Quels savoirs enseignés en éducation à la santé dans les séances d'Éducation Physique et Sportive ?

Résultats de dix années de recherches de l'école élémentaire à l'université

Denis Loizon

IREDU EA 7318, Univ. Bourgogne Franche-Comté,
ESPE Université de Bourgogne

denis.loizon@u-bourgogne.fr

Revue *Éducation, Santé, Sociétés*, Vol. 2, No 1 | pp. 13-31

Reçu le : 14/03/2015 | Accepté le : 11/09/2015

Résumé : Cet article rassemble plusieurs recherches menées pendant près de dix années sur les contenus de l'éducation à la santé dans les séances d'Éducation physique et sportive (EPS), de l'école élémentaire à l'université en passant par le secondaire, inscrites dans le champ de la didactique. Il questionne les pratiques d'enseignement en s'intéressant aux savoirs enseignés qui se rapportent à l'éducation à la santé. Sur la base de séances enregistrées et d'entretiens, l'analyse de ces pratiques révèle la présence de nombreux objets de savoirs enseignés dans les cours d'EPS. Ces savoirs se répartissent de manières très inégales dans les trois dimensions didactiques de l'éducation à la santé que nous proposons : les dimensions corporelles, psychosociales et critiques. Nous constatons que la dimension corporelle reste dominante dans toutes nos études. Les professeurs d'EPS, tout comme les formateurs, enseignent beaucoup plus de savoirs relatifs à l'éducation à la santé qu'ils n'en déclarent. Les entretiens mettent en évidence le poids de l'expérience personnelle des sujets dans le choix des savoirs enseignés en éducation à la santé. Enfin, quels que soient les publics, il s'avère que toutes les personnes interrogées ont de grosses difficultés à définir ce qu'est véritablement l'éducation à la santé bien qu'elle fasse partie des objectifs principaux de l'EPS.

Mots-clés : didactique, éducation à la santé, éducation physique, enseignement, savoir.

1 Introduction

Cet article rassemble plusieurs recherches sur l'éducation à la santé qui se sont déroulées sur une période d'une dizaine d'années dans des contextes d'enseignement variés et usuels. Les premières études réalisées auprès de formateurs en EPS se sont prolongées dans le secondaire auprès des professeurs d'EPS pour se terminer dans l'enseignement élémentaire auprès d'intervenants extérieurs en EPS qui travaillent avec les professeurs des écoles.

Dans chacun des contextes explorés sur la base d'études de cas réalisées en didactique clinique, il s'agissait de montrer à partir de trois questions initiales précisant sur quoi reposait l'enseignement de l'éducation à la santé dans les leçons d'éducation physique : quels étaient les savoirs enseignés ; quels en étaient les enjeux pour les sujets ; ce qui déterminait les choix des savoirs enseignés. Au-delà des particularités et spécificités, nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux points communs à nos différentes études de cas.

Nos travaux sur les liens didactiques qui existent entre l'éducation à la santé et l'Éducation physique et sportive (EPS) trouvent leur origine dans la lecture d'un article de recherche écrit par Simard et Jourdan (2008). Dans leur étude sur les professeurs des écoles, ceux-ci soulignent à partir d'un questionnaire, que 71 % des enseignants déclarent faire de l'éducation à la santé dans le premier degré, mais ils font le constat suivant : les enseignants questionnés n'établissent pas de lien avec l'EPS.

Ce constat nous a d'abord interpellé en tant que formateur d'enseignants en EPS car ce lien nous semblait évident entre cette discipline scolaire qu'est l'EPS et le champ des « éducations à... » considérées comme *a-disciplinaires* car elles relèvent à la fois du scientifique, du politique et de la morale (Lebeaume & Martinand, 2001). En tant que chercheurs en didactique clinique, nous avons voulu comprendre ce qui pouvait expliquer cette absence de lien entre éducation à la santé et EPS. Pour cela, nous avons investigué les formations en IUFM [1] en faisant l'hypothèse que ce constat tirait son origine dans la formation même des enseignants. Si les professeurs des écoles n'envisageaient pas de lien entre EPS et éducation à la santé, c'était peut-être parce que les formateurs n'en parlaient pas dans leurs cours. Partant de cette hypothèse, nous avons élaboré une question de recherche essentiellement organisée à partir du champ scientifique de la didactique : quels sont les savoirs spécifiques de l'éducation à la santé qui sont effectivement enseignés dans les formations en EPS ?

Nous répondrons à cette question en présentant d'abord le cadre théorique et méthodologique de la didactique clinique (Terrisse & Carnus, 2009), puis les résultats de nos recherches sur les formateurs et enfin, les résultats de différentes études de cas dans le secondaire et l'élémentaire. Le dernier chapitre sera consacré à la synthèse de ces différentes études et à une discussion de certains résultats.

1. IUFM : Instituts universitaires de formation des maîtres, qui préparaient aux métiers d'enseignant dans le primaire (écoles) et dans le secondaire (professeur d'une discipline), aujourd'hui remplacés par les Écoles supérieures du professorat et de l'éducation.

2 Cadre théorique et méthodologique

Toutes nos études s'inscrivent dans une approche didactique car nous nous intéressons prioritairement à la question des Savoirs[2] qui sont enseignés, mais celle-ci est également clinique au sens d'approche en sciences humaines, sans visée de soin. En effet, pour comprendre certains faits didactiques observés dans des recherches antérieures, nous avons convoqué une théorie de l'inconscient freudien dans la mesure où une partie du travail didactique se fait parfois à l'insu des sujets (Loizon *et al.*, 2004). Notre champ de référence est donc celui de la didactique clinique (Terrisse & Carnus, 2009). En référence à la psychanalyse, nous retenons trois postulats : le sujet enseignant est un sujet singulier, divisé et assujetti.

Cette singularité du sujet est avant tout liée à son histoire personnelle, à son « déjà-là expérientiel ». Même dans les cas où le sujet peut être fortement déterminé par des contraintes externes comme les textes officiels ou le contexte de l'établissement, cette singularité façonne un rapport personnel à l'activité physique chez les enseignants d'EPS (Loizon, 2009).

L'assujettissement du sujet enseignant relève du deuxième postulat. En effet, l'acte d'enseignement s'inscrit toujours dans un contexte particulier qui détermine certaines contraintes pour l'enseignant. Pour Carnus (2003), il existe différents niveaux d'assujettissements comme le contexte de la classe et de l'établissement, le système éducatif, la société avec son système de valeurs et sa culture. Tous ces assujettissements interviennent dans les décisions de l'enseignant.

Enfin, le sujet enseignant est aussi un sujet divisé entre ce qu'il déclare faire et ce qu'il fait réellement. Au quotidien, il est aussi divisé entre des buts contradictoires comme garder le contrôle de la classe ou dévoluer les apprentissages, ce que nous relevons dans les tensions ou les dilemmes exprimés lors des entretiens.

Au plan méthodologique, ces différents postulats nous conduisent à recueillir le discours de l'enseignant au temps de l'épreuve c'est-à-dire en situation « ordinaire » d'enseignement grâce à la vidéo afin de mettre en évidence « les récurrences, les répétitions et l'insistance des signifiants, notamment en y faisant apparaître ce qui insiste au-delà de ce qui y est énoncé, autant que les ambiguïtés, les contradictions et l'équivoque des termes utilisés (ce qui passe à l'insu du sujet parlant) » (Terrisse, 2000, p. 99). En didactique clinique, nous mobilisons aussi « l'après-coup », c'est-à-dire le temps où le sujet va procéder à une réélaboration de son discours dans les entretiens post-séance. Enfin, nous essayons de rendre compte de la position subjective du sujet à partir d'une formalisation de ses dires dans la mesure où ses paroles rendent compte de cette position particulière. Dans toutes nos études, nous utilisons donc au moins deux formes de recueil de données : des enregistrements vidéo de séances d'EPS et des entretiens semi-directifs réalisés après les séances enregistrées. Pour chacune des études, nous présenterons à chaque fois le contexte et le cadre de ces entretiens.

La posture clinique relève de « la prise en compte du cas par cas [...] de la position subjective de chacun » (*ibid.*, p. 101) ; c'est pourquoi nous utilisons des études de cas

2. Nous utilisons ici le terme de « savoirs » dans sa définition la plus large en regroupant ce qui relève des connaissances, des compétences et des attitudes.

multiples afin d'accéder au rapport personnel (Chevallard, 1989) que chaque sujet entretient avec le savoir à travers ses intentions didactiques qui seront questionnées dans les entretiens.

3 Les recherches sur les formateurs en IUFM

Nous avons commencé nos premières recherches sur les formateurs en EPS qui enseignaient en IUFM ; ceux-ci intervenaient dans la formation des professeurs des écoles comme dans la formation des professeurs d'EPS du second degré [3].

En étudiant les plans de formation, nous avons constaté que les professeurs des écoles recevaient au cours des deux années d'IUFM environ 80 heures d'EPS, mais curieusement l'éducation à la santé n'apparaissait pas. Pour ce qui concernait la formation des professeurs d'EPS, il n'y avait pas de contenu spécifique en éducation à la santé dans l'année de préparation au concours alors qu'il s'agit d'un des trois objectifs principaux des programmes de collège (2008) en EPS. Seul un module de 6 heures consacré à cette éducation existait en deuxième année. Le manque de lisibilité de l'éducation à la santé dans les cursus nous fournissait une première réponse pour expliquer cette absence de lien entre EPS et éducation à la santé telle qu'elle avait été constatée par Simar et Jourdan (2008).

3.1 Les études sur les pratiques déclarées

La première phase de recherche exploratoire visait à identifier les objets de savoirs relatifs à l'éducation à la santé, enseignés dans les cours d'EPS en formation initiale des enseignants par les formateurs IUFM. Deux questions de recherche ont été posées ; une première question didactique : quels sont les savoirs communs entre ces deux disciplines [4] ? Nous émettions l'hypothèse qu'il y aurait des savoirs communs entre EPS et éducation à la santé. La seconde question était plus clinique : quelles étaient les expériences singulières des formateurs qui permettaient d'expliquer leurs choix didactiques en matière d'éducation à la santé ?

Nous nous sommes intéressés aux pratiques déclarées sur la base de questionnaires et d'entretiens auprès de chacun des formateurs (Loizon, 2012). Les questions posées portaient sur les savoirs généraux enseignés en EPS, puis, parmi ces savoirs, sur ceux qui se rapportaient à l'éducation à la santé et finalement sur leur définition de l'éducation à la santé. Les réponses de huit formateurs ont été dépouillées à partir d'une analyse de contenu construite *a posteriori* (Bardin, 1998) en regroupant les catégories de savoirs énoncées dans les questionnaires et les entretiens.

Nos résultats sur les pratiques déclarées nous ont permis d'identifier quatre grands domaines de savoirs enseignés :

- Un premier domaine avec les savoirs spécifiques à l'hygiène de vie. Dans celui-ci, nous avons perçu différents objets de savoir liés à l'alimentation, au sommeil et aux conduites additives à propos du tabac, de l'alcool et des drogues. Les formateurs

3. À cette époque, la formation des enseignants était encore partagée en deux temps avec une première année de préparation au concours suivie d'une année de stage.

4. Nous utilisons le terme de *discipline* même si l'éducation à la santé n'est pas une discipline scolaire en France comme c'est le cas au Québec.

apportaient des connaissances spécifiques sur les effets d'une bonne hygiène de vie ou au contraire sur une hygiène de vie néfaste à la santé, par exemple : « *J'aborde souvent avec eux la question de l'alcoolisme ou la prise de drogue car je sais que cela nous intéresse.* » (Fo D[5].)

- Un deuxième domaine avec des savoirs spécifiques sur l'entraînement. Celui-ci concernait particulièrement la transmission de savoirs concernant les méthodes d'entraînement en course, les processus énergétiques sollicités en relation avec les différentes intensités de course. Le développement de la santé passait alors par un choix d'activités qui développaient certaines filières énergétiques : « *La mobilisation des processus aérobie, anaérobie sur le long terme, permet de viser un capital santé.* » (Fo E.) Ces savoirs étaient surtout enseignés dans le cadre de la préparation à l'épreuve de course au concours du CRPE[6].
- Dans le troisième domaine qui regroupait les savoirs plus généraux sur la motricité et la gestion de l'effort, nous avons trouvé des savoirs spécifiques à l'échauffement, à la récupération ou à la relaxation. Ces objets de savoirs étaient surtout enseignés de manière très théorique pour les professeurs des écoles. Tout ce qui relevait de la motricité comme l'équilibre, la coordination, la latéralisation ou les dissociations, était davantage enseigné en deuxième année auprès des stagiaires souvent sous forme de « *réponses à des questions précises sur le développement moteur de l'enfant* » (Fo A).
- Le quatrième domaine était lié à la sécurité. Pour tous les formateurs, nous avons trouvé un enseignement spécifique dans le cadre de la deuxième année des professeurs des écoles stagiaires avec deux axes relatifs à cette sécurité : une sécurité passive en référence aux conditions mises en place par l'enseignant pour une pratique sans risque (« *Tu dois faire attention au tapis de gymnastique sous les agrès* », pour Fo A). La sécurité active concernait davantage la progressivité des apprentissages afin d'éviter les accidents. Les contenus relatifs à la sécurité étaient abordés de manière théorique mais aussi en pratique à travers les questions professionnelles posées par les professeurs des écoles.

Cette première étude sur les pratiques déclarées par les formateurs confirmait les résultats déjà obtenus par Cogérino (1999) sur les enseignants d'EPS qui soulignait l'omniprésence du versant physique de la santé. Alors pourquoi ces résultats auprès de nos collègues formateurs semblaient-ils assez éloignés du modèle de l'éducation à la santé proposé par Simar et Jourdan en 2008 avec ses trois pôles[7] ?

L'hypothèse explicative que nous avons commencé à avancer était la suivante : le problème pouvait venir de la définition que se faisaient nos collègues de l'éducation à la santé. Cette définition incomplète telle qu'elle était proposée par tous les formateurs dans les questionnaires et les entretiens semblait donc fonctionner comme un obstacle à une prise en compte plus large d'autres dimensions de la santé comme la santé mentale ou le développement des compétences psychosociales ou encore, le développement des compétences critiques vis-à-vis de l'environnement (Simar & Jourdan, 2008).

5. Nous inscrivons en italique des extraits tirés des questionnaires ou des entretiens en les renvoyant à un formateur donné, ici le formateur D (Fo D).

6. Il s'agit du Concours de recrutement des professeurs des écoles.

7. Nous présenterons plus loin le modèle car il a servi de base à la construction de notre grille d'analyse des savoirs en éducation à la santé.

3.2 Les pratiques réelles des formateurs

Une étude plus récente (De Luca & Loizon, 2010) a tenté de dépasser les pratiques déclarées pour s'intéresser aux pratiques réelles à partir de quatre études de cas de formateurs expérimentés. Deux ont été suivis avec des professeurs des écoles en danse et en athlétisme tandis que deux autres encadraient des formations en escalade et en danse avec des professeurs stagiaires en EPS.

Notre question de recherche était alors la suivante : qu'enseignent réellement les formateurs dans leur cours d'EPS en relation avec l'éducation à la santé ? Nous avons procédé à des enregistrements vidéo de quatre séances d'EPS par formateur et chaque enregistrement a été suivi d'un entretien post-séance.

En prenant appui sur les résultats de la recherche précédente et à partir des travaux de Simar et Jourdan (2008) et de Turcotte *et al.* (2007), nous avons construit une grille d'analyse présentant six grands domaines de savoirs :

- l'hygiène de vie,
- les savoirs sur les conduites à risques,
- les savoirs spécifiques à l'entraînement,
- la gestion de l'effort,
- la sécurité,
- la connaissance de soi physique, sociale et mentale.

Pour analyser le contenu didactique des cours d'EPS, nous avons utilisé cette grille d'analyse avec ses six catégories didactiques. La transcription intégrale de la leçon était découpée en épisodes didactiques comme le préconise Altet (1994) afin de respecter l'unité de sens de la communication en direction des étudiants. L'analyse de contenu (Bardin, 1998) du discours des intervenants dans les leçons et dans les entretiens a été réalisée sur la base de critères différenciateurs et d'indicateurs spécifiques pour chacun des critères. Cette analyse didactique nous a donné des informations sur la présence ou l'absence d'objets de savoir et sur leur nombre afin de mettre en évidence une ou des catégories dominantes dans les cours observés. Pour les entretiens, la même grille a été utilisée pour le codage des réponses dans le traitement de certaines questions relatives aux savoirs enseignés.

Sur la base de ces quatre études de cas, les résultats ont mis en évidence deux grandes catégories de savoirs chez tous les formateurs EPS. La première concernait les savoirs relatifs à la sécurité passive (« *Il faut absolument faire attention à la sécurité... attention aux conditions matérielles dans les situations proposées* », Fo A), ou encore affective (« *Ne mettez jamais un élève seul face à la classe pour danser, ni un groupe d'élèves seuls face à la classe pour danser* », Fo D). Ces différents savoirs à propos de la sécurité apparaissaient souvent sous forme de remarques ou de conseils donnés aux étudiants. La seconde catégorie regroupait des savoirs relatifs aux méthodes d'entraînement (« *Le travail aérobie est très important à cet âge-là, il doit être développé en faisant...* », Fo B). Dans tous les cas, il s'agissait pour les formateurs de recréer du lien entre les pratiques et les savoirs théoriques donnés en formation mais sans faire un lien explicite avec l'éducation à la santé.

En analysant les pratiques réelles, nous avons donc constaté un nombre important d'objets de savoir enseignés, mais en nombre plus faible que ce qui avait été déclaré dans les

entretiens. Cette grande variété des savoirs dépendait du type de public en formation, de l'objectif de la séance et de l'activité physique enseignée. Mais cela dépendait également du formateur et plus particulièrement de ses connaissances et de ses compétences concernant les activités enseignées ; par exemple, le formateur B, expert en danse, enseigne de très nombreux savoirs mais nettement moins qu'en athlétisme où il est moins spécialiste. Bien qu'étant « sujet supposé savoir », les formateurs ont reconnu qu'ils étaient plus à l'aise pour enseigner certaines activités que d'autres.

Les entretiens post-séances nous ont permis de revenir sur les savoirs déclarés que l'on retrouvait le plus souvent dans les cours observés. Au-delà des savoirs relatifs à la sécurité en général et aux méthodes d'entraînement, le discours des formateurs s'est recentré sur certaines compétences sociales concernant le travail en groupe (« *Je forme des groupes affinitaires afin de leur permettre de travailler ensemble [. . .] c'est comme avec les élèves* », Fo A).

Lors du dernier entretien post-séance, nous avons reposé la question concernant la définition de l'éducation à la santé. Là encore, la définition proposée par les formateurs a toujours été incomplète avec peu d'éléments concernant les compétences psychosociales, pas de référence à la notion d'attitude critique et rien sur la notion de « choix du sujet (élève ou adulte) » alors que celle-ci nous semblait fondamentale (Loizon, 2010). De même, nous n'avons relevé aucune citation en référence à la circulaire de 1998 qui fixe toujours le cadre général de l'éducation à la santé en milieu scolaire [8].

3.3 La référence à l'expérience personnelle

Cette recherche sur les pratiques réelles a montré aussi que les objets de savoirs enseignés sont en lien avec les expériences des sujets. Par exemple, lors de ses cours en danse avec les professeurs des écoles, le formateur B attachait beaucoup d'importance à l'hygiène de vie (« *Faites attention avec ce que vous mangez. . . Veillez à votre hygiène de vie ! ! !* »). Un certain nombre de conseils étaient ainsi « distillés » régulièrement tout au long des quatre séances enregistrées : conseils sur l'alimentation, la boisson, le sommeil. Au cours du dernier entretien post-séance, nous l'avons questionné sur ce constat car il ne nous en avait pas encore parlé ; il fait le constat suivant : « *C'est vrai, je leur donne aussi des choses par rapport à leur propre hygiène de vie.* » Il a alors justifié certains de ses choix didactiques en référence à son histoire personnelle.

Ce formateur a été victime d'un gros malaise le jour du concours de recrutement pour devenir professeur d'EPS : « *Le jour de l'épreuve, j'avais tellement la pression lorsque je me suis assis à la table, j'ai vu le sujet, je me suis dit : ça y est, c'est gagné, j'ai des choses à dire sur ce sujet, et paf, je suis tombé dans les pommes* ». Il a expliqué cet incident en partie à cause de son hygiène de vie déplorable : « *dans les derniers mois, on révise beaucoup, on s'entraîne beaucoup, je n'avais pas le temps d'avoir une alimentation de qualité, je bossais beaucoup, j'étais tout seul, je ne me faisais pas des repas comme il fallait, je buvais du café, j'étais hyper stressé.* »

8. 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 n° 98/237 du 24 novembre 1998.

Son histoire personnelle, son « déjà-là expérientiel » en référence à notre cadre clinique, l'a conduit à donner aux étudiants une liste de conseils afin qu'ils se présentent dans les meilleures conditions en étant prévenus des risques encourus en cas de mauvaise hygiène de vie. Dans son cours, il y faisait référence de manière très explicite : « *Je leur fais part de mon expérience, et c'est pas toujours évident de leur dire que j'ai fait une énorme boulette le jour de l'épreuve* ». Mais ce contenu didactique n'était pas toujours présent dans ses préparations : « *C'est ponctuel, c'est surtout quand j'y pense, parce que, dans le peu de temps dont on dispose, on ne peut pas penser à tout... Surtout à tous les aspects psychologiques tellement ils sont nombreux...* »

Enfin, cette dernière remarque sur les aspects psychologiques l'a obligé à se questionner sur sa formation professionnelle : « *Ce qui me perturbe, comme la santé est très complexe, je me dis : qu'est-ce que tu as comme formation pour rentrer dans le domaine psychologique ? Jusqu'où tu peux aller ? Quelle formation j'ai reçu pour analyser tout ce qui se passe ou plan psychologique ?* »

Ce questionnement au sujet de la formation initiale pourrait expliquer le fait que les formateurs hésitent à parler de la dimension psychologique et sociale de la santé. Pourtant ils en parlaient dans leurs cours à l'instar du formateur B qui renvoyait davantage ce contenu à ce qu'il appelait la sécurité affective, ici exprimée en danse : « *Je leur ai dit qu'il fallait prendre des pincettes avec l'observation des élèves en activité, qu'ils ne devaient pas les mettre tout de suite en présentation devant tout le groupe de la classe, parce que si l'élève n'est pas à l'aise, il peut être très déstabilisé par cette situation.* »

Ce cas particulier du formateur B qui nous a livré un fragment de son histoire personnelle, nous a ainsi permis de comprendre que certains choix didactiques des formateurs en matière d'éducation à la santé n'étaient pas toujours conscients, qu'ils étaient enseignés à l'insu des sujets sous forme de remarques ou de conseils comme l'a déjà montré Carnus (2003), et qu'ils pouvaient être déterminés par l'histoire des sujets (Loizon, 2009).

4 Les pratiques d'enseignement à l'école élémentaire et dans le secondaire

Après cette première phase exploratoire auprès des formateurs en IUFM, nous avons procédé à une deuxième phase qui visait à investiguer les pratiques réelles auprès d'intervenants extérieurs en EPS en école élémentaire (Loizon & Gruet, 2011) ainsi que des pratiques ordinaires de professeurs d'EPS dans le secondaire. Afin d'affiner nos analyses, nous avons restructuré notre cadre didactique de l'éducation à la santé pour aller vers un niveau plus micro concernant les objets de savoirs et un niveau plus macro relatif aux grandes catégories de savoirs.

4.1 Catégorisation des savoirs de l'EPS et de l'éducation à la santé

Si, comme le souligne Astolfi (2008, p. 16), « la multiplication des *éducations à...* donne une nouvelle actualité à la distinction classique entre instruction et éducation », il nous semblait utile de resserrer le lien didactique entre EPS et éducation à la santé. Afin de mettre plus facilement en relation les savoirs de l'éducation à la santé avec ceux de l'EPS, nous avons regroupé les savoirs de la discipline en plusieurs catégories. En référence à

certains auteurs du champ de la didactique (Malglaive, 1990 ; Brousseau, 1998 ; Minder, 1999 ; Reuter *et al.*, 2007 ; Astolfi, 2008), nous avons distingué des macro-catégories comme les savoirs conceptuels et les savoirs moteurs auxquels nous avons ajouté les savoirs d'action (Barbier, 1996).

En didactique de l'EPS, nous avons repris une terminologie utilisée par de nombreux chercheurs (Terrisse, 2000 ; Sarreméjane, 2002 ; Amade-Escot *et al.,* 2007) pour éviter de tomber dans les débats polysémiques entre savoir, compétence et attitude comme on peut les trouver dans les textes officiels. Pour ces recherches, nous avons réduit l'ensemble des savoirs en EPS à trois grandes catégories. En référence aux auteurs précédemment cités, nous avons conservé une catégorie avec les *savoirs*, que ceux-ci soient théoriques ou objectivés ; une autre catégorie avec les *savoir-faire* qui regroupent les dimensions cognitives et motrices, et une dernière catégorie regroupant les *savoir-être* ou savoirs d'attitude (Sarreméjane, 2002).

En éducation à la santé, les travaux de Simar et Jourdan (2008) nous ont fourni un cadre didactique de référence très intéressant. Ces auteurs ont modélisé les savoirs de l'éducation à la santé en les regroupant autour de trois pôles à partir d'une analyse de corpus. Le premier pôle est centré sur des connaissances (de soi, de son corps, de sa santé, des comportements à risques et leurs effets) ; il représente ce que nous appelons la dimension corporelle. Certains savoir-être et savoir-faire ont été regroupés dans un deuxième pôle avec le développement de compétences psychosociales (gestion du stress, travailler ensemble, se respecter) que nous avons qualifié de dimension psychosociale. Enfin, la dimension critique rassemblait une attitude spécifique, un savoir-être critique face à l'environnement, la capacité à garder sa liberté face aux médias, face à la pression des pairs comme l'on décrit les auteurs.

Ces trois dimensions de l'éducation à la santé ont structuré notre grille d'analyse au plan macroscopique. Chaque dimension didactique[9] a été détaillée pour mettre en évidence les différents objets de savoirs qui la composaient (savoir-faire, savoir être, informations sur le corps, sur la santé...). Afin de mieux identifier ces objets de savoirs dans chacune des catégories, nous avons précisé des critères différenciateurs et des indicateurs[10]. Cette grille d'analyse composée de trois dimensions didactiques macroscopiques nous a permis de partir à la recherche des savoirs enseignés dans les séances d'EPS.

Dans la dimension corporelle, nous avons regroupé trois catégories de savoirs dont deux sont dispensées sous forme d'informations en direction des élèves :

- des informations sur la santé relatives à l'hygiène de vie (fonctionnement normal du corps, alimentation, conditions du bien-être général, préparation et récupération) ;
- des informations sur les effets des comportements à risques.

La troisième catégorie correspondait à des savoirs plus personnels constitués par des informations provenant des postures, des vitesses, des forces en présence, des états de fatigue,

9. Nous avons repris le terme de *dimension* tel qu'il est proposé par Simar et Jourdan (2008) pour montrer l'emboîtement des catégories macroscopiques, composées elles-mêmes de catégories très spécifiques.

10. Dans le cadre de cet article, il nous est impossible de présenter tous les critères différenciateurs ni les indicateurs par dimension.

etc. Ces connaissances que l'élève pouvait acquérir sur lui-même se faisaient à partir de ses différentes expériences motrices ou sensorielles lors de la pratique d'activités physiques.

La dimension psychosociale convoquait :

- des savoir-être pour soi comme se respecter, respecter son corps, se maîtriser ;
- des savoir-être pour les autres (respecter les règles, respecter les autres, les écouter, travailler avec eux, etc.). Pour Peyré (2000), l'élève construit un « savoir agir en relation ». La référence à la règle est un critère différenciateur important dans cette dimension sociale qui touche le rapport à la loi.

La troisième catégorie qualifiée de « dimension critique » regroupait :

- des savoir-faire particuliers liés à l'observation fine de l'environnement avec la détection des dangers (regarder, interpréter. . .) ;
- les conduites à tenir en cas de danger (attitudes, gestion des risques, conduite à tenir. . .). En EPS, cette dimension revêt un caractère important, surtout pour ce qui concerne la sécurité dans la pratique des activités physiques comme l'ont déjà souligné les formateurs dans les entretiens précédents.

Fort de cette catégorisation des savoirs qui pouvaient être enseignés en éducation à la santé, nous avons posé les questions de recherche suivantes :

- Quels sont les savoirs réellement enseignés qui se rapportent à l'éducation à la santé dans les leçons d'EPS proposées par les enseignants ?
- Existe-t-il des écarts entre ce que les enseignants déclarent enseigner et ce qu'ils enseignent réellement du point de vue de l'éducation à la santé ?
- Qu'est-ce qui détermine le choix des savoirs enseignés en éducation à la santé ?

4.2 La recherche sur les intervenants en école élémentaire

Pour cette recherche (Loizon & Gruet, 2011), nous avons travaillé sur deux études de cas en utilisant notre approche didactique clinique en utilisant des enregistrements vidéo de leçons d'EPS ainsi que des entretiens post-séance. Les deux intervenants en EPS étaient volontaires ainsi que les professeurs des écoles qui accompagnaient leur classe. Par habitude, les intervenants avaient l'entière responsabilité des savoirs à enseigner ainsi que des démarches [11]. Comme le souligne Amans-Passaga (2010) dans ce contexte précis de l'école élémentaire, il ne s'agit pas d'une véritable collaboration didactique mais plus d'un partenariat formel.

L'entretien post-séance était composé de trois parties avec au début des questions sur les objectifs ; la deuxième partie était centrée sur l'éducation à la santé avec sa définition et son intérêt. Enfin, fort des résultats qui montraient un lien entre l'histoire personnelle et le choix des savoirs en éducation à la santé comme chez le formateur B, nous avons voulu connaître les relations que les intervenants entretenaient avec l'éducation à la santé. Nous souhaitions mettre à jour des conceptions particulières de cette éducation.

11. Cette information a été obtenue lors de l'entretien préalable entre les chercheurs, les professeurs des écoles et les intervenants lors de la présentation du travail de recherche.

Nous avons comparé les deux types de données recueillies, avec d'un côté le discours en classe (les savoirs réellement enseignés) et de l'autre, les entretiens relatifs aux savoirs déclarés.

Le premier intervenant A était observé avec des CE1 lors d'un cycle de jeu de poursuite ; la séance commençait par un échauffement général classique en EPS, puis les élèves jouaient au « béret ». Ensuite, l'intervenant reprenait un jeu vu lors de la séance précédente : « la chasse aux fennecs ». En fin de séance, l'intervenant questionnait les élèves pour mettre en évidence les solutions efficaces trouvées par les élèves pour « chasser les fennecs ».

L'intervenant D a montré une séance avec des élèves de CM2. Après un échauffement à base de manipulations de balles, il proposait un exercice de passes. Au bout d'une demi-heure, il lançait un autre concours de vitesse par équipe pour traverser le terrain et marquer un essai comme au rugby.

4.2.1 L'analyse des pratiques réelles

Cette analyse des leçons enregistrées a montré que les trois dimensions didactiques de l'éducation à la santé étaient bien présentes chez les deux intervenants. Mais nous avons constaté que l'enseignement de l'éducation à la santé se faisait de manière très implicite. Les objets de savoirs, surtout au niveau de la dimension critique ou de la dimension psychosociale étaient bien enseignés, mais les deux intervenants ne les mettaient pas en relation avec l'éducation à la santé durant les entretiens qui ont suivi les leçons.

Concernant la dimension corporelle, nous avons identifié chez les deux sujets des objets de savoir peu explicites sauf pour la préparation à l'effort avec des échauffements importants (« *On va commencer par un petit échauffement, avec des petits exercices que vous connaissez* », Intervenant A) qui offraient l'occasion aux élèves d'acquérir des connaissances sur eux-mêmes. L'Intervenant A donnait beaucoup de consignes, mais sollicitait peu l'activité de réflexion des élèves sur leurs états corporels ; ces connaissances intimes restaient donc incorporées sans jamais être évoquées verbalement par les élèves. Nous n'avons identifié aucune remarque relative aux effets des comportements à risque en dehors de la nécessité de l'échauffement évoquée par les deux intervenants lors de leurs interventions.

La référence à la règle, toujours très présente dans les jeux, constituait un élément caractéristique de la dimension psychosociale ; les intervenants veillaient au respect des règles et des consignes qui constituent des compétences transversales (« *Il faut respecter les règles mises en place !* » Intervenant A). Dans ces situations de jeux, les élèves développaient nécessairement des compétences psychosociales dans les travaux de groupes pour élaborer des solutions gagnantes. Celles-ci concernaient surtout l'écoute (« *On écoute* », Intervenant D) et la réflexion au sein du groupe afin d'échanger et de proposer la solution jugée la plus efficace (« *Discutez pour trouver des solutions pour passer sans se faire prendre par le lion... Essayez de voir comment vous pouvez faire* », Intervenant A). La dimension critique était sollicitée à certains moments lorsque les intervenants demandaient aux élèves d'observer l'activité de leurs camarades et d'analyser leurs actions dans les jeux (« *Est-ce qu'ils ont été efficaces ?* » Intervenant D). L'activité réflexive des élèves était très mobilisée.

4.2.2 L'analyse des entretiens

Au plan didactique, nous avons constaté que les intervenants évoquaient peu la dimension corporelle dans les entretiens. Ce constat est partagée avec Amans-Passaga (2010) qui a investigué les pratiques didactiques d'intervenants EPS en école primaire. Dans le discours des intervenants, les compétences transversales étaient valorisées à travers la dimension psychosociale. L'intervenant proposait ainsi aux élèves de « *s'opposer individuellement ou collectivement... avec des stratégies de passage et des stratégies d'équipe* » (Ent. A [12]). Ceux-ci devaient développer des compétences stratégiques dans la « *chasse aux fennecs* ». Pour lui, les savoirs enseignés étaient d'ordre « *informationnel et tactique* ».Il a expliqué que ce travail correspondait bien aux besoins des élèves car « *les enfants sont très dynamiques, pas méchants, mais ils sont peu à l'écoute* » (Ent. A) ; il a ainsi justifié ses situations d'apprentissage centrées sur la dimension psychosociale avec des exigences sur l'écoute et la réflexion.

Les savoirs enseignés pour l'intervenant D relevaient plus de l'organisation collective que de la dimension motrice ou corporelle : « *Après la partie technique individuelle avec passes, tirs, dribbles, c'était surtout un petit peu un début d'organisation collective.* » (Ent. D.) L'utilisation des jeux et des concours mis en place dans ses leçons devait développer davantage la dimension psychosociale car il s'agissait de « *travailler le sport collectif pour l'aspect socialisant des activités* » (Ent. D).

Chez ces deux intervenants, nous avons identifié l'enseignement d'objets de savoirs dans les trois dimensions avec une prédominance de la dimension psychosociale, sans que ces savoirs n'aient été mentionnés dans les entretiens. Nous avons observé un écart important entre les savoirs réellement enseignés en éducation à la santé et les déclarations des intervenants. Cet écart peut s'expliquer par le fait que ce qui était attendu dans les programmes en matière d'éducation à la santé n'était pas du tout connu des intervenants. Ceci s'est confirmé dans les entretiens quand ils ont répondu aux questions à propos de l'éducation à la santé. Ainsi pour l'intervenant A, sa définition est toujours restée floue, avec une centration sur l'aspect moteur en gymnastique : « *Dans la gymnastique, on peut travailler les appuis, l'équilibre, les rotations...* », ou bien en évoquant le développement de la motricité : « *Tout ce qui est souplesse, tout ce qui est exercice de motricité, donc travailler la mobilité, les appuis.* »(Ent. A.)

Avant de donner sa définition de l'éducation à la santé, l'intervenant D a exprimé son souhait : « *Faire des gamins citoyens en premier lieu* » et tenter de « *leur inculquer l'effort physique* »(Ent. D), renvoyant ainsi à l'éducation à la citoyenneté. Il a avoué avoir des difficultés pour la définir. Il a ensuite énoncé trois qualificatifs pour définir l'éducation à la santé : « *dépense physique, bien être et plaisir* » (Ent. D). Dans l'entretien, il est revenu sur « *l'aspect socialisant* » de certaines activités comme les jeux et les sports collectifs qu'il proposait aux élèves.

La définition de l'éducation à la santé a posé un problème. Les entretiens ont montré là encore, une forte centration sur la dimension physiologique comme pour les enseignants d'EPS. Notre constat était donc identique à celui de Jourdan (2008) en EPS et de Berger *et al.* (2008) auprès des enseignants du premier degré ; ces chercheurs ont observé eux aussi

12. Ent. A : discours de l'Intervenant A lors de l'entretien.

que la définition de l'éducation à la santé posait un réel problème car les enseignants en restaient uniquement à la dimension corporelle par méconnaissance des autres dimensions bien que celles-ci soient réellement enseignées.

4.3 Les recherches sur les professeurs EPS dans le secondaire

Dans cette partie, nous présentons des résultats généraux puis une étude cas plus détaillée qui nous semble révélatrice des relations que peut entretenir un enseignant d'EPS avec l'éducation à la santé.

4.3.1 Généralités sur les recherches

Nous avons poursuivi nos études auprès d'enseignants d'EPS en collège et en lycée en collectant les données d'abord sur la base de questionnaire et d'entretiens semi-directifs auprès de huit collègues d'une cité scolaire, puis avec des enregistrements vidéo de séances d'EPS suivis d'entretiens post-séances avec trois études de cas. Le traitement des données a été réalisé de la même manière qu'avec les intervenants extérieurs cités précédemment.

L'analyse des questionnaires et des entretiens a mis en évidence deux points essentiels. Le premier concernait l'enseignement de certains objets de savoirs en relation avec l'éducation à la santé tandis que le deuxième revenait sur la définition de l'éducation à la santé.

D'après les déclarations des professeurs, tous ont déclaré se sentir concernés par l'éducation à la santé parce que cela figurait explicitement dans les programmes des collèges et des lycées. Les savoirs objectivés par les collègues se rapportaient presque exclusivement à la dimension corporelle en référence à l'échauffement (« *le savoir s'échauffer* »), à la récupération après l'effort, aux méthodes d'entraînement (« *J'aborde le 30/30* ») ou à certaines activités plus spécifiques comme la course longue (« *La course de durée a un effet important sur la santé* ») ou la musculation.

Concernant la définition de l'éducation à la santé, comme pour les formateurs ou les intervenants extérieurs, nous n'avons pas trouvé de référence à la circulaire de 1998. Les définitions renvoyaient surtout à la notion de « gestion de sa vie physique d'adulte » alors que plus de la moitié des collègues commençait les entretiens en définissant la santé à partir de ses différentes dimensions physique, psychique et sociale. Si la définition de la santé était relativement claire, celle de l'éducation à la santé est toujours restée floue en abordant parfois la dimension psychosociale (« *apprendre à vivre ensemble* ») mais jamais la dimension critique.

Notre bilan général nous a conduit à écrire qu'il n'y a pas de différence entre ce que nous avions observé chez les formateurs, chez les intervenants extérieurs et chez les professeurs d'EPS. Des liens existent bien au plan didactique entre l'éducation à la santé et l'EPS mais ils restent difficilement perceptibles par nos collègues. Les études de cas pourraient-elles nous permettre d'expliquer ce constat ?

4.3.2 Une étude cas en lutte

Cet enseignant expérimenté, le professeur L, pas du tout spécialiste de l'activité lutte, précisait ses intentions didactiques dans le questionnaire rempli au début de la recherche. Il visait « *la prise de conscience du corps de l'autre, son acceptation et ses actions sur*

celui-ci ; dans les assauts : le respect de soi et de l'autre ». Il reprenait ces thèmes dans les entretiens post-séances, en ajoutant qu'il voulait que ses « *élèves travaillent en toute sécurité* ».

L'analyse didactique des quatre séances enregistrées a montré que la dimension corporelle était privilégiée en lien avec l'enseignement de savoirs techniques (les saisies, les accrochages). Les prises d'informations corporelles étaient développées notamment au niveau des mains utilisées pour saisir et contrôler l'adversaire. Ce travail a été dominant durant les quatre leçons filmées, surtout dans les relations de coopération : « *Votre partenaire, vous allez simplement lui faire sentir...* » (S3[13].) Cet apprentissage des informations proprioceptives s'est prolongé dans les phases de relaxation en fin de séance avec des consignes sur le contrôle de la respiration et des étirements.

La dimension sociale est apparue dans la recherche d'un savoir-être avec les autres à travers le respect du partenaire, tant au niveau des règles de la lutte que dans le respect de son intégrité physique (« *Faites attention, je vous ai dit qu'on n'avait pas le droit d'accrocher les doigts* », S2), et sur le rappel des consignes de sécurité (« *On amène au sol en douceur* », S2). L'utilisation des différents rôles sociaux en lutte a permis au professeur de développer aussi la dimension sociale avec des élèves qui échauffaient leurs camarades, et au travers de l'arbitrage des combats : « *Votre rôle d'arbitre est très important ; c'est aussi une question de sécurité.* » (S4.) L'exploitation des solutions trouvées par les élèves a favorisé de nombreux échanges et un travail d'écoute. Nous avons constaté des encouragements nombreux qui participaient au développement de l'estime de soi des élèves qui n'étaient pas en réussite. L'enseignant cherchait à les valoriser : « *Continue, tu vas y arriver ! Tu as presque réussi.* » (S4.)

Compte tenu des risques liés à la lutte, la dimension critique a été souvent présente. L'enseignant donnait des consignes de sécurité pour limiter les risques avant l'action : « *Vous vous débrouillez pour accompagner l'autre en douceur, qu'il ne se sente pas en danger et qu'il n'ai pas envie de mettre ses mains ou ses coudes pour s'arrêter* » (S2), ou pendant l'action à la suite de ses observations : « *On ne met jamais les coudes comme ça ; tu risques une entorse ou une fracture !* » (S3.)

De nombreux objets de savoirs réellement enseignés se rapportent bien à l'éducation à la santé dans les séances enregistrées. Toutes les dimensions sont largement observées mais la dimension corporelle est dominante compte tenu de l'activité enseignée.

Au-delà des savoirs réellement enseignés par le professeur L, cette étude de cas nous a permis de mettre en évidence le lien entre sa conception de l'EPS et la santé : « *L'EPS se doit, pour moi, de développer chez l'élève le sens de l'effort, l'estime de soi et la conscience de sa santé.* » (E.) En relation directe avec l'éducation à la santé, le professeur précisait d'emblée les savoirs enseignés dans son cycle de lutte : « *La prise de conscience du volume, de la densité du corps de l'autre et des effets que l'on peut avoir sur lui. L'engagement en se respectant et en respectant l'autre dans les différents rôles (moteur, responsable de l'échauffement, arbitre).* » (E.) Si les relations didactiques semblaient pertinentes, la définition donnée de l'éducation à la santé était centrée uniquement sur la dimension

13. Les extraits du discours de l'enseignant sont en italique suivis du S pour séance alors que les extraits d'entretien sont en italique suivis du E pour entretien.

corporelle : « *Apprendre à vivre son corps tel qu'il est en respectant une hygiène de vie lucide.* » (E.)

Lors du dernier entretien à propos de la définition de l'éducation à la santé, il a ajouté plusieurs points pour étoffer cette définition : « *Notions liées à la sécurité d'abord, c'est-à-dire savoir jusqu'où je peux aller sans me mettre en danger, sans mettre les autres en danger [...] la notion d'effort. [...] un effort purement physique [...] mais ça peut aussi être un effort où on se contraint à faire des choses, à se présenter face aux autres, [...] notion de plaisir pour être en relation avec les autres [...] une notion un peu différente qui serait une notion de construire quelque chose avec l'autre ou avec les autres [...] savoir se juger.* » (E4.)

Lorsque nous l'avons questionné sur les savoirs enseignés en relation avec l'éducation à la santé, celui-ci a évoqué le développement de savoir-être au cœur de notre dimension sociale : « *C'est peut être plus ce qui m'intéresse que le savoir-faire... être capable de discuter avec les autres pour construire quelque chose, être à l'aise dans son corps donc être sûr de soi, être content de soi, être fier de soi mais bon toujours avec cette notion... être fier de soi... en respectant les autres.* » (E2.)

En parlant des stages d'escalade qu'il organisait avec ses élèves, il nous a livré ses conceptions du métier : « *On commence par parler de la sécurité avant de parler d'autre chose et puis, par rapport à l'éducation à la santé, on discute des problèmes liés... à la cigarette, un peu. C'est vrai que tout ce qui est addiction, il m'arrive d'en discuter.* » (E3.)

Mais pour lui, aborder les problèmes d'addiction, c'était aussi mettre à plat un dilemme professionnel : « *c'est vrai que je me dis "Bon, je sors un peu du sujet", puis je me dis après tout, le corps c'est le corps, donc je ne vois pas pourquoi je ne leur en parlerais pas.* » (E3.)

Nous étions alors confronté à une « division » du sujet entre ce qu'il pourrait faire, ce qu'il avait le droit de faire et ce qu'il faisait réellement en choisissant de donner son point de vue, tout en conservant une attitude lucide : « *Je ne pense pas que mon avis soit vraiment déterminant dans leur choix, ils ont entendu quelque chose, ils ont entendu le point de vue d'un adulte, mais... c'est un point de vue parmi tant d'autres, je ne pense pas que ça infléchisse beaucoup leur attitude.* » (E3.)

Lors du dernier entretien, nous avons souhaité revenir sur la notion d'effort très présente dans les entretiens précédents : pourquoi cette notion tenait-elle une place aussi importante dans son discours ? Étant « *un élève peu doué physiquement* », il en avait « *bavé pour arriver à devenir enseignant d'EPS* » (E4) ; ses efforts soutenus et répétés lui avaient permis « *de réaliser son rêve* », c'était pourquoi il encourageait autant les élèves qui faisaient des efforts : « *Même si la performance en elle-même n'est pas bonne... chaque fois qu'un élève progresse, il ne faut pas se refuser de lui dire qu'il a progressé.* » (E4.) Ceci expliquait nos observations.

Cette étude de cas avec le professeur L nous indique comment le « déjà-là conceptuel » influence le choix des savoirs à enseigner tant en EPS qu'en éducation à la santé, mais il va plus loin en déterminant aussi le rapport que le sujet enseignant entretient avec les élèves en difficulté. L'origine de ce « déjà-là conceptuel » se situe à un moment précis

de son histoire d'étudiant. Nous comprenons maintenant d'où vient cette centration sur l'effort ; la sphère privée du sujet avec ses « déjà-là » (ses expériences qui influencent ses conceptions) a un effet déterminant sur les choix didactiques ou les communications didactiques pendant les cours telles que nous pouvons les mettre en évidence. Cette singularité du sujet enseignant a donc des effets didactiques forts ; nous relevons aussi dans les entretiens des éléments relatifs aux divisions du sujet (Terrisse & Carnus, 2009) lorsque celui-ci s'interroge à propos des addictions des élèves.

Le champ de la didactique clinique nous permet de comprendre certains faits didactiques observés en mettant en évidence les déterminants personnels de l'action du professeur (Loizon, 2009). Le champ éducatif mobilise des savoirs issus de l'expérience personnelle des sujets en lien avec leur propre santé comme l'a montré également Léal (2012).

5 Discussion et perspectives

Au fil de ces dix années passées à rechercher les liens didactiques entre l'EPS et l'éducation à la santé, nous avons pu constater que nos travaux prolongeaient ceux de Cogérino (1999) en accédant aux pratiques réelles des enseignants, que ceux-ci soient formateurs, intervenants ou professeurs d'EPS. Nous avons progressivement affiné nos méthodologies de recueil des données en utilisant successivement des questionnaires, des entretiens généraux, puis des études de cas avec des enregistrements vidéo et des entretiens post-séances pour rendre compte des pratiques usuelles. L'analyse de ces données nous permet de dire premièrement que les savoirs relatifs à l'éducation à la santé enseignés dans les séances d'EPS sont nombreux lorsque l'on identifie tous les objets de savoirs enseignés, et deuxièmement, qu'ils recouvrent largement les trois dimensions didactiques, même si la dimension corporelle reste dominante dans nos études. Les professeurs d'EPS, tout comme les formateurs, enseignent donc beaucoup plus de savoirs relatifs à l'éducation à la santé qu'ils n'en déclarent. Avec notre grille d'analyse, nous identifions clairement les objets de savoirs enseignés tout en montrant la grande difficulté que rencontrent les sujets à objectiver leurs pratiques au plan didactique.

La définition de l'éducation à la santé pose néanmoins un problème à tous les sujets avec lesquels nous avons travaillé. La méconnaissance des textes institutionnels sur l'éducation à la santé montre la difficile pénétration des *éducations à...* dans le secondaire car les enseignants restent centrés sur le cœur de leur métier, c'est-à-dire sur la dimension corporelle.

Comment expliquer ce constat ? Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. La première est de nature historique car l'EPS, dès son origine, a toujours entretenu des rapports étroits avec la santé au travers des modèles du corps qu'elle véhicule (During, 1984) ou bien au sein même de ses références initiales avec la gymnastique suédoise qui visait à redresser les corps (Terrisse, 2001). La deuxième hypothèse est de nature plus institutionnelle avec une inscription « très physique » de la santé dans les textes officiels comme dans les programmes d'EPS de collège ; l'éducation à la santé ne consiste pas à permettre à l'élève de faire des choix raisonnés mais « en proposant une activité physique régulière, source de bien être, elle [l'EPS] favorise l'acquisition d'habitudes de pratiques nées souvent du plaisir éprouvé, et contribue à la lutte contre la sédentarité et le surpoids. Elle participe

ainsi à l'éducation à la santé[14] ». Les références à la sédentarité et au surpoids viennent renforcer la dimension physique dans la première page de ce texte alors que plus loin il est précisé que « l'éducation à la santé et à la gestion de la vie physique et sociale », mais force est de constater que la profession ne retient que les termes « gestion de sa vie physique » (Loizon, 2010). Une troisième hypothèse, de nature plus culturelle, tend à privilégier la santé physique dans la culture professionnelle. Ainsi, certains auteurs prônent le développement d'un « habitus-santé » (Mérand & Dhellemmes, 1988) ou présentent des thèmes d'étude et des compétences spécifiques très centrés sur la dimension physique (Dhellemmes, 2000). Delignières et Garsault (2004, p. 25) précisent que « le thème de la santé traverse l'évolution de la discipline depuis ses origines » et proposent « comme finalité ultime de l'EP d'inciter les futures adultes à pratiquer tout au long de leur vie des activités de loisir sportif ». D'autres comme Tribalat (2005, p. 53) se centrent sur le corps : « L'appropriation de ces connaissances et compétences devrait permettre l'accès à une meilleure "connaissance physique de soi" dans un souci de bien-être. L'ensemble étant traversé par des valeurs fortes sur la personne en général et le corps en particulier. »

Il existe donc un faisceau de convergence très fort en faveur de la santé physique quand l'histoire de la discipline, la culture professionnelle et les textes officiels privilégient cette dimension. Ces hypothèses pourraient expliquer le fait que les professionnels de l'EPS rencontrés à l'occasion de ces recherches soient fortement centrés sur cette dimension corporelle alors que dans la réalité, ils enseignent pratiquement à leur insu bon nombre de savoirs qui se rapportent également à l'éducation à la santé à travers ses autres dimensions. Nous ajouterons également que tous nos sujets sont passés par des formations très similaires dans lesquelles circule cette culture professionnelle.

La définition de l'éducation à la santé présentée dans la circulaire de 1998 précédemment citée constitue de notre point de vue, un véritable obstacle à sa pénétration dans le milieu scolaire. Les professionnels de l'EPS ne connaissent pas cette définition qui mériterait une information simple et rapide des corps d'inspection par exemple. Notons aussi le paradoxe de la situation telle que nous l'avons observée : tous les éducateurs avec lesquels nous avons travaillé visent le développement des compétences psychosociales, ainsi que l'attitude critique pour certains, mais cette méconnaissance de la définition ne leur permet pas de mettre en relation ce qu'ils enseignent au quotidien avec les trois grands pôles de l'éducation à la santé proposés par Simar et Jourdan (2008).

6 Conclusion

Les différentes études à caractère didactique clinique menées sur une dizaine d'années auprès de formateurs EPS, d'intervenants EPS et d'enseignants à l'école, en collège et en lycée, nous permettent de dire que, dans les cas étudiés, sans pouvoir généraliser en raison du petit nombre de cas, que l'EPS contribue à l'éducation à la santé à l'École à travers les objets de savoirs qui sont réellement enseignés. Même si la dimension corporelle reste prioritaire à tous les niveaux, le développement des compétences psychosociales est bien mis en œuvre dans les séances observées, de même que la dimension critique à travers tout ce qui touche à la sécurité des élèves ou des étudiants. Il s'agit bien d'une réalité observée et pas uniquement de déclarations (Marsault & Cornus, 2014). Ainsi, nous pouvons en

14. Ministère de l'Éducation nationale. *Bulletin officiel spécial n° 6* du 28 août 2008, p. 2.

conclure que l'activité sportive, support d'enseignement de l'EPS, est un moyen au service d'une éducation plus large qui débouche sur l'apprentissage d'un « vivre ensemble » même s'il n'est pas toujours formalisé ainsi par les sujets. Enfin, avec notre approche didactique clinique, nous avons un autre regard qui englobe les analyses didactiques des savoirs enseignés en situation ordinaire en mettant en évidence les liens entre l'histoire des sujets et les savoirs enseignés, tout en soulignant le poids de l'expérience personnelle (le « déjà-là ») dans le choix de ce qui est enseigné en éducation à la santé.

7 Références bibliographiques

Altet, M. (1994). *La formation professionnelle des enseignants*. Paris : PUF

Amade-Escot, C., Amans-Passaga, C., Brière-Guenoun, F., Dugal, J.-P., Garnier, A., Loquet, M., Monnier, N., Refuggi, & R., Verscheure, I. (2007). *Le didactique*. Paris : Revue EP&.S.

Amans-Passaga, C. (2010). L'articulation de l'action didactique d'intervenants associés en EPS à l'école primaire. *Éducation & Didactique, n° 7*, vol 4, 25-50.

Astolfi, J.-P. (2008). *La saveur des savoirs. Disciplines et plaisir d'apprendre*. Paris : ESF.

Barbier, J.-M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : PUF.

Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu* (9e éd.). Paris : PUF.

Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L. et Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia, 34*, 15-44.

Brousseau, G. (1998). *Théorie des situations didactiques*. Grenoble : La Pensée sauvage.

Carnus, M.-F. (2003). Analyse didactique du processus décisionnel de l'enseignant d'EPS en gymnastique : une étude de cas croisés. *In* C. Amade-Escot (éd.), *Didactique de l'éducation physique, état des recherches* (pp. 193-224). Paris : Éditions Revue EP&S.

Chevallard Y. (1989). *Le concept de rapport au savoir, rapport personnel, rapport institutionnel, rapport officiel*. Actes du séminaire de didactiques des mathématiques et de l'information. Grenoble : LSD Imag et Institut J. Fourier, 211-235.

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

Delignières, D. & Garsault, C. (2004). *Libres propos sur l'éducation physique*. Paris : Éditions Revue EP&S.

De Luca, M. & Loizon, D. (2010). *Éducation à la Santé et formation. Les pratiques réelles des formateurs en EPS*. Communication présentée au 3e colloque national d'UNIRéS, Paris, France, octobre.

Dhellemmes, R. (2000). *Contenus d'enseignement en EPS pour les lycées*. Dossier EPS n° 52. Paris : Éditions Revue EP&S.

During, B. (1984). *Des jeux aux sports. Repères et documents en histoire des activités physique*. Paris : Éditions Vigot.

Jourdan, D. (2008). À propos de l'éducation à la santé en milieu scolaire, EP.S interroge. *Revue EP&S., 329,* 5-8.

Léal, Y. (2012). *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent. Une étude de cas contrastée en didactique clinique à l'école élémentaire*. Thèse de doctorat non publiée, Université Toulouse-II – Le Mirail, Toulouse.

Lebeaume, J. & Martinand, J.-L. (2001). *Recherches en IUFM*. Actes du séminaire LIREST. ENS Cachan, 5 mai.

Loizon, D. (2009). Les filtres personnels dans l'action didactique. *In* A. Terrisse & M.-F. Carnus (éds.), *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS). Quels enjeux de savoirs ?* (pp. 83-100). Bruxelles : De Boeck.

Loizon, D. (2012). Vers un autre modèle de l'éducation à la santé. Pour une éducation au choix. *In* D. Berger & C. Simar (éds.), *Éducation à la santé dans et hors l'École. Recherches et formations* (pp. 331-340). Paris : MGEN.

Loizon, D. & De Luca, M. (2011). Éducation à la Santé et formation en EPS : une analyse des pratiques déclarées. *In* C. Spallanzani, R. Goyette, M. Roy, S. Turcotte, J.-F. Desbiens & S. Baudoin, *Mieux former pour mieux agir dans une société en mouvement* (pp. 237-241). Sherbrooke : Presses de l'Université du Québec.

Loizon, D. & Gruet, M. (2011). L'enseignement de l'éducation à la santé en écoles élémentaires par des intervenants en EPS. *Carrefours de l'éducation*, 32, 59-73.

Loizon, D., Margnes, E. & Terrisse, A. (2004). Analyse des pratiques d'enseignement du judo en EPS. *eJRIEPS, 14*, 63-82.

Malglaive, G. (1998). *Enseigner à des adultes* (3e éd.). Paris : PUF.

Marsault, C. & Cornus, S. (2014). *Santé et EPS, un prétexte, des réalités*. Paris : L'Harmattan.

Mérand, R. & Dhellemmes, R. (1988). *Éducation à la santé, endurance aérobie, contribution de l'EPS*. Paris : INRP.

Minder, M. (1999). *Didactique fonctionnelle. Objectifs, stratégies, évaluation* (8e éd.). Paris-Bruxelles : De Boeck Université.

Peyré, P. (2000). *Compétences sociales et relations à autrui. Une approche complexe*. Paris : L'Harmattan.

Reuter, Y., Cohen-Azria, C., Daunay, B., Delcambre, I. & Lahanier-Reuter, D. (2007). *Dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques*. Bruxelles : De Boeck Université.

Sarremejane, P. (2002). *Les didactiques et la culture scolaire*. Québec : Éditions Logiques.

Simar, C. & Jourdan, D. (2008). La contribution spécifique de l'éducation physique à la lumière de travaux de recherche récents. *Revue EP& S., 329*, 10-12.

Terrisse, A. (2000). Épistémologie de la recherche clinique en sports de combat. *In* A. Terrisse (dir.), *Recherches en Sports de combat et Arts Martiaux. État des lieux* (pp. 95-108). Paris : Éditions Revue EP&S.

Terrisse, A. (2001). La référence dans l'enseignement de l'éducation physique et sportive. *In* A. Terrisse (dir.), *Didactique des disciplines. Les références au savoir* (pp. 119-139). Bruxelles : De Boeck Université.

Terrisse, A. & Carnus, M.-F. (2009). *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS). Quels enjeux de savoirs ?* Bruxelles : De Boeck.

Tribalat, T. (2005) *Santé et EPS*. Actes du Forum international de l'Éducation physique et du Sport (CD-Rom). Paris : SNEP-Centre EPS et Société.

Turcotte, S., Otis, J. & 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.