

La pédagogie de l'interstice

Stéphane Tessier¹

1 Introduction

L'éducation pour la santé, au même titre que l'éducation thérapeutique du patient fait maintenant partie du paysage méthodologique et institutionnel de la santé publique. Pour autant, les méthodes employées et les ressorts psychosociaux mobilisés par leurs acteurs au quotidien restent souvent empiriques, lorsqu'ils ne sont pas implicitement et directement inspirés de l'éducation formelle. On voit ainsi plaquer des techniques d'enseignement là où *a minima* le contexte de la santé et/ou de la maladie devrait requérir une démarche pédagogique spécifique. L'actuelle institutionnalisation de l'éducation thérapeutique du patient a permis d'identifier des compétences pédagogiquesⁱ à l'origine de formations destinées à outiller les professionnels de santé. Cependant, loin de stimuler la modification du paradigme pédagogique vertical à l'œuvre dans le monde médical, cette institutionnalisation a poussé la médecine à intégrer l'éducation thérapeutique du patient au sein de son propre modèle du sachant. Ainsi, les méthodes proposées d'évaluation des actions d'éducation thérapeutique du patient relèvent pour la plupart de l'épidémiologie analytiqueⁱⁱ, alors qu'on pourrait attendre une docimologie qualitative reposant sur l'acquisition de compétences psycho sociales dont on sait l'impact sur les comportements de santéⁱⁱⁱ.

La thèse en sciences de l'éducation portant sur de nombreuses expériences éducatives françaises et internationales a permis de dégager un modèle pédagogique spécifique qui s'applique à ce type d'éducation, singulièrement dans des conditions difficiles ou défavorables. Ainsi, ce modèle ne prétend nullement se substituer aux méthodes classiques, ni, par ailleurs, se limiter au seul champ de la santé, mais il vise à permettre aux participants d'acquérir des aptitudes à apprendre, en amont ou en toile de fond de l'apprentissage de nouvelles compétences.

2 Démarche

La démarche de recherche a mobilisé la théorie ancrée^{iv}, processus de construction progressive de la théorie à partir des expériences pratiques, mais ici en en faisant une application rétrospective. De fait, les expériences relatées proviennent de l'expérience personnelle de trente années d'interventions dans des contextes extrêmement variés dont seules ont été retenues celles qui ont fait l'objet d'analyses scientifiques et de publications. La théorie ancrée s'est appliquée à la relecture des archives, redéfinissant et affinant les concepts théoriques au fur et à mesure de la réflexion et de l'écriture.

Chaque expérience éducative, mais aussi d'autres analyses intercurrentes telles que celle des processus d'institutionnalisation mis en œuvre par l'hôpital spirite de Sete Lagoas^v, ou des actions d'intermédiation culturelle menées au tribunal pour enfants^{vi} ont été ainsi mises en perspective. La grande diversité des champs et contextes d'intervention a permis de dégager des invariants qui autrement auraient pu être facilement masqués par des similarités contingentes.

De par son caractère rétrospectif, la démarche ne favorise guère le processus de catégorisation initial préconisé par les auteurs de la théorie ancrée. Ici, les différentes catégories retenues et

¹ Association REGARDS <http://dautresregards.free.fr>, Mairie de Vitry-sur-Seine, chercheur associé au laboratoire de pédagogie des sciences de la santé EA3412, Paris 13.

décrites ont émergé au fil de l'eau, en passant au crible les expériences, en en vivant d'autres puisque ma pratique professionnelle me faisait exercer des actions éducatives, en revisitant les articles rédigés. La démarche fut donc de conserver les idées qui apparaissaient pertinentes, éliminant les autres, et de tester en permanence la reproductibilité des concepts d'une expérience à l'autre, et de leur praticabilité au quotidien.

Ainsi, si la croyance au cœur de la relation de remise en ordre était au départ du projet de thèse, l'imaginaire apparaît dans la description des actions mais n'est théorisé qu'après deux années de travail. Il en fut de même pour les émotions et l'affectivité qui ont été structurées en tant que catégories en cours de démarche. Enfin, le modèle ici proposé n'a émergé comme évidence qu'en toute dernière instance, lors de la rédaction finale.

2.1 *L'INSTITUTION*

La réflexion s'est articulée autour du concept d'interstice, conçu comme partie exclue (mais pas forcément externe) de l'institution qui en détermine les limites. Il fallut donc trouver une définition de cette institution, analyser et comprendre les mécanismes psychologiques et anthropologiques à l'œuvre dans le processus institutionnel. Michel Foucault^{vii} et Pierre Legendre^{viii} éclairent les mécanismes qui imprègnent les organisations humaines et leurs « montages » symboliques, mais aussi Ervin Goffman et ses descriptions des institutions totales^{ix}. L'analyse historique de ces montages et leurs répercussions sur les secteurs institutionnels tels que la justice et la médecine permettent de cerner les modalités de fabrication de l'imaginaire social et des façons d'être ensemble au monde. La fonction de remise en ordre collectif d'un désordre singulier offert par le malade ou le justiciable apparaît ainsi une fonction cardinale de ces institutions. Pour ce faire, l'institution va transformer la souffrance individuelle en élément collectif au travers du langage. La définir, la circonscrire demande à la nommer pour donner au mystère cette forme compréhensible, intelligible, communicable donc humainement maîtrisable. Nommer l'indicible va permettre, par l'induction du contraire, de construire le remède, d'imaginer les puissances bénéfiques qui vont pouvoir remettre en ordre.

Les exemples de la mobilisation des institutions judiciaires et médicales abondent, en particulier scandant les phases clés de la vie : naissance, mariage, décès.

2.2 *DE L'INSTITUTION À L'INTERSTICE*

De cette analyse des institutions découle l'identification de ce qui n'est pas, ou plus, ou n'a jamais été institution, ou ne l'est pas encore, rejeté ou élaboré à ses confins. Mais, concept acquis grâce à cette recherche, l'interstice peut aussi prendre la forme de « vacuoles^x » intégrées dans les espaces de liberté ménagés au sein même de l'institution, dont un exemple est l'éducation thérapeutique du patient en milieu hospitalier. Ayant défini plusieurs dimensions interstitielles : temporelles, spatiales ou morales, le décryptage des mécanismes qui y sont à l'œuvre a pu débuter. De fait, ces processus sont totalement dépendants des institutions, à la fois directement par les contraintes imposées par celles qui le bornent, et indirectement par le truchement des concepts mis en œuvre par les personnes qui le peuplent. Ces dernières, en effet, projettent dans l'interstice leur propre socialisation, nécessairement d'origine institutionnelle.

Ce premier décryptage permet de dépasser le « ni-ni », processus de définition de l'interstice en creux par l'affirmation de ce qu'il n'est pas, en une approche plus positive de « est-et », traduisant les alliances qui s'y nouent et qui confèrent à ces espaces une existence propre. La structuration des liaisons institution-interstice définit ainsi le cadre au sein duquel une intervention éducative peut être envisagée.

2.3 L'ÉTHIQUE

L'éthique du travail quotidien prend une forme singulière lorsqu'on aborde les questions d'éducation pour la santé. Celle-ci est en effet historiquement chargée puisque successivement les dogmes religieux et moral ont prétendu commandé aux individus et aux familles les manières d'être et de faire. La transgression se sanctionnant par le châtement de la maladie. Au retour de l'avènement du nazisme qui avait érigé ce dogme sanitaire moral à sa plus horrible extrémité absurde, il fallut reconstruire une légitimité d'intervention qu'aucun dogme ne pouvait plus sous tendre. C'est ainsi que s'est développé la notion d'éthique qui visait à guider les interventions dans le respect de la liberté de chacun, son autonomie, sa responsabilisation et le respect de ses propres compétences. À la suite des textes internationaux d'Alma Ata en 1978^{xi} et surtout Ottawa en 1986^{xii}, une charte d'éthique a été élaborée au sein des intervenants en éducation pour la santé, charte qui est d'une brûlante actualité.

Ainsi les questions de lutte contre les inégalités de santé, la prise en compte de l'environnement dans lequel s'intègre la personne (et les impossibilités de mettre en œuvre les conseils), le respect des comportements même les plus périlleux comme étant autant d'états d'équilibre, la proscription du recours à la peur, à la stigmatisation ou à la culpabilisation permettent de structurer des actions éducatives qui respectent l'individu et répondent au premier principe de la médecine : d'abord ne pas nuire.

Ces questions d'éthique seront fondamentales dans la mobilisation de la pédagogie de l'interstice en ce qu'elle fait appel aux émotions et peut facilement offrir des caractéristiques manipulatoires. La vigilance est donc extrême.

2.4 LES MODÈLES DISPONIBLES

Différents modèles pédagogiques théoriques et pratiques ont été élaborés depuis que Jean-Jacques Rousseau^{xiii} tenta de proposer des alternatives à un enseignement réputé excessivement contraignant et bridant les capacités des élèves. Aucun cependant ne semble pouvoir entièrement rendre compte des expériences d'éducation en santé en milieu précaire.

Les éducations en santé relèvent de ce qu'il est convenu d'appeler l'éducation non formelle, c'est à dire l'éducation effectuée avec une volonté pédagogique mais hors institution, se distinguant en cela de la pédagogie formelle qui est institutionnalisée et de la pédagogie informelle, non institutionnelle et sans volonté éducative, « osmose avec l'environnement »^{xiv}.

Les modèles les plus couramment convoqués en éducation pour la santé, moins souvent en éducation thérapeutique du patient, relèvent de l'éducation populaire et surtout de la pédagogie de l'opprimé de Paulo Freire^{xv}. Cette dernière repose sur un principe de conscientisation des participants, leur permettant de surmonter et de dépasser leurs propres obstacles mentaux intériorisés.

2.5 LES CHAMPS D'EXPÉRIENCE

Espaces et thèmes étudiés	Enfants des rues	Éducation pour la santé	Éducation thérapeutique du patient
Périodes	1990-2000	Actions 1978-encore actuellement Recherches 1990-2008	Actions 1982-86 2000-2008 Recherches 2000-2008 et reprises actuellement
Lieux d'actions et de recherches	Brésil, Colombie, Congo Brazzaville, Egypte, France, Indonésie, Zaïre (aujourd'hui République Démocratique du Congo)	Botswana, Brésil, Centra- frique, France, Ouganda, Pakistan, Sénégal. Toutes les recherches ont été menées en France	Premier contact au Bots- wana Toutes les recherches ont été menées en France
Expériences décrites	Paris Gamins de l'Art Rue 1994 Petit Chat miroir au Con- go, Brazzaville-Kinshasa 1995 Paris préadolescents 1995 « <i>Chuva de Pedras</i> » Belo Horizonte, 1996	Santé et travail de rue, Ile- de-France 1994 Ateliers santé CHRS- Prisons Ile-de-France 2000-2012 Éducation nationale Ile-de-France : Tabac 2000-2008 Nutrition 2007	Études et analyses per- sonnes âgées Paris 2000-2008 Bretonneau Paris 2005-2006 Insuffisance Cardiaque Ile-de-France 2006-2008

La grande diversité des expériences traversées tant dans leur localisation que dans le public concerné offre la possibilité de permettre de bien identifier les invariants qui se dégagent des contingences des contextes.

2.5.1 Les enfants des rues

Archétype de la notion d'interstice, la rue est l'espace de toutes les marges, tous les phantasmes et toutes les violences, tant physiques que symboliques. Intervenir auprès de ces enfants engendre une très grande responsabilité éthique des acteurs et des chercheurs. Il est donc naturel que la réflexion rétrospective sur les actions de terrain commence par l'étude approfondie des enfants des rues^{xvi}, en décortiquant les logiques de leur présence dans la rue et des modes de socialisation qu'ils y puisent.

Parmi les expériences éducatives menées dans la décennie 1990-2000, certaines sont plus facilement illustratives car recoupant l'éducation pour la santé. Une expérience parisienne qui ne concerne pas à proprement parler des enfants des rues mais des préadolescents en grande difficulté traitait des questions de sexualité et de relations garçons-filles. Longuement décrite par ailleurs^{xvii}, cette expérience organisée lors d'un séjour de vacances permettait aux enfants de se projeter dans un espace tiers totalement étranger à leur milieu habituel et à leurs représentations qui mobilisait des outils très spectaculaires (indonésiens) stimulant les cinq sens. Articulant imaginaire et information concrète pendant trois séances, l'action donnait la parole et le geste aux enfants, à charge pour eux de se construire une nouvelle façon d'être au monde, valorisante et gratifiante. Chaque journée correspondait à une période de la vie adolescente : sortie de l'enfance, puberté, autonomie et indépendance. Le dialogue était direct ou indirect par l'intermédiaire de questions écrites anonymes (ou non, selon le souhait de l'enfant). Différents niveaux de communication ont successivement été utilisés afin d'amener

les enfants progressivement au passage de l'imaginaire au réel et à la construction d'un dialogue avec un adulte référent :

- * Le recours à des marionnettes indonésiennes qui servent de référence en structurant un univers imaginaire. Animées par une metteuse en scène professionnelle, elles sont au nombre de trois, reprenant l'idéal type familial : père, mère, enfant, mais avec des caractéristiques très spectaculaires.

- * Un travail sur l'identité de chaque enfant et leur place dans le groupe, tant dans le réel que dans leurs projections imaginaires mobilisant des figures d'animaux. Ce travail est dirigé par la metteuse en scène via les marionnettes.

- * L'utilisation de vidéos mettant en scène la vie d'animaux et leurs parades de séduction un peu spectaculaires, loin des univers habituels de ces enfants ;

- * L'appel à un adulte référent, éducateur de l'association déguisé, en retrait au début de la formation, caché derrière le castelet, puis interpellé par les marionnettes et répondant aux questions des enfants. Il faut noter que les enfants ont parfaitement accepté ce déguisement. Même s'ils reconnaissaient leur éducateur sous le masque, ils ne voulaient pas qu'il se dévoile et lui conféraient ce rôle de médiateur entre l'imaginaire et leur monde réel. Le surnom qui lui était alors donné lui est resté des années durant !

- * Plusieurs contes qui permettaient de relier l'univers imaginaire à une culture orale. Les contes étaient lus par l'éducateur déguisé.

- * Une série d'improvisations des enfants sur des thèmes qu'eux-mêmes définissaient, en utilisant des masques indonésiens transformés en grandes marionnettes à manchon derrière lesquelles ils pouvaient éventuellement se cacher.

- * L'utilisation de vidéos didactiques en dessin animé² expliquant les relations entre la sexualité, la puberté, les relations affectives et familiales, en choisissant celles qui n'étaient pas trop « mécaniques » ;

- * Le recours à des questions écrites par les enfants lues et traitées dans une mise en scène associant en même temps un travail sur la communication de l'enfant avec l'adulte et la réponse à ses questions. Celles-ci étaient déposées chaque jour dans une boîte à lettres qui restait à la disposition des enfants durant l'ensemble du séjour, même la nuit.

- * La possibilité de faire des dessins ou d'utiliser d'autres modes d'expression de leur choix.

Cette action, mobilisée à deux reprises, a démontré une grande efficacité sur les représentations et la socialisation des enfants concernés mais elle fut considérée comme trop onéreuse et dû être interrompue.

2.5.2 Éducation pour la santé

Deuxième champ d'expériences, l'éducation pour la santé est une activité fréquente, même si très souvent, les actions menées en son nom n'ont qu'un lointain rapport avec ce qu'elle représente et restent très scolaires, car épistémologiquement, elle peine encore à trouver une place académique. La réflexion éthique qui s'est développée depuis les grands textes fondateurs permet de structurer les conditions d'acceptabilité et de légitimation de l'intervention.

Dans ce cadre, les actions éducatives ont été organisées depuis 1999 directement dans l'interstice (marginalisé comme décrit ci-dessus), mais elle a pu aussi se développer en créant un interstice au sein de l'institution. En effet, dans des structures très contraignantes comme l'Éducation nationale, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), ou *a fortiori* la prison, intervenir en éducation pour la santé sous une forme qui ne soit pas scolaire

² Le bonheur de la vie, série vidéo éditée par le CFES et France 3, Valence : Folimage, non daté, années 1990.

ou répressive revenait à organiser une activité baroque et inédite. Aussi, l'institution devait-elle ménager des espaces et des temps séparés où les actions menées tranchaient avec les pratiques habituelles sans que sa posture soit menacée.

Depuis 2000, une quarantaine d'ateliers ont été organisés dans les espaces très précarisés que sont les CHRS, les centres de détention ou maisons d'arrêt. Organisés sur cinq séances à raison d'une tous les quinze jours, ces ateliers mobilisent une comédienne et un professionnel de la santé. Les participants peuvent venir ou repartir librement, l'expérience montrant qu'un noyau dur de 5 à 10 personnes se constitue rapidement et se stabilise.

La première séance est un espace ouvert où les personnes s'inscrivent dans la démarche et choisissent un thème déterminé ainsi qu'un support : création d'une pièce de théâtre, d'une fresque, de textes, ou tous en même temps. Cette première séance est celle où s'installent la création d'un univers imaginaire dans lequel les participants vont pouvoir s'investir et l'élaboration d'une croyance (entre autres, celle que tous les protagonistes de l'affaire vont en tirer un bénéfice). Les trois séances suivantes approfondissent la thématique tout en structurant la représentation finale du support retenu. Lors de ces séances, les participants sont invités à mobiliser leur sensorialité, à retrouver les limites de leur corps en bougeant, en se touchant mutuellement. La dernière séance est une représentation destinée à l'ensemble des détenus ou des hébergés, généralement de 15 à 50 personnes.

En règle général, la première série d'ateliers effectuée au sein d'une structure (ou revenant après une interruption longue d'une année, par exemple) est le stress. Ces ateliers représentent en effet le seul espace de parole collectif bienveillant qui leur est proposé, tant en prison qu'en CHRS et la douleur de la vie en collectivité émerge toujours d'entrée comme première problématique

Il faut souligner que, dans le cadre d'un autre projet d'éducation pour la santé inscrit dans le contexte de l'Éducation nationale, nous avons pu développer des outils quantitatifs consistants qui ont permis de démontrer statistiquement l'efficacité du dispositif^{xviii}. Ainsi, dans les lycées du programme, 14% des garçons fumeurs s'arrêtaient de fumer dans l'année contre aucun dans les lycées témoins et seulement 4% des filles non fumeuses commençaient à fumer dans l'année, contre 11% dans les lycées témoins. Chaque sexe avait trouvé un appui spécifique dans l'action éducative, ce qui se traduisait aussi par une évolution singulière des postures à l'égard du tabac selon les stades de Prochaska^{xix}, avec les non-fumeurs y puisant des outils pour aider leurs amis, les fumeurs heureux se posant des questions, etc.

2.5.3 Éducation thérapeutique du patient

Troisième champ où la pédagogie de l'interstice a pu s'appliquer rétrospectivement, l'éducation thérapeutique du patient qui reprend et développe cette notion d'interstice « vacuaire » à l'intérieur de l'institution en donnant aux soignants une fonction et une posture qu'ils ne sont pas habitués à assumer. C'est ce que Maryvette Balcou-Debussche appelle créer un « nid d'apprentissage^{xx} ».

Ces actions, menées dans les années 2000-2008, concernaient différents publics et thématiques, le plus souvent dans le champ de la cardiologie.

Une action a été menée dans quatre hôpitaux de la région parisienne, reprenant les principes de l'éducation thérapeutique du patient (diagnostic éducatif individualisé, contrat éducatif, organisation d'ateliers collectifs, etc.) sur la thématique de l'insuffisance cardiaque chronique. Le recours à l'imaginaire était moins facile que dans les deux champs précédents, la marge de

manœuvre interne à l'institution hospitalière étant beaucoup plus réduite.

Dans chacun des sites un circuit des patients a été organisé et des ateliers collectifs mobilisant kinésithérapeutes, diététiciennes, médecins ont été organisés. Les méthodes retenues étaient interactives, surtout pour les régimes alimentaires et les exercices physiques.

L'argument qui relevait le plus de la pédagogie de l'interstice était l'articulation de toutes ces activités avec le projet de vie du patient. Cette projection imaginaire dans un au-delà de « l'insuffisance cardiaque chronique » dont la terminologie est particulièrement péjorative, leur a permis de croire au sens le plus profond du terme à la possibilité pour le moins de stabilisation voire d'amélioration de leur situation.

Le recours très important à la sensorialité du patient qui devait retrouver confiance en ses perceptions (reconnaître les signes d'alerte, œdèmes, etc.) associé aux exercices physiques de kinésithérapie leur a permis d'investir positivement leur corps.

Les émotions partagées de renouer avec des possibilités physiques et d'obtenir un dialogue d'une autre nature avec le personnel soignant étaient très fortement ressenties et exprimées.

Malgré tout, l'opération se déroulait dans un lourd contexte institutionnel, la rapprochant des actions menées en éducation pour la santé en milieu scolaire. La pression institutionnelle était en effet très forte et infantilisante, comme le démontre la certaine candeur du document produit par une des équipes afin d'être distribué aux patients.

3 *La pédagogie de l'interstice*

Les différentes expériences très brièvement décrites ici concourent à asseoir les fondamentaux de cette pédagogie, en décryptant rétrospectivement ce qu'il s'y est joué. Les outils mobilisés ont été progressivement dégagés de leur empirisme pour pouvoir être systématisés. Ainsi se constitue un nouvel appareillage théorique de l'intervention appelé « pédagogie de l'interstice » dont l'objectif n'est pas stricto sensu l'enseignement, mais l'acquisition d'aptitudes à apprendre, en ayant confiance dans ses propres compétences.

La première question posée par l'intervention dans l'interstice est celle de sa légitimation. La pédagogie de l'interstice a ainsi pour moteur initial une réflexion et une posture éthiques bien définies de l'intervention inter-humaine dont les attendus sont clairement à l'œuvre dans les différentes actions décrites. La Charte d'Ottawa est convoquée en permanence, singulièrement dans ses postures de respect de la liberté de l'individu, de la reconnaissance de ses compétences, de la promotion de la santé et surtout du véritable objectif de l'intervention : l'empowerment des participants et l'amélioration de leur estime d'eux-mêmes.

La reconquête de la maîtrise de son corps et de son destin par la personne est à la base de toute intervention éducative dans ce cadre. Ce postulat implique la recherche constante d'amélioration de l'estime de soi des participants, quel que soit le thème ou le public retenu, prenant pour acquis que quelqu'un qui s'aime bien se mettra moins en danger, prendra mieux soin de lui, se sentira plus concerné par les informations et les mettra en œuvre « parce qu'il le vaut bien ». En d'autres termes, la fin ne justifie jamais les moyens et la peur, la culpabilité ou la stigmatisation, dévastateurs de l'estime de soi, ne sauraient être des outils éducatifs.

Par ailleurs, l'éducation en santé (autant l'éducation pour la santé que l'éducation thérapeutique du patient) est vectrice d'inégalité, les individus les mieux outillés s'appropriant toujours mieux les informations et se sentant plus concernés que les autres. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des actions spécifiquement orientées vers les publics les plus à l'écart des circuits d'information.

Sur la base de cette éthique, quelques fondamentaux méthodologiques traduisent le type d'intervention recherché par la pédagogie de l'interstice :

Le recours à la parole directe, en face à face, non médiée par un quelconque dispositif, qui permet un processus de mimétisme, de partage de sensorialité humaine ré-humanisant une relation trop souvent virtuelle ou cliniquement mécanisée.

L'intervention collective qui permet de structurer un discours partagé en confrontant les représentations des uns aux autres, mais aussi en autorisant une liberté et un discours plus distancié et du coup ludique.

La mobilisation d'outils artistiques qui stimulent l'imaginaire, permettent la sensorialité et développent la corporéité.

3.1 LES COMPOSANTS ET LEURS ARTICULATION

Les composants qui sont ici décrits n'ont pas été inventés pour la circonstance, ils traversent toutes les relations institutionnelles avec plus ou moins de force et Pierre Legendre a particulièrement éclairé cette fonction institutionnelle de « théâtralisation du monde^{xxi} ». Cependant, ces composants ne sont jamais explicités ni même objectivement pensés dans la cohérence de leur articulation. Ce n'est qu'en réfléchissant sur certains actes institutionnels et en élargissant la grille d'analyse à certains rituels comme la consultation médicale que dans la thèse on élargit à l'audience chez le juge, que leur présence peut apparaître clairement en dehors des institutions. La pédagogie de l'interstice entend objectiver leur existence, leur usage et leur articulation dans un contexte interstitiel.

3.1.1 L'imaginaire

L'imaginaire est le premier composant mobilisé par les acteurs. C'est le socle de l'intervention, partagé par les intervenants et les participants. Il permet de s'abstraire d'une réalité interstitielle parfois très violente. L'éducateur doit faire rêver d'être ailleurs, en bonne santé, et surtout rêver d'être digne de respect.

Cet imaginaire est bien connu des éducateurs aux prises avec le « montage de projets ». Un voyage, une croisière, une ascension, bref un « ailleurs » est souvent convoqué pour structurer l'idée positive de demain. Ce « faire rêver » est tout aussi nécessaire pour les questions de prévention en santé exigeant une projection positive dans le futur. En l'absence de telle projection, à quoi bon consentir des efforts aujourd'hui ? Dans la relation de soin, la part du rêve (autour du retour d'un corps sain) est toujours présente mais, étant niée par les soignants, elle n'est pas contrôlée.

D'emblée apparaît ainsi le péril de cette démarche qui exige un très solide encadrement éthique pour que les intervenants ne s'engagent pas dans la manipulation brute des participants dont la vulnérabilité est constante, au travers de leurs imaginaires.

3.1.2 La croyance

L'éducateur doit faire croire aux rêves. Encore un passage délicat qui requiert une solide posture éthique. Legendre situe la croyance à la source de toute légitimité institutionnelle. Dans le cadre de l'interstice, cette croyance est tout aussi importante et jouera le même rôle légitimant. Croyance des participants en la bienveillance des acteurs, dans la pertinence de l'espace imaginaire construit, dans la qualité esthétique de ce qui va être produit, dans la capacité de transgresser les limites institutionnelles qui n'apparaissent plus dès lors infranchissables et, *in fine*, dans leur propre valeur. On retrouve ainsi l'estime de soi.

Ceux qui « n’y croient pas » s’en vont, quittent l’action. Cependant, ils la rejoindront ultérieurement ou, quoiqu’il arrive, en parleront « hors champ » avec les autres protagonistes.

La notion de croyance est implicite dans le soin, mais elle est bien présente. Croyances dans la capacité de guérir, dans la pertinence des choix stratégiques. Au sein des représentations médicales, on sait qu’un patient qui « n’y croit pas » aura moins de chance de guérir. De même, un médecin qui ne « porte pas » sa prescription détruira l’effet placebo et réduira son efficacité. Mais tout comme l’imaginaire, la part de croyance dans le soin froidement clinique est niée, donc incontrôlée. Au mieux les praticiens parlent de « confiance » dont l’étymologie croise la foi.

3.1.3 Le concret

Sur ce socle abstrait, les actions éducatives vont mobiliser des outils bien matériels qui reposent sur la sensorialité, ré-apprivoisant les perceptions, sur la corporéité qui revalorise le corps en l’acceptant dans ses difficultés, sur l’affectivité et l’émotion qui suscitent un engagement réciproque, sur le sentiment d’appartenance positive à un groupe pour aboutir finalement à l’empowerment des participants.

Faire sentir

Le travail sur la sensorialité, sujet tout aussi délicat que les précédents, permet de construire une nouvelle relation de l’individu à son propre corps et de transformer celles qu’il entretient avec son environnement. L’objectif est de leur faire reprendre conscience de la pertinence de leurs perceptions. Pour que l’émotion prenne corps et que l’imaginaire s’investisse, il ne peut être question d’abstraction *a fortiori* dans l’espace interstitiel. Il faut voir, entendre, toucher, sentir, goûter, et reprendre confiance dans ce que ses sens informent. De plus, partagée avec celle des intervenants qui sont dans le même environnement, cette sensorialité peut fonder le premier lien rassemblant les deux groupes.

Bien entendu, la sensorialité n’est pas absente de l’acte médical dont elle était au fondement même à la naissance de la clinique. Mais elle est discréditée, tant dans la fiabilité réputée faible des descriptions faites par les patients, que dans celle, encore plus incertaine, des palpations et autres auscultations du médecin.

Faire bouger

Structurer l’inscription de la personne dans une corporéité positive, c’est-à-dire un être au monde plus valorisant, fait appel à des techniques proches de l’art-thérapie. La mobilisation du corps au travers de multiples techniques (danse, théâtre, gestuelle, etc.) permet de rebâtir une confiance en soi et dans son image telle qu’elle est émise, perçue et renvoyée par les autres.

L’objectif poursuivi est que la personne puisse se regarder positivement dans les yeux des autres, en premier lieu ceux des intervenants, et accepter en retour son schéma corporel.

La consultation médicale se structure à l’opposé, ne mobilisant le corps du patient que pour en débusquer les défauts.

Faire aimer

L’éducateur doit se saisir de la dimension affective pour répondre présent à ces enjeux inséparables de la relation éducative, tout en se gardant des manipulations.

L’affectivité mobilisée dans les processus pédagogiques et l’émotion réciproque qu’elle peut susciter sont des moteurs essentiels pour dépasser les clivages et les exclusions ressenties. C’est aussi cette affectivité démontrée qui, au travers d’une connivence émotionnelle, peut

renforcer le lien entre participants et intervenants, sans compassion gluante.

De nouveau, les écueils sont nombreux dans la manipulation des outils affectifs et émotionnels, et, au-delà de la réflexion éthique, un important travail de préparation et de contrôle de soi est nécessaire pour maîtriser les inévitables transferts et contre-transferts. L'activité médicale est très fortement chargée d'affects mais qui sont pourchassés afin de préserver la nécessaire distance clinique.

Faire se reconnaître

Le sentiment d'appartenance revalorise l'estime de soi des participants dans la mesure où ils s'associent dans un même groupe avec les animateurs. Ces participants, ayant la possibilité de vivre des émotions partagées avec des intervenants issus de l'autre côté du miroir, se redécouvrent un statut de potentialité humaine qui, auparavant, soit leur était dénié de par leur présence dans l'interstice, soit leur était accordé dans le strict respect des missions caritatives institutionnelles au prix de multiples marchandages.

3.2 LE MODÈLE

Les éléments décrits ci-dessus se renforcent mutuellement et forment système (figure 1).

L'imaginaire partagé, en toile de fond de toute la relation éducative, s'alimente aux actions concrètes, lesquelles y puisent le substrat qui leur donne un sens. Sur ce fond, les croyances initiales s'affirment au fil du déroulé du projet, en ce que les événements confirment la pertinence de la démarche, la confiance s'instaure et la bienveillance des intervenants n'est plus discutable.

La sensorialité et la corporéité sont entretenues par les actions menées, le plus souvent du théâtre, mais parfois aussi de la musique, de la danse. L'ensemble permet aux participants de reprendre une place légitime et digne dans un espace réinventé et partagé avec les animateurs, de se sentir réinvestir positivement leur image corporelle, visualisée dans le regard des animateurs. La bienveillance des intervenants alliée à ce partage des perceptions structure rapidement une certaine affectivité contrôlée qui se projette à son tour dans l'imaginaire partagé. Bien entendu, l'ensemble est fortement engageant et source d'émotions partagées, lesquelles, à leur tour, renforcent chacun des éléments précédents pour structurer le sentiment d'appartenance.

L'empowerment des participants se construit progressivement sur ces confiances retrouvées, en soi, en ses perceptions, en sa propre valeur, en la bienveillance de son entourage.

En articulant l'ensemble de ces éléments, se dégage donc un système de la pédagogie de l'interstice qui permet de structurer un modèle. Mis à l'épreuve de plusieurs types d'intervention, certaines éloignées du champ de la santé, le modèle s'avère capable d'en déterminer les convergences et d'identifier les divergences.

Ainsi, le recours à l'imaginaire et aux croyances n'est pas sans rappeler un certain nombre d'interventions ésotériques que le modèle parvient parfaitement à écarter en ce que ces interventions ne font appel ni à l'éthique, ni à l'empowerment. Cette proximité exige cependant une alerte constante sur les dérives potentielles de la mise en œuvre concrète de la pédagogie de l'interstice.

La contradiction frontale de ce modèle avec les tendances lourdes de la médecine actuelle est flagrante. L'institution médicale en effet interpose de plus en plus entre soignant et soigné des outils artificiels, digitalisés (imagerie, examens complémentaires) cherchant à substituer une froideur clinique et technologique réputée rationnelle et efficace à la chaleur humaine, évolution en phase avec la prépondérance croissante de l'instituant économique détaillé dans

la thèse.

Ainsi l'hôpital moderne, en se structurant autour de la science, a-t-il occulté ce rôle de rassembleur et de créateur d'appartenance que les institutions hospitalières passées jouaient, au travers des religions qui en structuraient le sens.

Certains établissements observés au Brésil tentent de renouer avec cette tradition, parfois en la « post-modernisant » en ayant recours au spiritisme^{xxii}. Non qu'il faille revenir à ces considérations religieuses, mais force est de constater la frustration engendrée chez les patients par la seule froideur technique dont les résultats sont le recours à d'autres expédients, qu'une intervention directement humaine permettrait sans doute d'éviter.

4 *Quels impacts ?*

La première piste semble assez claire. À partir de cette expérience rétrospective, il est intéressant d'engager une analyse prospective des possibilités concrètes d'application de la pédagogie de l'interstice au sein d'espaces tels que la rue (éducateurs de rue), ou contraints (prison, etc.), mais aussi de la création d'interstice au sein même des institutions^{xxiii}.

De fait, les éducateurs, et pas seulement en santé, mobilisent empiriquement des éléments proches de la pédagogie de l'interstice en déroulant leurs projets avec leurs différents publics. Cependant, les injonctions des autorités de tutelles et leurs critères d'évaluation sont formulées en termes de résultats de modification de comportement, voire sécuritaires, qui doivent pouvoir s'observer « objectivement ».

Ces acteurs doivent donc jongler avec leur pratique car tous savent qu'il faut « faire rêver » pour engager une mobilisation des publics, qu'il faut « faire croire » dans leur bienveillance, dans la validité de ce qu'ils proposent. La plupart perçoit bien la nécessité de stimuler la sensorialité et la corporéité au travers du sport, d'activités extérieures, etc., avec l'objectif souvent explicite de créer un sentiment d'appartenance. Mais ils n'ont pas le cadre théorique ni l'appui de leurs tutelles pour analyser la cohérence générale de ces différents éléments et leurs interactions, ce que le modèle proposé ici peut contribuer à poser.

Ainsi structurée la pédagogie de l'interstice est en effet en mesure d'améliorer significativement l'efficacité des interventions éducatives dans tous les domaines, singulièrement, mais pas seulement, celles destinées aux populations les plus à l'écart. En effet, le modèle permet d'identifier précisément l'impact de la démarche proposée sur chacun des éléments, en comprenant leurs rôles respectifs dans une chronologie donnée, ce qui permet de profiler l'action de la façon la plus adaptée aux enjeux éducatifs.

A posteriori, ce modèle s'est avéré capable d'identifier les divergences que certaines actions pouvaient présenter, en termes méthodologiques ou éthiques, et donc de proposer des réorientations qui vont dans le sens d'une meilleure efficacité pédagogique, et du respect de l'éthique d'intervention. Ce modèle s'est aussi montré utile dans l'analyse de réponse à des appels à projets éducatifs, permettant de comparer entre eux des projets en explicitant les effets recherchés par les promoteurs de l'action sur l'empowerment des participants.

Au quotidien, le modèle permet de mettre au jour au sein d'une action éducative où, quand et comment les enjeux éthiques sont les plus forts, ainsi que d'anticiper les pièges et écueils tendus à tout éducateur.

Dans une perspective similaire, il est probable que cette élaboration théorique apporte un nouvel éclairage sur les procédés mis en œuvre par les dispositifs ciblés comme « dérives sectaires » par la MIVILUDES. Force est de constater que les mots employés par ces acteurs (recourant massivement à la porte d'entrée santé) recouvrent certains des concepts que nous avons identifiés comme faisant partie de la pédagogie de l'interstice, à la grande exception des

notions d'éthique et d'empowerment. Il manque à leurs détracteurs un véritable substrat pédagogique théorique. La pédagogie de l'interstice offre un cadre théorique qui pourrait être utile pour mieux comprendre les ressorts mobilisés et identifier avec précision le lieu où se logent les dérives.

L'enseignement de la pédagogie de l'interstice en formation continue serait une façon de donner aux éducateurs une possibilité de théoriser sur leurs démarches empiriques.

Sur la recherche, l'impact à plus long terme, serait de pouvoir élargir cet outil théorique à d'autres contextes internationaux, réflexion actuellement menée avec le réseau international de travailleurs de rue Dynamo³ ainsi qu'à Vienne (Autriche) avec l'équipe de Photoglas⁴ qui intervient auprès de personnes âgées en maisons de retraite.

Une autre recherche pourrait aussi analyser la possibilité d'extrapoler ces résultats obtenus au travers d'expériences concernant la santé et dont on a décrit la contiguïté conceptuelle avec la corporéité, la sensorialité, voire même l'affectivité, à d'autres thématiques plus éloignées de ces notions, comme la justice qui semble *a priori* inaccessible ou l'interculturalité, domaine où les actions sont très disparates. Cette recherche permettrait de préciser les conditions et limites de la mise en œuvre du modèle pédagogique dans ces champs de l'action sociale au sens le plus large.

5 Conclusion

Les différentes expériences décrites concourent ainsi à asseoir rétrospectivement les fondamentaux éducatifs, en décryptant ce qu'il s'y est joué, au prisme de l'analyse institution-interstice et de leurs montages. Ainsi s'est constitué un nouvel appareillage théorique de l'intervention que nous avons appelé « pédagogie de l'interstice » dont l'objectif n'est pas l'enseignement mais l'acquisition d'aptitudes à apprendre chez des personnes qui, pour de multiples et diverses raisons, entretiennent des relations difficiles avec les institutions.

Grâce à ces expériences, les outils mobilisés ont été progressivement dégagés de leur empirisme pour pouvoir être systématisés. Tour à tour sont ainsi apparus l'imaginaire qui permet de s'abstraire d'une réalité interstitielle parfois dure et surtout par définition clivée des institutions et la croyance qui est à la source de toute légitimité. Les modalités de mobilisation de ces deux éléments sont ainsi décrites, avec leurs limites et leurs contraintes.

Concrètement, les actions reposent sur la sensorialité qui permet de ré-appriivoiser ses perceptions, la corporéité qui revalorise le corps en l'acceptant dans ses difficultés, l'affectivité et l'émotion qui suscitent un engagement réciproque, la recherche et l'atteinte de l'empowerment des participants et, finalement, le sentiment d'appartenance positive à un groupe. L'ensemble de ce dispositif, excluant tout recours à la sanction, hors de propos dans le cadre de la pédagogie de l'interstice, contribue à améliorer l'auto-estime du sujet et sa capacité à faire des choix, matérialisant son empowerment.

La pédagogie de l'interstice n'a donc pas pour objectif de prendre la place des pédagogies reconnues. S'adressant à un public particulier et/ou dans des espaces déterminés, elle s'inscrit en complément de ces dernières en travaillant les aptitudes à apprendre et à intégrer les notions en particulier de santé. La pédagogie de l'interstice ne fait pas de diagnostic et n'est pas là pour soigner. Même si elle « peut faire du bien », son usage ne doit pas être dévoyé et elle reste un outil purement éducatif.

Un des aspects innovants de la démarche est de considérer les dispositifs intra institutionnels

³ Dynamo international : <http://travailderue.org/fr> (14/04/2013)

⁴ www.photoglas.com (14/04/2013)

comme relevant de la logique de l'interstice, tant ce qu'il se déroule au sein de ces espaces détonne par rapport aux techniques et coutumes de l'institution qui les héberge.

L'interculturalité, interstitielle par essence, est un bon terrain d'application des concepts développés par la pédagogie de l'interstice, qui se retrouve partiellement mobilisée dans le cadre d'interventions d'éducation informelle au tribunal pour enfants. En effet, au départ construite au travers d'expériences en santé, la méthode a montré pouvoir relativement s'affranchir des contenus, pour autant que ces derniers renvoient d'une façon ou d'une autre aux notions de sensorialité et de corporéité et puissent servir de support à une construction de l'imaginaire. La pédagogie de l'interstice apparaît donc être une véritable méthode d'intervention par elle-même.

À terme, cette pédagogie devrait permettre d'aborder plus sereinement et efficacement les populations les plus à l'écart des circuits habituels d'information et contribuer de ce fait à réduire les inégalités sociales en particulier de santé, dans une longue temporalité qui est, hélas, difficilement mesurable avec les outils actuellement disponibles.

En effet, poursuivant la démarche de Paulo Freire, la pédagogie de l'interstice apparaît comme un geste véritablement politique de tentative d'émancipation qui offrirait une troisième voie face à l'alternative entre process industriel néo-libéral agnostique et aliénations mystico-religieuses (le spiritisme que nous décrivons, parmi tant d'autres) systématiquement proposées aux « cassés du libre arbitre » qui se retrouvent si souvent solitaires au sein de l'interstice.

Émancipation réactualisée car les schèmes de domination ne sont pas les mêmes que durant la dictature pendant laquelle Paulo Freire agissait, mais aussi émancipation partielle car il faut accepter le fait que les deux faces dogmatiques du vivre ensemble, mystique d'une part (comprendre le « mystère d'être là ») et individualisme libéral, voire libertaire d'autre part, sont fondatrices de la structuration psychique humaine, telle que nous sommes aujourd'hui capables de la penser. Cette structuration psychique est-elle pour autant indépassable ?

Au total, si nous avons pu donner au mot d'humanisme un contenu pédagogiquement intelligible, méthodologiquement reproductible et éthiquement soutenable, notre objectif aura été atteint

multiples institutions

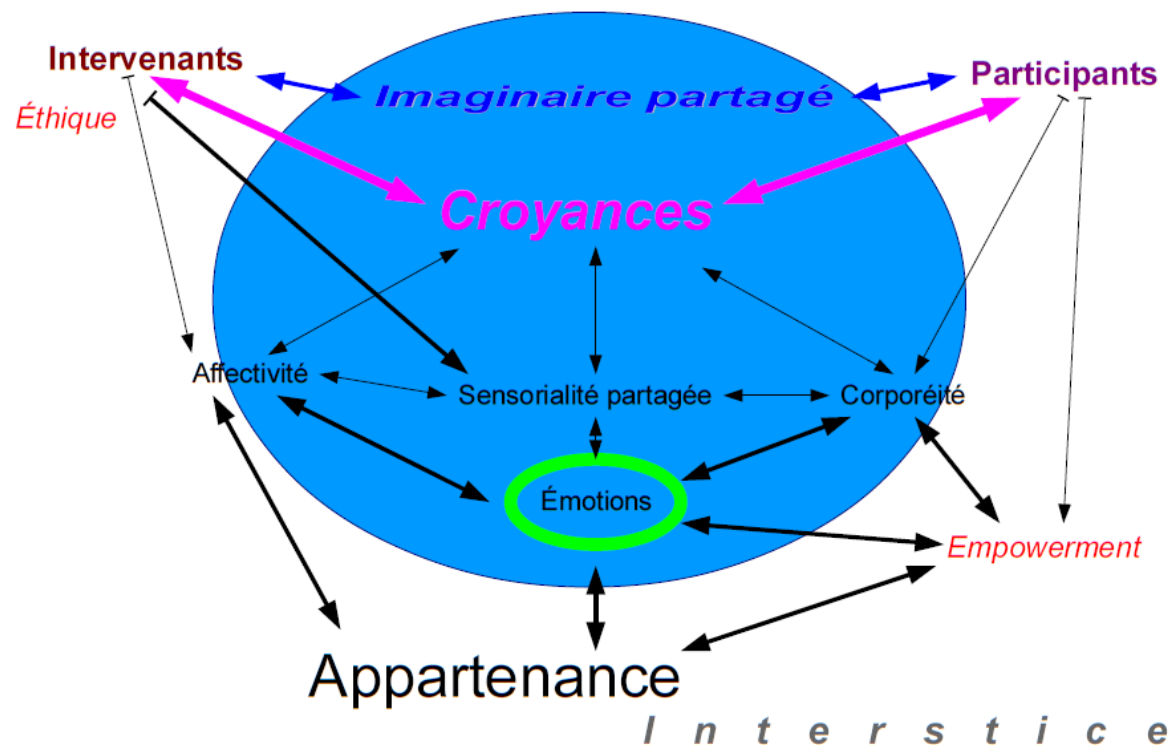


Figure 1 : Modèle de la pédagogie de l'interstice

Bibliographie citée

ⁱ Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient ; Journal Officiel du 4/08/2010

ⁱⁱ Jérôme Foucaud, Maryvette Balcou-Debusse, Jacques Bury, *Enseignements et questionnements fondés sur les travaux en éducation thérapeutique du patient* in Jérôme Foucaud, Jacques Bury, Maryvette Balcou-Debusse & Chantal Eymard, *Éducation thérapeutique du patient, Modèles, pratiques et évaluation*, Saint Denis : Inpes, 2010, p.377

ⁱⁱⁱ World Health Organization. *Life Skills education for children and adolescents in schools : introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of Life Skills Programs*. WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2 [En ligne]. Geneva: World Health Organization, 1997, 49 p.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (14/04/2013)

^{iv} Barney G. Glaser, Anselm A. Strauss, *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris : Armand Colin, 2010

^v Stéphane Tessier, Culture, cure, remise en ordre et imaginaire : mobilisation moderne des esprits au Brésil, in Stéphane Tessier (dir.), *Familles et institutions : cultures, identités et imaginaires*, Toulouse: Erés, 2009 p 245-296

^{vi} Étienne Le Roy, L'intermédiation culturelle judiciaire, in Stéphane Tessier (dir.), 2009 *op. cit.*

-
- ^{vii} Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard 2006 (1975)
Michel Foucault, *Naissance de la Clinique*, Paris : Quadrige, 1988, (1963)
- ^{viii} Pierre Legendre, *Leçons IX; L'autre Bible de l'Occident : le Monument romano-canonique, Étude sur l'architecture dogmatique des sociétés*, Paris : Fayard 2009
- ^{ix} Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*; Paris : Minuit, 1973
- ^x Patrick Boumard, *Les savants de l'intérieur*, Paris : Armand Colin, 1989
- ^{xi} OMS, *La santé pour tous en l'an 2000*, Conférence d'Alma Ata, 1978
- ^{xii} OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986
- ^{xiii} Michel Soëtaud, Jean Jacques Rousseau, in Jean Houssaye (dir.) *Quinze pédagogues modernes*, Paris : Bordas, 2002
- ^{xiv} Ali Hamadache, *Articulation de l'éducation formelle et informelle, implications pour la formation des enseignants*, UNESCO, Section de l'éducation N°2 E D-93/WS/16
- ^{xv} Paulo Freire, *Pédagogie des opprimés*, Paris : Maspero, 1974
- ^{xvi} Stéphane Tessier (dir), *L'enfant des rues ; Contribution à une socio-anthropologie de l'enfant en grande difficulté en milieu urbain*, Paris : L'Harmattan, 2005, 475p.
- ^{xvii} Stéphane Tessier & al., La santé : représentations de la sexualité chez les préadolescents et théâtre à Paris, in Stéphane Tessier (dir.), 2005, *op. cit.* pp. 345-357
- ^{xviii} Stéphane Tessier & al., Evaluation d'un programme de prévention du tabac dans les lycées d'Île de France, *Alcoologie et Addictologie* 2008 ; 30 (2) 173-180
- ^{xix} James O. Prochaska & Carlo C. Diclemente, Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982; 51; 390-5
- ^{xx} Maryvette Balcou-Debusshe, Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2 in Jérôme Foucaud, Jacques Bury, Maryvette Balcou-Debusshe & Chantal Eymard, *Education thérapeutique du patient, Modèles, pratiques et évaluation*, Saint Denis : Inpes, 2010
- ^{xxi} Pierre Legendre, *De la société comme texte*, Paris : Fayard, 2001
- ^{xxii} Stéphane Tessier, Culture, cure, remise en ordre et imaginaire : mobilisation moderne des esprits au Brésil *op. cit.*
- ^{xxiii} Stéphane Tessier : *Les éducations en santé*, Paris : Maloine, 2012