

Travail
& formation
en éducation

Travail et formation en éducation

6 | 2010
Varia

Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants

Pizon Frank, Jourdan Didier, Simar Carine et Berger Dominique



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/tfe/1327>

ISSN : 1760-8597

Éditeur

UMR ADEF P3

Référence électronique

Pizon Frank, Jourdan Didier, Simar Carine et Berger Dominique, « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », *Travail et formation en éducation* [En ligne], 6 | 2010, mis en ligne le 18 janvier 2011, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/tfe/1327>

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

© Tous droits réservés

Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants

Pizon Frank, Jourdan Didier, Simar Carine et Berger Dominique

- 1 Gérer le quotidien de la classe et anticiper les notions à aborder avec ses élèves, considérer individuellement les difficultés d'apprentissage en petits groupes durant l'aide personnalisée, conserver une homogénéité suffisante dans son groupe classe afin d'avancer dans les programmes,... tels sont quelques uns des enjeux professionnels liés à la vie d'une classe. Force est de constater que les tâches assignées aux enseignants du premier degré se diversifient et se complexifient. Charge à eux de mener à bien les enseignements disciplinaires et d'intervenir également en éducation à l'environnement et au développement durable, à la santé, aux médias, en répondant parfois à des injonctions en lien direct avec l'actualité. On peut parler ici de porosité du système éducatif aux questions socialement vives. Les programmes scolaires ne sont plus la seule référence, et l'on observe un développement considérable des prescriptions institutionnelles (socle commun de connaissances et de compétences, circulaires, journées nationales centrées sur un thème, etc.). Ce contexte de surprescription (Saujat, 2007) engendre un sentiment d'empilement d'activités non coordonnées (Lantheaume et Hérou, 2008). L'éducation à la santé est bien représentative de ces objets situés aux marges du large spectre que recouvrent ces attentes adressées à l'Ecole (Pizon et Jourdan, 2009a). Elle présente de ce point de vue un intérêt tout particulier pour comprendre ce qui se joue dans cet élargissement du champ d'intervention de l'Ecole et appréhender les enjeux qui se posent actuellement au milieu scolaire. Les prescriptions en éducation à la santé en France ont la particularité de se structurer autour de registres multiples oscillant constamment entre prévention, protection et éducation (Pizon et Jourdan, 2009a). Elles s'avèrent être d'une grande diversité et la tâche qui incombe aux

enseignants se situe en référence aussi bien à des thématiques de santé à aborder avec les élèves qu'au développement de leurs compétences individuelles et sociales dans une démarche de promotion de la santé et de bien-être à l'Ecole, ou encore à la prévention de comportements à risque.

- 2 Les travaux de recherche conduits en éducation à la santé en milieu scolaire se sont considérablement enrichis ces dernières années. Leur ancrage théorique se situe entre les sciences de l'éducation et les cadres conceptuels issus de la santé publique (Pizon et Jourdan, 2010b), et nombre d'entre eux se sont intéressés à l'influence des représentations sociales et des conceptions individuelles mobilisées en éducation à la santé par les enseignants (Jourdan et al, 2002 ; Berger et al, 2007). L'étude de la bibliographie montre que l'implication de ces professionnels du milieu scolaire dans le champ de l'éducation à la santé est considérée comme modeste (voir références dans Pizon et Jourdan, 2010), et ce, aussi bien dans les rapports institutionnels français (Baeumler, 2002 ; Mamecier, 2004) que dans les méta-analyses scientifiques internationales (Tones, 1994, Tobler et al., 1997, 2000, Thomas, 2005). Pour autant, les méthodologies mobilisées sont en général fortement réductrices et visent à mesurer la compliance à un dispositif particulier plus ou moins imposé (un « programme » en santé) ou à une prescription institutionnelle ayant un caractère clairement injonctif (par exemple mettre en œuvre des séances de prévention sur une thématique donnée pour une classe d'âge précise ou mettre en place un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté). Ces méthodologies d'intervention ne laissent qu'une place marginale à la contribution des enseignants, la relayant parfois même au second plan, ou se contentant d'en déplorer les faiblesses. L'existence de pratiques en éducation à la santé en classe est néanmoins une réalité, moins marginale qu'il n'y paraît. Une première étude française a en effet montré que les enseignants du premier degré déclarent à 71% pratiquer l'éducation à la santé avec leurs élèves (Jourdan et al., 2002). Une autre étude (Berger et al., 2009), qui a été conduite sur les pratiques de classe et d'école, a montré leur grande hétérogénéité (tant sur le plan des contenus enseignés que des approches pédagogiques et didactiques) et une difficulté à définir l'éducation à la santé comme objet d'enseignement.
- 3 Notre travail s'inscrit dans le prolongement de ces deux études et se centre sur la caractérisation des pratiques déclarées d'enseignants du premier degré en éducation à la santé. Nous considérons que la prescription n'est pas un « prêt-à-agir » mais le point de départ d'une façon de repenser des buts et des moyens d'action en cohérence avec le milieu de travail (Amigues et Lataillade, 2007). En nous plaçant dans la perspective « d'étudier pour rendre compte, expliquer et comprendre l'organisation des pratiques et les processus en jeu dans leur fonctionnement » (Bru, 2002), nous formulons l'hypothèse selon laquelle il est possible d'identifier et de catégoriser les facteurs conditionnant la définition de la tâche que les enseignants du premier degré se donnent dans le champ de l'éducation à la santé.
- 4 Le champ de l'éducation à la santé en milieu scolaire est référé d'une part à des pratiques sociales de référence (en matière de prévention par exemple) et d'autre part à des savoirs scientifiques sur des données physiologiques ou relatives à certains comportements à risque. La place spécifique des pratiques de référence n'est pas propre à l'éducation à la santé, elle concerne plus largement les éducations à...(Lange et Victor, 2006). Selon Lebeaume (1999, 2004) les éducations à... ont une position périphérique à l'activité enseignante. Cette dernière ayant du reste fait l'objet de recherches se référant

essentiellement à la dimension didactique de cette activité et à des analyses de pratiques pédagogiques sur lesquelles nos travaux prennent également appui (par exemple Crahay, 2002 ; Lebeaume et Coquidé, 2008 ; Lebeaume, 2007). L'enracinement de l'éducation à la santé dans des pratiques qui ne sont pas balisées par une matrice disciplinaire avec des programmes scolaires spécifiques ne permet pas une approche par la didactique traditionnelle. Là où l'Ecole prône l'Universalité de ce qu'elle enseigne en mathématique, en physique ou encore en français, il lui faut à présent intégrer dans ses enseignements en *éducation à...* l'incertitude de savoirs socialement connotés et construits en référence à des normes susceptibles d'évoluer. Le balisage du champ se constitue autour des formes de travail qui le sous-tendent et qui participent à le caractériser ou à en matérialiser l'existence. Ces formes de travail nous renvoie au « trans », au « pluri », au « co » ou à « l'inter » disciplinaire (Mérini, 1997 ; Lange et Victor, 2004, 2006).

- 5 Nous devons également considérer que « l'intelligibilité des pratiques enseignantes relèvent de connaissances complémentaires (pas forcément convergentes en tous points) tenant chacune d'un rapport aux pratiques qui, précisément, crée des conditions particulières d'études » (Bru, 2002). De ce point de vue, nous ne postulons que l'éducation à la santé, au même titre que les éducations à... (Lebeaume, 2004) renvoient à des dimensions multiples de l'activité enseignante « dans » et « hors » la classe. Focaliser l'attention sur un temps de classe spécifique ne peut permettre d'obtenir avec un grain suffisant des informations sur la tâche que ces enseignants se donnent en éducation à la santé. Certains auteurs décrivant les éducations à... parlent de forme non-scolaire (Martinand, 2005) et les outils adaptés à l'analyse d'une séance d'histoire ou de mathématique ne sont alors pas nécessairement adaptés à des champs transversaux comme l'éducation à la santé qui ne respecte pas la forme disciplinaire typique des enseignements. Il s'agit donc de conserver une centration sur l'enseignant plutôt que sur les savoirs disciplinaires. Dans ce sens, certains auteurs ont construit des modèles en analyse du travail permettant de caractériser l'activité enseignante (Amigues et al., 2003 ; Goigoux, 2005, 2007 ; Mangiante-Orsola, 2007 ; Saujat, 2002). Ces modèles sont toutefois essentiellement utilisés pour analyser les situations d'enseignement en classe et nécessite une adaptation afin de pouvoir être appliqués au domaine de l'éducation à la santé. Le caractère diffus du champ et l'étendue des pratiques en éducation à la santé nécessite de voir autour de quelles dimensions se structurent les facteurs influant sur les pratiques pédagogiques en éducation à la santé.
- 6 Les modélisations issues des sciences de l'éducation ramenées au champ de l'éducation à la santé sont pratiquement inexistantes. A ce titre, un travail exploratoire situant l'éducation à la santé dans l'enseignement et accompagné d'un effort de catégorisation des facteurs mobilisés, nous semble un moyen pour réintroduire le maître comme « élément » essentiel de compréhension des savoirs opérationnels dans la classe et dans l'école. Pour cet effort de structuration, nous nous référons au modèle d'analyse de l'activité de l'enseignant tel que défini par Goigoux (2007). La transposition méthodologique de ce modèle d'analyse issue de la didactique a fait l'objet de publications antérieures (Pizon et al., 2008 ; Pizon et Jourdan, 2009a, 2009b, 2010) et nous a conduit à une modélisation articulée autour de trois entrées intégrant également des données contextuelles propices au positionnement de l'activité enseignante en éducation à la santé. Ce modèle propose trois axes permettant d'organiser les facteurs déterminant l'activité : l'axe « Institution », l'axe « Personnel » (l'enseignant) et l'axe « Public » (les élèves). Situer la tâche prescrite dans son contexte, la décrire (but, principes, règles,

déroulement) et la référer aux facteurs influençant le comportement de l'opérateur (contraintes, ressources) permet d'accéder à la tâche que les enseignants se donnent. Nous nous intéresserons donc bien à la tâche et non pas à l'activité, même si dans un mouvement indissociable les deux peuvent se confondre (Leplat, 1997).

- 7 L'étude a été conduite dans cinq écoles (deux écoles primaires, une école élémentaire et deux écoles maternelles) d'un territoire semi-urbain du département de l'Allier. Le contexte socio-économique de ce territoire est de type défavorisé. Les indicateurs de suivi montrent un taux de chômage double du taux national (16,5% contre 8,2%) et un nombre important de familles monoparentales et de familles percevant des minima sociaux (sur 7087 habitants, 363 perçoivent le RMI, dont 99 ont un enfant scolarisé sur ce territoire). Cela se traduit par la présence d'un contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) prenant place dans la politique ville départementale.
- 8 Parmi les outils d'investigation à notre disposition (observations *in situ*, questionnaire, recueil de données principalement basé sur des enregistrements et des vidéos, recueil de traces écrites, et/ou entretiens avec les enseignants), nous avons opté pour un recueil du discours enseignant pour les raisons suivantes.
- 9 Le temps d'investigation et les moyens mobilisables ne nous permettant pas de récolter les éléments composites (traces écrites, observations *in situ*, démarche de confrontation aux objets récoltés,...) pour décrire l'activité effective de notre échantillon d'enseignants, nous avons préféré proposer à ceux-ci de décrire la latitude professionnelle dont ils disposent, et d'identifier les facteurs influençant la redéfinition de leur tâche dans un processus allant de déconstructions en reconstructions. Cela a alors constitué un terrain fécond pour mettre en exergue les choix professionnels et les conceptions individuelles mobilisées. Il est apparu que malgré des limites (Faïta et Vieira, 2003), l'entretien permettait un recueil de données suffisamment dense pour aboutir à une saturation des données (aucun nouvel argument du discours n'apparaissant à la suite un certain nombre d'entretiens).
- 10 Trente enseignants ont été interviewés. La sélection de cet échantillon a été motivée par le fait qu'ils représentaient l'ensemble des enseignants d'un même bassin de formation.
- 11 L'intégralité du recueil de données a eu lieu entre janvier 2009 et février 2009. Ce travail a été mené par entretiens non directifs autour d'une question initiale : « *quelle est la place de l'éducation à la santé dans votre pratique professionnelle ?* ». Le rôle de l'interviewer se limitait à soutenir le discours des enseignants sur la base de leurs propos afin de les pousser plus loin dans leur argumentation. Aucune question de relance, risquant d'orienter le discours, n'avait donc fait l'objet de préparation. Chaque entretien (d'une durée allant de 46 à 73 min) a été enregistré puis entièrement retranscrit et anonymé. Toutes les personnes interrogées ont reçu par la suite une synthèse de l'analyse de l'ensemble du recueil de données conformément au contrat initialement posé.
- 12 Une procédure ascendante d'analyse qualitative a été conduite selon la méthode décrite par Bardin (2003) afin d'identifier des « catégories » ou « rubriques significatives ». Dans un premier temps, la retranscription écrite de tous les entretiens enregistrés a été réalisée en conservant l'exhaustivité et l'intégralité du discours. « Des opérations de découpage du texte en unités comparables, de catégorisation pour l'analyse thématique, de modalité de codage pour l'enregistrement des données » (ibid.) ont été réalisées. Elles l'ont été par trois codeurs, permettant de confirmer ou d'infirmer certains choix de catégorisation d'items. Ce travail a conduit à retenir les catégories les plus significatives.

A la suite de cette étape, nous avons vérifié si les catégories d'analyse retenues étaient exhaustives en les confrontant de nouveau à l'ensemble des entretiens afin de les ajuster le plus finement possible. Nous avons ensuite recherché les inférences, opérations logiques dans une démarche inductive entre description et interprétation. Des liaisons de co-occurrence entre les données ont permis de remonter jusqu'à des facteurs à l'origine de la redéfinition de la tâche par les enseignants de notre échantillon.

- 13 En nous appuyant sur nos travaux antérieurs sur les déterminants de l'activité (Pizon et al., 2008 ; Pizon et Jourdan, 2009a, 2009b, 2010), ces facteurs ont tous pu être catégorisés selon trois dimensions : institutionnelle (les programmes d'enseignement, la politique d'école,...), individuelle (son rapport au métier, à l'éducation à la santé, à sa propre santé, ...) et collective (rapport aux élèves, lien aux familles et aux partenaires de santé...).
- 14 La figure 1 propose une présentation synthétique des facteurs intervenant dans la reconstruction a posteriori des pratiques en éducation à la santé. Nous proposons ensuite une mise en lumière des trois pôles structurant ces différents facteurs.

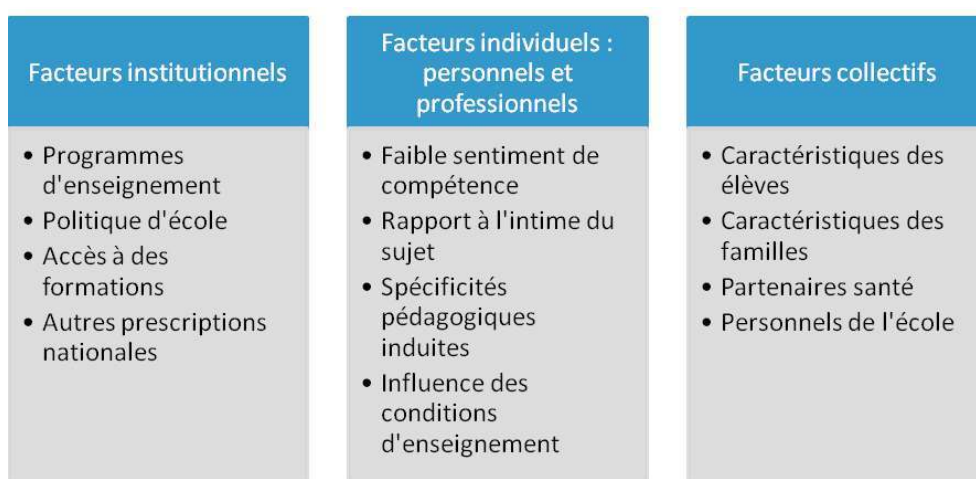


Figure 1 : Facteurs intervenant dans la construction a posteriori de la tâche que les enseignants du premier degré se donnent en éducation à la santé

- 15 Légende : Une catégorisation selon trois pôles permet un regroupement des facteurs : facteurs d'ordre institutionnel, facteurs d'ordre individuels et facteurs d'ordre collectifs. Les facteurs individuels sont prédominants.
- 16 Les principaux facteurs institutionnels mentionnés renvoient aux programmes d'enseignement, à la politique d'école, aux formations et aux prescriptions nationales.
- 17 Les résultats montrent que la mention aux programmes d'enseignement est essentiellement faite en référence aux nouveaux programmes de 2008 et à l'ancrage de l'éducation à la santé au sein de ces derniers. Les enseignants de notre échantillon caractérisent l'évolution récente des programmes d'enseignement comme un retour aux fondamentaux se caractérisant par la pression des matières fondamentales. Celle-ci est ressentie de manière d'autant plus forte que l'impression leur est donnée d'avoir des contenus de plus en plus denses à faire acquérir dans un volume horaire moindre (« Parce qu'effectivement, dans les nouveaux programmes, on va dire... on cloisonne chaque discipline... » E1 / « On n'a plus le temps pour le reste, une fois qu'on a fait le français, les maths... » E8).
- 18 La perception des programmes scolaires par les enseignants de notre échantillon révèle une connaissance imprécise des orientations à suivre en matière d'éducation à la santé.

Ils déclarent éprouver des difficultés afin de situer celle-ci dans les programmes. On observe qu'il n'y a d'ailleurs pas de consensus sur ce qui est attendu chez les élèves, certains situant les contenus en référence aux disciplines existantes (SVT principalement), tandis que d'autres évoquent la difficulté à formaliser les contenus du fait de la transversalité de l'objet et de son caractère diffus dans l'activité (« Où est-ce qu'on met l'éducation à la santé ? C'est ça car dans les programmes, c'est pas clairement défini... ce n'est pas dit... donc du coup... » E10 / « Pour la santé, c'est une notion... Je pense que c'est pour ça que dans les programmes, elle est un peu partout, parce qu'elle se recoupe plein de fois, avec plein de choses, je trouve... C'est pas précis, parce que peut-être que quelque part, c'est peut-être des choses simples, qui coulent de source... Et puis, c'est peut-être difficile aussi de les formaliser, étant donné que... pour parler d'une notion, on va piocher un peu dans tous les domaines de l'école » E13).

- 19 Pour autant, les résultats montrent que l'éducation à la santé peut être clairement reliée aux orientations politiques de l'école. Les enseignants saisissent cette occasion pour travailler ces questions en allant jusqu'au montage de projets d'école (« Le projet d'école... il est sur l'alimentation... Donc, c'est pour ça qu'on a fait beaucoup d'ateliers à ce niveau-là... » E16 / « Dans notre projet d'école, on travaille l'hygiène... le respect... la protection de l'environnement... » E22). De même, les réunions de rentrée ou de rencontres avec les parents fixées au sein de l'école apparaissent comme des temps d'échanges favorables à l'évocation des objectifs visés pendant l'année scolaire en matière d'éducation à la santé. D'autres initiatives, moins formalisées sont également mises en place à l'échelle de l'établissement dans le domaine de la santé dans la perspective d'éduquer à la citoyenneté. C'est le cas des conseils de délégués qui apparaissent aussi comme des leviers de développement d'un travail en éducation à la santé.
- 20 Parmi les éléments institutionnels décrits par les enseignants comme intervenant dans la construction des pratiques en éducation à la santé, les formations ont été citées. On retiendra que très peu d'entre eux ont bénéficié d'une formation initiale dans ce domaine et lorsque ce fut le cas, le volume horaire apparaît de leur point de vue comme insuffisant (« A l'IUFM, on a eu des interventions qui étaient très intéressantes, sur comment parler du tabac aux élèves, sur la nutrition... c'était vraiment bien... Par contre, je trouve qu'on n'en a pas eu suffisamment » E3 / « Oui, à l'IUFM, j'ai suivi une formation initiale... avec des cours en éducation à la santé et à la citoyenneté... par contre... surtout axée... sur le cycle 3 ! » E18 / « on n'a pas eu de formation particulière à la santé et à la citoyenneté... on fait comme on l'entend, comme on peut » E20).
- 21 Le dernier facteur institutionnel ayant émergé de manière dominante dans le discours enseignant renvoie aux prescriptions nationales émanant de la santé publique et adressées à l'Education nationale. Les enseignants n'hésitent pas à mobiliser et à intégrer des prescriptions de santé publique dans leur enseignement avec le plan national nutrition et santé en se saisissant d'actions nationales (« Dans le cadre de la semaine du goût, y a... Y a souvent des... restaurateurs... ou des... responsables des cantines qui viennent. Voilà. C'est l'occasion de parler de l'équilibre... d'une bonne alimentation... » E7).
- 22 Les résultats permettent de mettre en lumière des dimensions individuelles (personnelles et professionnelles) de l'enseignant qui interviennent dans le processus de redéfinition de la tâche. Ces conceptions individuelles, que les enseignants ont élaborées tant en référence au champ de l'éducation à la santé qu'à leur métier, participent à la construction de leurs pratiques d'enseignement. Les éléments repérés renvoient de façon dominante aux dimensions du champ et aux difficultés qu'il soulève, au faible sentiment

de compétence des enseignants en éducation à la santé, ainsi qu'aux spécificités pédagogiques induites.

- 23 L'éducation à la santé est située par les enseignants de notre corpus en référence aux spécificités des éducations à... Le flou des frontières permettant de les délimiter a été pointé. Aucun consensus n'est observé sur les dimensions que doit recouvrir l'éducation à la santé par rapport à d'autres éducations à... notamment l'éducation à la citoyenneté. Ce flou entraîne l'expression d'une difficulté pour délimiter les attentes en ce domaine (« Pour la santé... euh... je vois pas d'autres choses... Alimentation, sommeil, hygiène. Ça reste autour de ces trois pôles » E13 / « Alors moi, j'ai un problème... je me posais la question entre hygiène et santé. Je sais pas... Je sais pas si c'est lié ou pas... Une éducation à la santé... Je voyais ça plus pour les microbes... on va dire... par exemple, les poux. Là, je pensais que c'était plus... vraiment... éducation à la santé » E5). Les enseignants déclarent alors ancrer majoritairement leurs pratiques en référence à des approches thématiques de santé trouvant une légitimité sociale (hygiène, alimentation,...), et minoritairement autour d'un travail relatif aux compétences propices à la santé comme l'estime de soi ou bien encore à des approches mêlant par exemple d'autres éducations à... S'il n'y pas consensus quant à la tâche qui leur incombe, ils relient davantage l'éducation à la santé à une variété de situations d'apprentissage : transmettre des savoirs, informer ou bien encore prévenir des comportements à risque (« Ah non ! Le rôle de l'enseignant n'est pas seulement de transmettre des savoirs... On instruit, on éduque... et puis, on fait de la prévention aussi pour certaines choses... Et puis, on informe. Je trouve que l'information c'est aussi du domaine de l'éducation... » E2 / « Le rôle des enseignants est dans un grand débat... Il y a une information et une éducation... puisque forcément on va solliciter des compétences à l'école... des savoir-être... je dirais... donc, forcément il y a une éducation derrière... et une information » E5). Une tension apparaît entre d'une part faire acquérir aux élèves les savoirs fondamentaux, et d'autre part travailler à des conditions favorables aux apprentissages en permettant de développer des compétences personnelles. Pour autant, la pression des enseignements disciplinaires et la recentration sur les savoirs fondamentaux demandée par l'institution ne semble laisser qu'une place limitée à l'éducation à la santé et conforte sa position périphérique (« Mea-culpa... je donne la priorité au français et aux maths... » E9 / « On travaille beaucoup sur le vocabulaire » E17 / « On se centre sur les fondamentaux... on fait le reste quand il nous reste du temps » E22). On remarque que les évaluations nationales ont été identifiées par certains enseignants comme permettant de renseigner et d'aider à déterminer le niveau des élèves en matière de santé via leur niveau de vocabulaire, renvoyant ainsi à leur capacité à exprimer leurs émotions et leurs sentiments.
- 24 Les déclarations portant sur les pratiques pédagogiques mobilisables en éducation à la santé montrent que celles-ci se construisent « au fil de l'eau » et qu'assez peu d'activités font l'objet de planifications en début d'année scolaire (« Des fois, je rebondis sur des choses que mes élèves me disent... on peut parler du tabac... On peut aussi parler d'alcool, d'alcoolisme » E2). Les enseignants semblent davantage définir leurs pratiques aux regards des situations qui se présentent à eux avec l'actualité (des reportages, des faits divers), ou bien en réaction à des situations identifiées au sein de l'école (poux, violence). Les formes discursives (débat, échanges,...) sont alors majoritairement mobilisées. Les seules approches repérées ayant fait l'objet de planification renvoient au domaine de l'alimentation et présentent comme particularité d'avoir un ancrage disciplinaire fort en SVT.

- 25 Le dénominateur commun des difficultés exprimées est de toucher à l'intime du sujet (« *Et il y a aussi... l'éducation sexuelle... c'est un peu la bête noire des enseignants... c'est pas évident à traiter...* » E8). On retrouve de manière complémentaire un lien entre un faible sentiment de compétence et le poids de l'intime dans la thématique de santé abordée en classe (« *il y aurait le thème du sommeil... j'ai des élèves qui disent qu'ils se sont couchés tard... je sais pas trop comment faire parce qu'on peut... rentrer dans le domaine intime... C'est un peu délicat. Et donc ça, je sais pas trop comment l'aborder, mais je pense que ce serait pas mal* » E8).
- 26 Des perceptions personnelles du climat scolaire semblent également intervenir de manière assez forte en amont des pratiques en éducation à la santé. Lorsque ce climat scolaire est perçu globalement comme négatif, cela est en référence à de réelles difficultés interpersonnelles allant même jusqu'à des faits de violence sur leur personne (« *Depuis quelques temps, c'est infernal... Ils ont des gestes... assez négatifs envers moi... Donc, là, ça commence à devenir très limite... et... j'aimerais bien qu'ils prennent conscience de ça* » E3). Pour autant, la perception de ce climat scolaire ne renvoie pas uniquement à des faits négatifs. Il est également relié à la qualité des relations sociales existant au sein de l'établissement avec les personnels non-enseignants (« *le souci, c'est plus au niveau du personnel qui gravite autour de l'école : cantine, garderie... il n'y a pas d'échange véritable... quand les enfants rentrent de la cantine où ils ont été énervés, excités, on le ressent dans la classe* » E1) et avec les parents (« *On a des conflits avec les parents... Ils n'ont pas la même vision que nous pour ça... ils ne nous soutiennent pas...* » E21). Les pratiques individuelles en éducation à la santé sont ainsi régulièrement resituées dans un contexte collectif.
- 27 La description par les enseignants des caractéristiques sociales de leurs élèves montre que celles-ci sont qualifiées de défavorisées. Les enseignants le justifient par la diversité des populations accueillies (des enfants du voyage notamment), un contexte socio-économique en nette dégradation, des familles monoparentales nombreuses et un taux de chômage très important (« *J'ai beaucoup d'enfants de parents divorcés et ça se ressent... ça perturbe pas mal les enfants au niveau scolaire... Ils manquent de concentration, d'attention* » E1 / « *Euh...comme nous, on a les enfants du voyage... donc ...il y a toujours les clivages « enfants du voyage ou pas enfants du voyage »... un petit peu envenimés par les parents...* » E14).
- 28 L'état de santé des élèves décrit renvoie principalement à des problèmes liés à l'hygiène corporelle, à des soucis d'énurésie, ou à des problèmes bucco-dentaires (« *on a beaucoup d'enfants qui déjà ont les dents toutes marron* » E17 / « *Et puis il y avait des enfants qui sentaient pas très bon non plus* » E11 / « *Dans ma classe... j'ai des petits qui sont pas lavés... qui ont les vêtements sales... les cheveux gras... après au niveau hygiène, y'a encore tous les problèmes de poux* » E9). Une relation étroite est établie dans le discours entre ces problèmes d'hygiène et leurs répercussions sur les apprentissages des élèves mais aussi sur la qualité de leur insertion sociale et de leur épanouissement personnel.
- 29 Il n'y a pas consensus chez les enseignants interviewés quant à la place que doivent occuper les parents à l'école et au type de relations devant être privilégiées avec ceux-ci (« *Les parents, partenaires à part entière ?... Pour moi, pour ce qui est éducation à la santé, oui... Enfin..., je pense... oui... mais c'est tout à fait personnel... J'attends de leur part du soutien ! Au moins je me dis que si j'ai un discours et que les parents ont le même, ça va plus aboutir... que si, moi, j'ai un discours et qu'ils ont un discours différent !* » E5 / « *C'est notre rôle d'apprendre aux enfants ce qu'ils n'ont pas chez eux* » E20 / « *J'avais essayé d'aborder le sujet avec le papa, mais... j'avais peur de vexer les parents... Quand on parle de surpoids, on parle de repas... de l'intimité d'une famille... Donc, quand on aborde ça avec les parents, forcément, on soulève quelque chose de douloureux pour eux... euh... c'est délicat* » E6). Les relations entretenues avec les familles

oscillent entre une nécessité de les impliquer dès la conception d'une action s'opposant à un sentiment d'une concertation inutile de ces derniers en raison des signes de démotivation qu'ils présentent vis-à-vis de l'école. Il a été fait mention à plusieurs reprises du vécu négatif de certains parents à l'égard de l'école.

- 30 Si le partenariat avec les familles fait débat, les enseignants de notre échantillon estiment que les partenaires issus du monde médical ou associatif sont des partenaires à privilégier (« *Comme autres partenaires, il peut y avoir aussi le médecin scolaire* » E5 / « *Il y aurait l'infirmière et le médecin scolaire* » E6 / « *Comme partenaires, alors justement l'infirmière scolaire en ce qui concerne les poux ou des dentistes quand on parle des dents... ou un médecin scolaire, ou un nutritionniste* » E8). Ces partenariats sont identifiés comme le recours à des personnes ressources, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de réduire un sentiment personnel de faible compétence à intervenir sur des thématiques pouvant présenter une prise de risque professionnel. C'est le cas pour l'éducation à la sexualité où la nécessité d'une position d'expertise semble d'autant en légitimer le recours (« *Par rapport au thème éducation à la sexualité, c'est écrit dans les programmes, mais c'est vrai que moi je ne vois pas du tout, ça fait six ans que j'ai la classe de CM1 / CM2, six ans que je me pose la question... Moi je les trouve petits et je trouve délicat à traiter cela avec eux ... Oui malheureusement j'en parle pas ... je compte sur le collègue et le fait qu'il y ait une infirmière qui elle va être quelqu'un de différent de l'enseignant* » E24).
- 31 D'autres personnes ressources comme les personnels du RASED ou bien encore la psychologue scolaire ont été cités. Ces derniers apparaissent dans le discours enseignant comme des partenaires pour aborder la relation école / famille en éducation à la santé et constituent des interlocuteurs importants dans un rôle de médiation avec les familles autour de problèmes de santé.
- 32 Nous avons formulé en amont de cette étude l'hypothèse selon laquelle il est possible d'identifier et de catégoriser des facteurs conditionnant la définition de la tâche que les enseignants du premier degré se donnent dans le champ de l'éducation à la santé.
- 33 Notre démarche a privilégié une approche endogène non pas « sur » mais « avec » les professionnels et la constitution de notre corpus de recherche a été conçue à partir de ce cadre épistémologique et éthique. Sur un plan méthodologique, notre travail a pris appui sur des entretiens non directifs afin de laisser s'exprimer trente enseignants du premier degré sur la place de l'éducation à la santé dans leurs pratiques professionnelles. Les textes officiels montrent que l'éducation à la santé participe à complexifier ce contexte surprescriptif au travers d'attentes multiples adressées au système scolaire français et émanant de la santé publique (Pizon et Jourdan, 2009). La finalité de ce travail était donc de décrire les facteurs influençant la tâche que ces professionnels se donnent dans un contexte de surprescription d'objectifs (Saujat, 2007 ; Lantheaume et Hérou, 2008).
- 34 Une limite à notre travail est liée à l'absence de recueil de données complémentaires (traces écrites, questionnaire,...) lesquelles, par croisement avec les entretiens, auraient pu contribuer à en objectiver le contenu (Mérini, 2008 ; Berger et al, 2009). De plus, le choix délibéré de focaliser sur le discours des maîtres et d'aller systématiquement en congruence avec, de ne questionner que dans le cadre d'une relance, de s'abstenir de tout commentaire, réduit la perception des pratiques et l'accès à la réalité de leur mise en œuvre. Nous avons donc privilégié l'accès à la reconstruction de cette réalité en identifiant des dominantes du discours afin, d'une part, d'isoler des facteurs conditionnant les pratiques, et d'autre part, de délimiter la tâche telle qu'elle peut être perçue et exprimée en transformant l'obstacle en ressource : « ce qui compte, c'est ce

qu'on n'arrive pas encore à dire du réel de l'activité : ce difficile à dire avec quoi on pourrait peut être faire quelque chose de différent de ce qu'on fait » (Clot, 2005 *in* Remernier et al., 2007). Conscients des biais possibles dans l'interprétation des résultats, nous n'avons pas cherché à accéder à une description singulière de l'activité de chaque enseignant interviewé comme cela peut être possible notamment à partir d'approches cliniques. Nous avons préféré ancrer notre démarche d'analyse des résultats sur les travaux qui ont pu être menés sur les éducations à... (Lebeaume et Coquidé, 2008 ; Lebeaume 2007 ; Lange et Victor, 2006), et sur l'analyse des présupposés sous-jacents à l'intervention en éducation à la santé en milieu scolaire qui a révélé une tâche prescrite diffuse sur le champ sanitaire dans le cadre des injonctions adressées au milieu scolaire (Pizon et Jourdan, 2010).

- 35 Les facteurs influençant l'activité révélés par les entretiens sont de nature multiple et se structurent selon trois pôles : un pôle institutionnel, un pôle individuel et un pôle collectif. Ils confortent l'idée selon laquelle le champ de l'éducation à la santé en milieu scolaire ne peut se satisfaire de considérations purement didactiques ignorant les pratiques pédagogiques. Ils accentuent également le fait qu'une approche centrée sur le professionnel est nécessaire mais qu'elle ne peut faire non plus l'économie d'une prise en compte des interactions sociales entre les professionnels de l'établissement et les partenariats instaurés. Nous sommes donc face à une réalité complexe générant des facteurs multidimensionnels et parfois spécifiques au champ. Certains de ces facteurs peuvent contribuer à décrire la spécificité de l'éducation à la santé par rapport à d'autres éducations à... Le rapport à l'intime du sujet ou le rapport aux familles en constituent des exemples significatifs. Un autre élément de distinction est la valeur surdéterminante des facteurs personnels dans leur ensemble. Cette observation est en cohérence avec de précédents travaux portant sur le premier degré (Simar et Jourdan, 2010) et sur la prévention des conduites addictives en milieu scolaire (Pizon et Jourdan, 2009b, 2010).
- 36 Nous avons également pu identifier un certain nombre de similitudes avec les autres éducations à... Ainsi, il apparaît que l'éducation à la santé est perçue par les enseignants de notre échantillon comme ayant une position à la marge de leurs pratiques (Lebeaume, 2004). Ce statut périphérique amène les enseignants à agir au mieux, sans que ne soit établi de continuum entre des pratiques privilégiant une entrée éducative globale de l'individu de promotion de la santé et des pratiques se saisissant de thématiques. Trois postures différentes peuvent être dégagées. La première consiste à décrire l'éducation à la santé comme prenant place au sein même de pratiques professionnelles régulières. La seconde s'exprime au travers de faits récents parfois ponctuels ou d'actions santé identifiées et visibles en faisant l'objet d'un travail spécifique. La troisième a une origine de nature composite s'appuyant sur les deux premières. Cette dernière posture reste à la marge et n'émerge que chez les maîtres ayant un sentiment de compétence et d'expertise suffisant et revendiquant une pratique intégrée aux autres disciplines balisant ce que nous pourrions qualifier comme relevant d'une sémiotique professionnelle. Elle est également reliée à une volonté d'engagement personnel. L'énonciation de ce lien est un témoignage de la démarche de mise en œuvre de pratiques pédagogiques suffisamment opératoires pour tenir ensemble des programmes disciplinaires et par exemple un objectif transversal de développement de compétences personnelles et sociales chez les élèves tel que le socle commun de connaissances et de compétences le leur demande (MEN, 2006). Cela semble faire appel à un répertoire complexe de pratiques professionnelles induites par les spécificités du champ et qu'il serait intéressant

d'investiguer auprès de ces enseignants expérimentés. Ces pratiques appellent des compétences dont le développement est un élément clé de l'efficacité de la prévention et de l'éducation à la santé en milieu scolaire (Tobler et al., 1997 ; Tobler et al., 2000).

- 37 La variété de ces postures de travail soulignent l'existence au sein de la classe de compromis non univoques et renvoyant à des lectures plurielles de la tâche attendue. Le poids de l'actualité, la complexité des textes (entre éducation, prévention, protection, *in* Pizon et Jourdan, 2009a), l'impression de flou à la suite de la lecture des programmes entraînent des positions qui peuvent osciller plus largement entre « faire en plus », « faire avec le reste », voire « ne pas faire », et ce au regard de prescriptions pourtant communes. Les facteurs liés à l'institution (programmes, politique de l'école, prescriptions diverses, participation ou non à des formations) ont des incidences sur la lecture de la tâche prescrite dont le caractère parfois contradictoire ne participe pas à sécuriser dans leurs pratiques les enseignants que nous avons rencontrés. Contrairement à ce qui avait pu être montré dans d'autres études (Jourdan et al., 2002 ; Berger et al., 2007), le débat est moins centré sur la légitimité à intervenir que sur le sentiment d'isolement dans la conception et la réalisation de l'activité : manque de connaissances et méconnaissance des attitudes à adopter sont cités préférentiellement. Si le soutien de la hiérarchie accentue cette légitimité d'intervention dans le cadre de projets ou de dispositifs validés et institutionnellement recevables (actions phares, projet d'école), il accentue également le sentiment d'un manque de lisibilité dans la pertinence de ce qui peut être mis en œuvre. L'expression d'une demande de formation peut alors être lue comme le révélateur de ce besoin de sécurisation des pratiques de classe, mais il peut aussi justifier le choix personnel de limiter ses interventions en éducation à la santé face à une situation d'incertitude professionnelle.
- 38 La majorité des enseignants interrogés ne se risquent pas à mettre en lien plusieurs disciplines pour traiter des questions d'éducation à la santé. Pour autant, les écrits scientifiques caractérisant les éducations à... prennent pour la plupart appui sur la valeur pluridisciplinaire de celles-ci. Or, cela n'apparaît que très peu dans le discours des enseignants de notre échantillon. Cette rupture avec la lecture scientifique des éducations à... de la matrice curriculaire sous-jacente à l'éducation à la santé est intéressante. Les contraintes professionnelles posées par cette entrée pluridisciplinaire semblent suffisamment fortes pour que la plupart des maîtres préfèrent cibler leur intervention en éducation à la santé autour de problématiques identifiées ou d'actualité comme s'ils étaient à la recherche d'« espaces de liberté » (Pastré, 1994) acceptables et tenables. Pour reprendre les propos de Clot, nombre d'« activités suspendues, empêchées ou au contraire déplacées » sont énoncées et montrent à quel point les obstacles ressentis pour agir sont nombreux. La mobilisation de ce qui fait consensus professionnel (la mise en place de délégués de classe avec l'objectif affiché de développer la responsabilité et l'autonomie) peut être considéré comme un exemple intéressant de compréhension de ce processus individuel et collectif de sécurisation de l'activité, ce qui est en concordance avec des résultats antérieurs (Berger et al, 2009). Il s'agit d'une seconde rupture inhérente à des choix professionnels inscrits dans une tradition pédagogique s'appuyant sur des situations privilégiant les formes discursives.
- 39 En l'absence de matrice disciplinaire avec un programme établi (Lebeaume, 1999 ; Lange et Victor, 2004, 2006) et au regard des facteurs qui influent sur la définition par les enseignants de leur tâche pour éduquer à la santé, l'insécurité pédagogique inhérente à un champ renvoyant à l'intime du sujet et au travail avec les familles participe à la

recherche de compromis professionnels composites. Une réflexion permanente sur l'action et sur un ensemble de pratiques de référence acceptables à titre institutionnel, individuel et collectif devient alors nécessaire. L'éducation à la santé possède un statut qui la distingue donc des autres éducations à... Si des similitudes existent avec celles-ci (position périphérique et statut a-disciplinaire), elle s'en distingue du fait même de son rapprochement potentiel, en arrière plan de l'activité, avec les frontières de l'intime de l'enseignant comme de ses élèves. Cet élément de distinction implique des pratiques pédagogiques invoquant un corpus d'interventions, de postures voire de valeurs qui déstabilisent la forme scolaire traditionnelle. Les enseignants sont confrontés à des tâches multiformes dans un contexte mouvant de pratiques sociales de référence. Parce qu'elles peuvent faire socialement débat, les prescriptions restent de nature diverse voire confuse en ne balisant pas suffisamment les pratiques attendues. Si nous ne pouvons parler pour l'éducation à la santé de matrice disciplinaire, nous voyons qu'un effort de précision d'une matrice curriculaire s'avère nécessaire. L'absence de clarification de la tâche prescrite contribue à renforcer un sentiment d'incertitude voire d'incompétence professionnelle. Les notions, les concepts, les savoirs ou encore les attitudes à mobiliser sont peu ou pas identifiés et font alors l'objet de renégociations individuelles et collectives allant jusqu'à la mise en débat des contours de l'éducation à la santé à l'École. Une clarification et une stabilisation des contenus éducatifs et d'enseignement devient un passage nécessaire. Les entretiens ont en effet montré la fragilité qui existe à identifier les liens qui unissent les différentes dimensions de l'éducation à la santé alors même que nous disposons de modèles en santé et de modèles en éducation (Eymard, 2004) pour relier l'ensemble et délimiter les pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Amigues, R. & Lataillade, G. (2007). Le « travail partagé » des enseignants : rôle des prescriptions et dynamique de l'activité enseignante. *Actualité de la Recherche en Education et en Formation*. Strasbourg. http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Rene_AMIGUES_282.pdf
- Amigues, R., Faïta, D. & Kherroubi, M. (2003). Métier enseignant, organisation du travail et analyse de l'activité. *Skholê*, hors série 1, 1- 4.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse du contenu*. Paris : PUF.
- Berger, D., Pizon, F., Benchariff, L. & Jourdan, D. (2009). Education à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Revue Didaskalia*, 34, 35-66.
- Berger, D., Riffaud, A. & Jourdan, D. (2007). Education à la santé dans les écoles élémentaires. Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé. *Actualité de la Recherche en Education et en Formation*. Strasbourg, 2007. http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Dominique_BERGER_151.pdf
- Bru, M. (2002). Pratiques enseignantes: des recherches à conforter et à développer. *Revue française de pédagogie*. 138, 1, 63-73.

- Crahay, M. (2002). La recherche en éducation : une entreprise d'intelligibilité de faits et de représentations ancrés dans l'histoire sociale. In F. Leutenegger & M. Saada-Robert (Eds). *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation*. Raisons éducatives 5, (pp.253-275). Bruxelles. De Boeck Université.
- Eymard, Ch. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. Education et santé, quels enjeux pour la formation et la recherche ? In *Education à la santé ou éducation pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?* Université de Provence : Questions vives, 2(5), 13-34.
- Faïta, D. & Vieira, M. (2003). Réflexions méthodologiques sur l'autoconfrontation croisée. Revue Delta : *Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*.19(1), 123-154.
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique* 3,3-3.
- Goigoux, R. (2005). Contribution de la psychologie ergonomique au développement de la didactique du français. *Balises en didactique des mathématiques*, 17-39.
- Jourdan, D. (2007). L'éducation à la santé à l'École : Apprendre à faire des choix libres et responsables. *Revue Sève*,17.
- Jourdan, D., Picc, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. & Glandier, P-Y. (2002). Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Société française de santé publique*, (4),14.
- Lantheaume, F. & Hérou, C. (2008). La souffrance des enseignants. *Une sociologie pragmatique du travail enseignant*. Paris : PUF.
- Lange, J-M. et 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.
- Lange, J.-M. & Victor, P. (2004). Penser « l'éducation à... » (la santé, l'environnement et au développement durable) au travers des cadres théoriques de la didactique et de l'épistémologie. *Communication au Congrès de l'AECSE*, septembre 2004, Paris.
- Lebeaume, J. (2007). Les manuels scolaires : des sources particulières pour l'étude curriculaire des sciences et des techniques à l'école. *IOSTE Congress. Critical analysis of sciences textbooks*. Hammamet, Tunisia.
- Lebeaume, J. (2004). « Education à... » et formes scolaires. *Intervention à l'École Normale Supérieure de Cachan*. Mai 2004.
- Lebeaume, J. et Coquidé, M. (2008). Régulation ou répartition dans les décisions professionnelles des enseignants. Exploration dans le cas de l'Enseignement Intégré des Sciences et de la Technologie au collège. In Piot et Marcel (coord.) *Symposium Tension efficacité-équité : le rôle des collectifs d'enseignants*. Colloque « Equite Efficacité » Uni Rennes AECSE, octobre 2008.
- Lebeaume, J. (1999). *Perspectives curriculaires en éducation technologique. Mémoire d'habilitation à diriger des recherches*. Université Paris Sud.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Collection le Travail Humain, PUF, Paris.
- Mangiante-Orsola, Ch. (2007). Une étude de la genèse des pratiques de professeurs des écoles enseignant les mathématiques : prédétermination et développement. *Thèse de doctorat soutenue*

publiquement le 05 décembre 2007. Université Denis Diderot - Paris VII (2007-12-05), Denis BUTLEN (Dir.)

Martinand, J.L. (2005). L'éducation technologique à l'école moyenne en France : problèmes de didactique curriculaire. *La revue canadienne de l'enseignement des sciences mathématiques et des technologies*, 3-1, 49-63.

Mérini, C. & Ponte, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'approche des pratiques. *Revue Savoirs*, 16, 77-97.

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

Pastré, P. (1994). Concepts pragmatiques et conceptualisation. In *Actes du séminaire de didactique des disciplines technologiques*. INRP. Cachan. 1993-1994.

Pizon, F. & Jourdan, D. (2010) : *Tabac, alcool, drogue : la prévention au lycée*. Editions L'Harmattan. Préface de Claude Evin.

Pizon, F. & Jourdan, D. (2009a). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Revue Spirale*, 43.

Pizon, F. & Jourdan, D. (2009b). Etude de l'impact du décret interdisant de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif sur l'activité professionnelle des personnels de direction et de vie scolaire de 17 lycées français. *Revue Recherches et Educations*. Société Binet-Simon, 3, Education et santé.

Pizon, F., Jourdan, D. & Simar, C. (2008). The effect of the smoking regulation on professional activity of headmasters and school advisers in 17 high schools. *8th IUHPE European conference on health promotion and education* – Turin, 9 – 13th September 2008.

Remermier, C., Vérillon, P. & Werthe, C. (2007). Prendre des risques, du travail à l'école. *Education Permanente*, 171(2).

Saujat, F. (coord.) (2007). Analyse de l'activité des enseignants débutants et formation des maîtres : quelles articulations ? » *Symposium AREF* coordonné par F. Saujat. AREF 2007.

Saujat, F. (2002) : Ergonomie de l'activité enseignante et développement de l'expérience professionnelle : une approche clinique du travail du professeur. *Thèse de Doctorat soutenue publiquement le 13 décembre 2002*. Aix-en-Provence : Université de Provence.

Simar, C. & Jourdan, D. (2010). Education et santé à l'école : étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé. *Recherches et Educations* (3) 141-172.

Thomas, R. (2005). School-based programmes for preventing smoking (Review). *The Cochrane Library*. Issue 4. Wiley.

Tobler, N.S., Roona, M-R., Oschborn, P., Marschall, D-G., Streke, A-V. and Stackpole, K-M. (2000). *School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis*. *J Prim Prev*. 2000; 20 (4):275-336.

Tobler, N.S. (1997). Meta-analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: results of the 1993 meta-analysis. In Bukoski WJ, ed. *Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA Research Monograph 170, NIH Publication 97-4146. Rockville, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; 97-4146.

Tones, K., Tilford, S. (1994). *Health Education. Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chapman & Hill.

Textes officiels de référence et rapports ministériels

Baeumler, J.P. (sous dir.) (2002). *L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Rapport présenté au Premier ministre. Paris. 116 p.

Ministère de l'Education nationale (2006). Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences.

Ministère de l'Education nationale (sous la dir. Mamecier) (2004). *Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Inspection Générale. Janvier 2004.

RÉSUMÉS

Le système éducatif se voit conférer un nombre croissant de missions au point qu'il est possible de parler, pour les enseignants, d'un contexte de surprescription d'objectifs. Cette variété de missions conduit à une diversification des tâches de l'enseignant. Le développement d'activités éducatives ayant trait à la santé, à la citoyenneté ou au développement durable le conduit à prendre en charge d'autres aspects que celui de la transmission de savoirs et à inscrire son travail dans des dynamiques collectives d'échanges avec une grande variété d'acteurs.

Une étude centrée sur la place de l'éducation à la santé dans leurs pratiques professionnelles a été conduite auprès de trente enseignants du premier degré. Les résultats montrent que les facteurs conditionnant la redéfinition de la tâche par les enseignants dans le champ de l'éducation à la santé peuvent être organisés autour de trois pôles : un pôle institutionnel, un pôle individuel et un pôle collectif. L'éducation à la santé est perçue par les enseignants de notre échantillon comme se situant à la marge de leurs pratiques. Il s'agit d'un trait commun à toutes les éducations à.... L'éducation à la santé se singularise par le caractère surdéterminant du pôle individuel du fait de l'ampleur des questions éthiques posées par les pratiques. L'absence de matrice curriculaire bien établie participe à créer un sentiment d'incertitude voire d'incompétence professionnelle.

INDEX

Mots-clés : éducation à la santé, activité, prescription, enseignant, premier degré