Éducation à la santé et liens avec le socle commun de connaissances et de compétences.

Analyse des pratiques des équipes éducatives

Jeannine Batisse
Académie de Caen, jeanne.batisse@ac-clermont.fr
Sandie Bernard
Laboratoire S2HEP EA 4248, Université Claude Bernard Lyon 1 - ESPé

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol.1, No.1 | pp. 19-34
Reçu le : 13/09/2013 | Accepté le : 19/02/2014

Résumé : L'éducation à la santé est une des missions de l'Ecole. Cette étude a permis d'analyser les pratiques des équipes éducatives de six collèges, au regard de leurs conceptions de la santé, de l'éducation à la santé en lien avec le socle commun de connaissances et de compétences. L'étude a porté sur la coopération des acteurs intragroupe (microsystème) et intergroupe (mésosystème). Elle a été complétée par une analyse des stratégies organisationnelles et de la communication au sein du collège. Les résultats montrent un ensemble de conceptions floues de l'éducation à la santé et un déficit de communication qui influent sur la coopération. Les espaces de concertation sont absents ou peu exploités. La participation aux actions collectives concerne principalement les disciplines directement concernées (Sciences de la Vie et de la Terre), les infirmiers et les conseillers principaux d'éducation (CPE). Les liens entre éducation à la santé et socle commun ne sont pas interrogés. Le rôle essentiel des enseignants est peu explicité comme celui des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté. Les dynamiques collectives restent à développer alors que la demande individuelle des acteurs est forte. La formation pourrait être une réponse particulièrement adaptée pour une construction collective.

Mots-clés : Collège, éducation à la santé, socle commun, coopération, formation.

1 Introduction

Du prévenir, « venir avant » par l'information et l'éducation sexuelle (MEN, 1973) qui place l'école sur le plan de l'apport de connaissances et d'aide aux parents dans leur tâche éducative jusqu'à l'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes (MEN, 1998, 2006b, 2011), le concept d'éducation à la santé a fortement évolué, devenant une composante de l'éducation de la personne et du citoyen dans une perspective d'apprentissage de la liberté et du vivre ensemble. L'école est l'espace qui, en tant que lieu de vie, accompagne le jeune dans sa progression cognitive et éducative. Dans le socle commun de connaissances et de compétences (S3C), elle se décline en termes de connaissances, d'aptitudes et de capacités, de compétences et plus particulièrement dans les piliers 6 et 7 qui impliquent l'ensemble de la communauté éducative (MEN, 2006a).

Les recherches en neurosciences et en psychologie permettent de connaître un peu mieux la complexité des processus qui déterminent les comportements, et les compétences y tiennent une place importante. De fait, l'éducation à la santé ne peut pas être uniquement l'affaire de spécialistes mais de tous les adultes en charge de l'éducation des enfants dans une perspective de bien-être et de promotion de la santé. Pourtant, *« l'éducation à la santé reste pour de nombreux professionnels* - enseignants- *un objet périphérique »* (Jourdan, 2010). *« Il est difficile en effet de tenir ensemble une référence aux savoirs académiques et à l'acte d'enseignement, d'une part, et l'appel à une implication dans des dynamiques qui transcendent tant les disciplines que les modes de travail habituels, d'autre part »* (Jourdan, 2010). C'est tout aussi difficile pour les infirmières scolaires qui ont pour mission le « *développement d'une dynamique d'éducation à la santé »* (MEN, 2011) mais dont la formation initiale et continue est inégale et l'aspect soignant prédominant.

Aussi, nous avons recherché les liens entre éducation à la santé et socle commun de connaissances et de compétences (S3C) à partir de l'analyse des conceptions des équipes éducatives au regard de leurs représentations de la santé, de l'éducation à la santé et du socle commun.

2 Cadre théorique

2.1 L'éducation à la santé

En France, les textes officiels du Ministère de l'Éducation Nationale sur l'éducation à la santé précisent : « *Ni simple discours sur la santé, ni simple apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences. [Celles-ci] reposent à la fois sur l'appropriation des connaissances utiles pour comprendre et agir, la maîtrise de méthodes de pensée et d'action, le développement d'attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité* » (MEN, 1998). Depuis 1998, l'éducation à la santé bien que non disciplinaire, doit s'appuyer sur les enseignements (MEN, 1998, 2006b). Il s'agit d'articuler les actions éducatives de santé et les contenus disciplinaires afin de conduire l'élève à choisir un comportement individuel et citoyen adapté. L'éducation à la santé, mission complexe, est à la fois apport de connaissances, réflexions sur les valeurs, acquisition de savoir-être et de savoir-faire.

Quand les problèmes de santé sont liés à des comportements, au demeurant de plus en plus impliqués dans l'origine de ces problèmes, et quand les comportements - largement

conditionnés par nos émotions et des interactions sociales complexes et subtiles (André, 2009) - sont liés à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale peut être un élément important dans l'éducation à la santé. En d'autres termes, le processus est aussi important que l'objet final.

De « *[la] santé, c'est la vie dans le silence des organes* » (Leriche, 1937) jusqu'au fait social qui explore des champs nouveaux tels que sa propre histoire, son environnement, les interactions sociales, la conscience de son propre rôle et de son pouvoir sur sa santé, c'est une véritable rupture de paradigme. De ce phénomène complexe d'interactions multifactorielles et interdépendantes touchant la sphère privée et la sphère publique, découle la complexité de l'acte éducatif en santé. De plus, cette complexité est de plus en plus insaisissable tant les données scientifiques en santé, mais aussi les données sociales, évoluent à une vitesse sans cesse accrue (Guillebaud, 2002). La difficulté des enseignants à intégrer cette mission en santé dans leur mission éducative relève aussi de cette complexité. Parallèlement, la difficulté des infirmiers à intégrer la complexité de l'acte éducatif influe sur l'espace et les pratiques collaboratives des équipes éducatives (Berger, 2009).

2.1.1 Le socle commun de connaissances et de compétences

Le socle *« constitue l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes nécessaires pour réussir sa scolarité, sa vie d'individu et de futur citoyen. Chacune des grandes compétences est conçue comme une combinaison de connaissances fondamentales, de capacités à les mettre en œuvre dans des situations variées et aussi d'attitudes indispensables tout au long de la vie. C'est dans l'interaction entre développement et apprentissage, avec le guidage de l'enseignant, que l'enfant va évoluer, construire des concepts, développer son langage en lien avec le développement de ses capacités motrices, émotionnelles et sociales. »* (MEN, 2006a).

L'enseignement des disciplines et la transmission des savoirs constituent le fondement du travail de l'Ecole. C'est ce que Vincent identifie derrière la notion de forme scolaire (Vincent, 1994). Pourtant, dès les années 1980, la notion de projet éducatif pénètre l'école et conduit ses acteurs enseignants et non-enseignants à coopérer au-delà du seul champ disciplinaire. Dans le domaine de l'éducation, l'approche par compétences s'est inspirée des travaux de Piaget et du constructivisme, selon lesquels le sujet construit ses connaissances et assume son processus d'apprentissage. Les chercheurs comme Vygotski ou Bruner ont également mis en évidence des repères dans le développement de l'enfant, l'importance de l'action de l'enfant sur son environnement et celle des interactions avec son environnement.

Pour Vygotski (1997), le langage est un outil essentiel d'enculturation. « *Le maniement du langage offre la possibilité de maîtrise sur les choses et les émotions, qui renforce encore l'autonomisation* » (Jeammet, 2010). Il est un instrument de partage culturel et social. L'élève crée ses connaissances en interaction avec ses pairs au travers de situations d'apprentissages socioculturels construites dans un esprit d'acquisition de compétences pour maîtriser ses acquis et élaborer des réactions où le langage prend la place de la réponse émotionnelle et de l'agir immédiat.

L'étymologie du mot « compétence » trouve son origine dans le verbe latin *petere* qui signifie « chercher à atteindre ». Au sens propre, *com-petere* implique l'idée d'accompagnement, de mise en commun et d'achèvement. Perrenoud ajoute que l'approche par compétence pourrait convenir aussi bien aux bons élèves qu'à ceux qui rencontrent des difficultés d'apprentissage. En effet, le développement des compétences à l'école permet d'accrocher les élèves qui n'adhèrent pas aux connaissances décontextualisées et coupées de toutes pratiques mais aussi, de favoriser le transfert des connaissances auprès des élèves qui assimilent correctement les savoirs scolaires sans arriver à les mobiliser hors du contexte d'acquisition (Perrenoud, 1997). Les compétences sont un pouvoir d'agir dans une famille de situations (Perrenoud, 2011) et ne se réfèrent pas à des disciplines constituées.

Depuis 2005, elles sont inscrites dans tous les secteurs de l'enseignement et de la vie scolaire au travers du socle commun. C'est une démarche qui doit donner de la cohérence et du sens à la formation proposée aux élèves, notamment dans les domaines de la santé et de la sécurité qui sont essentiels à leur vie citoyenne (Lelièvre, 2003). Il s'agit d'articuler les actions éducatives en santé et les contenus disciplinaires avec pour objectif de conduire ainsi l'élève à choisir un comportement individuel et citoyen adapté. La compétence se construit sur des connaissances, des capacités mobilisables dans des situations variées et des attitudes. Celles-ci ne doivent pas être comprises comme le résultat des connaissances et des capacités, mais comme un comportement commandé par un ensemble de valeurs. Selon St-Léger (*In* Bantuelle & Demeulemeester, 2008), il existe d'une part, un lien fort entre ces compétences, la prévention des conduites à risque et la réussite éducative et d'autre part, elles peuvent s'acquérir et se développer. Selon Bruner (1966), les compétences se réfèrent à l'intelligence du *« savoir comment »* plutôt que du *« savoir que »*. Ainsi pour les comportements à risques, la mobilisation des compétences qui prennent appui sur les connaissances et les requestionnent dans un processus de construction, peut permettre des choix adaptés. Les savoirs sont nécessaires à la réflexion et à la compréhension et les compétences nécessaires au choix et à la décision. Les savoirs sont la nécessaire condition de la compétence.

2.1.2 Méthodologie de recherche

Ce travail s'est appuyé sur des entretiens semi-directifs réalisés dans 6 collèges, explorant la collaboration intragroupe et, plus largement, la collaboration entre les groupes professionnels (Bronfenbrenner, 1979). La méthodologie s'appuie sur l'étude conduite par une équipe québécoise dans une école secondaire en 2004 (Corriveau & *al.*, 2004). Nous avons exploré l'espace de coopération dans les groupes professionnels (microsystème) et entre les groupes de la communauté éducative (mésosystème).

Pour compléter notre travail, nous avons choisi l'analyse stratégique développée par Crozier et Friedberg (1992) en tant que modèle d'analyse organisationnelle qui s'articule autour de la compréhension des relations entre des acteurs interdépendants à propos d'un objet commun. D'autre part, au regard des observations que nous avons pu faire lors des bilans des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et considérant que la communication est un des facteurs essentiels de collaboration et de cohérence, nous avons complété notre travail par une analyse de la communication interne et des effets induits (Winkin, 1996 ; Wolton, 2009). Il s'agit d'une étude qualitative portant sur des entretiens, et observationnelle pour les écrits.

2.2 Le modèle écosystémique

L'écologie sociale humaine prend vraiment son essor avec le modèle de développement humain proposé par Bronfenbrenner (1979). Il préconise une approche systémique comme méthode d'analyse et de synthèse qui prend en compte d'une part l'appartenance d'un être humain à un ensemble de systèmes, d'autre part l'interdépendance de chaque système avec les autres systèmes de l'ensemble. Cette méthode est complétée par le modèle écologique qui analyse les relations et les interactions que les êtres vivants entretiennent avec leur environnement afin d'atteindre un équilibre adaptatif, chacun influant et interagissant sur l'un et sur l'autre (Pauzé, 2012).

Les différents systèmes ou niveaux d'interaction qui gravitent autour de l'être vivant sont les microsystèmes, les mésosystèmes ou encore exosytèmes et macrosystèmes. Selon Pauzé l'individu est lui-même un système « *constitué d'un ensemble de caractéristiques, d'états, de compétences, d'habiletés, de vulnérabilités ou de déficits innés ou acquis* » qu'il dénomme ontosystème et qui interagit, influence, et n'est pas seulement celui qui subit l'influence des systèmes (Pauzé, 2012).

Le microsystème concerne les relations interpersonnelles que l'individu développe dans son environnement proche dès lors que sa participation est active et qu'il peut soit favoriser, soit inhiber ces interactions immédiates et complexes. Nous avons déterminé la classe, et le collège comme des microsystèmes de proximité interagissant en éducation à la santé.

Le mésosystème est l'ensemble des relations et des interactions entre les microsystèmes qui génère une dynamique de groupe pour un objet commun dès lors que l'individu est présent quel que soit son niveau d'interaction. Mais cet objet commun peut être en contradiction avec l'objet « *proximal* » (les programmes) poursuivi par un des microsystèmes et influer sur les interactions. Aussi, les interactions peuvent être négatives et générer au mieux une incompréhension, au pire une tension entre les groupes. Il en résulte (Corriveau, Boyer & *al.*, 2010) deux possibilités pour la dynamique des groupes, l'une étant une dynamique de collaboration, l'autre une dynamique de compétition.

Selon Bronfenbrenner (1979), il existe quatre dimensions d'analyse des interactions au niveau du mésosystème, la participation multicontexte (un ou plusieurs acteurs s'impliquent dans une activité collective), le couplage indirect (un intermédiaire établit l'interaction, par exemple le chef d'établissement), les communications inter contextes (les écrits d'actions éducatives de santé), la connaissance inter contexte (la reconnaissance des identités professionnelles).

Nous avons complété notre approche par l'analyse des stratégies mises en place par les acteurs des groupes pour la mise en œuvre de l'éducation à la santé (Crozier & Friedberg, 1992). Celles-ci dépendent des relations existantes entre les groupes, de la compréhension des identités professionnelles et des objectifs individuels et collectifs mettant en jeu les espaces de liberté, de pouvoirs et de coopération.

Selon l'étude québécoise, « l*a collaboration des groupes résulte de l'engagement des groupes d'acteurs à coordonner leurs efforts et à résoudre leurs différends, en vue de concrétiser la réalisation de buts globaux éloignés* (l'épanouissement et l'émancipation

de l'élève) *à travers la poursuite de buts proximaux propres à chacun des groupes »* (Corriveau & *al.*, 2004).

3 L'étude

Nous avons conduit 21 entretiens dans des collèges, sur la base du volontariat, auprès de 4 personnels de direction, 10 enseignants, 3 Conseillers Principaux d'Éducation (CPE), 3 infirmiers, 1 agent de la collectivité territoriale. 3 collèges sont en milieu rural ; 2 sont en milieu urbain, dont 1 en cité scolaire, l'autre comprenant une Section d'Enseignement Général et Professionnel Adaptée (SEGPA) et mettant en œuvre le programme des écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite (ÉCLAIR). La population totale est de 2493 élèves.

Les enseignants rencontrés sont issus des disciplines suivantes : Français (2), Allemand (1), Anglais (2), Latin (1), Maths (1), SVT (2), Histoire (1). La population enquêtée est composée de 13 femmes et 8 hommes. L'ancienneté à l'éducation nationale pour les infirmiers est en moyenne de 1,5 an, pour les personnels enseignants en moyenne de 14 ans, pour les personnels de direction de 3 ans. Les CPE ont une ancienneté de plus de 10 ans et l'agent territorial de plus de 15 ans.

Les entretiens sont d'une durée moyenne d'1h 15. Ils visent à appréhender d'une part les représentations de la santé, de l'éducation à la santé et les liens avec le SCC et d'autre part, les pratiques de coopération des équipes éducatives. Les représentations de la santé et de l'éducation à la santé sous-tendent la typologie des actions éducatives de santé. Elles seront corrélées aux modalités de collaboration éducative. Nous avons procédé à une analyse de contenu (Bardin, 2001).

4 Les résultats

4.1 La santé

21 personnels toutes catégories confondues ont une définition physique de la santé et 15 en perçoivent la dimension psychique. 6 seulement citent le déterminant social. *« Prendre soin de sa santé », « Ne pas faire trop de mal à son corps », « Vivre sainement »* et *« Bien dans son corps, bien dans sa tête »* sont les éléments majoritairement cités par les enseignants. Le rôle des environnements (familial, social, scolaire) quels qu'ils soient, n'est que peu mentionné. Si l'amélioration de la communication avec les familles est une préoccupation fréquemment évoquée, quatre personnels seulement font référence soit au climat de l'établissement, soit à la qualité de l'accueil (3 personnels de direction, 1 enseignant), et deux à la qualité des locaux (personnels de direction). 2 personnes seulement abordent la notion de santé globale. Les différents facteurs qui influencent la santé ne sont pas cités, pas même par les personnels de santé.

La santé n'est pas perçue dans sa globalité et les conceptions semblent plutôt marquées par les problèmes majeurs de santé publique. L'impact citoyen et social est cité 2 fois : *« La santé, c'est l'espoir du tout possible. Offrir à notre futur citoyen un possible (manger, dormir. . .), la santé est un préalable »,* tout en restant sur une approche biologique de la santé pour l'un et de type responsabilité collective pour l'autre.

4.2 L'éducation à la santé

Les quatre points clés de l'éducation à la santé et/ou de la prévention relevés dans les entretiens sont par ordre décroissant : *« Inculquer ces valeurs-là : ne pas faire trop de mal à son corps, travailler sur l'hygiène, informer les élèves des risques inhérents aux toxicomanies et l'éducation à la sexualité ».* Néanmoins, l'hygiène domine largement les préoccupations, quel que soit le personnel.

L'éducation à la santé (ES) est définie par 12 personnes en termes de prise en charge des problématiques repérées et pour 14, en termes d'interventions préventives. Pour 6 enseignants, l'éducation à la santé relève des disciplines dont le programme inclut la *biologie* (SVT). Pour 4 autres *« l'ES n'est pas dévolue à une discipline », « [les] profs sont aussi des éducateurs », « [il] vaut mieux faire faire et expérimenter, les mettre en situation et les faire participer ! Mais ça prend plus de temps et je manque de temps ».* Le manque de temps, de concertation, sont souvent cités.

14 personnels sur 21 répondent que l'éducation à la santé concerne majoritairement l'infirmière et parfois le CPE. Toutefois 4 enseignants de disciplines littéraires sur les 7 enquêtés considèrent que l'ES est une ouverture sur l'autre, mais sans pour autant être à même d'expliciter précisément leur rôle, si ce n'est pour *« essayer de se caler sur ce que fait l'infirmière pour être cohérent avec les élèves ».* Enfin, 3 enseignants citent les échanges élèves/adultes à la demande des élèves, après les interventions de l'infirmière ou de partenaires extérieurs.

Au final, 17 professionnels de l'éducation ont une conception floue de l'éducation à la santé qui va d'enseignements spécifiques en ES à l'intervention de l'infirmière, du CPE et/ou de partenaires extérieurs. Les questions éthiques sont relevées par 7 enseignants, y compris ceux qui ne se sentent pas *« réellement concernés »* : *« les informations (...) ont le mérite d'exister »*, mais *« la difficulté est de ne pas donner l'impression qu'on ait apporté la bonne parole et qu'on est disqualifié si on ne fait pas comme on nous le dit, (...) C'est extrêmement violent ».* Il ne faut pas *« mettre les élèves en porte à faux par un discours normatif que les familles ne peuvent appliquer ».* En outre, *« il y avait une action petit-déjeuner ; un élève m'a dit, j'ai dit à ma maman qu'on nous avait donné un fruit le matin mais ma maman a dit qu'elle ne pouvait pas l'acheter, ... nous avons demandé que l'action soit supprimée ».*

4.3 Le rôle perçu en éducation à la santé dans le cadre de l'activité professionnelle

Nous avons retenu 3 déterminants de l'activité des personnels en termes de motivation et d'implication (Goigoux, 2007). Nous nous sommes également appuyées sur les études conduites par Pizon & *al.* (2010) :

4.3.1 De type institutionnel

Les infirmiers sont fortement impliqués, y compris les personnels contractuels compte tenu de leur mission d'impulsion d'une dynamique d'éducation à la santé. 3 enseignants affirment leur mission éducative, y compris en santé, ou s'appuient sur leur programme

disciplinaire et les textes de référence, tout comme les personnels de direction et les CPE sur le projet d'établissement et le contrat d'objectif qui intègre le CESC.

4.3.2 Concernant le public cible

2 enseignants sur 4 dont les programmes comprennent la biologie et les sciences humaines se sentent investis dans leur mission essentiellement didactique et font appel à un partenaire (infirmier, association) pour compléter les savoirs disciplinaires. Concernant les programmes de prévention (drogues, conduites à risque essentiellement), ce sont les infirmiers (plus rarement le CPE) qui organisent ou réalisent des « *informations qui ont le mérite d'exister* ». 2 personnels de direction regrettent le peu de présence de l'infirmière dans l'établissement.

4.3.3 De l'ordre des conceptions individuelles

3 enseignants sur 10 affirment leur mission éducative y compris en santé. 7 personnels sur 21 justifient leur implication « *forte* » du fait de « *[leur] expérience* ». Pour 6 d'entre eux, c'est en rapport à des problèmes d'hygiène, ce qui questionne les approches « *normatives* » qui ne correspondent pas à la « *réalité du contexte familial et social* ».

Les enseignants ont des interrogations sur les questions éthiques posées par leur intervention, avec une double difficulté : en tant qu'individu parce que « *c'est difficile, quand on s'aperçoit que la maman, c'est pire* » et collectivement car on ne sait pas « *comment faire* ». C'est en tout cas sur le plan éthique que le contexte familial et social est pris en compte.

Un groupe toutefois ne se sent pas ou peu concerné par l'ES car « *ne relève pas de la discipline* » : « *je ne vois pas ce que je pourrais faire* », « *je ne vois pas ce que je pourrais faire avec le prof d'EPS* », « *c'est plutôt les SVT et l'infirmière* » ou *l'infirmière* seulement.

4.4 La participation à des actions collectives

Éducation à la santé et prévention sont indistinctement citées. La participation à des actions collectives concerne 8 personnels sur 21. En excluant les personnels de direction, cela représente finalement 8 personnels sur 17 : des infirmiers, des CPE et des enseignants (SVT).

4.5 Les liens entre éducation à la santé et socle commun

7 enseignants sur 10 s'impliquent prioritairement dans les piliers qui les concernent dans leur discipline, citant seulement les piliers 6 et 7 comme des points « ... *à voir. Vous voyez, je l'ai pris pour regarder exactement* ». Ceux qui ne les connaissent pas considèrent qu'ils concernent surtout les professeurs principaux. Au demeurant, « *ce n'est pas facile car nous sommes encore sur un système de double évaluation* ». Toutefois, pour l'un d'entre eux : « *je ne sais pas si le lien est réel ou pas, mais les préparer* - les élèves - *car c'est une auto-évaluation permanente donc ça peut les faire rebondir sur leur fonctionnement personnel* ». Il faut souligner que les infirmières ne paraissent pas connaître le socle commun.

Les personnels de direction en soulignent le caractère trop récent : *« la focalisation des enseignants sur les programmes »* est citée à deux reprises, voire pour l'un d'entre eux*« l'oubli des piliers 6 et 7 »* et pour un autre, les liens sont qualifiés comme *« de la science-fiction »*. Pourtant, *« le socle favorise l'éducation à la santé globale mais il faut laisser un peu de temps au temps (. . .). Dans la compétence 7, on positionne l'enfant dans ses compétences qui ne sont pas faciles car totalement transversales, ce que les enseignants n'ont pas compris. Les avoir isolées n'a pas facilité les choses car on a donné l'impression qu'elles n'étaient pas corrélées aux enseignements disciplinaires ».* Mais aussi, *« Je crois qu'il faut favoriser les parcours diversifiés qui prennent en compte les individualités. Ce sont des tâches complexes et supplémentaires. Le pluridisciplinaire n'est pas une réalité, ils ont l'habitude de travailler seuls ».*

4.6 La collaboration des équipes

La majorité des entretiens relève l'absence d'espace de concertation. Ceux qui les abordent évoquent surtout les cellules de veille éducative ou la prise en charge de difficultés locales ramenant ainsi la santé aux problématiques existantes. 3 coopérations internes citées concernent les enseignants SVT (sexualité, contraception, Infections Sexuellement Transmissibles), une enseignante EPS, un personnel de cuisine et les infirmiers. Lorsqu'elles ont lieu avec d'autres disciplines, elles sont de type ponctuel et opportuniste, *« lorsque j'ai travaillé sur le petit-déjeuner allemand, les élèves m'ont parlé de ce qu'ils avaient vu avec l'infirmière et ils ont davantage participé ».*

Le manque de temps, de préparation, de disponibilité, les contraintes d'emploi du temps, les programmes d'enseignement à terminer, constituent les éléments majeurs des difficultés évoquées. Les uns ont la sensation de *« quémander des heures »*, les autres de *« les abandonner »* sans que ne soient jamais interrogés les liens existants entre les deux activités.

Finalement, la collaboration concerne principalement les moyens (horaires et matériels) et plus rarement l'objet éducatif. Le conseil pédagogique, quand il existe, ne s'empare pas de l'éducation à la santé. Pour autant, des thèmes qui ne sont pourtant pas définis comme influant sur la santé globale par les personnels interviewés, sont discutés et traités de manière pluridisciplinaire : *« on en a parlé en salle des profs »*. Pour d'autres, l'entretien constitue en quelque sorte un révélateur *« oui, je pourrais le faire, c'est vrai »* ou *« essayer de me caler avec l'infirmière »*. Il faudrait *« faire des liens entre les catégories de personnels y compris les agents territoriaux ».* Au-delà des évolutions souhaitées, 16 personnels mentionnent néanmoins la relation nécessaire entre éducation à la santé dispensée aux élèves et progression pédagogique, dans un souci de cohérence éducative et comme une possibilité de collaboration future.

Dans trois collèges il n'y a ni programmation, ni bilan des CESC. Pour deux d'entre eux, les *« actions santé »* sont conduites de façon ponctuelle et le plus souvent par l'infirmière. Les enseignants connaissent son existence, savent qu' *« il s'y fait des choses »* mais n'ont pas d'informations quant à ses actions ou à son fonctionnement. Au demeurant, quand ils sont informés, les thématiques abordées ne correspondent pas forcément à la progression pédagogique ce qui exclut son inscription dans l'enseignement disciplinaire. 20 participants

ne connaissent pas les écoles promotrices de santé. Un a entendu parler des écoles en santé du Québec.

4.7 La formation en éducation à la santé

Aucune des personnes interviewées n'a bénéficié d'une formation en éducation à la santé. Trois ont participé à une formation en éducation à la sexualité *« il y a longtemps »*. 12 se disent intéressées par une culture commune en santé et éducation à la santé ; 4 *« pourquoi pas ? »* ; 1 sur des thématiques plus précises ; 2 ne se sentent pas concernées car ce n'est *« pas dans la discipline »*.

5 Discussion

Le volontariat des acteurs pour participer aux entretiens rend compte d'un double intérêt vis-à-vis de l'éducation à la santé. D'une part, les personnels, et plus particulièrement 8 enseignants, sont en attente de précisions sur les définitions et des modalités pour la mise en œuvre de l'éducation à la santé. D'autre part, ils affichent leur intérêt pour les concepts (notamment celui des écoles promotrices de santé).

Cette étude pose plusieurs questions. Doit-on renforcer les apprentissages davantage centrés sur les savoirs en santé plutôt que les savoir-faire et savoir-être quand le *faire* découle aussi de ces savoirs et ne certifie pas pour autant que l'individu les mobilisera avec ses acquis et ses expériences dans des situations complexes et mouvantes ? Ou faut-il dès l'école, développer des compétences en mettant en oeuvre des dispositifs de promotion de la santé impliquant l'ensemble de la communauté scolaire ? Par ailleurs, l'importance qu'il convient d'accorder à l'acquisition d'aptitudes sociales (Bandura, 1977, 2003) qui prennent appui sur des apprentissages situationnels n'est pas sans interroger les enseignants, que ce soit en termes de temps nécessaire ou en termes de pratiques individuelles et collectives.

Les textes du Ministère de l'Éducation nationale postulent que le pédagogue en éducation à la santé est un éducateur se donnant pour finalité l'émancipation des personnes, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et entend y parvenir par la médiation d'apprentissages (Hamel & Pommier, 2011). Nos résultats montrent que l'éducation à la santé et sa finalité mériteraient d'être précisées et ainsi concrétiser les connaissances inter contextes qui semblent peu explicites. Notamment, car l'ancrage théorique de l'éducation à la santé se situe entre les sciences de l'éducation et les cadres conceptuels issus de la santé publique (Pizon & *al.*, 2010). C'est sans doute la difficulté majeure que rencontrent les professionnels de l'Éducation Nationale pour mettre en place des dispositifs en éducation à la santé.

Pour D. Berger et S. Broussouloux, cela dépasse largement le simple accompagnement de l'acquisition de compétences : c'est un véritable travail de médiation entre les élèves, les savoirs et leur environnement (Berger & Broussouloux, 2010). En outre, une étude conduite sur les pratiques de classe et d'école (Berger & al, 2009) a aussi montré une difficulté réelle à définir l'éducation à la santé comme objet d'enseignement. L'absence de liens établis entre éducation à la santé et socle commun relève selon les déclarations recueillies du caractère trop récent du socle, mais aussi et surtout de la difficulté à appré-

hender l'éducation à la santé. Les enseignants s'impliquent prioritairement dans les piliers du socle qui les concernent directement, tout en affirmant pour quelques-uns leur mission éducative. La collaboration reste à la marge.

Si des pratiques interdisciplinaires existent, elles sont opportunistes, rares et reliées aux programmes. Les personnels de direction soulignent « *l'oubli* » ou la méconnaissance, comme la majorité des enseignants, des compétences des piliers 6 (qui sont des compétences personnelles, sociales et civiques) et 7 (qui sont l'autonomie et l'initiative pour l'exercice de sa responsabilité et de sa citoyenneté, y compris jusque dans la vie quotidienne). Ceci est corroboré par de nombreuses études conduites auprès des enseignants montrant que la place de l'éducation à la santé à l'école n'est pas corrélée à leur mission éducative (Leyrit & *al.*, 2007). « *Les piliers 6 et 7 sont des compétences collectives* » pour l'un des chefs d'établissement. Pour autant, les enseignants n'ont pas d'habitude de « *tenir ensemble contenus disciplinaires et mission éducative, a fortiori dans un cadre de travail inhabituel* » (Jourdan, 2010).

Le positionnement des infirmiers dans le « *faire* » des actions éducatives de santé les éloigne visiblement du rôle de conseiller technique qui leur est propre, mais jamais cité. Il nous semble toutefois nécessaire de nous interroger sur les missions des infirmiers et d'expliciter ce que sous-entend la notion de développement d'une dynamique d'éducation à la santé. Dans les collèges, pour les infirmiers, les difficultés de toute nature ne laissent qu'un temps fortement restreint pour les activités éducatives. Les infirmiers souhaitent un travail avec les enseignants, mais « *[ont] du mal à les mobiliser. Quand c'est le cas, c'est tellement mieux, ils donnent des références aux cours et c'est intéressant* ». Cette approche complémentaire doit être explicitée et privilégiée afin que toute action soit co-construite et que les élèves soient en mesure d'en comprendre le sens, et ainsi optimiser la dimension participative multi-contexte. Parmi les leviers qui favoriseraient cette démarche, Gather Thurler (1994) cite le lien mis en évidence par Thyssen et Kilchner, entre autonomie des élèves et capacité collective des enseignants à mettre sur pied un programme de coopération impliquant tous les acteurs de l'établissement.

Les compétences et l'autonomie des piliers 6 et 7 devraient traverser tous les temps, classe et hors classe. Il reste à concilier enseignements disciplinaires et éducation, et à réconcilier éducation et éducation à la santé. Ceci suppose de changer le paradigme des interventions éducatives en santé et de les orienter vers des approches pédagogiques transdisciplinaires et plus participatives qui engagent l'élève dans ses apprentissages et ainsi contribuent au développement des compétences personnelles, civiques et sociales. C'est un changement dans l'acte professionnel et éducatif qui entraîne une réflexion sur la pertinence des pratiques habituelles, qui bouleverse les identités professionnelles et peut générer une forme de résistance au changement. Il ne s'agit pas d'une simple réflexion au niveau de l'action, mais véritablement d'une réflexion sur l'action elle-même (Berger & Broussouloux, 2010) dans une visée méthodique, régulière, instrumentée et porteuse d'effets. Les champs d'exercice des professionnels de l'éducation seraient ainsi mis en adéquation avec le socle commun dans une perspective d'éducation à la santé dont le but est l'épanouissement et l'émancipation du jeune sans pour autant mettre à mal l'acquisition de connaissances.

Ce serait installer une dynamique positive de collaboration des acteurs des microsystèmes, y compris des élèves, pour favoriser le développement des potentialités individuelles et col-

lectives. Et ainsi dépasser les dynamiques négatives qui obèrent l'action (« *le projet était prêt mais nous avons dû tout abandonner », « nous avons demandé de l'arrêter »)* ou génèrent des frustrations avec des couplages indirects qui ne mobilisent pas (« *des réunions flash (. . .) qui ne trouvent pas l'écho attendu »),* voire de situations potentiellement conflictuelles (*« la prof (. . .) a dit qu'elle n'était pas au courant »).*

Le partage d'une culture commune en éducation et promotion de la santé peut-il permettre de favoriser le changement ? Selon Crozier et Friedberg (1992), le changement peut être conçu comme un processus de création collective permettant d'instituer de nouveaux construits collectifs, à travers lesquels les acteurs d'un groupe donné apprennent ensemble, c'est-à-dire inventent et fixent de nouvelles façons de coopération. Une culture et une identité collectives organiseraient ainsi le changement en donnant du sens à l'activité éducative.

Les entretiens ont également montré que le conseil pédagogique ne s'emparait pas des questions éducatives de santé et de la programmation des actions. Pourtant, selon Giordan, le disciplinaire et la transdisciplinarité sont complémentaires (*In* Tarpinian & *al.*, 2007). Pour Crozier et Friedberg (1992), une organisation est un système d'action qui définit les règles de la coopération, de la communication et des manières d'agir et d'interagir. Les stratégies mises en place par les acteurs des groupes dépendent des relations existantes entre les groupes et de la compréhension des objectifs individuels et collectifs mettant en jeu les espaces de liberté et de coopération des acteurs dans les systèmes. L'explicitation des liens entre toutes les compétences du socle et l'éducation à la santé permettrait de développer la participation multi-contexte.

La formation initiale et continue apparaît comme un levier majeur pour permettre l'acquisition de ces compétences, capacités et attitudes complémentaires, qui concernent différents types de professionnels et s'appuient sur « *des contenus issus de plusieurs disciplines : santé publique, sciences humaines et sociales, etc. . .* » (Hamel & Pommier, 2011). Les attentes que nous avons constatées en terme de formation initiale et continue sont significatives. C'est en ce sens que la formation à une culture commune en santé est un besoin, tout comme la capacité à assumer les questions éthiques : elle impose une prise de recul par rapport aux modèles, ainsi que la définition d'enjeux suffisamment explicités et perçus comme pertinents au regard des atouts et des objectifs fixés (Crozier & Friedberg, 1992), en mobilisant activement tous les acteurs de l'éducation et plus particulièrement des enseignants.

Le peu ou l'absence de connaissance des activités du CESC traduit une communication limitée aux acteurs impliqués dans l'activité éducative en santé. Cette communication est de type purement fonctionnel pour les autres acteurs. Assurément, le CESC, outil de communication interne et externe ne remplit pas sa mission d'ouverture, de coopération interne, de réseau synergique qui co-construit et où les intérêts et les compétences sont mis au service de la production intergroupe du mésosystème (Mérini, 1997). C'est à tous les niveaux que la communication est mise à mal par l'urgence et la gestion du quotidien, ce qui génère les difficultés de communication intergroupes. Ce temps de reconnaissance mutuelle, d'échanges, de confrontations des expériences pourrait, si ce n'est constituer un élément de transdisciplinarité et de corrélation avec la progression pédagogique, tout au moins être un levier d'interactions pour un projet éducatif. Il favoriserait la communication

et les connaissances inter-contextes et ainsi, la confiance réciproque des acteurs à conduire un projet commun compris et partagé. Si les compétences des piliers 6 et 7 sont trop récentes pour être comprises, ce temps de concertation pourrait également contribuer à les expliciter et les replacer au sein des enseignements disciplinaires et de la vie du collège, ce qui permettrait la nécessaire capillarité disciplinaire ainsi que les liens entre éducation à la santé et socle commun.

6 Conclusion

L'École a pour mission d'apporter sa contribution à la santé et au bien-être des élèves. Il s'agit d'un fait maintenant largement reconnu par les organisations internationales, dont l'Organisation Mondiale de la Santé. Nous avons constaté que cela ne va pas de soi, notamment en ce qui concerne les liens établis entre l'éducation à la santé et le socle commun dans les pratiques éducatives.

Dans le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), les microsystèmes, groupes disciplinaires et non-disciplinaires sont en interdépendance. C'est dans la compréhension, la cohérence, la valorisation des interactions régulières entre les systèmes que le développement individuel et collectif pourra être maximal et efficace. Nous avons constaté que c'est une préoccupation importante des personnels. Pour autant, le manque de temps, de disponibilité, le déficit de communication sont des éléments qui génèrent des incompréhensions et limitent les interactions, tant en intra qu'en intergroupe. Travailler de manière collaborative est pourtant la condition nécessaire pour établir ces liens. Le rôle essentiel des enseignants devrait être pris en compte et explicité plus largement.

Crozier et Friedberg proposent une construction collective pour lever ce qui peut apparaître comme une résistance au changement. Nous avons pu constater l'absence de définition précise de l'éducation à la santé tout comme des compétences qui lui sont liées et donc des liens existants. Jourdan propose « *l'inclusion dans l'identité professionnelle* - des enseignants- d*'une conscience de leur mission dans le domaine de l'éducation à la santé* » (Jourdan, 2010). La formation à une culture commune dans ce domaine nous semble un levier majeur pour que l'éducation à la santé renvoie à la transdisciplinarité et l'interdisciplinarité (Mérini, 1997 ; Lange & Victor, 2006). Cette inclusion permettrait de fédérer une dynamique positive des groupes tout en ménageant l'espace d'autonomie et de liberté réflexive de tous les acteurs.

Le développement des compétences devrait induire des comportements responsables favorables à la santé tout au long de la vie. Pour cela, toutes les compétences du socle doivent trouver leur place dans l'éducation à la santé afin de permettre à l'enfant de se constituer un ensemble de capacités, notamment une littératie suffisamment riche, pour favoriser d'une part les apprentissages, et d'autre part la possibilité de développer un argumentaire construit et conséquent pour exercer leur autonomie et leur responsabilité face à des sollicitations diverses et à des discours potentiellement dangereux (Bentolila, 2007).

Il s'agit donc de développer une démarche participative de tous les acteurs du mésosystème en les associant au processus éducatif de santé (Sandrin-Berthon & *al.*, 1994), et ainsi mobiliser toutes les ressources existantes afin de relier le conte des histoires de

vie et le compte des connaissances et des sciences, avec comme dénominateur commun l'émancipation et l'épanouissement de tous.

7 Bibliographie

André, C. (2009). *Imparfaits, libres et heureux : pratiques de l'estime de soi*. Paris : Odile Jacob.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Psychology Review 84 N° 2, 191-215.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle.* (J. Lecomte, Trad.). Paris : De Boeck Université. (Edition Originale, 1997).

Bantuelle, M. & Demeulemeester, R. (Eds) (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces*. St-Denis : INPES.

Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.

Bentolila, A. (2007). *Le verbe contre la barbarie. Apprendre à nos enfants à vivre ensemble*. Paris : Odile Jacob.

Berger, D. & Broussouloux, S., (2010). L'éducation à la santé requiert des compétences spécifiques pour les enseignants. *La santé de l'homme, 407*, 21-22.

Berger, D., Nekaa, M. & Courty, P. (2009). Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé. *Santé Publique, 6 - Vol. 21*, 641-657.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge : Harvard University Press.

Bruner, J.S. (1966). *Toward a theory of instruction.* Cambridge, Mass. : Belkapp Press.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil.

Damasio, A.R. (2003). *Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions*. (J.-L. Fidel, Trad.). Paris : Odile Jacob. (Edition Originale, 2003).

Gather Thurler, M. (1994). Relations professionnelles et culture des établissements scolaires : au-delà du culte de l'individualisme ? *Revue française de pédagogie, 109*, 19-39.

Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique, 3*, 19-41.

Guillebaud, J.-C. (2002). *Le principe d'humanité*. Paris : Seuil.

Hamel, E. & Pommier, J. (2011). Se former à la promotion de la santé : des clés pour comprendre. *La santé de l'homme, 416* , 10-11.

Jeammet, P. (2010). *Pour nos ados, soyons adultes*. Paris : Odile Jacob.

Jourdan, D. (2010). *L'éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants ?* St-Denis : INPES.

Lange, J-M. & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et éducation à... la santé, à l'environnement et au développement durable : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia, 28,* 85-100.

Lelièvre, C. (2003). Quel socle commun ? Un socle commun pour un collège unique. *Cahiers de la CERF, 439*.

Leriche, R. (1937). La physiologie de la douleur. Paris : Masson

Leyrit, E., Simar, C., Friaud, L., Jourdan, M. & Jourdan, D. (2007). Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative. In *Congrès international AREF 2007, Actualité de la recherche en Éducation et Formation, Strasbourg*.

Meirieu, P. (2005). *Le choix d'éduquer. Ethique et pédagogie*. Paris : ESF.

Mérini, C. (1997). *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*. Paris : L'Harmattan.

Ministère de l'Éducation nationale (1973). *Information et éducation sexuelles*. Circulaire Fontanet no. 73/299 du 23 juillet 1973.

Ministère de l'Éducation nationale (1998). *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège fixant le nouveau cadre pour la mise en œuvre des actions concernant les élèves*. Circulaire no. 98/237 du 24 novembre 1998.

Ministère de l'Éducation nationale (2006a). *Le socle commun de connaissances et de compétences*. Décret no. 2006-830 du 11 juillet 2006.

Ministère de l'éducation nationale (2006b). *Protection du milieu scolaire. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Circulaire no. 2006-197 du 30 novembre 2006.

Ministère de l'Éducation nationale (2011). *Politique éducative de santé dans les territoires académiques*. Circulaire no. 2011-216 du 2 décembre 2011.

Orgogozo, I. (1990). *Les paradoxes de la communication. A l'écoute des différences*. Paris : Editions d'organisation.

Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. Paris : ESF Editeur.

Perrenoud, P. (2011). *Quand l'école prétend préparer à la vie... Développer des compétences ou enseigner d'autres savoirs ?* Paris : ESF Editeur.

Reboul, O. (2010). *La philosophie de l'éducation*. Paris : PUF.

Sandrin-Berthon, B., Lestage, A., Baudier, F. & Monnot, A. (1994). *Éducation pour la santé en milieu scolaire*. Paris : CFES.

Tarpinian, A., Baranski, L., Hervé, G. & Mattéi, B. (Eds) (2007). *Ecole : changer de cap. Contributions à une éducation humanisante*. Paris : Chronique sociale.

Vincent, G. (1994). *L'Éducation prisonnière de la forme scolaire ? Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage*. (F. Sève, Trad). Paris : La Dispute. (Edition Originale, 1933).

Winkin, Y. (1996). *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Bruxelles : De Boeck University.

Wolton, D. (2009). *Informer n'est pas communiquer*. Paris : CNRS.

Références sur le web

Corriveau, L., Boyer, M. & Fernandez, N. (2010). La collaboration intergroupe dans une école secondaire : un espace meso à s'approprier. (En ligne), *Travail & formation en éducation, 7 | 2010*. Consulté à l'adresse : http ://tfe.revues.org/1430. (22/08/2014).

Pauzé, R. (2012). *Présentation du modèle écologique*. (En ligne). Consulté à l'adresse : http ://www.cerfasy.ch :cours_modeco.php. (30/09/2013).

Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C. & Berger, D. (2010). Travail et formation en éducation. Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants. (En ligne) *Travail & formation en éducation, 6 | 2010*. Consulté à l'adresse : http ://tfe.revues.org/1327 tfe.revues.org/index1327.html. (30/09/2013).