguer quatre familles de modèle d'enseignement spécifiquement à l'éducation à la santé. En se basant sur la typologie des sciences de l'éducation de Joyce et Weil (1996), il identifie : les modèles inspirés de la personne, les modèles d'interaction sociale, les modèles inspirés du traitement de l'information, et ceux de la modification du comportement. Les modèles inspirés de la personne sont des modèles d'enseignement qui ont pour vocation le développement intégral de l'individu et la recherche de leur autonomie. Les modèles d'interaction sociale s'appuient sur la dynamique collective dans la résolution de problèmes. Les modèles de traitement de l'information se basent sur le sens donné aux informations et les réponses produites aux problèmes. Les modèles inspirés de la modification des comportements qui reprend le principe de résultats attendus en fonction d'un stimulus appliqué en se basant sur le principe des théories béhavioristes. Viennau (2005) parle de courants pédagogiques et utilise d'autres appellations de ces familles d'enseignement : humanisme, constructivisme, cognitivisme et béhaviorisme. C'est en se basant sur ces modèles d'enseignement que le formateur va permettre la rencontre d'objets à connaître pour les apprenants et favoriser le processus de connaissance tel qu'il est envisagé dans cette recherche. En se basant sur ces fondements théoriques, il va définir les résultats ciblés par la situation.

Une autre cible peut être définie. Le formateur doit définir la cible des actions. Doit-il intervenir sur des facteurs de risques, des déterminants de la santé ou d'autres éléments? L'éducation à la santé peut être utilisée comme une stratégie d'intervention dans plusieurs formes d'intervention en santé : prévention des maladies, promotion de la santé, éducation thérapeutique. Le formateur va produire des objets connus à partir de ses savoirs organiques et d'objets à connaître qu'il a rencontrés antérieurement. Il va ainsi les communiquer aux apprenants qui vont pouvoir opérer un nouveau cycle de connaissance.

2.5. Définir la promotion de la santé et caractériser sa pratique

Comme précédemment, la présentation des caractéristiques de la promotion de la santé va reposer sur l'analyse par dimension de cette notion. Une distinction entre éducation et promotion de la santé va être réalisée en même temps.

2.5.1. La question ontologique de la promotion de la santé

La promotion de la santé est un concept qui a commencé à émerger, au Canada, avec le rapport Lalonde en 1974. Cette initiative canadienne sera consacrée au niveau mondial, lors de la conférence d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé, avec la signature de la charte du même nom sur la promotion de la santé, en 1986.

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe doivent pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne

relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986).

O'Neill (2006) analyse la promotion de la santé comme un double concept. Il voit une idéologie dans la forme donnée par la définition de la Charte d'Ottawa.

Il s'agit, d'une part, d'une idéologie, qui n'est finalement rien d'autre que la philosophie traditionnelle de la santé publique désignée au fil des ans sous les appellations « hygiène publique », « santé publique », « santé communautaire » et, plus récemment, « nouvelle santé publique » (Ashton & Seymour, 1988 ; Martin & McQueen, 1989), « santé des populations » (Evans, Barer & Marmor, 1996) ou « santé publique écologique » (Chu & Simpson, 1994 ; Kickbusch, 1989). La définition de l'OMS est l'exemple parfait d'une définition peu spécifique où les aspects d'orientations philosophiques sont dominants.

O'Neill voit aussi dans la promotion de la santé une forme de pratique de la santé publique en s'appuyant sur la définition de Green et Kreuter (1999):

La promotion de la santé est d'abord et surtout un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions tels l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel (O'Neill, 2003).

Cette citation renvoie au mode d'action qui serait plus typique à la promotion de la santé. Dans cette perspective, la promotion de la santé est un sous élément de la « nouvelle santé publique ».

Pour résoudre la problématique de cette double signification, il appelle à distinguer les personnes qui travaillent à promouvoir la santé (nouvelle santé publique) et les gens qui travaillent en promotion de la santé (modifications planifiées des habitudes et conditions de vie). Travailler à promouvoir la santé renvoie au discours idéologique d'intervention en santé pour la santé publique. Les personnes qui travaillent en promotion de la santé sont des personnes qui agissent dans un champ

particulier qui se concentre sur la modification des habitudes de vie. En ce sens, la notion de promotion de la santé se distingue de la santé des populations et de l'éducation à la santé. La santé des populations serait une autre appellation canadienne pour désigner une vision de la santé publique au Canada (O'Neill, Michel, 2006). La promotion de la santé serait une des quatre fonctions de la santé publique : protection, surveillance, prévention et promotion (Breslow, 1999; O'Neill, Michel, 2006). La promotion de la santé se différencie de l'éducation à la santé, par son action plus politique et sociale. Pour Tones (O'Neill, Michel, 2006), la promotion de la santé est égale aux actions d'éducation à la santé multipliée par les actions politiques favorables à la santé. L'éducation à la santé serait une stratégie d'intervention nécessaire en promotion de la santé aux côtés d'autres méthodes telles que le marketing social, l'action politique, l'action communautaire et individuelle.

2.5.2. La question méthodologique de la promotion de la santé

Au niveau méthodologique, l'intervention en promotion de la santé se propose de prendre en compte non seulement les déterminants biologiques de la santé, mais aussi les déterminants sociaux et environnementaux. La Charte propose cinq grandes actions pour mettre en œuvre la promotion de la santé : l'élaboration de politiques pour la santé; le renforcement de l'action communautaire; la réorientation des services de santé; l'acquisition d'aptitude individuelle; la création d'environnements favorables.

2.5.3. La question téléologique de la promotion de la santé

Au niveau téléologique, la promotion de la santé cherche à réduire les inégalités sociales de santé et à favoriser « l'empowerment » des communautés et des individus. Comme il a été cité précédemment, intervenir en promotion de la santé du point de

vue de l'acquisition d'aptitudes individuelles, consisterait à agir sur des habitudes de vie saines et à modifier les comportements. Cette vision entraîne une série de recommandations et de normes instituées par les autorités sanitaires.

2.5.4. La question éthique de la promotion de la santé

Au niveau éthique, l'action de la santé publique, dont les actions de promotion, pose des problèmes éthiques (Massé, 2009), car elle présuppose la diffusion d'une moralité sanitaire (Massé, 2009) ou une idéologie préventive (Aïach, 2009). Elle repose sur une forme de paternalisme qui prend la forme d'une entreprise de normalisation des comportements de santé (Massé, 2009) en engendrant une distinction de l'acceptable/sain, de l'inacceptable/malsain. Les savoirs des experts de la santé sont considérés comme supérieurs et deviennent la norme à suivre en comparaison des savoirs « profanes ». Cette vision de supériorité des normes expertes entraîne des problématiques de responsabilisation individuelle, de victimisation des individus, de transmission de valeurs en matière de justice sociale, tolérance, de responsabilité collective et de solidarité (Massé, 2009). Cette vision de la supériorité de la connaissance experte a permis la médicalisation (Aïach, 2009; Crawford, 1980; Illich, 1975; Massé, 2009) et la santéisation (Crawford, 1980) de la société actuelle et le développement de la valeur/norme santé (Massé, 2009).

2.5.5. Reformulation des questions de recherche

Les éléments présentés ci-dessus permettent d'apporter, un éclairage sur les principaux concepts de cette thèse. La proposition théorique de la connaissance projectuelle permet de faire un lien entre la posture épistémologique du constructivisme radical et la théorie des représentations sociales. Elle fournit une

proposition théorique plus générale de la connaissance, sans se limiter à la démarche de légitimation des savoirs opérés dans la perspective de la socialisation des savoirs scientifiques. Elle offre une relecture de la théorie des représentations sociales, de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé. Au regard du cadre conceptuel et théorique présenté, il convient de formuler les objectifs de recherche.

Quels vont être les apports de ce cadre théorique pour l'analyse des représentations sociales? Quels sont le contenu et la structure du contenu des représentations sociales de la santé et du métier d'entraîneur? Comment les savoirs génériques de la légitimation des savoirs vont pouvoir aider à définir le potentiel d'actions des entraîneurs en éducation à la santé?

Le dispositif méthodologique décrit au chapitre 4 va permettre de répondre à ces questions de recherche.

CHAPITRE III

RECENSION DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Comme il a été démontré au chapitre précédent, les représentations sociales sont des systèmes sociocognitifs (Abric, 1994), regroupant un grand nombre de composants : croyances, opinions, images, symboles (Jodelet, 1984) que possèdent un groupe sur un objet. L'étude des représentations sociales peut s'intéresser au processus de représentation par lequel le groupe va découvrir et comprendre l'objet. Elle peut s'intéresser aussi au produit de ce processus. Pour comprendre le produit de la représentation, plusieurs méthodologies ont été développées. La théorie du noyau central (Abric, 1976) propose d'analyser la structure de la représentation pour identifier un espace de consensus à propos de l'objet au sein du groupe. Il est possible aussi de documenter les conceptions du groupe sur l'objet (Herzlich, 1969). Les conceptions se manifestent comme différentes formes d'objectivation de l'objet dans les communications du groupe. L'étude des conceptions permet de documenter la diversité du contenu et de l'organisation de la représentation. La théorie des représentations sociales offre aussi une autre perspective pour expliquer les liens entre savoirs et pratiques. Les représentations sociales ont pour fonction de guider l'action future et de justifier les actions passées (Abric, 1994). Comprendre les pratiques d'un acteur est un indice de la représentation de l'acteur (Jodelet, 1989a). Les représentations sociales ont enfin une fonction identitaire (Abric, 1994). Les deux sections qui suivent vont présenter les différentes études qui se sont intéressées aux représentations sociales de la santé (et bien souvent aussi à la maladie) ainsi que la représentation du métier d'entraîneur.

3.1. Comprendre la santé et sa représentation

Pour la recension des travaux sur la représentation sociale de la santé, une présentation de deux travaux majeurs dans le domaine sera effectuée avant de faire un portrait plus complet sur les études qui se réclament ou se rapprochent de l'étude de la représentation sociale de la santé.

Les travaux de Herzlich (1969) ont été les premiers à s'intéresser à la représentation sociale de la santé et de la maladie dans la France des années 1960. Son travail montre l'opposition entre santé et maladie, ainsi que le conflit entre individu et société et leur effet sur la santé et la maladie. Le terme santé est opposé à la maladie. Ils sont au centre d'un conflit entre les modes de vie et la société, d'une part, et le fond de santé et l'individu, d'autre part. Le terme santé renvoie à la notion d'activité et la maladie à la notion d'inactivité. Herzlich met au jour trois conceptions de la santé :

- La « santé vide » (absence de maladie).
- Le « fond de santé » (force, robustesse, résistance à la maladie).
- La « santé équilibre » (bien-être et activité).

Jodelet (1989a) étudia les représentations sociales de la folie et de la santé mentale. Son étude repose sur des entrevues, des questionnaires et une observation participante d'une communauté d'accueil de malades mentaux. Cette communauté était les habitants d'un village qui accueillait chez eux les malades d'un centre hospitalier. Son travail a permis de démontrer l'importance de l'observation des pratiques comme indice des représentations sociales. Elle montre une représentation sociale de la folie qui se constitue autour d'une « *nodale* » entre nerfs - cerveaux - monde de chair et d'os. La représentation de la maladie mentale repose sur la distinction entre les malades du « cerveau » et les malades des « nerfs » et les conséquences du rapport au corps du malade. La maladie mentale engendre des pratiques de différenciation, d'isolement et d'exclusion du malade qui renvoient aux logiques de transmission de la maladie et de contagiosité.

D'autres auteurs ont développé des programmes de recherche pour documenter les différentes conceptions de la santé (Blaxter, 2004; Flick, 1998; Hughner et Kleine, 2004; Pierret, 1993; Williams, 1983).

L'étude des termes en lien avec santé sous forme d'analyse étymologique été réalisée dans différentes langues (Houtaud, 1998). En comparant le terme de santé en français, en anglais, en allemand avec les termes latins et grecs, l'auteur montre l'évolution de ces termes dans les différentes langues. La santé est d'abord l'expression de l'intégrité physique. Le terme de santé est ainsi mis en parallèle avec les mots du registre religieux comme saint (*sanus / sanctus, health / holy*). Si la santé fut d'abord l'expression de l'intégrité physique, les mots à caractères religieux expriment l'intégrité de l'âme. Favoriser l'intégrité de l'âme et du corps était la prémisses terrestre d'un salut céleste.

Vigarelo a fait l'étude de la notion de sain et de malsain (Vigarelo, 1993). Par l'analyse des pratiques de santé depuis le Moyen Âge, il montre l'évolution de ce qui est considéré comme sain ou non. Il relie la notion du sain à la représentation du corps. Au Moyen Âge, le sain est l'expression de la vie et la maladie, la représentation de la mort avec les références cadavériques. Le corps sera représenté à travers le temps comme comme objet mécanique qui doit permettre l'évacuation du mal, comme corps fibreux qu'il faut renforcer, comme « *machine productrice d'énergie, moteur créateur de rendement* », ou comme « *machine informationnelle aux circuits maîtrisés* ». La représentation du corps évolue avec les évolutions technologiques de l'époque. L'étude de Vigarelo montre aussi l'évolution des pratiques de santé à caractères essentiellement individuels et qui vont devenir de plus en plus collectifs au nom d'objectif de santé publique. L'auteur résume ainsi les pratiques de santé: *hier on cherchait à garder la santé, maintenant on cherche à l'améliorer.*

Le travail de Blaxter démontre que la santé est objet de définition, de construction, fruit de l'expérience et d'action (Blaxter, 2004). Les définitions explorées par l'auteur montrent la santé comme absence de maladie, la santé comme déviance, la santé comme équilibre ou homéostasie, la santé comme fonction, la santé comme état temporaire ou statut à long terme, la santé comme modèle bio médical et la santé comme modèle social. Cette définition pose ainsi le problème de la mesure de la santé et si l'on peut considérer la santé comme un capital. L'auteur explore ensuite comment la santé est socialement construite, vécue, promulguée et gérée dans l'espace social.

3.1.1. Les conceptions profanes de la santé

Les conceptions profanes de la santé ont été documentées dans des groupes spécifiques comme les adolescents sans domicile (Flick et Rohnsch, 2007), les adolescents au collège (Downey et Chang, 2013) ou les enfants (Myant et Williams, 2005). D'autres études s'intéressent à la vision chez les hommes (Bovina, 2006; Robertson, 2006) ou les femmes (Flick et al., 2002) dans divers contextes nationaux (Dixit et al., 2008; Fatwa et al., 2010).

Les études des conceptions de la santé chez des professionnels de la santé montrent que les conceptions de la santé varient selon les fonctions professionnelles (médecins et infirmières) (Flick et al., 2002; Pace et al., 2012) ou selon le public avec lequel ils interviennent (Flick et al., 2003). On peut retrouver des états de polyphasie cognitive chez les professionnels à cause de conflits entre savoirs professionnels et savoirs experts (Renedo et Jovchelovitch, 2007).

3.1.2. La représentation sociale de la santé suivant le contexte socioculturel

La représentation de la santé dans la population chinoise d'Angleterre repose sur un mélange des coutumes et croyances de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne (Jovchelovitch et Gervais, 1998). La représentation de la santé des Chinois est centrée sur la notion d'équilibre et d'harmonie. La nourriture joue un rôle important de prévention. La représentation de la santé est un moyen de s'identifier comme chinois, de négocier et de préserver son identité dans un contexte d'acculturation migratoire.

Bovina (2006) s'est intéressée à la représentation de la santé chez les jeunes Russes. Elle a utilisé une analyse structurale de la représentation de la santé par des évocations hiérarchisées. Elle pose l'hypothèse qu'elle va retrouver un élément spécifique dans la représentation sociale de la santé à la culture russe. Elle rappelle que le terme santé en russe au Moyen Âge renvoie à la logique de force et de robustesse de l'arbre. Par son analyse, elle montre que les termes sport, beauté, force, joie et vigueur sont les termes qui sont les plus fréquents et les plus importants. Ces termes forment donc le noyau central de la représentation de la santé chez les jeunes Russes. Les termes de force et de vigueur semblent confirmer l'hypothèse de l'auteur sur la spécificité de la représentation sociale de la santé chez les Russes du fait des particularités culturelles et linguistiques russes.

Ces travaux montrent que le contexte culturel va différencier les représentations de la santé entre différentes populations. D'autres travaux montrent la spécificité des représentations sociales de la santé suivant les contextes culturels (Echebarria Echabe et al., 1992), l'origine ethnique (Jovchelovitch et Gervais, 1998), la nationalité (Bovina, 2006), le groupe d'âge (Murray, 2003) ou l'organisation professionnelle

(Provencher, 1993). L'étude des représentations sociales de la santé chez des immigrants au Québec a montré un conflit identitaire (Guicherd-Callin et al., 2013) qui implique un arbitrage entre les modes de vie de la société d'origine et la société d'accueil.

Plusieurs travaux ont été réalisés au Canada. La santé ou le bien-être (Murray, 2003) (Garnier et al., 2007; Jutras et al., 2003) ont été documentés dans divers groupes de population. Murray (2003) a analysé la représentation de la santé chez des « *baby-boomers* » du Nouveau-Brunswick, à partir d'entrevues individuelles et de groupes. Il trouve une vision multidimensionnelle de la santé : la santé comme un style de vie, comme une attitude, comme un engagement social, une réserve (notion proche de fond de santé de Herzlich), comme être fonctionnel et comme une absence de maladie. L'auteur montre que ces personnes se sentent le devoir moral d'être en santé et que cela renvoie à une façon d'être un bon citoyen. Les « *baby-boomers* » affichent aussi une vision nostalgique d'une époque moins médicalisée.

3.1.3. La représentation sociale de la santé suivant la fonction professionnelle

La représentation de la santé influence l'identité professionnelle (Frayse, 2000) de médecins et d'infirmières, (Flick et al., 2002; Pace et al., 2012). La représentation sociale de la santé participe à la construction de l'identité d'un individu et d'un groupe (Howarth, 2006).

Trois représentations de la santé, de la maladie et de la médecine sont citées par (Echebarria Echabe et al., 1992). Ils parlent de la représentation « active et anti médecine » de la santé pour un large groupe de population qui reprend la notion d'équilibre entre corps et esprit, opposée à une représentation « magique et pro

médecine » pour un deuxième groupe. Une troisième représentation « combinée » des deux précédentes, intervient en moindre proportion dans la population. La médecine est perçue comme une aide à la guérison dans cette troisième forme de représentation sociale.

D'autres travaux se sont intéressés à l'influence du statut professionnel sur les représentations de la santé. Plusieurs travaux ont cherché à analyser les représentations de la santé chez des professionnels de la santé et à faire une analyse des différences suivant les corps de métier (Flick et al., 2002) ou les particularités des patients (Flick et al., 2003). Une première étude des représentations sociales de la santé entre des médecins et des infirmières allemands (Flick et al., 2002) montre que différents concepts de la santé sont énumérés par ces praticiens. Les médecins présentent des concepts de santé dérivés ou totalement inscrits dans la définition de l'Organisation mondiale de la santé : « Bien-être physique, mental et social ». On retrouve aussi des conceptions relatives de la santé, de capacité à s'adapter à ses limitations, d'absence de la maladie, de réservoir (ou fond de santé), de bien-être physique et équilibre mental, et enfin de capacité à être fonctionnel et productif. Les infirmières présentent moins de conceptions de la santé. Elles s'appuient aussi sur la définition officielle de l'Organisation mondiale de la santé, d'un concept relatif de la santé, d'un bien-être subjectif, d'une intégration sociale, d'une forme d'indépendance, de l'environnement et les soins, de prévention et restrictions. L'étude montre que ces deux catégories de professionnels vont avoir une représentation différente l'une de l'autre et qui sera différente encore des représentations « profane » du grand public. Dans un autre article, les auteurs montrent que la représentation sociale de la santé de personnes âgées chez des médecins et chez des infirmières est moins centrée sur la maladie, mais plus sur l'autonomie et l'adaptation à ces restrictions (Flick, 2003).

Il ressort de ces travaux que les représentations de la santé sont souvent des systèmes de représentation (Jeoffrion, 2009) qui doivent s'analyser en lien avec d'autres représentations telles que la maladie (Herzlich, 1969), le corps, la contagion (Véga, 1997) ou l'activité physique. Une étude française (Perrin, 1997) a mis en évidence différents profils d'individus qui ont une représentation de l'activité physique en lien avec une définition de la santé ce qui permet de relier une vision de la santé à une forme d'activité physique. On retrouve ainsi les profils des fatalistes (corps outil de travail), des hédonistes (corps objet de loisir), des hygiénistes (corps objet de médecine) et des volontaristes (corps objet précieux). Une autre étude (Morlot et al., 2010) a évalué l'influence des messages de santé publique par l'analyse des représentations sociales de l'activité physique, des fruits et légumes de différents groupes d'âge de population. Les auteurs montrent que ces personnes accordent une place centrale à la santé dans ces représentations sociales, avec des différences entre les catégories d'âges.

En dehors de la théorie des représentations sociales, une étude a exploré les relations entre santé et sport (Fleuriel et Sallé, 2009) chez des médecins sportifs en France. Les auteurs positionnent les médecins dans un paradoxe de pratique où deux univers se côtoient : le sportif et le médical. Les auteurs notent une contradiction entre les deux univers qui varient d'un pôle d'une médecine de performance propre au sport et une vision curative ou préventive qui est plus tournée vers la promotion de la santé.

Depuis les dix dernières années, de nombreux travaux analysent la représentation sociale de la santé et de la maladie chez des professionnels de la santé ou chez des personnes « profanes ». Différentes méthodologies sont utilisées pour l'étude des représentations sociales de la santé (Murray et Flick, 2002). On retrouve beaucoup de travaux de nature interprétative (Flick, 2000) qui cherchent à faire ressortir les différentes conceptions de la santé (Wilkinson, 1998) ou l'analyse thématique des réponses ouvertes de questionnaires (Asbring, 2012). On retrouve des travaux plus

quantitatifs qui utilisent les associations de mots (Bovina, 2006), des questionnaires (Echebarria Echabe et al., 1992), des devis de recherche mixtes (Downey et Chang, 2013), des analyses factorielles de correspondance (Garnier et al., 2007; Perrin et al., 2002). L'analyse par questionnaire (Echebarria Echabe et al., 1992) a cherché à mesurer la représentation de la santé, de la maladie et de la médecine au sein de la population basque. Un questionnaire a été élaboré avec différentes échelles notamment le « *locus of control* », les croyances à propos de la santé et de la médecine, les explications causales de la santé et de la maladie. Cet exemple montre les différents construits théoriques (tel que le « *locus of control* ») que l'on peut utiliser pour mesurer la représentation sociale de la santé. Cette diversité de méthodes d'analyse offre plusieurs possibilités pour décrire les multiples facettes d'une représentation sociale.

3.2. Comprendre le métier d'entraîneur et sa représentation

Il existe tout un champ d'études sur les entraîneurs et leurs pratiques. Utiliser la notion de métier d'entraîneur est une notion francophone pour aborder ce domaine d'étude (Fleurance et Perez, 2008; Saury et Sève, 2004). Dans une perspective anglophone, on retrouve principalement la notion « *coaching* ».

Une étude en contexte français sur 7 entraîneurs de tennis à temps complet (Rundstadler et Chifflet, 2002) montre qu'ils adoptent différents rôles (rôle d'expert, rôle de professionnel, rôle de convivialité associative) suivant les publics qu'ils côtoient et les contextes dans lesquels ils interviennent (club house, terrain de tennis, et allées du club).

Dans leur ouvrage, Saury et Sève dressent un portrait de ce que fait un entraîneur quand il entraîne et quand il n'entraîne pas les athlètes (Saury et Sève, 2004). Pour

ces auteurs, le modèle de référence de l'entraîneur est souvent celui de l'entraîneur expert et les pratiques efficaces pour la performance. L'ouvrage s'attarde aussi sur les autres fonctions que l'entraînement (recrutement, détection, sélection, formation, recherche et gestion des conflits), ainsi que sur les problématiques de formation des entraîneurs (adapter, individualiser la formation, formaliser l'expérience vécue, capitaliser les savoirs professionnels et en favoriser l'accès) (Saury et Sève, 2004). L'ouvrage présente les pratiques des entraîneurs en contexte français, mais apporte des éléments importants (formation, cultures, rôle, pratiques efficaces, etc.) et transférables au contexte québécois sur les caractéristiques de l'entraîneur.

Ripoll (2012) propose dans son ouvrage une réflexion sur ce qu'est un entraîneur en France en s'appuyant sur des entrevues d'entraîneurs experts et d'athlètes. Il décrit ses trois conceptions d'un entraîneur (entraîneur centré sur l'instruction technique, le coach centré sur l'accompagnement des joueurs et le manager qui est centré sur la gestion d'une organisation). Il explore la vocation d'être un entraîneur, les aptitudes psychologiques nécessaires, et les pratiques multiples au niveau de la relation avec les athlètes, la création d'un collectif et le besoin *d'atteindre la plus haute marche*.

Plusieurs études ont cherché à documenter le « *coaching process* » à travers différents sports en contexte anglophone. En contexte canadien, plusieurs se sont intéressés aux entraîneurs de hockey. Le rôle des entraîneurs de soccer et de hockey a été exploré par Gilbert et Trudel dans une étude multicas avec 6 entraîneurs (Gilbert et Trudel, 2004b). Ils étudient le « *role frame* » du coach, c'est-à-dire la façon dont les entraîneurs construisent la réalité dans laquelle ils agissent. Cette délimitation de leur rôle est composée d'éléments frontières, c'est-à-dire des éléments situationnels qui influencent l'action de l'entraîneur (âge du groupe, niveau de compétition, genre des athlètes) et des composants internes, c'est-à-dire la vision ou les attitudes recherchées par l'action de l'entraîneur: *la discipline, le plaisir, le développement et la croissance*

personnelle, le développement sportif spécifique, l'esprit de victoire, la sécurité, l'emphase sur l'équipe, l'environnement positif de l'équipe.

Plusieurs études réfléchissent à une nouvelle conceptualisation du coaching sous l'angle des sciences de l'éducation (Jones, 2009). Certains travaux ont proposé de conceptualiser le coach comme un « *orchestrator* », c'est-à-dire quelqu'un qui va « *coordonner des activités selon des paramètres exprimés par des hauts dirigeants à différents niveaux, pour susciter, organiser, superviser et consolider des changements complexes dans tout ou partie d'un système multi organisationnel (traduction personnelle)* » (Jones et Wallace, 2005; Santos et al., 2013).

D'autres travaux ont exploré les relations des communautés de pratiques des entraîneurs et les communautés de pratiques d'athlètes qui se rejoignent et partagent des frontières communes au sein de l'équipe (Galipeau et Trudel, 2009). Cette relation est basée sur des notions d'imagination, d'alignement et d'engagement au sein de la communauté de pratique (Galipeau et Trudel, 2009).

Côté et Gilbert ont cherché à définir sur quoi reposent l'efficacité et l'expertise des entraîneurs (Côté et Gilbert, 2009; Gilbert et Côté, 2013). Ils ont proposé une classification sous forme de triade des savoirs d'un entraîneur: savoirs professionnels, savoirs intra et inter personnels. Les savoirs professionnels sont ce que nous appelons les savoirs organiques symboliques et savoirs-faire en lien avec la spécificité de l'activité d'un entraîneur. Les savoirs interpersonnels sont les savoirs organiques qui permettent d'agir en relation avec d'autres personnes notamment les joueurs. Les savoirs intra personnels sont en lien avec la capacité d'introspection, de réflexion et de compréhension de ce que l'entraîneur est.

La façon dont les entraîneurs récréatifs apprennent à entraîner a été documentée (Lemyre et al., 2007; Mallett et al., 2009; Wright et al., 2007). Les différentes

situations d'apprentissages de 36 entraîneurs de hockey, de soccer et de baseball sur trois ans ont été documentées (Lemyre et al., 2007). On remarque que la formation initiale est complétée par l'utilisation de documents et de recherches sur Internet. Mais c'est surtout par les interactions avec les autres acteurs (entraîneurs, superviseurs, joueurs parents, etc.) que se font ces apprentissages. Dans une recherche qualitative par entrevues avec 35 entraîneurs de hockey, Wright (2007) avait décrit les situations d'apprentissage suivantes : la formation de certification, les séminaires et cliniques de formation, le mentorat, l'utilisation de livres et vidéos, l'expérience personnelle, les discussions avec les autres entraîneurs et Internet.

De récents travaux se sont intéressés aux rôles des parents et de pairs dans la création d'un « *climat motivationnel* » (Keegan et al., 2009; Keegan et al., 2010). Ces travaux mettent en évidence les relations qu'entretiennent entre eux les entraîneurs, les parents et les joueurs pour favoriser un climat de motivation. Les parents et les coachs adoptent des comportements similaires au niveau des types de leadership, pour influencer les réponses émotionnelles et affectives des joueurs, ainsi que pour adopter des comportements de motivation pré performance (Keegan et al., 2010).

Des critiques ont été faites au système de formation des coachs (Cushion, C. et al., 2003). Plusieurs travaux s'intéressent au développement de l'expertise des coachs (Schempp et al., 2009; Trudel et Gilbert, 2013) et cherchent à comprendre les éléments d'un bon coaching (Becker, 2009). La littérature sur le coaching accorde une grande importance à la relation entraîneur entraîné. La recension des articles parus dans le domaine des sciences du coaching montre que l'étude des comportements des coachs était majoritairement avec des méthodologies quantitatives. Mais il y a une augmentation des travaux qualitatifs publiés dans les années 1990 et 2000 (Gilbert et Trudel, 2004a). Cette situation montre que l'objet coaching est un objet qui par sa pertinence sociale est un objet saillant, important pour plusieurs acteurs sociaux. Il est important comme champ d'études scientifiques.

Il est important pour les organismes de régie sportive qui doivent agir en formation. Il est important aussi pour les coachs eux-mêmes, car ils vont par divers moyens se construire une représentation de ce qu'ils sont et de ce qu'ils font. Il est important aussi pour les athlètes et les autres acteurs qui interagissent avec le coach.

Aucune étude sur les représentations sociales du métier d'entraîneur n'a été trouvée. En revanche, il existe des études sur les représentations du métier d'enseignants d'éducation physique. Ce métier est relativement proche de celui d'entraîneur, car il utilise les activités sportives et il comporte des missions d'éducation à la santé. Des études se sont intéressées aux représentations du métier chez les étudiants en éducation physique et sportive en France. Roux-Perez a mis en avant trois profils d'enseignants en éducation physique et sportive : les pédagogues, les didacticiens et les animateurs (Roux-Perez, Thérèse, 2006). À partir de questionnaires et d'entretiens, elle met en avant aussi le conflit entre normes de formation, l'image idéalisée du métier et la réalité de l'expérience vécue chez les étudiants. Dans une deuxième étude, elle s'intéresse à la dynamique de l'identité professionnelle au cours du temps de pratiques professionnelles (Roux-Perez, T., 2005). Les éducateurs construisent ainsi un monde cohérent entre contraintes, ressources et valeurs pour s'adapter aux situations d'exercice professionnel, ce qui amène une évolution des représentations sociales du métier aux représentations professionnelles d'un métier. La vision idéalisée de son métier (toucher le ballon, être sur le terrain, etc.) et de l'élève idéal (s'entraîne, s'investit, se donne à fond, etc.) laisse place à des visions plus réflexives de la réalité de la pratique, et peut entraîner un rapprochement des obligations prescrites dans les textes encadrant la pratique. Différents événements, comme la visite d'un inspecteur du Ministère de l'Éducation peut amener à revoir sa vision initiale du projet pédagogique comme élément rébarbatif et qui éloigne du terrain.

L'objet éducation à la santé semble amener un conflit identitaire chez les professionnels de l'enseignement en éducation physique qui peuvent voir l'éducation à la santé comme une tâche qui n'est pas du ressort de leur métier. Différents travaux ont cherché à comprendre les représentations et les pratiques d'éducation à la santé chez les enseignants du primaire (Jourdan et al., 2002) ou de l'objet « gérer sa vie physique » (Cogérino, G., 1999) chez les éducateurs physiques en France.

Pour les enseignants du primaire, l'enquête par questionnaire auprès de 637 enseignants montre que l'éducation à la santé se limite à des situations pédagogiques ponctuelles sans rentrer dans un projet plus global. Pour les enseignants, soit l'éducation à la santé ne fait pas partie de leur mission, soit leur rôle n'est que d'informer, soit leur rôle est une éducation globale de la personne. Leur sentiment de compétence à faire de l'éducation à la santé est moyen (moyenne de 5.3 sur une échelle de 10), mais va augmenter avec la formation et le fait d'intervenir dans des zones prioritaires d'éducation.

Une autre étude s'intéresse aux éducateurs physiques français et à l'objectif du programme « gérer sa vie physique » (Cogérino, Geneviève et al., 1998). L'étude montre des difficultés à opérationnaliser pédagogiquement cet objectif, les difficultés relationnelles avec les élèves, les valeurs et idéologies en lien avec la prévention qui ne sont pas des priorités pour les enseignants. Il y a aussi l'impact sur l'identité professionnelle des éducateurs physiques qui sont à la recherche de distinction avec des acteurs comme les médecins et les entraîneurs, et qui recherchent une légitimité dans l'institution scolaire.

En contexte québécois, une recherche (Michaud, 2002) a analysé les perceptions de 12 enseignants d'éducation physique à l'égard de l'intégration de l'éducation à la santé dans le programme de formation de l'école québécoise. Cette étude montre qu'ils sont favorables, mais aussi inquiets. Les craintes exprimées sont le manque de

temps, l'empiètement de l'éducation à la santé sur l'éducation physique, le besoin de contenu, d'outil, de modes d'évaluation précis et des besoins en termes de formation.

Une autre étude (Turcotte, 2006) s'est intéressée aux conceptions de l'éducation à la santé et aux pratiques qui en découlent dans une étude multi cas avec dix éducateurs physiques au Québec. Quatre conceptions ont été documentées. On retrouve deux conceptions où l'éducation à la santé est un ensemble de savoir-faire à acquérir. Une des conceptions sous forme de savoir-faire est orientée vers la mise en action, l'autre est orientée vers la différenciation des bonnes et mauvaises habitudes de vie. La troisième conception est un ensemble de savoir-faire et savoirs théoriques orientés vers la différenciation des bonnes et mauvaises habitudes de vie. La dernière conception est un ensemble de savoirs uniquement théoriques pour favoriser la prise de décision en matière de santé. Les pratiques d'éducation à la santé sont diversifiées, et ne suggèrent pas une véritable inclusion, mais plus une jonction entre éducation à la santé et éducation physique.

Ces études montrent qu'un grand nombre d'obstacles ont accompagné la mise en œuvre de pratiques d'éducation à la santé chez les éducateurs physiques et que des écarts importants existent entre pratiques préconisées et pratiques réelles (Turcotte, 2006). La finalité d'éducation à la santé n'est pas un élément qui est facilement incorporable à l'identité professionnelle des enseignants d'éducation physique, et il y a un risque que cela soit de même pour les entraîneurs.

Ces travaux montrent que pour faire émerger le potentiel des entraîneurs de hockey à intervenir en éducation à la santé, il est important de faire ressortir les représentations du métier d'entraîneur et de la santé, mais aussi l'importance d'interroger les pratiques des entraîneurs comme indice des représentations sociales.

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

Dans le texte qui suit, les caractéristiques méthodologiques du projet de recherche sont présentées. Le champ de recherche de l'étude sera décrit et la définition du concept de recherche-intervention sera précisée. Par la suite, le déroulement du processus de légitimation des savoirs sera décrit pour illustrer le côté partenarial de la recherche, pour démontrer le principe d'explicitation du processus de légitimation et expliquer le rôle du comité notamment dans l'élaboration du canevas de recherche. Pour terminer, une présentation est faite du devis de recherche, de la population ciblée, des variables étudiées, des méthodes de collectes et d'analyse des données, ainsi que des critères de scientificité, des limites et des considérations éthiques de l'étude.

4.1. La recherche sur les interventions en santé des populations

Cette étude s'inscrit dans le cadre du champ de la recherche sur les interventions en santé des populations (Hawe et Potvin, 2009) qui reprennent la définition du PHIRIC (Public Health Intervention Research Initiative for Canada) pour caractériser ce type de recherche:

« Population health intervention research involves the use of scientific methods to produce knowledge about policy and program interventions that operate within or outside of the health sector and have the potential to impact health at the population level. »

Dans le champ de la recherche sur les interventions en santé des populations, les interventions deviennent objet d'étude. Les interventions sont vues comme des solutions apportées aux problèmes de santé dans un milieu. En ce sens, la recherche

sur les interventions en santé des populations se veut une science des solutions (Potvin et al., 2013). Les interventions peuvent prendre plusieurs formes: politiques, dispositif organisationnel ou éducatif. Ce champ regroupe l'étude de toute politique ou programme d'intervention dans le milieu de la santé ou dans un milieu extérieur qui peut avoir un impact sur la santé de la population. La définition proposée mentionne que la finalité de la recherche sur les interventions en santé des populations porte principalement sur la production de savoir sur les interventions. Les formes de recherche utilisées en recherche sur les interventions en santé des populations peuvent aller de la recherche évaluation, la recherche-action participative ou l'essai randomisé (Potvin et al., 2013).

4.2. La recherche-intervention

La recherche-intervention est une appellation qui semble courante en sciences de la gestion (Duschesne et Leurebourg, 2012; Perez, 2008). Pour Duschènes et Leurebourg (2012), la recherche-intervention est une variante de la recherche-action. Une distinction entre recherche-intervention et recherche-action est apportée par Mérini et Ponté (Mérini et Ponté, 2008) dans les sciences de l'éducation. Pour eux, la recherche intervention cherche d'abord la « *problématisation des pratiques professionnelles rencontrées, là où la recherche-action cherche à les résoudre* ». Ces deux auteurs reconnaissent le caractère participatif de la recherche-intervention. Ils identifient un projet épistémique et un projet de transformation. En ce sens, la recherche poursuit trois buts: la recherche, la formation et l'intervention. La recherche-intervention peut reposer sur une démarche en cinq étapes (Duschesne et Leurebourg, 2012): 1-la perception d'un problème, 2-la construction d'un mythe rationnel, 3-la phase expérimentale, 4-la définition d'un ensemble simplifié de logiques d'action et 5-le processus de changement. La recherche-intervention peut

adopter trois « modes de production des connaissances »: positiviste, interprétatif et constructiviste (Perez, 2008).

Il ressort que l'enjeu de la distinction de la recherche-intervention et de la recherche-action porte sur la définition de l'objet d'étude et la finalité des actions. La recherche-action a pour fonction et finalité de transformer le milieu ou les acteurs (et le problème qui se pose) par une intervention. Par contre, la recherche sur les interventions en santé des populations cherche à étudier les interventions qui deviennent objet d'étude en soi, sous forme de solutions. La recherche-intervention peut avoir un projet de transformation, mais sur l'intervention uniquement.

Dans cet esprit, le type de recherche entreprise pour cette étude doctorale est une recherche-intervention dans le cadre de la recherche sur les interventions en santé des populations, car elle possède un projet épistémique et de transformation de l'intervention. La figure 4.1 illustre la représentation graphique d'un modèle de recherche-intervention que nous avons présenté lors d'un symposium sur la recherche interventionnelle en santé des populations de l'Association francophone pour le savoir ACFAS en 2016. L'étude s'intéresse à une intervention en promotion de la santé réalisée dans un cadre de vie qui est la fédération Hockey Québec. La finalité de l'intervention est d'avoir un impact sur la santé des participants et de favoriser la pratique de ce sport. Cette finalité d'intervention correspond en tous points avec la logique de la recherche sur les interventions en santé des populations. Par contre, cette étude doctorale vise la construction de connaissances scientifiques (projet épistémique) sur l'intervention ou un de ses aspects et cherche aussi à agir sur l'intervention (projet de transformation). Le projet épistémique sur l'intervention doit favoriser le projet de transformation de l'intervention.

C'est pourquoi nous proposons le modèle de la recherche-intervention qui suit (figure 5). D'un point de vue chronologique, nous identifions que le projet épistémique peut

avoir trois positions par rapport à l'intervention: pré intervention, in intervention et post intervention. Les finalités d'utilisation du savoir pour le projet de transformation sont différentes suivant les trois temps. Les savoirs construits pré intervention sont utilisés dans une perspective de conception de l'intervention. Les savoirs construits pendant l'intervention sont utilisés pour piloter l'intervention. Les savoirs construits post intervention sont utilisés pour évaluer l'intervention.

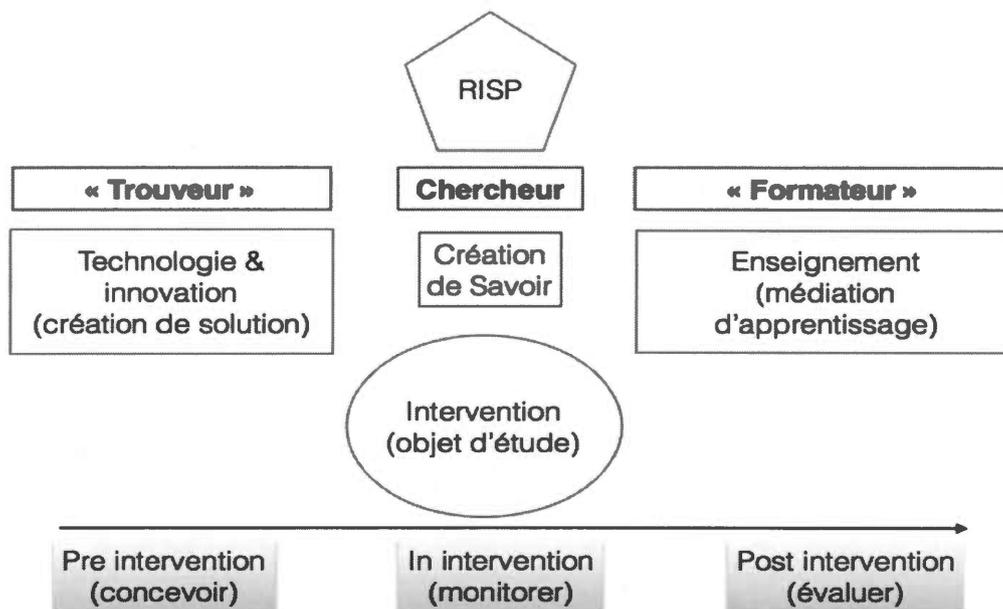


Figure 4.1 : La position du chercheur en Recherche-intervention et ses finalités par rapport à l'intervention

Pour nous, la position du chercheur vis-à-vis de l'intervention et des acteurs du milieu dans une recherche-intervention peut prendre plusieurs formes. Il doit adopter une position de « chercheur » propre au projet épistémique en cherchant à produire des savoirs destinés à la communication scientifique et correspondant aux exigences de scientificité. Suivant son implication dans l'étude de l'intervention, il peut aussi adopter une position de « trouveur » et de « formateur ». En ce sens, l'étude d'une intervention pose des défis et la production de savoirs doit avoir pour finalité de guider l'action pour relever les problèmes que pose l'intervention. Pour nous, la

fonction de « trouveur » se caractérise par la proposition de solution aux défis de l'intervention à partir des savoirs produits ou des savoirs déjà existants. La position de « formateur » repose sur le besoin d'enseigner aux acteurs du milieu, les codes et finalités propres à la recherche scientifique. En ce sens, il se doit d'être médiateur des apprentissages des acteurs du milieu à propos de la culture scientifique, de la fonction du chercheur, et des savoirs qu'il va produire (voir figure 4.1).

Dans le cadre de cette étude doctorale, le projet épistémique est pré intervention et sert à la conception de l'intervention. Nos montrerons comment le chercheur a tenu les trois positions de « chercheur », « formateur » et « trouveur » au cours de la recherche-intervention.

4.3. Le devis de recherche

Cette étude doctorale est transversale. Elle cherche à documenter à un temps précis un objet d'étude au niveau de l'intervention de promotion de la santé. C'est une étude à caractère exploratoire pour documenter le contexte de réalisation de l'intervention. La posture épistémologique utilisée est celle du constructivisme radical (Glaserfeld, 1974). Cette perspective permet d'accepter des approches méthodologiques aussi bien hypothético-déductives qu'interprétatives au sein du projet (Avenier, 2009). Le projet doctoral a adopté une approche interprétative..

Cette recherche est réalisée sous forme participative avec le cadre de vie. L'implication de Hockey Québec a pris plusieurs formes en différents temps du projet. Un comité de recherche a été constitué regroupant six membres de Hockey Québec, ainsi que le candidat doctoral et sa directrice de recherche. Le comité a agi à différents moments du projet. Un contrat de collaboration a été rédigé et approuvé par

les chercheurs et Hockey Québec (annexe A). Ce contrat précise la propriété des données, des documents produits, les droits et devoirs de chaque partie.

Une approche méthodologique spécifique à la posture épistémologique du constructivisme radical va être utilisée pour ce projet: la légitimation des savoirs (Albert et Avenier, 2011; Avenier, 2010). Pour cela, une démarche en 5 étapes sera réalisée :

- La conception du canevas de travail.
- La construction des savoirs locaux.
- L'élaboration des savoirs génériques.
- La communication des savoirs génériques.
- L'activation des savoirs génériques.

4.4. La légitimation des savoirs

Pour documenter le projet de légitimation dans sa globalité, plusieurs méthodes ont été utilisées. Nous étions dans une démarche d'observation directe lors des réunions du comité. Ainsi, nous avons pu produire des documents, des savoirs locaux et génériques afin de les présenter au comité de recherche. Cette démarche est un élément de la stratégie de triangulation pour renforcer la légitimité des savoirs produits.

Les méthodes de collectes de données pour documenter le processus de légitimation des savoirs sont la tenue d'un journal de bord pour noter nos impressions lors des réunions. Toutes les réunions (1 à 5) du comité ont été enregistrées sous format audio à partir du moment où le certificat d'éthique de l'Université du Québec à Montréal a été obtenu. Plusieurs documents ont été produits ou consultés durant les réunions. Nous les avons conservés et compilés.

Plusieurs méthodes d'analyses des données ont été utilisées. Les enregistrements ont été transcrits à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Pour chaque réunion du comité, des documents (un ordre du jour, une présentation PowerPoint) ont été produits. Pour les réunions 1 à 4, un compte rendu a été réalisé et approuvé par les membres du comité.

Une analyse documentaire a été réalisée sur les documents recueillis et le journal de bord, pour déterminer les dates des différentes rencontres, les acteurs présents, les activités réalisées et les documents produits. Tous ces éléments vont être présentés dans la section suivante.

Le projet de recherche a débuté avec l'idée d'explorer la capacité des entraîneurs à agir en promotion de la santé. Cette idée de recherche a été proposée à l'organisation Hockey Québec au début de l'année 2012. Plusieurs rencontres et échanges de courriels ont été nécessaires pour définir le canevas de recherche et opérationnaliser la recherche. Le tableau 5 qui suit présente les quatre grands temps de la conception du canevas de recherche, les acteurs de Hockey Québec qui ont été impliqués, les activités réalisées et les décisions prises. Cette étape s'étend sur une période entre le début de 2012 et janvier 2014. Les chercheurs ont rencontré et présenté des objectifs de recherche et des propositions de collectes de données. La stratégie initiale reposait sur une collecte de données dans deux ou trois associations locales de hockey mineur, pour comprendre l'influence du contexte « club ». Les membres de Hockey Québec ont fait part de l'inexistence de la notion de club, mais de l'importance de l'équipe. En effet, l'organisation de Hockey Québec ne prévoit pas la structure club, c'est-à-dire un organisme sportif auquel l'affiliation est volontaire. Les associations de hockey mineur au niveau local sont des organismes administratifs qui gèrent tous les joueurs de leur territoire et qui sont automatiquement sous leur responsabilité. L'association de hockey mineur a pour objectif d'organiser les équipes qui souvent

vont jouer les unes contre les autres au sein d'une même ligue. Cet exemple montre l'importance d'avoir pu travailler en partenariat avec l'organisme pour comprendre cette particularité organisationnelle. Devant les objectifs de recrutement d'entraîneurs présentés par les chercheurs, il a été convenu de recourir à un questionnaire en ligne à la grandeur d'une région. L'objet des représentations sociales et le cadre théorique ont été identifiés avant la rencontre initiale avec Hockey Québec. Cet objet et ce cadre théorique n'ont jamais été contestés par Hockey Québec. Les variables à étudier pour comprendre les représentations sociales ont été mieux cernées lors de la conception du questionnaire et du guide d'entrevue en collaboration avec Hockey Québec. Toutes les variables ont été présentées et validées par le comité de recherche.

Tableau 4.1 : Actions et acteurs de Hockey Québec impliqués dans la conception du canevas de recherche

Date	Acteurs de Hockey Québec	Activités et décisions
Début 2012	PDG de Hockey Québec	Présentation du projet de recherche
13 janvier 2013	PDG de Hockey Québec, Directeur technique de Hockey Québec Responsable de la santé-sécurité de Hockey Québec, et Président de Hockey Richelieu	Présentation des objectifs de la recherche et des chercheurs Exploration de la faisabilité et de l'opérationnalisation de la collecte de données
16 juillet 2013	PDG de Hockey Québec, Responsable de la santé- sécurité	Présentation de modifications du projet de recherche dues à l'obtention d'un financement Proposition de recourir au questionnaire électronique
20 janvier 2014	Président de Hockey Richelieu Responsable de la formation des entraîneurs de Hockey Richelieu Responsable de la santé- sécurité Hockey Québec	Présentation de la recherche et du questionnaire final Décision d'utiliser le questionnaire à la grandeur de la région Richelieu
janvier à mars 2014		Collecte des données par questionnaire
avril à mai 2014		Collecte des données par entrevues

Date	Acteurs de Hockey Québec	Activités et décisions
13 mai 2014	Président de Hockey Richelieu Responsable de la formation des entraîneurs de Hockey Richelieu Responsable de la formation des entraîneurs Responsable de la santé-sécurité	Réunion 1 du comité Présentation de l'avancement de la collecte des données Formulaire de consentement Contrat de collaboration Activité brainstorming Carte conceptuelle
28 août 2014	Responsable de la formation des entraîneurs de Hockey Richelieu Responsable de la formation des entraîneurs Responsable de la santé-sécurité	Réunion 2 du comité Discussion des enjeux de santé pour Hockey Québec Discussion à propos des termes évoqués Discussion des critères d'inclusion et d'exclusion dans la base de données Catégorisation santé Présentation du profil des entraîneurs
9 septembre 2014	Responsable de la formation des entraîneurs de Hockey Richelieu Responsable de la formation des entraîneurs Responsable de la santé-sécurité	Réunion 3 du comité Révision de la classification des termes pour santé Classification initiale des termes pour entraîneur Inclusion dans la base de données : interrogations sur le hockey féminin
16 octobre 2014	Responsable de la formation des entraîneurs de Hockey Richelieu Responsable de la formation des entraîneurs Responsable de la santé-sécurité, Directeur technique de Hockey Québec	Réunion 4 du comité Classification finale des termes pour entraîneur Exclusion des entraîneurs féminins de l'étude
19 mai 2015	Responsable de la formation des entraîneurs de Hockey Richelieu Responsable de la formation des entraîneurs Responsable de la santé-sécurité	Réunion 5 du comité 6. Présentation des résultats du questionnaire 7. Présentation partielle des résultats des entrevues 8. Présentation de recommandations pour l'action en santé au sein de Hockey Québec
11 octobre 2016		1. Présentation des résultats de la thèse 2. Présentation du cadre d'intervention

Les savoirs produits et présentés lors des réunions sont d'abord ce que nous considérons comme des savoirs locaux. Seuls le rapport préliminaire, le résumé de communication à un colloque international peuvent être considérés comme des savoirs génériques. Une présentation *PowerPoint* spécifique a été animée pour présenter les objets en formation. Ainsi, deux stratégies de communication ont été utilisées: une présentation orale avec support vidéo sous forme de *PowerPoint* et la lecture optionnelle de communications scientifiques. Ces différents documents démontrent les étapes de physicalisation qui ont permis de réaliser les objets connus qui ont été communiqués afin de devenir représentation de l'objet à connaître, c'est-à-dire la représentation de la santé et du métier par les entraîneurs. Les différentes réunions ont permis d'explorer différentes pistes d'actions qui ont été regroupées dans les recommandations de la réunion 5. L'activation des savoirs durant ces réunions a été réalisée essentiellement avec des savoirs locaux. Le présent texte doctoral et particulièrement le chapitre discussion a fait l'objet d'une communication durant l'automne 2016 à Hockey Québec. Ce chapitre est le savoir générique ultime de l'étude. Les modélisations des représentations sociales sont les éléments qui vont être présentés. Des décisions d'ordre méthodologique ont été prises au sein du comité. Le comité a participé à la définition des critères d'exclusion de l'échantillon. Les sections qui suivent présentent les aspects méthodologiques de la recherche.

4.4.1. La population à l'étude et les échantillons

La population visée par l'étude est le groupe des entraîneurs de hockey mineur au Québec. Devant la diversité des catégories d'entraîneurs, plusieurs critères d'inclusion ou d'exclusion des participants ont été explorés. Les enjeux de faisabilité de la collecte de données et le respect de l'objectif de recrutement ont été les premiers éléments qui ont conduit à adopter une stratégie d'échantillonnage de la population

des entraîneurs de hockey du Québec, en accord avec l'organisme Hockey Québec. Il a été décidé de se concentrer sur les entraîneurs d'une même entité géographique, qui soit la plus représentative de la réalité des entraîneurs du Québec suivant l'avis des dirigeants de Hockey Québec. L'impératif d'avoir une homogénéité socioculturelle du groupe d'entraîneurs, mais aussi une diversité d'expérience au niveau des catégories d'âges et des niveaux de compétition des équipes entraînées, a été un autre élément du choix de la stratégie. Ces impératifs d'homogénéité et de diversités du groupe d'étude sont essentiels dans l'étude des représentations sociales (Flament, 1989, 1994). Les critères suivants ont été identifiés comme importants à retrouver dans le groupe à l'étude pour assurer une homogénéité et une pertinence pour l'organisation: entraîneurs en activité, francophones, membres d'une même entité ou organisation géographique. Ce profil socioculturel d'entraîneurs représente une cible d'entraîneurs qui intéresse Hockey Québec. Par conséquent, l'étude permettra de répondre aux préoccupations de l'organisation.

Une stratégie d'échantillonnage par relation imbriquée (*nested relationship*) a été choisie pour la collecte de données (Onwuegbuzie et Collins, 2007). La stratégie retenue demande de contacter un grand nombre d'entraîneurs pour répondre à un questionnaire de type quantitatif, puis de sélectionner à l'intérieur de ce groupe un certain nombre d'entraîneurs volontaires pour effectuer une sous étude qualitative plus approfondie.

Un questionnaire a été envoyé par courriel aux 2046 entraîneurs de hockey masculin et de hockey féminin d'une association régionale de hockey en banlieue de Montréal. Cette région regroupe 968 équipes de hockey masculin et 37 équipes de hockey féminin. Un critère d'exclusion a été utilisé avant l'envoi du questionnaire. Les entraîneurs des catégories *Midget* AAA et *Junior* AAA n'ont pas été inclus dans la population à l'étude, car ils ont été considérés comme une réalité de très haute performance trop spécifique pour l'étude par le comité. Cette décision a été prise dans

les premières rencontres du projet. Ainsi, le questionnaire a été envoyé à 2046 personnes. Il y a eu 115 retours de courriel pour diverses raisons, ce qui implique que le courriel n'a pas rejoint les personnes recherchées. Ainsi 1931 entraîneurs font partie de notre population.

Un deuxième critère d'exclusion a été appliqué durant l'analyse des données. Cette décision a été prise lors de la réunion 3 du comité. Seules les réponses des entraîneurs de hockey masculin ont été retenues par le comité. Le hockey féminin a été jugé comme une réalité différente par le comité et 12 répondants de hockey féminin ont été exclus. Une base de données a été constituée à partir des 330 réponses obtenues des entraîneurs de hockey masculin. Le taux de réponse est de 17,08 % de la population rejoint par courriel (N=1931). Ce taux correspond aux résultats trouvés lors d'une étude sur les taux de réponse observés pour différentes formes de recherche (Bech et Kristensen, 2009). Il a été démontré que les enquêtes par internet ont un taux de réponse de 11% inférieur en moyenne aux autres modes de collecte (Manfreda et al., 2008).

Les caractéristiques globales de notre échantillon sont les suivantes (tableau 4.2). Nous observons que 98 % de notre échantillon sont des hommes, dont 67 % ont un âge supérieur à 40 ans. Pour 47 % des répondants, ils ont une fonction d'entraîneur-chef. Les autres sont entraîneurs adjoints et 2 personnes sont entraîneurs des gardiens. Il y a 78 % des entraîneurs qui s'occupent uniquement d'une équipe. Il y a 80 % des entraîneurs qui déclarent consacrer moins de 10h / semaine à l'encadrement d'équipes de hockey. Les entraîneurs qui entraînent plus de 10h officient au niveau double lettre et particulièrement en AA et plus. Il y a 95 % des entraîneurs qui ne touchent pas d'argent pour entraîner. Il y a 97 % des entraîneurs qui sont nés au Québec, 45 % ont un diplôme universitaire et 79,5 % ont un revenu de plus de 50 000\$ par an. Seuls 4,2 % d'entraîneurs n'ont pas d'enfants qui jouent ou ont joué au hockey.

Tableau 4.2 : Caractéristiques des répondants

Variables	Catégories	Total (N=330)	%
Sexe	Total	242	100
	Femmes	4	1,7
	Hommes	238	98,3
Âge	Total	239	100
	40 ans et moins	78	32,6
	41 ans et plus	161	67,4
Fonction d'entraîneur	Total	326	100
	Entraîneur-chef	155	47,5
	Adjoint	169	51,9
	Entraîneurs des gardiens	2	0,6
Nombre d'équipe à entraîner	Total	328	100
	Une équipe	257	78,4
	Plus d'une équipe	71	21,6
Temps consacré à entraîner	Total	233	100
	Moins de 4h/ semaine	143	61,4
	De 5 à 9h/ semaine	60	25,8
	Plus de 10h/ semaine	30	12,8
Salaire pour entraîner	Total	222	100
	0 \$	211	95
	De 1 à 9 999\$	8	3,6
	10 000\$ et plus	3	1,4
Certification hockey	Initiation MAHG	205	
	Récréation	164	
	Introduction à la compétition 1	70	
	Introduction à la compétition 2	14	
	Haute performance 1	9	
Pays de naissance	Total	239	100
	Canada, Québec	233	97,5
	Canada, autres provinces	1	0,4
	Autres pays	5	2,1

Variables	Catégories	Total (N=330)	%
Diplôme académique	Total	240	100
	Universitaire	110	45,8
	Collégial	69	28,8
	Autres	61	25,4
Revenu personnel	Total	239	100
	Ne préfère pas répondre	13	5,4
	Moins de 50 000\$	36	15,1
	50 000\$ et plus	190	79,5
Nombre d'enfants qui jouent au hockey	Total	239	100
	Aucun	10	4,2
	1 enfant et plus	229	95,8

L'échantillon obtenu est pertinent (Pires, 1997) dans une perspective d'étude exploratoire des représentations sociales, car il permet de rejoindre des personnes pour qui la santé est un objet suffisamment saillant pour prendre le temps de répondre au questionnaire. Cette démarche favorise le fait que la notion de santé est assez importante pour ces individus pour faire l'objet d'une représentation (Mariotti, 2003). Les statistiques descriptives des répondants ont été présentées au comité.

Pour les entrevues, un sous-échantillon a été composé d'entraîneurs de hockey masculin et féminin de presque toutes les catégories et presque toutes les classes (tableau 4.3). À la fin du questionnaire, les entraîneurs pouvaient signifier leur intérêt à participer à une entrevue individuelle et laisser leurs coordonnées. Durant le mois d'avril et mai 2014, 16 entraîneurs de hockey ont été rencontrés. Nous les avons sélectionnés parmi la liste des 88 volontaires pour faire une entrevue. Les entraîneurs recrutés ont été choisis suivant leur appartenance à une catégorie d'âge, à une classe de compétition, à leur fonction d'entraîneur et le contexte de hockey, afin d'avoir le plus grand panel d'entraîneurs possible avec ces quatre variables. Ils ont été contactés téléphoniquement, pour confirmer leur volonté de réaliser l'entrevue et convenir de

leurs disponibilités. Suite à la réunion 3 du comité (le 9 septembre 2014) et la décision d'exclure de l'étude les entraîneurs de hockey féminin, 4 entrevues d'entraîneurs de hockey féminin ont été exclues des analyses des entrevues. Ainsi, 12 entrevues de hockey masculin ont été utilisées.

Tableau 4.3 : Nombre d'entraîneurs rencontrés en entrevue par niveau de compétition et catégorie d'âge

	MAGH	A	CC	BB	AA	AAA	Total
Pré Novice	2	0	0	*	*	*	2
Atome	*	0	1	*	*	*	1
Pee wee	*	0	0	1	0	1	2
Bantam	*	0	0	1	1	1	3
Midget	*	2	0	1	0	0	3
Junior	*	0	*	*	1	0	1
Total	2	2	1	3	2	2	12

* = catégorie non existante

Cet échantillon a permis de rejoindre des entraîneurs de quasiment toutes les catégories d'âge, à part les novices et presque toutes les classes de compétition à part la classe C et B (tableau 4.3). En reprenant les catégories d'entraîneurs déterminées avec le comité, nous avons 2 entraîneurs initiation, 2 entraîneurs classe A, 4 entraîneurs compétition et 4 entraîneurs élites avec différents profils (tableau 4.4). Il y a deux instructeurs qui interviennent avec les moins de 6 ans dans le cadre de la méthode d'apprentissage du hockey sur glace. Il y a 6 entraîneurs-chefs et 4 entraîneurs adjoints. La plupart des entraîneurs officient depuis plusieurs années dans différentes catégories d'âge, fonctions et classe de compétition. Il y a 2 entraîneurs qui interviennent dans le cadre d'un sport étude.

Tableau 4.4 : Caractéristiques des entraîneurs interrogés pour les entrevues

Pseudonymes	Fonction	Catégorie d'âge de l'équipe	Classe de l'équipe
Arthur	Instructeur	Pré novice (moins de 6 ans)	Méthode d'apprentissage du hockey sur glace
Benjamin	Instructeur	Pré novice (moins de 6 ans)	Méthode d'apprentissage du hockey sur glace
Chris	<i>Entraîneur-chef</i>	Midget (moins de 17 ans)	A
Daniel	<i>Entraîneur-chef</i>	Midget (moins de 17 ans)	A
Édouard	Entraîneur adjoint	Pee Wee (moins de 10 ans)	BB
Fabrice	<i>Entraîneur-chef</i>	Atome (moins de 10 ans)	CC
Gille	<i>Entraîneur-chef</i>	Bantam (moins de 14 ans)	BB
Harry	<i>Entraîneur-chef</i>	Midget (moins de 17 ans)	BB
Isidore	Entraîneur adjoint	Junior (moins de 21 ans)	AA
Jérôme (sport études)	Entraîneur adjoint	Bantam (moins de 14 ans)	AAA
Karl (sport études)	Entraîneur adjoint	Bantam (moins de 14 ans)	AA
Loïc	<i>Entraîneur-chef</i>	Pee Wee (moins de 12 ans)	AAA

4.4.2. Les méthodes de collectes de données

Pour le projet épistémique, deux méthodes de collecte de données ont été utilisées: 1) un questionnaire et 2) des entrevues individuelles semi-dirigées pour la méthode qualitative.

Un questionnaire électronique a été développé et validé par le comité entre juin 2013 et janvier 2014. Il a été rédigé en français avec le logiciel Lime Survey et hébergé sur les serveurs informatiques de l'Université du Québec à Montréal. Un lien d'accès au questionnaire a été envoyé sous forme de courriel par l'association régionale à tous ses entraîneurs (N=2046). Il prenait environ 30 minutes à remplir. Le premier envoi a été effectué en janvier 2014 avec un rappel en mars 2014. Les réponses aux questionnaires ont été analysées avec le logiciel de traitement statistique SPSS21.

Les entrevues ont été réalisées au mois de mai 2014 avant la fin de la saison de hockey. Le recrutement a eu lieu jusqu'à saturation des propos. Une guide d'entrevue a été définie et utilisée lors des entrevues. Les entrevues ont été enregistrées sous format audio à l'aide d'un enregistreur. Les propos enregistrés ont été transcrits sous forme de texte grâce au logiciel de traitement de texte WORD. Les transcriptions des entrevues ont finalement été importées dans le logiciel d'analyse qualitative Nvivo pour Mac.

Pour l'étude, plusieurs informations (variables) ont été recueillies avec les deux méthodes de collectes de données. Dans un premier temps, les variables à l'étude au niveau du questionnaire sont décrites. Dans un deuxième temps, les variables à l'étude dans les entrevues sont précisées.

4.4.3. Les variables du questionnaire

Le questionnaire comprenait différentes sections. Chaque section du questionnaire cherche à documenter une thématique. Le questionnaire comporte en tout 163 variables. Il y a plusieurs sections dans le questionnaire: 1) les données socio démographiques, 2) la formation académique, 3) la carrière sportive, 4) les blessures subies par les entraîneurs dans leur passé de joueur, 5) une section de croyances et

valeurs, 6) la formation sportive des entraîneurs, 7) les pratiques d'entraîneur, 8) leur sentiment d'efficacité personnelle à agir en santé et 9) une épreuve d'association de mots. Dans le questionnaire, différents types d'échelle de mesure ont été utilisés: des champs de réponse libre, des échelles nominales multi catégorielles ou des échelles nominales dichotomiques sous forme de réponse oui/non.

Toutes les variables du questionnaire n'ont pas été utilisées dans le cadre de la thèse même si elles auraient pu être pertinentes pour les objectifs de recherche. La pression temporelle pour créer les savoirs locaux et génériques le plus rapidement possible n'a pas permis d'exploiter toutes les données. C'est pourquoi ces variables seront brièvement décrites. Les analyses de cette thèse portent essentiellement sur les associations de mots. C'est pourquoi ces variables seront expliquées plus en profondeur.

La section sociodémographique comporte vingt-quatre questions. La section sociodémographique utilise pour chaque question un champ de réponse libre, une échelle nominale multi catégorielle ou une échelle nominale dichotomique sous forme de réponse oui/non. Cette section permet de comprendre dans quel contexte les entraîneurs exercent et quelles sont leurs caractéristiques personnelles. Les variables recueillies sont la ville de l'association de hockey mineur, la fonction au sein de l'équipe principale, le type d'équipe de hockey, la division d'âge et la classe de compétition de l'équipe principale.

Une autre partie de cette section explore avec sept questions, si les entraîneurs exercent avec d'autres équipes dans chaque catégorie d'âge (*Pré- novice, Novice, Atome, Pee-wee, Bantam, Midget, Junior*). Ils doivent préciser avec quelle fonction ils agissent dans chaque catégorie d'âge (entraîneur-chef, adjoint, entraîneur des gardiens, préparateur physique, je n'interviens pas en plus dans cette catégorie d'âge).

Quatre autres questions explorent leur participation dans des équipes du réseau du sport étudiant, du sport universitaire et des équipes provinciales de Hockey Québec.

Les autres variables de cette section sont: le sexe des entraîneurs, l'année de naissance, le pays de naissance de l'entraîneur, de son père, de sa mère, sa situation conjugale, le nombre d'enfants, le nombre d'enfants qui pratiquent ou ont pratiqué le hockey.

La section formation et qualification académique des entraîneurs comporte des questions sur les diplômes obtenus au niveau académique. Des échelles nominales multi catégorielles et nominales dichotomiques sous forme de réponse oui/non ont été utilisées. Les échelles multinominales s'inspirent des échelles utilisées pour les enquêtes de l'Institut de la Statistique du Québec. On retrouve six questions sur le statut professionnel, le domaine d'activité, le fait d'avoir plusieurs activités professionnelles, le niveau de revenu annuel, le niveau et le domaine du dernier diplôme obtenu.

La section carrière sportive permet de comprendre dans quelle catégorie d'âge et de classe de compétition, les entraîneurs ont participé ou non en tant que joueur. Pour voir leur appartenance à des équipes au sein de Hockey Québec, du sport étudiant et du sport universitaire, dix questions ont été posées. Pour chaque catégorie d'âge, un choix de réponse était présenté avec les classes de compétition correspondant à la catégorie d'âge. On avait par exemple en *Pee-wee* (je n'ai pas joué, C, B, A, CC, BB, AA, Autres). Les huit catégories d'âge questionnées, propres à Hockey Québec, sont *Prénovice, Novice, Atome, Pee-wee, Bantam, Midget, Junior et Sénior*. Deux questions sont spécifiques au sport étudiant et au sport universitaire avec des choix de réponses oui/non.

La section des blessures comporte 31 questions sur les blessures subies lors de la pratique du hockey, de la pratique d'autres sports, et les diagnostics réalisés par un

professionnel de la santé lors de la pratique sportive. Cette section reprend pour variables des éléments d'un document sur l'évaluation périodique de la santé des athlètes élités du Comité international olympique (International Olympic committee, 2009). Pour toutes les questions de cette section, une échelle nominale dichotomique sous forme de réponse oui/non a été utilisée.

On retrouve les blessures subies au hockey: entorse, dislocation, tendinite, commotion cérébrale, coupure, fracture, autres. On retrouve les mêmes variables pour les blessures subies en faisant d'autres sports. On retrouve aussi les diagnostics émis par un professionnel lors de la pratique de hockey: trouble alimentaire, trouble anxieux, conduite addictive, épisode dépressif, trouble de la personnalité, tentative de suicide, problème cardio-vasculaire, problème respiratoire, problème sanguin, problème allergique, problème dermatologique, problème urologique, problème gastro-intestinal, problème du système nerveux, problème endocrinien, problème ophtalmologique et problème buccodentaire.

La section de croyances et de valeurs comporte 34 questions. Cette section utilise des échelles de mesure ordinales de 1 à 9. Au niveau des échelles, 1 signifiait « pas du tout d'accord » et 9 « totalement d'accord ». Elle regroupe quatre thèmes de questions: sur la santé, le hockey, l'effet de la pratique du hockey sur la santé des jeunes, et l'effet du programme Franc Jeu.

Le premier thème de questions porte sur les éléments qui définissent la santé comme on le retrouve dans la littérature scientifique sur les conceptions de la santé. Le début des questions était commun à toutes les questions et inscrit au début de la section: *Pour vous, la santé est (...)*. Les questions sont: la chose la plus importante dans la vie; l'absence de maladie; un état de bien-être mental; un état de bien-être émotionnel; la capacité d'avoir des amis et des relations sociales harmonieuses; la

capacité d'agir pour améliorer sa vie; vivre dans un environnement favorable; avoir de saines habitudes de vie; avoir accès à des services de santé.

Le deuxième thème de questions explore les effets du hockey sur la santé. Ces questions reprennent les thèmes courants des bienfaits de l'activité physique sur les différentes dimensions de la santé. Les questions sont formulées de la façon suivante: *Pour les jeunes, le hockey (...)*. Les questions sont : c'est bon pour la santé; favorise l'adoption d'une saine alimentation; favorise l'adoption d'une vie active; favorise le développement d'un corps sain; présente des risques pour la santé; prévient les maladies physiques; favorise le bien-être mental; favorise le sentiment d'appartenance à un groupe; favorise l'estime de soi; favorise la capacité de gérer son stress; favorise la création d'un réseau social.

Le troisième thème de questions est spécifique au hockey. Les questions sont des thèmes courants associés aux bienfaits ou aux méfaits de pratiquer le hockey. Les questions sont structurées de la façon suivante: *en général au hockey (...)*. Les questions sont: le dopage est nécessaire pour réussir au plus haut niveau; il faut souffrir pour réussir au plus haut niveau; gagner est la chose la plus importante à haut niveau; il faut être prêt à se bagarrer à haut niveau; il faut favoriser la recherche du plaisir jouer chez le jeune; il faut favoriser l'apprentissage des habiletés techniques / tactiques chez les jeunes; il faut favoriser les habiletés physiques chez les jeunes; il faut promouvoir un hockey sans bagarre chez les jeunes; il faut favoriser l'apprentissage du contact chez les jeunes en simple lettre; il faut favoriser la mise en échec chez les jeunes doubles lettres; il faut favoriser l'apprentissage d'une alimentation d'aide à la performance.

Un quatrième thème de questions porte sur le programme Franc Jeu de Hockey Québec: il rend la façon de jouer au hockey plus sécuritaire; il permet de réduire la violence au hockey.

Une section formation sportive a été mise en place avec 18 questions. Ces questions reprennent tous les niveaux de formation des entraîneurs de Hockey Québec et explorent les formations complémentaires suivies et les outils de formation de Hockey Québec consultés par les entraîneurs. Les deux dernières questions explorent la connaissance de l'approche École en santé et la possession d'un diplôme universitaire en activité physique avec un choix de réponses oui/non. Une première catégorie de questions porte sur le niveau de la certification d'entraîneur obtenu en hockey: Initiation, Récréation, Introduction à la compétition¹, Introduction à la compétition 2, Haute performance 1, Haute performance 2. Les choix de réponses sont des échelles nominales dichotomiques sous forme de réponse oui/non.

D'autres questions ont encore été posées sur les autres formations en hockey et les outils de formation: avez-vous suivi: une formation de préposé à la santé et la sécurité? Une formation en arbitrage au hockey? Une formation en premiers secours? Connaissez-vous le protocole de retour au jeu après une commotion cérébrale? Avez-vous lu la brochure « je garde mon sport en santé »? avez-vous fait la formation « respect et sport »? avez-vous lu « protégeons nos enfants »? avez-vous lu le code d'éthique de l'entraîneur? utilisez-vous le programme de développement à long terme du joueur? Avez-vous des certifications dans d'autres sports?

Une dernière catégorie de deux questions porte sur la connaissance spécifique de l'approche École en santé et l'obtention d'un diplôme universitaire en activité physique avec un choix de réponses oui/non: connaissez-vous l'approche École en santé? avez-vous un baccalauréat en activité physique, en éducation physique ou en kinésiologie?

La section des pratiques d'entraîneurs comporte 11 questions sur les conditions de pratique des entraîneurs. Cette section cherche à comprendre les pratiques des

entraîneurs au niveau de leur implication dans la tâche et leur implication ou non dans différentes structures sportives du hockey ou dans d'autres sports. Deux questions ont permis une réponse libre sous forme numérique: combien d'heures par semaine consacrez-vous à entraîner? Combien gagnez-vous par an pour entraîner? D'autres questions ont été posées avec une échelle nominale dichotomique sous forme de réponse oui/non: Les questions de cette section sont: intervenez-vous en milieu scolaire dans des programmes d'initiation ou de récréation en hockey? entraînez-vous au hockey dans une école primaire; une école secondaire en parascolaire? dans une école secondaire en concentration sport? en école secondaire en sport études? avez-vous d'autres fonctions qu'entraîneur dans votre association? Intervenez-vous dans une autre association sportive d'un autre sport? Comme formateur pour Hockey Québec? comme formateur dans d'autres fédérations sportives ou de loisir?

La section sentiment d'efficacité personnelle à agir en santé est composée d'une échelle de dix-huit questions qui reprennent les thèmes courants de la promotion de la santé en contexte scolaire et sportif. Cette section s'inspire de la «*coaching efficacy scale*» (Feltz et al., 1999) et reprend sa façon de formuler les questions. Les thèmes de santé dans les questions sont inspirés de la synthèse de recommandations sur les interventions de santé en contexte scolaire (Institut national de santé publique du Québec, 2010). Une échelle ordinale de 1 à 9 a été utilisée. Au niveau de l'échelle, 1 signifiait « pas du tout d'accord » et 9 « totalement d'accord ».

Les questions sont formulées de la façon suivante: j'ai confiance en mes capacités pour (...). Les thèmes explorés sont: reconnaître les symptômes de commotion cérébrale; reconnaître les symptômes nécessitant un arrêt immédiat de la pratique sportive; prodiguer les premiers soins lors d'un accident en contexte sportif; mettre en oeuvre un protocole de retour au jeu après commotion cérébrale; planifier le retour au jeu après une blessure nécessitant un arrêt de la pratique sportive; promouvoir un mode de vie actif; une saine alimentation; le bien-être mental; l'adoption d'une saine

sexualité; un mode de vie sans tabac; un mode de vie sans drogues; une pratique sportive sans dopage; une consommation responsable d'alcool; l'adoption de comportements non violents; l'adoption de comportements non intimidants; l'adoption de bonnes pratiques de repos et de récupération; l'adoption de bonnes pratiques de sommeil; l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène.

Une section du questionnaire est une épreuve d'association de mots pour réaliser l'analyse prototypique et catégorielle (Vergès, 1992). Il a été demandé aux répondants d'écrire tous les mots auxquels ils pensent, face à un terme inducteur. Deux termes inducteurs ont été proposés: « santé » et « entraîneur ». Par la suite, il a été demandé d'inscrire dans un champ de réponse le mot qu'ils considèrent comme le plus important, puis le mot en deuxième position d'importance dans un deuxième champ de réponse et enfin le troisième mot dans un dernier champ de réponse. Les associations de mots permettent de réaliser deux analyses des données différentes: une analyse prototypique pour faire ressortir le noyau central de la représentation sociale et une analyse catégorielle pour illustrer le contenu de la représentation.

4.4.4. Les variables des entrevues

Les questions des entrevues permettent de capturer le contenu des représentations sociales de la santé et du métier d'entraîneur. Le guide d'entrevue comportait six questions.

- Pouvez-vous m'indiquer vos noms, fonctions d'entraîneur (niveau, catégorie d'âge de l'équipe entraînée) et vos caractéristiques sociodémographiques (âge, profession, niveau d'études).
- Pouvez-vous m'expliquer, selon vous, ce qu'est le métier d'entraîneur de hockey?
- Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est la santé pour vous?

- Pouvez-vous m'expliquer, selon vous, quelle est la place de la santé dans votre métier d'entraîneur?
- Pour vous, que devrait faire idéalement un entraîneur de hockey en termes de santé?
- Pouvez-vous me décrire les actions que vous mettez en place en matière de santé avec votre équipe?

La première question est destinée à confirmer les caractéristiques des entraîneurs au niveau des critères de sélection pour l'entrevue: la catégorie d'âge, la classe de compétition de l'équipe et fonctions d'entraîneur. La deuxième question est destinée à la compréhension de la représentation sociale du métier d'entraîneur. La troisième question est destinée à comprendre la représentation de la santé des entraîneurs. La quatrième question permet de comprendre l'importance de la santé dans la réalité de l'entraînement afin de voir s'il y a des liens entre représentation du métier et représentation de la santé. Les deux dernières questions sont destinées à comprendre les pratiques de santé des entraîneurs et à trouver des indices des représentations sociales de la santé et du métier.

4.4.4. L'analyse des données pour la structure des représentations

L'analyse de la structure de la représentation pour la santé ou le métier d'entraîneur a été réalisée par une analyse prototypique (Vergès, 1992) qui exploite les réponses aux associations de mots dans le questionnaire.

Avant de débiter l'analyse, il était important de constituer une banque de réponses des différents mots évoqués par les entraîneurs. Une opération de nettoyage des mots évoqués a consisté à regrouper tous les mots avec des orthographe différentes ou des

racines communes sous un terme commun. Par exemple, les mots alimentation et alimentaire ont été regroupés sous le terme alimentation.

La première étape de l'analyse prototypique consiste à calculer la fréquence d'apparition et les fréquences d'importance en première, deuxième et troisième position pour chaque terme. La fréquence d'apparition est le décompte du nombre de fois où le terme a été cité par un entraîneur dans l'épreuve d'association. Par exemple, si un terme comme « succès » (exemple fictif) a été cité 10 fois durant l'épreuve d'association de mots pour entraîneur, il a une fréquence d'apparition de 10. Si ce terme a été classé 5 fois dans le champ 1 (le plus important), 4 fois dans le champ 2 (2e position d'importance) et 1 fois dans le champ 3 (3e position d'importance), on peut définir les fréquences de ces termes pour les trois niveaux d'importance. Plus un terme est cité dans le champ de réponse 1, plus il est important.

La deuxième étape de traitement consiste à calculer le rang d'importance pour chaque terme. Le calcul du rang d'importance pour chaque terme consiste à faire la somme des fréquences d'importance des mots au rang 1, 2 et 3 puis de le diviser par la fréquence d'apparition. Dans notre exemple, avec le terme succès on obtient $((5 \times 1) + (4 \times 2) + (1 \times 3)) / 10 = 1.6$. Plus le rang d'importance est proche de 1, plus le terme est important. Plus le rang d'importance du terme est proche de 3, moins il est important.

La troisième étape consiste à définir le seuil d'apparition de l'épreuve. Il a été décidé de fixer le seuil d'apparition à 10 % des répondants (Lo Monaco et Guimelli, 2008) qui ont fait des évocations. Si 100 personnes ont donné des réponses aux associations, alors on retient le seuil de 10 réponses pour déterminer la fréquence minimale d'évocation pour être considéré comme un terme du noyau central. Dans notre exemple le terme *succès* avec 10 citations répond à la première condition pour être

dans le noyau central, car il a été cité assez souvent suivant la définition du seuil d'apparition que nous avons adoptée.

La quatrième étape est de définir le seuil d'importance de l'épreuve. La valeur obtenue permet de tracer la frontière entre l'importance faible et la forte importance des termes. Les termes doivent avoir un rang d'importance inférieur au seuil d'importance pour remplir la 2^e condition et être dans le noyau central. Le calcul du seuil d'importance est réalisé en faisant la somme des rangs d'importance de tous les termes évoqués puis en divisant avec le nombre de termes évoqués durant l'épreuve. Ainsi, si avec 5 termes évoqués par les participants (succès, liberté, volonté, crédibilité et organisé), on obtient un seuil d'importance à 1,94: $(1,6 + 1,8 + 2 + 2,1 + 2,2) / 5 = 1,94$. Le terme succès a un rang d'importance de 1.6 qui est inférieur au seuil d'importance de 1,94. Il remplit la deuxième condition d'importance pour faire partie du noyau central.

La définition de ces deux seuils permet de répartir les termes évoqués en quatre catégories distinctes. Les mots candidats au noyau central sont les termes évoqués par 10% et plus des répondants, qui ont un rang d'importance inférieur au seuil d'importance. La fréquence d'apparition et le rang d'importance pour chaque terme permettent de faire un tableau avec 4 cases (tableau 4.5). La case 1 regroupera les termes les plus souvent cités et qui possèdent un rang d'importance fort proche de 1. Cette case regroupe le noyau central de la représentation. La case 2 représente la première périphérie de la représentation sociale en regroupant les termes qui ont un rang d'importance faible, mais une fréquence d'apparition forte. La case 3 regroupe les termes de la zone des éléments contrastés qui sont peu souvent cités, mais qui ont un rang d'importance fort. La case 4 regroupera les termes les moins souvent cités et avec un rang d'importance faible. Cette case représente la deuxième périphérie de la représentation sociale.

Tableau 4.5 : Tableau type d'analyse des évocations hiérarchisées

		Importance	
		Forte (rang inférieur au seuil d'importance)	Faible (rang supérieur au seuil d'importance)
Apparition	Forte (fréquence supérieure au seuil d'apparition)	<i>Case 1</i> <i>Noyau central</i>	<i>Case 2</i> <i>1ère périphérie</i>
	Faible (fréquence inférieure au seuil d'apparition)	<i>Case 3</i> <i>Éléments contrastés</i>	<i>Case 4</i> <i>2e périphérie</i>

Le terme succès est considéré comme un mot candidat au noyau central, car il a le rang d'importance et la fréquence d'apparition adéquate pour être classé parmi les termes candidats au noyau central.

4.4.5. L'analyse des données pour le contenu des représentations

Pour l'analyse du contenu de la représentation, les données issues du questionnaire et de l'entrevue ont été utilisées. Les associations de mots du questionnaire ont été exploitées par analyse catégorielle (Vergès, 1992) et les entrevues par analyse thématique.

L'analyse catégorielle est une étape de regroupement de tous les mots évoqués par l'épreuve d'association de mots du questionnaire dans des catégories thématiques proches. Elle permet d'avoir une vision globale du contenu de la représentation sociale et de sa diversité sémantique. Cette opération a été réalisée par les chercheurs et les membres du comité en trois réunions de travail. Les catégories obtenues sont caractérisées par le nombre de termes qui composent la catégorie et par le pourcentage que représente la catégorie sur le nombre total de termes évoqués.

Pour l'étude du contenu des représentations sociales, l'analyse des entrevues a été réalisée sous forme d'analyse thématique (Negura, 2006). Une démarche de thématisation continue a été adoptée (Paillé et Mucchielli, 2003). Ainsi, la thématisation a permis la construction progressive d'un arbre thématique qui a été finalisé avec la fin de l'analyse du corpus. Une première étape de codage a permis de repérer les unités de sens, qui sont les plus petites unités sémantiques présentes dans le discours des entraîneurs (phrase ou extrait de phrase). Ce codage a été réalisé de façon inductive. En même temps, la catégorisation des unités de sens a été réalisée. Cette catégorisation a permis de regrouper dans une même catégorie des unités de sens qui proviennent de toutes les entrevues et qui ont la même signification. Une dernière étape de hiérarchisation des catégories a permis de structurer le thème. Dans cette étape, des opérations de fusion et de division des catégories ont été opérées. On obtient ainsi un thème, divisé en de multiples catégories hiérarchiquement imbriquées. Les thèmes sont le plus haut niveau de regroupement des unités de sens. Ils sont les éléments de base qui constituent l'arbre thématique. Pour chaque thème et catégorie, la fréquence d'unités de sens regroupés en leur sein et la fréquence d'entraîneurs dont proviennent les unités de sens ont été calculées.

Les premières étapes de codage inductif et de catégorisation ont permis de réaliser un premier arbre thématique du matériel présent. Trois cycles de codage, de catégorisation et de hiérarchisation de tout le corpus ont été opérés pour arriver à créer un arbre thématique final. Ces différentes étapes ont été discutées et validées par un chercheur interne à l'équipe. Un examen de l'arbre thématique a été réalisé par un chercheur interne à l'équipe et par un chercheur externe. L'examen de l'arbre thématique a été de vérifier la conformité de la catégorisation des unités de sens avec la dénomination de la catégorie et la structuration des thèmes.

4.5. L'élaboration des savoirs génériques

Pour opérer l'élaboration des savoirs génériques, une démarche en 2 étapes est réalisée : une étape de triangulation et d'interprétation des résultats, puis une modélisation de l'objet. La triangulation des résultats permet de confronter dans un même tableau et de comparer tous les résultats obtenus par les différentes analyses en vue de répondre à un objectif de recherche. L'interprétation fait les liens entre les résultats et donne du sens aux résultats. La modélisation de la représentation sociale propose un tableau qui regroupe toutes les interprétations réalisées pour chaque représentation sociale.

4.6. Scientificité et limites de la recherche

Cette étude est réalisée avec la posture du constructivisme radical. Les notions de validité interne et externe des mesures ne peuvent s'appliquer dans notre cas. Les notions de reproductibilité et réfutabilité (Popper, 1968) issues des sciences du naturel ne sont pas adaptées non plus (Avenier, 2010). Les critères de scientificité dans les méthodes hypothético-déductives sont différents des méthodes interprétatives (Drapeau, 2004). Les critères de scientificité plus spécifiques aux recherches interprétatives (Guba et Lincoln, 1989) ne correspondent pas totalement non plus à notre posture épistémologique (Avenier, 2010).

La légitimation des savoirs nécessite de réaliser un travail épistémique en cinq phases (décrites ci-dessus). Le processus de légitimation doit reposer sur les principes d'éthique, d'explicitation et de rigueur (Avenier, 2010). On retrouve le principe d'éthique qui repose sur la relation entre le chercheur et les participants. On retrouve le principe de rigueur, qui recouvre les critères méthodologiques de la production des

savoirs. On retrouve enfin le principe d'explicitation qui se rapporte au processus de légitimation.

Le principe d'explicitation signifie que le chercheur doit démontrer la valeur de la démarche de légitimation. Pour cela, il doit fournir une riche description du processus, les éléments de réflexivité du chercheur sur le processus et des éléments de vérification pour garantir les décisions prises, les données recueillies et les conclusions tirées (Avenier, 2010). La collecte des documents produits lors du processus, l'enregistrement des réunions, la tenue d'un journal de bord ainsi que l'analyse et la présentation des différentes étapes, les activités, les documents et les acteurs engagés dans le processus illustrent les méthodes et outils utilisés pour assurer le principe d'explicitation.

Avenier utilise le principe de rigueur ou *ostinato rigore* (Avenier, 2010). Ce principe s'applique à la rigueur méthodologique pour la production des savoirs scientifiques. Pour ce principe, nous décidons d'utiliser les critères de scientificité des approches interprétatives pour garantir la légitimité des méthodes de collectes et d'analyses des données. Pour cela, nous utilisons, la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité telles que décrites par Savoie-Zajc (2004). Pour cette auteure, la crédibilité est *une vérification de la plausibilité de l'interprétation du phénomène*. La transférabilité est la notion de *capacité d'adaptation des résultats à d'autres contextes*. La fiabilité est la notion de cohérence entre les résultats et les méthodes utilisées. Pour cela, toute une procédure de triangulation théorique, des données, des méthodes et des auteurs a été mise en place (Denzin, 1989).

4.6.1. La triangulation

Pour Denzin, il existe quatre formes de triangulation: la triangulation des données, des auteurs, des théories et des méthodes. La triangulation des données est le recueil de différentes données pour renseigner l'objet étudié. Pour cela, nous avons recueilli des données spécifiques pour la structure de la représentation par les associations de mots. Nous avons aussi recueilli des données spécifiques pour le contenu de la représentation par les associations de mots, les entrevues. La triangulation des méthodes demande l'utilisation de plusieurs méthodes de collectes de données. Pour cela, un questionnaire et des entrevues individuelles ont été mis en place. La triangulation des auteurs nécessite d'utiliser plusieurs auteurs pour l'étude. Dans notre cas, elle s'opère par le fait de consulter les membres du comité pour réaliser la catégorisation de l'analyse catégorielle, puis valider sur les autres résultats obtenus et les interprétations données. Pour cela, une présentation a été effectuée des différents résultats, des savoirs locaux et génériques au comité. De plus, la validation des interprétations de l'analyse thématique par un juge externe a été réalisée pour les entrevues.

4.6.2. Considérations éthiques

Le principe d'éthique du processus de légitimation des savoirs signifie que le chercheur doit veiller au respect de la dignité, de l'intégrité et de la confidentialité des participants. Mais il doit aussi aller plus loin en cherchant à interroger tous les acteurs qui ont une expérience de l'objet, en particulier, les praticiens qui sont souvent les « *sans voix* » (Avenier, 2010). Plusieurs mesures ont été prises pour respecter les prescriptions éthiques de la recherche scientifique. Toutes les démarches et procédures qui suivent, ont été présentées et validées par le comité institutionnel d'éthique de la recherche sur l'être humain de l'Université du Québec à Montréal (annexe B).

Plusieurs précautions éthiques pour le questionnaire ont été prises. Un formulaire de présentation de la recherche et de consentement a été présenté au début du questionnaire pour les entraîneurs. Il devait être approuvé pour pouvoir accéder au reste du questionnaire. La création de la base de données a utilisé une procédure d'anonymat en effaçant tout renseignement permettant l'identification des participants. Les coordonnées laissées à la fin du questionnaire pour être volontaires aux entrevues ont ainsi été systématiquement effacées de la base de données.

Plusieurs précautions éthiques pour les entrevues ont été prises. Au début de chaque entrevue, il a été demandé l'autorisation d'enregistrer l'entrevue. Tous les entraîneurs ont reçu un pseudonyme pour les extraits d'entrevues qui seront utilisés dans le chapitre résultats.

Au niveau des réunions du comité, plusieurs éléments ont été mis en place. Il y a eu la signature d'un contrat de collaboration avec Hockey Québec qui définit les droits et obligations des deux parties durant la recherche. Un formulaire de consentement a été distribué et signé par les membres du comité. Il y a eu la présentation et la discussion systématique des éléments de la recherche, ainsi que des prises de décisions collectives du comité. En accord avec le contrat de collaboration, la présentation de toutes communications scientifiques orales ou écrites a été faite au comité 15 jours avant la publication. Aucun des noms des membres du comité ne sera utilisé pour la description de l'étude. Seule la fonction occupée au sein de Hockey Québec par les membres du comité peut permettre d'identifier les participants aux réunions.

Toutes les données recueillies et transcrites dans un logiciel de traitement statistique ou autre sont identifiées uniquement par un code alpha numérique. Les enregistrements et leurs transcriptions seront conservés sous clef dans les locaux de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé pendant 5 ans après la fin de la recherche.

Les avantages pour les participants étaient nombreux. La recherche permettait aux entraîneurs de pouvoir avoir une réflexion sur les notions du métier d'entraîneur, du rôle en santé de l'entraîneur et de la représentation de la santé. Cela leur permettait de pouvoir expliquer leur réalité et d'avoir une vision plus réflexive de leur pratique. Les avantages des membres du comité étaient de pouvoir participer aux différentes phases de la recherche et de s'appropriier les différents résultats obtenus notamment au niveau du projet de transformation. Le projet ne devait pas engendrer de risques ou d'inconvénients aux participants. Seuls les participants membres du comité peuvent être identifiés par regroupement entre les fonctions au sein de Hockey Québec et les dates de réalisation de l'étude. Aucun des propos ou des actions des membres du comité ne sont identifiés.

4.6.3. Les limites de la recherche

Les limites de la recherche se situent à plusieurs niveaux: la collecte de données, les analyses et le processus de légitimation.

La collecte de données pour le questionnaire et les entrevues s'est effectuée sur une courte durée entre janvier et mai 2014. La fin de la collecte correspond à la fin de la saison de hockey. Les entraîneurs n'étaient plus disponibles pour les entrevues après la fin de la saison. De plus, il n'était pas possible de continuer durant l'été ou l'automne, car il fallait commencer le traitement des données pour les réunions du comité. La population d'entraîneurs contactés pour l'étude est importante (N=1931) et le taux de réponse de 17 % est faible. Pour les membres du comité qui réalisent des sondages par Internet auprès des entraîneurs, le taux faible de réponses correspond à une réalité qu'ils vivent. L'échantillon obtenu présente un biais de sélection à cause de l'utilisation de questionnaire par Internet. La longueur du questionnaire a peut-être

aussi été un frein. Par contre, le fait que l'invitation à participer au questionnaire ait été envoyée par l'association régionale de hockey est un facteur positif de participation.

Les données recueillies ont nécessité un grand nombre de traitements et d'analyses. Le traitement des données, ainsi que les analyses ont été effectués uniquement par le candidat doctoral. Un budget limité a été obtenu pour la transcription des entrevues qui a été réalisée à l'externe. L'analyse des données pendant le processus de légitimation a apporté une pression temporelle sur le chercheur pour fournir des résultats lors des réunions. Le choix des méthodes d'analyse a été dicté par les objectifs épistémiques de documenter les représentations sociales. D'autres objectifs épistémiques ont été envisagés durant le processus, mais sont non complétés pour cette thèse. Plusieurs variables du questionnaire n'ont pas été exploitées pleinement pour la thèse malgré leur pertinence. Le taux de réponse de 17 % ne permet pas une généralisation des résultats obtenus au questionnaire. La saturation obtenue au niveau des entrevues et la triangulation vise une transférabilité des résultats.

Le processus de légitimation comporte aussi des limites. Le fait de réaliser les analyses pour le processus crée une urgence à fournir des résultats, ce qui ne permet pas toujours de prendre le temps nécessaire à la démarche scientifique. La position du chercheur en tant que trouveur et en tant que formateur enlève du temps à la position de chercheur. En tant que trouveur, il faut réfléchir à la solution de l'objectif pragmatique. En tant que formateur, il faut prendre le temps de traduire les résultats produits et animer les situations d'apprentissage avec ces résultats qui deviennent objets à connaître. Le fait de travailler en partenariat avec le milieu a nécessité un grand nombre de réunions préliminaires pour débiter la collecte de données. Les réunions avec le comité ont nécessité d'expliquer, de négocier et de défendre les choix méthodologiques retenus, les résultats obtenus et les interprétations opérées. C'est une des grandes différences de cette recherche-intervention par rapport à des

recherches plus traditionnelles. C'est aussi la force du processus de légitimation des savoirs qui permet de créer des savoirs génériques plus spécifiques aux besoins des utilisateurs.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Les résultats présentés ci-dessous vont être divisés en différentes parties. Les résultats présentés dans ce chapitre sont ce que nous considérons comme les savoirs locaux et génériques de la recherche. Une première partie va présenter les différents résultats des différentes analyses qui constituent les savoirs locaux. La deuxième partie va présenter la démarche d'élaboration des savoirs génériques avec ces deux temps : la triangulation et l'interprétation des résultats, puis la modélisation des représentations.

5.1. La représentation sociale de la santé

Les éléments qui sont présentés ci-dessous sont les résultats obtenus pour l'analyse de la représentation sociale de la santé. Ces résultats ont été obtenus avec les réponses du questionnaire pour les associations de mots et les propos des entrevues avec les entraîneurs. Dans un premier temps, les résultats pour les analyses pour la structure de la représentation sociale sont présentés. Ils reprennent les données du questionnaire au niveau des associations de mots. Pour l'analyse du contenu de la représentation sociale, plusieurs analyses sont présentées: l'analyse catégorielle des réponses du questionnaire aux associations de mots et l'analyse thématique des entrevues.

5.2. Les analyses de la structure de la représentation sociale de la santé

Pour l'analyse prototypique, après nettoyage des réponses, 707 mots ont été évoqués pour « santé ». Ces 707 mots correspondent à 171 termes différents évoqués par 239

participants (tableau 5.1). Le seuil d'apparition a été fixé à 24 évocations, c'est-à-dire 10 % des termes évoqués. Le seuil d'importance a été calculé à 2,10. Les mots candidats au noyau central sont ceux évoqués au minimum 24 fois avec un rang d'importance inférieur à 2,10. Sept termes correspondent à ces critères : Alimentation, Nourriture, Bien-être, Exercice, Sport, Sécurité, et Plaisir. On retrouve 11 termes dans la zone contraste qui ont été évoqués entre 7 et 20 fois. Il y a 8 termes dans la 2e périphérie qui ont été évoqués entre 7 et 14 fois.

Tableau 5.1 : Analyse prototypique de la représentation sociale de la santé

<u>Noyau central :</u>	<u>fréquence</u> <u>>24</u>	<u>rang</u> <u><2,10</u>	<u>1^e périphérie :</u>	<u>fréquence</u> <u>>24</u>	<u>rang</u> <u>>2,10</u>
Alimentation	50	2,06			
Nourriture	48	1,85			
Bien être	37	1,73			
Exercices	36	1,97			
Sport	27	1,93			
Sécurité	25	1,36			
Plaisir	24	1,92			
<hr/>					
<u>Éléments</u> <u>contrastes:</u>	<u>fréquence</u> <u><24</u>	<u>rang</u> <u><2,10</u>	<u>2^e périphérie</u>	<u>fréquence</u> <u><24</u>	<u>rang</u> <u>>2,10</u>
Activité physique	20	1,50	Physique	14	2,14
Forme physique	20	1,90	Repos	10	2,70
Bonheur	16	1,69	Sommeil	9	2,89
Bien manger	16	1,81	Condition physique	9	2,11
Mental	15	2,00	Pas de blessure	8	2,25
Entraînement	13	2,08	Joie	7	2,29
Bouger	12	1,83	Équilibre	7	2,43
Équipement	10	2,00	Activité	7	2,71
Protection	9	1,67			
Habitude de vie	8	1,62			
Commotion cérébrale	7	1,57			

5.3. Les analyses du contenu de la représentation sociale de la santé

L'analyse du contenu de la représentation a été réalisée grâce aux données du questionnaire et des entrevues. En combinant deux formes d'analyse, il est possible d'explorer le contenu de la représentation sous diverses perspectives. Une analyse catégorielle a repris les données des associations de mots du questionnaire. Puis, une analyse thématique des entrevues avec les entraîneurs permet de construire un arbre thématique.

5.3.1. L'analyse catégorielle de la représentation sociale de la santé

L'analyse catégorielle des termes a été réalisée en collaboration avec le comité de recherche. Au terme de plusieurs réunions, un consensus a été obtenu sur la constitution de quinze catégories: plaisir, bien-être psychologique et émotionnel (149), être physiquement actif et les qualités physiques (137) et nourriture (126). Deux catégories en lien avec la sécurité ont été créées : Gestion et prévention des risques (50), acteurs et action de sécurité (33) (tableau 5.2).

Tableau 5.2: Fréquence et pourcentage d'évocations des termes pour l'analyse catégorielle

Catégories	N	%
Total des termes	707	100
Plaisir, bien-être affectif et psychologique	149	21
Agir, être actif et avoir des qualités physiques	137	19
Alimentation	126	18
Être en forme physique	57	8
Prévenir, gestion du risque et intervention	50	7
Acteurs et actions pour la sécurité	33	5
Habitude de vie	29	4
Croissance personnelle et développement de la vie	28	4
Habitude de sommeil et récupération	24	3
Attitudes, valeurs et éthique	18	3
Créer et avoir des relations sociales	20	3
La santé est le résultat d'une action	12	2
Corps et esprit sain	10	1
Il faut apprendre pour être en santé	10	1
Jugement d'importance	4	1

5.3.2. L'analyse thématique de la représentation sociale de la santé

L'analyse des réponses aux entrevues sur la définition de la santé par les entraîneurs a permis l'émergence de différentes catégories. Les entraîneurs ont exprimé une représentation multidimensionnelle de la santé. Ils ont ensuite décrit trois conceptions différentes de la santé: la santé naturelle, la santé bien-être et la santé performative. Ils ont évoqué les liens entre la santé et le hockey et les actions mises en place. Tous ces éléments sont les thèmes de la santé de notre arbre thématique (tableau 5.3). Chaque thème est détaillé dans les prochaines sections.

Tableau 5.3 : Arbre thématique pour la santé

Thèmes de santé	Catégories
La santé, c'est de multiples états	L'état global L'état mental L'état physique L'état social L'état spirituel
La santé naturelle	La définition de la santé naturelle La santé naturelle résulte d'inactions ou d'actions de lutte contre la maladie ou les blessures
La santé bien-être	La définition de la santé bien-être La santé résulte d'action sur les habitudes de vie Les finalités d'actions sur les habitudes de vie Le jugement des habitudes de vie des joueurs
La santé performative	La santé est une ressource qu'on mobilise pour le hockey Les formes d'actions de la santé performative Les finalités visées par la santé performative
La santé et le hockey	L'importance de la santé pour les entraîneurs Les dangers du hockey selon les entraîneurs Les rôles des acteurs du hockey en santé
Les actions de santé	Pas vraiment d'actions de santé Actions de santé avec les joueurs Actions de santé avec les parents Actions de santé avec soi-même Actions de santé avec les autres acteurs Actions de la santé avec l'environnement

5.3.2.1. Les multiples états de la santé

Les entraîneurs ont donné des définitions de la santé qui présentent les différents états de la personne (tableau 5.4). La santé est ainsi présentée comme un état multiple et global. Ils ont par la suite précisé les autres états existants. On retrouve les états mentaux, physiques, sociaux et spirituels de l'individu.

« La santé c'est global, la santé physique et tout, la santé mentale, (...) tout ce qui est relations interpersonnelles, les jeunes avec les jeunes, les jeunes avec les adultes. Quand c'est malsain, je trouve que ça mine la santé. » (Arthur, entraîneur des moins de 6 ans).

« Ça a bien des niveaux. C'est la santé mentale, c'est la santé physique, psychologique, spirituelle. Le mot santé se définit à bien des niveaux. » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC)

Tableau 5.4 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « la santé, c'est de multiples états » et les catégories.

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
La santé c'est de multiples états	7	31
L'état global	6	12
L'état mental	6	11
L'état physique	5	6
L'état social	1	1
L'état spirituel	1	1

5.3.2.2. Le thème de la santé naturelle

L'analyse des entrevues a permis de créer un premier thème de la santé: la santé naturelle (tableau 5.5). Les entraîneurs ont ainsi défini ce qu'est la santé naturelle (ne pas être malade, sécurité au hockey) selon eux et ils ont aussi indiqué qu'elle est la résultante d'inactions ou d'actions contre les maladies ou les blessures. On ne l'a retrouve pas chez tous les entraîneurs. Il n'y a que 17 unités de sens pour 9 entraîneurs qui ont été rattachées à cette conception de la santé.

« Ça dépend aussi dans quoi tu travailles. Moi si je travaille avec des adultes, on va parler plus peut-être des maladies, des choses comme ça où est-ce que la santé elle va être affectée par ça.(...) Avec des jeunes de 10, 11, 12 ans, la santé... ils ne sont pas malades.. » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA)

« Ça prend un minimum de sport puis on se croise les doigts que le reste ça aille bien. Pour moi, c'est ça la santé. Un peu de sport, un peu de bien vouloir, puis on se croise les doigts qu'il n'y ait rien de majeur qui nous tombe dans le corps. » (Benjamin, entraîneur des moins de 6 ans)

Tableau 5.5 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « La santé naturelle » et les catégories.

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
La santé naturelle	9	17
Définitions de la santé naturelle	5	7
La santé naturelle résulte d'inaction ou d'action de lutte contre la maladie ou les blessures	6	10

5.3.2.3. La santé bien-être

La thème de la santé bien-être (tableau 5.6) a été exprimé par tous les entraîneurs interrogés. Ce thème a permis de mettre en évidence la description de cette forme de santé qui repose sur les actions que l'on prend pour sa santé.

« *La santé c'est de bouger, je pense.* » (Gille, entraîneur des moins de 14 ans BB)

« *La santé c'est comment tu manges, ce que tu fais.* » (Isidore, entraîneur des moins de 21 ans AA)

La santé bien-être est conçue sous l'angle des actions en termes d'habitudes de vie que les individus peuvent adopter. Les entraîneurs ont aussi exprimé des finalités recherchées sur les habitudes de vie, notamment la création d'un équilibre entre dimension physique et mentale. Ils ont exprimé enfin des jugements sur les habitudes de vie des joueurs.

« *Mais il y a toujours place pour s'améliorer. La santé c'est ça, c'est le physique, puis c'est ça aussi, c'est dans la boîte en haut. C'est ben gros là aussi. Créer un équilibre puis tout ça.* » (Isidore, entraîneur des moins de 21 ans CC).

« *La santé physique c'est sûr que c'est important. Le fameux dicton qui dit un esprit sain dans un corps sain...* » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans AA)

« *Moi je trouve que les jeunes bougent de moins en moins.* » (Arthur, entraîneur des moins de 6 ans)
 « *Ce n'est pas tous nos jeunes qui mangent bien.* » (Karl, entraîneur des moins de 14 ans AA)

Tableau 5.6 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « santé bien-être » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
La santé bien-être	12	89
La définition de la santé bien-être	4	9
La santé résulte d'actions sur les habitudes de vie	12	66
Les finalités d'actions sur les habitudes de vie	4	9
Le jugement des habitudes de vie des joueurs	3	5

Pour illustrer que la santé bien-être résulte d'actions sur les habitudes de vie, tous les entraîneurs ont évoqué différentes actions sur les habitudes de vie en général et particulièrement au niveau de l'alimentation et de l'activité physique. On retrouve aussi des habitudes au niveau du bien-être mental, du sommeil et d'autres thématiques (hygiène, tabac, prise de médicaments) (tableau 5.7).

« *La santé en général, c'est une façon de vivre.* » (Gilles, entraîneur des moins de 14 ans en BB)
 « *Je pense au niveau de l'alimentation, bien s'alimenter, faire attention à ce qu'on mange, essayer de faire de l'exercice physique le plus possible régulièrement avec un trois fois minimum/semaine.* » (Harry, entraîneur des moins de 17 ans en BB)
 « *Bien manger, bien dormir, être bien dans sa tête.* » (Édouard, entraîneur des moins de 12 ans en BB)
 « *Mais la santé en général, c'est gros. Comme je te disais, le sommeil, la nutrition, l'hygiène.* » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AA)

Tableau 5.7 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour la catégorie de « la santé résulte d'actions »

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Habitude de vie en général	7	11
Alimentation	10	23
Activité physique	9	17
Bien-être mental et psychologique	5	6
Sommeil	4	4
Autres thématiques	3	5

5.3.2.4. La santé performative

Un autre thème exprimé est la santé performative, c'est-à-dire une santé que l'on doit développer pour le hockey (tableau 5.8). Dans cette optique, la santé est vue comme une ressource pour le hockey, que l'on obtient à travers certaines actions d'optimisation et avec certaines finalités notamment être au maximum de ses capacités pour performer. On retrouve huit entraîneurs qui ont exprimé des éléments de la santé performative.

« La santé c'est d'avoir le maximum... être au maximum avec les capacités que tu peux avoir, dans le fond. » (Édouard, entraîneur des moins de 16 ans en A)

« On exige tellement de ces kids-là à 13, 14 puis 15 ans. C'est comme une auto sport. Si tu ne mets pas le bon gaz puis la bonne huile dedans, un moment donné l'auto elle lâche ou elle ne performe pas comme elle devrait performer. Santé, parce que je te dirais qu'au niveau du stress, on exige aussi beaucoup au niveau des résultats. Il y a de plus en plus de kids qui sont dépressifs, moins enjoués, parce que selon eux autres ils ne répondent pas aux attentes. Ça arrive de plus en plus tôt par rapport à quand moi je jouais, parce qu'il y a des attentes de performance par rapport à toi. Des fois c'est même rendu au Pee Wee AAA qu'il faut que ça performe. Il y a des structures

intégrées dans leur saison. Je trouve que c'est tôt. Je trouve que ça fait partie de la santé ça aussi. » (Jérôme, entraîneur des moins de 14 ans en AAA)
« C'est important, parce que je sais qu'avec le mode de vie qu'ils ont, qu'ils font du sport au moins 20 heures par semaine, s'ils n'ont pas des saines habitudes de vie puis qu'ils ne sont pas en santé, ils ne performeront pas puis ils ne se développeront pas comme joueurs. » (Karl, entraîneur des moins de 14 ans en AA).

Tableau 5.8 : Nombres d'entrevues et d'unité de sens pour le thème santé performative et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
La santé performative	8	16
La santé est une ressource qu'on mobilise pour le hockey	4	8
Les formes d'actions de la santé performative	5	6
Les finalités visées par la santé performative	2	2

5.3.2. La santé et le hockey

Les entraîneurs ont exprimé d'autres éléments qui lient le hockey et la santé. Ils ont exprimé l'importance de la santé pour les entraîneurs ainsi que les dangers qu'ils concevaient de ce sport. Ils ont décrit par la suite, les rôles des différents acteurs en matière de santé (tableau 5.9).

La santé est quelque chose qui est important pour presque tous les entraîneurs. Seul un entraîneur pense que ça n'a pas une grande importance à son niveau MAHG.

« La santé physique c'est sûr que c'est important. » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC).

« Donc oui la santé c'est super important. » (Karl, entraîneur des moins de 14 ans en AA).

Ils ont aussi identifié des dangers du hockey qui peuvent être environnementaux ou comportementaux. L'environnement de l'aréna avec la glace et les bandes sont les dangers principaux. Les comportements dangereux des joueurs sont plus au niveau des accrochages, collisions ou des gestes illégaux que l'on peut rencontrer dans le jeu.

« Des fois c'est juste des cônes, on fait des cônes. Un cône mal placé ça peut être dangereux. (...) Dans les entraînements c'est les face-à-face, mais comme ça. Quand les deux jeunes ils patinent, ils ne se voient pas puis ils rentrent en collision. Ça, c'est extrêmement dangereux. La plupart du temps il y en a un qui reste sur la glace. C'est fini. Puis les bandes, c'est ça, moi j'ai mis fin à ma carrière par une bande. » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC)

« Souvent les commotions ne sont pas dues à la mise en échec comme telle, mais à des gestes illégaux. (...) Des fois, tu vas rentrer dans quelqu'un, tu vas te blesser parce que le gars non plus en face il ne regardait pas. » (Jérôme, entraîneur des moins de 12 ans en AA)

Même si la santé est importante, ils identifient que la santé est la responsabilité des joueurs et de leurs parents.

« C'est plus familialement que les parents doivent commencer... À cet âge-là, on commence à mettre un style de vie puis à mettre les règles familiales sur la nourriture ou des choses comme ça. » (Arthur, entraîneur des moins de 6 ans)

Tableau 5.9 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « la santé et le hockey » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
La santé et le hockey	11	48
L'importance de la santé pour les entraîneurs	11	23
Les dangers du hockey selon les entraîneurs	3	19
Les rôles des acteurs du hockey en santé	4	6

5.3.3. Les actions de santé

Les propos des entraîneurs ont fait ressortir l'importance d'agir pour être en santé en particulier dans le thème santé bien-être. C'est pourquoi il a été réalisé une catégorisation spécifique des actions de santé évoquées dans les entrevues pour comprendre leur nature et leurs caractéristiques (tableau 5.10). La catégorisation obtenue montre que pour certains entraîneurs, ils ne considèrent pas faire d'actions de santé dans leur tâche d'entraîneur. Pourtant, ils évoquent tous des actions qui illustrent la possibilité d'agir en santé. Les actions déclarées concernent essentiellement les joueurs, mais peuvent être orientées aussi vers les parents, les entraîneurs eux-mêmes, d'autres acteurs et l'environnement. Pour chaque acteur, on retrouve trois formes d'actions: les actions prescrites, les actions réalisées ou les actions désirées. Les actions prescrites sont des actions qui sont décrites comme des actions que les entraîneurs doivent ou devraient faire. Les actions réalisées sont des actions mises en place par les entraîneurs avec les différents acteurs. Les actions désirées sont des actions que les entraîneurs voudraient mettre en place dans une situation idéale.

Tableau 5.10 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour le thème « les actions de santé » et ses catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Les actions de santé	12	256
Pas vraiment d'actions de santé	4	7
Actions de santé avec les joueurs	12	192
• actions prescrites	7	11
• actions réalisées	11	113
• actions désirées	11	68
Actions de santé avec les parents	10	32
• actions prescrites	1	1
• actions réalisées	8	19
• actions désirées	4	12
Actions de santé avec soi même	4	7
• actions prescrites	2	2
• actions réalisées	2	4
• actions désirées	1	1
Actions de santé avec les autres acteurs	5	10
Actions de la santé avec l'environnement	1	8

Avec chaque acteur, les entraîneurs ont décrit des actions réalisées (tableau 5.11).

Pour illustrer ce qu'ils font déjà en matière de santé et comprendre ce que l'on peut leur demander de faire, nous présentons uniquement les actions réalisées plus en détail. Au niveau des actions mises en place avec les joueurs, on retrouve des actions de communication normative, des actions de réglementation ou d'encadrement.

Tableau 5.11 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour les catégories « actions réalisées ».

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Actions réalisées		
Avec les joueurs	11	113
• Communication normative	10	61
• Réglementation	7	12
• Encadrement	10	29
• Finalités des actions	3	3
• Lieux des actions	4	8
Avec les parents	8	19
• Communication normative		
Avec soi-même	2	4

Les actions de communications normatives sont des actions formelles ou informelles qui portent sur la communication d'une valeur de santé. Ainsi, les entraîneurs communiquent ce qu'ils pensent être bon ou mauvais, sain ou malsain.

Mais en place, c'est vraiment d'expliquer puis de donner de l'information à tout le monde, aux jeunes et aux enfants, leur dire c'est quoi qui est bon puis qui est plus facile à digérer, que vous allez assimiler les bonnes affaires, les bons nutriments. (Gilles, entraîneur des moins de 14 ans en BB)

Les actions de réglementation sont des actions où les entraîneurs vont édicter, appliquer ou sanctionner des règles de santé. Ainsi, ils définissent ce qui est interdit et autorisé dans le cadre de l'équipe et qui peut avoir une incidence sur la santé.

« Que je ne sache pas qu'il y en a un de vous autres qui se tape du Red Bull avant de venir, que je n'en vois jamais un en prendre un devant moi. Tu ne joues pas. Tu t'assois sur le banc et tu ne joues pas ou je te mets dehors de l'équipe pour le match. Tu ne fais pas partie du giron de l'équipe pour le match. (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A)

Les actions d'encadrement sont des actions où l'entraîneur va prendre en charge le joueur notamment lors des blessures. Ce peut être aussi des actions qui favorisent la prise de décisions des joueurs sur leur santé et qui dépassent la simple communication normative. C'est un moment où l'entraîneur donne des conseils, les

dirige vers les spécialistes. Les entraîneurs vont aussi utiliser différents outils pour permettre aux joueurs d'apprendre ou de gérer un élément relié à la santé.

Oui on a eu une commotion cérébrale. On l'a sorti, on lui a demandé d'aller voir le médecin, papier, tout ça. (Édouard, entraîneur des moins de 12 ans en BB)

Ça fait que nous autres on a vraiment, avant de retourner le joueur, on lui a fait faire 2-3 pratiques, 2-3 entraînements. Une pas de contact, juste patiner. Là il y a eu des symptômes qui sont apparus, on l'a retiré tout de suite (...) Puis dans le match, je le gérais... on était plus à l'observation, de voir comment il se comportait puis tout ça. (Harry, entraîneur des moins de 17 ans en BB).

Donc, gérer le stress. On a fait une ligne... Nous, on travaille beaucoup avec une ligne d'émotions où on trace une ligne centrale, et il ne faut pas que tu sois trop haut, ni trop bas. (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA)

Les entraîneurs ont aussi exprimé les finalités recherchées par leurs actions à savoir: responsabiliser ou surveiller les joueurs. Pour cela, ils agissent en différents lieux. Ils agissent principalement dans la chambre des joueurs. De façon anecdotique, on retrouve des actions dans le bus, le restaurant ou sur Internet. De plus, certains entraîneurs accompagnent ou envoient les joueurs pour l'entraînement hors glace se préparer dans des centres de conditionnement physique.

J'ai donné une conférence sur le sommeil au niveau du développement chez les jeunes, parce que moi j'ai décidé de rajouter des jeunes sur Facebook pour les surveiller, je me rends compte que finalement il n'y a pas eu vraiment d'impact. (Karl, entraîneur des moins de 14 ans en AA)

Des fois on monte en autobus jouer des rencontres. Donc là on prenait les enfants, on les mettait en arrière puis on discutait avant le match, comment qu'on va gérer notre match, comment on va gérer nos émotions, tout dépendamment de l'adversaire, de bien connaître l'adversaire, de bien se connaître nous, l'identité, nos valeurs et tout ça. (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA)

On va à l'extérieur en tournoi, on a deux matchs des fois dans la même journée, on est au restaurant, puis le mot est passé avant dans la chambre. Vous avez le choix de, de et de. Le restant, on ne touche pas à ça. (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A)

On avait loué des gymnases. On avait fait des entraînements hors glace. Plus tu en fais, plus tu es en santé. (Arthur, entraîneur des moins de 6 ans).

J'ai eu la chance il y a quelques années de les amener au Complexe Bell à Brossard, au centre de conditionnement Mansfield. (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A)

L'ensemble des éléments présentés ci-dessus permet de présenter les résultats obtenus pour l'étude de la représentation sociale de la santé. La partie qui suit va présenter les éléments propres à la représentation sociale du métier d'entraîneur.

5.4. La représentation sociale du métier d'entraîneur

Comme pour la représentation de la santé, les analyses de la représentation sociale du métier d'entraîneur sont multiples. Les analyses sont destinées à comprendre la structure et le contenu de la représentation.

L'analyse de la structure de la représentation est réalisée avec une analyse prototypique des associations de mots du questionnaire et une étude des différences de proportion des termes du noyau central par catégorie d'entraîneurs. L'analyse du contenu est réalisée par une analyse catégorielle des associations de mots du questionnaire et l'analyse thématique des entrevues.

5.5. L'analyse de la structure de la représentation sociale du métier d'entraîneur

Pour l'association de mots avec entraîneur, 684 mots ont été évoqués par 231 personnes. On retrouve 147 termes différents. L'analyse prototypique des termes évoqués permet de dégager 5 termes candidats au noyau central. Seuls les termes évoqués plus de 23 fois et plus (10 % des répondants) avec un rang d'importance inférieur à 2,17 ont été retenus.

Les termes candidats au noyau central sont: leader, enseignant, modèle, motivation et respect. Il n'y a pas de termes au sein de la 1^{ère} périphérie. Pour la zone des éléments contrastes, il y a 16 termes qui ont été évoqués entre 20 et 7 fois par les répondants. Pour la 2^e périphérie, il y a 5 termes qui ont été évoqués entre 20 et 8 fois. Le tableau ci-dessous ne présente pas les termes qui ont été évoqués moins de 7 fois.

Tableau 5.12 : Analyse prototypique de la représentation sociale du métier d'entraîneur

<u>Noyau central :</u>	<u>fréquence</u> <u>>24</u>	<u>rang</u> <u><2.17</u>	<u>1^e périphérie :</u>	<u>fréquence</u> <u>>24</u>	<u>rang</u> <u>>2.17</u>
Leader	52	1,71			
Enseignant	45	1,71			
Motivation	44	1,98			
Modèle	39	1,82			
Respect	34	1,59			
<u>Éléments contrastes:</u>	<u>fréquence</u> <u><24</u>	<u>rang</u> <u><2.10</u>	<u>2^e périphérie</u>	<u>fréquence</u> <u><24</u>	<u>rang</u> <u>>2.10</u>
Exemple	20	1,90	Discipline	20	2,60
Mentor	19	1,89	Guide	17	2,18
Passion	18	1,78	Communication	14	2,36
Éducateur	15	1,73	Professeur	12	2,17
Plaisir	14	1,86	Compétent	8	2,50
Encourager	11	1,73			
Patience	10	1,80			
Confiance	10	2,00			
Apprentissage	10	2,10			
Rassembleur	9	1,67			
Développement	8	2,13			
Encadrement	8	2,13			
Écoute	7	1,71			
Responsabilité	7	1,71			
Pédagogue	7	1,87			
Juste	7	2,00			

5.6. L'analyse du contenu de la représentation du métier d'entraîneur

L'analyse du contenu de la représentation du métier d'entraîneur repose sur deux méthodes. L'analyse catégorielle permet d'explorer le contenu à partir des

associations de mots du questionnaire. À partir des entrevues, une analyse thématique permet de faire émerger les différentes caractéristiques du métier d'entraîneur et de décrire le système d'acteurs où évoluent les entraîneurs de hockey.

5.6.1. L'analyse catégorielle de la représentation du métier d'entraîneur

L'analyse catégorielle des évocations a été réalisée en collaboration avec le comité de recherche (tableau 5.13). Après plusieurs réunions, un consensus a été obtenu sur la constitution de neuf catégories. Les deux catégories principales sont: celui qui instaure un climat favorable avec 207 termes (31 %) et celui qui enseigne et facilite l'apprentissage sportif avec 147 termes (21 %).

Tableau 5.13 : Fréquence et pourcentage d'évocation des termes pour les catégories de la représentation sociale du métier d'entraîneur par catégorie d'entraîneur.

Catégories	N	%
Total des termes	684	100
Celui qui instaure un climat favorable	207	30
Celui qui enseigne et facilite l'apprentissage sportif	147	21
Celui qui suit le collectif dans son cheminement	78	11
Celui qui fixe la direction du collectif	68	10
Celui à qui on veut ressembler	68	10
Atouts, aptitudes à avoir pour entraîner	66	10
Celui qui a des aptitudes pour communiquer	32	5
Celui qui a des qualités d'organisation des tâches	16	2
Celui qui a un rapport volontaire à sa tâche	2	0

5.6.2. L'analyse thématique de la représentation du métier d'entraîneur

L'analyse des propos des entraîneurs sur la question du métier d'entraîneur a fait l'objet d'une analyse thématique. Plusieurs opérations de codage, catégorisation et hiérarchisation ont été réalisées pour obtenir les thèmes suivants. Le tableau 5.14 présente l'arbre thématique pour le métier d'entraîneur et les principales catégories de chaque thème.

Tableau 5.14 : Arbre thématique du métier d'entraîneur

Thèmes du métier d'entraîneur	Catégories
Les caractéristiques d'un entraîneur	L'entraîneur a des qualités L'entraîneur a une formation L'entraîneur est un papa Les différents types d'entraîneurs L'entraîneur a un statut L'entraîneur est nommé pour entraîner
Les actions de l'entraîneur	Les actions avec les joueurs Les actions avec les parents Les actions avec les autres acteurs
Les domaines d'actions de l'entraîneur	La supervision L'apprentissage du hockey Le classement des joueurs L'évaluation des joueurs La planification La définition des objectifs La surveillance à l'école
Les finalités et objectifs des actions des entraîneurs	Finalités et objectifs orientés vers les joueurs Finalités et objectifs orientés vers soi-même Finalités et objectifs généraux
La temporalité des actions des entraîneurs	Le temps des pratiques Le temps des matchs Le temps du classement La fin de saison Le temps de la saison
Les lieux d'actions de l'entraîneur	Lieux d'actions avec les joueurs Lieux d'actions avec les autres acteurs
Les normes personnelles et les rôles de l'entraîneur	Les normes personnelles orientées vers les joueurs Les normes personnelles orientées vers soi-même Les rôles de l'entraîneur
La difficulté d'entraîner	L'investissement en temps On n'est pas des spécialistes Les contraintes d'être un entraîneur
La formation des entraîneurs	La formation continue La formation initiale

5.6.2.1. Les caractéristiques d'un entraîneur

Ce thème regroupe des catégories qui expliquent ce qu'est un entraîneur (tableau 5.15). La description d'un entraîneur comporte plusieurs éléments. Les propos ont permis de révéler que l'entraîneur est un acteur qui doit posséder des qualités. C'est une personne qui a une formation et qui a obtenu une certification. L'entraîneur est aussi un père de joueur de hockey. Les propos montrent qu'il existe plusieurs statuts d'entraîneurs et qu'il est nommé pour cette fonction.

Les propos ont fait ressortir qu'un entraîneur a ou doit avoir plusieurs qualités. Les entraîneurs ont parlé notamment de crédibilité, d'intégrité et d'avoir de la discipline.

« C'est pour ça que je disais tantôt la première chose d'un entraîneur c'est l'intégrité » (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A)

« Puis il faut que tu sois assez confiant, assez crédible, pour dire à un jeune qu'il a joué d'une façon toute sa vie pour lui dire que là c'est cette façon-là » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC)

« L'entraîneur-chef doit être celui qui incarne la discipline » (Gilles, entraîneur des moins de 14 ans en BB)

« La première qualité, c'est d'être un rassembleur (...) Il faut que tu sois crédible » (Isidore, entraîneur des moins de 21 ans en AA)

Les entraîneurs ont par la suite évoqué leur formation avec Hockey Québec, qui est un pré requis pour agir avec une équipe à titre d'entraîneur. Il est ressorti que neuf des entraîneurs interrogés sont ou ont été le papa d'un joueur de hockey. Le plus souvent, on devient entraîneur de l'équipe de son fils. Cette réalité se retrouve dans les contextes initiation, récréation et compétition. Au niveau élite, les entraîneurs ne seront plus des papas, mais des personnes extérieures.

« Le jour où ce que mon enfant va dire « Papa je ne veux plus jouer au hockey », c'est fini, je ne serai plus entraîneur » (Benjamin, entraîneur des moins de 6 ans)

« Les trois entraîneurs on a chacun un fils dans l'équipe » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC)

« Ils sont dans une roue où est-ce que c'est les parents qui coachent. Là ce n'est plus les parents, c'est un entraîneur qui vient de l'extérieur, qu'ils ne connaissent pas nécessairement » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA).

Tableau 5.15 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « les caractéristiques d'un entraîneur » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Les caractéristiques d'un entraîneur	12	196
L'entraîneur a des qualités	10	46
L'entraîneur a une formation	10	17
L'entraîneur est un papa	9	27
Les différents types d'entraîneurs	9	85
L'entraîneur a un statut	8	15
L'entraîneur est nommé pour entraîner	2	6

Dans les propos des entraîneurs, on constate que plusieurs types d'entraîneurs peuvent être rencontrés. On retrouve des entraîneurs-chefs, des adjoints qui sont les distinctions classiques au sein d'une équipe. D'autres types d'entraîneurs ont été évoqués tels que les entraîneurs de structures intégrées, les instructeurs et le directeur de la méthode d'apprentissage du hockey ou le directeur novice.

Les entraîneurs présentent dans leur propos deux statuts d'entraîneurs. Il y a les entraîneurs bénévoles et les entraîneurs professionnels. Dans les contextes autres que élite, les entraîneurs se définissent comme des bénévoles. Ils insistent sur le fait de ne pas gagner d'argent. Cette définition s'oppose aux entraîneurs du monde élite dans les structures intégrées qui sont rémunérés. Par contre, les entraîneurs élites ne se définissent pas comme des professionnels.

« Moi je suis un entraîneur bénévole » (Chris, entraîneur des moins de 16 ans en A)

« *Ça ne me donne pas un sou* » (Daniel, entraîneur des moins de 16 ans en A)
 « *Ça fait 22 ans que je suis entraîneur bénévolement. Mais depuis 4 ans je suis entraîneur à temps complet* » (Jérôme, entraîneur des moins de 14 ans en AAA)

Deux entraîneurs ont évoqué le fait qu'ils sont nommés par les associations de hockey mineur pour occuper la fonction d'entraîneur. « *Parce que souvent ça va même faciliter la nomination d'un entraîneur quand son enfant n'est pas là au niveau élite* » (Daniel, entraîneur des moins de 16 ans en A).

5.6.2.2. Les actions de l'entraîneur

Le deuxième thème qui est ressorti des propos des participants relève des actions de l'entraîneur. Ce thème regroupe les différents types d'actions que vont réaliser les entraîneurs avec les joueurs, mais aussi avec les parents ou les autres entraîneurs (tableau 5.16).

Au niveau des joueurs, les entraîneurs vont exercer quatre formes d'actions. Il y a les actions de communications qui permettent de donner des informations aux joueurs. Ces actions peuvent prendre plusieurs formes. Les entraîneurs ont décrit des formes de communications « organisées » sous forme de rencontres ou réunions, et des communications « informelles » avec le collectif et les individus. Les entraîneurs ont aussi évoqué les rituels de communication comme la position d'attention à adopter quand l'entraîneur parle sur la glace ou le discours dans la chambre des joueurs.

Tableau 5.16 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « les actions de l'entraîneur » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Les actions de l'entraîneur	12	142
Actions avec les joueurs	12	96
1. communiquer	8	40
2. décider	7	11
3. réglementer	4	11
4. encadrer	12	34
Actions avec les parents	8	41
1. communiquer	7	23
2. encadrer	6	12
3. réglementer	2	4
4. choisir	2	2
Actions avec les autres acteurs	3	4
1. choisir les coaches	2	2
2. choisir les gérants	1	2

La deuxième action réalisée par les entraîneurs est de décider. En tant que leader de son équipe, l'entraîneur-chef a la responsabilité de décider pour le collectif.

« L'entraîneur-chef, c'est toi qui prends les décisions, des fois tu vas être direct (avec) un jeune, tu ne contournes pas, c'est une ligne droite. Tu prends une décision pour dix-sept joueurs » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA).

Les actions de réglementation sont les règles que l'entraîneur va instituer, appliquer et parfois sanctionner.

« (...) en leur mettant un cadre de travail aussi, un cadre de référence. Les gars ont besoin de ça » (Harry, entraîneur des moins de 16 ans en BB).

« Tu n'es pas là pendant le speech. Puis tu ne pars pas, tu n'es pas sur le starting line up. Tu vas être sur la troisième ligne parce que là on va être obligés de t'expliquer le plan de match » (Gille, entraîneur des moins de 14 ans en BB).

« Tu ne viens pas aux pratiques, tu n'appelles pas... Si tu appelles, ça va. Si tu ne m'appelles pas, tu m'appelles à 2 minutes avant la pratique, il y a des sanctions » (Christian, entraîneur des moins de 17 ans en A).

Les entraîneurs ont évoqué plusieurs types d'action avec les parents. On retrouve des actions de communications et des actions d'encadrement. Les actions de communications sont des actions organisées ou informelles qui permettent de transmettre toutes formes de messages et informations aux parents au sujet de leur enfant et de l'équipe.

« Moi, dans mon cas cette année, c'est sûr que j'ai pris en charge un peu plus de choses, des e-mails, s'assurer que les parents soient au courant de ci puis de ça » (Benjamin, entraîneur des moins de 6 ans)

« Par contre on fait des rencontres périodiques, dans le sens qu'on en a une au mois de novembre, on rencontre tous les parents » (Jérôme, entraîneur des moins de 12 ans en AAA)

Les actions d'encadrement prennent plusieurs formes. Les entraîneurs se voient comme des conseillers pour les parents et essaient de les impliquer. Mais ils doivent aussi gérer les parents à cause de comportements non adaptés.

« Les patins, on mesure ça comment? Donc en ayant une expérience sur l'équipement de hockey nous-mêmes, on se fait conseiller là-dessus. Donc on peut, dans le meilleur de nous, conseiller les parents sur un patin » (Benjamin, entraîneur des moins de 6 ans).

« On tente de garder une collaboration. Souvent on les voyait comment des ennemis avant. Là on essaie de les garder proches, sans être trop proches, de les garder informés puis de les garder... qu'ils se sentent impliqués à mentionner comment qu'il va leur enfant dans telle ou telle situation » (Jérôme, entraîneur des moins de 12 ans en AAA).

« J'ai dit "Alex, il est bien fin ton père, je l'aime bien ton père, mais tu vas me sacrer patience. C'est toi puis moi. Lui, je ne veux pas savoir. Mais la journée qu'il va te donner un paquet de merde en t'en allant à la maison, je veux le savoir. Moi, je vais m'occuper de ton père. (...) Non, je vais m'en occuper de ton père. Je vais parler avec Éric. Tu déranges plus ton fils qu'autre chose quand tu fais ça. Tu peux le perturber" » (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A).

De façon plus anecdotique, des entraîneurs ont évoqué l'action de réglementation et le fait de choisir les parents. Ils posent des règles aux parents notamment au niveau de l'accès à la chambre des joueurs. Un entraîneur nous a partagé la pratique de choisir les parents lors de la sélection de joueurs pour des motifs d'ordre personnel. Un autre entraîneur nous parle du choix qu'il effectue au niveau des parents pour répartir des responsabilités au sein de l'équipe.

« Mais pourquoi on veut qu'ils soient habillés en hockey 15 minutes avant la partie ou la pratique? On veut les assoir, les parents sortent, on veut simplement leur expliquer au tableau par exemple, aujourd'hui l'échauffement ça va être ça (...) On ne laisse pas rentrer les parents. On rentre, on les assoit, on enlève leur casque, on s'assure que tout le monde a le casque enlevé, on leur donne leur petit jus, puis là " ça a tu bien été? Vous avez aimé ça? Parfait" ». (Arthur, entraîneur des moins de 6 ans).

« Les entraîneurs choisissaient certains jeunes au niveau MAHG en fonction de la mère souvent, " La mère est cute ". C'est rendu ridicule quand on est comme ça. Oui c'est drôle la première fois qu'on entend ces choses-là. Un moment donné on peut-tu penser à autre chose que la mère ou le père... Oui le père crie tout le temps. Qu'est-ce que tu veux avoir, un joueur ou un parent? Puis il y en a d'autres qui ont dit " ces parents-là sont le fun, je n'ai pas de trouble avec l'enfant, je n'ai pas de trouble avec le parent. Je n'ai pas de trouble avec le jeune, mais c'est le parent." Tu vas t'empêcher d'avoir une bonne équipe, un bon esprit ou un bon jeune dans ton groupe, peu importe la façon qu'on va le trimballer, à cause du parent » (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A).

« Mais il faut bien définir les attentes avec les parents pour s'éviter des problèmes éventuellement aussi. Puis la gestion de l'équipe, c'est ça, je donne des responsabilités à un plus grand nombre de personnes possibles pour les tenir occupées puis qu'elles se sentent impliquées dans l'équipe » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC).

Il est apparu que l'entraîneur-chef possède le pouvoir de choisir les acteurs de l'équipe. Il a le choix sur ses entraîneurs adjoints et aussi sur les gérants de l'équipe. La structure de l'équipe demande d'avoir un entraîneur-chef, plus deux adjoints et un gérant d'équipe. Le gérant d'équipe est le plus souvent un parent qui fait le lien pour

les entraîneurs avec les parents. Ils gèrent les affaires financières et administratives de l'équipe.

« Dans le fond comment ça fonctionne, c'est qu'une fois que les équipes sont faites, mettons ils m'ont attiré l'équipe, là j'avais à choisir les entraîneurs adjoints, évidemment il faut que ça soit des parents parce qu'il y a peu de personnes qui sont intéressées à coacher » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC).

« Ça prend quelqu'un en qui tu as confiance. Puis ça, il y a des années que ce n'est pas facile à choisir, une bonne gérante en qui tu vas avoir confiance, quand tu ne la connais pas du tout. Parce que c'est toujours des mamans ou des papas qui vont faire la job. Il y a des années que c'est "totché", mais c'est très important. Une gérante qui va bien communiquer avec les parents, qui ne tapera pas sur les nerfs à personne, tout le temps collecter de l'argent, qui va faire l'unanimité aussi. Ça, c'est important » (Gille, entraîneur des moins de 14 ans en BB)

5.6.2.3. Les domaines d'actions de l'entraîneur

Plusieurs domaines d'actions sont décrits par les entraîneurs (tableau 5.17). Ces domaines d'actions concernent les joueurs. Ils permettent d'illustrer que les entraîneurs agissent au niveau du classement des joueurs, de leur supervision et de leur évaluation. Ils agissent aussi en lien avec la planification des pratiques, la définition des objectifs de l'équipe et la surveillance en contexte scolaire.

Tableau 5.17 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « les domaines d'actions des entraîneurs » et les catégories.

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Les domaines d'actions	12	99
La supervision de l'apprentissage au hockey	11	47
Le classement des joueurs	8	24
L'évaluation des joueurs	6	10
La planification	8	12
La définition des objectifs	2	4
La surveillance à l'école	1	2

La supervision de l'apprentissage regroupe les actions qui permettent de favoriser l'apprentissage chez les joueurs. Les entraîneurs évoquent les démonstrations, les explications, les corrections, les rétroactions effectuées.

« Il parlait, puis je plaçais les choses, puis quand les jeunes faisaient l'exercice, là je m'occupais de bien les diriger, les corriger puis tout ça. On avait plusieurs ateliers sur la glace » (Édouard, entraîneur des moins de 12 ans en BB).

Le classement des joueurs est une étape qui commence au début de la saison pour former l'équipe au sein des associations de hockey mineur. Les jeunes qui veulent jouer dans les différents niveaux subissent des épreuves de sélection et ils sont classés sur leur performance aux tests. Plus le joueur est performant lors des tests, plus il a de chances de jouer dans les niveaux supérieurs. Dans chaque association de hockey mineur, le nombre d'équipes pour chaque classe est déterminé en fonction du nombre d'inscrits. Ainsi, s'il y a 200 inscrits, suivant des barèmes de Hockey Québec, il y aura x nombres d'équipes A, y nombres d'équipes B et z nombres d'équipes C. Les entraîneurs des équipes A vont ainsi commencer à choisir à tour de rôle les joueurs les

mieux classés pour faire des équipes de classe A. L'objectif de ce système est de faire des équipes équilibrées qui vont concourir les unes contre les autres au sein d'une ligue de même classe. Les joueurs qui ne sont pas intégrés dans des équipes A seront classés dans des équipes B, puis les moins forts en équipes C.

« Puis cette année c'est ce qui est arrivé. On m'a enlevé de très bons choix, des choix... Je te donne un exemple, en septième ronde il y a un joueur qui était là depuis la cinquième. Il y a huit joueurs qui ont passé avant lui. Mais lui il est toujours resté... Disons qu'il était vingt-quatrième sur cinquante, il y a quand même huit joueurs qui ont succédé à lui, personne ne l'a pris encore. Mais moi je suis menotté pour prendre les joueurs... De la façon qu'on fonctionne, mon enfant est placé à tel niveau sur les joueurs d'avant. S'il est vingt-troisième, quand je vais arriver dans le bloc de vingt à vingt-quatre ou de vingt à vingt-six, je ne peux pas le prendre. Mon joueur est déjà pris, il est déjà fixé. Donc je ne peux pas rien faire. On écoute les autres équipes. On revient dans l'autre branche, l'entraîneur qui vient m'assister durant l'année, son fils se retrouve dans ce groupe-là. Encore là je suis pris, je ne peux pas aller prendre une autre personne. Le tour continue, mais personne ne prend ce joueur là encore. Ils ont eu la chance. On est rendus dans la septième, huitième ronde, mais lui il aurait dû sortir quatrième ou cinquième. Je me mets vraiment à regarder ma liste, je réalise que ce jeune-là n'est pas sorti. Je dis parfait, je le prends. On vient me dire quelques jours plus après les matchs, peut-être après 2 semaines, « Oui mais là tu as tel joueur, tel joueur. Tu as 2-3 numéros 5 ». Oui mais c'est parce que personne ne l'a pris » (Daniel, entraîneur des moins de 16 ans en A).

Les actions d'évaluation des joueurs sont des actions où l'entraîneur émet un jugement sur la performance individuelle de joueurs et les progrès effectués.

« Moi, en début de saison, je les rencontre individuellement. J'ai construit un tableau qui décrit un peu le profil du joueur de hockey, ce qu'il faut pour être un bon joueur de hockey, et là-dessus ils me disent un peu leurs forces, leurs faiblesses, puis on regarde qu'est-ce qu'il y aura à travailler dans l'année. Évidemment quand je les revois à la fin, je regarde un peu comment ils pensent qu'ils ont progressé là-dedans » (Chris, entraîneur des moins de 17 ans en A).

Les actions de planification sont des documents que vont réaliser les entraîneurs pour organiser les entraînements pendant la saison. Ils vont aussi définir les objectifs pour l'équipe. Cette décision peut se prendre entre entraîneurs ou impliquer les joueurs, voire les parents.

« En fait, en début d'année, je fais toujours une rencontre avec les entraîneurs. Je fais une rencontre avec les parents. En fait avec les entraîneurs en premier lieu. On établit notre objectif de saison. À partir de là, on s'entend parce que moi je travaille en équipe. Ce n'est pas parce que je suis entraîneur-chef que c'est moi le big boss. Ce n'est pas de même que ça marche. On établit ensemble des objectifs puis comment on va les réaliser, un plan d'entraînement pour la saison » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC).

Le dernier domaine d'action évoqué est spécifique au contexte élite. Les joueurs qui sont dans des structures intégrées (sport études) évoluent souvent dans des structures en contexte scolaire. C'est pourquoi les entraîneurs de ces niveaux qui s'occupent des jeunes environ 20 heures par semaine vont exercer des tâches de surveillance à l'école.

5.6.2.4. Les finalités et objectifs d'actions

Ce thème contient les finalités et les objectifs qui sous-tendent l'action des entraîneurs (tableau 5.18). Ils ont exprimé les motifs de leur engagement en tant qu'entraîneurs au sein d'une équipe. La catégorisation de ce thème a permis de dégager des motifs orientés vers les joueurs, vers eux-mêmes ou d'ordre plus général.

Tableau 5.18 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « les finalités et objectifs d'actions »

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Finalités et objectifs d'actions	11	100
Orientés vers le joueur	11	86
1. Progression et apprentissage du hockey	9	28
2. Développement du jeune	10	52
3. Acquisition et développement de valeurs	4	6
Orientés vers soi-même	3	9
Orientés vers la communauté « hockey »	2	3

La catégorie des finalités et les objectifs orientés vers les joueurs regroupent les extraits qui expriment ce que les entraîneurs cherchent à faire avec les joueurs. On peut regrouper trois grandes catégories de finalités et d'objectifs à poursuivre avec les joueurs: favoriser la progression et les apprentissages du hockey, favoriser le développement du jeune et enfin, l'acquisition et le développement de valeurs.

Les finalités et objectifs de progression et d'apprentissage du hockey sont exprimés par les entraîneurs comme résultante de l'action d'enseignement du hockey, au niveau individuel ou collectif. Les entraîneurs expriment qu'ils cherchent à favoriser les apprentissages des joueurs. Ils ont aussi une volonté de développer les jeunes sur plusieurs plans (tableau 5.19). En ce sens, ils veulent favoriser le développement au niveau physique, au niveau psychosocial et à un niveau plus général. Le développement au niveau physique cherche le développement des capacités physiques cardio-respiratoires ou musculaires des joueurs. Le développement psychosocial de joueurs suppose la volonté de favoriser la socialisation des joueurs au sein de l'équipe, ainsi que la confiance en soi.

Tableau 5.19 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour la catégorie « développement du jeune »

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Développement du jeune	10	52
1. développement psychosocial du joueur	9	38
1. développement physique du joueur	5	6
1. développement général du joueur	5	8

La catégorie acquisition et développement des valeurs regroupe les propos des entraîneurs qui cherchent à inculquer des valeurs aux joueurs, tels que l'implication dans la tâche, le respect des autres et le travail d'équipe (tableau 5.18).

« J'ai coaché cette année des 15, 16, 17 ans. C'est sûr que j'essaie de les rendre meilleurs au hockey, évidemment. Mais pour moi, l'objectif final c'est davantage que chaque joueur ait progressé sur le plan hockey, mais qu'il ait aussi acquis des valeurs. Je mets beaucoup l'accent là-dessus » (Chris, entraîneur des moins de 17 ans en A).

« Au niveau du sport-études, c'est d'accompagner le kid dans pas mal tous les niveaux, que ça soit physique, que ça soit mental, que ça soit cohésion de groupe, que ça soit au niveau social être avec des chums, puis ces choses-là. Mais c'est surtout d'encadrer des athlètes de haut niveau au hockey » (Jérôme, entraîneur des moins de 14 ans en AAA).

La transmission de connaissances techniques d'abord et avant tout, après ça tactiques individuelles, collectives, puis éventuellement transmission de valeurs sociales, le travail en équipe, les choses comme ça, ces genres de valeurs là » (Harry, entraîneur des moins de 17 ans en BB).

Quelques entraîneurs ont indiqué que la finalité ou les objectifs recherchés étaient orientés vers eux-mêmes. Pour certains, entraîner est une passion et ils s'épanouissent à entraîner. Ils sont capables de se lancer des défis et de s'investir même si leur enfant n'est pas impliqué dans l'équipe. Pour certains entraîneurs, cela permet de passer du temps avec leur fils.

« Moi je veux continuer pour mon propre plaisir. Le fait de continuer d'enseigner aux enfants, j'aime ce que je fais là-dessus. Ça fait que je veux essayer de le faire à un plus haut niveau.(...) Mais c'est vraiment un challenge personnel pour moi de vouloir aller plus haut. (...) Il y a des gens qui l'ont fait pour moi, je l'ai apprécié, puis je le fais par goût aussi. Oui ce côté-là m'a emmené en premier à le faire, d'être avec mon fils, de donner à la communauté hockey ce que j'ai reçu » (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A).

La dernière catégorie est finalité et objectifs orientés vers la communauté « hockey ». Les deux entraîneurs qui ont exprimé cette forme de finalité ont la volonté de redonner à la communauté hockey et de faire ce que d'autres ont fait pour eux.

« Un entraîneur, surtout au Québec, ça prend beaucoup de passion, beaucoup de sacrifices, beaucoup de discipline, parce que monétairement tu ne fais pas d'argent avec ça. Tu le fais pour le sport, tu le fais pour donner au suivant. Moi, il y a des coaches qui l'ont fait pour moi, qui ont donné pour moi, du temps... de leur temps. Ils ont sacrifié des choses pour moi quand j'étais joueur. Moi j'essaie de le donner au suivant, sauf que c'est difficile » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA).

5.6.2.5. La temporalité des actions de l'entraîneur.

Ce thème permet de comprendre la temporalité des actions des entraîneurs (tableau 5.20). Ils sont entraîneurs quand ils sont responsables d'une équipe. L'unité de temps principale est la saison, c'est-à-dire la durée de vie de l'équipe. On retrouve aussi différents temps qui jalonnent la saison, comme la pré saison avec les tests de classement et la fin de saison. On retrouve aussi le temps des pratiques et des matchs avec une durée spécifique.

Il existe le temps de la pratique pendant lequel on prépare les joueurs pour les matchs. Les pratiques peuvent se décomposer aussi en temps d'exercice ou en séances. Les matchs sont le deuxième temps que l'on retrouve avec les actions spécifiques de

gestion du match. L'action de l'entraîneur aura lieu durant les périodes pré match et post match notamment dans la chambre des joueurs. La période in match regroupe le temps de la partie de hockey.

Quand on sort des temps principaux que sont les pratiques et les matchs, on retrouve le temps du classement qui est le début de la saison. On retrouve aussi la fin de saison qui est le temps de faire le party de fin de saison et de rendre les maillots à l'association.

Tableau 5.20 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « la temporalité des actions des entraîneurs » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
La temporalité des actions des entraîneurs	12	101
Le temps des pratiques	9	31
1. le temps des exercices	6	18
2. le temps des séances	6	13
Le temps des matchs	9	32
1. la période pré match	3	9
2. la période in match	5	16
3. la période post match	3	7
Le temps du classement	8	23
La fin de saison	4	6
Le temps de la saison	5	9

5.6.2.6. Les lieux d'actions des entraîneurs

Ce thème permet de comprendre les lieux et espaces d'actions des entraîneurs. La catégorisation effectuée a distingué les espaces d'actions avec les joueurs et les espaces d'actions avec les autres acteurs (tableau 5.21).

Les entraîneurs agissent avec les joueurs en plusieurs lieux. On retrouve des actions au niveau de la chambre des joueurs, sur la patinoire, au niveau du hors glace, derrière le banc, sur Facebook et dans le cadre scolaire. Il est à noter que les actions hors glace désignent les actions d'entraînement qui ont lieu généralement dans des installations extérieures à l'aréna pour faire de la préparation physique. Facebook est un nouveau lieu qui permet d'établir des communications entre les entraîneurs et les joueurs.

Ils agissent aussi avec eux-mêmes ou d'autres acteurs comme les parents ou les collègues entraîneurs. On retrouve des actions localisées sur la glace, sur Internet, dans la chambre de joueurs, en arrière du banc ou au téléphone.

Tableau 5.21 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « les lieux d'actions des entraîneurs » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Les lieux d'actions des entraîneurs	12	48
Lieux d'action avec les jeunes	10	36
1. dans la chambre des joueurs	5	12
2. sur la patinoire	3	5
3. hors glace	4	12
4. derrière le banc	3	3
5. sur Facebook	3	3
6. dans un cadre scolaire	1	1
Lieux d'actions avec les autres acteurs	5	12
1. sur la glace	3	6
2. sur Internet	3	3
3. dans la chambre des joueurs	1	1
4. en arrière du banc	1	1
5. au téléphone	1	1

5.6.2.7. Les normes et rôles des entraîneurs

Ce thème regroupe des catégories de propos qui évoquent les normes personnelles que se fixent les entraîneurs envers les joueurs ou envers eux-mêmes (tableau 5.22). On retrouve aussi les propos au niveau des rôles d'un entraîneur, c'est-à-dire ce que doit faire ou ne pas faire un entraîneur dans un cadre général suivant une norme externe.

Tableau 5.22 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « les normes et rôles des entraîneurs » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
Les normes et rôles des entraîneurs	12	63
Normes personnelles orientées vers les joueurs	11	38
Normes personnelles orientées vers soi-même	7	17
Les rôles de l'entraîneur	4	8

Les entraîneurs se fixent des normes à respecter au niveau de ce qu'ils doivent faire ou pas avec les joueurs. Ces normes portent sur un grand nombre de relations entre l'entraîneur et les joueurs. Ces normes prennent le plus souvent la formulation suivante: « il faut que je... »

« Souvent ils n'ont pas beaucoup de succès, il faut que tu leur (en) fasses vivre un peu à l'entraînement pour qu'ils arrivent un moment donné à se sortir la tête de l'eau pour être capables de jouer là-dedans » (Jérôme, entraîneur des moins de 14 ans en AAA).

De la même façon, ils se fixent des normes envers eux-mêmes. Ce sont des obligations en lien avec leurs fonctions d'entraîneur, ce qu'ils peuvent faire ou ne pas faire et ce qu'ils doivent faire.

« Moi comme entraîneur, c'est hyper important. Il faut que je dorme, il faut que je mange comme il le faut. Moi je jogge pour me libérer l'esprit, pour m'aider à mieux performer comme entraîneur aussi. Comme tu as un job à faire... Moi, je me mets beaucoup de pression. Ce n'est pas tout le monde qui

va faire ça, mais moi je suis un passionné donc je me mets beaucoup de pression puis oui je fais la fête puis oui j'ai du fun, mais si je ne joggerais pas, si je ne m'occupais pas de bien manger, de bien dormir, de bien gérer mes émotions ou mon stress, je n'arriverais pas à faire performer mon équipe, puis moi à performer comme je performe présentement » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA).

« Oui, je ne serais pas à l'aise de coacher. J'ai déjà pensé à faire quelque chose de même, puis quand j'y ai pensé avec la personne avec qui je voulais m'associer, je disais on arrête de coacher. On fait ça, on arrête de coacher. C'est clair. Tu ne peux pas coacher puis faire l'école de hockey en même temps » (Gille, entraîneur des moins de 14 ans en BB).

Les entraîneurs ont aussi évoqué les rôles qu'ils conçoivent d'un entraîneur. Le rôle représente ici une norme supérieure qui est inhérente à la fonction d'entraîneur et dépasse le cadre personnel.

« Je suis leur mère, leur père puis leur frère... J'ai tous les rôles puis c'est ça qui est bien » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA).

« Un entraîneur qui crie après ses joueurs, tant un joueur qui crie après un autre joueur, c'est inacceptable pour moi. J'ai un rôle de modèle dans le fond, peut-être parce que j'ai eu des bons modèles dans ma vie » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC).

5.6.2.8. La difficulté d'entraîner

Ce thème regroupe les réflexions des entraîneurs sur leur condition d'exercice (tableau 5.23). Trois grandes difficultés ressortent des entrevues: l'investissement en temps, le fait de ne pas être un spécialiste et les contraintes diverses d'être un entraîneur. Ils constatent que la fonction demande un engagement important en termes de temps. Ils remarquent aussi les horaires particulièrement difficiles qui peuvent être accordés tôt le matin ou tard le soir. Ils déclarent aussi qu'ils ne sont pas des spécialistes notamment vis-à-vis de la gestion de la santé, mais parfois même au niveau de l'entraînement en hockey. Ils évoquent pour terminer qu'être entraîneur, c'est accepter beaucoup de contraintes. Ils parlent de sacrifices et du fait que l'entraîneur se sent souvent seul aux commandes de l'équipe. Certains entraîneurs

regrettent le manque d'encadrement des entraîneurs par les associations de hockey mineur ou Hockey Québec.

Tableau 5.23 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « la difficulté d'entraîner » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
la difficulté d'entraîner	11	43
L'investissement en temps	8	13
On n'est pas des spécialistes	6	15
Les contraintes diverses d'être un entraîneur	5	15

« Samedi et dimanche. Donc à partir de septembre, je n'ai plus aucun matin à moi » (Benjamin, entraîneur des moins de 6ans).

« C'est juste que je n'ai pas beaucoup de temps. J'en ai du temps, mais c'est quand même déjà beaucoup d'heures à accorder quand même aux jeunes durant une saison d'hiver » (Fabrice, entraîneur des moins de 10 ans en CC).

« On te fout des pratiques à 9-10 heures le soir » (Chris, entraîneur des moins de 17 ans en A).

« La promotion de la santé oui ça peut l'être, mais on a combien d'entraîneurs qui ont de la misère à patiner, qui sont overweight, qui fument? Ils sont tout le temps accotés au bar, ils sont là pour le social plus que pour les jeunes ou certains objectifs » (Harry, entraîneur des moins de 17 ans en BB).

« Souvent le cinquième, c'est un parent qui n'a pas d'aptitude à faire la job, mais qui veut que son jeune joue au hockey. Il ne veut pas laisser quinze, seize, dix-sept joueurs de côté qui veulent jouer. Ça fait que le parent veut s'impliquer, mais zéro notion pour vraiment s'adresser aux jeunes, comment faire une pratique, ces choses-là » (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A).

« Les entraîneurs sont laissés à eux-mêmes dans certains cas (...) Puis c'est trop laissé à soi-même comme entraîneur. (...) Mais comme entraîneur, comme jeune, j'ai besoin d'outils encore » (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A).

5.6.2.9. La formation des entraîneurs

Ce thème regroupe les propos des entraîneurs au niveau de formations auxquelles ils ont participé notamment en formation initiale. Ils décrivent et jugent ses formations (tableau 5.24). Par la suite, ils évoquent les besoins de formation continue qu'ils éprouvent et la forme que pourraient prendre ces formations.

Tableau 5.24 : Nombre d'entrevues et d'unités de sens pour « la formation des entraîneurs » et les catégories

	N d'entrevues (N=12)	N unités de sens
La formation des entraîneurs	5	30
La formation continue	4	7
La formation initiale	3	23

« Ça devait être étiré tout au long de la saison. On devrait avoir deux, trois séances comme ça au travers de la saison, par rapport à un cours spécifique (...) Ça serait le fun qu'une personne comme ça soit intégrée dans des cours aussi, dans une formation d'une fin de semaine, de 1 semaine. Qu'ils mettent quelque chose en ligne peut-être, dans des vidéos de Hockey Québec aussi » (Daniel, entraîneur des moins de 17 ans en A).

« Mais c'est un stage qui m'a beaucoup aidé (...) Puis mon haute performance m'aide vraiment sur la glace à faire une planification annuelle au niveau hockey (...) Mais ils ont gratté en surface » (Loïc, entraîneur des moins de 12 ans en AAA).

Tous les résultats exposés sont les savoirs locaux qui ont été produits pour la recherche. La section qui suit va constituer l'étape d'élaboration des savoirs génériques.

5.7. L'élaboration des savoirs génériques

Les lignes qui suivent permettent de conceptualiser et décontextualiser les résultats précédents. Pour exploiter les résultats locaux présentés précédemment et permettre la

création de savoir générique, deux étapes vont être entreprises. Une étape de triangulation et d'interprétation des résultats sera opérée pour présenter les caractéristiques de la structure et du contenu des représentations. Une dernière étape de modélisation des représentations sera effectuée à partir de l'interprétation réalisée.

5.7.1. La représentation sociale de la santé

Pour terminer l'étude de la représentation sociale de la santé, il reste deux étapes à opérer : la triangulation et l'interprétation des résultats, puis la modélisation de la représentation.

5.7.1.1. Triangulation des analyses pour la représentation sociale de la santé

La triangulation des analyses va permettre de comparer tous les résultats obtenus dans les différentes analyses. Ils sont présentés dans le tableau 5.25.

Tableau 5.25 : Tableau de triangulation des analyses pour la représentation de la santé

Types d'analyse	Éléments d'analyse	Résultats principaux
Prototypique	Termes du noyau central	Alimentation Nourriture Bien-être Exercice Sport Sécurité Plaisir
Catégorielle	Catégories les plus importantes réalisées avec le comité	Plaisir, bien-être affectif et psychologique Agir, être actif et avoir des qualités physiques Alimentation Être en forme physique Prévenir, gestion du risque Acteurs et actions pour la sécurité
Thématique	Les thèmes pour la santé	La santé c'est de multiples états La santé naturelle La santé bien-être La santé performative La santé et le hockey Les actions de santé des entraîneurs

Pour mieux comprendre la structure de la représentation, il faut se baser sur les analyses réalisées avec les associations de mots. L'analyse prototypique permet de définir 7 termes qui se regroupent en 4 notions : 1) alimentation et nourriture, 2) exercice et sports, 3) bien-être et plaisir, puis 4) sécurité. Pour l'analyse catégorielle, la catégorisation des termes des 6 catégories les plus importantes peuvent se regrouper avec les mêmes 4 notions : 1) plaisir, bien-être, 2) agir, être actif, 3) alimentation, 4) sécurité. Ces 4 notions semblent être le cœur, la base consensuelle de la représentation de la santé des entraîneurs. Ces 4 notions montrent l'importance des habitudes de vie comme l'activité physique et l'alimentation. On retrouve l'importance des habitudes de vie avec une recherche de bien-être et de l'équilibre. Le thème de santé bien-être a été largement évoqué par tous les entraîneurs. Cela confirme la nature consensuelle d'une santé conceptualisée comme action sur les habitudes de vie pour développer le bien-être.

Si l'analyse de la structure permet de révéler les zones de consensus, l'étude du contenu de la représentation permet d'explorer la diversité du contenu. La santé va ainsi être conceptualisée sous différentes formes. La définition de la santé renvoie aux différents états des individus. Elle renvoie aussi aux différentes actions qu'il faut réaliser sur ces états. La conceptualisation des actions se retrouve dans les trois thèmes, la santé naturelle, la santé bien-être et la santé performative. Il est difficile pour les entraîneurs de décrire la santé, mais il est plus facile de décrire les actions qui sont réalisées. Ils vont agir sur des états de l'individu, avec des finalités particulières : pour lutter contre des menaces extérieures (santé naturelle), créer un équilibre et construire des états sains (santé bien-être) ou pour être performant dans divers aspects de la vie (santé performative). La santé va aussi être jugée comme importante pour le hockey et va conduire les entraîneurs à définir leur rôle en matière de santé.

L'étude des actions montre que les entraîneurs vont agir par communication normative, encadrement et réglementation. La communication normative demande à l'entraîneur de définir le sain et malsain. Ainsi, pour la communication normative, il va porter un jugement de valeur (sain ou malsain, bon ou mauvais) sur les objets ou les actions et communiquer ce jugement. Les activités d'encadrement sont des actions où il va instaurer le possible et le déconseillé. Ainsi, il va communiquer des informations, proposer des choix d'actions qui permettent à l'acteur (joueur ou parent) de faire son choix. Les actions de réglementation sont des actions où il instaure l'autorisé et l'interdit. Ainsi, il va définir, communiquer et sanctionner le respect ou non des règles pour le collectif.

L'intégration de tous les résultats permet de décrire la représentation de la santé. Pour cela, les entraîneurs répondent à plusieurs questions: 1) qu'est-ce que la santé, 2) d'où vient la santé 3) qu'est-ce qu'il faut faire pour être en santé 4) la finalité des actions de santé, 5) dans quel domaine de santé agir et 6) quelle est la valeur de l'action en

santé. Ces questions et les réponses apportées mettent en évidence les dimensions de l'objet santé. On retrouve ainsi : 1) la dimension ontologique, 2) la dimension génétique, 3) la dimension méthodologique, 4) la dimension téléologique, 5) la dimension pragmatique et 6) la dimension éthique de la santé.

La dimension ontologique c'est-à-dire le « c'est quoi la santé » a été catégorisée dans l'analyse des entrevues sous l'énoncé la santé est un ensemble d'état (global, physique, mental, social et spirituel). Cela montre que la santé englobe plusieurs éléments et qu'elle ne se limite pas à l'intégrité physique de l'individu.

La dimension génétique répond à la question « d'où vient la santé »? La réponse va changer suivant la conception qui sera utilisée. La santé peut être quelque chose que l'on a. Elle est « possédée » comme un héritage de notre bagage biologique. Au contraire, la santé peut être des états que l'on construit et même que l'on peut optimiser par les actions de l'individu.

En répondant à la question comment agir pour sa santé, on illustre la dimension méthodologique de la santé. On retrouve cette explication dans les propos des entraîneurs. Le discours des habitudes de vie est un discours fort, émis par les autorités de santé publique, particulièrement au Québec. Ce message est repris par les répondants qui indiquent la nécessité d'agir au niveau de l'activité physique, de l'alimentation ou d'autres domaines. Cette dimension méthodologique est particulièrement forte dans les analyses prototypique et catégorielle. Les entrevues permettent de mieux caractériser les actions à mettre en place en matière de santé. Elles sont différentes suivant les conceptions adoptées. La logique d'adoption de saines habitudes de vie apporte une logique de prescription manichéenne de ce qui est bon ou mauvais de faire. Il y a ainsi une dichotomisation des actions entre le bon et le mauvais, le sain et le malsain. La logique d'optimisation introduit une autre forme de rationalité des actions de santé. Les individus ne sont plus placés face au bon et au

mauvais, mais face au meilleur et au pire. Il y a ainsi dans la conception performative, une logique de hiérarchisation des actions.

La dimension téléologique est une autre dimension exprimée. Elle permet de cerner ce qui motive les actions de santé des individus. Elle permet de répondre à la question « pourquoi chercher à être en santé »? Si la définition de la santé dans la Charte d'Ottawa (1986) stipule que la santé n'est pas le but de la vie, les propos recueillis montrent que la santé répond à des finalités de vie. La dimension téléologique introduit le rapport de la santé à la vie. Les individus cherchent à être en santé pour plusieurs raisons. On cherche à résister aux éléments et aux épreuves de la vie : à la maladie, à la blessure. On retrouve une perspective de résistance aux éléments qui viennent rompre l'état naturel. Dans le cas spécifique des entraîneurs de hockey, la sécurité (ou la prévention des blessures) est une préoccupation plus importante que la prévention des maladies. Le hockey présente des dangers qui ont été identifiés par les entraîneurs. Les dangers qu'ils soient d'ordre environnemental ou comportemental sont contrôlables et il est possible d'agir dessus. La prévention des maladies est peut-être une question moindre pour les entraîneurs du fait de la jeunesse des joueurs, qui sont moins enclins à être malades.

On recherche aussi à fonctionner dans la vie, à atteindre un équilibre. Il est nécessaire d'être en santé, en forme, pour travailler, avoir des loisirs, etc. La vie demande de réaliser différentes actions et il faut avoir les ressources nécessaires pour réaliser nos attentes et se réaliser. L'adoption des saines habitudes de vie permet d'être fonctionnel en atteignant un équilibre, en étant en forme. On peut voir une perspective plus utilitariste de la santé comme l'expression d'un besoin de transformation du corps pour favoriser le fonctionnement dans la société. Enfin, la santé permet d'atteindre des objectifs spécifiques de vie. La santé est encore une ressource au service d'un but spécifique de la vie. Dans le cas de ce projet, la santé est au service de la performance sportive en hockey.

La dimension pragmatique de la santé illustre les domaines de la santé où les entraîneurs pensent qu'ils peuvent et doivent agir. Les saines habitudes de vie telles que l'activité physique, l'alimentation, le bien-être et la sécurité sont clairement identifiées dans l'analyse prototypique.

La dimension éthique de la santé montre le cadre de valeur qui est rattaché à cet objet. La santé est un sujet important pour les entraîneurs. Ils la jugent comme importante, notamment pour la pratique du hockey. Ils agissent en matière de santé, mais ils expriment que la santé n'est pas la responsabilité des entraîneurs. Cette responsabilité revient d'abord aux joueurs et aux parents des joueurs. La santé est d'abord un devoir individuel que l'individu doit gérer par lui-même.

5.7.1.2. Modélisation de la représentation sociale de la santé

Les résultats déjà obtenus montrent que pour comprendre la santé, les individus répondent à plusieurs questions sur ce qui compose l'objet. Ces différentes questions sur l'objet montrent qu'il a plusieurs dimensions. Mais on remarque aussi que la santé peut prendre trois « formes »: santé naturelle, bien-être et performative. Ces différentes formes de la santé sont les conceptions. Ces conceptions vont se distinguer les unes des autres par la façon dont elles répondent aux différentes dimensions. Le croisement des conceptions et des dimensions dégagées permet de modéliser la représentation sociale de la santé des entraîneurs de hockey interrogés (tableau 5.26).

D'un point de vue ontologique, la santé est un ensemble d'états d'un individu. Ceci est commun pour toutes les conceptions. Au niveau éthique, la santé est très importante pour les entraîneurs dans les trois conceptions. Les différences entre conceptions résident dans les autres dimensions.

Selon la conception de la santé naturelle, la santé est un état naturel, l'essence de la vie au niveau de la dimension ontologique. Au niveau méthodologique, il faut lutter contre les menaces (maladies, blessures) exercées contre cet état. Sous la dimension téléologique, on cherche ainsi à ne pas être malade ou blessé. Au niveau pragmatique pour les entraîneurs de hockey, le domaine d'action principal est la sécurité. Selon la conception santé bien-être, la santé est un état qui résulte de nos actions (dimension génétique). Il faut adopter de bonnes habitudes de vie pour construire sa santé (dimension méthodologique) pour être en forme et créer un équilibre (dimension téléologique). Pour la dimension pragmatique, il faut agir au niveau de l'activité physique, l'alimentation, le bien-être mental, la violence et les substances psychoactives. Selon la conception de la santé performative, la santé est un état optimal à l'extrémité d'un continuum maladie santé (dimension génétique). Il faut réaliser les meilleures actions (dimension méthodologique) pour être à son maximum et être performant au hockey (dimension téléologique). Pour cela, il faut agir au niveau de l'activité physique, l'alimentation, le bien-être mental, la violence et les substances psychoactives (dimension pragmatique).

Tableau 5.26 : Modélisation de la représentation sociale de la santé

SANTÉ	La santé naturelle	La santé bien-être	La santé performative
Dimension ontologique	C'est l'état global d'un individu qui regroupe différents états: physique, mental, social, spirituel		
Dimension génétique	C'est un état naturel qui est l'essence de la vie	C'est un état résultant d'actions de santé	C'est un état optimal qui se situe à l'extrémité du continuum maladie santé
Dimension méthodologique	Seuls des éléments extérieurs peuvent l'affecter	Il faut adopter les saines habitudes de vie Les actions de santé sont conceptualisées comme des bonnes ou des mauvaises habitudes	Il faut adopter les meilleures habitudes de vie pour maximiser sa santé pour le hockey Les actions sont conceptualisées comme des actions les meilleures ou les pires à réaliser
Dimension téléologique	Ne pas être malade, ni blessé	Construire sa santé Créer un équilibre Être en forme	Être à son maximum Être performant au hockey
Dimension pragmatique	Sécurité	Activités physiques, alimentation, bien-être mental, violence et substances psychoactives.	
Dimension éthique	La santé est quelque chose d'important		

Le tableau ci-dessus résume l'ensemble des informations collectées qui permettent de décrire la représentation sociale de la santé des entraîneurs. La section qui suit présente la même démarche pour la représentation du métier d'entraîneur.

5.7.2. La représentation sociale du métier d'entraîneur

Pour comprendre la représentation du métier d'entraîneur, plusieurs analyses ont été effectuées : une analyse prototypique et une analyse catégorielle des associations de mots, puis une analyse thématique des entrevues. Ainsi, nous avons réalisé une triangulation, puis une interprétation des résultats avant de terminer par une modélisation de la représentation.

5.7.2.1. Triangulation et interprétation de la représentation sociale du métier

L'opération de triangulation permet de compiler et comparer tous les résultats pertinents (tableau 5.27).

Tableau 5.27 : Triangulation des analyses de la représentation du métier d'entraîneur

Types d'analyse	Éléments d'analyse	Résultats principaux
Prototypique	Termes du noyau central	Leader Enseignant Motivation Modèle Respect
Catégorielle	Catégories les plus importantes réalisées avec le comité	Celui qui instaure un climat favorable Celui qui enseigne et favorise l'apprentissage du hockey Celui qui suit le collectif dans son cheminement Celui qui fixe la direction du collectif Atouts et aptitudes à avoir pour entraîner
Thématique	Les thèmes pour le métier d'entraîneur	Les caractéristiques d'un entraîneur Les actions de l'entraîneur Les domaines d'action de l'entraîneur Les finalités et objectifs des actions des entraîneurs La temporalité des actions des entraîneurs Les lieux d'actions des entraîneurs Les normes personnelles et les rôles des entraîneurs C'est difficile d'entraîner La formation des entraîneurs

Les 5 termes du noyau central donnent des renseignements sur les zones de consensus sur le métier. Le terme leader renvoie à la capacité de l'entraîneur de décider. Le terme enseignant renvoie à la capacité de permettre l'apprentissage. Ces deux termes peuvent exprimer ce que doit faire un entraîneur. Le terme modèle indique que l'entraîneur va être une référence pour les jeunes qui vont s'inspirer de sa façon d'être et de faire. Le respect peut indiquer l'attitude qu'il doit avoir envers les jeunes, mais aussi l'attitude que doivent avoir les jeunes envers lui. Dans le même sens, le terme motivation peut indiquer la motivation à avoir pour entraîner ou un objectif à atteindre chez les jeunes. La nature de l'épreuve d'association de mots ne permet pas d'aller plus loin dans l'interprétation de ces mots.

L'analyse catégorielle a permis de créer plusieurs catégories avec les termes. La première catégorie est « celui qui instaure un climat favorable ». Cette catégorie montre qu'entraîner est une interrelation entre entraîneur et joueur, et qu'il faut pour cela créer une atmosphère afin d'avoir de bonnes relations. La catégorie « celui qui fixe la direction du collectif » et la catégorie « celui qui suit le collectif dans son cheminement » peuvent renvoyer au terme leader. Être un leader peut être vu comme celui qui décide pour le groupe de façon autoritaire et unilatérale. On peut aussi concevoir un leader plus participatif qui consulte les parties pour arriver à une décision. Cet enjeu de style de leadership a été une longue discussion au sein du comité qui a amené à créer ces deux catégories. La catégorie « celui qui favorise l'apprentissage » renvoie au terme d'enseignant de l'analyse prototypique.

Il y a un consensus clair sur le fait qu'il faut enseigner dans l'analyse prototypique et l'analyse catégorielle. Un autre consensus porte sur la relation qui doit être mise en place entre l'entraîneur et les joueurs. Le terme de leader indique que les entraîneurs doivent prendre les décisions. Par contre, il y a un enjeu sur le style de leadership qui va avoir un impact sur la relation. Un entraîneur doit être un modèle, une source de motivation et de respect. Cela indique que l'entraîneur doit représenter ce symbole

pour les joueurs. Afin d'être l'émanation de ce symbole, il doit posséder, il doit avoir un certain nombre d'atouts, d'aptitudes et de caractéristiques. L'analyse prototypique et l'analyse catégorielle montrent que pour comprendre le métier, il faut comprendre 1) comment agit un entraîneur, 2) pourquoi il agit, et 3) c'est quoi un entraîneur (ce qu'il est et ce qu'il doit avoir).

L'analyse thématique a permis de faire ressortir 9 thèmes. On trouve le thème « les caractéristiques d'un entraîneur » qui rejoint la question du « c'est quoi, un entraîneur ». Les thèmes « actions de l'entraîneur, les domaines d'actions de l'entraîneur, les finalités et objectifs des actions des entraîneurs, la temporalité des actions des entraîneurs, les lieux d'actions des entraîneurs, les normes personnelles et les rôles des entraîneurs » montrent l'importance de renseigner comment agir, mais aussi pourquoi agir. Les thèmes « les difficultés d'entraîner » et « la formation des entraîneurs » montrent que les entraîneurs se questionnent sur leurs actions et sur l'importance de la formation. On retrouve ici, une réflexivité sur leurs pratiques et l'importance de leur formation. Être un entraîneur s'apprend et nécessite une formation.

La compréhension du métier passe par la réponse aux trois éléments suivants: ce qu'est l'acteur, ce que sont ses actions et ce que sont ses savoirs. L'analyse thématique permet ainsi de dégager les dimensions du métier d'entraîneur.

La dimension ontologique permet de caractériser ce qu'est l'acteur grâce à son statut (bénévole ou « de profession »), sa fonction (chef ou adjoint) et ses aptitudes. On retrouve dans les entretiens la description de l'entraîneur bénévole. Ce papa, ancien joueur de hockey, qui donne du temps sans être un spécialiste de l'entraînement. Cette image rejoint la description sociodémographique des répondants aux questionnaires. Les entraîneurs élites ne se nomment pas comme des entraîneurs professionnels. Le fait d'évoluer dans le hockey mineur au sein du système sportif amateur peut

expliquer ce fait. L'entraîneur professionnel risque plus d'être l'entraîneur qui évolue dans les ligues professionnelles telles que la « *Ligue nationale de hockey* ». Les notions de « bénévole » et de « professionnel » semblent encore rattachées à l'appartenance organisationnelle au système du hockey mineur (amateur) ou aux ligues professionnelles. C'est pourquoi la dénomination d'entraîneur de profession est utilisée dans ce texte pour désigner les entraîneurs de hockey mineur qui ont fait de leur activité une profession. Ces entraîneurs de profession se retrouvent essentiellement en contexte élite.

La dimension méthodologique montre que les entraîneurs réalisent différentes actions envers les joueurs, mais aussi d'autres acteurs, tels que les parents, les autres entraîneurs. Les types d'actions mises en place sont des actions de communication, de prise de décision, de réglementation et d'encadrement. La prise de décision est l'action plus spécifique de l'entraîneur-chef qui décide pour le collectif. La notion de prise de décision apporte l'orientation collective des actions de l'entraîneur. Les autres types d'actions peuvent avoir une orientation moins collective et plus individuelle.

La dimension pragmatique regroupe les domaines d'intervention de l'entraînement avec les joueurs. Les actions de planification, définition des objectifs, supervision des pratiques et entraînements, plus les évaluations sont des éléments qui sont bien identifiés dans la littérature des sciences de l'entraînement (Matveiev, 1980; Morency et Bordeleau, 2012).

La dimension téléologique montre que les entraîneurs ont des finalités qui guident leurs actions. Ils ont des finalités qui peuvent être orientées vers les joueurs ou vers d'autres acteurs. La finalité de progression et d'apprentissage au hockey renvoie à la fonction d'enseignant du hockey. La notion de développement du jeune et l'acquisition des valeurs renvoient plus à une fonction d'éducateur. On retrouve cette notion éducative dans des travaux sur le rôle des entraîneurs (Gilbert et Trudel,

2004b). Pour les entraîneurs interrogés, il est important de transmettre des valeurs. La distinction entre enseignant et éducateur a été spécifiquement formulée par un entraîneur lors d'une entrevue.

La dimension éthique montre que les entraîneurs ont développé des normes et valeurs propres qu'ils vont ensuite chercher à transmettre. Ils se construisent des jugements de valeur sur ce qui est bon ou mauvais. Ces jugements orientent la création des normes qu'ils doivent respecter et faire respecter par les joueurs. Ce sont ces normes qui permettent de définir le rôle général d'un entraîneur ou d'un joueur, ce qu'il doit faire et ne pas faire.

La dimension critique montre qu'entraîner n'est pas une activité idéale. Les entraîneurs expriment des contraintes qui engendrent des frustrations. Les entraîneurs portent un regard critique sur ce qui va et ne va pas dans leur activité.

La dimension épistémique indique que l'entraîneur s'appuie sur des contenus et des savoirs qui vont être acquis par la formation. L'évocation de la formation initiale et le besoin de formation continue montrent l'importance et l'ampleur du besoin d'apprendre à être entraîneur.

L'ensemble des dimensions du métier montre la complexité de cette notion. Le métier d'entraîneur s'inscrit dans le contexte socioculturel du sport et plus spécifiquement du hockey masculin, dans cette étude. Au sein de ce contexte socioculturel, l'entraîneur va évoluer dans le contexte d'actions spécifiques de son équipe. Ce contexte d'action va être décrit dans les propos des entraîneurs avec la dimension géographique et chronologique. Pour comprendre le métier d'entraîneur, ils vont répondre à toutes les dimensions. Ces réponses vont venir des expériences et des formations reçues dans le contexte social du hockey. Ces réponses vont être aussi le fruit de la spécificité des expériences vécues dans le contexte d'action de l'équipe. Ainsi, la construction de la

représentation du métier est une représentation socioprofessionnelle ou professionnelle, car elle se construit par leur propre expérience de direction d'une équipe. Les dimensions ontologiques, méthodologiques, pragmatiques, téléologiques, éthiques, épistémiques et critiques se développent à l'intersection du contexte d'actions et du contexte socioculturel. Elles sont influencées par ces deux contextes.

Si les dimensions permettent de renseigner sur les différents éléments de l'objet métier d'entraîneur, il a été plus difficile de distinguer les différentes formes que peuvent prendre l'objet. Le consensus sur le leadership et l'enseignement indique deux formes d'actions qui caractérisent le métier. L'analyse thématique a montré que les finalités d'action peuvent être différentes. Le leadership permet de gérer un collectif et assurer les prises de décisions. L'enseignement est une opération qui doit permettre de favoriser des apprentissages. Ces apprentissages peuvent porter sur le hockey, mais aussi sur des éléments plus généraux. Ainsi, un entraîneur a indiqué la différence entre l'enseignant et l'éducateur. L'enseignant qui se consacre à l'apprentissage du hockey et l'éducateur qui se consacre au développement du jeune et à l'apprentissage des valeurs pour vivre en collectivité. Ces apprentissages sont utiles dans le cadre de l'équipe, mais peuvent aussi être réinvestis dans la vie de tous les jours. On retrouve cette distinction dans le thème finalité et objectif des actions avec les catégories progression et apprentissage du hockey, développement des jeunes et l'acquisition des valeurs. Ainsi, trois conceptions du métier d'entraîneur se distinguent : le leader, l'enseignant et l'éducateur.

5.7.2.2. Modélisation de la représentation sociale du métier d'entraîneur

En croisant les dimensions et les conceptions, il est possible de dégager un modèle de la représentation sociale du métier d'entraîneur (tableau 5.28). Au niveau

ontologique, tous les entraîneurs se définissent par un statut de bénévole ou d'entraîneur de « profession », avec une fonction de chef ou d'adjoint et avec des qualités pour agir en tant qu'entraîneurs. La conception du leader se distingue par la prise de décision (dimension méthodologique) qui est destinée à assurer le fonctionnement du collectif (dimension téléologique). La conception de l'enseignant est d'agir essentiellement par communication, réglementation et encadrement (dimension méthodologique) pour favoriser les apprentissages du hockey (dimension téléologique). Cette action se déroule dans les domaines classiques de l'entraînement du hockey et entre dans la formation initiale des entraîneurs. La conception de l'éducateur se distingue par la recherche de développement psychosocial des joueurs (dimension téléologique) au niveau de l'éthique sociale et sportive, ainsi que la santé (dimension pragmatique). Cette finalité se distingue, car elle a une orientation plus individuelle d'action au niveau du joueur. Agir comme éducateur est un élément qui est peu présent dans la formation des entraîneurs sauf pour la sécurité et l'éthique sportive. Les entraîneurs de hockey ont un contexte d'action qui est situé dans l'aréna et spécifiquement sur la glace. Ils vont rarement agir « hors glace ». Toutes les actions hors glace qui ne touchent pas à la technique ou à la tactique du hockey reviennent à d'autres acteurs plus spécialisés. La spécialisation est un enjeu. La crédibilité d'un entraîneur repose sur sa spécialisation en matière de hockey. C'est ce qui fait la différence entre les « bénévoles », qui ne sont pas des vrais spécialistes, et les entraîneurs de profession qui sont plus formés et spécialisés. Cette logique de spécialisation entraîne une division des tâches. Le hors glace sera la charge d'un spécialiste en préparation physique comme les kinésiologues. La santé est souvent perçue comme la responsabilité des joueurs et des parents dans une perspective de bien-être. Elle peut être le rôle aussi de spécialistes de la santé dans l'aspect plus biomédical de la blessure.

Tableau 5.28 : Modélisation de la représentation sociale du métier d'entraîneur

Métier	Le leader	L'enseignant	L'éducateur
Dimension ontologique	Statut: Parent bénévole ou professionnel formé Fonction: entraîneur-chef ou adjoint Caractéristique: une personne qui a des qualités pour agir		
Dimension méthodologique	Décider	Communiquer, Encadrer, Réglementer	
Dimension téléologique	Assurer le fonctionnement de l'équipe	Favoriser les apprentissages du hockey et le développement physique des joueurs	Favoriser le développement psychosocial et général des joueurs
Dimension pragmatique	Classement des joueurs Définition des objectifs Planification Évaluation des joueurs	Domaines techniques et tactiques du hockey	Éthique sociale, esprit sportif, santé
Dimension épistémologique	Formation initiale à l'entraînement		Peu de formation, besoin de formation continue
Dimension éthique	Il faut être un modèle, être juste, respectueux, un bon orateur, crédible		
Dimension critique	Investissement en temps Manque de soutien et de formation Contraintes dues à l'organisation du hockey		
Dimension géographique	Sur la glace, dans la chambre des joueurs, dans l'aréna, en hors glace, en contexte scolaire, au téléphone et sur Internet		
Dimension chronologique	Du début à la fin de la saison		

La distinction des différents profils d'entraîneurs, les modélisations des représentations sociales de la santé et du métier d'entraîneur nous permettent de répondre à nos objectifs de recherche. Le chapitre discussion qui suit, va permettre de faire le lien entre nos résultats et d'apporter des propositions pour notre objectif pragmatique.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Suite au chapitre de problématique et du cadre conceptuel, différentes questions de recherche ont été formulés. Quels vont être les apports de ce cadre théorique pour l'analyse des représentations sociales? Quels sont le contenu et la structure du contenu des représentations sociales de la santé et du métier d'entraîneur? Comment les savoirs génériques de la légitimation des savoirs vont pouvoir aider à définir le potentiel d'actions des entraîneurs en promotion de la santé? Dans un premier temps, l'apport du cadre théorique à l'analyse des représentations sociales va être discuté. Par la suite, les résultats vont être discutés au regard des recherches antérieures sur les représentations sociales et au regard du cadre théorique employé dans cette recherche. Par la suite, les retombés de la recherche vont être étayées, ainsi que les pistes de recherche et d'action futures, avant de présenter les stratégies d'actions retenues.

6.1. L'apport du cadre théorique pour l'analyse des représentations sociales

La proposition théorique de la connaissance projectuelle (qui relie l'objet à connaître, l'objet connu et le sujet) offre une autre façon d'expliquer le processus de connaissance qui va être effectué au sein d'un groupe en distinguant les éléments biologiques et physiques individuels et en distinguant le social qui relève de la communication.

Les résultats de cette étude montrent que l'on peut adopter une nouvelle approche d'étude du contenu des représentations sociales. On peut s'intéresser à la composition de l'objet sous ses différentes dimensions. Explorer les dimensions d'un objet, c'est montrer que pour tout objet, il est nécessaire de répondre à des questions de base: ce

qu'est l'objet (dimension ontologique), que faire avec l'objet (dimension méthodologique), et les finalités à utiliser un objet (dimension téléologique). L'analyse dimensionnelle des représentations sociales permet d'introduire des éléments de réflexion propre à la posture du constructivisme radical.

Il a été possible de faire ressortir plusieurs dimensions pour les objets étudiés (la santé et le métier d'entraîneur). En cherchant à comprendre les dimensions de l'objet, on enrichit la compréhension de la diversité et du consensus de la représentation sociale d'un objet au sein d'un groupe. Cette approche offre une autre voie pour comprendre les évolutions possibles des représentations, comme dans le cas de la santé.

Les conceptions montrent la diversité de l'objet au sein du groupe. Cette diversité relève des différents projets des acteurs, c'est-à-dire de la diversité au sein de la dimension téléologique de l'objet. L'analyse dimensionnelle de la santé permet de décrire la diversité des éléments qui composent l'objet. Par croisement des conceptions et dimensions, on peut montrer les consensus et dissensions que l'on retrouve entre les différentes conceptions pour chaque dimension. L'analyse structurelle montre que la conception la santé bien-être fait actuellement consensus et que les autres conceptions (naturelle et performative) sont traces du passé ou tendances du futur.

6.2. Confrontation des résultats avec les recherches antérieures

L'objectif de cette section est de confronter les résultats obtenus avec les travaux présentés au chapitre recension des écrits. Dans un premier temps, cette confrontation aura lieu pour la représentation sociale de la santé, puis dans un deuxième temps pour la représentation du métier d'entraîneur.

6.2.1. La confrontation des résultats pour la représentation sociale de la santé

Beaucoup de travaux se sont intéressés aux représentations sociales de la santé dans divers contextes et parmi plusieurs groupes d'individus. L'étude de la représentation de la santé chez des entraîneurs n'a jamais été réalisée à notre connaissance. Herzlich (1969) a réalisé la première étude sur la représentation sociale de la santé et de la maladie. Elle avait mis en évidence trois conceptions de la santé : santé vide, fond de santé et santé équilibre. D'autres travaux ont cherché à dégager les conceptions de la santé et de la maladie (Flick, 1998; Flick et al., 2002; Murray, 2003). La modélisation de la représentation sociale de la santé comme nous l'avons réalisée présente certains points de convergences avec les travaux antérieurs, mais aussi des nouveautés.

Dans la conception naturelle, la santé est un état naturel que l'on a. Elle est « possédée » comme un héritage de notre bagage biologique. Au contraire, la santé bien-être et la santé performative sont des états que l'on construit et même que l'on peut optimiser par les actions de l'individu. Cette vision apporte une idée de la santé comme construite par l'individu. Une spécificité de la représentation sociale de la santé des entraîneurs est le consensus sur la sécurité pour lutter contre les dangers du hockey. Comparativement aux travaux de Herzlich (1969) où la maladie est le danger à combattre, dans notre étude, c'est le risque de blessure qui est important.

L'opposition entre santé possédée et santé construite montre les changements de la représentation de la santé au fil du temps. Des travaux montrent l'évolution historique des conceptions de la santé par ce passage de la santé pensée comme destin à une santé pensée comme projet (Houtaud, 1998). On remarque qu'avant la prise en charge médicale, les populations étaient désarmées face à la maladie. On recourait bien souvent à la magie ou à la religion pour agir sur la santé. Ainsi, la célèbre citation « *Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano* » (il faut prier afin d'obtenir un

esprit sain dans un corps sain) de Juvénal au 2^e siècle apr. J.-C. rappelle que la santé a longtemps été associée à la volonté divine. Cette citation sera reprise et popularisée avec la montée de l'hygiénisme sous la forme d'un esprit sain dans un corps sain. Suite à la théorie des germes, les thèses hygiénistes, appuyées entre autres par les travaux de Pasteur, ont incité d'abord à agir contre la maladie et les agents externes qui la produisent. L'action contre des agents externes s'est transformée en action contre des agents internes avec la transition des maladies infectieuses vers les maladies chroniques non transmissibles. Cette évolution s'est traduite en différentes révolutions de la santé publique et le passage de la logique de prévention des maladies à la promotion de la santé (Breslow, 1999). Les pratiques de santé ont évolué au cours du temps (Vigarelo, 1993). Vigarelo montre que les représentations de la santé et du corps ont évolué avec le progrès technologique. Le corps comme machine qui est fonctionnel est preuve de santé. Les plus vieilles représentations renvoient à l'objet mécanique qui doit expulser le mal ou au corps fibreux que l'on doit renforcer. Cette vision rejoint la conception naturelle de la santé où l'on lutte contre la maladie ou la blessure. Cette conception rejoint aussi la conception fond de santé (résistance aux maladies) de Herzlich (1969).

Actuellement, le corps est une machine informationnelle que l'on cherche à optimiser suivant Vigarelo (1993). Cette représentation du corps rejoint la conception de la santé performative. Il est intéressant de souligner que les conceptions que nous avons produites dans l'étude permettent d'illustrer l'enchâssement de différentes conceptions passées et présente de la santé et du rapport au corps. Notre conception de santé bien-être rejoint la santé équilibre de Herzlich (1969) et le style de vie de Flick (1998) ou de Murray (2003). La présence des trois conceptions est témoin de l'évolution du système de savoir organique collectif, de son organisation et de sa réorganisation au cours du temps. L'analyse structurelle de la représentation sociale montre que la santé bien-être fait consensus là où les deux autres conceptions sont

moins présentes au sein du groupe. Il est probable que ces deux conceptions soient traces du passé ou tendances du futur.

Les résultats ont aussi permis de dégager les dimensions de la santé. La dimension ontologique répond à la question « c'est quoi la santé ». Cette dimension a été catégorisée dans l'analyse des entrevues sous l'énoncé la santé est un ensemble d'états (global, physique, mental, social et spirituel). Cette vision de la santé comme un état reprend la notion d'état que l'on retrouve dans la définition de l'Organisation mondiale de la santé de 1946 « un état complet de bien-être physique, mental et social ». On retrouve aussi les éléments d'analyse de Greenberg (1985) et la définition multidimensionnelle de la santé. Il est intéressant de constater que les répondants ont exprimé une vision plus statique de la santé et moins dynamique comme on peut la retrouver dans des définitions de la Charte d'Ottawa (Organisation Mondiale de la Santé, 1986) sous forme de ressources ou la réflexion plus récente du collectif d'experts (Huber et al., 2011) sous forme de capacité d'agir.

Au niveau méthodologique, on remarque que le discours des habitudes de vie est un discours fort, émis par les autorités de santé publique particulièrement au Québec (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2015). Ce message est repris par les répondants qui indiquent la nécessité d'agir au niveau de l'activité physique, de l'alimentation ou d'autres domaines. Cette dimension méthodologique est particulièrement forte dans l'analyse structurelle de la représentation, car les termes du noyau central renvoient à cette vision d'habitudes de vie.

On remarque que l'on peut regrouper trois formes d'actions de santé. Les entraîneurs vont ainsi chercher à avoir une communication normative en définissant le sain et le malsain, le meilleur et le pire. Ils vont réglementer le fonctionnement dans l'équipe et notamment instaurer l'autorisé et l'interdit. Ils vont enfin chercher à encadrer les joueurs ou les parents en instaurant le possible et le déconseillé. Ces trois formes d'actions sont les bases de l'activité de promotion de la santé des entraîneurs. Ils

utilisent une stratégie « éducative » en définissant le sain et le malsain, puis en instaurant le possible et le déconseillé. L'entraîneur donne une valeur aux objets par la définition du sain et du malsain et offre une norme de référence que peuvent suivre les joueurs ou les parents. Ces actions laissent l'initiative de la décision aux acteurs. Les actions de réglementation sont plus « protectrices » et contraignantes. L'entraîneur impose les normes à suivre.

Au niveau éthique, la santé est importante pour les entraîneurs. Ils agissent en matière de santé, mais ils expriment que la santé n'est pas la responsabilité des entraîneurs. Cette responsabilité revient d'abord aux joueurs et aux parents des joueurs. La santé est d'abord un devoir individuel que l'individu doit gérer par soi-même. Cela rejoint l'observation de Murray (2003) où être en santé est un devoir moral pour les Canadiens de plus de 60 ans interrogés.

Au niveau de la dimension téléologique, plusieurs finalités sont exprimées. Les finalités de la conception de santé bien-être porte sur la recherche du fait d'être en forme et de créer un équilibre. L'équilibre est un élément qui ressort dans plusieurs travaux (Blaxter, 2004; Echebarria Echabe et al., 1992; Herzlich, 1969; Jovchelovitch et Gervais, 1999). On retrouve aussi la finalité d'être fonctionnel (Murray 2003) (Murray, 2003) et productif (Flick et al., 2002).

6.2.2. La confrontation des résultats pour la représentation du métier d'entraîneur

Au niveau de la représentation sociale du métier d'entraîneur, nous n'avons pas connaissance d'études qui se soient intéressées à cet objet. Il existe des études qui se sont intéressées à d'autres professions. Les résultats de la recherche permettent une modélisation de la représentation avec des conceptions et des dimensions. Nous avons mis en évidence trois conceptions de l'entraîneur : leader, enseignant et éducateur

Roux-Perez (2005) avait mis en évidence trois conceptions en lien avec l'enseignement chez des étudiants en éducation physique: pédagogue, didacticien, animateur. Dans cette étude, les distinctions reposent sur le rapport des éducateurs physiques à l'acte d'enseigner ainsi que le rapport aux contenus à enseigner. Ripoll (2012) lui identifie *l'entraîneur, le coach et le manager* dans un contexte français. Cette proposition se rapproche plus de nos conceptions. La distinction proposée par Ripoll porte aussi sur les finalités des actions: la technique sportive pour l'entraîneur, la cohésion du groupe pour le coach, et la gestion organisationnelle d'une équipe pour le manager. La conception de l'entraîneur de Ripoll rejoint notre conception de l'enseignant. La conception du coach de Ripoll rejoint notre conception du leader. Une conceptualisation de l'entraîneur comme *orchestrateur* est souvent proposée dans le champ des sciences du coaching (Jones et Wallace, 2005). On pourrait la rapprocher aussi de notre conception de leader. Ce qui ressort de nos conceptions des entraîneurs, c'est qu'elles s'appuient premièrement sur la dimension téléologique et se déclinent différemment dans les autres dimensions en lien avec les actions.

Pour les différentes dimensions du métier, il est possible de faire des liens avec des travaux antérieurs. La dimension ontologique montre que cet acteur va avoir des fonctions, un statut et des caractéristiques. Dans l'étude du rôle des entraîneurs (Gilbert et Trudel, 2004b), les auteurs distinguent des éléments frontières comme l'âge du groupe, le niveau de compétition et le genre des athlètes, qui vont influencer le rôle de l'entraîneur. On n'a pas forcément les mêmes rôles si on n'est pas dans le même contexte d'action. L'étude sur les entraîneurs français de tennis (Rundstadler et Chifflet, 2002) montre aussi qu'ils adoptent plusieurs rôles et qu'ils agissent en différents lieux. Les différents lieux illustrent ce que nous avons appelé la dimension géographique. Becker (2009), dans sa modélisation d'un « *bon coaching* » montre l'importance des qualités de l'entraîneur (expérience, habiletés, caractéristiques personnelles).

Au niveau téléologique, on retrouve la notion éducative dans des travaux sur le rôle des entraîneurs (Gilbert et Trudel, 2004b). Le rôle de l'entraîneur pour agir sur le développement et la croissance personnelle a été documenté. Dans notre étude, il est important de transmettre des valeurs pour les entraîneurs interrogés. Ainsi, gérer un collectif, favoriser des apprentissages spécifiques ou généraux, sont les finalités exprimées envers les joueurs.

La dimension méthodologique permet de caractériser les grandes actions de l'entraîneur, décider, communiquer, encadrer et régler. Becker (2009) a documenté les actions de l'entraîneur qui sont des bons entraîneurs: enseigner, motiver, communiquer, préparer à la compétition, répondre aux athlètes, performer sous pression et ne pas tenir compte des choses non pertinentes. On retrouve plusieurs propositions que nous faisons même si nous distinguons par exemple qu'enseigner est une finalité d'actions, alors que préparer à la compétition est plus un élément de la dimension pragmatique.

La dimension pragmatique montre les domaines d'actions où agissent les entraîneurs. Ces actions restent dans la sphère de gestion sportive de l'équipe : classification, planification, supervision des entraînements, des matchs et évaluations. Ces domaines d'actions sont les domaines classiques d'intervention en sciences de l'entraînement que l'on retrouve dans des ouvrages ou manuels d'entraînement (Matveiev, 1980; Morency et Bordeleau, 2012).

La dimension épistémique montre que les entraîneurs accordent une importance à leur formation et aux savoirs à acquérir. Des travaux ont cherché à identifier les différents savoirs que développent des entraîneurs : savoirs professionnels, intra personnels et inter personnels (Côté et Gilbert, 2009; Gilbert et Côté, 2013). D'autres travaux montrent que les entraîneurs apprennent lors des formations de certification, mais aussi lors des interactions avec les autres acteurs (Lemyre et al., 2007; Wright et al.,

2007). Cela confirme l'importance de la question de la formation initiale et continue. Comment former les entraîneurs, quels savoirs doivent être utilisés, quels apprentissages doivent être réalisés? Ces questions sont d'une grande importance pour les sciences du coaching et pour les milieux qui interviennent en formation des entraîneurs.

La dimension critique montre le regard réflexif et non idéalisé sur leurs actions et leurs conditions de travail. Ce regard moins idéalisé se retrouve dans l'étude des représentations du métier des éducateurs physiques (Roux-Perez, T., 2005; Roux-Perez, Thérèse, 2006). Les bénévoles ne sont pas des spécialistes, là où les entraîneurs de profession le sont. Il y a des contraintes à entraîner. La critique des formations est quelque chose que l'on retrouve actuellement à propos des systèmes de formation des entraîneurs (Cushion, C. J., 2007).

Les différentes dimensions que nous avons mises en relief offrent une autre forme d'étude de ce qu'est, ce que fait et ce que sait un entraîneur. L'approche par dimension offre une perspective plus sensible pour conceptualiser les pratiques des entraîneurs.

6.3. Les résultats et le cadre conceptuel de la recherche

Dans cette partie, l'objectif est de discuter de l'apport des représentations sociales au processus de légitimation des savoirs et voir comment les savoirs génériques de la légitimation des savoirs vont pouvoir aider à définir le potentiel d'actions des entraîneurs en éducation à la santé.

6.3.1. L'apport des représentations sociales comme savoirs génériques

L'utilisation de la posture du constructivisme radical et du processus de légitimation apporte une autre démarche pour l'étude de la production et de l'utilisation des savoirs scientifiques pour l'action, particulièrement en sciences de l'éducation et en santé publique. L'utilisation des représentations sociales a donné une voix aux entraîneurs dans cette réflexion. Par l'objectivation des discours des entraîneurs et des réponses au questionnaire durant l'étude, il a été possible d'élaborer des objets à connaître que sont les représentations sociales de la santé et du métier d'entraîneur. Les discours et réponses des entraîneurs sont devenus 1) des savoirs organiques du chercheur par biologisation et 2) des objets connus sous forme de documents par physicalisation.

Ainsi, une première traduction a permis le passage du physique au biologique, le passage d'un objet à connaître à un savoir organique. Une deuxième traduction a permis à un savoir organique de devenir des savoirs artefacts. Une troisième traduction a permis de passer de l'individuel au social. Les artefacts sont devenus objets à connaître après communication aux membres du comité. Par traduction, il faut entendre une opération de transformation de l'état d'un objet (du biologique au physique ou inverse) qui cherche à conserver le sens tout en modifiant la forme.

Le processus de légitimation s'est déroulé entre chercheurs et des membres du comité qui sont plus des décideurs de l'organisation. Réfléchir à une intervention qui entraîne des modifications au niveau des actions et des rôles d'un praticien comme l'entraîneur, se fait souvent sans prendre en compte l'opinion des praticiens. Il n'est pas matériellement possible d'inviter tous les entraîneurs à participer au processus de légitimation. C'est pourquoi l'utilisation des représentations sociales comme objet à connaître offre une possibilité d'exposer leur pensée sur la problématique. En intégrant le modèle de pensée de la santé et du métier que sont les représentations sociales, on offre une voie aux entraîneurs dans ce processus de légitimation des savoirs sur l'intervention en promotion de la santé. Cela apporte une valeur ajoutée au

principe d'éthique du processus de légitimation en incluant les individus directement concernés par la prise de décision du comité.

6.3.2. La contribution des savoirs génériques à l'objectif pragmatique

L'étude de la représentation de la santé et du métier d'entraîneur doit permettre de répondre à l'objectif pragmatique de la recherche : définir le potentiel d'action des entraîneurs en promotion de la santé. Les modélisations des représentations apportent des éléments de la rationalité des entraîneurs à propos de la santé et de leur métier. En comprenant cette rationalité, on peut estimer ce qui relève du possible ou non, en termes d'action avec des entraîneurs de hockey en matière de santé. La santé est un élément qui relève de la conception d'éducateur du métier d'entraîneur.

Les entraîneurs agissent déjà en matière de santé. Les actions de communication normative, d'encadrement et de réglementation sont les actions de santé déclarées par les entraîneurs. La communication normative est une communication avec les joueurs ou les autres acteurs qui va définir ce qui est le bon et le mauvais, le sain et le malsain. Cette position donne le pouvoir à l'entraîneur de qualifier la valeur des objets et de communiquer ces valeurs. Un enjeu se dresse à ce niveau. L'entraîneur doit-il communiquer des valeurs qui lui sont personnelles ou des valeurs qui sont celles « d'autorités expertes et reconnues » en matière de santé? N'étant pas un spécialiste de la santé, il n'est pas le meilleur candidat pour se placer en expert capable de juger et de professer le sain et le malsain. Agir de cette façon, c'est adopter une vision traditionnelle de l'éducation à la santé (Taylor, 1990).

Les actions de réglementation sont encore plus coercitives parce qu'elles instaurent l'autorisé et l'interdit. Non seulement, elles supposent la définition du bon et du mauvais par la communication de valeurs, mais elles contraignent les actions des

apprenants en accord avec les valeurs communiquées. Cette vision de l'éducation à la santé ne va pas dans le développement des savoirs des apprenants et la capacité de créer une opinion éclairée (Mérini et al., 2013).

Les actions d'encadrement semblent plus compatibles avec une vision humaniste de l'éducation à la santé en communiquant les valeurs de l'entraîneur, mais en laissant le choix aux apprenants de former leurs propres valeurs et de réaliser leurs propres actions. Le ou les types d'actions à privilégier par les entraîneurs pour agir en éducateur en promotion de la santé sont un enjeu majeur. Pour les interventions futures de promotion de la santé, doit-on placer les entraîneurs dans une position d'expert ou dans une position de conseiller? Nous penchons plus vers la position de conseiller, même s'il ne faut pas rejeter totalement l'autre position suivant le contexte.

Les entraîneurs peuvent agir dans une perspective de promotion de la santé, principalement sur le développement des habitudes de vie et du bien-être. La prévention des blessures par l'aménagement des lieux d'entraînement est une forme d'action plus préventive.

Plusieurs contraintes qui sont dues à la formation et au niveau d'implication des entraîneurs vont influencer le potentiel de chaque entraîneur. Les entraîneurs de profession ont des conditions idéales pour agir dans le cadre des structures intégrées, ce qui n'est pas le cas des entraîneurs bénévoles

Utilisé le hockey comme cadre de vie pour agir sur des enjeux de promotion de la santé est une stratégie envisageable. Il est possible d'agir sur la santé dans le sport, mais peu sur la santé par le sport. On pourra s'appuyer sur l'action ciblée des entraîneurs pour agir sur la santé dans le sport. Par contre, il apparaît que l'offre actuelle de Hockey Québec ne permet de toucher qu'une population de jeunes. Cette

population cible va diminuer avec les catégories d'âge et s'arrêter à l'âge adulte. L'organisation des compétitions de hockey reprend le principe d'une pyramide avec une large base de jeunes pratiquants et un niveau faible d'expertise sportive. La pointe de la pyramide regroupe un faible nombre d'athlètes plus âgés avec un haut niveau d'expertise sportive. Le système de compétition orienté vers le développement de l'expertise sportive favorise la perte du nombre de pratiquants dans les catégories d'âge supérieures et l'arrêt de la « carrière » à 21 ans.

L'offre de pratique permet difficilement de garder les pratiquants dans un contexte récréatif au sein de l'organisation et après l'âge du Junior. Cette spécificité organisationnelle diminue la portée d'action de Hockey Québec sur des enjeux de promotion de la santé. Pour assurer une plus grande capacité d'actions de Hockey Québec en promotion de la santé, il faut envisager d'autres offres de pratique du hockey. La création d'une nouvelle offre de pratique orientée vers la santé pourrait offrir une nouvelle voie de professionnalisation des entraîneurs de hockey pour favoriser la santé par le hockey.

6.4. Les retombées de la recherche

Cette recherche a plusieurs retombées. Elle apporte de nouveaux éléments au niveau épistémique, méthodologique et épistémologique.

Au niveau épistémique, la recherche apporte une nouvelle modélisation des représentations de la santé chez un acteur social qui n'avait pas été étudié. Elle apporte aussi une contribution par la modélisation de la représentation sociale du métier d'entraîneur. Cette modélisation apporte une autre forme d'étude pour les sciences du coaching.

Au niveau méthodologique, l'étude a utilisé un processus de légitimation des savoirs pour produire des savoirs scientifiques. C'est à notre connaissance, la première fois que l'on utilise cette démarche et la théorie des représentations sociales. Pour ce faire, une stratégie de triangulation a été utilisée pour permettre l'élaboration des savoirs génériques. Plusieurs formes d'analyse ont été utilisées pour renseigner un élément au niveau de la structure ou du contenu des représentations étudiées. En utilisant des résultats de différentes analyses et par la triangulation, on obtient une interprétation qui est ancrée dans les résultats et qui permet de modéliser les représentations. Cette démarche de triangulation, interprétation et modélisation permet d'amener de la rigueur dans notre approche interprétative d'élaboration des savoirs.

La légitimation est une approche méthodologique qui permet de favoriser la réalisation d'objectifs épistémique et pragmatique. Il a permis de créer des savoirs scientifiques par l'élaboration des savoirs génériques, de favoriser la formation de praticiens partenaires par la communication des savoirs génériques, et enfin il a permis de favoriser l'innovation par l'activation des savoirs génériques.

Au niveau épistémologique, nous distinguons plusieurs apports de l'étude à divers champ de recherche. Une réflexion sur la position du chercheur dans le champ de la recherche interventionnelle en santé des populations a été apportée dans cette étude. Le choix de la recherche-intervention comme forme de recherche avec un projet épistémique et pragmatique offre une autre perspective d'étude pour ce champ. Elle interroge le rôle du chercheur et son rapport à l'intervention qui est l'objet d'étude de la recherche-intervention.

La proposition de la connaissance projectuelle offre une nouvelle perspective pour comprendre la théorie des représentations sociales. Elle offre un lien théorique entre constructivisme radical et théorie des représentations sociales. Elle considère que l'étude des représentations sociales a pour finalité la compréhension du savoir

organique collectif d'un groupe sur un objet. Pour y arriver, il faut étudier les objets connus et l'objet à connaître du processus de connaissance. Les objets connus sont le fruit et les témoins des étapes individuelles de connaissance, mais l'objet à connaître est le fruit et le témoin de l'étape sociale de connaissance.

6.5. Les pistes de recherche

Plusieurs pistes de recherche peuvent être identifiées. L'étude des représentations sociales de la santé est un domaine d'investigation important pour déterminer le potentiel d'action en promotion de la santé d'acteurs non professionnels de la santé. L'étude de la représentation sociale du métier d'entraîneur est un autre domaine qui pourrait contribuer au développement des sciences du coaching. L'approche dimensionnelle de l'étude des représentations sociales mérite d'être mieux développée et d'être appliquée à d'autres objets.

L'utilisation du processus de légitimation est un élément méthodologique et épistémologique à développer pour étudier les enjeux de production et d'utilisation des savoirs scientifiques. L'utilisation de la posture épistémologique du constructivisme radical a permis d'apporter une autre vision des enjeux dans les domaines de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé. La théorie de la connaissance projectuelle offre un autre regard sur ce qu'est la connaissance et le savoir. Cette réflexion doit être poursuivie notamment pour permettre une réflexion sur la production et l'utilisation des savoirs scientifiques pour l'action.

6.6. Les pistes d'actions envisagées

À partir de ce texte doctoral, un cadre d'intervention a été proposé à Hockey Québec. Le cadre d'intervention est un document d'une dizaine de pages qui présente deux éléments. Le premier élément est un cadre conceptuel spécifique pour la promotion de la santé. Le second est la présentation des stratégies d'actions.

6.6.1. Le cadre conceptuel de l'intervention

Ce cadre conceptuel comprend deux éléments. Premièrement, une définition personnalisée du concept de santé a été réalisée. Elle a émergé des données de la recherche avec les entraîneurs, des discussions, des réunions lors du comité et de la littérature scientifique. Il ressort des analyses et des réflexions avec le comité que définir la santé est difficile, car c'est un objet abstrait. Pour favoriser l'action en matière de santé, une définition de la santé s'impose pour délimiter le cadre d'action.

La définition de la santé proposée: C'est la capacité d'un individu à s'adapter aux situations de la vie et à gérer ses différents états physique, mental, spirituel, social et environnemental. Ces différents états sont une combinaison d'états naturels et biologiquement hérités, d'états construits par les habitudes de vie et qui peuvent être optimisés à des fins particulières. Agir pour sa santé, c'est préserver ses états acquis, développer ou retrouver les états désirés, voire les optimiser pour accomplir ces objectifs de vie. Les finalités des actions de santé peuvent être de résister aux épreuves de la vie, de fonctionner dans la vie ou de réaliser un objectif de vie.

Cette définition reprend les éléments qui ont été évoqués par les entraîneurs. Par contre, elle suppose une vision plus dynamique comme le conçoit un collectif d'experts (Larson, 1999) en proposant au niveau ontologique une capacité d'agir sur les différents états de l'individu. On retrouve dans la définition les dimensions suivantes:

- Ontologique (le quoi): capacité d'agir sur ses différents états.
- Méthodologique (comment agir): communication normative, encadrement, réglementation.
- Téléologique (pourquoi agir): résister aux épreuves de la vie, être fonctionnel dans la vie quotidienne, réaliser un objectif de vie.
- Pragmatique (dans quel domaine de santé agir): habitude de vie, violence, gestion du stress, etc.

Tous ces éléments sont repris et illustrés par la figure 6.1.

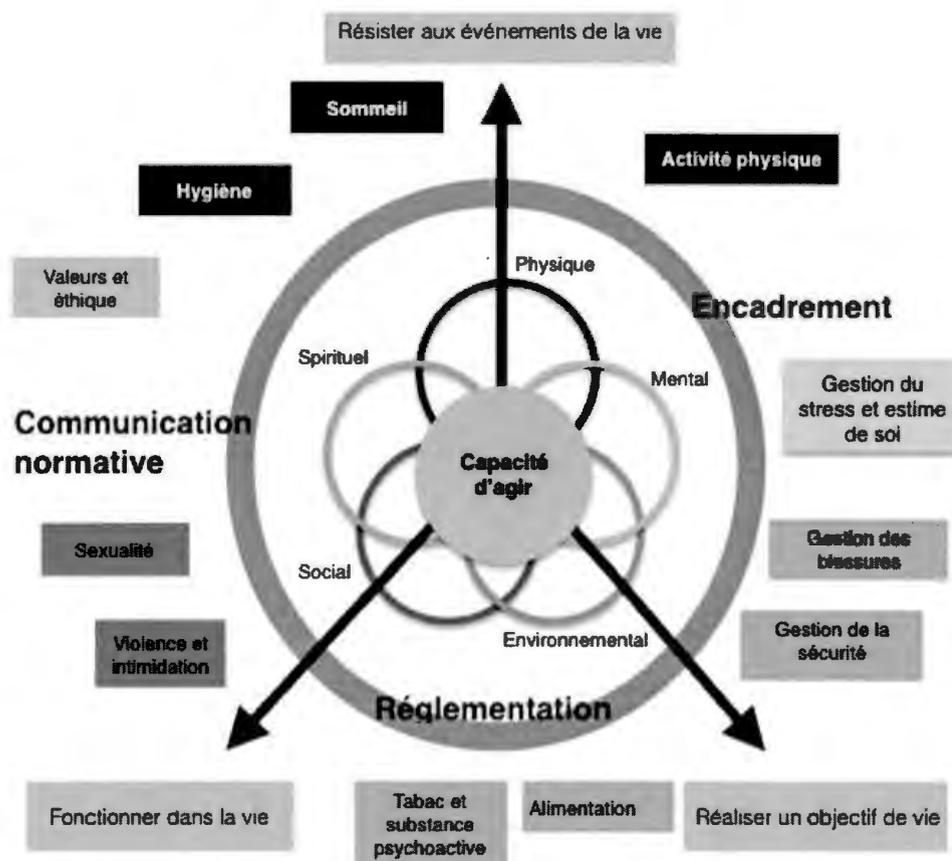


Figure 6.1 : La définition de la santé et des actions de l'entraîneur

Le deuxième élément est une proposition de définition du rôle de Hockey Québec au niveau de la promotion de la santé. Plusieurs réflexions du comité ont porté sur le rôle de Hockey Québec et du rôle des entraîneurs de hockey. Il en ressort qu'il est

important de définir le rôle de l'organisation et le rôle spécifique des entraîneurs pour ne pas remettre toute la responsabilité des actions de promotion de la santé sur les épaules de cet acteur.

Le rôle qui est proposé à Hockey Québec en promotion de la santé est de concevoir, promouvoir, appliquer et évaluer des interventions ou programmes dans le cadre de son expertise et de sa mission de gestion du hockey sur glace, afin de favoriser les bienfaits et de limiter les effets indésirables de la pratique du hockey pour la santé des participants.

6.7. Les stratégies d'actions et les éléments d'opérationnalisation

La deuxième partie du document présente deux stratégies d'actions et des éléments d'opérationnalisation. La première stratégie va explorer comment intervenir en promotion de la santé sur l'offre de pratique déjà existante. Cette stratégie repose sur la constitution d'un programme de formation pour les entraîneurs afin de les outiller sur la façon d'éduquer à la santé. La deuxième stratégie va proposer d'agir par la création d'une nouvelle offre de pratique du hockey destinée à diversifier le portrait des pratiquants. Cette stratégie repose sur la création d'une ligue santé afin d'offrir une nouvelle offre de pratique du hockey à la population.

La première stratégie est un programme de formation des entraîneurs pour agir au niveau de l'offre de pratique déjà existante au sein de l'organisation. Cette stratégie s'inscrit dans une perspective d'intervention en santé dans le hockey et par le hockey. Dans cette stratégie, les entraîneurs auraient un rôle accru d'actions. Cette proposition découle directement des résultats obtenus. Pour promouvoir la santé, les entraîneurs peuvent agir avec des interventions éducatives (communiquer et encadrer) au niveau

individuel et collectif. Ils peuvent agir aussi au niveau réglementaire au sein de l'équipe. Il faut, pour préciser au mieux ces tâches, distinguer deux profils d'entraîneur: les entraîneurs bénévoles et les entraîneurs de profession (tableau 6.1).

Tableau 6.1 : Caractéristique de la stratégie du programme de formation.

	Entraîneur bénévole	Entraîneur de profession
C'est quoi un Entraîneur promoteur de santé?	Il doit prendre le rôle d'un « Bon parent »	C'est un « instructeur » de la santé pour le hockey. Il doit enseigner comment optimiser la santé pour la pratique intense du hockey
Comment agir?	Il peut communiquer (définir et informer sur le bon et le mauvais), encadrer (définir et implanter le possible et le déconseillé) et réglementer dans le cadre de la pratique de l'équipe (instaurer le permis et l'interdit)	Il peut communiquer (définir et informer sur le bon et le mauvais), encadrer (définir et implanter le possible et le déconseillé) et réglementer dans le cadre de la pratique de l'équipe (instaurer le permis et l'interdit)
Pourquoi faire ça, quel est l'objectif?	Les objectifs pourront être de 2 niveaux suivant le type d'entraîneur. <u>1er niveau:</u> il faut rechercher à rendre les pratiquants fonctionnels dans la vie quotidienne (développement de la condition physique minimale, développement de saine habitude alimentaire, prévention et gestion des blessures courantes de la vie quotidienne et sportive) <u>2e niveau:</u> Il faut permettre aux pratiquants de résister aux épreuves de la vie (spécialement sportive) et de fonctionner dans la vie quotidienne.	Permettre aux pratiquants de résister aux épreuves de la vie, de fonctionner dans la vie normale et optimiser la santé pour le hockey
Dans quel domaine de santé faire ça?	<u>1er niveau:</u> Activité physique, alimentation, blessures, sécurité au hockey, violence <u>2e niveau:</u> domaine du 1er niveau + bien-être mental, substances psychoactives, sommeil, être un athlète.	Activité physique, alimentation, blessures, sécurité au hockey, violence, bien-être mental, habitudes de vie, sécurité au hockey, violence, dopage et substances psychoactives, sexualité, dépendances aux jeux
Quels outils et contenus utiliser?	Documents et cas pratiques sur un site web recommandé.	Programme de formation adapté sur Internet

	Entraîneur bénévole	Entraîneur de profession
Quel est le cadre de valeur pour agir:	Il faut agir en respectant l'éthique sportive et les recommandations de santé publique	Cadre de valeurs de Hockey Québec, l'éthique sportive et les recommandations de santé publique
Quand agir:	L'action est répartie tout au long de la saison de hockey avec son équipe. Dans le cadre des entraîneurs de profession, suivant la structure d'accueil, il est possible d'agir dans une perspective pluriannuelle	Les entraîneurs de profession doivent mettre en place un dispositif pluriannuel de suivi socio sanitaire de la carrière sportive au sein de l'organisation
Où agir?	Les entraîneurs doivent agir dans les arénas, patinoires et les chambres de joueurs. Il est possible d'agir dans des lieux hors glace ou en contexte scolaire notamment pour les entraîneurs de profession	Les entraîneurs doivent agir dans les arénas, patinoires et les chambres de joueurs. Ils doivent agir aussi dans des lieux d'entraînement hors glace et en contexte scolaire

La deuxième stratégie s'appuie sur la création de ligues santé de hockey (tableau 6.2). Elle s'inscrit dans une perspective d'intervention de santé par le hockey. Cette proposition utilise les données de la recherche pour démontrer les faiblesses de l'offre de pratique actuelle. Cette stratégie cherche à créer une nouvelle offre de pratique où la compétition n'est plus une finalité, mais un moyen parmi d'autres pour favoriser la santé. Elle suppose l'utilisation d'une nouvelle forme d'entraîneur, un intervenant éducateur à la santé par le hockey, plus spécialisé et plus formé. Cette stratégie cherche à développer le bassin de recrutement et à offrir de nouvelles options de rétention des pratiquants de hockey. Elle permet aussi une rétention des entraîneurs en offrant une nouvelle forme de professionnalisation qui ne repose pas sur l'expertise compétitive.

Tableau 6.2 : Caractéristiques de la stratégie ligue santé.

	La ligue santé	L'instructeur de ligue santé
C'est quoi?	C'est une ligue récréative intergénérationnelle et inter sexe: <i>le hockey en famille et entre amis</i>	Un « enseignant instructeur » de hockey pour la santé. C'est un entraîneur de profession avec une formation de kinésiologue
Comment agir?	Création de ligues locales orientées sur la préparation technique au hockey + rencontres de hockey + formation santé par le hockey, certifiée par Hockey Québec	Il peut communiquer (définir et informer sur le bon et le mauvais), encadrer (définir et implanter le possible et le déconseillé) et régler dans le cadre de la pratique de la ligue (instaurer le permis et l'interdit)
Pourquoi faire ça, quel est l'objectif?	Permettre aux pratiquants de résister aux épreuves de la vie et être fonctionnel dans la vie normale par le hockey. Offrir une nouvelle offre de pratique du hockey sur glace dont la finalité est le développement de la santé par le hockey	Résister aux épreuves de la vie, être fonctionnel dans la vie normale
Dans quel domaine de santé?	Activité physique, alimentation, blessures, sécurité au hockey, violence, bien-être mental, habitude de vie, sécurité au hockey, violence, dopage et substances psychoactives, sexualité, dépendances aux jeux	Habitude de vie, sécurité au hockey, violence, dopage, sexualité, santé mentale, etc.
Quels outils et contenus utiliser?	Cahier des charges de la ligue + documentation + site web	Programme de formation adaptée + site Internet + documents adaptés
Quel est le cadre de valeur pour agir?	Cadre de valeur spécifique à un cahier des charges	Cahier des charges, éthique sportive et recommandation de santé publique
Quand agir?	Tout au long de l'année sur des sessions de 10 à 15 semaines	
Où agir?	Aréna, glace extérieure, autre (à l'échelle locale)	

6.8. Les limites de la recherche

D'un point de vue méthodologique, cette étude ne cherche pas une généralisation des résultats à l'ensemble des entraîneurs de hockey de la province du Québec. Le faible

taux de réponses au questionnaire est une limite de la recherche dans une perspective de généralisation. Néanmoins, cette recherche présente un volet quantitatif de plus de 300 répondants dans un domaine de recherche où il est difficile de collecter des données. L'implication de Hockey Québec dans la recherche a facilité la collecte des données. Les méthodes de collectes (questionnaire Internet et entrevue) avec leurs limites ont permis de recueillir des données exploitables pour nos objectifs épistémiques et pragmatiques.

Tout au long de ce document, nous avons cherché à respecter les principes de scientificité et de rigueur suivant: crédibilité, fiabilité et transférabilité comme nous l'avons présenté dans le chapitre méthodologie. La production des savoirs génériques a permis de produire des savoirs de hautes valeurs épistémiques avec un degré d'abstraction et une décontextualisation importante qui favorise la transférabilité des savoirs. Cette recherche vise une transférabilité des résultats à d'autres contextes et éventuellement à d'autres acteurs. Le choix de plusieurs méthodes d'analyses ainsi que l'utilisation de la triangulation offre une crédibilité et une fiabilité des interprétations.

N'étant pas dans une recherche de vérité, mais dans une recherche de savoirs viables, nous avons dû réfléchir, négocier et choisir entre valeur épistémique et valeur pragmatique des savoirs produits. Les choix opérés ont été tirillés entre volontés de produire des savoirs méthodologiques valables et la volonté de produire des savoirs pragmatiques utiles et compréhensibles pour notre réflexion avec Hockey Québec sur les interventions de promotion de la santé. Toutes les limites de la recherche sont le fruit du processus de légitimation des savoirs et des différents projets de connaissances opérés qui soulignent l'importance de la question téléologique de production des savoirs.

CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans une réflexion plus globale sur la construction des savoirs scientifiques pour l'action et son utilisation par les milieux de pratique. Cette étude illustre qu'il est possible de construire des savoirs de hautes valeurs épistémiques et pragmatiques, pour favoriser la conception d'une intervention. Ne s'inscrivant pas dans le champ de la recherche en transfert de connaissance, cette étude n'utilise pas les modèles développés et les postulats épistémologiques classiquement utilisés. Il a été préféré la posture épistémologique du constructivisme radical (Glaserfeld, 1974) et la légitimation des savoirs (Avenier, 2009).

Cette étude a été mise en place dans un contexte de réflexion entre des universitaires et des administrateurs de la fédération de hockey sur glace du Québec pour concevoir des interventions de promotion de la santé au sein de leur organisation. Les entraîneurs de hockey sont les acteurs cibles qui ont été identifiés pour implanter une éventuelle intervention. Solliciter des professionnels pour exercer un nouveau rôle en promotion de la santé, entraîne beaucoup de défis qui ont déjà été documentés dans d'autres milieux (Michaud, 2002; Turcotte, 2006).

Cette étude avait trois objectifs principaux: théorique, empirique et pragmatique. L'objectif théorique était de proposer une réflexion sur l'association possible entre la posture épistémologique du constructivisme radical et la théorie des représentations sociales. Cette association n'avait pas été réalisée à notre connaissance et elle nécessitait de l'être. La posture épistémologique du constructivisme radical apporte un ensemble de postulats qui permettent de répondre principalement à la question gnoséologie de la connaissance. La théorie des représentations sociales apporte des éléments qui sont plus associés à la question méthodologique et éthique de la connaissance. La proposition de la connaissance projectuelle offre une réponse conceptuelle pour distinguer le processus de connaissance et ces produits que sont les

savoirs et illustre le besoin de dépasser le modèle classique de relation du sujet à l'objet pour comprendre la connaissance. En proposant la relation du sujet à l'objet à connaître et à l'objet connu, la théorie de la connaissance projectuelle distingue clairement les différentes natures des savoirs (organique et artefact) et illustre clairement comment le processus de connaissance permet de « transformer » la réalité et de la partager dans l'espace social. Elle offre une réponse éthique de la connaissance où la valeur des savoirs ne repose pas uniquement sur un argument méthodologique, mais repose sur une échelle multidimensionnelle: (épistémique, méthodologique, pragmatique et éthique). Cette vision permet de ne pas hiérarchiser les différents savoirs sur la seule base de leur nature et encenser la supériorité des savoirs scientifiques.

L'objectif empirique de cette étude visait à modéliser les représentations sociales de deux objets chez les entraîneurs de hockey: le métier d'entraîneur et la santé. L'étude de la représentation sociale de ces deux objets a permis de mieux comprendre comment ces acteurs se représentent leurs actions, ce qu'ils sont, ce qu'ils savent et la place de la santé dans tout ça. Les résultats montrent l'importance de la santé pour les entraîneurs, mais indiquent que cette responsabilité ne dépend pas d'eux. Il reste néanmoins qu'agir sur les habitudes de vie (faire de l'activité physique et favoriser une saine alimentation), favoriser la sécurité et assurer le bien-être de joueurs sont des domaines où les entraîneurs peuvent rentrer dans le cadre de leur fonction. L'ensemble des résultats présentés et non présentés a permis de répondre aux interrogations quant à la conception d'un cadre d'intervention.

Par l'utilisation des représentations sociales du métier d'entraîneur et de la santé, l'objectif pragmatique a été atteint. Les savoirs génériques, ainsi que les savoirs locaux, ont été exploités dans le processus de légitimation des savoirs. Ils ont apporté des éléments précieux dans les discussions entre les chercheurs et les gestionnaires de Hockey Québec. C'est grâce à l'échange entre chercheurs et gestionnaires de savoirs

génériques, locaux, professionnels et d'expériences que le cadre d'intervention est né. Le choix de documenter les représentations sociales n'est pas innocent aussi. En modélisant ces représentations et en les utilisant, une voix a été offerte aux entraîneurs. Ainsi leur façon de penser ces objets a été au coeur du processus de légitimation, ce qui compense partiellement leur absence aux processus. Utiliser un acteur non professionnel de la santé pour agir en promotion de la santé dans un milieu pose de nombreux défis. Si la santé est une valeur importante dans notre société, elle est une responsabilité partagée et souvent une affaire de spécialistes. Plus les interventions envisagées ont une apparence bio médicale, plus elles sont l'affaire de professionnels de la santé qui sont formés pour cela. En ce sens, les entraîneurs de hockey sont formés pour encadrer la pratique sportive d'une équipe sur la glace ce qui encadre leurs actions. L'organisation du système du hockey mineur définit et perpétue les limites d'intervention des entraîneurs. Modifier les domaines d'interventions des entraîneurs pour ajouter des éléments de promotion de la santé, demande de modifier des éléments organisationnels du hockey. C'est un vaste chantier qui risque fort d'être impopulaire. Toutefois sur des sujets ciblés, par exemple la sécurité des joueurs, il y a des opportunités à saisir avec des meilleures chances d'acceptation.

Le processus de légitimation offre une autre voie d'étude prometteuse pour la production et l'utilisation des savoirs scientifiques en sciences de l'éducation. Une voie d'étude qui conjugue objectif épistémique et objectif pragmatique pour résoudre une situation. C'est une conceptualisation de la connaissance qui permet d'apprécier les valeurs différentes et complémentaires des savoirs scientifiques, professionnels et de sens commun. Elle offre une façon de faire de la recherche scientifique qui demande de ne pas être que chercheur. Adopter d'autres rôles comme « trouveur » ou formateur implique des responsabilités et des contraintes qu'il convient de bien évaluer avant de se lancer dans un processus de légitimation.

Tous ces éléments ont fait l'objet de développement et de propositions théoriques tout au long de ce texte. Ils offrent des pistes prometteuses de recherche sur le plan épistémologique, ontologique, méthodologique, téléologique et éthique de la recherche scientifique. Ils ne représentent ni une proposition définitive et figée, ni la fin d'un projet épistémique, mais le début d'une passionnante aventure théorique.

ANNEXE A
CONTRAT DE COLLABORATION

**Entente partenariale concernant la propriété intellectuelle et la
diffusion des résultats du projet**
Entraîneur de hockey promoteur de santé

Entre : **Fédération Québécoise de hockey sur glace INC**, représenté par **S. B. Lalonde**, directeur général.
La professeure **J. Otis**, Département de sexologie de l'UQAM,

La présente entente a pour but de préciser le cadre partenarial entre **Fédération Québécoise de hockey sur glace INC** et l'UQAM, représentée par la professeure **J. Otis**, en vue de la réalisation du projet identifié plus haut. Ainsi, les partenaires s'entendent pour respecter les articles suivants :

1. La professeure **J. Otis** et **Fédération Québécoise de hockey sur glace INC** sont partenaires au projet et reconnaissent l'apport de chacun à sa réalisation. Tous s'engagent à respecter les dispositions du certificat éthique délivré par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM.
2. Les partenaires sont mutuellement copropriétaires et cotitulaires des droits d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle sur tout le matériel conçu dans le cadre du présent projet, et notamment l'analyse des données, les documents, outils ou programmes qui auront été conçus, développés ou produits par les partenaires dans le cadre du projet, y compris, sans limitation, les connaissances acquises et les résultats obtenus dans le cadre de la réalisation du projet.
3. Nonobstant l'article précédent, chacun des partenaires demeure propriétaire et titulaire des droits d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle sur tout le matériel développé antérieurement par ce partenaire et utilisé dans le cadre du présent projet.
4. Les partenaires, ainsi que tous les collaborateurs au projet, s'entendent pour que, en cours de projet, aucune publication ou autre forme de diffusion ou de circulation des résultats ou données de recherche ne soient faites sans une entente préalable entre eux, entente établie par une confirmation courriel. Un projet de publication ou de diffusion devra être soumis à l'avance aux partenaires : le délai sera de 5 jours ouvrables pour une proposition de résumé ou pour une production PowerPoint, et de 10 jours ouvrables pour une publication
5. Après la finalisation du projet, les partenaires s'accordent mutuellement le droit d'utiliser les documents et outils produits dans le cadre du présent projet

pour des fins d'enseignement, de recherche, de formation, de diffusion, de publication et autres activités à buts non lucratifs et non-commerciales

6. Dans le cas où un ou des étudiant(e)s réaliseraient leur mémoire de maîtrise ou leur thèse de doctorat dans le cadre du présent projet de recherche, les partenaires reconnaissent que, malgré les autres dispositions de cette entente, les résultats des travaux de maîtrise ou de doctorat réalisés par le ou les étudiant(e)s, incluant un ou des articles scientifiques, demeureront la propriété de leur auteur et seront accessibles au public en vertu des règles de l'UQAM. Les partenaires expriment toutefois le souhait d'être tenus au courant des publications ou des conférences réalisées à partir de données ou d'analyses issues de la recherche qui fait l'objet de la présente entente.
1. Dans toute forme de diffusion, les logos du **Fédération Québécoise de hockey sur glace INC** ainsi que le nom et le titre du professeur **J. Otis** devront paraître de manière évidente dans les documents produits dans le cadre du présent projet. Toute forme de communication ou publication ultérieure relative à ce projet devra également faire mention de l'apport de ces partenaires.
2. Le nom (et le logo s'il y a lieu) des collaborateurs ayant participé à la réalisation des documents, incluant les assistants-es de recherche, doit apparaître selon l'ordre d'importance de leur contribution dans tous les documents et outils produits dans le cadre du projet.
3. Advenant qu'un des partenaires fasse la demande écrite de conserver l'anonymat sur certaines publications ou communications, son nom sera retiré de ces publications ou communications.
4. Toute modification à la présente entente devra faire l'objet d'un consensus entre les partenaires lors d'une rencontre du comité de travail et être clairement notée au compte rendu, lequel devra par la suite être adopté par les membres de ce comité.

Fédération Québécoise de hockey sur glace INC
Otis

Professeure J.

Date : _____

Date : _____

Signature : _____

Signature _____

ANNEXE B
CERTIFICAT ÉTHIQUE

UQÀM | Faculté des sciences de l'éducation

CÉRPÉ-3

UQÀM | Faculté des sciences

DE CERTIFICAT : 2013-0060B

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité pour l'évaluation des projets étudiants impliquant de la recherche avec des êtres humains (CÉRPÉ) des facultés des sciences et des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal a examiné le projet de recherche suivant :

Titre du projet : **Analyse des représentations sociales des entraîneurs de hockey dans le champ de l'éducation à la santé**

Responsable du projet : **Lilian Guicherd-Callin**
Programme: **Doctorat en éducation**

Superviseure : **Johanne Otis**

Ce projet de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «*Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM*».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche sur des êtres humains.

NOM	Membres du Comité	
	TITRE	DÉPARTEMENT
Proulx, Jérôme	Président du Comité, professeur	Mathématiques, Faculté des sciences
Grenier, Johanne	Professeur	Kinanthropologie, Faculté des sciences
Bigras, Nathalie	Professeur	Didactique, Faculté des sciences de l'éducation
Fortier, Marie-Pierre	Professeur	Éducation et formation spécialisées, Faculté des sciences de l'éducation
Laforest, Louise	Professeur	Informatique, Faculté des sciences
Proulx, Sylvia	membre de la collectivité externe	

23-12-2013

Date



Jérôme Proulx
Président du Comité

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J. C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. Université de Provence, Aix en provence.
- Abric, J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Numéro 000585120. Cousset, Suisse : DelVal.
- Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France.
- Aïach, P. (2009). L'irrésistible expansion du champ de la santé. Dans H. Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques* (p. 81-99). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Albert, M. N. et Avenier, M. J. (2011). Légitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens. *Recherches qualitatives*, 30(2), 22-47.
- Allain, K. A. (2008). "Real fast and tough": The construction of canadian hockey masculinity. *Sociology of Sport Journal*, 25, 462-481.
- Allain, K. A. (2010). Kid Crosby or Golden Boy: Sidney Crosby, Canadian national identity, and the policing of hockey masculinity. *International Review for the Sociology of Sport*, 46(1), 3-22. doi: 10.1177/1012690210376294
- Amin, A. et Cohendet, P. (2004). *Architectures of knowledge: firms, capabilities, and communities*. Oxford ; Toronto : Oxford University Press.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Apostolidis, T. (2008). Pour une démarche de recherche holistique. Dans B. Madiot, E. Lage et A. Arruda (dir.), *Une approche engagée en psychologie sociale, l'oeuvre de Denise Jodelet* (p. 133-143). Ramonville Saint-Agne : Érès éditions.
- Aronson, E. (1980). *The social animal* (3rd éd.). Numéro 000725792. San Francisco : W. H. Freeman.

- Asbring, P. (2012). Words about body and soul: social representations relating to health and illness. *J Health Psychol*, 17(8), 1110-1120. doi: 10.1177/1359105311429201
- Assudani, R. H. (2005). Catching the chameleon: understanding the elusive term "knowledge". *Journal of Knowledge Management*, 9(2), 31-44. doi: 10.1108/13673270510590209
- Avenier, M. J. (2009). Franchir un fossé réputé infranchissable : Construire des savoirs scientifiques pertinents pour la pratique. *Management & Avenir*, 30, 188-206.
- Avenier, M. J. (2010). Shaping a Constructivist View of Organisational Design Science. *Organisational Studies*, 31(09), 1229-1255.
- Avenier, M. J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : Post moderniste ou pragmatisme. *Management & Avenir*, 3(43), 372-391.
- Barbier, J.-M. (2007). Le vocabulaire des rapports entre sujets et activités. Dans M. J. Avenier et C. Schmitt (dir.), *La construction de savoirs pour l'action* (chap. 2, p. 49-68). Paris : l'Harmattan.
- Bataille, M. (2000). Représentation, implication, implication. Des représentations sociales aux représentations professionnelles. Dans C. Garnier et M.-L. Rouquette (dir.), *Les Représentations en éducation et formation* (p. 165-189). Montréal : Éditions nouvelles.
- Bataille, M., Blin, J.-F., Jacquet-Mias, C. et Piasser, A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 57-59.
- Bech, M. et Kristensen, M. B. (2009). Differential response rates in postal and Web-based surveys among older respondents. *Survey Research Methods*, 3(1), 1-6.
- Becker, A. J. (2009). It's Not What They Do, It's How They Do It: Athlete Experiences of Great Coaching. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 4(1), 93-113.
- Besnier, J.-M. (2005). *Les théories de la connaissance* (1re éd. éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

- Bizzoni-Prévieux, C. (2011). *Les partenariats en éducation à la santé à l'école primaire: analyse comparée entre le Québec et la France*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Blaxter, M. (2004). *Health*. Numéro 000469375. Cambridge, UK, Malden, MA : Polity.
- Boutin, G. (2012). *La guerre des écoles : entre transmission et construction des connaissances*. Numéro 001182165. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Bovina, I. B. (2006). représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes russes: "force" versus "faiblesse". *papers on social representations*, 15, 5.1-5.11.
- Bowen, S. et Graham, I. (2013). Integrated knowledge translation. Dans S. E. Straus, J. Tetroe et I. Graham (dir.), *Knowledge Translation in Health Care. Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed. (chap. 1.2, p. 14-23).
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *Journal of American Medical Association*, 281(11), 1030-1033.
- Brunelle, J.-P., Goulet, C., Arguin, H. et Beaudin, M. (2004). *Promotion du respect des règles de jeu et prévention des blessures au hockey sur glace: Évaluation du programme Franc jeu*. Québec : Ministère de l'Éducation , des Loisirs et de Sports.
- Buschini, F. et Doise, W. (2008). Ancrages et rencontres dans la propagation d'une théorie. Dans B. Madiot, E. Lage et A. Arruda (dir.), *Une approche engagée en psychologie sociale, l'oeuvre de Denise Jodelet* (p. 13-25). Ramonville Saint-Agne : Érès éditions.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H. A., P. A. et Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framwork for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.
- Caplan, N. (1979). The Two Communities Theory and Knowledge Utilization. *American Behavioural Scientist*, 23(4), 450-470.
- Caplan, R. et Holland, R. (1990). Rethinking health education theory. *Health Education Journal*, 49, 10-12. doi: 10.1177/001789699004900103

- Centre canadien pour l'éthique dans le sport. (2012). *Menace pour le sport*. Récupéré de <http://www.cces.ca/fr/threatstosport>
- Clift, S. et Jensen, B. B. (2005). *The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice*. Danish University of Education Press.
- Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Numéro 000289999. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cogérino, G., Marzin, P. et Méchin, N. (1998). Prévention santé : pratiques et représentations chez les enseignants d'Education Physique et Sportive et de Sciences de la Vie et de la Terre
. *Recherche et Formation*, 28, 9-28.
- Colburn, K. (1985). Honor, ritual and violence in ice hockey. *Canadian journal of sociology*, 10(2), 153-170.
- Colburn, K. (1986). Deviance and legitimacy in ice hockey: A microstructural theory of violence. *The Sociological Quarterly*, 27(1), 63-74.
- Comité Internationale Olympique. (2007). *Enseigner les valeurs. Un manuel d'éducation olympique*. Lausanne : Comité International Olympique.
- Comité Internationale Olympique. (2010). *Charte olympique*. Lausanne : Comité International Olympique.
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Éléments pour une topographie du concept de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11(1), 86-99.
- Côté, J. et Gilbert, W. D. (2009). An Integrative Definition of Coaching Effectiveness and Expertise. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 4(3), 307-323.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalisation of everyday life. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation.*, 10(3), 365-388.
- Crisp, B. R. et Swerissen, H. (2003). Critical processes for creating health-promoting sporting environments in Australia. *Health Promotion International*, 18(2), 145-152.

- Cushion, C., Armour, K. et Jones, R. L. (2003). Coach education and continuing professional development: Experience and Learning to coach. *Quest*, 55(3), 215-230.
- Cushion, C. J. (2007). Modelling the Complexity of the Coaching Process. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 2(4), 395-401.
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégiés? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), 23. doi: 10.3917/lse.393.0023
- Davies, H., Nutley, S. et Walter, I. (2008). Why 'knowledge transfer' is misconceived for applied social research. *J Health Serv Res Policy*, 13(3), 188-190. doi: 10.1258/jhsrp.2008.008055
- de Leeuw, E. et Skovgaard, T. (2005). Utility-driven evidence for healthy cities: problems with evidence generation and application. *Soc Sci Med*, 61(6), 1331-1341. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.01.028
- Denzin, N. K. (1989). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods* (3rd éd.). Numéro 000829293. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall.
- Deschesnes, M., Trudeau, F. et Kebe, M. (2010). Factors influencing the adoption of a health promoting school approach in the province of Quebec, Canada. *Health Educ Res*, 25(3), 438-450. doi: 10.1093/her/cyp058
- Desrosiers, G. et Gaumer, B. (2006). Les débuts de l'éducation sanitaire au Québec : 1880-1901. *Canadian Bulletin of Medical History*, 23(1), 183-207.
- Dewey, J. et Bentley, A. F. (1949). *Knowing and the known*. Numéro 000686201. Boston : Beacon Press.
- Dixit, S., Mishra, M. et Sharma, A. K. (2008). Conceptualisation of Health and Illness: A Study of Social Representations among Bondos of Orissa. *Psychology & Developing Societies*, 20(1), 1-26. doi: 10.1177/097133360702000101
- Dobbinson, S. J., Hayman, J. A. et Livingston, P. M. (2006). Prevalence of health promotion policies in sports clubs in Victoria, Australia. *Health Promot Int*, 21(2), 121-129. doi: 10.1093/heapro/dak001

- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Numéro 000781253. Paris : Presses Universitaires de France.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, *XLV*(405), 189-195.
- Dooris, M. (2004). Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships? *Critical Public Health*, *14*(1), 49-61. doi: 10.1080/09581590310001647506
- Dooris, M., Poland, B., Kolbe, L., Leeuw, E. D., Mccall, D. S. et Wharf-Higgins, J. (2007). Healthy settings. Building Evidence for the Effectiveness of Whole System Health Promotion – Challenges and Future Directions. Dans *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (chap. 19, p. 327-352). New York, NY : Springer.
- Downey, C. A. et Chang, E. C. (2013). Assessment of everyday beliefs about health: the lay concepts of health inventory, college student version. *Psychol Health*, *28*(7), 818-832. doi: 10.1080/08870446.2012.762099
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, *10*(1), 79-86. doi: 10.1016/j.prps.2004.01.004
- Drygas, W., Ruskowska, J., Philpott, M., Bjorkstrom, O., Parker, M., Ireland, R., . . . Tenconi, M. (2013). Good practices and health policy analysis in European sports stadia: results from the 'Healthy Stadia' project. *Health Promot Int*, *28*(2), 157-165. doi: 10.1093/heapro/dar088
- Duschesne, C. et Leurebourg, R. (2012). La recherche-intervention en formation des adultes: une démarche favorisant l'apprentissage transformateur. *Recherches qualitatives*, *31*(2), 3-24.
- Echebarria Echabe, A., Guillen, C. S. et Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: coping strategies and health-promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, *31*, 339-349.
- Eime, R., Payne, W. R. et Harvey, J. T. (2008). Making sporting clubs healthy and welcoming environments: a strategy to increase participation. *J Sci Med Sport*, *11*(2), 146-154. doi: 10.1016/j.jsams.2006.12.121

- Elejabarrieta, F. (1996). Le concept de représentation sociale. Dans C. Déchamps et J. L. Beauvois (dir.), *Des attitudes aux attributions. Sur la construction de la réalité sociale* (p. 137-150). Grenoble : Presses de l'Université de Grenoble.
- Fatwa, S. T., Dewi., Weinhall, L. et Öhman, A. (2010). 'mainteningbalance and harmony': Javanese perceptions of health and cardiovascular disease. *Global Health Action*, 3(4660), 1-10.
- Feltz, D. L., Chase, M. A., Moritz, S. E. et Sullivan, P. J. (1999). A Conceptual Model of Coaching Efficacy: Preliminary Investigation and Instrument Development. *Journal of Educational Psychology*, 91(4), 765-776.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Numéro CaQMUb10942161. Evanston, Ill. : Row, Peterson.
- Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p. 224-239). Paris : Presse universitaire de France.
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales Dans J. C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p. 37-58). Paris : Presses universitaire de France.
- Fleurance, P. et Perez, S. (2008). *Interrogations sur le métier d'entraîneur : actes des "Entretiens de l'INSEP" des 11 et 12 octobre 2007* Numéro 000009666. Paris : INSEP.
- Fleuriel, S. et Sallé, L. (2009). Entre sport et médecine: de la formation à la pratique médicale. *Sciences sociales et santé*, 27(1), 73-98.
- Flick, U. (1998). The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health. *Social Science Information*, 37(4), 639-662. doi: 10.1177/053901898037004005
- Flick, U. (2000). Qualitative Inquiries into Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 5, 315-324.
- Flick, U. (2003). Health in the Context of Growing Old: Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 539-556. doi: 10.1177/13591053030085006

- Flick, U., Fischer, C., Neuber, A., Schwartz, F. W. et Walter, U. (2003). Health in the context of growing old: social representations of health. *J Health Psychol*, 8(5), 539-556.
- Flick, U., Fischer, C., Schwartz, F. W. et Walter, U. (2002). Social Representations of Health Held by Health Professionals: the Case of General Practitioners and Home-care Nurses. *Social Science Information*, 41(4), 581-602. doi: 10.1177/0539018402041004005
- Flick, U. et Rohnsch, G. (2007). Idealization and Neglect: Health Concepts of Homeless Adolescents. *Journal of Health Psychology*, 12(5), 737-749. doi: 10.1177/1359105307080595
- Fraïssé, C. (1999). *La représentation sociales de la médecine naturelle. Étude des liens entre structure de représentations et pratiques sociales*. Thèse de doctorat, Université de Provence Aix-Marseille1, Aix-en-Provence.
- Fraysse, B. (2000). La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités. *Revue des sciences de l'éducation*, XXVI(3), 651-676.
- Galipeau, J. et Trudel, P. (2009). Athlete learning in a community of practice. Dans R. L. Jones (dir.), *The Sports Coach as Educator. Reconceptualising Sports Coaching*. London : Routledge.
- Garnier, C. (1999). La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale. Dans M.-L. Rouquette et C. Garnier (dir.), *La genèse des représentations sociales* (p. 87-113). Montréal : Éditions nouvelles.
- Garnier, C., Marinacci, L. et Quesnel, M. (2007). Les représentations sociales de l'alimentation, de la santé et de la maladie des jeunes enfants. *Service social*, 53(1), 109. doi: 10.7202/017991ar
- Gaudreau, L. (2000). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. Dans C. Garnier et M.-L. Rouquette (dir.), *Représentations sociales et éducation* (p. 143-164). Montréal : Éditions nouvelles.
- Gee, S. (2009). Mediating sport, myth, and masculinity: The national hockey league's "Inside the warrior" advertising campaign. *Sociology of Sport Journal*, 26, 578-598.

- Gilbert, W. D. et Côté, J. (2013). Defining coaching effectiveness: a focus on coaches' knowledge. Dans W. D. Gilbert (dir.), *Handbook of Sports Coaching*. London : Routledge.
- Gilbert, W. D. et Trudel, P. (2004a). Analysis of Coaching Science research published From 1970-2001. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 75(4), 388-399.
- Gilbert, W. D. et Trudel, P. (2004b). Role of the Coach: How Model Youth Team Sport Coaches Frame Their Roles. *The Sport Psychologist*, 18, 21-43.
- Gingras, Y. (2013). *Sociologie des sciences* (1re éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Glaserfeld, v. E. (1974). Piaget and the radical constructivist epistemology. Dans C. D. Smock et v. E. Glaserfeld (dir.), *Epistemology and Education* (p. 1-24). Athens GA : Follow Trough Publications.
- Glaserfeld, v. E. (1981). The concepts of Adaptation and Viability in a Radical constructivist Theory of Knowledge. Dans I. E. Sigel, D. M. Brodzinsky et R. M. Golinkoff (dir.), *Piagetian Theory and Research* (p. 87-95). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*, 26(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.47
- Graham, I. D., Straus, S. E. et Tetroe, J. (2009). *Knowledge translation in health care : moving from evidence to practice*. Chichester : Wiley-Blackwell/BMJ Books.
- Green, L. W. et Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning : an educational and ecological approach* (3rd éd.). Numéro 000220450. Mountain View, Calif. ; Toronto : Mayfield.
- Green, L. W., Richard, L. et Potvin, L. (1996). Ecological Foundations of Health promotion. *Amercican Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281.
- Greenberg, J. S. (1985). Health and wellness: a conceptual differentiation. *J Sch Health*, 55(10), 403-406.

- Greenhalgh, T. et Wieringa, S. (2011). Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor? A critical literature review. *J R Soc Med*, 104(12), 501-509. doi: 10.1258/jrsm.2011.110285
- Guay, D. (1964). *L'éducation physique dans les écoles au Québec*. Lévis : La tribune de Lévis.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Numéro 000621297. Newbury Park, Calif. : Sage Publications.
- Guicherd-Callin, L. B., Girard, A., Massé, J.-C. et Sercia, P. (2013). Représentation sociale de la santé d'immigrants allophones de Montréal, Canada. *Psicologia e saber social*, 2(1), 89-103.
- Guimelli, C. (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Numéro 000404336. Neuchâtel, Suisse : Delachaux & Niestlé.
- Hawe, P. et Potvin, L. (2009). What Is Population Health Intervention Research? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), I8-I14.
- Healthy Stadia. (2006). *Healthy Stadia report 2005/2006*. United kingdom : Healthy Stadia.
- Hemsley-Brown, J. V. et Sharp, C. (2004). The use of research to improve professional practice: a systematic review of the literature. *Oxford Review of Education*, 29(4), 449-4470.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. Pref. de S. Moscovici*. Paris : Mouton.
- Houssaye, J. (1988). *Théorie et pratiques de l'éducation scolaire*. Numéro 000605094. Berne : P. Lang.
- Houtaud, A. (1998). *Sociologie de la santé. Langage et savoirs, environnement et éthique*. Numéro 000293031. Paris ; Montréal : L'Harmattan.
- Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *Br J Soc Psychol*, 45(Pt 1), 65-86. doi: 10.1348/014466605X43777

- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Hughner, R. S. et Kleine, S. S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health (London)*, 8(4), 395-422. doi: 10.1177/1363459304045696
- Illich, I. (1975). *Nemesis médicale l'expropriation de la santé*. Numéro 000921625. Paris : Éditions du Seuil.
- Institut national de santé publique du Québec. (2006). *Études des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2004*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Réussite éducative, santé, bien être: agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2012a). *Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2009-2010*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2012b). Les normes sociales et l'alimentation.
- International Olympic committee. (2009). The International Olympic Committee (IOC) Consensus Statement on Periodic Health Evaluation of Elite Athletes: March 2009. *Journal of Athletic Training*, 44(5), 538-557.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York : Holt.
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et représentation sociales: une étude "multi-objets" auprès des professionnels de santé et non-professionnels de santé. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2, 43-72.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici et J. C. Abric (dir.), *La Psychologie sociale* (p. 357-378). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989a). *Folies et représentations sociales*. Numéro 000590913. Paris : Presses Universitaires de France.

- Jodelet, D. (1989b). Les représentations sociales : un domaine en expansion. Dans J. D. (dir.) (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans V. Haas (dir.), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*. (p. 235-255). Rennes : Les Presses Universitaires de Rennes.
- Johnson, J. L. (2000). The health care institutions as a setting for health promotion. Dans B. Poland, L. Green et I. Rootman (dir.), *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice* (p. 175-216). California : SAGE Inc.
- Jones, R. L. (2009). *The sports coach as educator. Re-conceptualising sports coaching*. London : Routledge.
- Jones, R. L. et Wallace, M. (2005). Another bad day at the training ground: Coping with ambiguity in the coaching context. *Sport, Education and Society*, 10(1), 119-134. doi: 10.1080/1357332052000308792
- Jourdan, D., Picc, I., Aublet-cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M. L., Laquet-riffaud, A., . . . Glanddier, P. Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 4(14), 403-423.
- Jovchelovitch, S. et Gervais, M.-C. (1999). Social Representations of Health and Illness: The Case of the Chinese Community in England. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 247-260.
- Jovchelovitch, S. et Gervais, M. C. (1998). Health and identity: the case of the Chinese community in England. *Social Science Information*, 37(4), 709-729. doi: 10.1177/053901898037004008
- Joyce, B. R. et Weil, M. (1996). *Models of teaching* (5th éd.). Numéro 000369499. Boston ; Toronto : Allyn and Bacon.
- Jutras, S., Morin, P., Proulx, R., Vinay, M. C., Roy, E. et Routhier, L. (2003). Conception of Wellness in Families with Diabetic Child. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 573-586.
- Keegan, R. J., Harwood, C., Spray, C. et Lavallee, D. (2009). A qualitative investigation exploring the motivational climate in early career sports

participants: Coach, parent and peer influences on sport motivation. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 361-372. doi: 10.1016/j.psychsport.20

Keegan, R. J., Spray, C., Harwood, C. et Lavallee, D. (2010). The Motivational Atmosphere in Youth Sport: Coach, Parent, and Peer Influences on Motivation in Specializing Sport Participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 22(1), 87-105. doi: 10.1080/10413200903421267

Kokko, S. (2005). Sports clubs as a setting for youth health promotion. Dans T. Hoikkala, P. Hakkarainen et S. Laine (dir.), *Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy* (chap. 4, p. 338-354). Finnish Youth Research Network/Finnish Youth Research Society Publications.

Kokko, S. (2010). *Health promoting Sports Club. Youth sports clubs' health promotion profiles, guidances and associated coaching practice, in Finland* (vol. 144). Jyvaskyla :.

Kokko, S., Kannas, L. et Villberg, J. (2006). The health promoting sports club in Finland--a challenge for the settings-based approach. *Health Promot Int*, 21(3), 219-229. doi: 10.1093/heapro/dal013

Lalonde, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens. Un document de travail*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Ziam, S., Idrissi, O. et Castonguay, Y. (2008). *La recherche, comment s'y retrouver? Revue systématique des écrits sur le transfert de connaissances en éducation*. Québec : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports.

Lange, M. et Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et "éducation à...la santé, l'environnement et au développement durable": quelles questions, quels repères? *Didaskalia*, 28, 85 - 100.

Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Med Care Res Rev*, 56(2), 123-136.

Latour, B. (1989). *La science en action*. Paris : La Découverte.

Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Numéro 000259850. Paris : Éditions d'Organisation.

Le Moigne, J. L. (1994). *Le constructivisme*. Numéro 000403172. Paris : ESF.

- Le Moigne, J. L. (2012). *Les épistémologies constructivistes Que sais-je?*, (p. 127). (4e éd.). Paris : Presses Universitaires de France. Récupéré de
- Lèbe, R. M. (2010). L'éducation à la santé et l'école québécoise. Dans J. Grenier, J. Otis et G. Harvey (dir.), *Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire* (p. 5-23). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lemyre, F., Trudel, P. et Durand-bush, N. (2007). How Youth-Sport Coaches Learn to Coach. *The Sport Psychologist*, 21, 191-209.
- Llorens, N. (2008). *L'attitude des jeunes envers le dopage sportif* Westmount : Gouvernement du Canada. Récupéré de <http://www.youscribe.com/catalogue/presentations/l-attitude-des-jeunes-envers-le-dopage-sportif-369959>
- Lo Monaco, G. et Guimelli, C. (2008). Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin*. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 78, 35-50.
- MacDonald, C. (2014). Maculinity and sport revisited: A review of literature on hegemonic maculinity and men's ice hockey in Canada. *Canadian Graduate Journal of Sociology and Criminology*, 3(1), 95-112.
- Mallett, C., Trudel, P., Lyle, J. et Rynne, S. B. (2009). Formal vs. Informal Coach Education. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 4(3), 325-334.
- Manfreda, K. L., Bosnjack, M., Berzelack, J., Haas, I. et Vehovar, V. (2008). Web surveys versus other survey modes. A meta-analysis comparing response rates. *International Journal of Market Research*, 50(1), 79- 104.
- Mariotti, F. (2003). Tous les objets sociaux sont-ils objets de représentations sociales? Questions autour de la pertinence. *Journal international des représentations sociales*, 1(1), 2-18.
- Martinet, A. C. (2007). Savoir(s), connaître, agir et organisation: attracteurs épistémiques. Dans M.-J. Avenier et C. Schmitt (dir.), *La construction des savoirs pour l'action* (chap. 1, p. 29-48). Paris : L'Harmattan.
- Massé, R. (2009). Santé publique: enjeux éthiques et balises pour une ethnoéthique de la promotion de la santé. Dans H. Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et*

santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques (p. 59-80). Québec : Presses de l'Université Laval.

Matveiev, L. P. (1980). *La base de l'entraînement traduction - J.R. Amsler*. Numéro 000847998. Paris : Vigot.

McInerney, C. (2002). Knowledge management and the dynamic nature of knowledge. *Journal of the American Society for information Science and Technology*, 53(12), 1009-1018.

Mérini, C. et Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 16(1), 77. doi: 10.3917/savo.016.0077

Mérini, C., Victor, P. et Jourdan, D. (2013). *Le travail des enseignants en éducation à la santé: Analyse des dynamiques collectives du dispositif "apprendre à mieux vivre ensemble à l'école"*. Clermond-Ferrand, France : IUFM d'auvergne - IA du Puy de Dôme.

Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*.

Ministère de l'Éducation du Québec. (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2006). *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2015. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Moliner, P. (1993). Cinq questions à propos des représentations sociales. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 20, 5-14.

Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales de la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Numéro 000357014. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

- Moliner, P. (2001). *La dynamique des représentations sociales : pourquoi et comment les représentations se transforment-elles ?* Numéro 000229612. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Morency, L. et Bordeleau, C. (2012). *Le manuel de l'entraîneur sportif*. Numéro 001193929. Montréal : Québec Amérique.
- Morlot, R., Laurin, R., Lacassagne, M.-F. et Millot, I. (2010). Activité physique et consommation de fruits et légumes : représentations sociales en fonction de l'âge. *Santé publique*, 22(4), 417-424.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public etude sur la representation sociale de la psychanalyse*. Numéro 000965332. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public* (2e éd. ent. ref. éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1996). L'ère des représentations sociales. Dans W. Doise et A. Palmonari (dir.), *L'études des représentations sociales* (p. 34-80). Neuchâtel, Suisse : Delachaux & Niestlé.
- Moscovici, S. (2004). *La psychanalyse : son image et son public* (3e éd. éd.). Numéro 001134121. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. et Hewstone, M. (2011). De la sciences au sens commun. Dans S. Moscovici (dir.), *Psychologie sociale 2e ed* (chap. 21, p. 545-572). Paris : Presse Universitaire de France.
- Murray, M. (2003). Social Representations of Health and Illness among ' Baby-boomers' in Eastern Canada. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 485-499. doi: 10.1177/13591053030085002
- Murray, M. et Flick, U. (2002). Social Representations of Health and Illness: Qualitative Methods and Related Theories - an Introduction. *Social Science Information*, 41(4), 555-558. doi: 10.1177/0539018402041004003
- Myant, K. A. et Williams, J. M. (2005). Children's concepts of health and illness: understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. *J Health Psychol*, 10(6), 805-819. doi: 10.1177/1359105305057315

- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*.
- Nonaka, I., Toyama, R. et Konno, N. (2000). SECA, Ba and Leadership: a unified Model of Dynamic Knowledge Creation. *Long Range Planning*, 33(1), 5-34.
- O'Neill, M. (1977). *Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec*. Université Laval, Québec.
- O'Neill, M. (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson et I. Rootman (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (p. 42-61). Québec : Presses de l'Université Laval.
- O'Neill, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *Sozial- und Präventivmedizin / Social and Preventive Medicine / Médecine sociale et préventive*, 48(5), 317-326. doi: 10.1007/s00038-003-2036-4
- Onwuegbuzie, A. J. et Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa*. Ottawa : World health Organisation.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1991). *Déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé*. Geneve : World health organisation.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle*. Jakarta : World Health Organisation.
- Organisation mondiale de la santé. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Geneva : Organisation mondiale de la santé.
- Ouimet, M., Bédard, P.-O. et Lapointe, L. (2012). De la nature de la connaissance scientifique et de quelques enjeux liés à son transfert et à son utilisation. Dans C. Dagenais et É. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social* (chap. 5, p. 83-102). Montréal : Presse de l'Université de Montréal.

- Pace, C. S., Velotti, P. et Zavattini, G. C. (2012). Representations of health and illness by Eastern European, South American and Italian care workers: a qualitative study. *J Health Psychol*, 17(4), 490-499. doi: 10.1177/1359105311419269
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (chap. 8, p. 123-145). Paris : Armand Colin.
- Paquet, P. (2006). *De l'information à la connaissance*. Orléans : Laboratoire orléanais de Gestion.
- Parent, A. M. (1963). *Rapport de la commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*. Québec : Imp Desmarais.
- Parent, R., Roy, M. et St Jacques, D. (2007). A system-based dynamic knowledge transfer capacity model. *Journal of Knowledge Management*, 11(6), 81-93.
- Parlebas, P. (1999). *Jeux, sports et sociétés lexique de praxéologie motrice*. Paris : Institut national du sport et de l'éducation physique.
- Patrimoine Canada. (2002). *La politique Canadienne du sport* Ottawa : Gouvernement du Canada. Récupéré de <http://www.pch.gc.ca/pgm/sc/pol/pcs-csp/2003/polsport-fra.pdf>
- Pauwels, G. (2000). Quelle éducation pour quelle santé. *SPIRALE - Revue de recherches en éducation*, 25, 68-82.
- Pelikan, J. M., Ktajic, K. et Dietscher, C. (2001). The Health Promoting Hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45, 239-243.
- Pépin, E. (2008). Hockey sur glace et construction identitaire au Canada. *Études canadiennes/Canadian Studies*, 65, 43-56.
- Pépin, Y. (1994). Savoirs pratiques et savoirs scolaires: une représentation constructiviste de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 20(1), 63-85.
- Perez, Y. A. (2008). La pratique de la recherche-intervention dans les organisations : retour sur les modes de production des connaissances gestionnaires à partir du terrain. *Humanisme et Entreprise*, 288(3), 101. doi: 10.3917/hume.288.0101

- Perrin, C. (1997). Représentation des activités physiques et sportives et définitions de la santé. Dans E. Perrin (dir.), *Sociologie du sport* (p. 27-37). Genève : Médecine et hygiène.
- Perrin, C., Ferron, C., Gueguen, R. et Deschamps, J.-P. (2002). Lifestyle Patterns Concerning Sports and Physical Activity, and Perceptions of Health. *Präventimed*, 47, 162-171.
- Piaget, J. (1969). *Logique et connaissance scientifique*. Paris : Gallimard.
- Piaget, J. (1970). *Psychologie et épistémologie*. Numéro 000896804. Paris : Gonthier.
- Piaget, J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives problème central du développement*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Piasser, A. et Bataille, M. (2010). Of contextualised use of “social” and “professional”. Dans M. Chaïb, B. Danermark et S. Selander (dir.), *Professionalization and Social Representations - On the Transformation of Social Knowledge* (p. 44-54). New-york : Oxon : Routledge.
- Pierret, J. (1993). Constructing discourses about health and their social determinants. Dans A. Radley (dir.), *World of Illness* (chap. 1, p. 9-26). London : Routledge.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal : Gaetan Morin Éditeur.
- Poland, B., Green, L. W. et Rootman, I. (2000). *Settings for health promotion. Linking theory and practice*. Thousand Oaks, Calif. : Sage.
- Poland, B., Krupa, G. et McCall, D. (2009). Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promot Pract*, 10(4), 505-516. doi: 10.1177/1524839909341025
- Popper, K. R. (1968). *The logic of scientific discovery*. Numéro 000883571. New York : Harper & Row.
- Potvin, L., Di Ruggiero, E. et Shoveller, J. A. (2013). Pour une sciences des solutions: la recherche interventionnelle en santé des populations. *Santé en action*, 425, 13-16.

- Provencher, M. (1993). *La relation entre la santé et la culture organisationnelle à partir des représentations sociales de la santé chez des travailleurs dans le cadre d'un programme participatif de santé préventive en milieu de travail*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Ramognino, N. (2007). Normes sociales, normativités individuelle et collective, normativité de l'action. *Langage et société*, 119(1), 13. doi: 10.3917/lc.119.0013
- Renedo, A. et Jovchelovitch, S. (2007). Expert knowledge, cognitive polyphasia and health: a study on social representations of homelessness among professionals working in the voluntary sector in London. *J Health Psychol*, 12(5), 779-790. doi: 10.1177/1359105307080611
- Riegler, A. (2001). Towards a Radical constructivist understanding of Science. *Foundations of sciences*, 6, 1-30.
- Ripoll, H. (2012). *Le mental des coaches : manager la réussite sportive*. Numéro 001189849. Paris : Payot.
- Robertson, S. (2006). 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health (London)*, 10(2), 175-189. doi: 10.1177/1363459306061787
- Rouquette, M.-L. (1994). *Sur la connaissance des masses essai de psychologie politique*. Numéro 000416136. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Rouquette, M.-L. (1998). *La communication sociale*. Numéro 000294173. Paris : Dunod.
- Rouquette, M. L. (2009). *La pensée sociale : perspectives fondamentales et recherches appliquées*. Toulouse : Érès éditions.
- Roux-Perez, T. (2005). dynamique identitaires à l'échelle du temps: une étude de cas chez les enseignants d'éducation physique et sportive. *Science et motricité*, 56(3), 1378-1863.
- Roux-Perez, T. (2006). Représentations du métier d'enseignant et rapport à la formation chez les étudiants en STAPS : une identité professionnelle en construction. *STAPS: Revue des Sciences & Techniques des Activités Physiques & Sportives*, 73(3), 57-69.

- Rundstadler, L. et Chifflet, P. (2002). Le jeu de rôles des moniteurs dans les clubs de tennis. *STAPS: Revue des Sciences & Techniques des Activités Physiques & Sportives*, 57, 7-20.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. . *Clin Orthop Relat Res*, 455, 3-5.
- Salmi, M., Pichard, C. et Jousselin, E. (2010). Psychopathologie et sport de haut niveau. *Science & Sports*, 25(1), 1-10. doi: 10.1016/j.scispo.2009.10.002
- Santos, S., Jones, R. L. et Mesquita, I. (2013). Do Coaches Orchestrate? The working Practices of Elite Portuguese Coaches. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 84(2), 263-272.
- Saury, J. et Sève, C. (2004). *L'entraînement : les entraîneurs et leurs pratiques*. Numéro 000159647. Paris : Éditions Revue EP.S.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenty et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation: étapes et approches* (chap. 6, p. 123-150). Sherbrooke : Édition du CRP.
- Schempp, P. G., McCullick, B. et Mason, I. S. (2009). The development of expert coaching. Dans W. D. Gilbert (dir.), *The sports Coach as Educator. Re-conceptualising Sports Coaching* (chap. 11, p. 145-161). London : Routledge.
- Seca, J.-M. (2010). *Les représentations sociales* (2e éd.). Numéro 001120817. Paris : Armand Colin.
- Simonneaux, L. (2003). Enseigner des savoirs "chauds": l'éducation biotechnologique entre sciences et valeurs. Dans J. P. Astolfi (dir.), *Education et formation: nouvelles questions, nouveaux métiers* (chap. 7). Paris : ESF.
- Sport England. (2008). *Healthier communities. Improving health and reducing health inequalities through sport*. London : Sport England.
- Sport Pur. (2012). *L'histoire de Sport pur*. Récupéré de <http://www.truesportpur.ca/fr/page-10-1-histoire-de-sport-pur>
- St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A. et McCall, D. (2007). School health promotion. Achievements, challenges and priorities. Dans D. V. McQueen et C. M. Jones

- (dir.), *Global perspective on health promotion effectiveness* (chap. 8, p. 107-124). New York, NY : Springer.
- Taylor, V. (1990). Health education - a theoretical mapping. *Health Education Journal*, 49, 13-14. doi: 10.1177/001789699004900104
- Thomas, A., Menon, A., Boruff, J., Rodriguez, A. M. et Ahmed, S. (2014). Applications of social constructivist learning theories in knowledge translation for healthcare professionals: a scoping review. *Implement Sci*, 9, 54. doi: 10.1186/1748-5908-9-54
- Tones, K. (1990). Why theorise? Ideology in health education. *Health Education Journal*, 49(1), 2-6. doi: 10.1177/001789699004900101
- Tones, K. (2002). Reveille for Radicals! The paramount purpose of health education? *Health Education Research*, 17(1), 1-5.
- Tremblay, B. (2007). *Portrait des traumatismes d'origine récréative et sportive au Québec* Trois Rivière : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Récupéré de <http://www.meq.gouv.qc.ca/loisirSport/pdf/PortraitTraumaRecreSport.pdf>
- Trudel, P. et Gilbert, W. D. (2013). The Role of Deliberate Practice in Becoming an Expert Coach: Part 3 – Creating Optimal Settings. *Olympic coach magazine*, 24(2), 15-28.
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J. et Dooris, M. (1998). *Health promoting universities : concept, experience and framework for action - See more at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/108095#sthash.ahemIFCF.dpuf>*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Turcotte, S. (2006). *L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique : analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire*. Université du Québec à Montréal, Montréal. Récupéré de <http://acesbib.uqam.ca/cgi-bin/bduqam/transit.pl?&noMan=24676582>
- Turcotte, S., Otis, J. et Gaudreau, L. (2007). Les objets d'enseignement-apprentissage: éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. *STAPS*, 1, 115-129.
- Valence, A. (2010). *Les représentations sociales* (1ère éd.). Numéro 001145288. Bruxelles : De Boeck.

- Véga, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-132. doi: 10.3406/sosan.1997.1405
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent. Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, XLV, 203-209.
- Vienneau, R. (2005). *Apprentissage et enseignement : théories et pratiques*. Numéro 000374875. Montréal : G. Morin.
- Vigarelo, G. (1993). *Le sain et la malsain. Santé et mieux-être depuis le moyen âge*. Paris : Édition du seuil.
- Vygotskii, L. S. (1997). *Pensée et langage* (3e éd.). Paris : La Dispute.
- Whitehead, D. (2006). The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 123-131. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.11.008
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I. et Witney, E. (2001). Settings based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16(4), 339-353.
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research: exploring the meanings of health and illness. *J Health Psychol*, 3(3), 329-348. doi: 10.1177/135910539800300304
- Williams, R. (1983). Concepts of health: An Analysis of Lay Logic. *Sociology* 17(2), 185-205.
- World Health Organisation. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Genève : World Health Organisation.
- Wright, T., Trudel, P. et Culver, D. (2007). Learning how to coach: the different learning situations reported by youth ice hockey coaches. *Physical Education & Sport Pedagogy*, 12(2), 127-144. doi: 10.1080/17408980701282019
- Wyke, S., Hunt, K., Gray, C. M., Fenwick, E., Bunn, C., Donnan, P. T., . . . Treweek, S. (2015). *Football Fans in Training (FFIT): a randomised controlled trial of a gender-sensitised weight loss and healthy living programme for men - end of study report*. Numéro 25654156. Southampton (UK) :. doi: 10.3310/phr03020