

Faculté de santé publique

Quel rôle joue la littératie en santé des animateurs dans la création et la transmission de messages de santé auprès d'enfants de 6 à 16 ans dans les activités extrascolaires ?

Mémoire réalisé par
Blin Clothilde

Promoteur·rice(s)
D'Hoore William

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Quel rôle joue la littératie en santé des animateurs dans la création et la transmission de messages de santé auprès d'enfants de 6 à 16 ans dans les activités extrascolaires ?

Mémoire réalisé par
Blin Clothilde

Promoteur·rice(s)
D'Hoore William

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Un grand merci.

Tout d'abord, je voudrais remercier chaleureusement mon promoteur le Professeur William D'Hoore pour son implication, ses précieux conseils, son soutien ainsi que sa réactivité tout au long de la construction de ce travail.

Ensuite, je remercie l'ensemble des animateurs et responsables ayant participé activement à mes interviews, pour leur motivation, leur engagement et la richesse de leurs témoignages.

J'adresse également mes remerciements à Sylviane et à ma marraine Marie-Jeanne pour la relecture, la mise en forme et leur soutien durant ce mémoire.

Pour finir, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à ma famille, et plus particulièrement à ma maman et à mon frère pour leur soutien constant. Je tiens à remercier également mon copain, mes amis, en particulier Juliette et Carla, pour leur présence et leurs encouragements tout au long de ces deux années de master.

Le plagiat :

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1.INTRODUCTION	1
1.1.CONTEXTE ET JUSTIFICATION	1
1.2.PROBLÉMATIQUE	2
1.3.QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	4
2.CADRE THÉORIQUE	4
2.1. DÉFINITION ET ENJEUX DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ	4
2.2. ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DES ENFANTS (6–16 ANS)	6
2.3. LES STRUCTURES EXTRASCOLAIRES : UN ENVIRONNEMENT D’APPRENTISSAGE INFORMEL	8
2.4. LE RÔLE DES ANIMATEURS DANS LES CONTEXTES EXTRASCOLAIRES ET PERSPECTIVES DE FORMATIONS.	10
2.5. LITTÉRATIE EN SANTÉ DES ANIMATEURS	12
2.6. CONCLUSION DU CADRE THÉORIQUE	15
3.MÉTHODOLOGIE	17
3.1.CHOIX DE LA MÉTHODE :	17
3.2.L’ÉCHANTILLONNAGE :	18
3.3.L’OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES :	20
3.4.L’ASPECT ÉTHIQUE :	21
3.5.MÉTHODE D’ANALYSE :	22
4.RÉSULTATS	22
4.1.INFORMATIONS RÉCOLTÉES AUPRÈS DES ANIMATEURS	27
4.2.INFORMATIONS RÉCOLTÉES AUPRÈS DES RESPONSABLES DE STRUCTURES DE JEUNESSE.	35
4.3.INFORMATIONS RÉCOLTÉES LORS DE L’OBSERVATION DE TERRAIN	44
5.DISCUSSION ET PERSPECTIVES	45
5.1.INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA LITTÉRATURE :	45
5.2.PISTES DE RÉFLEXION	54
6.CONCLUSION	57
7.BIBLIOGRAPHIE	61
8.ANNEXES :	66
8.1.ANNEXE 1 : GUIDE D’ENTRETIEN ANIMATEUR :	66
8.2.ANNEXE 2 : GUIDE D’ENTRETIEN RESPONSABLE DE STRUCTURE DE JEUNESSE :	69
8.3.ANNEXE 3 : DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ :	72
8.4.ANNEXE 4 : FICHE APPEL À PARTICIPANTS :	74

1. Introduction

1.1. Contexte et justification

La vie de chaque individu est constituée de plusieurs périodes qui ont chacune leur place importante dans la construction de sa personnalité ainsi que dans son bien-être. Que ce soit pendant l'enfance ou l'adolescence, entre 6 et 16 ans, c'est une période qui se veut charnière. C'est à cet âge que se développent les gestes, les choix, les habitudes de vie ainsi que les comportements qui façonneront la santé future des jeunes. Une intervention qui est fondamentale dans l'évolution de chacun qu'est l'éducation pour la santé.

De manière générale, selon l'OMS, l'éducation pour la santé représente un ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé ou encore recourir à une aide en cas de besoin (31). L'éducation pour la santé est enseignée dès le plus jeune âge à travers des activités, des discussions, des illustrations, Quelques exemples qui démontrent que l'éducation pour la santé a sa place. Selon O'Brien et al., les interventions scolaires visant à renforcer les connaissances nutritionnelles et les habitudes de vie saines chez les enfants de 6 à 18 ans permettent déjà d'améliorer les choix alimentaires et de prévenir certaines conduites à risque à l'adolescence (29). De même, Heiss et al. montrent que la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité à comprendre, évaluer et utiliser des informations de santé, se développe très tôt grâce à des interventions diverses, mais nécessite un accompagnement structuré au sein du milieu scolaire pour devenir un véritable levier d'autonomie et de prévention (21). Ces travaux confirment que l'école et les environnements éducatifs constituent des contextes privilégiés pour instaurer des bases solides de promotion de la santé, en donnant aux enfants les outils nécessaires pour faire des choix éclairés tout au long de leur vie. L'école constitue un des premiers lieux où l'apprentissage et la transmission des messages de santé sont relayés de manière continue et encadrée. Cependant, en dehors de ce cadre institutionnel, notamment durant les périodes de vacances scolaires, cette transmission d'informations tend à diminuer voire à s'interrompre. Cette rupture entraîne chez certains jeunes un frein à la continuité d'apprentissage de messages de santé.

La rupture du cadre scolaire et ses effets sur les comportements en santé des jeunes.

Plusieurs études démontrent que les périodes de vacances scolaires influencent défavorablement les comportements de santé des enfants. Alors que l'année scolaire impose un cadre structurant rythmé par des horaires fixes, des repas encadrés et des activités régulières, les congés entraînent une rupture de ce rythme protecteur. Cette idée est soutenue par Brazendale et al. à travers l'« hypothèse des jours structurés », selon laquelle la structure quotidienne propre à l'école agit comme un facteur de régulation limitant les comportements obésogènes. En l'absence de ce cadre, les enfants ont tendance à présenter davantage de sédentarité, un temps d'écran accru, une baisse d'activité physique et une alimentation de moindre qualité (6). Ces constats sont confirmés par Watson et al. et Weaver et al., qui observent durant l'été un risque d'une réduction du niveau d'activité modérée, une dégradation de la qualité nutritionnelle et des routines de sommeil moins régulières (38,39). Tanaka et al. soulignent également que certains comportements, comme un usage excessif des écrans pendant l'année scolaire, peuvent favoriser une prise de poids accrue pendant l'été (34). Malgré une rupture scolaire, une autre étude récente de Weaver et al. montrent que des programmes d'été structurés peuvent atténuer ces effets, en maintenant des habitudes saines et un cadre éducatif stable, notamment pour les enfants issus de milieux vulnérables (40). Dans l'ensemble, ces recherches confirment que la structure scolaire constitue un environnement protecteur pour la santé des enfants, tandis que les vacances représentent une période critique où la continuité de la promotion de la santé devrait être soutenue.

Dans ce contexte, les structures extrascolaires telles que les camps, les centres de loisirs ou encore les mouvements de jeunesse, encadrés par des animateurs, peuvent être des espaces propices au prolongement de l'apprentissage et de transmission de messages de santé en dehors du système éducatif. Ces environnements plus informels, fondés sur l'expérience, la participation et la vie collective, peuvent contribuer à maintenir des comportements favorables à la santé et à renforcer les compétences psychosociales des jeunes.

1.2. Problématique

Pendant l'année scolaire, les enfants âgés de 6 à 16 ans bénéficient d'une éducation pour la santé structurée grâce aux programmes officiels, aux enseignants et parfois à l'intervention de professionnels de santé (infirmier(ères) scolaires, nutritionnistes, éducateurs spécialisés, etc.). Ces interventions s'inscrivent dans un cadre régulier et pédagogique. Depuis 2022, un nouveau référentiel portant le nom d'éducation physique et à la santé (EP&S) a été ajouté au tronc commun de la 1^{re} primaire à la 3^e secondaire parmi 9 autres nouveaux référentiels, qui

ont tous comme objectif commun d'apporter un bagage commun de savoirs (être et faire) et des compétences (15).

Cependant, dès l'arrivée des vacances scolaires, ce cadre structurant pourrait avoir tendance à disparaître temporairement. Les enfants passent alors plusieurs semaines, parfois plus de 80 jours cumulés sur l'année, sans lien direct avec le système scolaire et, par conséquent, sans accès systématique à une éducation pour la santé formelle. Pourtant, durant cette période, ils participent fréquemment à des activités organisées dans des contextes extrascolaires : camps scouts, stages sportifs, ateliers créatifs, etc. Ils sont dirigés soit par des professionnels qualifiés (éducateurs, animateurs, ...), des adolescents qui réalisent des jobs étudiants ou encore des jeunes qui dirigent une troupe dans le secteur du scoutisme. Ces espaces de loisirs éducatifs, bien que non formels, peuvent représenter une opportunité précieuse de poursuivre la transmission de messages favorables à la santé.

Cependant, la qualité et l'efficacité de cette transmission dépendent fortement des compétences des animateurs qui les encadrent. Leur capacité à comprendre, interpréter et communiquer des informations de santé relève de la littératie en santé, une compétence déterminante dans la manière dont les messages sont construits et relayés auprès des enfants.

Par ailleurs, les animateurs peuvent occuper une place particulière dans la vie des enfants. Ils représentent des figures de référence positives dont les attitudes et les comportements peuvent servir de modèles. La manière dont ils incarnent les messages de santé peut donc renforcer ou au contraire freiner l'adoption de comportements favorables, comme le souligne la théorie de l'apprentissage social de Albert Bandura , selon laquelle les individus apprennent en observant les comportements de leur entourage (3).

Ainsi, il semble pertinent de s'interroger sur le rôle de la littératie en santé des animateurs dans l'élaboration, la transmission et la mise en pratique de messages de santé auprès des enfants, afin de mieux comprendre comment ces acteurs peuvent contribuer à la promotion de la santé en dehors du cadre scolaire.

La littératie en santé est un enjeu actuel dans notre société. On tend de plus en plus à partir des connaissances des populations afin de pouvoir déterminer les besoins de chacun et de ce fait pouvoir s'impliquer dans la santé de la population.

1.3. Question et objectifs de recherche

A la suite des quelques constats effectués ci-dessus, il convient de se poser la question suivante :

« Quel rôle joue la littératie en santé des animateurs dans la création et la transmission de messages de santé auprès d'enfants de 6 à 16 ans dans les activités extrascolaires ? »

L'objectif général de ce travail est d'évaluer l'influence de la littératie en santé des animateurs et comprendre ce rôle dans les capacités à relayer des messages de santé auprès des jeunes.

Les objectifs spécifiques qui en résultent sont :

- Explorer les pratiques de promotion de la santé dans les contextes extrascolaires.
- Identifier les représentations des animateurs de leur rôle en santé.
- Repérer freins, leviers et besoins en formation, ainsi que la pertinence des milieux extrascolaires pour la promotion de la santé des jeunes de 6 à 16 ans.

Ce travail s'articule de la manière suivante : dans un premier temps, une présentation du cadre théorique composée de quatre points qui abordent une définition et les enjeux de la littératie de la santé, un point sur l'éducation à la santé des jeunes suivi du rôle des structures extrascolaires et des animateurs et les liens entre la littératie des encadrants et la transmission de messages de santé. La seconde partie présente la méthodologie de l'étude. La troisième partie sera consacrée aux résultats obtenus, suivie d'une discussion qui permet de les analyser au regard de la littérature existante. Enfin, une conclusion est présentée en ouvrant quelques pistes de réflexions en lien avec la problématique initiale et les éventuelles limites de l'étude.

2. Cadre théorique

2.1. Définition et enjeux de la littératie en santé

Contacter un professionnel de santé, veiller à l'hydratation, choisir des produits de saison et sains pour son alimentation, ... Chaque jour, nous sommes amenés à prendre des décisions qui influencent notre santé ainsi que celle de notre entourage. Pour ce faire, chaque individu doit posséder certaines compétences comme savoir lire, pouvoir communiquer et s'exprimer sur ses besoins, répondre à ces questions en étant capable de trouver l'information tout en sachant l'appliquer. Parallèlement, la quantité d'informations disponibles ne cesse d'augmenter grâce aux différents espaces numériques comme les sites web, les réseaux sociaux ou encore les applications auxquels chacun peut accéder pour chercher des réponses.

Pour autant, rechercher une information fiable et savoir l'utiliser pour sa santé ou celle des autres s'avère une tâche assez complexe. C'est à ce moment que la littératie en santé va intervenir en jouant un rôle de « passoir » en aidant à sélectionner, comprendre et mobiliser ces informations de la manière la plus pertinente possible. Du point de vue de l'OMS, la littératie en santé est un concept d'apparition récent, qui englobe le savoir, la motivation et les compétences d'un sujet lui permettant d'accéder à l'information sanitaire, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer afin de se former une opinion, prendre des décisions dans la vie quotidienne pour sa santé, prévenir des maladies et promouvoir sa santé, pour conserver ou améliorer sa qualité de vie et ceci tout au long de la vie (23).

Dans la littératie en santé, on distingue également 3 niveaux de littératie : fonctionnelle, interactive et critique. Chaque niveau sera décrit plus loin. Dans l'ensemble, la littératie en santé est un élément déterminant de la santé publique. La participation d'un individu dans la prise de décision de son propre bien être en santé est l'un des axes majeurs de la médecine contemporaine. L'enjeu est que la littératie en santé soit un facteur de prise en charge efficace des populations de manière individuelle ou collective en permettant l'autonomisation des individus et le renforcement du sentiment d'auto-efficacité (26).

Selon Sciensano, la littératie en santé (LES) est considérée comme un médiateur permettant de lutter contre les inégalités en santé. En 2018, une enquête a été menée pour explorer le niveau de littératie en santé en Belgique. Il a été relevé que 66,6% des personnes âgées de 15 ans et plus ont un niveau de LES suffisant, 27,8% un niveau limité et 5,6% un niveau insuffisant. Ainsi, dans l'ensemble, 33,4% des personnes de 15 ans et plus ont un faible niveau de littératie et donc près de 1 Belge sur 3 en sait trop peu en matière de santé. De plus, il a été constaté que le niveau de LES augmente significativement avec le niveau d'instruction : 71,7% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ont un niveau suffisant de LES, 65,2% des diplômées du secondaire supérieur, 55,4% des diplômées du secondaire inférieur, et 43,2% des diplômées du primaire ou sans diplôme. Ces données peuvent s'avérer pertinentes dans le cadre de cette recherche (32).

Dans le cadre de ce mémoire, il est essentiel de bien comprendre ce qu'est la littératie en santé, car elle constitue un élément central de l'analyse. La littératie en santé renvoie aux compétences permettant de rechercher, comprendre, évaluer et utiliser des informations liées à la santé. Or, ces compétences influencent directement la manière dont les animateurs perçoivent les messages de santé, les interprètent et les transmettent aux enfants. Explorer leur

niveau de littératie en santé permet ainsi de mieux saisir leur capacité à relayer des messages fiables, pertinents et adaptés, en particulier dans un contexte non formel où les enfants perdent temporairement un cadre éducatif structurant. Comprendre ce concept est donc indispensable pour appréhender les enjeux de transmission et la qualité de l'éducation à la santé proposée dans ces environnements extrascolaires.

2.2. Éducation pour la santé des enfants (6–16 ans)

De l'enfance au début de l'adolescence, entre 6 et 16 ans c'est-à-dire entre l'apprentissage de la lecture et la fin de la puberté, la maturité est loin d'être homogène, les enfants traversent une période de progrès développementaux assez conséquente qui va leur permettre de créer leur propre identité. C'est à cette période que l'éducation pour la santé va avoir un enjeu majeur dans le développement de l'enfant étant donné que c'est une phase dans laquelle, l'enfant va subir des transformations physiques, cognitives, émotionnelles et sociales particulièrement importantes (16). Entre 6 et 11 ans, les enfants entrent dans une phase de développement cognitif où la pensée devient plus logique et structurée : ils comprennent mieux les relations de cause à effet, ce qui les aide à saisir l'impact concret de comportements de santé comme l'hygiène, l'alimentation ou encore l'activité physique. Leur autonomie s'accroît, tout comme leur capacité à suivre des consignes ainsi que de coopérer en groupe et intégrer les bons gestes du quotidien. À l'adolescence, de 11 à 16 ans, les jeunes subissent des changements physiques liés à la puberté qui vont exercer une influence sur la gestion des émotions, sur la prise de décision ainsi que sur les capacités à évaluer les risques. Cette tranche d'âge va ressentir un fort besoin d'appartenance et développer une certaine sensibilité au regard social, ce qui peut favoriser ou freiner certains comportements de santé. De plus, sur le plan socio-émotionnel, ils développent davantage leur esprit critique, leur identité personnelle et leur désir d'autonomie (12).

Les besoins fondamentaux de l'enfant, tels que décrits dans la littérature, incluent non seulement les besoins physiologiques essentiels, mais aussi des dimensions psychologiques, relationnelles et éducatives indispensables à leur santé globale. L'activité physique, une alimentation adaptée, de bonnes pratiques d'hygiène et un soutien à la santé mentale répondent directement à ces besoins de base, puisqu'ils contribuent à maintenir un état de bien-être corporel et émotionnel. Par ailleurs, l'article sur les besoins fondamentaux de l'enfant de Flora Bolter et al. rappelle l'importance des relations stables, chaleureuses et sécurisantes dans le développement de l'enfant : ces interactions agissent comme un régulateur émotionnel, favorisant un climat propice à l'adoption de comportements sains. Les

auteurs soulignent également que la satisfaction des besoins doit être envisagée dans une approche écosystémique, c'est-à-dire en tenant compte du contexte global de l'enfant (famille, pairs, institutions éducatives et sociales). Cette perspective rejoint directement la question de l'éducation pour la santé, car les comportements de santé se construisent au sein de ces environnements multiples. Enfin, l'article insiste sur la nécessité d'adapter les réponses aux besoins en fonction de l'âge et des caractéristiques individuelles : un enfant de 6 ans n'exprime pas les mêmes attentes ni les mêmes capacités de compréhension qu'un adolescent de 15 ans (5). Cette diversité développementale implique que les messages de santé, tout comme l'accompagnement par les adultes (dont les animateurs), doivent être ajustés pour être réellement efficaces et soutenir la construction de comportements favorables à la santé.

Le milieu éducatif joue un rôle déterminant dans la construction des comportements de santé des enfants et adolescents. En effet, les structures éducatives, qu'il s'agisse des écoles, des centres de loisirs ou des lieux d'animation, constituent des environnements de socialisation où les jeunes observent, expérimentent et intègrent des habitudes du quotidien liées à la santé et au bien-être (18).

Les adultes qui encadrent ces espaces agissent comme des modèles : leurs comportements, leurs attitudes et la cohérence de leurs messages influencent directement la manière dont les enfants perçoivent et adoptent des pratiques de santé. Un climat éducatif bienveillant et structuré favorise l'estime de soi et encourage l'adoption de comportements positifs, tandis qu'un environnement peu cohérent ou générateur de stress peut freiner ces apprentissages (40). Dans ce contexte, la qualité des pratiques éducatives dépend en grande partie du niveau de compréhension que les intervenants ont de la santé. La littératie en santé des animateurs, en particulier, devient un facteur clé : elle conditionne leur capacité à transmettre des informations fiables, à répondre aux besoins des enfants et à créer un environnement propice au développement de compétences favorables à la santé. Dans les contextes extrascolaires, les animateurs sont en effet considérés comme des acteurs du développement des jeunes, contribuant à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être (9). Ainsi, le milieu éducatif n'est pas seulement un cadre d'activités, mais un véritable levier de promotion de la santé et d'apprentissage durable.

2.3. Les structures extrascolaires : un environnement d'apprentissage informel

L'« accueil extrascolaire » et plus largement l'« accueil temps libre (ATL) » recouvre l'ensemble des prises en charge encadrées en dehors des heures de cours, avant et après l'école ou encore pendant les vacances scolaires (28). Ce concept « d'accueil hors temps scolaire » existe dans de nombreux pays européens à travers des plaines, des clubs de jeunesse, des accueils périscolaires ou des camps d'été. L'étude de l'UFAPEC met en évidence que l'accueil extrascolaire apparaît comme un espace informel éducatif à part entière, complémentaire à l'école et à la famille. Elle insiste sur son rôle potentiel en matière de réduction des inégalités sociales en permettant l'intégration, la socialisation, l'autonomie et le développement global de l'enfant. À titre d'exemple, l'étude montre que certaines communes wallonnes ayant développé un projet éducatif local structuré intègrent des activités favorisant le jeu actif, le mouvement et le respect du rythme de l'enfant, contribuant ainsi à la promotion de comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge. Elle rappelle que l'accueil extrascolaire s'inscrit dans le cadre des droits de l'enfant, notamment le droit aux loisirs et à la participation sociale, renforçant ainsi sa légitimité comme levier éducatif et social (35). Ces structures offrent aux enfants et adolescents des espaces de socialisation où les apprentissages se réalisent principalement par l'expérience vécue, le jeu, la vie de groupe et les interactions quotidiennes. Contrairement aux apprentissages formels, les apprentissages informels qui s'y développent ne reposent pas sur des objectifs académiques explicites, mais sur des situations concrètes du quotidien permettant l'expérimentation, l'observation et l'intégration progressive de normes, de valeurs et de comportements. Une étude menée au Canada a ainsi démontré que la participation régulière à une diversité d'activités extrascolaires (sportives, artistiques et communautaires) est associée à un meilleur bien-être subjectif, une perception plus positive de la santé et une plus grande satisfaction de vie chez les enfants, mettant en évidence l'impact cumulatif des expériences éducatives informelles sur le développement global. Les activités proposées, jeux actifs, activités sportives, projets collectifs, permettent d'intégrer de manière implicite des comportements favorables à la santé, tels que l'activité physique régulière, la gestion des émotions, le respect de règles communes ou encore l'écoute de soi et des autres (18).

Les structures extrascolaires illustrent concrètement leur potentiel en matière de promotion de la santé dans plusieurs domaines. Des programmes canadiens ont montré que l'intégration d'activités physiques structurées après l'école améliore la condition physique des enfants sans

effet négatif sur leur réussite scolaire, tout en favorisant des habitudes de vie actives (22). Par ailleurs, les structures extrascolaires jouent un rôle central en tant qu'espaces de socialisation et de soutien à la santé mentale. Elles offrent aux enfants des opportunités d'interactions sociales variées, favorisant le développement du sentiment d'appartenance, de la coopération et des compétences relationnelles. Une étude de Boelens Mirte a notamment démontré que les jeunes qui maintiennent une participation régulière à des activités parascolaires structurées présentent des niveaux de détresse émotionnelle significativement plus faibles que ceux qui n'y participent pas, en particulier chez les enfants issus de milieux socio-économiques plus vulnérables (4). Ces données confirment que les environnements de loisirs constituent des déterminants importants dans la santé mentale et le bien-être physique, en offrant des espaces sécurisants favorisant l'expression émotionnelle et la construction de relations positives.

En outre, les structures extrascolaires apparaissent comme des leviers pertinents dans la réduction des inégalités sociales de santé. En proposant un accès à des activités éducatives, sportives et sociales à des enfants issus de milieux diversifiés, elles contribuent à compenser certaines inégalités liées au contexte familial ou socio-économique. Une revue systématique européenne récente a mis en évidence que les dispositifs d'éducation étendue, incluant les temps hors scolaires, favorisent le développement de compétences psychosociales et soutiennent la santé mentale des enfants, particulièrement lorsque les interventions sont adaptées au contexte local et portées par des professionnels formés (17). De plus, des études internationales ont montré que le soutien social offert dans les environnements de loisirs influence positivement l'adoption de comportements favorables à la santé, notamment en matière d'activité physique, en interaction avec le milieu familial (4,18,37,39). D'autres initiatives, telles que des ateliers culinaires, des projets axés sur le bien-être émotionnel ou des activités de pleine nature, permettent aux enfants d'expérimenter directement des comportements favorables à la santé dans un cadre ludique et adapté à leur âge. Ces expériences contribuent à renforcer leur capacité à comprendre, expérimenter et mobiliser des comportements bénéfiques pour leur santé au quotidien, faisant des structures extrascolaires des environnements privilégiés pour le développement de compétences essentielles à long terme (4,17). Ainsi, l'accueil extrascolaire s'affirme comme un espace éducatif informel structurant, à la fois lieu de socialisation, de promotion de la santé et de réduction des inégalités, jouant ainsi un rôle fondamental dans le développement global des enfants et des adolescents.

2.4. Le rôle des animateurs dans les contextes extrascolaires et perspectives de formations.

Dans les contextes extrascolaires, les animateurs jouent un rôle éducatif essentiel qui dépasse la simple organisation d'activités de loisirs. Ces acteurs participent au développement global des enfants et adolescents. Au niveau européen, la reconnaissance institutionnelle du travail jeunesse renforce la légitimité du rôle éducatif des animateurs dans les contextes extrascolaires. La Résolution du Conseil de l'Union Européenne sur l'European Youth Work Agenda inscrit explicitement l'animation socio-éducative dans le champ des apprentissages non formels et informels, en soulignant qu'elle constitue à la fois un cadre éducatif structuré hors de l'école et un espace d'apprentissages issus des expériences du quotidien, essentiels au développement personnel, social et citoyen des enfants et des jeunes. Ce cadre politique reconnaît que les animateurs, qu'ils soient professionnels ou bénévoles, participent activement à la construction de compétences de vie telles que l'autonomie, la participation sociale, la gestion des relations et le bien-être global. La Résolution insiste également sur la nécessité de renforcer la qualité, la formation et la reconnaissance du travail des animateurs, afin de leur permettre de répondre de manière adaptée aux besoins des jeunes (10). En ce sens, le cadre européen vient soutenir l'idée que les animateurs ne sont pas de simples encadrants d'activités de loisirs, mais des acteurs éducatifs à part entière, capables d'influencer positivement les trajectoires de vie des enfants, notamment par la transmission implicite de comportements favorables à la santé et par la création d'environnements éducatifs sécurisants, inclusifs et promoteurs de bien-être.

Un animateur doit posséder un éventail de compétences pédagogiques, relationnelles et organisationnelles solides pour répondre aux besoins des multiples groupes qu'il encadre. Pour améliorer ses capacités et apprendre de nouvelles méthodes, chacun a la possibilité d'avoir accès à des formations. En Belgique francophone, plusieurs parcours de formation structurent ces compétences. Grâce à son ancrage territorial et à son lien étroit avec les pratiques sociales des jeunes, la formation de la Fédération des Maisons de Jeunes (FMJ) renforce la capacité des animateurs à agir de manière proactive et éclairée, en tenant compte à la fois des dynamiques collectives et des besoins individuels des enfants et adolescents dans leurs parcours de vie. La FMJ travaille avec les jeunes et pour les jeunes (14). Dans la volonté d'un objectif professionnel, le Centre de formation d'animateurs (CFA) en Belgique offre aux animateurs des parcours de formation soutenus par des institutions publiques telles que l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), permettant de renforcer leurs capacités à

concevoir et animer des activités éducatives et sociales cohérentes avec les réalités de terrain. Cette formation est reconnue par la Fédération Wallonie – Bruxelles (7). Un autre exemple très intéressant à découvrir, le mouvement de jeunesse Ocarina qui se définit comme un mouvement engagé pour le bien-être et l'épanouissement des enfants et des jeunes en proposant des activités pas seulement récréatives mais aussi participatives autour d'un projet éducatif global qui vise à développer la solidarité, la responsabilité et l'ouverture d'esprit des participants. L'organisation met l'accent sur la formation d'animateurs volontaires qui combine expériences pratiques et pédagogie active. Elle insiste sur le fait qu'être animateur est un choix, un engagement, se sentir responsable et faire partie d'un groupe. La promotion de la santé constitue un axe central dans la pratique d'Ocarina. Le mouvement s'inscrit dans une démarche de promotion globale de la santé comme le développement du bien-être physique, psychologique et social. À travers ses activités, ses séjours et ses plaines de vacances, le mouvement vise à créer des environnements favorables à la santé, en encourageant l'activité physique, l'expression des émotions, la coopération, le respect de soi et des autres, ainsi que la participation active des enfants à la vie collective. Les animateurs formés par Ocarina sont ainsi amenés à jouer un rôle de passeurs de messages de santé, non pas de manière prescriptive, mais par une approche éducative implicite fondée sur l'expérience, le vécu du groupe et l'exemplarité (30). Dans le même esprit, l'Union européenne, via des programmes comme Erasmus+ et le Corps européen de solidarité, soutient des projets de formation et de renforcement de capacités pour les animateurs et travailleurs jeunesse, incluant des axes liés à la santé mentale, l'inclusion sociale et la diversité, reconnaissant ainsi le rôle éducatif de ces professionnels dans la formation à la citoyenneté et à des modes de vie sains. Cette reconnaissance joue un rôle d'autant plus important que l'Union Européenne et le Conseil de l'Europe encouragent la professionnalisation et la qualité du travail de jeunesse dans le cadre de politiques publiques destinées à réduire les inégalités et à promouvoir le bien-être des jeunes à travers des parcours éducatifs complets (19).

Au-delà des compétences générales, un animateur dispose de responsabilités et limites professionnelles claires. Il est responsable de la sécurité physique et émotionnelle des enfants, de l'application de règles de vie collective et du respect des normes d'hygiène et de sécurité au quotidien, tout en créant un climat de confiance propice à l'autonomie des jeunes. Sa posture éducative implique un équilibre entre proximité et professionnalisme, où la relation avec les jeunes est encadrée par des principes éthiques, ce qui permet d'éviter à la fois une

distance froide et une implication trop personnelle. Cette posture permet d'instaurer des relations éducatives solides et soutenir la construction identitaire des enfants dans un cadre hors scolaire.

Le rôle d'animateur est particulièrement pertinent dans la fonction de médiateur et passeur de messages de santé. Dans des environnements où l'éducation pour la santé n'est pas systématiquement intégrée, les animateurs peuvent jouer un rôle de lien entre les messages institutionnels, les attentes des familles et les préoccupations des enfants. La littérature scientifique, bien que limitée spécifiquement sur l'extrascolaire a démontré dans une étude réalisée en Belgique, et plus précisément en Flandre que les interactions de confiance entre travailleurs jeunesse et jeunes favorisent l'adoption de comportements de santé, tels que la prévention du tabagisme ou les habitudes de vie positives, dans des contextes de loisirs socio-éducatifs. Elle a révélé que la présence d'adultes de référence identifiables dans les espaces récréatifs peut contrecarrer les normes de groupes à risque (par exemple, l'usage du tabac) et encourager des comportements sains, notamment lorsque les animateurs établissent des relations de confiance et sont perçus comme des modèles crédibles par les jeunes participants (25).

Ainsi, les animateurs ne se limitent pas à la mise en place d'activités ludiques : ils contribuent activement à la construction de compétences de vie, à la socialisation, à l'apprentissage de comportements favorables à la santé et à l'intégration sociale des enfants et adolescents. Leur formation, leur posture éducative et leur capacité à incarner des modèles sociaux cohérents avec les messages qu'ils transmettent sont des leviers essentiels pour faire de l'accueil temps libre un espace éducatif structurant et promoteur de santé, aligné avec les objectifs des politiques européennes de jeunesse et les besoins actuels des jeunes dans une société en pleine évolution.

2.5. Littératie en santé des animateurs

La littératie est un concept central en promotion de la santé qui renvoie à la capacité des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations en matière de santé pour prendre des décisions éclairées et agir de manière à promouvoir une bonne santé tout au long de la vie (23). C'est donc un concept qui dépasse la simple capacité de lire de l'information, il y inclut l'analyse critique, l'utilisation des connaissances, des compétences et la motivation d'une personne à naviguer efficacement entre différents contextes de vie liés à la santé et d'y appliquer l'information pour soutenir et maintenir des comportements de santé favorables.

Si la littérature s'est initialement concentrée sur des patients ou les populations générales, le concept est aujourd'hui considéré comme pertinent dans des domaines éducatifs et sociaux au-delà du seul système de soin, impliquant non seulement la compréhension de messages mais aussi l'interaction, la communication et l'action dans des contextes variés (13). Les intervenants du milieu extrascolaire comme des animateurs ou encore des bénévoles ne sont pas forcément des professionnels de la santé. Par leur pratique, ils transmettent des normes, interprètent des messages et prennent des décisions liées à la santé au niveau de l'alimentation, l'hygiène, des émotions, de la sécurité, ... des jeunes qu'ils encadrent. La littératie en santé des animateurs se distingue par son caractère contextuel, pratique et souvent implicite, en lien direct avec les spécificités du milieu extrascolaire. La littérature souligne en effet que la littératie en santé ne peut être réduite à une compétence individuelle abstraite, mais qu'elle est fortement influencée par le contexte social, éducatif et organisationnel dans lequel les acteurs évoluent (27). Dans les environnements non formels tels que les camps de jeunesse ou les accueils extrascolaires, les animateurs mobilisent leur littératie en santé principalement à travers des situations concrètes du quotidien, souvent imprévues. Un travail issu de l'approche communautaire montre que la littératie en santé se construit et s'exprime avant tout dans l'action, à travers des pratiques sociales et des interactions, plutôt que par l'acquisition de connaissances théoriques formelles (11). Par ailleurs, cette littératie est fréquemment implicite, car les messages de santé sont transmis de manière indirecte, par les attitudes, les comportements et les décisions quotidiennes des animateurs, sans intention éducative explicitement formulée. Comme le souligne Kickbusch et al. dans le livre « The solid facts : Health Literacy », la littératie en santé inclut des compétences communicationnelles et interactives qui s'exercent dans des contextes éducatifs et sociaux informels, ce qui correspond pleinement au rôle des animateurs en tant que figures de référence et médiateurs éducatifs (23). Ainsi, la littératie en santé des animateurs s'inscrit dans une logique de capacité d'agir, façonnée par l'expérience, le contexte et la relation éducative, constituant un levier central dans la transmission informelle de messages favorables à la santé. Chacun dans sa position d'animateur fait de la promotion de la santé sans forcément en avoir conscience.

La littératie constitue aujourd'hui une compétence professionnelle transversale pour les animateurs intervenant dans des milieux extrascolaires. Reconnue au niveau européen, la Résolution du Conseil de l'Union européenne sur l'European Youth Work Agenda souligne que le travail jeunesse contribue au développement global des enfants et des jeunes à travers

des apprentissages non formels et informels, incluant le bien-être physique, psychologique et social (9). Dans ce cadre, la capacité des animateurs à comprendre, interpréter et transmettre des messages de santé adaptés apparaît comme un levier essentiel de promotion de la santé.

Comme décrit ci-dessus dans le premier paragraphe, la littérature distingue trois niveaux de littératie en santé : fonctionnel, interactif et critique qui peuvent être mobilisés pour analyser les compétences des animateurs.

La littératie fonctionnelle renvoie à la compréhension d'informations de base liées à la santé. Dans le quotidien des structures extrascolaires, cela concerne par exemple la connaissance des besoins fondamentaux des enfants en matière d'hydratation, de sommeil, d'alimentation équilibrée, d'hygiène ou encore de santé mentale.

La littératie interactive correspond à la capacité à communiquer efficacement autour de la santé et à interagir avec différents acteurs. Les animateurs sont régulièrement amenés à dialoguer avec les enfants, leurs collègues, les parents, avec des professionnels de santé ou encore des responsables institutionnels. Cette dimension est particulièrement importante dans les contextes extrascolaires belges, où la diversité des publics et des cadres organisationnels (plaines communales, mouvements de jeunesse, maisons de jeunes) nécessite une adaptation constante des messages. Une littératie interactive suffisante permet aux animateurs d'expliquer les règles de manière compréhensible, de répondre aux questions des enfants sans dramatiser ni banaliser, et de favoriser un climat de confiance propice à l'adoption de comportements favorables à la santé.

Enfin, la littératie critique renvoie à la capacité à analyser et à évaluer la qualité des informations en santé. Dans un contexte marqué par la circulation massive d'informations cette compétence est essentielle pour éviter la diffusion de messages erronés, stigmatisants ou contradictoires. Les animateurs peuvent par exemple être confrontés à des discours normatifs sur le corps, l'alimentation ou la performance physique, et doivent être en mesure de les déconstruire ou de les nuancer. Une littératie critique insuffisante peut, malgré de bonnes intentions, conduire à des messages moralisateurs ou incohérents, susceptibles de renforcer des inégalités sociales de santé ou de fragiliser l'estime de soi des enfants. À l'inverse, une littératie critique développée favorise une approche bienveillante, inclusive et adaptée à l'âge et au contexte social des jeunes (27).

La littérature et les documents institutionnels soulignent que les formations destinées aux animateurs en milieux extrascolaires accordent une place importante au développement de

compétences liées à la sécurité, à la gestion de groupe, à la pédagogie active et à la posture éducative, éléments essentiels à l'encadrement des enfants et des adolescents. En Belgique francophone, les dispositifs de formation proposés par des organismes tels que le Centre de Formation d'Animateurs (CFA), les fédérations de maisons de jeunes ou les mouvements de jeunesse reconnus mettent prioritairement l'accent sur la prévention des risques, la responsabilité légale, la dynamique de groupe et la création d'un climat éducatif sécurisant. Si ces dimensions contribuent indirectement à la promotion de la santé, celle-ci est le plus souvent abordée de manière transversale, implicite et peu théorisée, sans être explicitement pensée sous l'angle de la littératie en santé. Plusieurs travaux soulignent que, dans les formations du travail jeunesse, la santé est généralement intégrée comme un thème parmi d'autres, mais rarement conceptualisée comme une compétence professionnelle spécifique nécessitant des savoirs, des savoir-faire et des capacités d'analyse critique (11,33). Comme le soulignent les auteurs Nutbeam et Batterham, l'absence de formation structurée à la littératie en santé peut limiter la capacité des acteurs éducatifs non spécialisés à formuler des messages fiables, adaptés à l'âge et non stigmatisants, malgré des intentions éducatives positives (2,27). Dans le contexte extrascolaire belge, cette situation pose implicitement la question de l'outillage des animateurs pour assumer leur rôle de passeurs de messages de santé dans des environnements informels, marqués par la diversité des publics, des cadres institutionnels et des réalités sociales des enfants. Sans remettre en cause la qualité globale des formations existantes, ces constats mettent en évidence un enjeu de renforcement de la prise en compte explicite de la littératie en santé dans les parcours de formation des animateurs, afin de soutenir une transmission plus cohérente, inclusive et adaptée des messages de santé dans les contextes extrascolaires.

2.6. Conclusion du cadre théorique

À travers ce cadre théorique, il a été mis en évidence que la littératie en santé constitue un déterminant central de la promotion de la santé, en particulier lorsqu'elle s'inscrit dans des environnements éducatifs non formels tels que les structures extrascolaires. La littérature souligne que les comportements de santé se construisent dès l'enfance et l'adolescence, au sein de contextes multiples et que les périodes de rupture du cadre scolaire, notamment les vacances, représentent des moments critiques susceptibles d'influencer négativement les habitudes de vie des enfants. Dans ce contexte, les camps de jeunesse, les accueils extrascolaires et les mouvements de jeunesse apparaissent comme des espaces privilégiés pour assurer une continuité éducative en matière de santé.

Un animateur qui encadre ces dispositifs occupe une place singulière : reconnu comme acteur éducatif à part entière par les politiques européennes du travail jeunesse, il contribue au développement global des enfants à travers des apprentissages non formels et informels. Le rôle des animateurs dépasse l'organisation d'activités ludiques et inclut la transmission souvent implicite de normes, de valeurs et de comportements liés à la santé. La littérature met ainsi en lumière leur fonction de modèles sociaux et de médiateurs, dont les pratiques, attitudes et discours peuvent favoriser ou, au contraire, freiner l'adoption de comportements favorables à la santé.

L'analyse du concept de littératie en santé permet de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans cette transmission. Dans les contextes extrascolaires, cette littératie se caractérise par son caractère contextuel, pratique et souvent implicite, ancrée dans des situations concrètes, parfois imprévues, et façonnée par la relation éducative. Une littératie en santé suffisante chez un animateur apparaît dès lors comme une compétence professionnelle clé, conditionnant la qualité, la cohérence et la pertinence des messages de santé transmis aux enfants.

Toutefois, la littérature et les documents institutionnels mettent également en évidence une tension entre les attentes implicites envers les animateurs en matière de promotion de la santé et la place relativement limitée accordée à la santé, et plus spécifiquement à la littératie en santé, dans leurs parcours de formation. Si les formations existantes accordent une importance majeure à la sécurité, à la gestion de groupe et à la pédagogie, la santé y est souvent abordée de manière transversale, sans être pleinement conceptualisée comme une compétence spécifique nécessitant des outils, des repères théoriques et une capacité d'analyse critique. Cette situation peut engendrer chez les animateurs un sentiment d'illégitimité, une crainte de « mal dire » ou une difficulté à adapter les messages aux réalités sociales et développementales des enfants, malgré des intentions éducatives positives.

Ces constats soulignent l'importance d'interroger le rôle concret de la littératie en santé des animateurs dans l'élaboration et la promotion de messages de santé auprès des enfants âgés de 6 à 16 ans. Ils justifient pleinement la question de recherche de ce mémoire, qui s'inscrit à la croisée des enjeux de promotion de la santé, d'éducation non formelle et de réduction des inégalités sociales de santé. Comprendre comment les animateurs perçoivent leur rôle, quelles compétences ils mobilisent, ainsi que les freins, leviers et besoins qu'ils identifient, apparaît essentiel pour renforcer la qualité des pratiques de santé dans les contextes extrascolaires.

Dans cette perspective, la méthodologie qualitative retenue dans ce travail vise à explorer en profondeur les pratiques, représentations et expériences des animateurs au sein des camps de jeunesse et des structures extrascolaires. Elle permettra d'analyser, à partir du terrain, la manière dont la littératie en santé s'exprime concrètement dans ces environnements et d'identifier des pistes d'amélioration pour soutenir les animateurs dans leur rôle de passeurs de messages de santé, en cohérence avec les cadres théoriques et institutionnels présentés.¹

Ce cadre théorique a permis de mettre en lumière le rôle de l'animation socio-éducative dans les apprentissages non formels et informels. Afin d'examiner concrètement la manière dont ces apprentissages se déploient sur le terrain, ce mémoire s'inscrit dans une démarche de recherche visant à étudier le rôle de la littératie en santé des animateurs dans la transmission de messages de santé auprès des jeunes. Les objectifs de l'étude consistent à explorer les pratiques d'animation, les intentions éducatives des intervenants et l'expérience vécue par les enfants et les jeunes.

En se rappelant que la question de recherche est : « Quel rôle joue la littératie en santé des animateurs dans la création et la transmission de messages de santé aux enfants de 6 à 16 ans dans les activités extrascolaires ? »

La méthodologie mobilisée pour répondre à cette question de recherche est présentée dans le chapitre suivant.

3.Méthodologie

Ce chapitre est consacré à la présentation de la méthodologie mobilisée dans le cadre de ce travail. Elle vise à décrire dans un premier temps le choix de la méthode utilisée, les critères de sélections pour les personnes questionnées, les outils utilisés pour recueillir et analyser les informations ainsi qu'un point sur l'aspect éthique de cette collecte de données.

3.1. Choix de la méthode :

Lors de la réflexion sur la méthode d'analyse à utiliser, le choix s'est porté vers une approche qualitative plutôt qu'une approche quantitative. L'étude qualitative contribue à développer des concepts qui permettent d'aider à mieux comprendre et analyser des phénomènes sociaux, détecter les besoins et trouver des pistes d'amélioration. L'objectif est d'obtenir des données

¹ Microsoft. (2024). Copilot (version utilisée en 2026) [Grand modèle de langage]. Microsoft. <https://copilot.microsoft.com>. L'outil a été utilisé ponctuellement pour des reformulations linguistiques, sans intervention sur l'analyse ou l'interprétation des données.

de qualité à l'inverse d'une quantité importante de données (8). Pour la réalisation de ce travail de recherche, l'étude qualitative semble judicieuse car elle permet de recueillir des données sur le ressenti des animateurs, sur les connaissances en santé ainsi que de découvrir la réalité du terrain des animateurs et des responsables de structures du milieu extrascolaire.

Dans le cadre de ce mémoire, deux méthodes qualitatives ont été mobilisées : l'entretien semi-directif et l'observation de terrain.

D'une part des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Cette méthode repose sur une conversation guidée par le chercheur en utilisant une grille de questions permettant à l'interviewé une liberté de parole, de développer ses réponses et d'aborder des éléments qu'il juge pertinents au sein d'un cadre défini (1). Elle permet de combiner structure et flexibilité. Le recours à l'entretien semi-directif est particulièrement pertinent dans cette recherche, car il permet d'explorer en profondeur les perceptions, les expériences et les représentations des participants animateurs ainsi que des structures extrascolaires, tout en gardant une certaine comparabilité entre les différents entretiens.

D'autre part, une observation de terrain a été menée. Définie comme une méthode empirique reposant sur l'immersion de longue durée au sein d'un terrain dans lequel se passe la recherche et où sont produits des connaissances, par la rencontre entre le chercheur et le terrain (1). Il s'agit plus précisément d'une observation à découvert et non – participante. L'observation à découvert signifie que les personnes observées sont informées de la venue du chercheur et ont connaissance de l'objectif de l'étude. Le caractère non-participant implique que le chercheur n'intervient pas dans les situations observées et garde une posture extérieure. Cette méthode permet de recueillir des données directement issues de comportements et des interactions en situation réelle. Cette méthode est intéressante dans la construction de cette recherche car elle offre un accès à des éléments qui ne sont pas toujours verbalisés lors des entretiens, et permet ainsi de compléter et de nuancer les données recueillies dans les discours.

3.2. L'échantillonnage :

Dans ce mémoire ce qui est étudié est un sujet et non une population. A travers les entretiens menés auprès d'animateurs ainsi que de responsables de jeunesse, cette recherche vise à déterminer les mécanismes par lesquels la littératie en santé des animateurs influence l'élaboration et la transmission de messages de santé auprès d'enfants dans le milieu extrascolaire. Plus précisément, il s'agit du point de vue des animateurs, d'examiner leurs

capacités à accéder aux informations par exemple à travers les formations proposées, comprendre, évaluer et mobiliser des informations relatives à la santé. L'analyse porte également sur la manière dont ces compétences se reproduisent dans leurs pratiques d'animation, notamment en ce qui concerne la sélection, l'adaptation et la mise en œuvre de messages de santé en fonction des caractéristiques des publics encadrés. Parallèlement du point de vue des institutions de jeunesse, cette recherche vise à interroger le rôle du cadre organisationnel dans la structuration de ces pratiques, en s'intéressant aux orientations éducatives, aux dispositifs de formation et d'accompagnement proposés aux animateurs, ainsi qu'aux ressources et contraintes susceptibles d'influencer la promotion de la santé. L'échantillon n'est pas représentatif d'une population étant donné qu'il est limité en taille. Ce dernier comprend 18 animateurs venant de milieux différents et 4 structures de jeunesse.

L'échantillon concernant les animateurs est sélectionné selon plusieurs critères qui permettent de répondre à la question de recherche. Il était important que l'animateur ait réalisé au moins une formation durant son parcours d'animation, qu'il encadre des enfants âgés entre 6 et 16 ans et qu'il ait déjà eu au moins une expérience d'animation. Exceptionnellement, une femme âgée d'une cinquantaine d'années qui a été animatrice lorsqu'elle était étudiante a été interrogée afin de pouvoir réaliser une comparaison entre les années antérieures et maintenant.

Le terrain de recherche s'inscrit dans le cadre de la Fédération Wallonie-Bruxelles, dans la mesure où les animateurs interrogés évoluent au sein de structures de jeunesse dont les formations sont reconnues par cette instance. En effet, indépendamment de la diversité des milieux d'engagement (mouvements de jeunesse, organisations de jeunesse, stages ou centres de vacances), les brevets d'animation obtenus par les participants s'inscrivent dans un cadre de reconnaissance commun, structuré et encadré par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce choix permet ainsi de situer la recherche dans un référentiel institutionnel homogène, garantissant une certaine cohérence en termes de formation, de compétences attendues et de cadre réglementaire des pratiques d'animation. Afin d'entrer en contact avec les personnes recherchées, un appel à participants a été lancé via un réseau social à l'aide d'une affiche créée avec l'intelligence artificielle qui comprenait toutes les informations essentielles comme les critères de participation ainsi que les moyens de contact (annexe 4).

Dans une logique de diversification de l'échantillon, la sélection des structures de jeunesse a été réalisée de manière à refléter différents niveaux de formation des animateurs. Ainsi, une première structure (organisation de jeunesse) a été choisie en raison du caractère obligatoire

de la formation de ses animateurs, garantissant un encadrement exclusivement assuré par du personnel formé. Une seconde institution (mouvement de jeunesse) se caractérise par la coexistence d'animateurs formés et non formés, la formation n'y étant pas une exigence systématique. Une troisième structure (structures d'accueil et d'animation pour enfant) repose principalement sur l'engagement d'animateurs en tant qu'étudiants jobistes, pour lesquels aucune formation spécifique n'est requise. Enfin, une quatrième institution relève du secteur de l'accueil temps libre, au sein duquel la formation des animateurs n'est pas obligatoire. Ce choix vise à comparer des contextes variés afin d'analyser dans quelle mesure le niveau de formation, et plus largement la littératie en santé des animateurs, peut influencer les pratiques de promotion de la santé. La première prise de contact s'est réalisée par mail, les objectifs de la recherche ont été exposés et une rencontre a été programmée.

3.3. L'outil de collecte des données :

Dans un premier temps l'outil choisi pour accompagner l'entretien semi-directif cité précédemment pas de virgule est le guide d'entretien. Celui-ci a été élaboré à la base de la recherche de littérature scientifique et la question de recherche. Il permet de définir un cadre pour aider le chercheur à orienter sa discussion tout en permettant à l'interlocuteur de donner des réponses libres et exprimer ce qu'il désire (1).

Dans le cadre de cette recherche, deux guides d'entretiens distincts ont été élaborés : l'un à destination des animateurs et l'autre à destination de responsables de structures de jeunesse. En effet, les entretiens menés auprès des animateurs visaient principalement à explorer leurs pratiques, leurs représentations et leur niveau de littératie en santé, tandis que ceux réalisés auprès des responsables avaient pour objectifs d'appréhender le cadre organisationnel, les orientations institutionnelles ainsi que les dispositifs d'encadrement et de formation.

L'élaboration de deux guides distincts a ainsi permis d'adapter les questions aux rôles et aux positions occupées par chacun des participants (annexe 1 et 2).

L'intérêt de ce type d'entretien est que les questions prédéfinies servent de base aux échanges mais qu'elles laissent le chercheur libre de reformuler ou spécifier la question si la réponse obtenue n'est pas claire ou si la question n'a pas été comprise. L'importance pour le chercheur c'est d'être assez flexible et pouvoir s'adapter à chaque situation rencontrée (8). Le guide des animateurs est composé de 26 questions et celui des responsables de 27 questions. Tous deux sont divisés en catégories pour orienter les réponses et balayer plusieurs sujets. Un entretien

de 30 à 40 minutes, toutes les questions ne sont pas posées en fonction des différentes réponses obtenues par les interlocuteurs.

Dans un second temps, un deuxième outil de collecte de données a été mobilisé : l'observation de terrain déjà précisé ci-dessus. Deux journées d'observation ont été réalisées au sein de stages de vacances de carnaval. Ces temps d'immersion ont permis d'accéder aux pratiques des animateurs en situation réelle, tout en offrant l'opportunité d'échanges informels avec ces derniers. Les données ont été recueillies de manière continue à l'aide d'un carnet de notes, dans lequel ont été consignés les éléments observés ainsi que les interactions pertinentes en lien avec l'objet de recherche.

Enfin, l'utilisation combinée de ces deux méthodes de collecte de données s'inscrit dans une logique de triangulation de données en combinant la recherche de littérature, les expériences et vécus des participants ainsi que l'observation de terrain renforçant la validité et la richesse de l'analyse.

3.4. L'aspect éthique :

Cette recherche s'inscrit dans le respect des principes éthiques applicables aux travaux en sciences de la santé publique. Le recours à un comité éthique n'a pas été jugé nécessaire dans la mesure où l'étude n'implique pas la collecte de données personnelles sensibles et ne présente pas de risque particulier pour les participants. La participation à la recherche repose exclusivement sur une base volontaire, avec la possibilité pour les participants de se retirer à tout moment.

Par ailleurs, plusieurs mesures ont été mises en place afin de garantir le respect des droits des participants : au début de l'entretien, un consentement a été explicitement sollicité, notamment en ce qui concerne un éventuel enregistrement des échanges. La phrase utilisée a été : « permettez – vous que j'enregistre notre échange afin que je puisse le réécouter chez moi lors de la rédaction de mon mémoire ? ». Les participants étaient libres d'accepter ou non. Pour un entretien, l'enregistrement n'a pas été autorisé, pour cela les informations données ont été recueillies sous forme écrite lors de l'échange. L'anonymat des participants a été assuré tout au long du processus de recherche, tant dans la collecte que dans le traitement et la restitution des données. Enfin, il a été proposé à chaque participant d'avoir accès au mémoire une fois celui-ci finalisé et défendu, dans une logique de transparence et de retour des résultats.

En ce qui concerne, l'étude d'observation de terrain au sein d'un stage de vacances, une demande a été effectuée auprès de la personne responsable des stages qui a ensuite relayé la demande auprès du Collège communal. La demande a été acceptée et l'observation de terrain a pu se réaliser. Afin de garantir l'anonymat et le respect des règles de la commune, une déclaration de confidentialité a été signée (annexe 3).

3.5. Méthode d'analyse :

Pour interpréter les données issues des entretiens, une analyse thématique a été privilégiée. Cette approche qualitative vise à identifier, organiser et analyser des thèmes récurrents à partir des données empiriques, en lien avec la question de recherche (1). À la suite des entretiens, une transcription intégrale des échanges a été réalisée afin de faciliter le traitement des données et leur regroupement en catégories pertinentes. Les transcriptions complètes peuvent être fournies sur demande.

Le recours à l'analyse thématique apparaît particulièrement pertinent dans le cadre de cette recherche, dans la mesure où celle-ci vise à comprendre un phénomène encore peu étudié, à savoir le rôle de la littératie en santé des animateurs dans la promotion de la santé en milieu extrascolaire. Cette approche permet d'adopter une posture inductive, en laissant émerger des thèmes directement issus du discours des participants, sans s'appuyer sur un cadre théorique préétabli strict mais en lien avec la littérature. Elle offre ainsi la possibilité d'identifier, d'analyser et d'interpréter des thèmes en lien avec les pratiques, les représentations et les dynamiques contextuelles, tout en mettant en lumière les liens entre les compétences des animateurs, leur environnement institutionnel et leurs modalités de transmission des messages de santé.

4. Résultats

Après avoir décrit les différents outils utilisés, il est intéressant de découvrir les résultats qui découlent des entretiens semi-directifs ainsi que de l'observation de terrain.

Les données récoltées auprès des animateurs sont classées en catégories suivantes :

- Thème I : Formation des animateurs en matière de santé
- Thème II : Représentations de la santé et du rôle de l'animateur.
- Thème III : Littératie des animateurs.
- Thème IV : Transmission des messages de santé auprès des enfants.

- Thème V : Pratiques et réalité du terrain perçues par les animateurs.
- Thème VI : Freins rencontrés et ressources mises à disposition des animateurs.

Il en sera de même pour les données recueillies auprès des responsables de structures de jeunesse :

- Thème I : Représentation de la santé dans les structures.
- Thème II : Organisation et outils proposés liés à la promotion de la santé auprès des enfants et adolescents.
- Thème III : Perception des formations en santé du point de vue des responsables au sein des structures.
- Thème IV : Rôle de l'animateur, influence sur les enfants et impact des connaissances en santé perçu par les responsables.
- Thème V : Limites des structures dans la prise en compte de la santé.

Afin d'illustrer les résultats de manière fidèle à la réalité, des extraits des entretiens sont cités. Pour pouvoir respecter l'anonymat des participants, le codage utilisé sera le suivant :

- Anim-MJ1 : 1^{er} animateur interrogé faisant partie d'un mouvement de jeunesse.
- Anim-OJ2 : 2^{ème} animateur interrogé faisant partie d'une organisation de jeunesse.
- Anim-SA1 : 1^{er} animateur interrogé faisant partie d'une structure d'accueil et d'animation pour enfant.
- Resp-MJ : Responsable faisant partie d'un mouvement de jeunesse.
- Resp-OJ : responsable faisant partie d'une organisation de jeunesse.
- Resp-SA : responsable faisant partie d'une structure d'accueil et d'animation pour enfant.
- Coor-ATL : coordinatrice des stages et de plaines communales de l'accueil temps libre.

Quelques informations sur les circonstances des échanges avec les différents participants. Ils se sont déroulés sur la période des mois de février – mars 2026. Pour les rencontres avec les animateurs, elles se sont réalisées via une rencontre en présentiel pour 10 d'entre eux, 6 autres ont été effectuées via une visioconférence et 2 participants ont répondu à l'entretien par écrit. Ce choix a été fait en fonction des disponibilités de chacun. En ce qui concerne les entrevues avec les responsables de structures de jeunesse, tous ont accepté une rencontre en présentiel sur leur lieu de travail ou dans un endroit calme et isolé.

Caractéristiques de l'échantillon

Avant de débiter l'analyse fine des résultats, il serait pertinent de décrire le profil des animateurs ainsi que des responsables de structures de jeunesse qui ont été interrogés :

Animateurs de mouvements de jeunesse :

Anim-MJ1 : Agée de 24 ans, infirmière de formation, animatrice brevetée depuis quelques années et toujours active au sein d'un mouvement de jeunesse, elle encadre actuellement des enfants âgés de 6 à 9 ans.

Anim-MJ2 : Âgée de 25 ans, étudiante institutrice maternelle. Animatrice brevetée, elle intervient comme accompagnatrice adulte, apportant un soutien ponctuel lors des séjours, notamment sur le plan logistique.

Anim-MJ3 : Agée de 25 ans, elle a été active plusieurs années au sein d'un mouvement de jeunesse, à la fois comme animatrice brevetée et responsable, encadrant des enfants de 4 à 12 ans.

Anim-MJ4 : Âgée de 53 ans, elle dispose d'un parcours de longue durée au sein d'un mouvement de jeunesse, elle a été animatrice et a suivi quelques formations durant son parcours d'animation. Elle a encadré principalement des enfants de 6 à 12 ans.

Anim-MJ5 : Agée de 22 ans, engagée depuis plusieurs années dans un mouvement de jeunesse, elle encadre de jeunes enfants et occupe actuellement une fonction de responsable d'équipe. Elle a suivi un module de formation et n'a pas poursuivi. Elle accompagne des enfants âgés de 6 à 8 ans.

Anim-MJ6 : Âgée de 25 ans, elle a exercé plusieurs années comme animatrice brevetée puis responsable d'unité, encadrant à la fois des enfants âgés principalement de 8 à 12 ans et des équipes d'animation.

Anim-MJ7 : Âgé de 22 ans, il est animateur breveté depuis plusieurs années, encadre actuellement des adolescents âgés de 16 à 18 ans mais a également animé des enfants âgés de 8 à 12 ans.

Animateurs d'organisations de jeunesse :

Anim-OJ1 : Âgée de 23 ans, logopède de formation, elle est une ancienne animatrice, formée entre ses 16 et 18 ans. Elle a encadré des enfants de 6 à 12 ans lors de séjours variés.

Anim-OJ2 : Âgé de 21 ans, il est animateur breveté. Il encadre principalement des enfants et des jeunes âgés de 6 à 14 ans. Son expérience se concentre sur l'animation de groupes en séjour.

Anim-OJ3 : Âgée de 22 ans, elle possède un parcours complet dans l'animation, incluant des fonctions d'animatrice brevetée, de cheffe de section et de responsable de plaine. Elle est également investie dans un mouvement de jeunesse, où elle anime principalement des enfants de 8 à 12 ans

Anim-OJ4 : Âgée de 18 ans, future étudiante infirmière, elle a récemment obtenu son brevet d'animatrice. Lors de ses premières expériences en tant qu'animatrice, elle a encadré plusieurs séjours pour des enfants de 6 à 10 ans.

Anim-OJ5 : Âgée de 24 ans, actuellement animatrice dans une maison pour jeunes, elle a évolué d'un rôle d'animatrice à celui de cheffe de section au sein d'une organisation de jeunesse. Elle a principalement encadré des enfants âgés de 7 à 12 ans.

Anim-OJ6 : Âgée de 21 ans, étudiante en médecine, elle est animatrice brevetée et a participé à plusieurs camps, dont un en tant que cheffe de section. Elle a encadré des enfants 6 à 14 ans ainsi que des adolescents de 14 à 18 ans.

Anim-OJ7 : Âgée de 21 ans, elle est animatrice brevetée avec une expérience de plusieurs camps. Elle a encadré des enfants de 7 à 12 ans.

Anim-OJ8 : Âgée de 26 ans, sage-femme de formation, elle dispose d'une expérience étendue en animation, acquise à la fois au sein d'une organisation de jeunesse et d'un mouvement de jeunesse. Elle a exercé des fonctions de responsabilité pendant plusieurs années. Elle a encadré des publics variés, allant de la petite enfance à l'adolescence

Anim-OJ9 : Agée de 17 ans, elle est en cours de formation en animation et intervient également dans une structure spécifique d'apprentissage artistique. Elle réalise ses stages pratiques en plaines de vacances. Elle encadre des enfants de 6 à 12 ans.

Animateurs dans des structures d'accueil et d'animation pour enfant :

Anim-SA1 : Agée de 19 ans, étudiante infirmière. Animatrice en plaines de vacances durant l'été depuis ses 16 ans. Pas de parcours de formation d'animation. Elle encadre des enfants de 8-12 ans.

Anim-SA2 : Agée de 22 ans, animatrice de plaines de vacances durant l'été depuis ses 16 ans. Pas de parcours de formation d'animation mais des expériences antérieures dans le domaine de l'animation notamment le sport. Elle encadre des enfants de 6-8 ans et 8-12ans.

Responsable faisant partie d'un mouvement de jeunesse :

La participante est une ancienne enseignante devenue chargée pédagogique au niveau fédéral dans un important mouvement de jeunesse belge. Elle met en œuvre les décisions des instances bénévoles et travaille sur des thématiques liées à la santé et à la protection des jeunes. Elle contribue également à la création de contenus pédagogiques destinés aux animateurs. Le mouvement accueille des enfants et des jeunes de 6 à 18 ans, répartis en différentes sections d'âge.

Responsable faisant partie d'une organisation de jeunesse :

La participante est responsable de séjour au sein d'une organisation de jeunesse qui organise des camps et séjours pour enfants et adolescents. Elle possède une solide expérience de terrain acquise comme animatrice puis intendante avant d'accéder à ce poste. Elle coordonne l'ensemble des séjours, gère les équipes d'animation, élabore les horaires et conçoit les activités. Elle assure également le lien entre les animateurs et les instances administratives. Elle encadre principalement des enfants de 6 à 12 ans en Belgique, mais intervient aussi auprès d'adolescents de 13 à 17 ans lors de séjours à l'étranger, où les exigences de formation des animateurs sont plus élevées.

Responsables faisant partie d'une structure d'accueil et d'animation pour enfant :

Deux participantes occupent une fonction de coordination au sein d'un complexe sportif communal. Elles gèrent l'ensemble des activités sportives proposées durant l'année et supervisent les stages organisés pendant les vacances scolaires. Leur rôle inclut l'encadrement, l'accompagnement et l'évaluation des moniteurs, ainsi que la supervision du déroulement des activités et de la sécurité des enfants. Elles sont régulièrement présentes sur le terrain. Les activités de la structure s'adressent à des enfants âgés de 2 à 12 ans.

Coordinatrice des stages et plaines communal de l'accueil temps libre :

La participante est coordinatrice des stages et des plaines au sein du dispositif d'accueil temps libre d'une commune. Issue de l'enseignement, elle mobilise ses compétences pédagogiques pour organiser et superviser les activités proposées aux enfants. Elle gère les stages communaux ainsi que les plaines de vacances du CPAS, en assurant la planification des

activités et la coordination des journées. Elle joue un rôle central dans le recrutement des animateurs et supervise les équipes sur le terrain. Elle accompagne les animateurs dans leur pratique et assure leur évaluation afin de garantir la qualité de l'encadrement.

4.1. Informations récoltées auprès des animateurs

Résultats des entretiens avec les animateurs :

4.1.1. Thème I : Formation des animateurs en matière de santé.

Les premières questions posées lors de l'entretien visaient à s'intéresser à la formation des animateurs en lien avec les thématiques liées à la santé. Cette catégorie vise à explorer dans quelle mesure les participants ont bénéficié d'une formation spécifique, les types de contenus abordés, ainsi que la perception et le point de vue des animateurs.

L'ensemble des animateurs a obtenu le brevet reconnu par la Fédération Wallonie -Bruxelles seulement 3 d'entre eux n'ont pas de brevet et 1 qui est en cours d'obtention du brevet. Les contenus de formation en matière de santé apparaissent comme hétérogènes selon les structures et les parcours individuels. De manière générale, les formations abordent principalement des éléments de base tels que les premiers secours (gestion des plaies, position latérale de sécurité, étouffement), l'hygiène (lavage des mains, prévention des maladies) et la sécurité des activités. Certains modules incluent également des thématiques plus spécifiques comme la gestion des médicaments et des allergies, la prévention des risques, ou encore des dimensions liées à la santé mentale et au bien-être des enfants. Toutefois, la profondeur et le caractère pratique de ces apprentissages varient fortement, allant de simples rappels théoriques à des formations plus complètes ou certifiantes, parfois suivies en dehors du cadre de l'animation.

Anim-OJ1 : « Il y a avait plus une formation sur les premiers secours, maintenant ce n'est rien de reconnu. Donc on a eu la formation, mais je veux dire, ce n'est pas le BEPS quoi. C'est les bases, et de nouveau, ce sont nos formateurs qui nous forment »

Anim-MJ1 : « Ce n'était pas une formation obligatoire...c'était le dernier module de formation fédérale et là j'avais le choix entre plusieurs sujets. Et moi j'avais pris les premiers soins ».

Anim-MJ6 : « *Honnêtement non, je pense qu'on aurait pu être plus formés à ce niveau-là. C'étaient plutôt des trucs et astuces de comment réagir quand il y a une situation dangereuse ou quand il y a un blessé* »

Anim-MJ7 : « *Dans les formations, ils mettent plus en évidence les activités de la vie quotidienne mais surtout ils mettent l'accent sur être animateur* »

Les récits des participants mettent en évidence une formation en santé perçue comme globalement limitée et variable selon les parcours. Les participants soulignent que ces apprentissages occupent une place secondaire dans leur formation globale d'animateur, étant souvent intégrés de manière ponctuelle plutôt que développés comme un axe central. Plusieurs évoquent également un caractère non obligatoire de certains contenus, laissant une part importante au choix individuel ou à l'intérêt personnel. On observe que la formation en matière de santé repose en grande partie sur la transmission entre pairs et sur les expériences de terrain. En outre, certains participants ne reconnaissent pas spontanément certaines dimensions abordées comme relevant de la santé.

4.1.2. Thème II : Représentations de la santé et du rôle de l'animateur.

L'exploration des représentations de la santé visait à comprendre comment les participants se positionnent face aux enjeux de santé dans leur pratique et comment ces perceptions influencent leurs actions. L'analyse met en évidence une diversité de représentations, allant d'une vision centrée sur les aspects physiques et les situations d'urgence évoquée par environ 6 participants à une approche plus globale intégrant le bien-être émotionnel, la santé mentale et les dimensions sociales mentionnées par près de 8 participants.

Anim-OJ4 : « *Déjà qu'il ait un bon sommeil adapté à ses besoins, qu'il ait une bonne alimentation, qu'il fasse quand même un sport..., qu'il soit bien dans ses baskets et qu'il soit heureux* ».

Anim-MJ1 : « *La santé en générale peut être découpée en plein de sujets, surtout à ces âges-là. Par exemple chez les plus jeunes enfants, je pense aux maladies virales* ».

Anim-MJ4 : « *Alors, moi, c'est les blessures, d'abord, cas d'accident, voilà* ».

Anim-MJ5 : « *Moi, ça me fait penser beaucoup à la santé intestinale. Parce que les enfants, soit ils ont la diarrhée, soit ils vomissent tout le temps* ».

L'analyse cherche également à savoir quel est le rôle d'un animateur en matière de santé du point de vue des participants. Dix animateurs se définissent comme des garants du bien-être et de la sécurité des enfants, tout en reconnaissant leurs limites et la nécessité de faire appel à des personnes compétentes si nécessaire. Environ sept participants soulignent également une fonction éducative implicite, la transmission de comportements favorables à la santé à travers l'exemplarité. Selon eux, ils expliquent que les enfants observent et reproduisent les comportements de manière spontanée, ce qui démontre que l'attitude peut être vecteur de transmission de messages de santé. Un accent va davantage être mis sur la prévention et l'anticipation des risques ainsi qu'une importance sur l'écoute et l'accompagnement émotionnel.

Anim-OJ5 : « *C'est être à l'écoute et prendre au sérieux ce que l'enfant nous dit. Parce que s'il nous fait part d'un mal-être, forcément c'est qu'il y a quelque chose* ».

Anim-OJ8 : « *De voir le côté, je ne sais pas comment dire, pas grave et du grave...Pouvoir reconnaître en mode, peu importe ta formation, pouvoir connaître ses limites* ».

Anim-OJ9 : « *C'est montrer les bons gestes. Par exemple, juste se laver les mains avant de manger* ».

Anim-SA2 : « *Oui, je pense que ça fait partie du rôle d'un animateur, parce qu'on est en contact direct avec les enfants. On peut les sensibiliser à avoir de bonnes habitudes, bien manger ou respecter les autres. C'est important, parce qu'on a une influence sur eux pendant les stages. Ils peuvent avoir tendance à vouloir faire « comme les grands »* ».

4.1.3. Thème III : Littératie des animateurs.

La récolte de données liée à la littératie en santé des animateurs cherche à savoir par quels moyens chacun a la capacité à accéder à l'information, à la comprendre, à l'utiliser et à la transmettre dans la pratique. Les résultats montrent une diversité de sources d'informations. 8 participants ont mentionné des ressources informelles tel que l'entourage comme les collègues ou encore les parents. 10 animateurs quant à eux préfèrent se référer à leurs responsables. 9 participants ont mentionné s'informer sur internet.

Anim-OJ7 : « *On peut déjà demander à nos responsables. Si c'est vraiment un truc grave, appeler le 112. Ce n'est pas la meilleure chose à faire mais internet aussi* ».

Anim-MJ5 : « *Du coup, ça dépend de la question, mais déjà je demande aux chefs s'ils savent ou quoi* ».

Anim-MJ7 : « *J'ai une source très spécifique qui m'a beaucoup aidé, c'est ma maman. Elle est pharmacienne* ».

Anim-SA2 : « *Je ne m'informe pas spécialement, c'est plutôt venu par mes cours dans mon cursus de formation d'assistante sociale* ».

La recherche permet de se questionner sur le sentiment de compétence en matière de santé des animateurs afin de comprendre dans quelle mesure ils se sentent à l'aise avec les informations qu'ils reçoivent et qu'ils sont amenés à mobiliser sur le terrain. Les résultats montrent une variabilité importante : certains participants (environ 5 à 6) se sentent confiants, souvent en lien avec une formation complémentaire ou un bagage personnel spécifique. Les participantes issues du domaine paramédical, comme l'infirmière et la sage-femme, semblent s'être orientées vers ces professions en lien avec un intérêt déjà présent pour les questions de santé. En effet, leurs discours montrent qu'elles étaient déjà familières avec les questions de santé lors de leur expérience en animation, avant d'entamer leur formation paramédicale. Celle-ci a ensuite permis de renforcer leurs connaissances, ce qui se traduit par une plus grande aisance dans la mobilisation d'informations de santé. Une majorité (environ 9 à 10) exprime des limites ou un manque d'assurance, en particulier face aux situations jugées complexes ou urgentes. Plusieurs soulignent également des difficultés à se souvenir des gestes ou à être certains de la justesse des informations transmises.

Anim-OJ1 : « *Non pas du tout, je ne me sens pas à l'aise. Après moi, j'ai refait le BEPS par la suite. Ça c'est juste parce que je trouve que dans mon cadre professionnel, c'est toujours bien de l'avoir, mais j'espère que ça n'arrivera jamais et que je n'en aurai jamais besoin* ».

Anim-OJ6 : « *Et puis même, si on n'est pas du tout au courant de comment gérer une crise d'épilepsie, on peut se renseigner pour savoir comment réagir face à ça. Moi, il y en avait une à un camp et au début j'avais une appréhension, j'avais peur entre guillemets que ça arrive. Mais après, il ne faut pas se gâcher le camp non plus* ».

Anim-MJ1 : « *Mais je pense que moi je suis quelqu'un de super à l'aise* ».

Anim-SA2 : « *Pas totalement. Je pense qu'il faut apprendre à adapter la transmission d'informations liées à la santé de manière ludique et adaptée, ce qui n'est pas vraiment le cas lorsqu'on est animateur en tant qu'étudiant sans formation spécifique* ».

4.1.4. Thème IV : Transmission des messages de santé auprès des enfants.

Cette catégorie vise à comprendre comment les messages de santé sont transmis sur le terrain et dans quelle mesure les animateurs adaptent leur communication afin de favoriser leur compréhension et leur appropriation par les enfants et les jeunes.

Environ 11 participants transmettent des messages de santé de manière spontanée, intégrés dans des moments de la vie quotidienne. Environ entre 4 et 5 animateurs évoquent le fait que pendant leur formation, on les incite à planifier des messages à travers des jeux ou des thématiques d'activités.

Anim-OJ1 : « *En général, c'est plutôt spontané, mais je sais que parfois, on essaye de faire des jeux qui ont des messages ou autre..., ça peut passer par là, plutôt, un aspect santé, ou ça peut être aussi des messages plutôt sociétaux ou autres, selon les enfants, mais on essaye que ça fasse partie de nos objectifs...* »

Anim-OJ8 : « *Je dirais que c'est plus au niveau des animateurs que ça a du sens pour nous de leur montrer ça* »

Anim-MJ3 : « *En vrai, ce n'est pas des sujets. Les thèmes ne sont pas du tout ciblés, mais par contre, on est clairement invité à faire des activités qui travaillent un peu le sens des enfants* ».

Anim-SA2 : « *Ils étaient planifiés (messages de santé) et demandés dans le projet éducatif, notamment par l'ONE* »

En ce qui concerne l'adaptation des transmissions de messages de santé auprès des enfants en fonction de leur âge, la quasi – totalité des participants, environ 14, souligne l'importance d'adapter le discours en fonction de l'âge et du niveau de compréhension de l'enfant.

Simplifier les informations pour les plus jeunes et développer davantage les explications pour les adolescents. L'acceptation des messages repose principalement sur l'exemplarité de l'animateur, la dimension ludique et la compréhension du sens des règles.

Anim-OJ3 : « *Mais disons que quand il y a des soucis, c'est un truc que j'ai appris en formation. On va, par exemple, repérer le type de personnalité de notre interlocuteur. Parce que même sur des enfants qui ont le même âge, en fonction de leur caractère, etc., et leur place dans le groupe, on ne va pas forcément leur parler de la même manière...Mais sinon, c'est beaucoup du naturel, je pense. Oui, en fonction de oui, le ton, les mots, la dureté du message* »

Anim-MJ1 : *« Je trouve qu'avec les enfants, c'est quand même plus facile d'imager les choses, de dire qu'il faut laver tes mains pour enlever toutes les petites bêtes sur tes mains, ce genre de trucs, plus raconter des histoires, alors qu'avec les grands, je vais avoir un discours plus d'adulte à adulte... ».*

Anim-SA2 : *« Il faut utiliser des exemples ou des activités pratiques, poser des questions et les encourager à participer pour qu'ils se sentent impliqués ».*

4.1.5. Thème V : Pratiques et réalité du terrain perçues par les animateurs.

Cette catégorie permet d'observer comment les animateurs traduisent concrètement les enjeux de santé dans leur pratique quotidienne.

Les animateurs mettent en place diverses pratiques favorables à la santé, principalement à travers des approches ludiques et pédagogiques. Plusieurs participants évoquent l'utilisation de supports tels que des chansons, pictogrammes, jeux ou rituels pour favoriser l'hygiène et les comportements sains. L'exemplarité constitue également un levier central cité par 8 participants, les animateurs mettent l'accent sur l'importance de montrer les bons comportements au quotidien et être à l'écoute. Certains développent également des outils plus structurés, ou des supports visuels, intégrant des repères liés à l'hygiène comme le lavage des mains avant chaque repas, à la sécurité ou encore aux comportements attendus afin de renforcer l'adhésion des enfants.

La santé au quotidien occupe une place dans les pratiques des animateurs, à travers des routines liées à l'hygiène, au sommeil, à l'alimentation et à la sécurité. Ces actions, largement partagées par les participants, témoignent d'une prise en charge globale du bien-être des enfants. Elles s'inscrivent principalement dans les moments de vie quotidienne plutôt que dans des situations exceptionnelles.

Anim-OJ3 : *« on a un rituel pour le lavage des mains...on a une musique qui fait que à chaque fois ça devient le vrai moment du pousse-mousse. Et en fait, c'est des rituels et des routines qui reviennent, qui font que les enfants reconnaissent à quel moment il faut faire quoi, même le soir avec le quantique ».*

Anim-OJ7 : *« S'il voit que l'animateur ne se lave pas les mains, ne se brosse pas les dents, ça va pas lui donner envie de le faire et il va peut-être se dire que c'est pas important ».*

Anim-MJ7 : *« Toujours être là avec la bonne humeur pour que les animés passent un bon moment et poser un cadre donc savoir trouver le bon compromis entre les écouter, les*

intégrer dans l'animation faire de la co-gestion mais en leur posant un cadre pour pas qu'ils aillent trop loin et que ça puisse leur apprendre des choses ».

Les entretiens révèlent une confrontation fréquente à des situations complexes, tant sur le plan médical que social. Douze des participants rapportent des situations critiques telles que des urgences médicales, des troubles du comportement ou des contextes familiaux difficiles qui nécessitent une prise en charge rapide. Ces expériences génèrent souvent du stress.

Anim-OJ4 : « J'ai eu une petite fille qui vivait en foyer d'accueil et tout ça, qui n'était vraiment pas bien, elle a même essayé de se suicider, et ça, c'était un peu compliqué, elle n'écoutait jamais, elle n'allait pas bien, et du coup, tous les autres enfants ne l'aimaient pas parce qu'elle n'était pas comme les autres... ».

Anim-MJ4 : « il y a une petite fille qui s'est étouffée avec un bonbon, donc... Ah ouais, j'ai réussi à la faire vomir. Mais je pense que, voilà. Moi, c'est surtout au niveau sécurité des activités et de la nourriture en général, ce qu'ils mangent. Moi, c'est plutôt ça qui m'a toujours préoccupée et que j'ai toujours fait super attention ».

4.1.6. Thème VI : Freins rencontrés et ressources mises à disposition des animateurs.

Les animateurs identifient des freins à la promotion de la santé, principalement liés à un manque de formation, de moyens et de légitimité. Onze participants évoquent des limites dans les compétences ou l'accès à des formations suffisantes. D'autres soulignent des contraintes organisationnelles par rapport au temps. Enfin, certains freins structurels apparaissent, comme le coût des formations ou le manque d'attractivité du volontariat.

Anim-OJ1 : « On a peur aussi des parents... On est jeunes, et donc on peut être vus par les parents comme des incapables, ou en tout cas, qui ne sont pas aptes à donner ce genre de conseils ».

Anim-MJ6 : « Le frein principal, c'est la flemme. Quand tu proposes aux chefs de se former, ils vont dire oui, je comprends l'intérêt, mais j'ai que mes week-ends de libre et je passe déjà trois heures le samedi pour les enfants ».

Anim-MJ7 : « on commence à 17 ans et du coup à cet âge-là parfois tu te dis ouais non mais qu'est-ce que je vais aller faire ça je m'en fous ou alors tu te dis ouais bah je vais pas aller dépenser 80€ pour avoir une formation que je n'utiliserai peut-être jamais ».

Anim-SA1 : « *Formation, pas de temps dédié pour parler de santé* ».

Notamment à travers une multitude d'expériences d'animation, les participants ont été confrontés à des inégalités sociales influençant la santé des jeunes pouvant constituer une difficulté de prise en charge. Treize participants observent des manques en termes d'hygiène, d'alimentation, de matériel et d'accès aux activités. Des participants évoquent plusieurs tentatives de compensation comme le partage ou encore le port d'un uniforme qui pourrait aider à contribuer à la diminution de ces inégalités.

Anim-OJ1 : « *Ouais, je pense (contribuer à réduire les inégalités), parce qu'au final, ils sont tous sur le même piédestal. Après, quand même, les enfants mettent ces inégalités d'eux-mêmes...Entre eux, on sait pas toujours ce qu'il se passe, ce qu'ils se disent, surtout quand on a des plus grands, 10-12 ans. Il y a certaines choses et certains commentaires qui commencent à arriver à cet âge-là* ».

Anim-MJ2 : « *Après, dans l'animation, l'objectif, c'est quand même que tous les enfants soient au même niveau, grâce au partage* ».

Anim-MJ4 : « *On avait nos habits. Et moi, je trouve que ça, c'était super parce qu'il n'y avait pas de différence* ».

Anim-SA2 : « *je pense que le milieu extrascolaire peut contribuer à réduire certaines inégalités de santé, car tous les enfants ont accès aux mêmes activités, informations et soutiens, peu importe leur milieu familial ou social. Cela leur permet d'adopter de bonnes habitudes, de découvrir de nouvelles pratiques et de bénéficier d'un encadrement qui peut compenser certains manques qu'ils peuvent avoir à la maison* ».

Malgré ces freins, les animateurs remarquent qu'ils ont à disposition diverses ressources pour soutenir leurs pratiques. 10 participants mentionnent le soutien humain (collègues, responsables, parents ou professionnels de santé). D'autres participants quant à eux mobilisent des outils concrets comme des supports écrits, outils numériques ou dispositifs organisationnels. Certaines ressources institutionnelles comme un numéro d'urgence viennent renforcer les ressources.

Anim-OJ2 : « *Déjà, on ne peut rien donner comme médicament, et donc on a une assistante médicale, donc, enfin, s'il a une plaie, concrètement, je vais le prendre, je vais aller passer la plaie sous l'eau pour nettoyer un peu, et puis je vais l'amener à l'assistante médicale qui, elle, a son dossier de santé s'il a eu des allergies ou quoi* ».

Anim-OJ3 : « *Du coup j'ai été chef de plaine, moi, pendant 2 semaines. Et même moi, en tant que chef de plaine, dans mon parcours de formation, je n'avais jamais été amenée à être formée de ça (premiers secours). C'est pour ça que j'avais décidé de m'entourer, en gros, d'une composition staff. Et donc à chaque fois, je faisais en sorte d'avoir une personne qualifiée. Par exemple, la première semaine, j'avais quelqu'un qui était pompier. Du coup, je savais que s'il y avait un problème, il pouvait réagir* ».

Anim-MJ2 : « *si ça dépasse notre situation, qu'on ne sait pas quoi faire, s'il faut intervenir plus haut, on a un numéro de secours...mais on peut appeler la fédération* ».

Anim-MJ5 : « *Et ce que le responsable médical fait chaque année, c'est qu'il crée un Excel avec, du coup, le nom de l'enfant, s'il a des problèmes physiques, s'il a des problèmes alimentaires, des allergies ou quoi, s'il a une maladie spéciale ou quoi, toutes les informations un peu importantes, et son traitement, s'il y a. Donc ça, c'est une fiche... Enfin, c'est un Excel qui est sur le drive du staff et qui est accessible à tout le monde* ».

Après avoir recueilli les données auprès des animateurs, il était essentiel de compléter l'analyse par le point de vue des responsables, afin de disposer d'une compréhension plus globale du fonctionnement des structures et de pouvoir comparer les perspectives des deux groupes.

4.2. Informations récoltées auprès des responsables de structures de jeunesse.

Résultats des entretiens avec les responsables de structures de jeunesse

4.2.1 Thème I : Représentation de la santé dans les structures.

L'exploration des représentations de la santé chez les responsables permet de comprendre le cadre de référence dans lequel s'inscrivent les pratiques d'animation.

Les discours des responsables mettent en évidence des conceptions différenciées de la santé selon les structures.

Au sein de la structure d'accueil et d'animation pour enfant et des stages et plaines communal de l'accueil temps libre, la santé est principalement envisagée sous un angle biomédical et sécuritaire. Cette orientation apparaît cohérente avec les attentes institutionnelles et parentales qui valorisent la prévention des risques et la garantie d'un environnement sûr pour les enfants. Elle renvoie essentiellement à la gestion des accidents, aux premiers secours et à la limitation des risques. Cette approche reste relativement restreinte et peu orientée vers la promotion de la santé au sens large.

À l'inverse, dans le mouvement de jeunesse, la santé est intégrée dans une vision globale du développement de l'enfant. Elle s'inscrit dans un projet éducatif structuré qui englobe des dimensions physiques, mentales, sociales et morales. Cette conception reflète une approche holistique de la santé. La responsable présente le mouvement de jeunesse comme poursuivant d'une mission éducative visant à former des citoyens responsables, actifs et critiques et solidaires en souhaitant créer un monde meilleur.

Du côté de l'organisation de jeunesse, la santé est abordée de manière plus pragmatique et opérationnelle. Elle est surtout liée à la gestion quotidienne des situations rencontrées en séjour, notamment les médicaments, les urgences et les besoins spécifiques des enfants.

Resp-MJ : « *On a des activités de découverte justement pour se développer dans 5 domaines. C'est – à – dire au niveau affectif, au niveau moral et spirituel, au niveau cognitif, au niveau physique et au niveau social. Et pour chaque tranche d'âge on a un peu regardé la psychologie des tranches d'âge* ».

Resp-OJ : « *Et on a toujours dit, s'il y a vraiment un problème, où là, tu vois que c'est grave, là, tu passes pas par nous, tu appelles direct l'ambulance* ».

Resp-SA : « *On est fort limité par rapport aux enfants dans le fait de leur donner des trucs, on ne peut rien leur donner à part de la glace et désinfecter* ».

4.2.2. Thème II : Organisation et outils proposés liés à la promotion de la santé auprès des enfants et adolescents.

Ce thème de recherche permet de relever les différents moyens ou outils mis à disposition par les structures pour aider les animateurs à promouvoir la santé auprès des jeunes.

L'organisation de la santé au sein des structures repose sur des dispositifs variés, mais présente des points communs.

Dans la structure d'accueil et d'animation pour enfant et des plaines et des stages communaux de l'accueil temps libre, la gestion de la santé est fortement centralisée autour des responsables, qui assurent un rôle de référents. Des outils tels que des registres de soins et des fiches santé permettent d'assurer un suivi des enfants et une traçabilité des incidents.

Dans le mouvement de jeunesse, la structure met en place des outils pédagogiques tels que des fiches de prévention et de politiques institutionnelles de protection de l'enfant. La responsable souligne une démarche pragmatique dans la production de supports, en indiquant qu'ils n'hésitent pas à mobiliser et adapter des ressources existantes, notamment celles de la Croix-Rouge, afin d'éviter une redondance dans la création d'outils, tout en s'inscrivant dans une logique de collaboration avec d'autres plateformes et mouvements de jeunesse.

Dans l'organisation de jeunesse, l'organisation repose également sur une hiérarchie claire, où les responsables de séjour jouent un rôle central dans la gestion des situations de santé, par exemple en ce qui concerne l'administration des médicaments.

Dans l'ensemble, la santé est donc bien intégrée dans le fonctionnement des structures, mais selon des logiques différentes : éducative pour le mouvement de jeunesse, logistiques et organisationnelles pour les autres structures.

Resp-MJ : « Une de nos décisions dernièrement, c'est de ne plus se casser la tête à créer des outils si d'autres l'ont déjà fait avant nous et qu'ils sont bien. Par exemple le carnet réflexe de la Croix – Rouge, on explique comme réagir dans 36 situations... On essaye de mettre en avant des outils ».

Resp-OJ : « En général, en tout cas, ce que moi je fais en tant que responsable, c'est que les petits trucs faciles, trousse de secours, débrouillez-vous, y a pas de souci, parce qu'ils sont obligés de noter de toute façon ce qu'ils font, et du coup, nous, on peut vérifier aussi le soir ce qu'ils font et faire les checks. Pour tout ce qui est médicaments, moi, je le fais moi-même ou je délègue à quelqu'un de mon staff qui a plus de responsabilités pour le faire, comme ça, on sait que c'est bien fait ».

Resp-SA : « On est formé, on est secouristes ... On a un registre de soins à compléter au fur et à mesure de l'année ».

4.2.3. Thème III : Perception des formations en santé du point de vue des responsables au sein des structures.

L'analyse de la perception des formations par les responsables permet de comprendre comment celles-ci sont évaluées, appropriées et perçues en termes d'efficacité.

Les discours des responsables mettent en évidence des perceptions contrastées concernant les formations en santé proposées au sein des structures.

Dans la structure d'accueil et d'animation pour enfant et des plaines et des stages communaux de l'accueil temps libre, les formations en santé apparaissent comme peu centrales dans le fonctionnement de la structure. La coordinatrice des plaines et des stages communaux de l'accueil temps libre, indique porter une attention à la formation des animateurs en matière de santé lors du recrutement. Par ailleurs celle-ci ne constitue pour autant un critère déterminant, son absence n'apparaissant pas comme un frein à l'engagement des animateurs, notamment en raison de la présence constante de la coordinatrice sur le terrain, qui permet de superviser et de limiter les responsabilités des animateurs. La formation est ainsi perçue comme secondaire.

La responsable du mouvement de jeunesse perçoit les formations en santé comme des dispositifs à la fois structurés et adaptables, reposant sur une articulation entre cadres institutionnels et initiatives locales. La structure propose des outils standardisés, tels qu'un « kit bien-être et sécurité », qui intègre notamment des éléments législatifs relatifs à la gestion des médicaments, afin d'encadrer les pratiques des animateurs et de limiter les risques. Ces supports sont perçus comme utiles pour fournir une base commune de connaissances et assurer une certaine cohérence dans les pratiques. Toutefois, leur mise en œuvre concrète repose en grande partie sur les unités locales, qui disposent d'une autonomie importante dans l'organisation des formations en santé. Les responsables soulignent ainsi que les équipes peuvent adapter les contenus en fonction de leurs besoins et de leur réalité de terrain. Elle souligne qu'ils peuvent avoir recours à des professionnels de santé pour animer la formation.

Du côté de l'organisation de jeunesse, la responsable exprime une perception nuancée des formations en santé proposées aux animateurs. Celles-ci apparaissent comme présentes mais insuffisamment approfondies, notamment sur le plan pratique. Les contenus abordés, tels que l'utilisation des trousse de secours, sont perçus comme limités et peu mobilisables sur le terrain, en raison à la fois du manque d'entraînement et des restrictions quant aux actes pouvant être réalisés. La responsable souligne également un décalage temporel entre les

formations et leur mise en pratique, ce qui entraîne une perte de savoirs et une difficulté à se remémorer les apprentissages lors des séjours. En réponse à ces limites, la responsable, du fait de son expérience, conseille de mettre en place des stratégies d'encadrement, en distinguant les tâches simples et en les répartissant entre les animateurs et en gardant les tâches plus complexes aux responsables. Elle insiste également sur l'importance de reconnaître ses limites et de faire appel à des professionnels en cas de besoin. Ainsi, les formations sont perçues comme utiles mais insuffisantes, nécessitant un encadrement complémentaire sur le terrain.

Resp-MJ : « *On fournit un outil clé sur porte, notamment avec toute cette législation sur la distribution de médicaments, etc., parce qu'on sait qu'ils peuvent avoir tendance à donner un truc, alors qu'ils ne voudraient mieux pas, ou que c'est interdit, carrément. Mais ce qui se passe régulièrement dans les unités, c'est qu'ils invitent un professionnel de la santé à leur week-end de formation. Et alors, c'est le professionnel qui va carrément donner le module de formation* ».

Resp-OJ : « *En fait, moi, je trouve que c'est un truc qui manque, parce que, effectivement, on a un module sur les trousse de secours, mais on ne sait pas faire grand-chose avec les trousse de secours, vu qu'on n'a pas le droit de faire grand-chose avec ça* ».

« *Par exemple, les formations étaient au mois d'avril, on partait en séjour en juillet ou en août, déjà, il faut se rappeler de ce qu'on a vu six mois avant* ».

Resp-SA : « *On ne regarde pas s'ils ont une formation parce que on est toujours sur place* ».

4.2.4. Thème IV : Rôle de l'animateur, influence sur les enfants et impact des connaissances en santé perçu par les responsables.

Ce thème vise à explorer le rôle des animateurs en tant qu'acteurs de promotion de la santé auprès des enfants, ainsi que l'influence qu'ils exercent sur leurs comportements. Il permet également d'analyser dans quelle mesure les connaissances en santé des animateurs influencent leurs pratiques.

Les responsables reconnaissent unanimement que les animateurs occupent un rôle important dans la transmission de comportements liés à la santé auprès des enfants. Leur influence se manifeste notamment à travers leur posture, leurs attitudes et leurs interactions quotidiennes avec les jeunes.

Dans la structure d'accueil et d'animation pour enfant, cette influence est principalement associée à la posture, aux comportements et au langage des animateurs étant perçus comme des modèles pour les enfants.

Dans le mouvement de jeunesse, la responsable souligne que le rôle de l'animateur dépasse largement l'encadrement des activités : il influence directement les comportements de santé des enfants, notamment par l'exemple. Lorsqu'un animateur adopte des gestes simples et appropriés comme nettoyer une égratignure à l'eau et au savon, ces pratiques tendent à s'ancrer naturellement chez l'enfant. L'impact perçu repose donc sur la cohérence entre les actions de l'animateur et les messages transmis. La responsable observe également des différences entre profils : les animateurs formés ou issus du milieu paramédical sont souvent sollicités pour gérer les situations de santé non urgentes, mais cette compétence technique n'est pas considérée comme indispensable. Ce qui prime, selon elle, c'est la volonté et le confort de l'animateur à entrer en relation avec l'enfant au moment du soin. Ainsi, un bénévole motivé peut être préféré à un étudiant en santé qui ne souhaite pas assumer cette responsabilité.

Pour l'organisation de jeunesse, on va également relever l'exemplarité. La responsable observe que les animateurs n'ont pas tous la même sensibilité face aux situations de santé : certains réagissent de manière excessive pour des blessures mineures, tandis que d'autres minimisent parfois des signes plus sérieux. Ces différences sont attribuées à la fois au tempérament individuel et à l'expérience acquise avec l'âge. Les constats montrent que l'animateur joue donc un rôle ambivalent : il peut rassurer, transmettre des réflexes utiles, mais aussi influencer la perception du danger ou de l'attention recherchée par certains enfants.

La responsable des plaines et des stages communaux de l'accueil temps libre a exprimé dans son interview que le rôle de l'animateur est de créer un environnement où la confiance mutuelle et l'attitude bienveillante de l'animateur jouent un rôle clé qui permet de faire ressentir un climat de sécurité pour l'enfant.

Resp-MJ : « À mon avis, si un enfant se blesse, etc., que l'animateur sait bien qu'on commence par laver à l'eau et au savon, si c'est juste une égratignure, etc. Je pense que ça va rentrer dans les mœurs de l'enfant, s'il est soigné comme ça, tu vois Je pense qu'ils vont... Enfin, c'est beaucoup par l'exemple qu'ils vont faire passer leurs messages ».

Resp-OJ : « C'est peut-être un peu cliché de dire ça, mais peut-être les filles, les jeunes, celles qui ont 16-17 ans, surtout quand c'est avec des enfants de 6-7 ans, là, c'est tout de

suite des montagnes pour pas grand-chose. Et puis après, plus tu vieillis, plus tu te dis bon, c'est bon ».

Resp-SA : « Justement, c'est parfois un gros souci de voir que des moniteurs parlent de la même façon à un enfant de 2 ans qu'à un enfant de 12 ans ».

Par ailleurs, les responsables soulignent que l'influence des animateurs est étroitement liée à leurs connaissances de base en santé. Un manque de connaissances peut limiter leur capacité à transmettre des messages adéquats, voire conduire à des pratiques inadaptées. À l'inverse, des animateurs disposant de connaissances suffisantes apparaissent plus à même d'adopter des comportements appropriés et de jouer un rôle actif dans la promotion de la santé. Leur rapport à la santé est donc largement influencé par leur tempérament, leur expérience personnelle et leur capacité à improviser plutôt que par un savoir fiable. Cette faiblesse peut-être parfois accentuée par le jeune âge des animateurs : à 16 ou 17 ans, beaucoup n'ont jamais été confrontés à des situations de soins et n'ont pas encore développé les réflexes nécessaires. Ainsi, les responsables constatent que leur littératie repose davantage sur le bon sens, l'observation ou la chance d'avoir un pair plus compétent que sur de véritables acquis préalables. Toutefois, cette compétence reste inégale ce qui peut engendrer des disparités dans les pratiques observées.

Resp-MJ : « Ça arrive régulièrement qu'on va confier la gestion des soins à un étudiant du médical ou du paramédical, tu vois. Ça, c'est quelque chose... Je pense que, par exemple, enfin, je prends l'exemple du staff de ma fille, il y avait une élève kiné, c'était elle qui était responsable de la gestion des soins ».

Resp-OJ : « Je pense que le fait que tu n'as pas les connaissances... En fait, tu as déjà de base des gens qui ne sont pas stressés et qui ne sont pas très perturbés, mais vu qu'ils n'ont pas les connaissances non plus, je pense qu'ils ne se stressent pas par rapport à ça (santé) ».

Resp-SA : « Alors qu'en fait, si, t'as 16 ans, tu ne sais pas ce qu'il faut faire, tu fais un peu comme tu le sens, et là, on s'est même dit qu'on allait faire un truc un peu plus structuré, en leur disant qu'il faut un échauffement, qu'il faut un retour calme, qu'il faut des exercices, qu'il faut varier les exercices ».

4.2.5. Thème V : Limites des structures dans la prise en compte de la santé.

Contrairement aux thèmes précédents centrés sur les pratiques et les perceptions, ce thème met en évidence des contraintes structurelles, organisationnelles et systémiques externes qui dépassent les compétences individuelles des animateurs. Il vise à identifier les différents freins rencontrés par les structures dans la mise en place d’actions liées à la santé.

Les résultats montrent que, au-delà des pratiques individuelles, chaque structure fait face à des limites organisationnelles et systémiques qui restreignent sa capacité à prendre en compte la santé des enfants.

Dans la structure d’accueil et d’animation pour enfant, les contraintes sont d’abord réglementaires : les responsables ne peuvent administrer aucun traitement et se limitent strictement aux premiers secours. À cela s’ajoutent des difficultés liées à la jeunesse du personnel suite à la nouvelle réforme (les vacances scolaires décalées) nécessitant un encadrement constant, ainsi que des infrastructures inadaptées à certains handicaps lourds, rendant la surveillance complexe dans un bâtiment trop vaste. Les contraintes financières, propres à une structure sans subsides, limitent également les collaborations externes, comme l’abandon d’un projet avec la Croix-Rouge jugé trop coûteux.

Du côté de l’organisation de jeunesse, les limites se situent surtout dans la gestion de situations médicales complexes : les animateurs, souvent très jeunes, doivent parfois gérer des traitements lourds (seringues d’adrénaline, dizaines de médicaments), ce qui génère un stress important et un risque d’erreur. La surcharge informationnelle et les lacunes dans la communication parentale comme des fiches de santé incomplètes ou informations cachées compliquent encore la prise en charge.

Enfin, au sein du mouvement de jeunesse, les outils théoriques existants sont jugés trop denses et peu adaptés au terrain, obligeant la structure à simplifier constamment ses supports. Les limites budgétaires empêchent la diffusion d’outils pratiques à grande échelle, tandis que l’absence d’obligation de formation médicale renforce les disparités entre les différents groupes.

Resp-MJ : « *Mais tu vois, typiquement, le carnet Reflex qui coûte 4-5 euros, ce n'est pas possible de l'envoyer à toutes les sections, alors que le rêve, c'est d'en avoir un dans chaque coffre de secours* ».

« Alors on a des publications qui sont justement en cours de révision sur la santé physique. Donc on avait des fiches qui sont extrêmement détaillées et qui dégueulent un peu d'informations, si je peux dire, si je peux m'exprimer ainsi, qu'on est en train de simplifier très très fort en essayant de se limiter à quelques bullet points qui vont droit au but ».

Resp-OJ : « Les parents ne l'ont pas mis sur la fiche, alors que c'est une information importante. Et on avait déjà parlé aussi au comité de mettre une phrase en disant que mettez les problèmes de santé et que ça ne va pas porter préjudice à votre enfant sur le fait qu'il partira ou non au séjour, parce que c'est ça qui pose un problème. Il y a des gens, je pense, qui se disent que s'il a ça, mon enfant ne partira pas en camp ».

Resp-SA : « On travaille aussi avec des moniteurs qui sont plus jeunes à cause de la réforme. Du coup, on a moins de personnes qui travaillent et qui sont dans le supérieur parce que c'est pas les mêmes vacances ».

« On a essayé de mettre en place un stage avec la Croix-Rouge, mais au final, ça n'a pas se faire. Parce qu'ils demandent très cher ».

« On n'est pas contre prendre les autistes. C'est juste que le bâtiment ne s'y prête pas. Il n'est pas sécurisant ».

Les responsables ont également été interrogés sur la présence éventuelle d'inégalités sociales et de santé parmi les enfants accueillis. Les données recueillies mettent en évidence que, au sein de chaque structure, les responsables ne perçoivent pas, à première vue, de différences marquées entre les enfants en matière de santé ou de conditions sociales. Les enfants sont généralement considérés comme un groupe relativement homogène dans leur participation aux activités. Toutefois, cette apparente homogénéité masque des inégalités plus structurelles, notamment liées aux modalités d'inscription. En effet, les responsables soulignent que les parents choisissent les structures en fonction de différents critères tels que le coût, la localisation ou encore l'organisation proposée, ce qui implique que le milieu socio-économique influence indirectement la fréquentation des structures. Les enfants tendent ainsi à être inscrits dans des structures proches de leur environnement social, ce qui peut limiter la mixité des publics.

Par ailleurs, la présence d'enfants à besoins spécifiques est relevée dans l'ensemble des structures. Ces besoins peuvent être d'ordre médical, émotionnel ou liés à une autonomie réduite, nécessitant une attention particulière de la part des animateurs, notamment en ce qui concerne la gestion des médicaments ou l'accompagnement individualisé. Les responsables

expriment une volonté claire d'accueillir tous les enfants, dans une logique d'inclusion. Néanmoins, cette volonté se heurte à certaines limites, telles que le manque d'animateurs, leur niveau de formation ou encore l'inadaptation de certaines infrastructures. Ces contraintes peuvent rendre la prise en charge de certains enfants plus complexe.

Resp-MJ : « *C'est un message qui reste de nos leitmotivs, évidemment. Oui, l'accueil de tous, c'est dans notre charte, donc... Mais je ne sais pas si une famille défavorisée va s'installer à la Hulpe ou je ne sais quoi* ».

Resp-OJ : « *Alors, question de temps, oui, c'est compliqué, parce que c'est vrai que souvent, t'as un animateur qui fait pas les activités ou quoi, parce qu'il s'occupe, surtout si c'est un enfant autiste, il s'occupe quasiment exclusivement de cet enfant-là* ».

Resp-SA : « *Les personnes qui ont vraiment des difficultés à payer des stages vont plutôt se tourner sur les plaines de vacances du CPS. Qui sont moins chères et qui ont des inscriptions dégressives. Le deuxième enfant, c'est moins cher. Le troisième enfant, c'est moins cher* ».

4.3. Informations récoltées lors de l'observation de terrain

L'observation de terrain réalisé dans un stage de vacances met en lumière plusieurs éléments très concrets qui éclairent les thèmes analysés dans ce mémoire. Il apparaît que les animateurs sont majoritairement très jeunes, ce qui influence directement leur rapport à la santé et leur littératie. Leur manque d'expérience est compensé par la présence constante de la coordinatrice, omniprésente sur le terrain, qui supervise, guide et soutient les équipes, illustrant à la fois les ressources internes et les limites structurelles. L'organisation quotidienne est rigoureuse : un planning d'activités est affiché pour chaque journée, les groupes sont constitués par tranches d'âge avec deux à trois animateurs par groupe. Les repas sont organisés séparément pour les plus jeunes et les plus grands, ce qui reflète une gestion structurée du bien-être et de la sécurité. Sur le plan des pratiques de santé, plusieurs gestes observés témoignent d'une attention réelle : les animateurs veillent au lavage des mains avant les repas, placent systématiquement les boîtes à tartines au frigo et s'assurent que les enfants portent un manteau ou emportent de l'eau avant une activité extérieure. Ces actions, bien que simples, illustrent la manière dont la littératie en santé s'exprime dans les routines quotidiennes et participent à la transmission implicite de messages de prévention. La dimension relationnelle est également très marquée : chaque enfant semble avoir un animateur

de référence vers qui il se tourne spontanément pour demander de l'aide ou poser une question, ce qui montre l'importance du climat de confiance instauré par les moniteurs. Les animateurs adaptent aussi leur attention en fonction des besoins individuels, certains enfants plus anxieux ou plus demandeurs reçoivent davantage de soutien, ce qui illustre une prise en compte fine du bien-être émotionnel. Enfin, la coordinatrice, bien qu'occupant une position hiérarchique, valorise clairement la collaboration, l'écoute et l'entraide, renforçant la cohésion de l'équipe et permettant aux jeunes animateurs de compenser leurs lacunes par un fonctionnement collectif solide.

5. Discussion et perspectives

Dans la dernière partie de ce mémoire, il sera question d'interpréter les résultats de la recherche afin de faire ressortir des éléments de réponse à la question de départ. Pour rappel, celle-ci s'intitule « **Quel rôle joue la littératie en santé des animateurs dans la création et la transmission de messages de santé auprès d'enfants de 6 à 16 ans dans les activités extrascolaires ?** ».

La discussion sera basée sur les différents thèmes utilisés pour classer les éléments de réponse obtenus lors des 18 entretiens des animateurs et les 4 responsables de structures de jeunesse. Une comparaison entre les résultats de terrain et la littérature scientifique sera effectuée. Ensuite, des pistes de réflexion seront évoquées pour faire suite au présent mémoire. Pour clôturer cette partie, une analyse des limites et difficultés rencontrées sera faite.

5.1. Interprétation des résultats en lien avec la littérature :

Les résultats montrent que les animateurs mobilisent principalement une littératie en santé intuitive et ancrée dans les situations quotidiennes, tandis que les responsables insistent davantage sur les contraintes organisationnelles qui encadrent ces pratiques. L'étude met également en évidence une grande hétérogénéité des connaissances et des compétences en santé, influencée par les parcours personnels, l'expérience et la formation. Enfin, l'observation de terrain confirme que la promotion de la santé se manifeste surtout à travers des gestes simples, intégrés aux routines, mais dépend fortement du cadre structurel, de la cohésion de l'équipe et du soutien institutionnel.

5.1.1. La formation des animateurs

L'analyse des entretiens met en évidence que la formation des animateurs en matière de santé constitue un enjeu central dans les milieux extrascolaires.

Les données montrent que la formation des animateurs en matière de santé reste limitée et très variable selon les structures. Les animateurs expriment que les contenus des formations sont assez denses et se concentrent principalement sur des contenus de base comme les premiers secours, l'hygiène ou encore la sécurité tandis que les aspects liés à la promotion de la santé ou à la transmission de messages adaptés sont très peu abordés. Les formations sont par ailleurs souvent dispensées par des formateurs qui ne sont pas issus du domaine de la santé, ce qui contribue à l'hétérogénéité des connaissances acquises. Dans ce contexte, les animateurs complètent fréquemment leurs compétences par l'expérience de terrain ou par la transmission entre pairs, ce qui entraîne une diversité de pratiques.

Les données montrent une convergence claire entre les animateurs et les responsables concernant les limites des formations en santé. Les responsables confirment cette réalité : dans plusieurs structures, la santé n'occupe pas une place centrale dans les dispositifs de formation, et les contenus proposés restent souvent superficiels ou trop généraux. Les deux groupes s'accordent également sur le fait que la formation dépend largement des initiatives individuelles, des ressources locales ou de la culture propre à chaque structure, ce qui contribue à une grande variabilité des pratiques. Là où les animateurs évoquent un manque d'assurance ou de légitimité, les responsables soulignent la nécessité d'un encadrement complémentaire sur le terrain pour compenser ces lacunes. L'ensemble des discours converge vers un constat partagé : la formation en santé offre une base intéressante, qui pourrait être enrichie pour soutenir pleinement le rôle éducatif des animateurs. Des pistes concrètes émergent, comme l'ajout de modules sur la communication en santé, la gestion des situations sensibles ou l'utilisation d'outils pratiques pour harmoniser les messages transmis.

Ces constats trouvent un écho dans la littérature scientifique mobilisée dans ce travail. Plusieurs études soulignent que les milieux extrascolaires constituent des environnements d'apprentissage informels où les adultes jouent un rôle éducatif majeur (6,17,35). L'étude de l'UFAPEC, par exemple, montre que ces espaces favorisent le développement global des enfants et peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales lorsqu'ils sont portés par des intervenants formés (35). De même, García-Moya et al. mettent en évidence que les dispositifs éducatifs hors temps scolaire renforcent les compétences psychosociales des jeunes, à condition que les professionnels disposent de repères et d'outils adaptés (17). Par ailleurs, les travaux de Brazendale et al. rappellent que les périodes hors cadre scolaire constituent des moments à risque pour les comportements de santé comme une augmentation de la sédentarité, une alimentation moins équilibrée, des routines perturbées qui renforcent

l'importance d'un encadrement compétent durant ces périodes (6). Enfin, la littérature sur la littératie en santé souligne que la capacité à comprendre et transmettre des informations de santé repose sur des compétences spécifiques qui nécessitent une formation structurée, ce qui rejoint directement les limites exprimées par les animateurs et les responsables (23,27).

La littérature souligne que la formation constitue un levier central dans la construction des compétences éducatives des animateurs. En Belgique francophone, différents dispositifs qui relèvent du secteur associatif, institutionnel ou des mouvements de jeunesse visent à développer des compétences pédagogiques, relationnelles et organisationnelles adaptées aux réalités du terrain (14,30). Ces formations mettent l'accent sur l'engagement, la responsabilité, la participation et la promotion du bien-être, confirmant que la santé y est envisagée comme un processus global plutôt que comme un ensemble de gestes techniques. Elles renforcent ainsi la capacité des animateurs à adopter une posture éducative cohérente, à instaurer un climat sécurisant et à agir comme modèles crédibles auprès des enfants (25).

5.1.2. Le rôle de l'animateur comme acteur de santé et les représentations de la santé

Les animateurs développent des représentations de la santé particulièrement hétérogènes, allant d'une vision centrée sur les aspects physiques à une conception plus globale intégrant le bien-être émotionnel et social. Ces perceptions semblent fortement influencées par leur bagage personnel : formation professionnelle, âge, expérience de terrain, sensibilité mais également par la spécificité de la structure dans laquelle ils évoluent. En effet, les environnements plus récréatifs, sportifs ou orientés vers la vie collective (comme les camps de jeunesse) façonnent indirectement la manière dont les animateurs conçoivent leur rôle en santé et les priorités qu'ils mettent en avant. Malgré cette diversité, ils se reconnaissent un rôle commun : garantir le bien-être des enfants, connaître leurs limites et adopter une posture éducative implicite fondée sur l'exemplarité et la prévention.

Les responsables partagent globalement cette vision, même si leurs conceptions de la santé varient selon les structures, allant d'une approche biomédicale à une perspective plus holistique. Comme les animateurs, ils considèrent que l'influence de ces derniers repose avant tout sur leur posture, la qualité du climat relationnel qu'ils instaurent. Un point d'honneur est mis en évidence dans les deux groupes, c'est l'exemplarité. La responsable faisant partie d'un mouvement de jeunesse a souligné que la contribution de l'animateur ne dépend pas d'abord de sa formation médicale, mais de sa motivation, de son tempérament et de son confort relationnel avec l'enfant.

Les représentations hétérogènes de la santé observées chez les animateurs s'inscrivent dans ce que la littérature décrit comme la pluralité des identités professionnelles en animation socio-éducative. Dans les contextes extrascolaires, les animateurs sont reconnus comme des acteurs éducatifs à part entière, dont le rôle dépasse largement la simple organisation d'activités récréatives (10). Le *European Youth Work Agenda* rappelle que l'animation constitue un espace d'apprentissages non formels essentiel au développement personnel, social et citoyen des jeunes, et que les animateurs participent activement à la construction de compétences de vie, dont le bien-être et les comportements favorables à la santé (10). Cette reconnaissance institutionnelle éclaire la diversité des conceptions de la santé relevée dans les entretiens : les animateurs, comme les responsables, mobilisent des définitions influencées par leur parcours, leur expérience et leur sensibilité, ce que confirment les travaux européens sur le travail de jeunesse (9).

La littérature souligne également que l'influence des animateurs repose avant tout sur leur posture éducative et la qualité du lien qu'ils instaurent avec les enfants. Une étude menée en Flandre a montré que la présence d'adultes de référence dans les espaces de loisirs peut moduler les normes de groupe et favoriser l'adoption de comportements de santé, notamment en matière de prévention du tabagisme ou de gestion des émotions. Les auteurs y démontrent que les jeunes sont plus susceptibles d'adopter des comportements sains lorsque les animateurs sont perçus comme des figures crédibles, cohérentes et accessibles, un résultat qui rejoint directement l'importance accordée à l'exemplarité dans les entretiens (25).

Enfin, plusieurs travaux soulignent le rôle de médiation joué par les animateurs entre les messages institutionnels, les attentes des familles et les préoccupations des enfants. Dans des environnements où l'éducation pour la santé n'est pas systématiquement intégrée, les animateurs deviennent des passeurs de messages implicites, en traduisant les enjeux de santé dans les interactions quotidiennes, les routines et les règles de vie (17,25). Cette fonction de médiation, largement décrite dans la littérature sur le travail de jeunesse, correspond à ce que révèlent les entretiens : les animateurs influencent la santé des enfants non par des interventions formelles, mais par leur présence, leur exemplarité et leur capacité à incarner les comportements qu'ils souhaitent transmettre (9).

5.1.3. La littératie en santé des animateurs

Les données montrent que la littératie en santé des animateurs repose sur des sources d'information multiples, allant des ressources informelles à la consultation des responsables

ou d'internet. Cette diversité reflète l'absence de repères communs et une forte dépendance au bagage personnel : ceux disposant d'une formation paramédicale se sentent généralement plus à l'aise, tandis que la majorité exprime un manque d'assurance face aux situations complexes ou urgentes. Leur sentiment de compétence apparaît donc fragmenté, influencé à la fois par l'expérience, la confiance en soi, le sentiment de légitimité et la capacité à mobiliser les informations dans l'action.

Les responsables confirment globalement les constats formulés par les animateurs, mais y ajoutent plusieurs nuances importantes. Alors que les animateurs décrivent surtout un sentiment de compétence variable et une dépendance à leurs ressources personnelles, les responsables insistent davantage sur les limites objectives liées au manque de connaissances de base de santé. Les référents des structures soulignent que certaines limites observées relèvent surtout du degré de familiarité encore variable des animateurs avec les situations de santé, en particulier lorsqu'ils sont en début de parcours d'animation, et non d'un manque de volonté ou de compétence. Les responsables indiquent également que la capacité à agir repose souvent davantage sur le comportement que sur un savoir structuré, ce qui peut renforcer les disparités observées dans les pratiques. Là où les animateurs évoquent surtout un manque d'assurance, les responsables mettent en lumière une littératie en santé encore fragile, largement construite sur le bon sens, l'observation ou l'appui d'un pair plus compétent plutôt que sur des acquis formalisés. Cette mise en perspective montre que, si les deux groupes reconnaissent l'importance de disposer de repères fiables, les responsables perçoivent plus nettement les risques associés à cette hétérogénéité et la nécessité d'un soutien institutionnel plus solide.

L'OMS définit la littératie en santé comme la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser des informations pour prendre des décisions éclairées, en mobilisant des compétences fonctionnelles, interactives et critiques (23). Sciensano montre qu'un tiers de la population belge présente un niveau limité de littératie en santé, un constat qui met en évidence l'inégale répartition de ces compétences parmi les adultes encadrant les jeunes (32). La littérature éducative rappelle que la compréhension que les intervenants ont de la santé influence directement la qualité des pratiques et la manière dont ils agissent comme modèles auprès des enfants (17,25). Les travaux portant sur les environnements non formels soulignent que la littératie en santé se construit avant tout dans l'action : elle s'exprime à travers les interactions quotidiennes, les décisions prises en situation et les pratiques sociales plutôt que par l'acquisition de connaissances théoriques (11,36). Les recherches sur le travail de jeunesse

montrent également que les animateurs mobilisent une littératie en santé largement pratique, implicite et façonnée par l'expérience, ce qui correspond à leur rôle de figures de référence dans les contextes extrascolaires (9). Enfin, la littérature met en garde contre les risques associés à une littératie fragmentée : variabilité des réponses, sentiment d'insécurité professionnelle et difficulté à gérer des situations complexes ou urgentes, soulignant la nécessité d'un soutien institutionnel et de repères communs pour garantir une prise en charge cohérente et sécurisante (2,26).

5.1.4. La transmission des messages de santé

Les animateurs décrivent une transmission des messages de santé largement intégrée au quotidien, reposant davantage sur la spontanéité que sur des démarches planifiées. Leur capacité à adapter les messages en fonction de l'âge et du niveau de compréhension des enfants apparaît centrale, tout comme l'importance accordée à l'exemplarité et à la dimension ludique pour favoriser l'adhésion. Cette approche intuitive reflète une littératie en santé essentiellement pratique, mobilisée dans l'action plutôt que structurée par des outils ou des repères formalisés.

Bien que les responsables ne se soient pas explicitement exprimés sur la transmission des messages de santé, cela s'explique en partie par leur rôle d'avantage centré sur l'organisation et la gestion structurelle ainsi que la coordination des activités. Leurs propos relatifs à l'organisation et aux outils disponibles (thème II) permettent d'éclairer ce processus. La mise en parallèle avec les animateurs montre que, si ces derniers transmettent les messages de santé de manière largement spontanée et intuitive, les responsables envisagent cette transmission à travers le prisme des outils, des procédures et du cadre organisationnel. Là où les animateurs décrivent une communication ancrée dans les interactions quotidiennes et l'adaptation à l'enfant, les responsables mettent en avant l'importance de supports structurés et de référents internes pour garantir la cohérence des pratiques, par exemple, par une présence permanente d'un responsable sur le terrain comme démontré lors de l'observation de terrain. Cette articulation révèle un décalage entre une transmission essentiellement informelle du côté des animateurs et une volonté de structuration du côté des responsables, ce qui souligne l'enjeu d'un meilleur alignement entre pratiques de terrain et dispositifs institutionnels.

Les résultats rejoignent les apports de la littérature sur le développement de l'enfant, qui souligne que la période de 6 à 16 ans est marquée par des évolutions cognitives, émotionnelles et sociales rapides nécessitant une adaptation fine des messages de santé (16).

Les travaux développementaux montrent en effet que les enfants d'âge primaire comprennent mieux les messages concrets et les liens de cause à effet, tandis que les adolescents mobilisent davantage leur esprit critique, leur sensibilité au regard des pairs et leur besoin d'autonomie (12). Cette diversité des capacités de compréhension explique pourquoi les animateurs décrivent une transmission fortement ajustée à l'âge, souvent intuitive et centrée sur l'observation de l'enfant.

Les travaux sur les besoins fondamentaux de l'enfant montrent que l'efficacité des messages de santé dépend fortement du climat relationnel dans lequel ils sont transmis et de leur adéquation au niveau de maturité de l'enfant (5,12). Une étude de Bolter et al. illustre bien ce phénomène : les auteurs montrent que les enfants intègrent plus facilement les messages de santé lorsque ceux-ci sont portés par des adultes perçus comme stables, chaleureux et cohérents, car ces interactions jouent un rôle de régulation émotionnelle et facilitent l'adoption de comportements sains (5). Les résultats des entretiens rejoignent cette idée : en s'appuyant sur la relation, le jeu et l'exemplarité, les animateurs jouent pleinement leur rôle de modèles, comme le met en évidence la littérature éducative sur l'influence des adultes.

Les recherches sur les contextes extrascolaires complètent ce point en montrant que les animateurs transmettent souvent des messages de santé à travers les interactions quotidiennes plutôt que via des dispositifs formels, ce qui en fait des acteurs clés du développement global des jeunes (17). Cette perspective éclaire le décalage observé dans les données : la transmission spontanée décrite par les animateurs peut être pertinente si elle s'appuie sur une bonne compréhension du développement de l'enfant, mais elle nécessite un cadre institutionnel cohérent pour éviter les variations de pratiques et garantir la qualité des messages et des comportements de santé (2,12).

5.1.5. Entre intentions éducatives et réalité du terrain : pratiques, freins et levier

Les animateurs décrivent des pratiques de santé très concrètes, intégrées aux moments ordinaires de la journée. Ils mobilisent des supports ludiques comme des chansons, pictogrammes, jeux, rituels et s'appuient sur l'exemplarité pour encourager l'hygiène, la sécurité ou les comportements sains. Leur action s'inscrit dans une prise en charge globale du bien-être, ancrée dans les routines ou de la vie collective.

Cette dynamique se confronte toutefois à des réalités plus exigeantes : urgences médicales, comportements difficiles, contextes familiaux fragilisés ou inégalités matérielles et sociales

qui compliquent la participation des enfants. Ces situations, fréquentes pour une majorité d'entre eux, génèrent du stress et révèlent des freins récurrents tels que le manque de formation, le temps limité à la formation de santé, l'accès restreint aux ressources ou un sentiment de légitimité insuffisant.

Malgré ces contraintes, les animateurs identifient plusieurs leviers : le soutien des collègues et des responsables, l'appui ponctuel de parents ou de professionnels de santé lors de certaines formations, ainsi que des outils institutionnels ou numériques qui leur permettent d'ajuster leurs pratiques et de maintenir une action cohérente auprès des enfants.

Moins immergés dans le quotidien des activités, les responsables identifient surtout les freins structurels et organisationnels qui conditionnent les marges de manœuvre des animateurs. Pour les responsables, les freins à la promotion de la santé relèvent surtout de contraintes structurelles qui dépassent l'action individuelle des animateurs. Selon les structures, ces limites sont réglementaires (interdiction d'administrer des traitements), organisationnelles (équipes jeunes nécessitant un encadrement étroit), matérielles (infrastructures peu adaptées), financières (peu de moyens pour collaborer ou acquérir des outils) ou informationnelles (fiches de santé incomplètes, surcharge des informations dans les outils). Ils soulignent également que les inégalités sociales influencent indirectement la composition des groupes, notamment parce que les modalités d'inscription (coût, localisation, organisation) attirent des publics issus de milieux similaires. Par ailleurs, l'accueil d'enfants à besoins spécifiques se heurte au manque de personnel formé et à des infrastructures parfois insuffisamment adaptées. Ces contraintes systémiques limitent les marges de manœuvre des animateurs et expliquent en partie l'écart entre intentions éducatives et réalité du terrain.

L'étude de Brazendale et al., qui développe la *Structured Days Hypothesis*, offre un éclairage particulièrement pertinent pour comprendre les limites structurelles auxquelles sont confrontés les milieux extrascolaires. L'objectif de cette étude était d'examiner comment la structure quotidienne influence les comportements de santé des enfants, en comparant les journées fortement organisées comme celles vécues à l'école et les périodes moins cadrées, telles que les vacances ou les temps extrascolaires. Les auteurs montrent que l'école agit comme un environnement protecteur grâce à ses routines imposées : horaires fixes, repas encadrés, périodes obligatoires d'activité physique et régulation du temps d'écran (6). À l'inverse, les environnements moins structurés laissent davantage de place à l'autonomie, ce

qui conduit fréquemment à une augmentation de la sédentarité, à une alimentation moins équilibrée et à des routines de sommeil plus irrégulières (34,38,39).

Ces résultats mettent en lumière des limites systémiques qui dépassent largement les compétences individuelles des professionnels. Le milieu extrascolaire, par nature moins cadré que l'école, expose les animateurs à des défis organisationnels importants : gestion de groupes hétérogènes, absence de routines stables, ressources matérielles limitées ou infrastructures parfois inadéquates. L'étude souligne également que ces difficultés sont amplifiées par les inégalités socio-économiques : les enfants issus de milieux défavorisés disposent de moins d'accès à des environnements sécurisés, à des activités encadrées ou à des aliments de qualité, ce qui renforce les écarts de santé et complexifie le travail des équipes. Ces constats rejoignent les propos des responsables interrogés, qui identifient des freins réglementaires, financiers et organisationnels limitant les marges de manœuvre des animateurs.

Enfin, Brazendale et al. insistent sur la nécessité d'interventions structurelles plutôt que centrées uniquement sur les comportements individuels. Cela inclut également les pratiques d'exemplarité : même si les animateurs adoptent des comportements modèles, ceux-ci ne peuvent produire des effets durables que s'ils s'inscrivent dans un cadre organisationnel cohérent, soutenant et structuré. Autrement dit, l'exemplarité individuelle gagne en portée lorsqu'elle est renforcée par des routines, des règles et des ressources institutionnelles. Les auteurs recommandent que les pouvoirs publics investissent dans des environnements plus structurés pendant les périodes hors temps scolaire, notamment en soutenant l'accès à des programmes encadrés, en développant des partenariats communautaires et en réduisant les barrières financières pour les familles. Cette perspective confirme que la promotion de la santé dans les milieux extrascolaires ne peut reposer uniquement sur les animateurs : elle nécessite des conditions institutionnelles, matérielles et politiques favorables, capables de compenser l'absence de structure propre à ces environnements (6).

L'observation de terrain vient renforcer cette lecture systémique des freins rencontrés dans les milieux extrascolaires. Dans le stage observé, la majorité des animateurs était très jeunes et encore peu expérimentés, ce qui rendait leur action fortement dépendante de la présence continue de la coordinatrice, omniprésente pour superviser, guider et sécuriser les décisions liées à la santé. Cette organisation illustre clairement que la qualité des pratiques ne repose pas uniquement sur les compétences individuelles, mais sur un encadrement structurel indispensable pour compenser le manque de formation ou d'assurance des équipes.

De manière transversale, il apparaît que les quatre types de structures étudiés ne fonctionnent pas selon les mêmes finalités ni les mêmes logiques éducatives, ce qui influence indirectement les pratiques et les représentations de la santé des animateurs. Chaque structure possède sa propre culture, ses priorités et son organisation interne orientant la manière dont la santé est comprise, mobilisée et transmise au quotidien. Ainsi, les pratiques observées ne peuvent être interprétées indépendamment du contexte dans lequel elles s'inscrivent : les attentes institutionnelles, le degré de structuration, la place accordée à la vie collective ou encore la mission éducative influencent la posture des animateurs et la nature des messages de santé qu'ils relaient. Prendre en compte ces différences est essentiel pour comprendre la diversité des représentations et des pratiques.

Ces éléments permettent ainsi de mieux comprendre le rôle de la littératie en santé des animateurs, et conduisent à formuler les principaux enseignements de cette recherche.

5.2. Pistes de réflexion

5.2.1. Renforcer la formation des animateurs en matière de santé

Les résultats mettent en évidence une formation en santé encore limitée, centrée principalement sur les gestes techniques et peu orientée vers la promotion de la santé ou la communication adaptée aux enfants. Cette situation ouvre une première piste de réflexion : comment intégrer plus explicitement les enjeux de santé dans les dispositifs de formation existants, sans alourdir les programmes ni dénaturer l'identité du secteur de l'animation ?

Une réflexion pourrait être menée sur l'intégration progressive de contenus liés à la littératie en santé, à la compréhension des besoins développementaux de enfants ou à la gestion des situations sensibles. Il ne s'agirait pas d'ajouter des modules spécialisés, mais plutôt d'introduire, au sein des contenus déjà existants, de courts repères liés à la santé. Par exemple, lors des séquences consacrées à la sécurité, à l'hygiène ou à la gestion de groupe, quelques minutes pourraient être dédiées à illustrer comment ces pratiques contribuent au bien-être des enfants ou comment adapter une consigne selon l'âge. Ce type d'ajustement léger intégré dans les formations actuelles sans allonger leur durée apparaît plus réaliste tout en permettant de sensibiliser progressivement les animateurs à une approche plus globale de la santé.

Cette piste invite également à réfléchir à la place des formateurs : l'implication ponctuelle de professionnels de la santé ou de la promotion de la santé pourrait enrichir les contenus, tout en préservant la spécificité pédagogique du secteur. Enfin, la formation pourrait être pensée comme un processus continu, soutenu par des espaces d'échange, de supervision ou de retour

d'expérience, afin de renforcer la confiance et la légitimité des animateurs dans leur rôle d'acteurs de santé.

5.2.2. Développer des outils accessibles et adaptés pour soutenir les pratiques des animateurs

Une deuxième piste de réflexion concerne les outils mis à disposition des animateurs. Les résultats montrent un décalage entre une transmission spontanée et intuitive du côté des animateurs et une volonté de structuration du côté des responsables. Cette tension révèle un besoin d'outils simples, accessibles et adaptés aux réalités du terrain.

Ces outils pourraient prendre différentes formes : supports visuels pour les enfants, fiches synthétiques pour les animateurs, protocoles simplifiés pour les situations courantes, ou encore référents internes disponibles pour répondre aux questions. L'enjeu n'est pas de standardiser les pratiques, mais de fournir des repères communs qui sécurisent les équipes et garantissent une cohérence éducative.

Une réflexion pourrait également être menée sur la co-construction de ces outils. Impliquer les animateurs dans leur élaboration permettrait de s'assurer qu'ils soient réellement adaptés aux besoins du terrain et qu'ils soutiennent la spontanéité éducative plutôt que de la contraindre. Les outils numériques, déjà utilisés dans certaines structures, pourraient aussi être explorés comme leviers pour faciliter l'accès à l'information ou la communication entre équipes.

Enfin, ces outils pourraient contribuer à réduire les inégalités entre structures, en offrant un socle commun de ressources tout en laissant la possibilité d'adaptations locales. Ils joueraient ainsi un rôle clé dans la consolidation de la littératie en santé des animateurs et dans la qualité des messages transmis aux enfants.

5.2.3. Valoriser le milieu extrascolaire comme espace de promotion de la santé

La troisième piste de réflexion concerne la reconnaissance du milieu extrascolaire comme un espace privilégié de promotion de la santé. Les résultats montrent que les animateurs jouent un rôle central dans la construction des comportements de santé, non pas à travers des interventions formelles, mais par leur présence, leur posture et les interactions quotidiennes. Pourtant, ce rôle reste souvent implicite, peu reconnu et parfois sous-estimé dans les politiques éducatives ou de santé. Or les animateurs se basent avant tout sur les fondamentaux comme l'hygiène et la sécurité, l'alimentation, le bien-être, le sommeil, vivre ensemble ou

encore l'estime de soi qui constituent déjà des pratiques essentielles à la promotion de la santé.

Valoriser le milieu extrascolaire implique d'abord de reconnaître la spécificité de son action : un environnement où les enfants apprennent par l'expérience, le jeu, la relation et la vie collective. Cette spécificité constitue un levier puissant pour la promotion de la santé, notamment en matière de bien-être, de compétences psychosociales ou de prévention des risques. Une meilleure reconnaissance institutionnelle pourrait encourager les structures à investir davantage dans la formation, les outils ou l'encadrement nécessaires pour soutenir cette mission.

Cette valorisation passe également par une réflexion sur les conditions structurelles : taille des équipes, stabilité du personnel, accessibilité financière, infrastructures adaptées, accueil des enfants à besoins spécifiques. Les animateurs ne peuvent assumer pleinement leur rôle d'acteurs de santé que si les conditions organisationnelles leur permettent d'agir avec cohérence et sérénité.

Enfin, valoriser le milieu extrascolaire, c'est aussi reconnaître son potentiel pour réduire les inégalités sociales de santé. Les espaces de loisirs, lorsqu'ils sont accessibles et bien encadrés, constituent des environnements protecteurs où les enfants peuvent développer des compétences essentielles pour leur santé et leur bien-être. Cette perspective invite à considérer le secteur extrascolaire comme un partenaire à part entière des politiques de santé publique.

5.2.4. Difficultés et limites de la recherche

Cette étude s'inscrit dans une démarche exploratoire visant à comprendre la manière dont les animateurs et responsables perçoivent leur rôle en matière de santé dans les milieux extrascolaires. À ce titre, l'objectif n'était pas de produire des conclusions généralisables, mais d'ouvrir un champ de réflexion à partir de récits situés et contextualisés. Cette posture implique plusieurs limites inhérentes à la nature même de la recherche qualitative.

La première limite concerne la taille et la composition de l'échantillon. Les résultats reposent sur les propos de dix-huit animateurs et quatre responsables, issus de structures sélectionnées pour leur accessibilité et leur pertinence. Bien que ces participants aient permis de recueillir une diversité de points de vue, leurs discours ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble du secteur de l'animation. Les données reflètent des expériences subjectives, influencées par les contextes institutionnels, les parcours individuels et les dynamiques

propres à chaque structure. Un élargissement du nombre de structures ou une diversification géographique aurait pu enrichir la variété des situations rencontrées.

Une autre limite tient aux caractéristiques des participants. Une proportion non négligeable d'animateurs présente une formation ou un intérêt marqué pour le domaine de la santé, ce qui peut avoir influencé leur perception des enjeux, leur sentiment de compétence ou leur sensibilité aux questions de santé. L'analyse des profils montre également que la majorité d'entre eux a suivi sa formation d'animateur avant d'entamer des études supérieures, souvent dans des filières liées à la santé ou au social. Ce parcours particulier peut constituer un biais, dans la mesure où ces participants disposent potentiellement de ressources ou de repères différents de ceux d'animateurs n'ayant pas de lien avec ces domaines. Les discours recueillis doivent donc être interprétés à la lumière de ces trajectoires spécifiques.

Sur le plan méthodologique, la recherche s'est heurtée à la difficulté d'accéder à une littérature scientifique abondante concernant spécifiquement le milieu extrascolaire. Les travaux portant sur l'animation, les centres de loisirs ou les dispositifs hors temps scolaire restent relativement limités, fragmentés ou centrés sur des thématiques particulières (participation, citoyenneté, compétences psychosociales). Cette rareté a nécessité de mobiliser des cadres théoriques issus de champs connexes comme l'éducation, la promotion de la santé, le développement de l'enfant, le travail de jeunesse, ce qui enrichit l'analyse mais peut également introduire un décalage entre les concepts disponibles et les réalités du terrain. Cette contrainte souligne l'importance de développer davantage de recherches sur les milieux extrascolaires, encore trop peu documentés malgré leur rôle éducatif majeur.

Malgré ces limites, cette étude offre un éclairage pertinent sur les pratiques, les représentations et les besoins des animateurs en matière de santé. Elle met en évidence des enjeux peu documentés et ouvre des pistes de réflexion utiles pour les structures, les formateurs et les acteurs institutionnels du secteur extrascolaire.

6. Conclusion

L'objectif de cette recherche était de comprendre le rôle que peut jouer la littératie en santé d'un animateur dans la manière dont il va créer et transmettre des messages de santé auprès des jeunes lors d'activités extrascolaires. C'est pourquoi ce mémoire a tenté de répondre à la question de recherche : « **Quel rôle joue la littératie en santé des animateurs dans la**

création et la transmission de messages de santé auprès d'enfants de 6 à 16 ans dans les activités extrascolaires ? ».

Afin de répondre à la question, il a été décidé de mener des entretiens semi-directifs auprès de 18 animateurs venant de plusieurs organismes et 4 responsables de structures de jeunesse. Le but était de déterminer la réalité du terrain en recensant le vécu, le ressenti des participants animateurs ainsi que de comprendre la manière dont les responsables de structures de jeunesse perçoivent les pratiques d'animation des animateurs et l'organisation de leur structure respective. Ensuite 2 journées d'observation ont été réalisées dans un stage communal lors des vacances de carnaval 2026 afin de pouvoir rapporter des éléments du terrain.

Par ailleurs, les animateurs apparaissent comme des acteurs clés dans la transmission de messages de santé. À travers leurs interactions quotidiennes, leur posture éducative et leur rôle de modèle, ils participent à la construction de repères et de comportements chez les enfants. Les résultats de cette recherche montrent que la littératie en santé des animateurs influence leur manière de comprendre, d'interpréter et de transmettre les messages de santé, mais qu'elle ne constitue qu'un élément parmi d'autres dans un système beaucoup plus large. Les entretiens révèlent que les animateurs mobilisent surtout une littératie pratique, intuitive et ancrée dans les situations quotidiennes. Les données montrent en effet que les connaissances, les compétences et la capacité à mobiliser des informations de santé dépendent à la fois des parcours personnels, des expériences antérieures et des formations suivies tandis que les responsables mettent davantage en avant les enjeux organisationnels et les contraintes structurelles qui encadrent ces pratiques. Ces constats rejoignent la littérature, qui souligne que les milieux extrascolaires constituent des environnements éducatifs pertinents pour la promotion de la santé, à condition que les équipes disposent d'un cadre structuré, de ressources suffisantes et d'un soutien institutionnel adapté (17,22,40). L'étude met ainsi en évidence que la transmission de messages de santé ne repose pas uniquement sur les compétences individuelles des animateurs, mais sur l'articulation entre leurs savoirs, leur posture éducative et les conditions organisationnelles dans lesquelles ils évoluent.

L'observation de terrain est venue enrichir et nuancer ces résultats en offrant un regard direct sur la manière dont les messages de santé se traduisent dans les pratiques quotidiennes. Elle a montré que, malgré leur jeune âge et leur expérience limitée, les animateurs mobilisent spontanément des gestes de santé simples mais réguliers, intégrés aux routines du stage, tout en s'appuyant fortement sur la présence structurante de la coordinatrice. Cette immersion a

permis de constater que la littératie en santé s'exprime autant dans l'action que dans les discours, et qu'elle est étroitement liée au climat éducatif, à la cohésion de l'équipe et à l'organisation interne de la structure.

Au regard de ces éléments, il est possible de répondre à la question de recherche. La littératie en santé des animateurs joue un rôle important dans la manière dont ils construisent et transmettent les messages de santé aux enfants. Toutefois, elle ne constitue pas un facteur isolé, mais s'inscrit dans un ensemble plus large de déterminants, incluant les expériences personnelles, la posture éducative ainsi que les conditions organisationnelles. La qualité de la transmission des messages de santé repose donc sur l'interaction entre ces différents éléments.

Ce travail met en évidence le rôle encore sous-estimé des milieux extrascolaires en tant qu'espaces privilégiés de promotion de la santé, capables de prolonger les apprentissages initiés à l'école dans un cadre plus informel et expérientiel. Il souligne également la nécessité de reconnaître les animateurs comme de véritables acteurs éducatifs, dont les pratiques quotidiennes contribuent au développement global, au bien-être et aux habitudes de vie des enfants. Dans cette perspective, le renforcement de la littératie en santé des animateurs apparaît comme un levier essentiel pour soutenir la qualité, la cohérence et la pertinence des messages transmis, tout en leur permettant d'agir avec davantage d'assurance dans des situations parfois complexes.

La formation liée à la santé apparaît ainsi comme un élément central : l'offre actuelle, surtout axée sur les aspects techniques, reste insuffisante pour soutenir pleinement la promotion de la santé. Ce manque crée des pratiques inégales et renforce l'importance de développer des formations plus spécifiques et harmonisées pour l'ensemble des animateurs. Ce travail apporte ainsi un éclairage sur un domaine encore peu exploré, en mettant en évidence la manière dont la littératie en santé se construit et se mobilise dans des contextes éducatifs informels, au plus près des pratiques quotidiennes.

En valorisant ces compétences et en consolidant les conditions structurelles qui les entourent, les milieux extrascolaires peuvent pleinement assumer leur potentiel en matière de promotion de la santé. En définitive, reconnaître et soutenir le rôle des animateurs dans ce domaine revient à investir dans des environnements du quotidien capables d'influencer durablement les comportements et le bien-être des jeunes.

Au-delà de l'analyse, ce mémoire met en évidence plusieurs pistes d'action visant à renforcer la promotion de la santé dans les milieux extrascolaires. Il souligne notamment l'importance

de développer la formation des animateurs en intégrant davantage de contenus liés à la santé, ainsi que de proposer des outils simples permettant de soutenir et d'harmoniser les pratiques. Par ailleurs, ces résultats mettent en lumière la nécessité d'un cadre organisationnel et d'un soutien institutionnel adaptés, afin de valoriser pleinement le rôle des animateurs dans la promotion de la santé.

Au-delà des pistes d'action identifiées, cette recherche ouvre également des perspectives pour de futurs travaux. Tout d'abord, il serait pertinent d'intégrer le point de vue des enfants afin de mieux comprendre la manière dont ils perçoivent, interprètent et s'approprient les messages de santé transmis en milieu extrascolaire. Une telle approche permettrait de compléter les résultats en apportant un éclairage sur la réception effective des messages, au-delà de leur seule transmission par les animateurs.

Par ailleurs, l'analyse de l'impact des pratiques d'animation sur les comportements de santé des enfants constitue une piste de recherche importante. Si ce travail met en évidence le rôle des animateurs dans la transmission de messages de santé, il ne permet pas d'en mesurer les effets à moyen et à long terme. Des études longitudinales pourraient ainsi permettre d'évaluer l'influence durable des milieux extrascolaires sur les habitudes de vie des jeunes.

En outre, il serait intéressant d'examiner plus en profondeur l'influence des contextes organisationnels sur les pratiques des animateurs, notamment à travers des comparaisons entre différents types de structures extrascolaires. Une telle approche permettrait d'identifier les conditions les plus favorables à la promotion de la santé et de mieux comprendre les variations observées entre les pratiques.

Enfin, dans une perspective plus appliquée, de futures recherches pourraient porter sur l'évaluation de dispositifs concrets, tels que des formations en littératie en santé ou des outils de soutien aux pratiques des animateurs. L'analyse de leur efficacité permettrait d'identifier les leviers les plus pertinents pour renforcer les compétences des animateurs et soutenir leur rôle dans la promotion de la santé.

Ainsi, ces différentes perspectives soulignent l'intérêt de poursuivre les recherches dans ce domaine, tout en contribuant à une meilleure compréhension du rôle des milieux extrascolaires dans la promotion de la santé des jeunes.²

² L'outil Copilot a été utilisé ponctuellement pour des reformulations linguistiques, sans intervention sur l'analyse ou l'interprétation des données.

7. Bibliographie

1. Aujoulat, I. (2025). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Université catholique de Louvain.
2. Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., et al. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
3. Bandura, A. (n.d.). Social learning theory. [Bandura_SocialLearningTheory.pdf](#)
4. Boelens, M., Smit, M. S., Raat, H., Bramer, W. M., & Jansen, W. (2022). Impact of organized activities on mental health in children and adolescents: An umbrella review. *Preventive Medicine Reports*, 25, 101687. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101687>
5. Bolter, F., Keravel, E., Oui, A., et al. (2017). Les besoins fondamentaux de l'enfant: Une revue bibliographique internationale. *Revue des politiques sociales et familiales*, 124(1), 105–112. (PDF) [Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale](#)
6. Brazendale, K., Beets, M.-W., Weaver, R.-G., et al. (2017). Understanding differences between summer vs school obesogenic behaviors of children: The structured days hypothesis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0555-2>
7. CFA ASBL. (2025). Le CFA en quelques mots. Disponible à l'adresse <https://cfaasbl.be/le-cfa-en-quelques-mots.php>, Consulté le 26 février 2026.
8. Claude, G. (2019). Étude qualitative: Définition, techniques, étapes et analyse. Scribbr. Disponible à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>, Consulté le 12 mars 2026.

9. Conseil de l'Europe. (2017). Le travail de jeunesse : Recommandation CM/Rec(2017)4. [ES198779_Premis 106517 GBR 2602 CMRec\(2017\)4 et Expose Motifs 8476 TXT A5 WEB.pdf](#)
10. Conseil de l'Union européenne. (2020). Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, relative au cadre pour l'établissement d'un programme de travail européen sur l'animation socio-éducative (2020/C 415/01). Journal officiel de l'Union européenne. Disponible à l'adresse https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=oj:JOC_2020_415_R_0001, Consulté le 3 mars 2026.
11. De Wit, L., Fenenga, C., Giammarchi, C., et al. (2018). Initiatives communautaires améliorant la littératie critique en santé. BMC Public Health, 18, 40. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4570-7>
12. Eccles, J. (1999). The development of children ages 6 to 14. The Future of Children, 9, 30–44. https://www.researchgate.net/publication/235674879_The_Development_of_Children_Ages_6_to_14#fullTextFileContent
13. Éducation Santé. (2025). La littératie en santé : Une voie vers l'émancipation ? Disponible à l'adresse <https://educationsante.be/la-litteratie-en-sante-une-voie-vers-lemancipation/>, Consulté le 15 mars 2026
14. Fédération des maisons de jeunes. (n.d.). FMJ ASBL. Disponible à l'adresse <https://fmjbf.org/la-fmj/>, Consulté le 26 février 2026.
15. Fédération Wallonie-Bruxelles. (2022). Les référentiels du tronc commun. Disponible à l'adresse <http://www.enseignement.be/index.php?page=28597&navi=4920#domaines>, Consulté le 9 avril 2026.
16. Fourneret, P., & des Portes, V. (2017). Approche développementale des fonctions exécutives: Du bébé à l'adolescence. Archives de Pédiatrie, 24(1), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.10.003>

17. García-Moya, I., Brooks, F., Morgan, A., et al. (2024). A systematic literature review of strategies implemented in extended education settings to address children's mental health and wellbeing. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(2), 421–441. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00494-3>
18. Guhn, M., Gadermann, A. M., & Zumbo, B. D. (2019). Does participation in extracurricular activities predict children's developmental health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(7), 682–688. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211911>
19. Guide du programme Erasmus+. (2025). Erasmus+. Disponible à l'adresse <https://erasmus-plus.ec.europa.eu/fr/erasmus-programme-guide>, Consulté le 27 février 2026.
20. Hahnrahts, M. T. H., Winkens, B., & van Schayck, O. C. P. (2023). Effects of school-based health-promoting activities on children's health: A pragmatic real-world study. *Nutrients*, 15(15), 3349. <https://doi.org/10.3390/nu15153349>
21. Heiss, R., Leuprecht, E., Zoller, C., et al. (2025). Does school education enhance children's health literacy? *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 15(1), 51–71. <https://doi.org/10.1007/s35834-025-00477-6>
22. Janssen, I., Roberts, K. C., Thompson, W., & Pickett, W. (2023). The impact of structured after-school physical activity programs on children's physical fitness and academic outcomes. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 387–395. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5847>
23. Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., et al. (2013). Health literacy: The solid facts. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>
24. La FMJ. (n.d.). FMJ ASBL - Fédération des Maisons de Jeunes. Formations. Disponible à l'adresse <https://fmjbf.org/activite/formations/> Consulté le 26 avril 2026.

25. Leta, K., Lauwerier, E., Willems, S., et al. (2023). Smoking prevention within social work organizations: A qualitative study. *Health Promotion International*, 38(3). <https://doi.org/10.1093/heapro/daad040>
26. Le Brun, M., Godard, D., Camps, L., et al. (2025). La littératie en santé : Définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe. *La Revue de Médecine Interne*, 46(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2024.10.001>
27. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
28. Office de la naissance et de l'enfance. (n.d.). Accueil extrascolaire. Disponible à l'adresse <https://www.one.be/professionnel/accueil-temps-libre/accueil-extrascolaire>, Consulté le 12 février 2026
29. O'Brien, K.-M., Barnes, C., Yoong, S., et al. (2021). School-based nutrition interventions in children aged 6 to 18 years: An umbrella review. *Nutrients*, 13(11), 4113. <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/11/4113?utm>
30. Ocarina. (n.d.). Vivre Ocarina. Disponible à l'adresse <https://ocarina.be/etre-animateur/>, Consulté le 26 février 2026.
31. Organisation mondiale de la santé. (1998). Glossaire de la promotion de la santé. Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/items/39d1c0c0-52ea-4fba-82fe-2e80bc0120c0>, Consulté le 6 février 2026
32. Sciensano. (2018). Enquête de santé 2018 : Résumé des résultats. https://www.sciensano.be/sites/default/files/summ_pr_fr_2018.pdf
33. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
34. Tanaka, C., Hikiyara, Y., Ohkawara, K., et al. (2018). Changes in weight, sedentary behaviour and physical activity during school year and summer vacation. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 15(5), 915.

<https://doi.org/10.3390/ijerph15050915>

35. UFAPEC. (2019). Accueil extrascolaire. [1319-ET1-Accueil-Xtrasco.pdf](#)
36. Van Boxtel, W., Jerković-Ćosić, K., Schoonmade, L. J., et al. (2024). Health literacy in children's health promotion. BMC Public Health, 24, 808.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17955-7>
37. Van der Horst, K., Paw, M. J. C. A., Twisk, J. W. R., et al. (2013). Correlates of physical activity and sedentariness in youth. European Journal of Public Health, 23(5), 805–811. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks176>
38. Watson, A., Kerr, J., Kracht, C., et al. (2023). Children's activity and diet behaviours in summer holidays versus school year. BMC Public Health, 23, 467.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15521-1>
39. Weaver, R.-G., Beets, M.-W., Brazendale, K., et al. (2020). The impact of summer vacation on children's obesogenic behaviours. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 17(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00986-6>
40. Weaver, R.-G., Beets, M.-W., Carson, R.-L., et al. (2024). Summer and after-school program vouchers and children's health outcomes. BMC Public Health, 24, 1180.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17847-7>
41. World Health Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization . (2020). Report of the first virtual meeting of the External Advisory Group (EAG) for the development of global standards for health promoting schools and their implementation guidance. World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40a75f46-2104-4041-bcaf-d16076b64517/content>

8. Annexes :

8.1. Annexe 1 : Guide d'entretien animateur :

1. Présentation et parcours de l'animateur

- Peux-tu te présenter brièvement (âge, rôle, type de structure, ancienneté) ?
- Quel est ton parcours dans l'animation (formation, bénévolat, job étudiant, scoutisme...) ? De quelle tranche d'âge t'occupes – tu le plus souvent ?
- As-tu déjà reçu une formation liée à la santé ?

2. Représentations de la santé et de la promotion de la santé

- Quand on parle de « santé » chez les enfants de 6 à 16 ans, qu'est-ce que cela évoque pour toi ?
- Selon toi, quel est le rôle d'un animateur en matière de santé ?
- Penses-tu que la promotion de la santé fait partie de ta mission d'animateur ? Pourquoi ?

3. Littératie en santé de l'animateur

- Comment t'informes-tu sur les questions de santé (activité physique, alimentation, écrans, sommeil, bien-être...) ?
- Te sens-tu à l'aise pour comprendre et utiliser des informations liées à la santé ?
- Est-ce que tu te sens légitime pour transmettre des messages de santé aux enfants ? Pourquoi / pourquoi pas ?
- Y a-t-il des thèmes de santé avec lesquels tu te sens plus ou moins à l'aise ?

4. Élaboration et transmission des messages de santé

- Est-ce que tu transmets des messages de santé dans ton animation ? Est-ce une priorité dans ta structure ? Peux-tu donner des exemples concrets ?
- Ces messages sont-ils planifiés (projet éducatif, règles, consignes) ou plutôt spontanés ?
- Comment adaptes-tu ces messages à l'âge, au contexte ou aux capacités des enfants ?

- Selon toi, qu'est-ce qui rend un message de santé compréhensible et acceptable pour les enfants ?

5. Pratiques concrètes en milieux extrascolaires

- Dans ton contexte (camp, stage, scoutisme...), quelles pratiques favorisent la santé des enfants ? As-tu des exemples ?
- As-tu déjà rencontré des situations où il est difficile de promouvoir la santé ? As-tu des exemples ?

6. Contexte, ressources et contraintes

- Quels sont les freins à la promotion de la santé dans ton milieu (temps, moyens, formation, cadre institutionnel...) ?
- Quelles ressources ou soutiens facilitent ton rôle (équipe, coordination, outils, partenaires...) ?

7. Inégalités et diversité des publics

- Observes-tu des différences de comportements ou de besoins en santé selon les enfants ?
- Comment prends-tu en compte les différences sociales, culturelles ou familiales dans ton animation ?
- Penses-tu que le milieu extrascolaire peut réduire certaines inégalités de santé ? Pourquoi ?

8. Besoins, pistes d'amélioration et recommandations

- De quoi aurais-tu besoin pour mieux promouvoir la santé auprès des enfants ?
- Quel type de formation ou d'outil serait utile pour les animateurs selon toi ?
- Selon toi, que pourraient améliorer les structures, les pouvoirs publics ou les fédérations de jeunesse ?

9. Conclusion

- Y a-t-il un élément important que nous n'avons pas abordé et que tu souhaiterais ajouter ?

- Comment résumerais-tu, en une phrase, le rôle d'un animateur en matière de santé ?

8.2. Annexe 2 : Guide d'entretien responsable de structure de jeunesse :

1. Fonction et cadre d'action

- Pouvez-vous décrire votre fonction, votre structure et vos principales responsabilités ?
- Quel public encadrez-vous (âge, type de milieu, durée des activités) ?
- Quel est le rôle de votre structure dans le développement global des enfants et des adolescents ?

2. Vision de la santé et de la promotion de la santé

- Comment la notion de « santé » est-elle comprise au sein de votre structure ?
- La promotion de la santé fait-elle partie explicitement de votre projet éducatif ou institutionnel ?
- Quels thèmes de santé sont, selon vous, prioritaires selon la tranche d'âge pour les enfants de 6 à 16 ans ?

3. Littératie en santé des animateurs : perceptions et enjeux

- Comment évaluez-vous le niveau de compréhension et de compétences des animateurs en matière de santé ? Y a-t-il des points fort ? Des lacunes ?
- Selon vous, en quoi les connaissances de base des animateurs influencent-t-elles la qualité des messages transmis aux enfants ?
- Observez-vous des différences selon les profils (animateurs diplômés, bénévoles, chefs scouts, étudiants jobistes) ?

4. Élaboration et encadrement des messages de santé

- Existe-t-il des lignes directrices, outils ou cadres dans votre institution pour guider les animateurs dans la transmission de messages de santé ?

5. Formation, accompagnement et soutien des animateurs

- Quelles formations sont proposées aux animateurs en lien avec la santé ou le bien-être ?
- Ces formations sont-elles obligatoires, facultatives, ponctuelles ?

- Quels sont, selon vous, les manques actuels en matière de formation ou d'accompagnement ?

6. Contexte organisationnel et contraintes

- (S'il y en a) Quels sont les principaux freins/leviers à l'intégration de la promotion de la santé dans vos activités ? Est-ce que les parents ont des attentes particulières ?
- Comment les contraintes institutionnelles (temps, budget, réglementation, sécurité) influencent-elles les pratiques ?
- Les partenariats (communes, associations, services de santé) jouent-ils un rôle dans ce domaine ?

7. Inégalités sociales et accessibilité

- Votre structure accueille-t-elle des publics socialement diversifiés ?
- Comment prenez-vous en compte les inégalités sociales, culturelles ou familiales dans vos projets ?
- Pensez-vous que vos activités peuvent contribuer à réduire certaines inégalités de santé ? Comment ?

8. Évaluation et ajustement des actions

- Comment évaluez-vous les actions ou pratiques liées à la santé ?
- (S'il y a une évaluation) Les animateurs et les enfants sont-ils impliqués dans cette évaluation ?
- Les résultats sont-ils utilisés pour ajuster les projets futurs ?

9. Rôle politique et institutionnel

- Selon vous, quel rôle devraient jouer les pouvoirs publics (communes, régions, fédérations) dans le soutien à la promotion de la santé en extrascolaire ?
- Quelles recommandations feriez-vous pour renforcer le rôle éducatif des structures jeunesse ?

10. Conclusion

- Quels leviers seraient prioritaires pour améliorer la littératie en santé des animateurs ?

- Comment résumeriez-vous le rôle d'un animateur dans la promotion de la santé auprès des jeunes ?
- Souhaitez-vous ajouter un élément que nous n'avons pas abordé ?

8.3. Annexe 3 : déclaration de confidentialité :

Déclaration de confidentialité

Cadre : Observation de terrain – Réalisation d'un mémoire en promotion de la santé

La présente déclaration est réalisée en l'absence de signature de convention avec l'Université afin de garantir l'anonymat des données recueillies lors de l'observation.

Référence : Collège communal du 11 février 2026

Je soussignée, BLIN Clothilde, ~~NN 02.01.00 022.70, domiciliée rue Saint Nicolas, 21 à 6700~~
~~Hendelange~~, étudiante, dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études en promotion de la santé, m'engage à respecter strictement les dispositions suivantes dans le cadre de mon observation de terrain réalisée les mercredi 25/02 et jeudi 26/02/26 de 9h30 à 12h00.

1. Cadre et finalité de l'observation

Cette observation s'inscrit dans le cadre du mémoire intitulé :

« Ce mémoire s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé et s'intéresse à la littératie en santé dans les milieux extrascolaires, en particulier au rôle des animateurs auprès des enfants et des adolescents. La littérature montre que la santé se construit dès le plus jeune âge, au sein de différents environnements de vie, dont les contextes éducatifs non formels tels que les accueils extrascolaires, les camps de jeunesse ou les plaines de vacances. Les animateurs y occupent une place centrale en tant qu'acteurs éducatifs, transmettant, souvent de manière implicite, des normes, des valeurs et des comportements liés à la santé. La littératie en santé, définie comme la capacité à accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations en santé, permet d'analyser les compétences mobilisées par les animateurs dans leurs pratiques quotidiennes. Toutefois, la littérature souligne une tension entre ce rôle éducatif et la place relativement limitée accordée à la santé, et plus spécifiquement à la littératie en santé, dans les formations des animateurs. Ces constats mettent en évidence la pertinence d'interroger les pratiques, les représentations et les besoins des acteurs du secteur extrascolaire afin de mieux comprendre leur rôle dans la promotion de la santé.

Dans ce contexte, l'observation vise à mieux comprendre, de manière qualitative, comment les enjeux liés à la santé et au bien-être des enfants (rythmes, pauses, hydratation, gestion des émotions, sécurité, etc.) s'inscrivent dans les pratiques quotidiennes des animateurs. »

L'observation sera réalisée dans une posture **non participante**, sans intervention dans les activités et sans aucune évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

2. Anonymat et confidentialité

Je m'engage à :

- Ne mentionner ni le **nom du lieu de stage**, ni tout élément permettant son identification dans le mémoire ou dans toute communication ultérieure.
- Garantir l'**anonymisation complète** des données recueillies.
- Remplacer systématiquement les noms et prénoms des enfants ainsi que ceux des professionnels par des prénoms fictifs ou des codes.
- Supprimer toute information permettant d'identifier directement ou indirectement une personne ou la structure d'accueil.

3. Utilisation des données

Les données recueillies lors des deux matinées d'observation :

- Seront utilisées **exclusivement à des fins académiques**, dans le cadre du mémoire précité.
- Ne feront l'objet d'aucune diffusion publique nominative.
- Ne seront en aucun cas utilisées à d'autres fins que celles définies dans le projet de recherche.
- Ne seront communiquées à aucun tiers en dehors du cadre académique (jury, encadrement pédagogique).

4. Respect des personnes

Je m'engage à respecter les enfants, les animateurs, la coordination et le cadre institutionnel tout au long de ma présence sur le terrain, en adoptant une posture discrète, respectueuse et professionnelle.

Fait en 2 exemplaires pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Messancy, le 26th février 2026

Signature :



8.4. Annexe 4 : fiche appel à participants :



LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp