

## Du travail en classe à la vie collective dans l'établissement : éduquer à la santé aujourd'hui

Didier JOURDAN  
IUFM d'Auvergne



Qu'est-ce qu'éduquer à la santé aujourd'hui dans les établissements scolaires, les classes? Il existe différentes façons de répondre à cette question. Celle que nous avons choisie ici consiste d'abord à donner la parole aux acteurs de l'école avant de rendre compte des nombreux travaux scientifiques conduits dans ce domaine. Plusieurs équipes ont organisé des entretiens, des temps de rencontre avec des enseignants, des directions d'école, des conseillers, des personnels de santé scolaire, d'entretien et de service alimentaire dans le but de connaître la façon dont ils contribuaient à l'éducation à la santé.

### Éduquer au quotidien

En 2006 et 2007, 200 personnes travaillant dans 5 écoles françaises (écoles moyennes appelées « collèges » accueillant des élèves de 11 à 15 ans) ont été invitées à s'exprimer à la fois sur leur vision de l'éducation à la santé et sur leurs pratiques (Leyrit, Simar, Friaud, Jourdan et Jourdan, 2007). Il ressort de ce travail que pour eux, il existe trois façons de contribuer à l'éducation à la santé des élèves. Les professionnels décrivent d'abord majoritairement leur action comme celle d'un éducateur au travers des activités quotidiennes en classe ou hors classe. Pour beaucoup, c'est une attitude générale d'attention aux questions de santé, de sécurité, de respect et de bien-être des élèves : « *C'est notre devoir de montrer un adulte responsable* » (professeur de français). « *Dans le cadre des cours de physique-chimie, on fait particulièrement attention à ce qui est en relation avec la matière : les dangers qui peuvent être liés à l'électricité par exemple, tout ce qui peut être lié à certains produits chimiques dangereux, [...] c'est l'éducation aux risques* » (professeur de physique chimie). « *C'est pour ça que j'interviens beaucoup sur l'idée qu'ils ont d'eux-mêmes. Tant qu'on ne sait pas soi-même se respecter, c'est difficile le jeu avec les autres* » (professeur, éducation spécialisée).

Au-delà de cette attitude générale, certains des enseignants vont avoir une contribution plus spécifique, et cela de façon différente selon leur discipline : « *Dans le programme d'éducation civique en 5<sup>e</sup>, il y a la lutte contre les substances nocives* » (professeur d'histoire-géographie). « *J'essaie de faire en fonction du thème de la classe. En 6<sup>e</sup>, j'ai traité le tabac, on parle de l'alcool* » (professeur de biologie). « *Au sein du cours, ça peut être tout bête, c'est des rapprochements. Je m'enquiers de ce qu'ils font dans d'autres disciplines et je viens poser ma petite pierre, ma petite touche personnelle là-dessus* » (professeur d'arts plastiques).

Lorsque les enseignants pensent que leur discipline ne s'y prête pas, ils estiment que leur contribution est modeste : « *Je ne participe pas à des actions en particulier, j'ai un rôle minime en éducation à la santé dû à mon statut de prof de mathématiques. Je me sens un peu concerné en tant que prof principal* » (professeur de mathématiques).

## Écouter, soutenir, accompagner

Lorsqu'ils sont invités à décrire la façon dont ils contribuent à l'éducation à la santé, certains professionnels se placent également sur le terrain de l'accompagnement individuel des élèves. Ceci est bien évidemment valable pour les conseillers ou les personnels sociaux ou de santé, mais c'est aussi le cas pour des enseignants et des agents de service : « *Alors, quand je suis confrontée avec un gamin qui n'est pas bien, je veux dire, je ne vais pas... à ce niveau-là... parce qu'il n'y a pas de... je veux dire, de consommation très régulière... peut-être plus m'attacher sur le fait qu'il n'est pas bien, à qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour aider leur enfant à sortir de cette difficulté-là?* » (assistant social). « *Déjà quand on est professeur principal, on est obligé de faire ce rôle-là d'éducateur psychologue parce qu'on a la classe en charge. Si un gamin a des problèmes, c'est à nous de les gérer* » (professeur de français). « *On écoute un petit peu les jeunes qui parlent entre eux et puis [...], je pense qu'il y a une certaine confiance qui s'est établie entre eux et nous... et donc, on rentre dans leur conversation, et surtout lorsque ce sont des sujets comme ça...* » (professeur d'éducation physique).

## Prendre place dans des projets collectifs à l'échelle de l'établissement

Une minorité met en avant sa contribution à des projets collectifs sur des thématiques de santé. « *Moi j'ai suivi une formation CRIPS [Centre régional d'information et de prévention du sida, association partenaire de l'éducation nationale en France] qui nous permet d'intervenir en éducation à la santé, à la sexualité auprès des élèves* » (professeur de biologie). Dans ce cas, la dimension collective et la durée sont fortement valorisées. « *Comme j'ai dit, en collaboration avec une équipe, pas seul, en collaboration avec l'infirmière, avec l'équipe éducative, les autres professeurs. Moi m'impliquer il n'y a pas de souci (...), mais je pense qu'il doit y avoir communication entre les professeurs, qu'on monte un projet collectif* » (professeur d'histoire-géographie). « *Je crois que la lutte contre l'alcoolisme elle doit être faite de concert par tous les adultes* » (professeur de français). Du côté des directions d'école, c'est le rôle d'accompagnement des projets qui est mis en avant. « *Je dirais que j'ai plutôt un rôle d'accompagnement. Moi, c'est plutôt mobiliser les équipes derrière les projets, les accompagner, faire des bilans intermédiaires et aussi assister à ce qui se fait si on veut que les projets perdurent* » (directeur).

Ces quelques éléments soulignent la diversité des pratiques en éducation à la santé. Loin du stéréotype qui confine souvent l'éducation à la santé à la transmission d'informations biomédicales, les professionnels ont souvent une perception large de leur action. Dans toutes les études, ils sont en fait très peu nombreux à estimer qu'ils n'ont pas à contribuer, d'une façon ou d'une autre, à l'éducation à la santé.

## Des pratiques de classe variées

Pour ce qui concerne plus spécifiquement le volet pédagogique, d'autres travaux ont été conduits. On a, par exemple, invité les enseignants de 36 écoles primaires en France à donner les traces écrites de l'activité de la classe en éducation à la santé. Les documents ( $n = 743$ ) ont été analysés et montrent une hétérogénéité importante des pratiques sur le plan tant des contenus enseignés que des approches pédagogiques et didactiques, mais aussi une difficulté à définir l'éducation à la santé comme objet d'enseignement. Les traces sont le plus souvent enracinées dans une discipline scolaire,

mais sont conçues en lien avec d'autres disciplines. Les questions de santé sont très largement abordées pour travailler à la prise de conscience de soi, la socialisation et le développement des compétences transversales. Le nombre de traces relatives aux matières scolaires donne une idée de la façon dont les enseignants en perçoivent la contribution. Les disciplines concernées sont la biologie ( $n = 68$ ), le français ( $n = 60$ ), l'éducation civique ( $n = 46$ ), l'environnement ( $n = 35$ ), les arts plastiques ( $n = 18$ ) et l'éducation physique ( $n = 5$ ). La dimension biologique est donc très présente, mais le langage (dans sa dimension liée au développement personnel) et la citoyenneté sont considérés comme des disciplines clés. L'éducation physique est, par contre, peu mobilisée.

Les travaux de Turcotte, Otis et Gaudreau (2007) au Québec, basés sur l'observation et des entretiens avec les enseignants d'éducation physique, ont montré qu'il existait deux grandes façons de mettre en œuvre la nouvelle compétence *Adopter un mode de vie sain et actif*. Il s'agit d'une part d'une éducation à la santé axée sur les savoir-faire et de l'autre, d'une éducation à la santé qui privilégie les savoirs théoriques. La première s'appuie sur des activités classiquement prises en compte par les enseignants (gestion du risque, par exemple), la seconde est moins habituelle puisque l'enseignant prévoit, dans le cours, des temps pour donner une information sur une question de santé spécifique. Ces deux orientations constituent ainsi deux tendances qui traduisent des façons différentes d'inclure l'éducation à la santé en éducation physique.

Une vaste étude a été conduite au Sénégal entre 2004 et 2006 sur la base d'entretiens et de questionnaires destinés à des enseignants d'éducation familiale et sociale ainsi que de sciences de la vie et de la Terre (Diagne, 2008). Ce travail était centré sur les pratiques en éducation à la sexualité. Les résultats montrent que si, pour les enseignants, il s'agit d'abord de transmettre des savoirs à caractère scientifique (ceci s'explique par l'appartenance disciplinaire des enseignants concernés), les autres dimensions de l'éducation à la sexualité sont très présentes (volets affectif, émotionnel, social, juridique...). L'importance du partenariat avec les associations est également soulignée.

Pris ensemble, ces éléments montrent que plusieurs dimensions de l'éducation à la santé sont simultanément présentes dans les pratiques et les représentations : acquisition de connaissances, développement personnel, dimension citoyenne... Il est bien évident que, selon le niveau d'enseignement (école primaire ou secondaire), la discipline enseignée, la personnalité et les centres d'intérêt des enseignants, l'accent sera mis sur l'un ou l'autre des aspects.

Cette première approche de la question des pratiques en éducation à la santé illustre leur riche diversité. D'autres travaux peuvent contribuer à enrichir la réflexion des praticiens. Ce sont les apports de la recherche sur l'efficacité des actions en éducation à la santé.

### **Des travaux sur « l'efficacité » du travail en éducation à la santé**

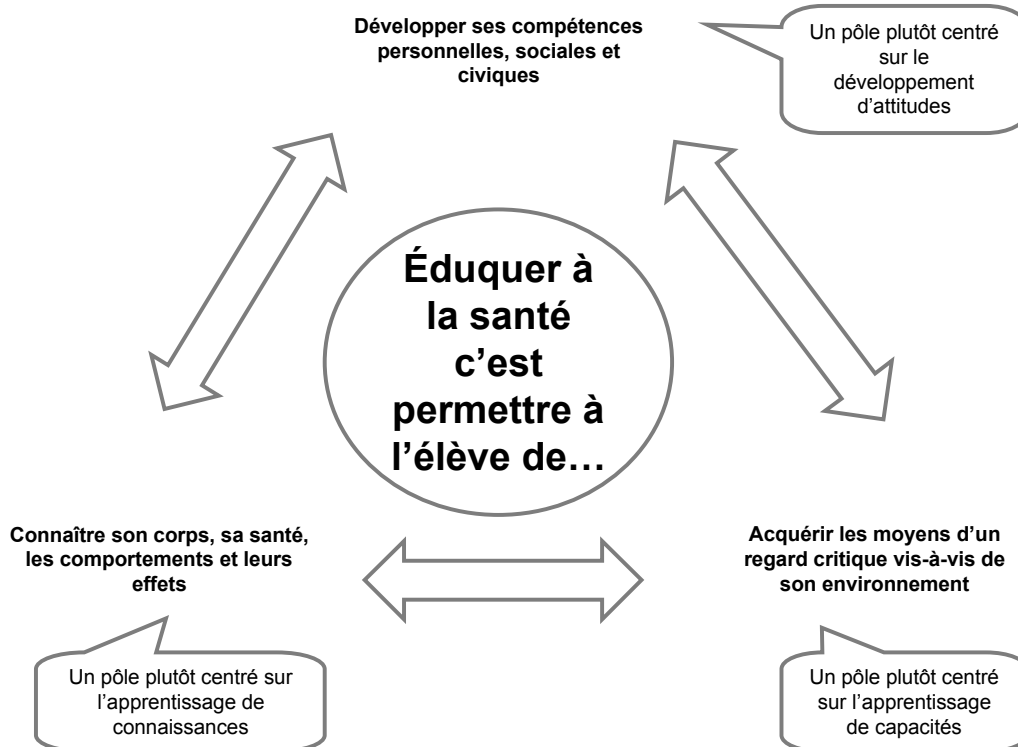
Il importe de rappeler au préalable que toutes les recherches conduites dans ce domaine se heurtent à la difficulté de l'évaluation de l'impact de l'éducation. Tous les résultats peuvent être discutés puisque des critères d'évaluation ont dû être choisis par les auteurs. Pour autant, on observe une réelle convergence de très nombreux travaux sur plusieurs points. Les études conduites dans le but de mettre en évidence les éléments clés susceptibles de permettre la réussite de cette démarche éducative dans ce domaine particulier montrent que les interventions multifactorielles et globales sont les plus pertinentes. La synthèse de l'Organisation mondiale de la Santé (Stewart-Brown, 2006) souligne que pour être efficace, une action doit inclure des activités dans plus d'un domaine relatif à la santé et tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève dans l'établissement. À l'échelon des écoles, l'environnement scolaire, les relations, la qualité de vie et le climat d'établissement sont aussi reconnus comme des déterminants majeurs. Les autres travaux de recherche vont dans le même sens et soulignent que les éléments clés sont la durée de l'action, le travail collectif des enseignants, le soutien institutionnel, la formation et l'accompagnement des acteurs ainsi que la mise en œuvre d'une approche globale centrée sur le développement des compétences sociales. Il n'est pas surprenant de retrouver ici, pour un domaine particulier, l'essentiel de ce qui a été reconnu comme facilitant la réussite éducative en général et la réduction des inégalités en particulier (Fullan, 2001).

## Éduquer à la santé aujourd'hui

Il est maintenant possible d'apporter quelques éléments de réponse à la question initiale. Éduquer à la santé, c'est contribuer à développer chez les élèves la capacité à faire des choix éclairés et responsables en matière de santé. Conduire les élèves à accéder à cette capacité à choisir en matière de comportements de santé suppose de prendre en compte les différents aspects impliqués dans le développement des conduites à risque : les facteurs liés aux comportements eux-mêmes, ceux qui sont liés à la personne et ceux qui sont liés à l'environnement. Il est donc possible d'organiser les finalités de l'éducation à la santé autour de ces trois pôles (figure 1) :

- Permettre l'acquisition de savoirs et de savoir-faire relatifs au corps et à la santé, aborder et permettre l'expression des élèves sur des problèmes de société qui font appel à la fois à des valeurs, à des lois et à des savoirs scientifiques;
- Contribuer à l'apprentissage des savoir-être (compétences psychosociales);
- Développer chez les élèves le sens critique (stéréotypes, médias, pairs...).

L'éducation à la santé n'est ainsi pas l'affaire de spécialistes. Elle relève de l'action quotidienne des adultes chargés de l'éducation des enfants. Cela ne signifie nullement que tous les intervenants aient à se situer de la même façon, mais bien que chacun a sa place spécifique. Les acteurs issus du champ sanitaire et social (assistants sociaux, infirmiers, médecins) ont un rôle d'expert, de conseiller au service de projets pour lequel les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants. Les équipes d'encadrement et de vie scolaire jouent un rôle déterminant dans l'analyse des besoins, l'élaboration et le suivi des projets. Concrètement, pratiquer l'éducation à la santé, c'est réunir deux aspects : d'une part, le volet pédagogique, c'est-à-dire le travail d'éducation à la santé conduit dans les cours et, d'autre part, un volet plus large prenant en compte tous les aspects de la vie dans l'établissement (St Leger, 2009). Ce second domaine n'est pas moins important que le premier; il concerne tout ce qui contribue, à l'échelle de l'établissement, à la création d'un environnement physique, social et d'apprentissage favorable. C'est ce que font déjà de nombreux établissements dans le but notamment de promouvoir la réussite des élèves ou de lutter contre la violence.



**Figure 1.** Éduquer à la santé aujourd'hui : contribuer au développement des compétences des élèves dans trois principaux domaines

## Références

- Diagne, F. (2008). *Les enseignants, l'éducation à la sexualité et la prévention du SIDA au Sénégal : étude des déterminants de l'activité des professeurs d'économie familiale et sociale et des professeurs de sciences de la vie et de la Terre*. Thèse de doctorat non publiée, Université Pascal, Clermont-Ferrant, France.
- Fullan, M. (dir.). (2001). *Leading in a culture of change*. San Francisco, CA : Jossey Bass.
- Leyrit, E., Simar, C., Friaud, L., Jourdan, M. H. et Jourdan, D. (2007, août). *Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative*. Congrès international AREF 2007, Actualité de la recherche en éducation et en formation, Strasbourg, France. Récupéré le 10 juillet 2009 de [http://www.congresintaref.org/actes\\_site.php#1](http://www.congresintaref.org/actes_site.php#1)
- St Leger, L. (2009). *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*. Paris, France : IUHPE. Récupéré le 10 juillet 2009 de [http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books\\_Reports/HPS\\_GuidelinesII\\_2009\\_French.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_French.pdf)
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach?* Copenhagen, Danemark : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Récupéré le 10 juillet 2009 de <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Turcotte, S., Otis, J. et Gaudreau, L. (2007). Les objets d'enseignement-apprentissage : éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. *STAPS*, 75, 115-129.