
Les Pratiques de formation en éducation à la santé et en prévention des conduites addictives dans les IUFM

Jean-Pierre Cardot, Dominique Berger, Didier Jourdan

Laboratoire PAEDI
IUFM d'Auvergne
36, avenue Jean Jaurès
C.S. 20001
63407 CHAMALIERES Cedex
jean-pierre.cardot@lyon.iufm.fr
dominique.berger@lyon.iufm.fr

RÉSUMÉ. Du fait de l'incidence notable sur la santé de nos comportements individuels et collectifs, l'éducation à la santé a un rôle majeur à jouer dans la prévention des conduites à risque en permettant l'adoption de comportements responsables. Pour autant, le développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire est rendu difficile par les nombreux obstacles que génère sa mise en œuvre. Il s'agit notamment des problèmes posés par l'interaction avec la sphère privée, la nature des savoirs scientifiques mobilisés ou l'articulation des finalités des actions préventives avec les missions et les valeurs de l'école. Délivrer une éducation dans un domaine qui touche au corps, à l'intime des comportements individuels nécessite l'acquisition de compétences professionnelles spécifiques. La formation des acteurs, au premier rang desquels les enseignants, est donc un enjeu déterminant. Notre étude cherche à déterminer les facteurs qui influent sur la pratique des formateurs en éducation à la santé (ES) et dans la prévention des conduites addictives (PCA) et à définir les caractéristiques de ces pratiques. Pour cela nous utiliserons des outils conceptuels issus de la psychologie sociale et de la didactique des sciences.

MOTS-CLÉS : éducation à la santé, prévention, formation des enseignants, pratiques de formation.

1. Introduction

Les questions de santé occupent une place importante dans notre société car ce sont nos comportements qui influent le plus sur notre santé et sur une grande partie des décès prématurés. Cependant, la santé n'apparaît pas comme une fin en soi mais comme un moyen de se réaliser. Chacun doit prendre conscience de la responsabilité qu'il a afin d'éviter de se mettre en danger et pour accéder à son propre bien-être. L'école a donc un rôle majeur à jouer dans la prévention des conduites à risque, par l'intermédiaire de l'éducation à la santé qui se présente comme une approche globale centrée sur le développement de la personne et de ses potentialités. Le principal objectif d'une action d'éducation à la santé est de permettre à l'élève de penser par lui-même et d'adopter librement des comportements responsables en lui offrant la possibilité d'acquérir des savoirs sur lui et de développer des compétences personnelles et relationnelles. Chaque acteur du système éducatif, et en particulier les enseignants, doit comprendre l'importance du rôle qu'il a à jouer dans cette éducation.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la formation des enseignants dans les IUFM en essayant de déterminer quels sont les facteurs qui influent sur la pratique des formateurs en éducation à la santé (ES) et dans la prévention des conduites addictives (PCA) et quelles sont les caractéristiques de ces pratiques. Nous avons fait l'hypothèse que c'est en formation que les enseignants s'approprient cet objet complexe d'enseignement qu'est l'éducation à la santé.

2. Le contexte de la recherche

Les données de la santé publique et une volonté politique soulignent l'importance de traiter des questions d'éducation à la santé dans le système scolaire mais plusieurs études montrent les difficultés de mettre en place de telles formations dans les IUFM.

Cette recherche s'inscrit aussi dans la mise en réseau des IUFM sur les questions d'éducation à la santé et de prévention des conduites addictives. L'un des objectifs du réseau est de mutualiser les compétences et les ressources des formateurs en IUFM pour créer des liens entre ceux qui sont sensibles à ces questions afin de permettre la conception et la mise en place de modules de formation.

2.1. Le contexte en santé publique

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la France possède l'espérance de vie la plus élevée après 60 ans mais avec 2 points faibles. D'abord, le système de santé est essentiellement curatif avec une mortalité prématurée élevée : le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide et les accidents de la circulation représentent 160 000 décès précoces (avant 65 ans) par an. De plus, il existe des inégalités de santé croissantes selon les régions, les sexes (au détriment des hommes) et les catégories socioprofessionnelles (au détriment des catégories les plus modestes)¹.

2.2. Le contexte politique

Il existe une volonté politique de développer l'éducation à santé dans le système scolaire, de l'école maternelle à la fin du lycée. C'est ce que préconise le rapport ministériel sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège² et le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) dont l'un des objectifs est de responsabiliser l'école, les parents et les jeunes face aux dangers et aux problèmes engendrés par la consommation de ces drogues et souligne l'importance de créer les conditions d'une prévention effective et adaptée à tous les niveaux de la scolarité.

De plus, plusieurs lois vont dans le sens de la protection de la santé (Loi du 10/01/1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (loi Evin), loi du 09/08/2004 relative à la politique de santé publique)

2.3. Dans la continuité des travaux du laboratoire PAEDI

Ce travail s'inscrit aussi dans la continuité des travaux du laboratoire PAEDI sur la formation des enseignants en éducation à la santé dans les IUFM (D. Jourdan, P. Victor, 1998 ; D. Jourdan & al. 2003).

¹ Rapport d'étape, Stratégies nouvelles de prévention, J-F. Toussaint, septembre 2006

² Mamecier A., Boutet-Waiss F., Naves P., Ravary Y., Sallé J., Vienne P. Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, Rapport ministériel, janvier 2004

La première étude (1998) a montré plusieurs obstacles à la mise en place de formation en éducation à la santé dans les IUFM. Tout d'abord, l'éducation à la santé est une forme curriculaire non disciplinaire ce qui est un obstacle dans le cadre d'un système de formation qui reste plutôt disciplinaire. Un deuxième obstacle est le non-enracinement de l'éducation à santé dans la construction de l'identité professionnelle des stagiaires et dans l'idée qu'ils se font de leur rôle. Enfin un troisième obstacle est la prédominance d'une approche médicale où les apports théoriques sont prépondérants au détriment d'une approche globale de la personne.

La seconde étude (2003) a mis en évidence l'opposition entre conception globale de la santé et de la prévention qui est plutôt destinée aux enseignants du premier degré et juxtaposition d'actions thématiques qui sont davantage à destination du second degré. Elle montre aussi l'importance du partenariat dans les formations même s'il est difficile de déterminer la nature de celui-ci qui pourrait être de type « prestation de service »

3. Objectifs et hypothèses

3.1. Les objectifs de cette recherche

Les objectifs de cette recherche sont de rendre compte de la variabilité des pratiques de formation et de comprendre ce qui les fonde en explicitant les modèles sous-jacents à la base des actions mises en oeuvre. C'est une façon de décrire le réel pour mettre en évidence la pertinence de telle ou telle démarche. La compréhension des théories et modèles sous-jacents a aussi « pour finalité de permettre d'expliquer, de prédire des évolutions. Ils [les théories et les modèles] ne sont pas « la réalité » elle-même mais ils permettent de la comprendre et d'agir sur elle »³. De plus, en conceptualisant les pratiques des formateurs, nous cherchons à élucider les difficultés de mise en place de formations en éducation à la santé dans les IUFM.

3.2. Les hypothèses de notre recherche

Nous avons fait l'hypothèse que les facteurs qui influent sur les pratiques sont de deux niveaux :

³ Jourdan D., Berger D., De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé in La santé de l'homme n°377, mai-juin 2005

(1) au niveau individuel, les facteurs propres aux formateurs c'est-à-dire leurs représentations sur la santé, l'éducation à la santé et leur rôle, leur histoire professionnelle (formation antérieure, sentiment de compétences sur ces questions, expérience) et leur histoire personnelle en tant que sujet ; et les facteurs épistémologiques concernant les concepts d'éducation à santé, de promotion de la santé et de formations d'adultes ;

(2) au niveau collectif dans les IUFM, les facteurs institutionnels et organisationnels tels que le plan de formation et les programmes scolaires ainsi que les facteurs liés au contexte de la formation c'est-à-dire les caractéristiques des formés (étudiants, stagiaires) et les ressources de l'environnement (réseaux professionnels, réseaux documentaires, banque de données...)

4. Cadre théorique

Tout d'abord, nous allons définir les concepts de santé, éducation à la santé et formation d'adultes afin de traduire ces concepts en critères observables pour analyser les entretiens avec les formateurs. Nous utiliserons ensuite les apports de la psychologie sociale et de la didactique des sciences pour comprendre les modèles sous-jacents aux formations qui sont mises en place dans les IUFM.

4.1. La santé

La santé est subjective et dépend du ressenti de chacun c'est pourquoi elle ne peut être définie de l'extérieur, pour tous les individus, puisqu'elle est une construction singulière par la personne en fonction de sa propre histoire. Elle n'est donc pas un état, mais un processus dynamique qui permet à chacun de s'adapter à son environnement, « la santé est la capacité d'un sujet humain à vivre une vie possible pour lui »⁴.

4.2. L'éducation à la santé

Comme le rappelle Castillo, l'éducation à la santé est une partie de l'éducation générale puisqu'elle possède les mêmes caractéristiques et nécessite la participation active des apprenants. L'objectif est de développer savoirs, savoir-faire et savoir-être pour permettre à chacun et à chaque communauté d'atteindre le plus haut degré de santé possible.

⁴ Lecorps P., Paturet J.-B., Santé publique du biopouvoir à la démocratie, éditions ENSP, 1999

Il rappelle que l'éducation à la santé doit être essentiellement libératrice en contribuant à éveiller chez chacun un sentiment de responsabilité sur sa propre santé et sur celle des autres et en permettant à chacun de percevoir de façon critique chaque situation pour pouvoir adopter le comportement le plus efficace et le plus adéquate⁵. De plus, elle contribue à la prévention des maladies mais pas seulement puisqu'elle doit permettre à chacun d'agir pour accéder au plus grand bien être possible. « Elle s'adresse à la personne dans sa globalité, mobilise savoirs, croyances, comportement, interactions avec l'environnement tant physique qu'humain non pour dire ce qu'il faut faire, mais pour que cette personne ait la capacité de choisir autant que possible, ce qu'elle estime le plus favorable à sa santé et à celle des autres »⁶.

4.3. La formation d'adultes

Pour étudier comment les formateurs développent la professionnalisation des (futurs) enseignants, nous nous appuyons sur les travaux sur l'ingénierie des compétences (Le Boterf, 1999) et sur le paradigme du praticien réflexif (Schön, 1994).

L'enseignant va être confronté à des événements imprévus, des situations inédites auxquelles il devra s'adapter, mettre en place des réponses appropriées et prendre en permanence des initiatives, grâce aux compétences qu'il aura construites. Cependant, il ne faut pas assimiler la compétence avec des savoir-faire mais la définir en termes de savoir combinatoire qui mobiliserait deux types de ressources : des ressources incorporées (connaissances, savoir-faire, qualités personnelles, expérience...) et des ressources de son environnement (réseaux professionnels, réseaux documentaires, ...)⁷.

4.4. La psychologie sociale

La psychologie sociale va nous permettre de déterminer les éléments théoriques liés aux concepts de représentations sociales et à la prise en compte la subjectivité des formateurs qui est fonction des contraintes liées à l'exercice de leur métier, de leur système de valeurs et leurs croyances et de leurs ressources.

⁵ Castillo F., Le chemin des écoliers, Louvain la neuve: Cabay, 1984

⁶ Larue R., Fortin J., Michard J-L., Ecole et santé : le pari de l'éducation, collection enjeux du système éducatif, Hachette éducation, 2000

⁷ Le Boterf G., De l'ingénierie de la formation à l'ingénierie des compétences : quelles démarches ? Quels acteurs ? Quelles évolutions ? in Traité des sciences et des techniques de la formation, sous la direction de P. Carré et P. Caspar, Dunod, 1999

4.5. Des références épistémologiques en didactique des sciences

Nous avons emprunté à Pierre Clément le modèle $C = f(K, V, P)$ où les conceptions (C) d'un individu sont fonctions des connaissances (K) qu'il a sur le sujet, de son propre système de valeurs (V) et en fonction des pratiques professionnelles, personnelles et sociales (P) par rapport aux connaissances en jeu connues par cet individu⁸. Ainsi, l'éducation ne peut pas viser simplement l'acquisition de connaissances sans s'intéresser à leur champ de signification pour l'apprenant, aux cadres et pratiques de référence qui conditionnent ces acquisitions et leur mobilisation ultérieure et aux valeurs sous-jacentes par rapport au système de valeurs de l'apprenant.

Nous empruntant aussi à Joël Lebeaume la situation d'enseignement apprentissage prototypique où il y a interrelations entre Visées éducatives, Références théoriques et pragmatiques et Tâches de l'apprenant⁹.

Jean-louis Martinand parle de formes scolaires non-disciplinaires à propos des « éducations à... » qui visent à développer des comportements individuels et collectifs. Pour lui, ces « activités éducatives » prennent la forme d'un curriculum avec des contenus, il ne s'agit plus de travailler sur la construction d'un savoir mais sur la construction d'un objet complexe d'enseignement qui ne repose pas sur des savoirs complets et sûrs dont on pourrait déterminer la meilleure action, « il s'agit de développer des habitus, de discuter des valeurs et des choix, de s'appuyer sur des connaissances incomplètes et incertaines, de construire des capacités de poser des questions pertinentes mais sans réponses univoques. Ce programme didactique est possible à condition de le penser en termes de curriculum et non de disciplines scolaires, surtout dans la forme actuelle de celles-ci »¹⁰

Le schéma ci-dessous (figure 1) montre comment à partir des conceptions des formateurs, de leur environnement et des tâches proposées aux (futurs) enseignants, nous cherchons à déterminer la visée professionnalisante sous-jacente, c'est-à-dire comment la formation à l'éducation à la santé s'intègre dans la formation générale, quels sont les modèles sous-jacents et quelles compétences seront développées ?

⁸ Clément P., Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie, Actes du colloque sciences, médias et sociétés de l'ENS Lyon, 2004

⁹ Lebeaume J., L'éducation technologique, ESF éditeur, 2000

¹⁰ Martinand J.-L., Didactique et didactiques in Traité des sciences et pratiques de l'éducation, Beillerot J. et Mosconi N. (dir.), Dunod, 2006

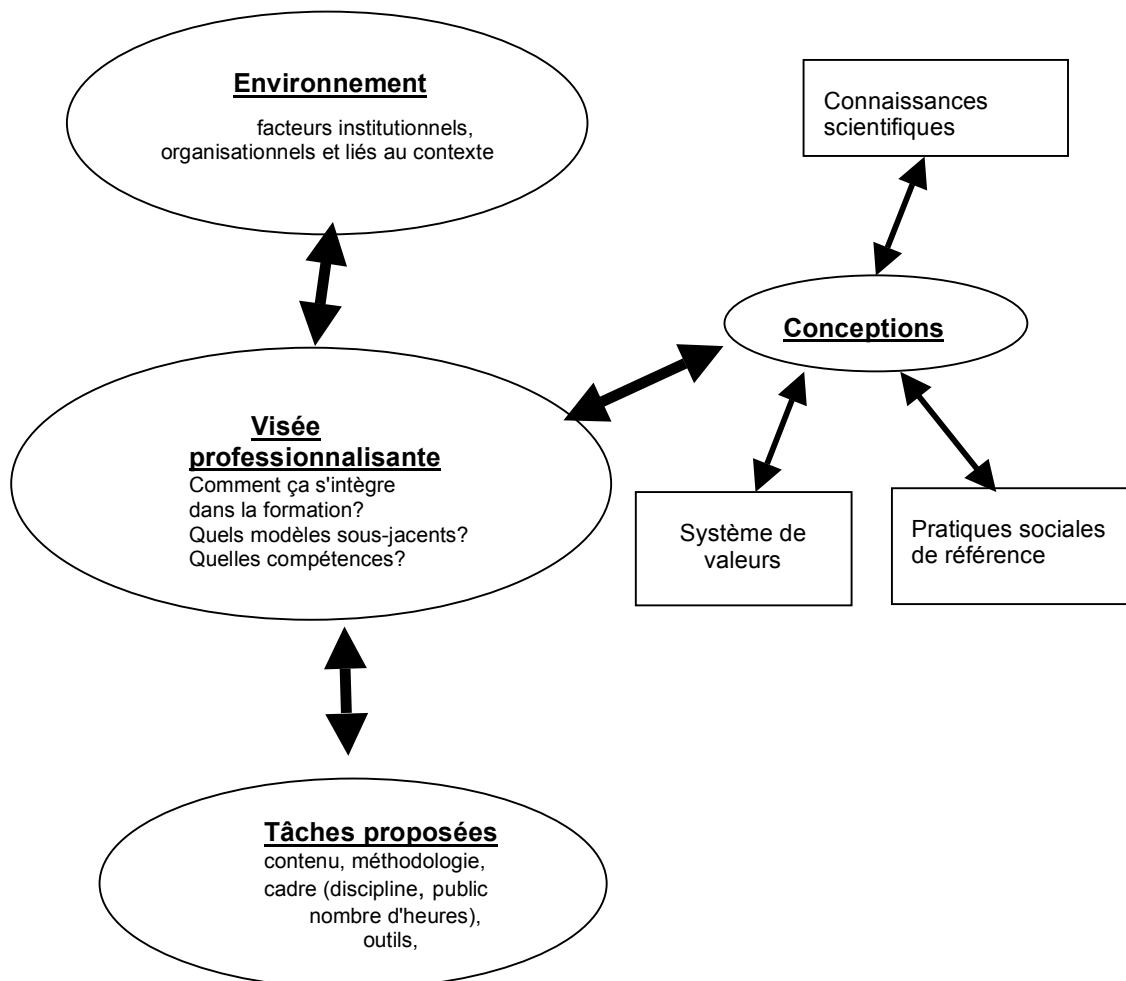


Figure 1 : La visée professionnalisante des formations en fonction des conceptions, de l'environnement et des tâches proposées

5. Méthodologie

La première étape est l'élaboration d'un corpus 1 à partir d'un questionnaire téléphonique à destination de formateurs des IUFM. Le corpus 1, ainsi constitué, doit nous permettre de visualiser quels formateurs proposent des formations en ES et en PCA, les obstacles et les difficultés dans la mise en place de ces formations, les conceptions des formateurs dans le domaine déclaratif et leurs besoins pour développer ou améliorer la formation. Nous avons interrogé des formateurs qui enseignaient l'ES et/ou la PCA ou qui étaient susceptibles de traiter ces questions à travers leur discipline (SVT, EPS) ou qui étaient sensibles à ces questions. Nous utilisons un logiciel de statistiques EPI6 pour traiter les questionnaires.

La deuxième étape est la constitution d'un corpus 2 à partir d'une grille d'analyse des plans de formation. La principale difficulté dans l'élaboration de cette grille est de délimiter le champ de l'éducation à la santé c'est-à-dire de déterminer quel module concerne l'éducation à la santé.

La troisième étape consiste à constituer un corpus 3 à partir d'une grille d'entretien présenciel afin de mettre en évidence les conceptions des formateurs qui ont présidé aux actions mises en œuvre, le contenu de ces actions et leur évaluation.

La quatrième étape est l'élaboration du corpus 4 à partir des traces manifestes recueillies, concernant chaque module pour mettre en évidence la réflexion éthique qui a présidé en amont de la mise en œuvre des modules c'est-à-dire comment respecter la liberté de chacun tout en développant des comportements responsables ; la démarche avec centration ou pas sur l'apprenant, les valeurs sous-jacentes par rapport aux missions de l'école et la prise en compte des difficultés relatives à traiter tout ce qui touche à l'intime, dans le positionnement entre sphère publique et sphère privée.

6. Résultats et analyse des entretiens réalisés auprès des formateurs

Nous avons interrogé 130 formateurs avec une grille d'entretien téléphonique, en privilégiant les formateurs qui enseignaient l'éducation à la santé et/ou la prévention des conduites addictives ou qui étaient susceptibles de traiter ces questions à travers leur discipline (SVT, EPS) ou qui étaient sensibles à ces questions.

Les résultats proposés concernent la formation initiale dans les IUFM et nous ont permis de faire un état des lieux de pratiques.

Les résultats montrent que 71,8% d'entre eux disent enseigner l'ES contre 31,8% la PCA. On peut observer que les formateurs qui traitent de la PCA sont les mêmes que ceux qui enseignent l'ES.

Les actions d'éducation à la santé sont majoritairement à destination des étudiants/stagiaires du 1^{er} degré dans 65% contre 35% au 2nd degré. Au contraire, les actions de PCA sont majoritairement à destination des étudiants/stagiaires du 2nd degré dans 55,6% des cas contre 44,4% au 1^{er} degré.

On peut l'expliquer par le fait que l'ES est présente explicitement dans les programmes de l'école primaire et qu'il est plus aisé de traiter de thématiques transversales dans le 1^{er} degré que dans le 2nd. Pour la PCA, on peut faire l'hypothèse que l'idée sous-jacente est que les élèves de primaire ne sont pas touchés par les conduites addictives contrairement aux adolescents. Pourtant, il faut rappeler qu'il est important de faire de la PCA précocement avant l'apparition de ces conduites.

En ce qui concerne les modalités de travail, pour l'ES, 34,4% des formateurs travaillent seuls et 65,6% travaillent à plusieurs : avec des partenaires (54,1%), avec des collègues une autre discipline (34,4 %) ou avec des collègues de la même discipline (27,9 %).

Pour la PCA, 29,6 % des formateurs travaillent seuls et 70,4 % travaillent à plusieurs : avec des partenaires (55,6 %), avec des collègues une autre discipline (33,3 %) ou avec des collègues de la même discipline (18,5 %).

Le travail avait démarré dans 48% des cas à la suite d'une réflexion personnelle, 31% à la suite d'une sollicitation institutionnelle, 13% à la suite d'une réflexion collective à l'échelle de l'IUFM et 5% à la suite d'un événement extérieur. Cela montre que les formateurs qui se sont engagés dans des actions d'ES et/ou de PCA l'ont fait de manière individuelle et militante.

Les objectifs les plus importants sont de transmettre des connaissances dans 69,3% des réponses pour l'ES et 71,2% pour la PCA, de développer les compétences psychosociales (estime et image de soi, autonomie et initiative personnelle, relation aux autres et solidarité, esprit critique et responsabilité) dans 86,2% pour l'ES et 89,3% pour la PCA. Cela montre que pour la majorité des formateurs, il s'agit moins d'apporter des connaissances que de développer des compétences psychosociales.

En ES, 50,8 % des formateurs se sont déclarés partiellement satisfaits par leur dispositif, 31,5 % peu ou pas du tout satisfaits, 9,8 % tout à fait satisfaits et 8,2 % étaient sans avis. Pour la PCA, 59,3 % étaient partiellement satisfaits, 22,2 % tout à fait satisfaits et 18,5 % peu ou pas du tout satisfaits.

Nous voyons qu'il y a plus de formateurs tout à fait satisfaits par leur dispositif en PCA qu'en ES, ce qui peut s'expliquer par le fait que les formateurs qui enseignent la PCA sont moins nombreux mais se sentent mieux formés sur ces questions.

Lorsqu'on les interroge sur les modifications qui leur paraissent souhaitables pour améliorer les dispositifs, les réponses sont les suivantes (pour l'ES et pour la PCA) : (1) plus de temps dans 41,0% et 29,6 % des cas, (2) problème de démarche/méthode 19,7% et 14,8 %, (3) présence explicite dans le plan de formation 18,0% et 22,2 %, (4) besoin de partenaires 16,4% et 18,5 %, (5) mettre en place des modules spécifiques 9,8% et 11,1 %.

Lorsqu'on demande aux formateurs les raisons pour lesquelles ils ne font pas d'ES ou de PCA : (1) absence de mention dans le plan de formation dans 54,2% et 62,1 % des cas, (2) manque de formation personnelle en ES 33,3% et 44,8 %, (3) manque de temps 33,3 % et 29,3 %, (4) répartition des tâches avec autre formateur 12,5% et 5,2 %, (4) manque d'intérêt supposé des stagiaires 8,3% et 5,2 %, (5) difficulté de trouver des partenaires 4,2% (uniquement pour l'ES) et le fait que ce n'est pas adapté à l'étudiant/stagiaire 12,1 % (uniquement pour la PCA).

Ces résultats montrent que les formateurs ont du mal à identifier la place de l'éducation à la santé et la prévention des conduites addictives dans le cadre organisationnel de l'IUFM. Il s'agit de questions transversales qui trouvent mal leur place dans l'enseignement disciplinaire dispensé dans les formations où la logique disciplinaire prédomine. De plus, la faible présence explicite de ces questions dans les plans de formation renforce encore cette difficulté.

Les besoins exprimés par les formateurs que nous avons interrogés sont les suivants : (1) formation pour 41,2 % des formateurs, (2) ressources 38,8%, (3) moyens 15,3%, (4) aide à l'évaluation 3,5%.

Les ressources regroupent les personnes ou les outils pédagogiques qui pourraient constituer une aide à la mise en place de ces modules ou projets, l'aide à l'évaluation pourrait être dans cette catégorie mais elle concerne que la partie finale des modules. Les moyens se situent en termes de temps ou d'argent.

7. Conclusion

Ces résultats montrent une sous-estimation de l'importance de l'éducation à la santé et de la prévention des conduites addictives dans les plans de formation et de la part des formateurs puisque éducation à la santé et prévention des conduites addictives ne sont pas traitées par « manque de temps ».

Il existe aussi une difficulté à identifier clairement ce qui relève de l'éducation à la santé et ce qui relève du développement des compétences transversales et une autre difficulté qui est de sortir de la logique disciplinaire pour travailler dans un projet interdisciplinaire avec des partenaires.

Pour étendre la mise en place de formations des enseignants en éducation à la santé et en prévention des conduites addictives, nous pensons qu'il convient de développer chez les acteurs engagés dans cette formation une culture commune. Il nous semble aussi important de créer du lien entre les différents modules déjà mis en place et qui reposent sur trois axes. (1) l'apport de connaissances sur l'éducation à la santé et ses thématiques; (2) le développement de compétences pour permettre le mieux vivre ensemble; (3) la réflexion éthique sur le rôle de l'enseignant par rapport aux missions de l'école.

Ce lien entre ces modules peut permettre de faire du lien entre les formateurs. Nous avons vu que leur travail sur ces questions-là avait commencé, dans la majorité des cas, à la suite d'une initiative personnelle. Si deux tiers disent ne pas travailler seul, les partenaires sont plus souvent extérieurs à l'IUFM plutôt que d'autres formateurs. Créer du lien permettrait donc aux formateurs de sortir de leur relatif isolement dans l'enseignement de ces questions et instituerait une dynamique collective qui pourrait être que profitable au développement des formations en éducation à la santé et en prévention des conduites addictives.

Bibliographie

- Le Boterf G. (1999) L'ingénierie des compétences, Paris, éditions d'organisation
- Bury J. A. (1988) Education pour la santé, Bruxelles, De Boeck & Larcier s.a.
- Castillo F. (1984), Le chemin des écoliers, Louvain la neuve: Cabay
- Clément P. (2004) Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie, Actes du colloque sciences, médias et sociétés de l'ENS Lyon
- Jourdan D. (sous la direction de) (2004) La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire, Toulouse, édition universitaire du Sud
- Jourdan D., Berger D., De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé in La santé de l'homme n°377, mai-juin 2005
- Larue R., Fortin J., Michard J-L. (2000) Ecole et santé : le pari de l'éducation, Paris, Hachette éducation
- Lebeaume J. (2000) L'éducation technologique, Paris, ESF éditeur
- Lecorps P., Paturet J.-B. (1999) Santé publique du biopouvoir à la démocratie, Rennes, éditions ENSP
- Martinand J.-L. (2006) Didactique et didactiques in Traité des sciences et pratiques de l'éducation, Beillerot J. et Mosconi N. (dir.), Dunod
- Schon D. (1994) Le praticien réflexif, Montréal, les éditions Logiques