



HAL
open science

L'Éducation à la santé à l'école élémentaire en France: éléments d'analyse

Corinne Mérini

► **To cite this version:**

Corinne Mérini. L'Éducation à la santé à l'école élémentaire en France: éléments d'analyse. Grenier J. Faire équipe en éducation à la santé, Presses des universités du Québec à Montréal, pp.65-83, 2009, collection santé et société. hal-00726093

HAL Id: hal-00726093

<https://hal.science/hal-00726093>

Submitted on 26 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'Éducation à la santé à l'école élémentaire en France: éléments d'analyse

Corinne MERINI PAEDI¹ Clermont-Ferrand - IUFM de Versailles

Montréal Mai 2004 – ACFAS – UQAM Canada

Hier comme aujourd'hui, les enjeux de l'éducation à la santé dans l'École² sont à mettre en rapport avec l'état de santé des populations et en particulier avec celui de la jeunesse. L'école a parallèlement une incidence sur la santé et sur ses déterminants (impact des conditions d'apprentissage sur la construction de l'identité et la socialisation, aspects physiques, rythmes scolaires et incidences sur la vie quotidienne des élèves...). Ces influences contribuent au « programme caché », c'est à dire à ce qui va être vécu au jour le jour et agit implicitement sur les apprentissages. En ce sens on perçoit combien l'éducation à la santé lie, quotidien de l'école, apprentissages scolaires et santé publique. De fait l'éducation à la santé va concerner l'ensemble des acteurs impliqués dans l'Institution scolaire, des décideurs aux communautés éducatives et fait apparaître un besoin de collaboration avec les familles ou les groupes agissant en perspective de la santé des jeunes.

L'éducation à la santé à l'école élémentaire en France s'inscrit dans les apprentissages de la classe. A ce titre, et comme pour l'ensemble des autres apprentissages, la responsabilité de sa mise en œuvre incombe à l'enseignant titulaire de la classe, même si ces dernières peuvent impliquer des partenaires. Les grands enjeux de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé à l'école sont définis dans les textes émanant à la fois des ministères de la santé «*La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation*»³, qui définit les axes d'action de l'éducation et de la promotion de la santé à l'école, et ceux de l'éducation qui définissent

¹ Ce texte correspond à la présentation d'un travail mené collectivement, au colloque «*Éducation à la santé en milieu scolaire*» lors du congrès ACFAS «*La société des savoirs*» de Mai 2004 à Montréal. L'équipe était composée de Corinne Mérini, Maître de conférences à l'IUFM de l'académie de Versailles, Didier Jourdan, Maître de conférences à l'IUFM d'Auvergne, Patricia Victor, Maître de conférences à l'IUFM de l'académie de Rouen, Dominique Berger, Maître de conférences à l'IUFM de l'académie de Lyon Christine de Peretti, Médecin épidémiologiste à l'INRP France.

² MEN, BO n°28, (1998) : « *A l'heure où les problèmes économiques et sociaux engendrent des difficultés de tous ordres dans la vie quotidienne d'un grand nombre d'élèves, où les sollicitations à consommer des produits licites ou illicites sont de plus en plus fréquentes auprès des jeunes plus longtemps scolarisés, le rôle joué par l'école en matière de prévention des conduites à risque est primordial, notamment à l'adolescence au moment où la personnalité se structure.* »

³ B.O n°46 du 11 décembre 2003

compétences et contenus relatifs à l'éducation à la santé⁴ à l'école. Ainsi cette dernière est reliée explicitement à trois axes disciplinaires : l'éducation physique, les sciences de la vie, et l'éducation à la citoyenneté. Pour autant le cadre réglementaire, comme les pratiques réellement mises en œuvre (Mérini et al. 2004), relie tout aussi bien l'éducation à la santé à la maîtrise des langages quand le travail s'organise autour de la lecture d'albums ou de recherche documentaire, qu'au repérage dans l'espace quand il s'agit de donner l'alarme dans les premiers secours, voire enfin à des réalisations artistiques permettant d'échanger ou de communiquer à propos de sujets douloureux comme la maltraitance ou le SIDA.

1. Des pratiques hétérogènes et partagées, qui impose une modélisation de la complexité?

1.1 Quelques constats de départ

1.1.1 Des pratiques différentes dans l'enseignement primaire et secondaire

Comme nous le disions dans l'introduction, dans le premier degré l'éducation à la santé en France est prise en charge par l'enseignant en collaboration ou non avec l'équipe d'école et/ou des partenaires extérieurs. De fait cette préoccupation de la santé à l'école s'inscrit dans une double dynamique de promotion et d'éducation posée en lien étroit avec les apprentissages et/ou la vie quotidienne à l'école. Même si la dimension préventive est présente, elle est ancrée dans les débats de la classe au travers des activités qui y sont menées.

Dans le second degré l'éducation à la santé fait le plus souvent l'objet d'interventions de type préventif et thématique, animées par les équipes d'établissement ou médico-sociale au sein du projet d'établissement ou de la structure collective qu'est le Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)⁵. De précédentes recherches y ont repéré une faible implication des enseignants et un fréquent recours à des interventions thématiques magistrales (Berger, Leselbaum. et al. 2002), (Jourdan et al. 2003) en lien avec les grands thèmes de campagnes de santé publique.

⁴ «*Qu'apprend-on à l'école élémentaire?*» Les nouveaux programmes 2002.

⁵ Cette structure institutionnelle associe premier et second degré d'un même secteur, elle est composée de parents, d'enseignants et de membres de la communauté éducative, mais aussi d'association, d'élus etc.. elle a pour objet la promotion de la santé à l'école. Dans la réalité des faits cette structure est plus active dans le second degré.

1.1.2 Des pratiques à mettre en lumière

Il nous a semblé intéressant d'examiner les pratiques relatives à l'éducation à la santé à l'école élémentaire pour deux raisons majeures. La première est liée à la parution de textes officiels importants en 1998⁶, la seconde au fait que ces pratiques passent le plus souvent pour des pratiques «ordinaires» et ne méritent pas un intérêt particulier du point de vue de l'enseignant. Il faut peut-être voir en ce point l'effet du maître unique qui mène cette activité dans une dimension quasi domestique de la classe, là où pour le second degré cette activité devient «exceptionnelle», car liée le plus souvent à des collaborations extérieures qui attirent l'attention en particulier en raison du travail collaboratif que cela suppose. La mise en lumière de ces pratiques dans l'enseignement élémentaire présentait à nos yeux le double avantage d'une aide à la rationalisation et d'une diffusion nécessaire de ressources.

1.1.3 Nécessité de la diffusion de ressources et d'outils d'analyse

L'implantation d'actions ou d'enseignements ayant trait à la santé à l'école élémentaire reste très inégale sur le territoire national. Certaines régions comme l'Auvergne ou la région Lyonnaise sont en pointe dans ce débat, d'autres restent encore relativement absentes ou en développement. Un point apparaît nettement dans les recherches ci-dessus, et a été confirmé par cette fois encore, plus le milieu est ressenti comme difficile mieux l'éducation à la santé est développée, et plus elle y est sous des formes innovantes. Notre hypothèse de travail était donc que pour contribuer à la diffusion de pratiques deux axes devaient être travaillés, la modélisation des principes d'action ayant présidé à l'agencement des pratiques et le repérage de ressources que ce soit en termes d'outils, de documentation ou d'information. Nous avons donc un double souci de recherche et de formation dans notre contribution au développement de l'éducation à la santé.

1.2 Des pratiques ordinaires peu lisibles et à rationaliser

Comme nous le relevions plus haut l'éducation à la santé s'inscrit dans les pratiques ordinaires de la classe ou de l'école, et si les textes officiels les légitiment, elles n'en demeurent pas moins peu lisibles car elles sont plurielles, transversales et à mi-chemin entre l'ordre scolaire et l'ordre domestique. Les prescriptions elles-mêmes contribuent à cette opacité en les inscrivant à la fois (et légitimement) dans les disciplines, dans la transversalité disciplinaire, dans le registre de la vie scolaire, ou dans la réalisation sur projets.

⁶ MEN, BO n°28, (1998) - MEN, BO n°45 (1998).

Ainsi si les liens disciplinaires sont explicitement ancrés dans le champ des sciences de la vie et ceux de l'éducation physique, l'éducation à la santé est aussi à associer à l'axe transdisciplinaire de la citoyenneté. Elle n'en reste pas pour autant exclusivement liée au domaine de l'enseignement, puisqu'elle est aussi inscrite dans le débat des projets d'école, des contrats de réussite ou des Contrats Éducatifs Locaux⁷. Quel que soit l'axe d'intervention choisi par l'enseignant il apparaît clairement que la légitimité majeure de l'éducation à la santé en milieu scolaire est son lien aux apprentissages et à la réussite des élèves. Construire une grammaire des actions mises en œuvre devient alors l'occasion de les rendre lisibles, de contribuer à leur diffusion et d'aider les praticiens à les interroger pour les réguler et les développer.

1.3 L'éducation à la santé la fois objet d'étude et objectif partagé avec la famille et la cité

Dans ce contexte l'éducation à la santé est tantôt objet d'étude, tantôt objectif, parfois décliné sous l'angle des apprentissages mais aussi derrière l'idée de promotion de la santé, quoiqu'il en soit toujours partagée avec d'autres que sont la famille, mais aussi les collectivités ou les associations en tant que partenaires du débat éducatif. Cette diversité pose deux problèmes majeurs l'un épistémologique, celui de sa modélisation (quelle universalisation possible des singularités?), l'autre d'ordre pratique quelle cohérence s'instaure dans cette chaîne de volontés politiques et dans les messages dont elle est porteuse? Comment éviter les messages paradoxaux ou comment aider les jeunes à les traiter? Nous souhaitons aider les praticiens à répondre à ces questions par la modélisation des principes d'action conçus comme une aide à l'analyse. L'équipe poursuivant alors un double objectif épistémique d'une part et transformatif de l'autre. En d'autres termes nous souhaitons à la fois donner le goût, mais aussi les moyens d'agir à des niveaux différents dans la «chaîne» de décisions, et de mises en œuvre de l'action.

2. Une approche systémique pour un objet complexe

2.1 Approche systémique et multiréférentielle comme cadre théorique

La diversité des pratiques, leur hétérogénéité, l'impact du contexte sur leur configuration, mais aussi la pluralité des acteurs concernés dans ces pratiques nous ont conduit à les appréhender dans une démarche systémique portant intérêt aux interdépendances qui se nouent entre contexte –

⁷ Ces contrats unissent l'école aux acteurs locaux et/ou aux collectivités locales pour mener à bien une politique d'aide à la réussite des élèves qui passe aussi par les questions de santé.

action et acteurs. De ce point de vue reconnaissons que si l'approche systémique présente le mérite de saisir les interdépendances et de respecter la complexité d'un phénomène elle présente l'inconvénient de ne pas permettre d'embrasser le système dans son ensemble. Par ailleurs l'hétérogénéité constitutive du système impose le recours à des théories différentes irréductibles les unes aux autres c'est en ce sens que nous avons mis en œuvre une approche multiréférentielle (Ardoino, 1993).

C'est donc à partir des interdépendances que nous avons travaillé pour identifier les principes d'action et ce qui a présidé à son organisation. Parce que l'action est plurielle nous avons emprunté à la sociologie de l'action organisée (Friedberg, 1992) la grille de lecture de l'agencement du système à partir de laquelle nous avons pu dégager les principes historiques et fondateurs mais aussi les principes organisateurs du système d'action concret (Crozier et Friedberg 1977). Pour autant le repérage de l'agencement du système et des principes d'action ne dit rien «du comment» les décisions ont été prises et de leur signification. C'est donc la décision des acteurs que nous avons examiné par une analyse qualitative visant à mettre en valeur les acceptions ayant présidées à leurs prises de décision. De ce point de vue nous avons situé le travail d'analyse dans le champ des théories de l'action et de la décision.

Ainsi à partir de la description des pratiques, il s'agissait de revenir sur l'examen du contexte dans lequel elles s'inscrivent puis par le biais de l'analyse de mettre en relation contexte – décision – action- signification. Nous avons donc développé une approche compréhensive des phénomènes rencontrés

2.2 Méthodologie

Au plan méthodologique, compte tenu de l'objectif principal du travail (repérage et analyse de la diversité des pratiques des écoles en matière d'éducation à la santé), nous avons opté pour une entrée par les projets d'école comportant un volet santé, dans cinq académies (Clermont-Ferrand - Lyon - Poitiers - Rouen - Versailles). La première étape, consacrée à la description de ces projets par le biais de questionnaires, avait pour but de réunir des informations relatives au contexte dans lequel se déroulait le projet (caractéristiques de l'école) et à l'action elle-même. Nous avons pu ainsi dresser une typologie des établissements ayant un axe santé dans leur projet d'établissement, puis dans un deuxième temps nous avons sélectionné les projets pour lesquels nous avons interrogé les équipes.

La caractérisation du projet santé dans le questionnaire était établie à partir de huit pôles d'information :

- l'origine du projet ;
- son mode d'élaboration ;
- le fait qu'il y ait eu ou non une réflexion éthique lors de son élaboration ;
- la clarification des objectifs ;
- l'explicitation des modes d'organisation, de concertation et de financement du projet ;
- l'analyse des actions menées en 1999-2000 ;
- les actions mises en œuvre lors des 3 années précédentes ;
- l'évaluation : dispositif et résultats.

Le retour des questionnaires (130) nous a permis de repérer un ensemble d'actions constitutives de la réalité de l'éducation à la santé à l'école élémentaire, pour lesquelles nous avons conduit une trentaine d'entretiens. Le choix des projets retenus pour conduire les entretiens a été fait en fonction de la diversité des thèmes d'approches, des démarches et des cycles.

Les entretiens réalisés à partir d'une grille organisée autour des dix points suivants, ont été menés dans les 5 académies, dans une proportion d'environ 1/3, en milieu rural, péri-urbain et urbain, ces entretiens ont été menés à partir de la grille suivante :

- l'origine de l'action (personne, institution, événement....) ;
- le mode d'élaboration du projet ;
- ce qui est visé derrière l'action ;
- qui est impliqué et qui fait quoi ?
- la question éthique a-t-elle été posée, sinon expliciter les obstacles ou les résistances / aux familles. Les parents ont-ils été associés ?;
- les contenus, les objets, la durée, les productions (questionnaire, exposition...), quelles traces ? ;
- les outils utilisés ;
- repérage du schéma pédagogique qui sous-tend l'action ;
- évaluation de l'action et effets observés ;
- repérage de l'évolution de l'action , des objets, de l'approche.

Suite à ces entretiens, nous avons retenu 19 actions en privilégiant à la fois les pratiques innovantes intégrées au projet d'école, ou de circonscription, parfois depuis déjà plusieurs années

et pour lesquelles les équipes éducatives ont eu l'occasion d'acquérir un certain recul. La pérennisation de ces projets témoigne, selon nous, de leur reproductibilité et d'une certaine transférabilité ne serait-ce que partielle.

Nous avons volontairement écarté les actions menées exclusivement par les partenaires extérieurs à l'Éducation nationale sans que le lien à la classe ou la continuité des apprentissages n'ait été préalablement travaillé. Un réel partenariat suppose, à nos yeux, que les opérations mises en œuvre soient l'aboutissement d'une chaîne de volontés, qu'il y ait eu une négociation permettant des actions et qu'elles soient inscrites dans un projet commun. C'est ce point qui légitime notre entrée méthodologique par les projets santé intégrés au projet d'école ou de circonscription.

Nous reconnaissons pourtant la limite majeure de notre méthodologie qui est essentiellement fondée sur un recueil de données déclaratif. Pour autant la présence d'un recueil de données organisé en deux phases, la confrontation des 19 cas retenus aux traces écrites qui nous avaient été confiées, la présence de grilles d'entretien et d'analyses communes, auxquelles a succédé une analyse croisée menée collectivement au sein de l'équipe de recherche ont cherché à constituer une garantie à l'encontre de cette limite.

3. Résultats et mise en perspective

3.1 A partir de l'analyse transversale des actions

3.1.1 Des niveaux d'action hétérogènes

On peut tout d'abord dégager trois grands niveaux d'action : La classe ou le cycle – l'école – le groupement d'écoles. Si, pour les deux premières catégories, la définition des objectifs, du public cible, des thèmes etc.. reste proche des recommandations officielles, quand il s'agit de groupements d'écoles, il nous faut noter que les problématiques s'éloignent de celles de la classe, pour se rapprocher du niveau de la formation ou d'une politique de circonscription. De fait au niveau de la classe ou du cycle, la question de l'élève (sa santé, son bien-être, sa réussite) est centrale, quand on se place au niveau du groupement d'écoles ou de la circonscription, le travail se rapproche plus de la dimension politique, que celle-ci se décline sous l'angle d'une politique de formation ou de santé publique.

3.1.3 Des origines de l'action diversifiées

Du fait même de nos critères de sélection (rejet des sous-traitances ou des délégations) la majorité des fiches indiquent une implication et une volonté des enseignants de participer aux actions. Dans ce contexte, l'initiative de l'action revient aussi bien au corps enseignant qu'aux services de la santé scolaire, parfois des deux ensemble. Trois cas attribuent l'initiative de l'action à d'autres partenaires : l'action « *Éducation à la citoyenneté : gérer le risque et son rapport à l'autre* » pour laquelle ce sont les enfants qui, en réaction aux incivilités dont ils étaient victimes, ont demandé une réponse des enseignants ; le cas « *Santé et environnement, l'affaire de tous* » où ce sont les responsables du service municipal de l'environnement qui ont été à l'initiative du projet et enfin l'action « *Un institut de formation d'infirmiers, partenaire de l'école* » où l'IFSI⁸ cherche à développer ses terrains de stage santé publique a impulsé le projet, par l'intermédiaire du médecin scolaire.

3.1.4 des actions inscrites dans une dynamique de projet

Une bonne part des cas analysés rendent compte de l'enchevêtrement des projets : projets locaux de prévention, politique nationale ou régionale de prévention, projet de circonscription et projet d'école, contrat ville et projet santé etc... ce qui contribue à inscrire les initiatives dans des tissus locaux d'action et renforce la contextualisation ou le caractère spécifique des projets. De ce point de vue, il semble que l'éducation à la santé se pose plus sous l'aspect de réalisations sur projet associant le « hors l'école », que dans des formes scolaires d'ordre disciplinaire caractéristiques des enseignements propres à l'école.

A ce sujet les liens qui s'établissent entre les différents niveaux de projets (projet d'école / projet REP ou contrat local etc..) témoignent des articulations qui sont construites entre la classe, l'école et son contexte. Ainsi l'éducation à la santé à l'école est mise en synergie avec des actions non scolaires ayant trait à la santé, et devient un élément éducatif global associant différents acteurs au-delà des limites institutionnelles de l'école.

3.1.5 Objectifs et thèmes de travail

On peut dégager deux grandes catégories d'objectifs selon le niveau de l'action : l'une concerne les élèves, l'autre les pratiques d'éducation à la santé et les politiques publiques de santé. Quand l'action se situe au niveau des enfants, plus des deux tiers des fiches concernent les compétences

⁸ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

psychosociales, pour l'autre tiers il est question d'informations de type préventif. Quand il existe un lien avec une politique publique de santé, on peut dégager quatre grands thèmes de travail : l'alcool, le SIDA, la maltraitance et les gestes de premiers secours. Six actions sur dix-neuf rentrent dans cette catégorie de travail en lien avec une politique publique. C'est ce point qui nous fait dire que l'éducation à la santé dans le premier degré est profondément ancrée dans des perspectives éducatives et pas seulement préventives comme cela peut être le cas dans le second degré. Les questions de la réussite des élèves, du bien-être, du « mieux vivre ensemble » sont très présentes et dénotent du lien qui est fait avec la question des apprentissages scolaires.

3.1.5 Les acteurs des projets

Outre les enseignants, les personnels médico-sociaux, qu'ils soient personnels « Éducation nationale » ou « Municipal » sont fortement impliqués dans l'éducation à la santé à l'école. Les municipalités s'engagent aussi dans une bonne mesure, et l'on peut noter un recours aux organismes et aux associations dans les actions liées à la prévention ou à la protection des élèves qui nécessitent une intervention spécialisée (alcool, SIDA, maltraitance ...).

3.1.6 La réflexion éthique

La réflexion éthique est très présente (16/19 actions), pour autant elle n'est pas systématique ni même clairement explicitée. Elle peut prendre des aspects différents, et être située dans des champs diversifiés. Il y aurait sans doute un effort à faire dans ce sens en formation pour faciliter son expression et la positionner par rapport aux débats didactiques ou pédagogiques. Elle apparaît comme un élément majeur en particulier dans la prise en compte des familles et dans leur association aux enjeux de l'école.

3.1.7 «Les cibles» des actions

Dans les actions présentées, on peut constater que ce sont essentiellement les élèves de CM (16/19) ou les enseignants de ces classes qui sont visés (3/19) même si ceux de cycle II⁹ sont aussi concernés (12/19). Le plus intéressant, c'est que, bien que le questionnaire de départ ait été envoyé aux écoles élémentaires, 7 fiches mentionnent les maternelles ou le collège. De notre point de vue, nous avons là l'expression des liens qui sont établis entre établissements à propos de l'éducation à la santé. Cette dimension synergique qui est instamment recommandée par les

⁹ Enfants ayant de 5 à 8 ans

textes officiels semble être une réalité forte en ZEP et dans ce domaine d'action ce qui conforte le constat d'extension de l'acte éducatif aux acteurs et instances situées hors l'école.

3.1.8 Des thématiques diversifiées

Les cas retenus abordent l'éducation à la santé de manières différentes, d'une part à travers des thématiques particulières (le SIDA, l'alimentation, la maltraitance etc...) qui correspondent à l'objectif principal, ou d'autre part, par le développement d'une santé globale ou de compétences psychosociales pour lesquelles les thématiques sont secondaires. Outre les thèmes de prévention publique (SIDA, alcool, maltraitance, gestes de premiers secours), l'analyse transversale des thèmes fait apparaître un intérêt fort pour l'alimentation, l'hygiène et le sommeil (mentionnés de 25 à 30 reprises) mais on trouve dans des proportions légèrement supérieures la volonté d'appréhender la santé sous son aspect global (entre 30 et 35 mentions). Si l'on réfère à une analyse des thèmes abordés dans le second degré, (Leselbaum N. et Berger G. 2002)¹⁰ cet aspect semble assez spécifique de l'enseignement du premier degré. La présence d'un maître unique et une connaissance très personnalisée des enfants, mais aussi des familles (proximité entretenue parfois depuis la maternelle), semblent pouvoir constituer des éléments d'explication. En ce sens l'éducation à la santé à l'école élémentaire présenterait des spécificités que des établissements du second degré plus volumineux, et organisés différemment, rendraient plus difficile à mettre en œuvre. Ce point mériterait d'être mieux pris en compte dans les préconisations, mais aussi en formation car il implique, selon nous, des leviers d'action différents. Pour autant la mise en rapport d'une perspective globale de la santé avec des approches plus thématiques n'est à prendre que sous l'angle d'une tendance générale, la quantification est en effet fragile car même dans une démarche globale les personnes interrogées ont parfois énoncé des démarches ciblées.

3.1.9 Les méthodes adoptées

Les méthodes adoptées dans les 19 cas recouvrent deux champs majeurs : celui de la discussion ou du dialogue ou d'une manière plus globale d'une pédagogie active. Derrière cette approche, on trouve des jeux de rôle, le théâtre, mais aussi la recherche documentaire, les revues de presse, le recueil de photos, les enquêtes, des productions qu'elles soient plastiques, écrites, de jeux de société, la confection de repas ou du jardinage. La discussion et le dialogue qui

¹⁰ *La prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Annexe 2.3 pp.161-168*

semblaient être une réussite plutôt inattendue dans la recherche second degré citée précédemment, sont ici sciemment mis en œuvre en tant que méthode de travail. L'information est une démarche très marginale quand le public cible est les enfants. Elle est première quand l'action est située au niveau de la formation en éducation à la santé par groupement d'écoles et qu'il s'agit d'adultes. Elle prend la forme de conférences, de réunions, de rencontres, d'animations (quand il s'agit de groupes ou d'équipes) même si on trouve également des dispositifs d'accompagnement.

3.1.9 Les outils

Livres et cassettes sont les outils les plus utilisés, mais les acteurs ont recours à la presse, la publicité, et les BCD¹¹ ne sont pas les seules structures mises à contribution. Les acteurs ont aussi recours aux affiches, qu'elles soient distribuées par les organismes spécialisés (CFES)¹², ou élaborées par les élèves infirmiers, les enfants ou les enseignants.

L'expression écrite et orale joue un rôle important. Dans ce cadre, trois outils sont signalés : le questionnaire, le journal de bord et le cahier d'incidents.

De manière moins sensible, les équipes ont recours aux sites présentés sur Internet, aux photos, aux témoignages, aux visites ou aux transparents de situations.

3.1.10 L'évaluation

L'évaluation reste au niveau de l'appréciation et de l'ordre du domestique, c'est à dire exprimée sur le mode perceptif subjectif sans que des éléments de rationalité n'aient été introduits. Trois cas mentionnent l'utilisation d'indicateurs objectivés cherchant à repérer l'évolution des comportements comme : la révélation de maltraitance, la diminution des plaintes ou des incidents, l'amélioration du dialogue élèves / familles à propos de sujets intimes.

Ce sont surtout des changements de comportements qui sont évoqués, et ils le sont tant à propos des élèves que des familles qui se rapprochent de l'école, s'impliquent ou s'intéressent au quotidien scolaire dans lequel vivent leurs enfants.

L'appréciation de l'action et sa reconduction passent aussi par le fait que celle-ci se soit développée, qu'elle ait été appréciée ou qu'elle ait fait l'objet d'une demande de renouvellement

¹¹ Bibliothèques Centres documentaires

¹² Centre Français d'Éducation à la Santé, aujourd'hui Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES)

ou de développement. Cet axe d'évaluation est lui aussi très signalé dans la recherche second degré citée précédemment.

Les équipes mentionnent également l'évolution des capacités des élèves à reconnaître les déterminants de santé, à partir de résultats obtenus à des questionnaires ou des enquêtes, mais de manière plus rare et ne renouvellent pas systématiquement l'opération en raison de la lourdeur de sa mise en oeuvre.

3.1.11 Les difficultés rencontrées

Les difficultés énoncées par les personnes interrogées sont souvent d'ordre matériel (infrastructures, matériel, financement...), mais aussi humain, manque de moyens ou plutôt instabilité des moyens (changement de poste, modification du plan de formation départemental etc...). La stabilité matérielle et des équipes semblent constituer des éléments majeurs de développement d'actions qui, parce qu'elles sont collectives, sont fragiles et nécessitent de s'inscrire dans la durée pour se stabiliser et évoluer favorablement. Les ruptures ou interférences institutionnelles (consultation nationale des programmes, renouvellement des projets d'école) sont des obstacles au développement des pratiques.

L'absence ou l'insuffisance de formation des enseignants, ou de continuité sont aussi dénoncées. Nous avons relevé que la présence des enseignants lors de l'intervention est vécue comme un obstacle par lequel les enfants ne se libèreraient pas aussi bien que quand ils sont seuls avec l'intervenant, pourtant les textes officiels imposent la présence d'un membre de la communauté éducative lors des interventions, il y a bien là un débat et un de ces paradoxes que nous évoquons plus haut.

3.1.12 Les facteurs de pérennisation

Les facteurs de pérennisation qui apparaissent peuvent être de trois ordres : tout d'abord les facteurs structurels où des formes synergiques préexistent ou sont stabilisées ce qui permet d'ancrer les actions (projet de REP, d'école, réseau d'écoles, promotions d'élèves infirmiers, les liens médecine scolaire/communauté éducative etc...). Les facteurs d'ordre motivationnel sont reconnus aussi comme très efficaces dans la continuité des actions (motivation des élèves, des enseignants, des équipes, des parents etc...), c'est sans doute ce qui permet d'expliquer le fait que ces actions sont souvent l'œuvre de quelques personnes reconnues comme « toujours les mêmes ». Enfin le troisième facteur qui apparaît, est le facteur « politique publique », qu'elle soit

locale ou nationale, vraisemblablement pour l'engagement institutionnel et financier qu'elle garantit.

3.2 Mise en perspective

Après cette série de constats transversaux, nous pouvons dégager quelques éléments que nous souhaitons mettre en perspective.

3.2.1 Une variété d'axes forts

C'est majoritairement la question des continuités qui est mise en avant comme, le lien établi entre santé et réussite scolaire, la continuité maternelle-élémentaire-collège, la continuité école-famille, la continuité communauté éducative-équipe santé etc.. La question des continuités et de la circulation des savoirs dans des univers de connaissance diversifiés semble être au cœur des débats menés à propos de l'éducation à la santé à l'école. C'est sans doute ce point qui légitime la fonction majeure de l'enseignant dans ces actions, puisqu'il est le garant de la centralité des enjeux d'apprentissage, il est, par là même, responsable du fait que ces continuités puissent s'instaurer. En ce sens la formation a à s'emparer sérieusement de cette question, car piloter des actions éducatives plurielles dans des formes non disciplinaires de réalisations sur projet n'est pas un geste professionnel reconnu comme tel à l'heure actuelle par la formation d'enseignant.

3.2.2 des axes de cohésion se sont développés

Les collaborations inter institutionnelles et les cohésions qui peuvent se développer au sein d'équipes pluricatégorielles sont aussi présentées comme des axes forts des actions. Les équipes reconnaissent qu'un des apports de ces actions est d'avoir ouvert le dialogue avec d'autres partenaires leur permettant de percevoir les élèves différemment, ce qui parfois a modifié leur point de vue sur la réalité scolaire de ces derniers. Certains notent que ce dialogue a créé des solidarités entre les adultes de la communauté éducative ou avec les parents, à partir desquelles ils positionnent leurs rapports aux élèves différemment et se sentent mieux « armés ».

3.2.3 L'implication résultante majeure des actions

Par ailleurs, l'implication est reconnue comme l'apport majeur de ces pratiques, qu'il s'agisse de l'implication des enseignants, des parents ou des élèves. La contribution de tous au débat éducatif permet d'éviter le sentiment d'isolement parfois ressenti par chacun dans un débat qui est

finalement collectif. Mais cette implication suppose aussi d'avoir une réflexion éthique sur les possibilités et les limites de l'action ou de la démarche, afin d'éviter la cacophonie ou les conflits de loyauté.

3.2.4 Un plus pour les apprentissages

Enfin l'amélioration du contexte de vie qui découle de tout cela est présenté comme bénéfique au traitement des apprentissages, c'est sans doute l'élément fondamental qui convainc les enseignants à mettre en œuvre l'éducation à la santé, alors que de prime abord elle est ressentie comme une surcharge de travail, ou une dépense de temps incompatible avec le fait de mener les programmes à leur terme.

4. Des pistes à creuser

Ces quelques résultats et mises en perspectives laissent apercevoir à notre sens deux points faibles : d'une part la sensibilisation des personnels enseignants aux objets, limites et apport de l'éducation à la santé et leur formation en matière de travail conjoint, et d'autre part un travail sur l'évaluation comme outil de régulation et de reproblématisation (Martinand, 2000) du travail.

4.1 Une sensibilisation des enseignants à l'éducation à la santé

De manière dominante, on peut retenir que l'éducation à la santé, telle qu'elle nous a été présentée s'opérationnalise autour de trois visées majeures :

- le développement de compétences psychosociales chez les élèves, quand il s'agit de promouvoir le bien-être et de le mettre au service de la réussite scolaire ou de la communauté de travail ;
- le renforcement ou l'introduction de savoirs relatifs à la santé ou au corps dans les apprentissages mais aussi dans le débat de la vie scolaire ;
- l'acquisition de savoirs-faire articulant savoirs scolaires (connaissances scientifiques) et pratiques sociales comme dans le cas de la protection de l'environnement ou des gestes de premiers secours.

Pour autant cette vision des choses n'est que le résultat d'une sélection de cas. Les représentations que les enseignants ont de l'éducation à la santé embarrassent encore pour une bonne part les débats (Cogérino G., 1999), (Jourdan D. et al. 2003) et envisager la santé comme « *la condition de possibilité physiologique et psychologique nécessaire pour pouvoir participer à*

la vie commune », (Fuchs V.R., 1986) n'est pas encore partagé de tous. La question de l'éthique et du rapport que l'enseignant entretient avec la santé n'est pour l'instant pas encore posée en formation. Gageons que l'ouverture d'un tel chantier favoriserait le développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire

4.2 Apprendre à travailler à plusieurs

Travailler ensemble c'est :

- reconnaître ensemble un problème ou une problématique commune (Mérini C., 1994, 1999), cela suppose bien de mettre en œuvre une analyse de besoins que celle-ci soit «armée» ou empirico-intuitive.
- construire ensemble suppose l'acquisition d'une certaine science des montages faisant appel à une rationalité des synergies dans un milieu où prévaut l'organisation de «collections» (collections de disciplines, de tranches horaires, de tranches d'âge, etc...) Développer une rationalité d'ordre synergique est sans doute un des aspects déterminants du «faire équipe» mais c'est aussi accepter la différence et l'altérité;
- communiquer et échanger ce qui nécessite certes des compétences personnelles à le faire, mais là encore une expertise à construire des systèmes de communication interne et externe indispensable à la lisibilité de l'action, au transfert d'informations et au développement d'une communauté de valeurs;
- négocier, mutualiser créer du nouveau en transformant les différences en complémentarités (Mérini C., 1999)
- c'est enfin faire interagir des compétences professionnelles propres à l'acte d'enseignement, des compétences sociales indispensables aux négociations et des compétences personnelles de créativité.

Si les cas analysés ont dans l'ensemble été capables d'en rendre compte, ces points mériteraient sans doute d'être abordés plus systématiquement en formation;

4.3 L'évaluation comme outil

La question de l'évaluation est peu présente dans les actions analysées. Elle tente le plus souvent de mesurer les effets directs ou indirects, attendus ou non, sur les élèves. D'une manière générale, elle reste intuitive et informelle et s'exprime en termes de changements de comportement, du plus

modeste (comme dans l'attention portée à la tenue vestimentaire, la capacité des élèves à communiquer et à s'exprimer), au plus profond (moins de violence et amélioration de l'ambiance de l'école ou amélioration de la réussite scolaire par la prise de conscience des facteurs de réussite et/ou de ses besoins par l'élève lui-même). Les équipes notent aussi fréquemment l'intérêt des enfants et des parents pour ces questions et une évolution des relations parents-enfants-école.

Cette vision des choses reste insatisfaisante à la fois pour l'absence de mesure d'impact, mais aussi pour le manque «d'outillage» dans la gestion des opérations.

4.3.1 L'évaluation comme outil pour formaliser et réguler l'action

On peut distinguer trois fonctions majeures à l'évaluation d'une action plurielle :

- Elle permet tout d'abord de formaliser les événements rencontrés, d'en garder trace dans une logique de mémoire collective ou de communication. Elle est dans ce cas utilisée aussi pour obtenir des financements, des autorisations ou pour valoriser le travail.
- Elle peut être conçue comme un système de vérification, et de contrôle des effets obtenus par le dispositif. Les indicateurs, les outils et les périodes de recueil de données sont diversifiés et cherchent à établir des mises en rapport de conformité entre effets attendus et effets obtenus pour favoriser des régulations.

4.3.2 L'évaluation comme outil de reproblématisation

Enfin le système d'évaluation peut prendre l'aspect d'une veille par laquelle les acteurs recueillent une information de nature et de niveau variés. Le traitement conjoint des données, en interrogeant les événements rencontrés sous un angle nouveau, va permettre à l'équipe de définir ou clarifier de nouvelles visées. C'est grâce à cet aspect de l'évaluation que l'action connaîtra de nouvelles évolutions. Le développement le plus remarquable que traduisent les actions interrogées reste sans doute le changement de cible. En effet si les élèves sont les premières cibles visées, les équipes notent (suite à leurs évaluations) qu'à l'avenir, des dispositifs spécifiques complémentaires devraient être mis en place, à destination des adultes de la communauté scolaire ou des parents.

Ces trois fonctions de l'évaluation ne s'opposent pas, elles ne sont simplement pas de même nature et ne font pas appel aux mêmes procédures, pour autant elles sont complémentaires

(Mérini, 2002). Amener les enseignants à le percevoir, à reconnaître les procédures dont elles relèvent et à les mettre en œuvre est sans doute un enjeu majeur de formation.

En guise de conclusion

Les actions présentées montrent une réelle diversité dans la mise en œuvre d'une éducation à la santé à l'école : variété d'approches, de structures impliquées, mais aussi diversité d'objectifs et d'impacts. On relève néanmoins des préoccupations ou des démarches communes permettant d'identifier pourquoi, à propos de quoi, et comment un collectif d'acteurs s'associe autour de l'élève, dans une démarche d'éducation à la santé.

De ce point de vue nous nous associons au groupe d'Aix- Marseille auteur d'un Manifeste pour l'éducation à la santé «*De la prévention des maladies à la promotion de la santé*» (San Marco J.L. et al. 2004), pour reconnaître que l'éducation et la promotion de la santé :« *doit permettre à tout individu d'élaborer sa propre réponse à chaque problème posé, comme l'éducation lui a appris à s'adapter à chaque situation grâce à l'enseignement reçu, au prorata de son investissement. Dans les deux cas l'approche parcellaire peut faire perdre de vue l'objectif poursuivi : la santé peut rester masquée par les risques d'affection, l'éducation oubliée derrière chacune des matières enseignées.*» La lisibilité de l'action et de ses enjeux doit permettre de s'assurer de la présence de cet acte d'éducation, nous espérons par ce travail y avoir contribué.

L'éducation à la santé appelle par ailleurs à l'ouverture, ouverture du domaine des connaissances, sur celui de l'expérience et inversement, ouverture à d'autres acteurs de la communauté éducative, ou à d'autres domaines de compétences c'est alors les questions de cohérence voire de cohésion qui surgissent. Cette ouverture suppose en effet l'acquisition de compétences particulières pour le maître en matière de montage de projet, de pilotage de l'action et d'évaluation. La question majeure alors est de savoir mettre en œuvre ces continuités au sein d'une communauté plurielle et hétérogène, c'est de notre point de vue, le grand challenge de ce que l'on peut appeler polyvalence d'équipe.

«*C'est dans l'ouverture d'espace-temps permettant l'identification des questions, leur analyse et une démarche d'argumentation, qu'une éducation peut permettre à l'enfant de définir sa place et sa position dans le groupe auquel il appartient*»¹³ (Mérini et al. 2004)

¹³ Extrait de la préface rédigée par Philippe Lecorps Professeur à l'école nationale de santé publique de Rennes (France)

ARDOINO J., 1993. L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives, *Revue Pratiques de Formation*, n°25-26 Avril 1993, Université de Paris VIII, pp. 15-34.

BERGER, G. et LESELBAUM, N. Dir. (2002), *La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation*. Documents - actes et rapports pour l'éducation CRDP Languedoc-Roussillon. 177 p.

COGERINO G. (1999) *Apprendre à gérer sa vie physique*, Paris, PUF.

CROZIER M. ; FRIEDBERG E., 1977. *L'acteur et le système*. Paris, Éditions du seuil.

FRIEDBERG E., 1992. "Les quatre dimensions de l'action organisée", *Revue Française de Sociologie* XXXIII,1992, pp.531-557.

FUCHS, V. R. (1986). *The health economy*. Cambridge (Mass.). London, Harvard university press, cop.

JOURDAN, D. et al. (2003). Etat des lieux des formations universitaires en éducation à la santé proposées dans les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM). *L'Éducation pour la santé* (sous la direction de Jacqueline Billon). Lille : Presses Universitaires du Septentrion.

JOURDAN D. et al.,(2003). «**Éducation à la santé en collège et lycées. Pratiques et représentations des enseignants d'E.P.S en région Auvergne**» Poster présenté au congrès international de l'Association Francophone pour la Recherche en Activité Physique et Sportive (AFRAPS), «*Éducation pour la santé et Activité Physique et Sportive*» à Dunkerque (France) les 27 et 28 mars 2003.

MARTINAND J.L.(2000) Conférence de clôture du colloque AECSE/CEFI «*Les pratiques dans l'enseignement supérieur*» - Toulouse octobre 2000.

MÉRINI C., 1994. *De la formation en partenariat, à la formation au partenariat*, thèse de l'Université de Paris VIII, dir. G. Berger, 542 p.

MÉRINI, C. (1999). *La formation en partenariat, de la modélisation à une application*. Paris : L'Harmattan. 229 p.

MÉRINI C., 2002 “**Usages de l'évaluation en situation plurielle et d'ouverture**” *Revue les Dossiers de recherche en sciences de l'éducation* Évaluation et valorisation institutionnelles n°6/20001. PUM Toulouse pp.31-43.

MÉRINI C., et al. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes, Éditions ENSP.