



HAL
open science

L'expression de la part privée du sujet enseignant en éducation santé à l'école. Une étude de cas en didactique clinique en classe ordinaire

Yves Léal, Marie-France Carnus

► To cite this version:

Yves Léal, Marie-France Carnus. L'expression de la part privée du sujet enseignant en éducation santé à l'école. Une étude de cas en didactique clinique en classe ordinaire. 4^e colloque d'UNIRÉS: " Education à la santé et complexité : Recherche, formation, pratiques ". Paris 2012, 2012, Paris, France. <hal-03611299>

HAL Id: hal-03611299

<https://hal.science/hal-03611299v1>

Submitted on 17 Mar 2022

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.



HAL Authorization

L'expression de la part privée du sujet enseignant en éducation santé à l'école.

Une étude de cas en didactique clinique en classe ordinaire.

Yves Léal*, Marie-France Carnus**

**Laboratoire UMR EFTS, Université de Toulouse 2-Le Mirail
IUFM Midi-Pyrénées – Ecole interne Université Toulouse 2 Le Mirail – France
56, avenue de l'URSS
31078 TOULOUSE cedex
yves.leal@univ-tlse2.fr*

***Laboratoire UMR EFTS, Université de Toulouse 2-Le Mirail
IUFM Midi-Pyrénées – Ecole interne Université Toulouse 2 Le Mirail – France
56, avenue de l'URSS
31078 TOULOUSE cedex
marie-france.carnus@univ-tlse2.fr*

RÉSUMÉ : Cet article analyse différentes situations de classe en éducation à la santé en s'intéressant à l'enseignant pris dans sa dimension de sujet. Son histoire personnelle, ses assujettissements, ses conceptions modèlent des influences internes et un rapport au savoir qui imprègnent les choix didactiques et les démarches adoptées. Quand la tension entre posture privée et publique s'accroît, l'effort de composition face aux élèves laisse émerger des manifestations inconscientes. Le cadre théorique et méthodologique de la didactique clinique rend possible l'observation de ces phénomènes et permet d'envisager des pistes interprétatives.

MOTS-CLÉS : Education santé, didactique clinique, école élémentaire, déjà-là décisionnel, approche causale.

1. Introduction, problématique de recherche

Dans le domaine de l'éducation à la santé peu d'études ont cherché à investiguer les pratiques ordinaires des enseignants du premier degré dans leurs temps d'interaction avec les élèves. La complexité de l'objet n'est sans doute pas étrangère à cette désaffection, l'éducation à la santé s'appuie sur des champs multiples aux notions peu stabilisées, la santé, par exemple, ne peut être définie univoquement (Bury, 1992). Cette communication se propose de définir un cadre d'étude en didactique clinique d'inspiration psychanalytique (Carnus, Terrisse, 2009) qui tient compte des spécificités de l'éducation à la santé, comme la part d'intime du sujet, afin d'interroger les pratiques enseignantes lors des situations de transmission-appropriation de savoirs en classe ordinaire (Schubauer-leoni, Leutenegger, 2005). L'étude de cas présentée cherche à décrire, comprendre et expliquer le *déjà là décisionnel* (Carnus, 2003) que mobilise, parfois à son insu, un enseignant du premier degré dans sa pratique de classe polyvalente pour aborder des enseignements peu définis institutionnellement et dont l'inscription sociale est vaste, fluctuante et non stabilisée. Le déjà-là décisionnel se structure autour de trois instances, figurant des contraintes externes et internes, les *déjà-là expérientiel, conceptuel et intentionnel*. Ils interagissent entre eux et orientent la prise de décision de l'enseignant qui, dans l'espace classe, est soumise à la contingence du réel. Le questionnement de recherche vise à identifier la part de ces différentes instances dans la décision de l'enseignant et à caractériser la nature de l'intervention selon différentes approches possibles en éducation à la santé, causale, développementale et environnementale (Léal, Carnus, 2012).

2. Cadre conceptuel

2.1 La didactique clinique

La didactique clinique offre une lecture renouvelée des phénomènes relatifs à la transmission-appropriation des savoirs en articulant les champs de la didactique et de la clinique psychanalytique. En complément des didactiques traditionnelles, pour lesquelles l'enseignant apparaît dans une dimension épistémique, départis de ses affects, de ses émotions, agissant selon des choix raisonnés et stratégiques, l'orientation clinique postule que les déterminants personnels et inconscients contribuent largement à comprendre les situations de classe, les ouvrant ainsi à de nouvelles interprétations. Elle emprunte à la théorie freudienne la reconnaissance du postulat fondateur de l'existence d'un inconscient. Cette approche place le sujet-enseignant au cœur de la problématique sans chercher à établir des modélisations de la pratique *a priori*, c'est-à-dire sans une observation significative de temps de classe. Ce travail se fonde donc sur la prise en compte du sujet enseignant dans sa dimension psychologique et sociale : « un sujet singulier en situation – cette interaction entre sujet et situation impliquant une dynamique à la fois psychologique et sociale » (Beillerot, Blanchard-Laville, Mosconi, 1996). L'intégration de la singularité du sujet au centre de l'analyse didactique implique une reconsidération du triangle didactique fondé sur les relations entre l'enseignant, les élèves et le savoir. Il s'agit désormais de considérer la contingence des apprentissages comme un point de convergence, une intersection entre des systèmes aux logiques propres, car comme le précise A. Terrisse, il s'agit de « prendre en compte la contingence de toute situation de transmission d'un savoir, qui ne suit pas toujours les

intentions de l'enseignant » (Terrisse, 2009). Ces logiques « distinctes et interdépendantes » (Carnus, 2009) sont celles, de la discipline, de sa transposition externe et interne qui précède la mise en scène des savoirs auprès de l'élève, celles du sujet enseignant et du sujet-apprenant au travers de leurs intentions et de leurs décisions. Cette théorie du sujet-enseignant en didactique clinique appelle trois présupposés, celui d'un sujet assujéti, singulier et divisé. Elle est prise en compte par une attention particulière à l'histoire personnelle de chaque enseignant au travers de l'étude de son « déjà-là » (Carnus, 2003), c'est-à-dire « ce qui singularise chaque enseignant et donc ses pratiques d'un point de vue épistémologique et didactique » (Buznic, 2009). Les *déjà-là conceptuel, intentionnel et expérientiel* sont les « trois instances majeures à l'origine de toute décision » (Carnus, 2009) qui forment le *déjà-là décisionnel*. Il apparaît comme une « partie cachée du processus décisionnel de l'enseignant » (Carnus, 2001) et influence de façon *latente* et *constante* l'action de l'enseignant. Loizon considère ces entités comme des « filtres de l'action didactique » (Loizon, 2004) qui agissent en amont de la décision du professeur: « les déjà-là : conceptuel, intentionnel et expérientiel, produits de cette histoire, sont à l'origine de toute décision ». (Carnus, 2003).

2.2 Didactique clinique de l'éducation à la santé

Le déjà-là décisionnel de l'enseignant en éducation à la santé se constitue à partir de différentes origines. Les expériences vécues dans le cadre familial en tant que parent participent aux dimensions expérientielle et conceptuelle. Quotidiennement, le parent éduque son enfant à l'hygiène de vie, avec certes des différences interindividuelles, mais bien souvent autour de thématiques proche de celle abordées à l'école, hygiène corporelle, alimentation, sommeil, tabac, alcool, etc. Chez l'enseignant, l'activité éducative familiale peut enrichir ses pratiques de classe, dans la mesure où il peut, à cette occasion, se documenter, voire se former, sur l'éducation à la santé et acquérir des savoirs d'expertise. Plus généralement, ces habitudes familiales constitueront des expériences susceptibles d'influencer le traitement des contenus d'éducation à la santé par l'enseignant. L'éducation qu'il a lui-même reçue, lors de l'enfance, participe également à la constitution d'un rapport intime et incorporé de ces savoirs. C'est dans une relation de plaisir et de désir fortement empreinte du contexte personnel que se réalise initialement le rapport au savoir du sujet « à travers la famille, l'enfant constitue son rapport au savoir dans le plus intime de ses psyché, mais aussi dans le contexte du groupe familial et de la culture familiale, avec son inscription sociale, par laquelle l'individu apprend une manière particulière de se rapporter aux différents savoirs dans la société » (Beillerot, 1996). Comme pour les autres savoirs se processus empreint des tensions transactionnelles entre enfant et parent est mu par le désir et le plaisir. Nous pouvons penser qu'un habitus familial et culturel modèle la relation du sujet à ces contenus d'éducation à la santé selon une singularité propre à chacun : « ce sujet qui se veut maître de son destin est dans le même mouvement assujéti à son histoire. C'est ce sujet que rencontre l'éducation pour la santé » (Lecorps, 2005).

D'autre part, la santé en tant que relation à soi est en perpétuelle interrogation face aux multiples expériences que dresse la vie devant chacun d'entre nous. Les maladies, les épreuves psychiques modèlent un rapport à l'intime, des situations vécues par des proches nous impliquent émotionnellement et façonnent également ce rapport : « toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres

espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'installant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes » (Jovenet, 2000). Ainsi, les principes éducatifs que l'on s'applique se trouvent en constante sollicitation et interrogation, se réajustent au gré des diverses influences. Ils se fondent avant tout sur des savoirs qui engagent l'individu dans son intimité, dans sa corporéité, dans ses sensations, dans ses affects, dans ses désirs, sans autre vocation que l'entretien d'une relation à soi particulière: « une éducation parlant de la santé et en particulier de la santé du sujet auquel elle s'adresse doit prendre en compte toutes les références affectives auxquelles ce discours renvoie : à la souffrance, à la mort, au plaisir, au désir, au mal-être » (Manderscheid, 1996). En contrechamp de cette référence, les comportements de santé sont profondément liés au rapport que chacun noue avec la mort et la vie : « les comportements de santé sont le reflet d'un rapport du sujet singulier à la mort et à la vie » (Lecorps, 2005). Nous postulons que l'enseignant, éducateur en santé, mobilise cette expérience personnelle, parce qu'elle le définit subjectivement, qu'elle le constitue et qu'elle transparait nécessairement dans sa pratique de classe : « l'éducation pour la santé, c'est cette rencontre intersubjective qui ouvre le sujet au souci de soi et l'engage à prendre soin, à travers soi et l'autre, de l'humain » (Lecorps, 2005).

Le sujet enseignant parlant d'éducation à la santé ne peut se départir de sa charge privée, car elle constitue sa référence intime, façonnée dans la sphère familiale, incorporée dans les sensations personnelles d'un état de santé ressenti et parfois fluctuant, sans cesse réajustée dans la quête éternelle d'un équilibre adaptatif aux exigences de la vie et de son rapport à la mort. Cet ancrage sensitif dans le déjà-là expérientiel, au plus profond de nous-mêmes, est présent de façon constante et inconsciente, il affleure, s'invite, s'impose, lorsqu'il s'agit de parler de santé et d'éducation à la santé. La didactique clinique ouvre des perspectives d'interprétations aux phénomènes d'enseignement - apprentissage en intégrant cette spécificité du sujet, considérant que ce rapport expérientiel personnel peut émerger lors des temps de classe et donc tout particulièrement en éducation à la santé. L'incompréhension même du sujet à l'égard de certaines attitudes qu'il adopte en toute connaissance de cause est significative de la part d'inconscience : « 'je sais bien que cette maladie est due au tabac, on me l'a dit, je l'ai bien compris, et pourtant pendant cette période, je n'ai pas cessé de fumer. Tout risquait d'empirer, et je n'ai pas cessé de fumer. Je ne comprends pas pourquoi. C'est ça qui me tourmente le plus, pourquoi je n'ai pas arrêté ?'. Cette énigme du sujet à lui-même, voilà ce qui, peut-être, permettra à ce sujet de constituer un symptôme, et qui sait, d'en apprendre un savoir ? » (Jammet, 2005). La prise en compte de l'apparente irrationalité de certains comportements en matière de santé, est un des fondements de l'acte éducatif, car elle suppose que le sujet est singulier, autonome, responsable de ses actes et soumis à des assujettissements multiples. Cette tension entre rationalité consciente et désir inconscient peut s'exprimer dans l'adoption de comportements préjudiciables à la santé et marque une division profonde du sujet.

2.3 Nature du déjà-là décisionnel

Constitué par différentes instances interagissant, le déjà-là décisionnel fournit à l'enseignant des, « motifs et mobiles possibles dans le cadre de son activité professionnelle », (Carnus, 2003, p.210). Pour décrire la nature de ce déjà-là décisionnel en éducation à la santé, nous pouvons nous appuyer sur différents travaux qui visent à caractériser l'intervention de l'éducateur en fonction des modèles auxquels il recourt intentionnellement ou non, « l'éducateur pour la santé doit avoir recours à une diversité de modèle pour fonder son intervention » (Berger, Jourdan, 2005). Ils concernent principalement et de façon non exhaustive, la santé, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé le développement des individus et l'apprentissage, les dynamiques collectives et l'évaluation.

2.3.1 L'approche causale

Différents auteurs s'accordent pour reconnaître une catégorie relevant d'un apport de connaissances sur le corps, son fonctionnement, les risques encourus. Le fondement de cette approche s'ancre dans la médecine positiviste selon laquelle « le médecin doit s'abstraire complètement de sa subjectivité » (Billon, 2000). La traduction éducative de cette orientation s'opère par une diffusion de savoirs « laissant peu d'espace éducatif à l'initiative du sujet » (Aubret, 2000), la relation de causalité entre la maladie et le comportement est linéaire.

2.3.2 - L'approche développementale

Elle se centre sur le développement de compétences personnelles et sociales dans une visée éducative émancipatrice. L'éducation à la santé ne relève plus strictement du champ physiologique ou médical mais s'intéresse aussi aux implications subjectives d'ordres psychologiques et relationnelles, « la multicausalité y est reconnue, la maladie et la santé pouvant être objectives ou subjectives » (Inserm Sc14, 2000, p. 31). L'acquisition de ces compétences a pour finalité l'accès à l'autonomie, elles s'inspirent des travaux menés par l'OMS autour des compétences psychosociales (OMS, 1993).

2.3.3 - L'approche environnementale

La prise en compte de l'individu dans son contexte social, culturel et naturel fonde cette approche. Les connaissances et compétences construites ne se réfèrent pas uniquement à l'individu dans le groupe restreint mais prennent en compte son intégration dans un milieu plus large, systémique et interdépendant, « la santé est un processus mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités psychologiques et physiques du sujet pour lequel un autre processus — l'éducation — doit pouvoir favoriser l'appropriation de compétences fondées sur la compréhension des problèmes écologiques, sociaux et culturels » (Billon, 2000). Les savoirs relatifs à l'éducation à la santé ne sont dès lors plus centrés sur l'individu mais apportent une compréhension des processus en jeu dans la perspective de l'écologie humaine.

La classification des savoirs enseignés en éducation à la santé selon ces trois orientations, permet de caractériser le déjà-là décisionnel des enseignants et d'apporter des éléments de compréhension sur les trois instances qui le gouvernent.

3. Méthodologie

L'étude de cas porte sur deux enseignants volontaires, Daniel, enseignant expérimenté, exerçant en zone rurale dans un CE1 et Julie, enseignante débutante dans une classe de CM1 en zone urbaine. Le recueil de données en didactique clinique s'organise autour de trois temps : *le déjà-là, l'épreuve et l'après coup* (Terrisse, 1999). Le déjà-là, vise à recueillir des informations à propos des déjà-là conceptuel, expérientiel et intentionnel sur le thème de l'éducation à la santé. Il consiste en un entretien semi-directif qui se déroule avant les séances de classe. L'épreuve, correspond au temps de classe et d'interaction avec les élèves, c'est un « moment de vérité » (Terrisse, 1994) au cours duquel le maître soumet son projet d'enseignement à la contingence du réel. Les données résultent de l'enregistrement intégral des vidéos des séances d'éducation à la santé. Enfin, l'après coup consiste en un entretien semi-directif au cours duquel l'enseignant est invité à revisiter et repenser à différents moments de l'épreuve et à donner son interprétation des situations. Le sujet-enseignant reconstruit la situation d'apprentissage selon son point de vue (Terrisse, 2009), livrant ainsi une part de lui-même, confortant ou non l'analyse du chercheur. Toutes les données sont retranscrites verbatim et analysées selon le principe de condensation et de catégorisation dans des matrices à groupements conceptuels (Huberman, Miles, 2003). Lors de l'épreuve les savoirs abordés pendant les interactions élèves-enseignants sont recensés et regroupés par discipline dans des catégories, qui sont ensuite classées selon les critères suivants ; savoirs disciplinaires, interdisciplinaires, transdisciplinaires et approche causale, développementale, environnementale. Une première analyse quantitative permet de dégager des tendances qui sont ensuite explorées sur le plan qualitatif.

4. Résultats

4.1 Daniel

Différentes publications illustrent le cas Daniel, sur lesquelles nous ne revenons pas ici (Léal, 2012a, Léal 2012b).

4.2 Julie

Julie nous a remis quatre heures trente d'enregistrement portant sur des séances en sciences, en EPS et en français. Nous nous centrerons ici sur les séances de sciences qui portaient sur l'alimentation et des débats autour de l'alcool, du tabac et des drogues.

4.2.1 Déjà là décisionnel : l'approche causale

En sciences, les contenus sont traités essentiellement selon une approche causale. Sur les 75 catégories de savoir abordées, seules huit relèvent d'une approche développementale ou environnementale. Dans de nombreuses interactions, Julie parle du fonctionnement du corps humain, comme sur le thème de l'alimentation où sont mis en avant le rôle et la fonction des aliments pour notre corps.

Julie : « ça vous apportera 300 grammes sur.... Qu'il y ait 300 grammes sur la journée, vous mettez 100 grammes le matin, 100 grammes le midi, 100 grammes le soir, d'accord, ça fera 3210 kJ, sur la journée ».

Des connaissances sur la physiologie du sommeil sont également exposées, à propos de la production d'hormone de croissance et d'anticorps.

Julie: « Oui, il se répare.. Produit une substance appelée hormone de croissance qui nous aide à grandir. L'anticorps, vous l'aurez sur le train ».

Lorsque le débat de classe s'oriente vers les conséquences de la drogue, un élève parle du coma. Julie explique alors les risques du coma par l'absence d'irrigation du cerveau.

Julie : « Donc on est entre la vie et la mort, à ce moment-là pendant le coma, si cela dure beaucoup trop longtemps, on a des capacités intellectuelles qui vont être diminuées. On peut se réveiller d'un coma avec beaucoup de lésions, beaucoup de handicap que l'on n'avait pas jusque-là, d'accord ?

Ces quelques extraits illustrent une tendance profonde du déjà-là décisionnel, de nature causale, que nous avons relevé chez Julie sur un plan quantitatif et qualitatif par un apport important de connaissances sur le corps et son fonctionnement. Nous remarquons le niveau relativement élevé des savoirs apportés pour le CM1. Les programmes donnent comme recommandations d'aborder une « première approche des fonctions de nutrition : digestion, respiration et circulation sanguine » et dans le cadre de l'hygiène et de la santé de traiter des « actions bénéfiques ou nocives de nos comportements, notamment dans le domaine du sport, de l'alimentation, du sommeil ». Les connaissances sur le train du sommeil ou bien le nombre de kilojoules que doit comporter la ration alimentaire quotidienne d'un enfant semblent relativement hautes, au regard des intitulés des programmes.

Dans les séances de science, quelle que soit l'approche, nous avons relevé un invariant, témoin d'une structure permanente chez le sujet, il s'agit de la conception d'un sujet rationnel agissant en matière de santé avec une certaine conscience de ses choix et de manière responsable. Par exemple, l'enseignante évoque la responsabilité de la personne face à la maladie, par les choix pour lesquels elle a opté en se droguant ou en fumant :

« Bon c'est pas le même effet que quand tu t'es drogué, d'accord, une maladie tu ne l'as pas choisie, souvent. Le cancer du poumon, si c'est après avoir fumé, tu l'as choisi un petit peu, d'accord. Quand t'as treize ans ou quatorze, tu te drogues, tu l'as choisi... un petit peu ».

Par ses mots, Julie considère, la maladie comme une conséquence assumée de la personne, dans une rationalité relativement cartésienne. Nous pouvons rapprocher cette conception de certains éléments qu'elle donne lors de l'entretien de déjà-là, dans la définition de la santé :

« Après, notre façon de vivre et d'éliminer les risques, d'être... d'avoir une bonne santé à long terme », « après, avoir une bonne santé ça va être plus, éloigner les risques ».

Dans ces propos, le risque apparaît comme un facteur exogène à la personne, celle-ci serait en mesure de les contrôler. Comme lors de la séance, nous percevons une relation causale directe entre un risque et la capacité de la personne à l'éloigner, ce qui sous-entend à la fois une certaine conscience de la personne, sa capacité de choisir et donc l'engagement de sa responsabilité. Cette pleine conscience plus ou moins assumée de

l'individu en matière de comportement est d'ailleurs revendiquée dans l'entretien de déjà-là :

« Mais on peut avoir une bonne conscience de ce qui est bon et pas bon, et je pense que quand on commence à être adulte, on en a conscience et vouloir le transmettre ».

Eduquer à la santé repose alors sur la transmission de cette connaissance du bon et du pas bon, renvoyant à la fois à la question de la norme, propre à l'approche causale. Il existerait des comportements sains et d'autres préjudiciables, séparés par une frontière symbolique, les actes de l'individu se répertoriant dans l'un ou l'autre. De cette conception causale et normative, s'ensuit une catégorisation des comportements fautifs ou bienséants, comme l'illustre le savoir que Julie institutionnalise dans la trace écrite de science.

Julie : « Alors, je vous dis ce que j'ai marqué, avoir une alimentation équilibrée, c'est fournir au corps les matériaux dont il a besoin, d'une part en qualité, on ne peut pas manger n'importe quoi n'importe quand et d'autre part en quantité. Trop manger ou manger insuffisamment, c'est une erreur ».

Trop manger ou manger insuffisamment sont des actes hors normes et relèvent donc de l'erreur. La direction que prennent les échanges sur la quantité de sommeil des élèves, valorise les comportements vertueux et implicitement place les élèves qui dorment moins dans la catégorie de ceux qui ne font pas bien.

Julie : « Dans ceux qui se lèvent de bonne heure ... dans ceux qui se lèvent de bonne heure, avant 8 heures et demi, d'accord, les autres, c'est bien hein, ce qui dorment jusqu'à 10 heures et demi, font des bonnes nuits, récupèrent bien »

L'éducation à la santé, quand elle s'inscrit dans l'approche causale, s'appuie assez largement sur le sentiment de peur pour convaincre. Nous constatons que Julie oriente très fortement son discours vers les risques inhérents à certains comportements, comme le montre ces quelques extraits des paroles de Julie, issus des séances de sciences.

« La drogue, cela attaque directement votre cerveau hein, ça attaque directement les neurones, l'alcool aussi. »

« Donc tu peux développer, oui, le plus fréquent c'est le cancer du poumon. Après tu as le cancer de la gorge. »

« Cela s'appelle des overdoses, quand tu prends trop de drogue, tu mets trop de drogue dans ton corps, ton corps ne supporte plus. Il y en a qui se font des piqûres... et si tu t'injectes trop de drogue d'un coup et bien effectivement, tu peux en mourir ».

Dans ces quelques extraits, Julie met en avant les incidences physiques graves des comportements à risque, elle cherche peut être par-là à développer une forme de rejet par la peur des conséquences. Une dernière caractéristique de l'approche causale s'observe par l'usage, souvent affleurant dans les interactions éducatives qui se réfèrent à cette tendance, de la prescription. Julie recourt assez largement à ce procédé que nous avons rapproché de l'ostension, voici un extrait qui illustre ce processus transmissif.

Julie : « C'est pas beaucoup de sommeil, soit il faut que tu te couches plus tard, soit que tu te couches plus tôt ».

Chez Julie, apprendre aux élèves les dangers pour la santé que représentent les comportements à risque, relève d'une conception d'un sujet gouverné par une pensée rationnelle. La tendance normative et manichéenne se prolonge didactiquement par l'usage de l'ostension et par la mise en avant des risques encourus. Cette inscription causale normative explique l'orientation des contenus essentiellement vers une seule partie du programme, les actions nocives de nos comportements, alors que l'intitulé complet stipule aussi les actions bénéfiques : « hygiène et santé : actions bénéfiques ou nocives de nos comportements ». Nous pouvons donc décrire en partie le déjà-là décisionnel de Julie comme de nature causale à tendance rationnelle et normative.

4.2.2 Phénomènes inconscients

4.2.2.1. Oscillation symbolique

Le traitement didactique que réalise Julie lors d'un débat de classe sur le thème de la cigarette s'appuie sur une connaissance intime du produit. Il révèle l'influence de l'expérience corporelle, sensitive et psychique sur ses enseignements. Nous constatons, par exemple, qu'à propos de la cigarette, le caractère prescriptif augmente dans ses interactions avec ses élèves : « *C'est pour ça qu'il ne faut jamais commencer, parce que après, c'est très dur d'arrêter / C'est très difficile d'arrêter de fumer, c'est la raison pour laquelle il ne faut jamais commencer* ». Par ailleurs, les connaissances apportées sur le tabac deviennent plus précises, plus spécialisées par rapport aux autres thèmes (drogue, alcool) abordés lors du débat : « *Si tu roules c'est pareil. C'est dans le tabac, dans le tabac qu'il y a le goudron / La nicotine elle est dans la cigarette et tu es dépendant et ton corps il a besoin de nicotine* ». Dans ce débat avec les élèves, nous observons le phénomène d'oscillation symbolique, c'est-à-dire un mouvement de va-et-vient ponctuel et récurrent qui se traduit par la perte de la position symbolique d'enseignant au profit de la posture privée : « *Moi j'ai réussi à arrêter un long moment... heu...17 mois. Parce que j'avais arrêté avant de tomber enceinte et j'ai repris que 5 mois après avoir accouché* ». Ces incursions dans le versant privé légitime, par les expériences personnelles que Julie rapporte, son statut de Sujet Supposé Savoir vis-à-vis des élèves. Il se trouve doublement conforté dans la relation didactique, d'une part, par l'assise expérientielle de l'enseignante et d'autre part, par le degré de connaissance que lui accordent les élèves. Dans la plupart des situations didactiques, le maintien ou la recherche de ce statut est pleinement assumé par l'enseignant car il renforce son autorité didactique face aux élèves. Ici, apparaît une contradiction fondamentale qui imprègne la relation didactique et avec laquelle les protagonistes doivent composer. Julie transmet un savoir dont sa connaissance privée légitime sa position symbolique face aux élèves mais dans le même temps la dénature, parce qu'elle contredit le message véhiculé. Elle s'installe dès lors dans une figuration paradoxale, présentant deux propositions opposées. La division du sujet se cristallise dans ce point de rencontre entre sphère privée et sphère publique, entre ses intentions éducatives, sa fonction d'exemplarité et ses agissements personnels. D'ailleurs, Julie nous fait part à plusieurs reprises de l'ambivalence de sa posture : « *Ben, disons que voilà, je suis pas un bon exemple* » (Entretien de déjà-là), « *ça fait un peu fait ce que je te dis et pas ce que je fais* » (Entretien d'après coup). La lucidité dont elle fait preuve nous éclaire sur les tensions qui animent sa pratique de classe. Garante des valeurs éducatives institutionnelles, elle promeut des valeurs qu'elle sait ne pas incarner. L'oscillation symbolique pourrait ici se comprendre comme un moyen de réduire les

tensions internes exacerbées. Dès lors, la compréhension de l'illégitimité de sa position la place en situation d'un impossible à institutionnaliser.

4.2.2.2. Esquive et conversion didactique

Chez Daniel comme chez Julie une part *d'incorporé* figurant des expériences sensorielles et corporelles privées influence le processus décisionnel de l'enseignant. Cette mobilisation de l'intime a été qualifiée de conversion didactique (Buznic, 2009), nous l'avons mis en relation avec le phénomène d'esquive observé chez Julie. L'esquive se traduit en classe par une attitude d'évitement, de la part de l'enseignant, de certaines interventions des élèves, qui, du point de vue du chercheur, apparaissent comme chronogénétiqument pertinentes. L'épisode le plus manifeste de cette attitude a lieu lors du débat en sciences sur l'alcool où Julie ne répond rien à la question d'un élève :

Julie : « Personne n'en a besoin (à propos de l'alcool) hein, de toute façon, ...même les adultes ils n'en n'ont pas besoin, d'accord ».

El : « Alors pourquoi ils en boivent ? »

Julie : « Ils en boivent.... J'entends pas... Qu'est ce... Clément... Dans la catégorie des boissons quelle est la seule boisson qui est recommandée ? »

Julie commence à répondre à la question, mais esquive finalement en disant « *j'entends pas* ». Dans l'après coup, pour expliquer cette absence de réponse, Julie précise en premier lieu qu'elle ne boit pas, puis elle nous fait part de son rejet des boissons alcoolisées et des comportements qui accompagnent la consommation : « *Alors moi je fais partie justement des personnes qui ne boivent jamais d'alcool et qui estiment ne pas en avoir besoin pour rien (...) j'ai mes frères quand ils sortent avec des amis, ils ont besoin d'un peu d'alcool pour s'amuser et moi je suis pas du tout d'accord avec ça. Et du coup, oui... Pour moi c'est peut être difficile de justifier pourquoi on boit* ». L'absence de réponse pourrait se comprendre ici sous l'influence d'un rapport privé à l'alcool qui se fonde sur une non consommation et un désaveu des personnes qui boivent. Ce rejet, à la fois sensoriel et conceptuel, d'une pratique sociale acceptée, l'amène à ne pas se positionner sur le choix des savoirs à transmettre. En ce sens, l'esquive est un moyen de ne pas entrer dans le processus de conversion didactique. Certaines interactions en classe en disent plus sur sa position.

El : « La bière... Est-ce que tu en bois ? »

Julie : « Non, jamais ».

El : « Pourquoi ? »

Julie: « Parce que je n'aime pas l'alcool. Je veux bien avoir un peu quelques défauts, mais je n'ai pas tous les défauts... »

El : « Mais fumer c'est pas bien... »

Julie: « D'accord, ... oui si tu veux c'est pas bien mais je ne bois pas d'alcool. ...C'est bien ».

La relation à l'alcool apparaît ici comme une manière de conserver à ses propres yeux une forme d'intégrité, elle ne peut boire parce qu'elle cumulerait « *tous les défauts* ». Sa position apparaît dès lors aussi comme un mécanisme de défense, l'alcool est un *impossible* à supporter qu'elle s'est construit pour préserver une image de soi acceptable.

5. Conclusion

L'étude de deux enseignants en école élémentaire dans le cadre de leurs enseignements en éducation à la santé rend compte de la complexité du processus décisionnel mobilisé. En l'absence de contenus établis officiellement, les deux professeurs des écoles livrent des compositions singulières et très contrastées, reflet de leurs expériences et de leurs conceptions s'assujettissant à un cadre institutionnel relativement peu contraignant. Par le type de savoirs enseignés, très centrés sur le corps et son fonctionnement, le déjà-là décisionnel de Julie se caractérise principalement dans l'approche causale. La capacité qu'elle accorde aux individus d'agir selon un choix raisonné en ayant connaissance et conscience des conséquences de leurs actes, exprime une conception rationaliste de l'éducation à la santé. La séparation qu'elle expose, en classe et dans l'entretien, entre le bien et le mal renvoie à une norme, ligne de rupture symbolique entre le convenable et le reprochable. Enfin, les directions opposées que prennent tour à tour les enseignements, entre la promotion de comportements vertueux d'une part et l'exposition de risques et de conséquences sur la santé d'autre part, illustrent une forme d'ambivalence dans le déjà-là décisionnel. La posture qu'endosse Julie apparaît de ce fait empreinte de paradoxe, ses comportements allant à l'encontre du message véhiculé. Les phénomènes inconscients mis à jour, comme l'oscillation symbolique et l'esquive peuvent s'interpréter comme l'expression des tensions émanant d'une composition complexe entre posture privée et publique.

Bibliographie

- Aubret, J. (2000). Ressources Humaines dans l'éducation à la santé. *SPIRALE* n°25, p. 6-16.
- Berger, D., Jourdan D. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *La santé de l'Homme*. INPES, N° 377, p. 17-20.
- Billon, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la sante. *SPIRALE, Revue de Recherches en Éducation*. n° 25 p. 17-30.
- Beillerot, J., Blanchard-Laville, C., Mosconi, N. (1996). *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan.
- Bury, J. (1992). *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. 2° éd., Bruxelles : De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs et santé.
- Buznic-Bourgeacq, P. (2009). *La transmission du savoir expérientiel. Etudes de cas et analyses comparatives en didactique clinique de l'EPS*. Thèse non publiée, Université Paul Sabatier, Toulouse.
- Carnus, MF. (2001). *Analyse didactique du processus décisionnel de l'enseignant d'EPS en gymnastique, une étude de cas croisés*. Thèse non publiée. Université Paul Sabatier, Toulouse III.
- Carnus, MF. (2003). Analyse didactique du processus décisionnel de l'enseignant d'EPS en gymnastique : une étude de cas croisés. In C Amade-Escot (dir). *Didactique de l'éducation physique, état des recherches*. Paris : Revue EPS, p. 195-224.
- Carnus, MF. (2009). La décision de l'enseignant en didactique clinique. Etudes de cas en Education Physique et Sportive. In A. Terrisse et MF Carnus (dir). *Didactique clinique de l'EPS, Quels enjeux de savoirs ?* De Boeck : Bruxelles, p. 63-81.
- Green, J., Tones, K., Manderscheid, JC. (1996). *Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école*. Revue Française de Pédagogie. N°114, p. 121-144.
- HUBERMAN AM., Miles MB. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^{ème} éd.), Bruxelles : Éditions De Boeck.
- INSERM SC14 (2001). Education pour la santé des jeunes. *Rapport collectif. Éducation pour la santé des jeunes, concepts, modèles, évolution*. INSERM.
- Jammet, D. (2005). *Eduquer, une mission de santé*. Agence lacanienne de presse.
- Jovenet, AM. (2000). La relation en question dans l'éducation a la sante. *SPIRALE, Revue de Recherches en Éducation*. N° 25 p. 143-151.
- Léal Y. (2012). *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent. Une étude de cas contrastés en didactique clinique à l'école élémentaire*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Toulouse 2. Soutenue le 2 juillet 2012.
- Leal, Y., Carnus, M.F. (2012a). Le déjà là décisionnel de l'enseignant en éducation à la santé. Une étude de cas en didactique clinique à l'école élémentaire. *Revue Spirale*, n°50, p. 139-152.
- Leal Y., Carnus M-F., (2012b), L'éducation à la santé dans le premier degré : une institutionnalisation impossible pour le sujet enseignant ?, In A. Terrisse et MF Carnus (dir), *Didactique clinique de l'EPS. Le sujet enseignant en question*, Paris, Revue EPS, 103-112.
- Lecorps, P. (2005). La parole du sujet comme espace de l'éducation pour la santé. *La santé de l'homme*, INPES, n° 377.
- Loizon, D. (2004). *Analyse des pratiques d'enseignement du judo : identification du savoir transmis à travers les variables didactiques utilisées par les enseignants en club et en EPS*. Thèse non publiée. Université Paul Sabatier, Toulouse.
- Schubauer-Leoni, ML., Leutenegger, F. (2005). Une relecture des phénomènes transpositifs à la lumière de la didactique comparée. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*. Vol 27, n°3, p. 407-429.
- Terrisse, A. (1999). La question du rapport au savoir dans le processus d'enseignement-apprentissage : le point de vue clinique, in *Carrefour de l'éducation 7*.
- Terrisse, A. (2009). La didactique clinique en EPS. Origine, cadre théorique et recherches empiriques. In A. Terrisse et M.F. Carnus (dir). *Didactique clinique de l'EPS, quels enjeux de savoirs ?* Bruxelles : De Boeck, p. 13-31.