

## CAHIERS

www.cahiers-pedagogiques.com

## PEDAGOGIQUES

Changer la société pour changer l'école, changer l'école pour changer la société



DOSSIER

## Éducation à la santé



Reproduction autorisée. Mention obligatoire de l'auteur et du CRAP-Cahiers pédagogiques  
Utilisation commerciale interdite.

## SOMMAIRE

1. Curiosphère - Journée prévention et santé en milieu scolaire
2. Réseau Unirés
3. Contributions reçues
4. Dans nos archives

Comment éviter le moralisme, les injonctions aux « bons » comportements ? Comment ne pas se limiter à des actions ponctuelles, marginales, déconnectées de l'enseignement ? Quels dispositifs pédagogiques plus éducatifs que des énoncés des informations ? Des exemples de démarches de projet, de partenariat, pour impliquer les élèves, sans oublier de « soigner le milieu ».



# SOMMAIRE

## 5 Avant-propos

PATRICE BRIDE

## 1. CURIOSPHÈRE - JOURNÉE PRÉVENTION ET SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

### 6 Les jeunes et leur santé

EMMANUELLE GODEAU

### 8 Devenir compétent en santé

JACQUES FORTIN

### 12 Slam et rap pour l'estime de soi

JULIEN LABA-LHOMÉ

### 14 Des établissements actifs

PATRICIA BRISTOL

### 17 Le Fil Santé Jeunes

BRIGITTE CADÉAC

## 2. RÉSEAU UNIRÉS

### 18 Une dimension de l'éducation à la citoyenneté

MARYVONNE STALLAERTS, DOMINIQUE BERGER,  
BERNADETTE AUBRY

### 20 Un outil au service de la formation des enseignants

PROFÉDUS

### 21 Trois obstacles au développement du partenariat

CORINNE MÉRINI

### 24 Former les enseignants à l'éducation à la santé

DIDIER JOURDAN

### 27 Un avertissement de l'Histoire

DIDIER NOURRISSON

### 31 L'éducation à la santé, un art de vivre ?

JEAN DELORD

### 36 Un moyen de réduction des inégalités scolaires

NGOC-CHÂU PHAM-DAUBIN, DIDIER JOURDAN

### 39 Un levier pour transformer l'école

PATRICIA VICTOR, JEAN-MARC LANGE

### 41 Une formation professionnelle à distance

LAURENCE DEDIEU, ÉMILIE COLLET

### 42 Accepter la complexité !

CATALIN NACHE, PATRICIA VICTOR

### 44 Penser et agir au mieux avec le stress à l'école

ANNE-MARIE DOMERGUE-DAVID

### 47 Dans le cadre du socle commun

BERNADETTE AUBRY

### 50 Un passeport santé

MARYVETTE BALCOU-DEBUSSCHE

### 54 Comment faire en formation initiale ?

ÉVELYNE BERSIER

### 57 La prévention en scène

PHILIPPE COTTIN

### 59 EPS et éducation à la santé : un problème de définition ?

DENIS LOIZON

## 3. CONTRIBUTIONS REÇUES

### 63 Quelle éducation à la sexualité ?

CLAIRE FAIDIT

### 65 Apprendre à porter secours

PATRICE REGA

### 66 Le corps, entre exhibition et marchandisation

JUDITH JEAN-BAPTISTE SALIN

### 68 Conforter le refus du tabac

JANE GONÇALVES

### 70 Le médecin et l'enseignant

CORINNE VAILLANT

### 72 L'affaire de tous

BÉATRICE MARTINEZ

### 73 Place à la parole

GÉRARD COULON

### 75 Comment je me sens aujourd'hui ?

FRANÇOISE COLSAËT

### 77 Pour une santé active

MURIEL MISPLON

### 78 L'hygiène au lycée : quel savoir-vivre ?

LUDMILLA FERMÉ, NADINE WINTERDORFF

### 80 La santé des enfants tsiganes

FRANÇOISE PEYRON, JULIA PEYRON

### 82 En allant à l'exposition

YAËLLE AMSELLEM-MAINGUY

### 84 L'enfant, acteur dans le tissage social

BERNARD CLERC

### 86 Le corps et l'esprit

NOËLLE MARIÉ

## 4. DANS NOS ARCHIVES

### 88 Quand le pédagogue « opère »...

PIERRE MADIOT

### 90 L'extension d'un territoire

JACQUES GLEYSE

### 93 L'enseignant n'est pas médecin

GEORGES VIGARELLO

### 96 De l'enseignement à la consultation

CHANTAL CHEVALLIER

### 98 Les principes et la réalité

NELLY LESELBAUM

### 101 Quelle responsabilité pour l'école ?

NELLY LESELBAUM

### 103 Un pari pour exister

DAVID LE BRETON

### 106 Un peu d'histoire

JACQUELINE LE ROUX

### 108 Former des acteurs et des équipes

ROBERT LARUE

### 110 Se connaître, écouter, prévenir

GHISLAINE DUREAULT



# La santé est-elle affaire d'éducation ?

AVANT-PROPOS PAR PATRICE BRIDE

Peut-on, doit-on éduquer « à la santé » ? « Pour la santé » ? Si nous reprenons l'expression consacrée en titre de ce dossier, c'est en ne manquant pas de l'interroger tout au long des divers articles rassemblés. Comment éviter le moralisme, les injonctions aux « bons » comportements ? Comment ne pas se limiter à des actions ponctuelles, marginales, déconnectées de l'enseignement ? Quels dispositifs pédagogiques plus éducatifs que des discours magistraux énonçant des informations, virant au sermon ?

Il est donc beaucoup question dans ce numéro de démarche de projet, d'implication des jeunes, de travail en partenariat ; de sciences, mais aussi de culture, à l'occasion de théâtre forum ou du slam pour mettre des mots sur les maux. Beaucoup d'auteurs affirment l'importance de développer les compétences psychosociales (l'estime de soi, la capacité à verbaliser, à assumer une position dans un groupe, etc.), décisives pour effectuer des choix, y compris dans des situations délicates. Mais sans renvoyer pour autant la responsabilité pleine et entière de la santé à l'individu élève : les pédagogues savent bien que la prévention doit aussi consister à « soigner le milieu », et une école où les cartables sont surchargés, les toilettes sans hygiène, n'est pas exemplaire en la matière. Sans non plus renvoyer à un humain idéal, modèle de modération : le décryptage des campagnes de communication fait aussi partie de l'éducation au choix.

L'éducation à la santé aborde des questions qui mêlent souvent l'intimité et la vie publique, qui sont aux marges du champ scolaire. Elle interroge les postures des enseignants, le regard porté sur les jeunes. Elle pose des questions éthiques : quelle

place et considération pour les personnes obèses, en addiction, malades du sida ? Elle se doit d'intégrer une dimension sociale : avoir les moyens de prendre soin de soi n'est pas une question neutre selon les milieux sociaux.

Interroger ainsi la notion de santé, et à travers cette entrée revisiter les grandes questions éducatives, n'est décidément pas la seule affaire de certaines catégories de personnels, on pense souvent aux infirmières ou aux professeurs de sciences de la vie et de la Terre. C'est une vraie

question pour tous les acteurs qui contribuent à aider les enfants à grandir dans un rapport positif, conscient et maîtrisé, à leur corps et à celui des autres ; les réponses à y apporter passent tant par les apprentissages disciplinaires que par des approches éducatives, au quotidien comme dans d'ambitieux projets. Apprendre à prendre soin, de soi et des autres.

\* \* \*

Les contributions de ce numéro sont de quatre origines :

- des contributions rassemblées par le réseau UNIRÉS ;
- des articles écrits à la suite d'une journée organisée par la direction des actions éducatives de France 5, le 7 avril 2010, dont le CRAP-*Cahiers pédagogiques* était partenaire ;
- des textes issus de nos archives ;
- d'autres contributions issues de l'appel à contribution diffusé sur le site et dans la revue.

Le plan reprend cette construction, comme une occasion de remercier tous les partenaires sans qui ce dossier n'aurait pu voir le jour.

PATRICE BRIDE



# 1. Curiosphère - Journée prévention et santé en milieu scolaire

## Les jeunes et leur santé

**Emmanuelle Godeau.** Que sait-on sur les comportements à risque des adolescents ? Le point grâce à une enquête internationale.

**E**n Europe, l'une des enquêtes les plus importantes s'intéressant à la santé globale des élèves telle qu'ils la perçoivent est la *Health Behaviour in School-Aged Children*, menée sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Initiée en 1982 par un groupe de chercheurs anglais, finlandais et norvégiens, elle a lieu depuis lors tous les quatre ans, dans un nombre croissant de pays ou de régions. Actuellement, plus de quarante nations occidentales y participent, la France ayant rejoint ce réseau international en 1994.

Les principaux objectifs de cette enquête sont de collecter et d'analyser, avec une méthodologie standardisée, des données sur la santé et les comportements de santé des adolescents, ainsi, plus largement, que leur vécu au sein de l'école, de leur groupe de pairs et de leur famille, d'en rechercher les déterminants, d'en observer l'évolution au cours du temps et d'effectuer des comparaisons internationales. Plus largement, cette enquête permet de contribuer à la mise en place d'actions de promotion de la santé, en adéquation directe avec les constats épidémiologiques concernant la population des jeunes de cet âge.

L'enquête HBSC est centrée sur la période charnière de l'adolescence, période lors de laquelle peuvent s'installer des habitudes et comportements pouvant s'avérer préjudiciables à la santé et perdurer à l'âge adulte (notamment les conduites de risque). Ces modifications sont en partie liées à la diminution de l'influence parentale, à l'augmentation de celle du groupe des pairs et à l'acquisition de l'autonomie propre à cette période de la vie. Dans le même temps, les jeunes sont accessibles à des messages de prévention visant à retarder, voire éviter l'entrée

dans certains de ces comportements, ainsi, bien évidemment, qu'aux messages et actions renforçant et favorisant des comportements favorables à la santé.

### Substances psychoactives

L'adolescence est souvent un âge de l'expérimentation des substances psychoactives (et plus largement des conduites de risque), même si elle peut devenir, selon le contexte et les circonstances, celle de l'entrée dans un usage plus régulier, dès lors plus problématique. Toutefois, et avant de rentrer dans le détail des différentes substances, il convient de souligner que dans leur grande majorité, les élèves interrogés dans l'enquête HBSC sont non-consommateurs.

### Alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée à l'adolescence et celle qui est expérimentée le plus précocement. Ainsi à onze ans, en 2006, autour de six élèves sur dix disaient avoir déjà consommé de l'alcool. À treize ans, plus de sept sur dix étaient concernés et à quinze ans, plus de huit sur dix. Les taux de consommation des garçons n'étaient significativement supérieurs à ceux des filles qu'à l'âge de onze ans. On notera que ces taux n'avaient pas évolué depuis la précédente enquête HBSC de 2002.

Bien évidemment, les taux d'ivresse déclarés étaient nettement inférieurs, mais n'en demeurent pas moins préoccupants, au regard du jeune âge de la population étudiée : 6 % des élèves de onze ans déclarent avoir été déjà ivres ; 16 % de ceux âgés de treize ans et jusqu'à 41 % de ceux de quinze ans. À tous les âges, les garçons étaient significativement plus nombreux que les filles à déclarer des ivresses. Enfin, ces taux étaient en nette augmentation depuis l'enquête de 2002 (30 % des élèves de quinze ans déclaraient au

moins un épisode d'ivresse en 2002), tendance partagée avec la majorité des pays d'Europe occidentale.

#### **Tabac**

L'expérimentation du tabac est plus rare que celle de l'alcool, mais augmente rapidement avec l'âge. Elle concerne, en 2006, moins d'un élève de onze ans sur dix, moins d'un sur trois à treize ans et plus de la moitié des jeunes de quinze ans. Si, chez les plus jeunes, ce comportement est plus masculin, à quinze ans, la tendance est inversée et les filles ont dépassé leurs homologues masculins. Les taux de tabagisme au moment de l'enquête étaient pour leur part largement inférieurs : ainsi, moins de 2 % des élèves de onze et treize ans déclaraient fumer quotidiennement, mais ils étaient environ dix fois plus à le faire à quinze ans. D'autre part, plus l'initiation au tabac est précoce (avant treize ans), plus le risque d'être fumeur quotidien à quinze ans est élevé. À l'inverse du constat opéré pour l'alcool, les taux de consommation de tabac étaient en baisse significative depuis 2002 (tabagisme quotidien de 20 % en 2002 pour 14 % en 2006), comme dans la grande majorité des pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord.

#### **Cannabis**

Si l'expérimentation de cette substance demeurait rare chez les plus jeunes (respectivement 1 % à onze ans et 5 % à treize ans), elle concernait 28 % des élèves de quinze ans. Un élève de quinze ans sur cinq déclarait avoir consommé du cannabis dans l'année précédente et 3 % en rapportaient un usage régulier (plus de dix épisodes de consommation dans le dernier mois).

Les consommations de cannabis concernaient plus les garçons que les filles et étaient stables depuis 2002, la France demeurant parmi les pays les plus consommateurs de ceux ayant participé à l'enquête HBSC en 2006.

#### **Sexualité**

Un peu plus du quart des élèves de quinze ans interrogés disaient avoir déjà eu des relations sexuelles (les garçons plus que les filles). Le préservatif était le moyen de contraception le plus déclaré (86 %), loin devant la pilule (21 %) et la pilule du lendemain (14 %) ; 15,5 % des élèves de quinze ans déclaraient une protection duelle (préservatif associé à la pilule). En revanche, près d'un élève sexuellement initié sur dix ne déclarait aucune protection lors de son dernier rapport sexuel. Ces chiffres diffèrent peu de ceux de 2002 et placent la France en position moyenne pour les taux d'initiation sexuelle, alors que, globalement, les élèves de notre pays étaient parmi les mieux protégés à leur dernier rapport sexuel.

#### **INTÉRÊT DE L'ENQUÊTE ET PERSPECTIVES**

L'enquête HBSC, par la nature des questions posées et leur champ d'investigation, comme par la période de la vie sur laquelle elle est centrée, permet d'obtenir une photographie de la vie et des comportements ordinaires des jeunes ado-

lescents de notre pays. Cette double caractéristique n'en fait donc pas l'outil idéal pour analyser les comportements problématiques installés, d'autant moins qu'ils ne concernent qu'une minorité d'élèves.

Ces limites établies, cette enquête offre une formidable opportunité pour mettre en regard les comportements de santé et leurs principaux contextes à cette période charnière du développement (l'école, la famille, les amis) avec les déterminants plus globaux que sont les politiques de santé publique et plus particulièrement de prévention. De plus, son caractère répété (tous les quatre ans) et sa dimension internationale permettent d'appréhender l'impact différencié de ces politiques, voire d'en affiner les messages en direction des adolescents. Soulignons également que l'enquête HBSC est la seule dans notre pays à permettre de croiser, dans un échantillon national représentatif, des données sur la santé au sens large avec le vécu scolaire, dont on sait combien ils sont interdépendants à cet âge.

Les données de la vague de 2010 seront bientôt publiées en France comme dans les trente-neuf autres nations participantes. Elles devraient permettre de vérifier si les tendances observées entre 2002 et 2006 se maintiennent et si les politiques de santé ciblées ont eu un impact sur les comportements problématiques (obésité, sédentarité, abus d'alcool...). De plus, l'ajout, dans cette version 2010, d'un important volet de questions concernant les parents, devrait permettre de mieux comprendre les interactions entre les styles éducatifs, l'investissement des parents dans l'école d'une part, et le vécu scolaire, la santé et l'engagement dans les conduites de risque de leurs enfants d'autre part. ■

**EMMANUELLE GODEAU**

Service médical du rectorat de Toulouse,  
UMR Inserm U1027-Université Paul-Sabatier

# Devenir compétent en santé

**Jacques Fortin.** Développer des aptitudes à maîtriser sa santé n'est pas que du ressort des familles. Dans le quotidien de l'enseignement, l'école peut y contribuer, dans un contexte d'écoute et de modestie.

L'évolution des questions de santé dans les pays postindustriels a mis en avant le rôle des comportements individuels et collectifs dans la survenue de maladies, dans les processus d'évolution et de guérison, ainsi que dans le maintien d'une bonne santé. Le développement des recherches en neurosciences et en psychologie permet de connaître un peu mieux la complexité des processus qui déterminent les comportements. Les compétences y tiennent une place importante. Par voie de conséquence, on s'est intéressé à leur développement chez l'enfant, afin de faciliter l'adoption de comportements favorisant un bien-être physique, psychologique et social. De tout temps, l'apprentissage des compétences psychosociales, celles qui favorisent la vie en société, s'opère au sein de la famille et de son entourage, mais l'école peut également y jouer un rôle majeur par une politique volontariste. Elle en est doublement bénéficiaire, puisque ces compétences sont autant impliquées dans les processus d'apprentissages cognitifs que dans la gestion de la vie quotidienne au sein de la microsociété qu'est l'école.

## PROMOTION DE LA SANTÉ ?

L'intérêt porté aux compétences en matière de santé est lié à l'évolution du concept de santé qui est passé de l'absence de maladie à la notion de bien-être physique, psychique et sociale (OMS, 1945). Concept positif, mais statique, corrigé par le concept dynamique de promotion de la santé qui propose cinq axes de travail pour chacun des pays signataires de la Charte d'Ottawa (1986). La santé devient l'affaire de tous et pas simplement des professionnels de la santé. Environnement, contexte économique et social, comportements individuels sont interrogés dans leur contribution à l'état de santé des populations. Parmi les axes définis par l'OMS, celui qui encourage à l'adoption de comportements sains retiendra ici notre attention<sup>[1]</sup>. Il est centré sur la responsabilité individuelle des comportements, qui peuvent avoir une incidence à court, moyen et

long terme sur sa propre santé, mais aussi celle des autres. L'évolution des connaissances a permis de montrer les limites du seul discours rationnel pour motiver les gens à adopter et à modifier des comportements. L'importance fondamentale des facteurs subjectifs, croyances, émotions, pression sociale, histoire et caractéristiques personnelles a été mise en évidence par de nombreux travaux<sup>[2]</sup>.

En matière de prévention, le modèle biomédical qui s'appuie sur une information scientifique comme principal vecteur de changement des comportements (« je sais, donc j'agis en conséquence ») se trouve fortement mis en cause par la faiblesse de ses résultats. D'autres modèles prenant davantage en compte la multiplicité et la complexité des déterminants des comportements sont proposés. Parmi les modèles éducatifs, celui de l'*empowerment* s'inscrit dans la dynamique de la promotion de la santé, en visant le développement de facteurs permettant à chacun d'être en capacité de prendre des décisions adaptées. Il s'agit d'accroître ses compétences<sup>[3]</sup>, « à agir pour » et non à « lutter contre ». Il faut parler de changement de paradigme et substituer la notion d'éducation pour la santé à celle, obsolète, de prévention primaire.

## SAVOIR COMMENT

Bien reconnues actuellement dans les milieux professionnels, les compétences se réfèrent à l'intelligence du « savoir comment » plutôt que du « savoir que ». Elles se situent dans une perspective d'action, sont en grande partie apprises et sont structurées en combinant savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir. Elles sont impliquées dans tous les moments de la vie (*life skills*), notamment dans l'apprentissage scolaire et la santé.

En 1993, l'OMS introduit les compétences psychosociales comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir l'état de son bien-être mental, en adoptant un comportement approprié

1 « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux », OMS, Charte d'Ottawa, 1986.

2 Marilou Bruchon-Schweitzer, *Psychologie de la santé*, Éditions Dunod, 2002.

3 Jacques Fortin, « Les compétences psychosociales chez l'enfant » in Jacques Lecomte (dir.), *Introduction à la psychologie positive*, Éditions Dunod, 2009.

et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et l'environnement. Dix compétences sont proposées comme facteurs impliqués dans l'ajustement de l'homme à son milieu :

- se connaître soi-même, éprouver de l'empathie ;
- savoir se faire comprendre, pouvoir entrer en relation avec les autres ;
- avoir une pensée critique, créative ;
- savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions.

En matière d'éducation à la santé, ces dix compétences se trouvent mobilisées dans des actions et programmes ciblés sur les principaux thèmes suivants, dont il convient de souligner l'interdépendance.

**L'estime de soi.** Il s'agit de répondre à l'intérêt général de se connaître soi-même (évaluation de la distance entre le soi réel et l'idéal de soi). La valeur qu'on se donne se présente comme une notion multidimensionnelle (on peut s'estimer bon écolier et se sentir en difficulté dans un groupe ou devant son miroir) marquée par le jugement réel ou supposé d'autrui. Les parents accordent davantage de valeur à la réussite scolaire qu'aux capacités relationnelles ; ce peut être l'inverse au sein de groupes de pairs. L'estime de soi est un déterminant majeur dans l'aptitude à prendre une décision, à passer de l'intention au comportement, à entrer en relation avec les autres et résister à la pression d'un groupe. Notons aussi qu'une sur-estime de soi peut conduire à prendre des risques importants dépassant les capacités réelles, et donc nuire à la santé.

**Le sentiment d'auto-efficacité,** notion développée par Albert Bandura, est le fruit de processus cognitifs, affectifs et motivationnels. Il correspond à la perception de notre aptitude à mettre en œuvre une suite d'actions pour atteindre un but donné. On ne s'engage dans une démarche que si on se sent en capacité de la réussir. Ceci est observé dans l'engagement dans une cure de sevrage, et plus généralement en éducation thérapeutique du patient, auprès de malades invités à changer leurs habitudes et leurs activités.

#### COPING ET EMPOWERMENT

**La motivation** réfère à une énergie intra-individuelle polyfactorielle, qui va expliquer et déclencher un comportement en fonction d'un but. Elle interroge et mobilise un système de valeurs marqué par l'éducation, la culture, la société et la personnalité de chacun. L'attitude envers le but envisagé et la conduite afférente dépendent à la fois de connaissances, de croyances et de sentiments. Pour passer de l'intention à l'action, interviennent des éléments moteurs de nature émotionnelle, situationnelle, relationnelle. Autant d'éléments à prendre en compte lorsqu'on souhaite motiver les individus à s'intéresser à leur santé.

**Les stratégies d'adaptation (coping).** Le stress et sa gestion ont fait l'objet de nombreuses études dans le champ de la santé. L'adaptation à un environnement stressant mobilise des compétences cognitives, émotionnelles et sociales. Il s'agit d'évaluer une situation (pensée critique), de gérer les émotions qu'elle suscite et de développer une stratégie adaptative (« faire face » à partir des ressources personnelles et sociales dont on dispose), qui permette d'en réduire l'impact. Le *coping*, centré sur le problème, vise à réduire les exigences de la situation ou à augmenter ses propres ressources pour y faire face. C'est ce qui se produit en éducation à la santé lorsque la personne perçoit qu'elle est en capacité (sentiment d'auto-efficacité), seule ou avec une aide extérieure, de suivre un traitement, d'adopter un régime, de changer ses habitudes, etc.

**L'empowerment.** Cette notion, difficilement traduisible en français, répond au besoin de cohérence pour atteindre individuellement et collectivement le niveau de bien-être maximum possible. Elle doit être comprise à la fois comme un but et un moyen : renforcer le « pouvoir » de chacun, afin qu'il puisse l'exercer dans une perspective de santé optimale. C'est donc non seulement développer les compétences individuelles, mais aussi agir sur les systèmes (environnement, structures, groupes sociaux) pour que ces compétences puissent s'exercer réellement et efficacement.

#### IDENTIFIER ET VERBALISER LES SENTIMENTS

Les pratiques en matière d'éducation à la santé ont globalement évolué, passant de l'information sanitaire à une éducation prenant en considération les différents déterminants des conduites en santé. Il n'en demeure pas moins que l'approche positive, promotrice, reste encore minoritaire, et les actions ou programmes de développement des compétences psychosociales mobilisables secondairement dans divers champs thématiques sont ponctuels. C'est souvent à partir d'une problématique de santé mentale et sociale tels que l'agressivité, la violence, l'usage de drogues, les incivilités qu'ont été initialisées ces actions qui visaient l'adoption de comportements prosociaux, ce qui a fait naître des critiques « *d'entreprises de normalisation* ». Ces remarques doivent être prises en compte et ne font qu'accroître les exigences éthiques dans la mise en place des actions.

C'est dans cet esprit qu'au cours des années 90, nous avons élaboré avec des enseignantes *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*<sup>[4]</sup> mis en œuvre, assimilé, adapté par des écoles maternelles et primaires en France. Contrairement à la plupart des programmes nord-américains où les activités proposées sont normalisées et imposées, notre démarche s'appuie sur les programmes scolaires officiels et la créativité des enseignants

4 Jacques Fortin, *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*, Éditions Hachette Éducation, 2001.

pour atteindre les objectifs pédagogiques, dont le développement de compétences, est sollicitée, souhaitée en tant qu'engagement personnel dans le processus éducatif (rôle modélisant). La pratique de la classe donne l'occasion de développer tant l'estime de soi (repérage et valorisation de tout type de compétence) que le sentiment d'efficacité personnelle. L'enseignant souligne les progrès perçus, encourage sans s'appesantir sur des « fautes », dont la répétition entraîne trop souvent une dévalorisation démotivante (impuissance acquise : « À quoi bon se fatiguer puisque je suis nul ? »). L'identification et la verbalisation des sentiments se font dès l'école maternelle. Il s'agit pour l'enfant de comprendre ses propres émotions et celles des autres, d'en saisir le sens et la portée, afin de mieux les contenir. Le travail coopératif favorise le développement de comportements de solidarité et d'entraide susceptibles d'optimiser les performances scolaires, mais aussi mobilisables en situation de stress (agression, racket, résistance à la pression de groupe).

#### RÉSISTANCES DE L'INSTITUTION

Bien que le développement de compétences sociales fasse partie du socle commun des connaissances et compétences inscrit dans les textes officiels de l'Éducation nationale depuis 2005, on peut regretter que ce domaine soit si peu exploré dans la formation initiale des enseignants. En formation continue, il dépend de l'intérêt qu'un inspecteur peut y porter personnellement, avec le risque fréquent de remettre en cause le travail en cours, ce qui est très préjudiciable à la construction d'une politique éducative efficace. Pourquoi ce désintérêt et parfois ce rejet ?

Un manque d'information des décideurs de l'Éducation nationale sur les recherches en matière de compétences sociales et leur impact sur les processus de tout apprentissage. Rappelons néanmoins que les pédagogies Freinet et les pédagogies institutionnelles les ont depuis longtemps prises en compte.

L'origine anglo-saxonne de ces travaux pose, d'une part, un problème de traduction et, d'autre part, engendre chez certains une réticence culturelle.

L'école française est davantage marquée par le culte du savoir validé par le diplôme (façonner une pensée, se cultiver) que par une intelligence pratique confrontée aux problèmes concrets de la vie. Le développement des compétences sociales s'inscrit, de fait, dans le vieux débat sur la finalité de l'école : centrage sur les savoirs ou la personne, comme si l'un devait exclure l'autre !

Notre héritage culturel tend à sacraliser la raison, au point d'occulter les autres facteurs qui déterminent nos comportements, au premier desquels les émotions plus facilement niées qu'apprivoisées et contenues. Les sentiments et émotions sont rejetés dans la sphère de l'intime, étouffant ainsi leur impact dans le champ relationnel indissociable de tout acte de transmission.

Que ce soit dans le cadre scolaire ou dans celui de la médecine, la prescription, l'injonction (« vous devez... ») sont privilégiées par rapport à la compréhension et l'*empowerment*. La difficulté à atteindre l'objectif prescrit est traduite en « faute » toujours dévalorisante et pas toujours motivante. Culturellement, nous sommes enclins à penser négativement la santé et à confondre parfois éducation et dressage.

La relation verticale entre enseignant et enseignants conduit parfois à ce que l'enseignant ne s'applique pas à lui-même les comportements qu'il exige de ses élèves. La mise en œuvre, en classe, d'une éducation aux compétences sociales joue souvent un rôle de révélateur de ces incohérences, que ne manquent pas d'exprimer les élèves. D'où certains refus d'enseignants à participer à la démarche de leur établissement.

L'évaluation sommative est trop souvent privilégiée par rapport à l'évaluation formative, qui est centrale en matière d'éducation. Il faut reconnaître que les actions d'éducation, notamment dans le champ de la santé, sont insuffisamment évaluées. L'argument temps est abusivement évoqué, alors que des objectifs spécifiques sont évaluables à court terme. C'est le cas en matière de compétences sociales, où leur mise en œuvre peut être qualitativement et quantitativement appréciée.

Au travers du développement de compétences sociales, c'est bien une certaine attente de comportements pro-sociaux qui est recherchée. Se trouve ainsi posé le degré de tolérance (variations interindividuelles) que nous acceptons dans la société. Plus précisément, se trouve interrogé le système de valeurs auquel la société se réfère et dont la lisibilité n'apparaît pas toujours évidente.

#### QUESTIONS D'ÉTHIQUE

Elle se situe à deux niveaux : conceptuel et opérationnel. Apprendre à gérer la vie en société pose à la fois les droits et les devoirs de chacun, mais aussi la capacité du groupe, de la société de permettre à tous de les exercer de manière juste. Par justice, valeur à laquelle les jeunes sont précocement sensibles, nous entendons que les adultes éducateurs que sont les enseignants et les parents acceptent, revendiquent leur rôle modélisant. Par justice, nous entendons également qu'à travers l'*empowerment* et le développement de l'autonomie, ferments de l'exercice d'une responsabilité individuelle, ne soit pas écartée la responsabilité collective des institutions, des sociétés à travers leurs engagements politiques, économiques, sociaux et environnementaux.

Si le développement des compétences sociales à l'école apparaît une nécessité, c'est que l'éducation familiale qui en était, et demeure, pour une grande part, le moteur, apparaît aujourd'hui en difficulté. La conjugaison d'une crise des valeurs, d'une crise économique et d'un bouleversement des rapports sociaux (diversité des situations familiales) rend un grand nombre

d'adultes dans l'incapacité d'exercer pleinement cette éducation.

La pratique d'une éducation aux compétences psychosociales à l'école impose une formation des enseignants à l'abord de questions qui touchent aux rapports humains, c'est-à-dire à la frontière de l'intime. Ils doivent être au clair avec leurs propres valeurs, aptes à entendre des situations personnelles et familiales douloureuses et donc disposés à travailler en équipe avec d'autres professionnels plus spécialisés. À la toute-puissance (relative) que le professeur peut ressentir dans l'enseignement disciplinaire, l'éducation impose une posture d'écoute et de modestie tout autant que l'affirmation claire, sans ambiguïté, de repères stables, appuyés sur des valeurs explicites.

Pour promouvoir une santé globale, l'éducation aux compétences sociales apparaît aujourd'hui comme un socle généraliste indispensable qui permet d'aborder secondairement diverses thématiques. L'école, comme tout lieu d'apprentissage, a besoin de développer ces compétences, d'abord pour optimiser les apprentissages cognitifs qui constituent sa spécificité et, par ailleurs, pour préparer les élèves à gérer leur vie personnelle et relationnelle, au sein d'une société qu'ils sont amenés à construire. ■

**JACQUES FORTIN**

Pédiatre, professeur honoraire des universités (sciences de l'éducation). Faculté de médecine de Lille.



# Slam et rap pour l'estime de soi

**Julien Laba-Lhomé.** Des pratiques culturelles participent aussi d'une éducation à la santé comprise comme une recherche de l'épanouissement personnel.

**J**e m'appelle Lhomé, je suis artiste intervenant en milieu scolaire. Je mène des ateliers d'écriture, rap et slam, auprès de lycéens et de collégiens. Mon travail s'articule autour de « l'expression du soi ». Je travaille en lien avec des équipes éducatives, infirmières scolaires et enseignants. Les jeunes que j'ai croisés m'ont semblé avoir un véritable problème autour de la valorisation et de l'estime d'eux-mêmes. Aussi, j'ai souhaité articuler mes compétences en santé sociale et mon goût prononcé pour les musiques urbaines et le texte.

Des questions, et quelques réponses.

## Rap et slam ? Quoi qu'est-ce ?

Ce sont à la fois des outils et des espaces d'expression, des univers très différents, mais tous deux marqués par un travail textuel en musique ou à capella. C'est une approche des mots nouvelle, qui aborde les champs lexicaux, les figures de style, le travail des rimes de façon moderne, actuelle. Les jeunes y sont sensibles, puisqu'ils y retrouvent des éléments de leur contexte, de leur présent. À travers cette pratique, on aborde aussi un drastique exercice d'oralité.

## Quelle pédagogie, pour quels objectifs ?

Le rap et le slam font appel à des capacités de mémorisation (jeux d'écoute et de mimétisme), d'imagination (narration, récit) et d'abstraction (formulation des idées, images) dans une recherche esthétique très importante.

Je vise une création qui soit fidèle, non pas à nos désirs d'adultes, mais à ce que les jeunes, en fonction de leurs compétences et de leur investissement vont pouvoir créer. « La nécessité d'être intelligible est primordiale », « ta parole a une valeur » : ce sont les idées clés de l'atelier.

Il s'agit de créer des textes inscrits dans un univers sonore précis, qui, parfois, renverront au vécu, aux souffrances, aux échecs, aux réussites, aux espoirs. Pour les jeunes, cette prise de parole est très risquée et donc fragile, alors, avec l'enseignant présent, nous essayons de la renforcer. Pour cela, j'instaure des temps de jeu, puis de travail, des temps d'échange et de débat.

## Culture urbaine et prévention... n'est-ce pas un mariage controversé ?

On pourrait le croire effectivement, car nous parlons de disciplines qui viennent de la rue, qui

fonctionnent avec les codes de la rue, mais pas uniquement. L'atelier est une collectivité, un lieu de confiance, de dialogue et de franchise.

Il y a donc des règles obligatoires de fonctionnement (respect des autres, distribution de la parole, auto-régulation) ainsi que des étapes de progression pédagogique afin d'atteindre nos objectifs. Dans ce contexte, j'aborde avec eux les conduites à risque (violences, addictions, sexualité) et, s'ils le souhaitent, nous créons également une œuvre autour de ces thèmes.

J'alterne les sessions collectives et les créneaux d'écriture personnels. Mon but est de favoriser l'acquisition de compétences psychosociales inhérentes aux échanges et aux besoins de consensus pour obtenir un résultat commun. Au niveau individuel, j'essaie de trouver avec l'élève ce qui soulève la motivation, la capacité à se projeter dans le temps, à se concentrer, à se remettre en question ou à faire face à la critique. Les interactions avec les autres sont très importantes. L'écoute commune, le respect des opinions diverses et la nécessité d'argumenter sont au cœur du slam et du rap. Le but est de veiller à ce que chacun trouve sa place dans le groupe et s'y sente reconnu et apprécié. Une bonne cohésion a un très fort impact sur la production artistique.

## Peut-on mesurer l'impact de ces ateliers ?

Il est très difficile de parler de résultat pour une création artistique, car à vrai dire, pour moi, l'important n'est pas tant la finalité que le processus, et notamment ce que les jeunes vivent et expérimentent en « faisant ». C'est à cela que se joue le travail de prévention primaire. Par ailleurs, la notion de plaisir est un des éléments de mesure de mon bilan. Pour ce qui est de l'impact, on me pose souvent cette question, je dirai que c'est à ceux qui partagent la vie de la classe ou du groupe quotidiennement de répondre. Je ne crée pas de miracle si, dans le cadre d'un projet, des jeunes sont redevenus « amis » avec les mots ou bien avec eux-mêmes et je m'estime, humblement, satisfait. Nous semons des graines, mais ne verrons sans doute quel arbre poussera.

## Quelle valorisation ?

La finalité des ateliers est de conduire à une production (scénique ou discographique) dont

il restera une trace. Dans les deux cas, il s'agit d'un moment chargé d'émotion, où l'intensité affective n'a d'égale que les efforts qu'ils ont fournis. C'est une étape obligatoire, révélatrice pour les jeunes et très positive en termes d'expérience et de vécu. C'est l'aboutissement, et les jeunes doivent faire face à eux-mêmes, relever le défi en montant sur scène ou en entrant dans la cabine d'enregistrement. Aussi nous les gérons comme des artistes professionnels, avec une attention plus soutenue, collective et individuelle.

Je pense que l'ensemble de ces gymnastiques intellectuelles, psychologiques et relationnelles favorise l'épanouissement, le développement de

la confiance en soi et l'assurance chez des jeunes bien souvent en mal de communication et de repères. Un atelier qui offre un espace d'expression ouverte et artistique, tout en respectant le rythme et des désirs des participants est, je le crois, un formidable outil en ce sens. ■

**JULIEN LABA-LHOMÉ**

**POUR EN SAVOIR PLUS**

Mon site personnel : [www.artdelhome.com](http://www.artdelhome.com)



# Des établissements actifs

**Patricia Bristol.** Présentation d'une étude sur la politique éducative de santé des établissements du second degré, dans les domaines de l'éducation nutritionnelle, de l'éducation à la sexualité, de la formation aux premiers secours et de la prévention des conduites à risques.

**88%** des établissements (et 80 % des établissements de l'éducation prioritaire) ont un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) opérationnel qui témoigne du fonctionnement du projet d'éducation à la santé

## 1. Les actions d'éducation à la santé dans l'établissement

Deux types d'actions bien distincts sont les plus fréquemment retenus :

- des actions de prévention liées aux conduites addictives (96 %) ;
- des actions liées à l'éducation à la sexualité (94 %).

Viennent ensuite :

- les actions liées à la responsabilité face aux risques (77 %) et à l'éducation nutritionnelle (73 %) ;
- les actions de prévention face à la violence en général, soit les conduites à risques (suicidaires ou liées aux troubles du comportement alimentaire) (50 %), soit la protection de l'enfance (17 %).

Les responsables des actions d'éducation à la santé donnent à celles-ci le même ordre de fréquence et de priorité que celui signalé par les chefs d'établissement. En effet, ils mentionnent en premier lieu les actions de prévention liées aux conduites addictives (85 %), en second lieu les actions d'animation liées à l'éducation à la sexualité (78 %). Le restant des autres actions suit également le même ordre que les chefs d'établissement.

Quant à l'intégration dans les enseignements disciplinaires de ces thématiques, elle concerne le plus souvent l'éducation à la sexualité (49 %), à la nutrition (47 %) et à la responsabilité face aux risques (30 %) ; ensuite interviennent la prévention des conduites addictives (27 %) et celle de la violence (10 et 5 %).

En résumé, les actions proposées aux élèves concernent en priorité la prévention liée aux conduites addictives, tandis que l'éducation à la sexualité, l'éducation à la nutrition et l'éducation

à la responsabilité face aux risques s'intègrent principalement dans les enseignements disciplinaires.

En matière d'éducation à la sexualité, domaine retenu en priorité par les établissements, les élèves ont le plus souvent accès, au moins une fois lors de leur cursus, à des formations sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et sur la contraception (respectivement 97 et 96 % des réponses), et sur le sida (95 %).

Il est aussi question au moins une fois d'actions de formation sur la connaissance du corps (87 %) et sur la relation à l'autre dans 86 % des cas, de violences sexuelles, de sexisme et homophobie, dans 70 et 67 % des cas.

On note que, de manière générale, le thème du sexisme et de l'homophobie est le plus rarement évoqué (non-réponse : 18 % ; jamais : 15 %), ensuite celui des violences sexuelles (non-réponse : 17 % ; jamais : 13 %).

En matière d'éducation nutritionnelle, les élèves ont accès, lors de leur cursus, à des actions de formation sur l'alimentation (au moins une fois : 78 %), puis l'amélioration des comportements de consommation (idem : 64 %). L'activité physique (58 %), les problèmes de surpoids et d'obésité (58 %) ainsi que l'éducation au goût (50 %) viennent ensuite.

L'apprentissage des gestes de premiers secours est dispensé aux élèves une fois au cours de leur cursus dans la moitié des cas (52 %), plus d'une fois (21 %).

En matière de prévention des conduites addictives, les élèves ont eu accès à au moins une action de formation (et souvent plus) dans plus de 80 % des cas (consommation d'alcool, de drogues illicites et de tabac). Les établissements relevant de l'éducation prioritaire mènent un peu moins fréquemment des actions que les autres dans ces domaines (moins souvent « plus d'une fois »).

L'utilisation d'internet et la pratique des jeux vidéo, quant à elles, font beaucoup moins souvent l'objet d'actions de formation (moins d'une fois sur deux en moyenne). Ces actions sont plus fréquentes dans les collèges que dans les autres types d'établissements : au moins une fois dans 59 % des collèges en ce qui concerne l'utilisation d'internet (39 % en lycée d'enseignement général et technique LEGT et 41 % en lycée professionnel), et 43 % en ce qui concerne

la pratique des jeux vidéo (34 % en LEGT et 35 % en LP).

Parmi les actions de prévention liées à la sécurité et aux nuisances, les plus fréquentes sont celles portant sur la sécurité routière (au moins une fois dans 78 % des cas en moyenne ; 91 % en collège) puis sur la sécurité dans l'établissement (59 %) et sur la violence (50 % ; mais 53 % en collège, 40 % seulement en LEGT et 47 % en LP). Les actions portant sur la violence sont plus fréquentes dans l'éducation prioritaire (60 % contre 50 % en moyenne), tandis que celles sur la sécurité dans l'établissement y sont moins nombreuses (47 % contre 59 %).

Les autres thèmes sont beaucoup moins traités, comme le bruit (31 %), la pollution (30 %) ou les accidents domestiques (14 %).

## 2. Les effets du projet d'éducation à la santé et les attentes des responsables

Les effets du projet d'éducation à la santé sur le fonctionnement de l'établissement

Ils sont jugés fréquemment positifs, notamment dans près des trois quarts des cas, en ce qui concerne la fréquentation de l'infirmerie (76 %), le climat (73 %) et l'image de l'établissement (73 %), les relations avec le monde associatif (71 %) et la dynamique du projet d'établissement (70 %).

Ces effets sont jugés plutôt positifs par plus de la moitié des coordonnateurs en ce qui concerne l'accueil des élèves (60 %), la cohésion de l'équipe éducative (59 %), les relations avec les parents d'élèves (55 %), la création d'activités nouvelles au sein de l'établissement (54 %) et la fréquentation du service social (51 %).

On remarque aussi que, dans les établissements relevant de l'éducation prioritaire, les effets sont plus positifs que dans la moyenne des établisse-

ments en ce qui concerne la fréquentation du service social (58 % contre 51 %), ce qui fait ressortir l'importance des besoins spécifiques des populations d'élèves concernés.

En revanche, les effets sont déclarés moins positifs que la moyenne s'agissant de l'image de l'établissement, du respect du règlement intérieur par les élèves, la dynamique du projet d'établissement et les relations avec les parents d'élèves ; c'est dans ce dernier domaine que les effets sont les plus contrastés selon le type d'établissement : les effets sont plutôt positifs sur les relations avec les parents dans 68 % des collèges, mais seulement dans 38 % des LP (LEGT : 53 %, éducation prioritaire : 55 %, moyenne : 50 %).

Les effets du projet d'éducation à la santé sur les élèves

Les effets sont largement positifs en ce qui concerne les relations entre les élèves et les adultes de l'établissement (selon 74 % des coordonnateurs), le comportement des élèves dans l'établissement (70 %), les relations entre les filles et les garçons (69 %) et la prise de responsabilité par les élèves (53 %). En revanche, il n'y a pas d'effets particuliers dans les domaines plus « scolaires » comme l'assiduité, la motivation scolaire, la réussite scolaire, le comportement pendant les heures de cours et le respect des règles.

Dans la plupart des domaines, les effets sont plus positifs en LP que dans les autres types d'établissement, sauf en ce qui concerne les relations entre filles et garçons (où les effets sont plus positifs en collège), et la prise de responsabilité. C'est le plus fréquemment en LEGT que les effets positifs sont jugés les moins importants. De même, les effets positifs sont estimés moins importants dans les établissements relevant de l'éducation prioritaire, notamment en ce qui concerne le comportement des élèves dans l'établissement, la prise de responsabilité (délégués

## RÉFÉRENCES

### Présentation de l'enquête

Cette enquête a été organisée par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), à la demande de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO).

Les chefs d'établissement ainsi que les coordonnateurs responsables du projet d'éducation à la santé ont été sollicités par voie de questionnaires déclaratifs, en fin d'année scolaire 2008-2009. Ils faisaient partie d'un échantillon représentatif de 1 220 établissements publics, composé de collèges, lycées d'enseignement général et technologique (LEGT) et lycées d'enseignement professionnel (LP) de la métropole et des Dom. Les informations recueillies concernent la mise en œuvre du projet d'éducation à la santé. L'éducation prioritaire (EP) correspond à 12 % de l'échantillon.

85 % des chefs d'établissement ont répondu. Parmi eux, 90 % des répondants déclarent qu'un projet d'éducation à la santé existe dans leur établissement.

Par ailleurs, 77 % des coordonnateurs responsables de la santé dans l'établissement ont répondu à l'enquête ; ces responsables sont un infirmier ou une infirmière dans 69 % des cas, et l'adjoint du chef d'établissement dans 13 % des cas.



des élèves au conseil de classe, au conseil d'administration...) et le comportement pendant les heures de cours.

Les attentes en matière d'éducation à la santé

Cette question ouverte a suscité des commentaires soulignant le bienfondé et la nécessité de la prévention. Les réponses à cette question ont été regroupées en six points :

- davantage de concertation, de participation, de mobilisation de l'équipe enseignante, éducative, du CESC (20 %, dont 16 % en collège, 24 % en LEGT et 20 % en LP) ;
- actions mieux ciblées, plus cohérentes, modes d'intervention diversifiés (pas de cours magistraux, mais théâtre, jeux), recours à des outils mieux adaptés, meilleure organisation, gestion du temps (emplois du temps, disponibilité), meilleurs regroupements élèves, meilleur ancrage dans les programmes d'enseignement (18 %

dont 21 % pour l'éducation prioritaire) ;

- meilleure prise en compte des besoins des élèves (12 %), meilleure participation, implication des élèves, résoudre problèmes de santé scolaire, amener les élèves à, leur faire prendre conscience de, etc. ;
- davantage d'actions sur tel ou tel thème (8 %), plus nombreuses, plus régulières, davantage d'actions de prévention, davantage d'intervenants ;
- davantage de moyens (7 %) en équipement, en personnels (par exemple une infirmière supplémentaire) ;
- autres (3 %) : besoin de formation, d'accompagnement pour la mise en place du projet, aide à l'évaluation. ■

**PATRICIA BRISTOL**

Infirmière, conseillère technique à la DGESCO,  
ministère de l'Éducation nationale

# Le Fil Santé Jeunes

**Brigitte Cadéac.** Présentation d'une plateforme d'appel téléphonique à la disposition des jeunes.

**F**il Santé Jeunes est un numéro vert, le 3224 (anonyme et gratuit d'un fixe, de 8 h à minuit tous les jours) destiné aux adolescents et jeunes adultes qui souhaitent parler de leur santé physique, psychologique et sociale. Des psychologues et des médecins répondent aux appels. Un site internet y est associé : [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com) (documentation, forums, mails personnalisés, chats, quiz).

Dans l'objectif de contribuer aux informations et aux échanges d'expérience de la journée du 7 avril 2010, en collaboration avec la Direction des actions éducatives de France Télévision, une petite enquête à destination des jeunes scolarisés a été mise en ligne sur le site. Cette enquête vise à interroger les jeunes internautes sur les éventuelles actions de prévention santé auxquelles ils ont participé au sein de leur établissement scolaire : quels thèmes sont abordés ? Quel est leur ressenti par rapport à ces interventions ? Comment ont-ils pu ensuite mettre en pratique ce qu'ils ont appris ? Quels sont leurs besoins en général en matière de santé, et en particulier en terme de prévention ?

Par sa fréquentation et la population spécifique à laquelle il s'adresse, les adolescents et les jeunes adultes, le site internet peut constituer un espace d'observatoire intéressant des comportements, idées ou besoins des jeunes en matière de santé. Des quiz, enquêtes et appels à témoignages leur sont ainsi fréquemment proposés. Le site offre en parallèle l'accès à des informations régulièrement renouvelées sur divers thèmes de santé : la contraception, la puberté, la sexualité, la nutrition, les troubles du comportement alimentaire, les relations aux autres, l'alcool et les autres drogues, etc.

L'enquête apporte un autre éclairage sur la perception des jeunes des actions de prévention à l'école. Au-delà de sa fonction d'observatoire, elle pourra participer à l'élaboration d'éventuelles réponses ou perspectives d'évolution pour une meilleure prévention santé en milieu scolaire.

Jeunes Violences Écoute est un numéro vert, le 0800 20 22 23 (anonyme et gratuit d'un fixe, de 8 h à 23 h tous les jours) destiné aux victimes, témoins ou auteurs de violences. Des psychologues et des juristes répondent aux appels. Un site internet y est également associé : [www.jeunesviolencesecoute.fr](http://www.jeunesviolencesecoute.fr) [<http://www.jeunesviolencesecoute.fr>], qui comporte trois espaces à destination des jeunes, des parents et des professionnels (documentation, liens internet, annuaire des associations, témoignages, forums).

Dans le souci de mieux prévenir les violences scolaires et de sensibiliser les élèves, Jeunes Violences Écoute propose également des interventions dans les lycées. ■

**BRIGITTE CADÉAC**

École des parents et des éducateurs d'Île-de-France

## EN SAVOIR PLUS

### L'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France

Nous sommes une association loi 1901 reconnue d'utilité publique dans le champ social, dont le but est de mener des actions de soutien auprès des acteurs éducatifs (parents, famille, professionnels). Son président est le professeur Philippe Jeammet. Des compétences pluridisciplinaires sont mises à disposition des parents, en particulier dans les domaines de la psychologie, de l'éducation, de la scolarité et du droit familial.

Elle comprend un service de téléphonie sociale, composé d'un Plateau Parents, de Fil Santé Jeunes et de Jeunes Violences Écoute.

[www.epe-idf.com](http://www.epe-idf.com)



## 2. Réseau UNIRÉS

# Une dimension de l'éducation à la citoyenneté

**Maryvonne Stallaerts, Bernadette Aubry, Dominique Berger.** L'éducation à la santé en milieu scolaire est une mission inscrite dans un projet éducatif global. Une circulaire la fonde sur la capacité à faire des choix éclairés et responsables :

« À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une

société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences qui reposent à la fois sur l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir, la maîtrise de méthodes de pensée et d'action, le développement d'attitudes telles que l'estime de

### Zoom Pour en savoir plus sur... UNIRÉS

Créé en 2005 sous la responsabilité de la Conférence des directeurs d'IUFM et avec le soutien de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale, UNIRÉS, ou réseau universitaire/IUFM pour la formation en éducation à la santé, s'est saisi de cette question pour enrichir la réflexion des nouveaux savoirs issus de la recherche et pour mettre à disposition des formateurs des ressources et des outils de formation qui nourriront leur pratique dans une période où la communauté scolaire est de plus en plus confrontée aux questions de santé. UNIRÉS développe donc ses missions sur l'ensemble du territoire national ;

- il réunit les IUFM écoles intégrées aux Universités autour des questions d'éducation à la santé,
- il développe de l'information et de la communication sur la formation en éducation à la santé par ses publications,
- il organise un colloque national bisannuel avec, selon les thématiques abordées, ses divers partenaires (MGEN, INPES, MILDT, ACSÉI),
- il met en œuvre ou aide à la mise en œuvre des formations de formateurs,
- il a élaboré en partenariat avec la MGEN, l'INPES, la MILDT et avec le soutien de la CDIUFM, du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche dans le cadre des nouveaux masters des métiers de l'enseignement, un module de formation à distance sur le thème de l'éducation à la santé, à la citoyenneté et la prévention des



- conduites addictives,
- il produit des outils destinés aux formateurs d'enseignant : l'outil PROFEDUS a été lancé à l'occasion du troisième colloque national du réseau universitaire/IUFM pour l'éducation à la santé en octobre 2010,
- il crée des liens entre la recherche et la formation.

#### Site Internet

<http://www.iufm.fr/education-sante-prevention>

#### Contact

[education.sante.prevention@listes.iufm.fr](mailto:education.sante.prevention@listes.iufm.fr)

soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité. »

Les finalités de cette éducation peuvent être organisées autour de trois pôles :

- la transmission de connaissances relatives à la santé ;
- l'acquisition d'un regard critique vis-à-vis de l'environnement ;
- le développement des compétences individuelles, sociales et civiques.

Il s'agit de donner aux élèves les moyens de prendre soin d'eux-mêmes, de porter un regard positif sur leur personne, de pouvoir gérer le stress, les risques, en exerçant leur part de responsabilité envers leur propre santé.

#### LA SANTÉ AU SENS LARGE

Si la santé est perçue, de façon globale, comme une ressource de la vie quotidienne et pas seulement comme un objectif en soi, l'éducation à la santé n'est-elle pas une éducation à la citoyenneté, à la responsabilité et au « vivre ensemble » ? Il sera aussi question dans nos articles d'apprendre à communiquer, à choisir, à décider d'une manière autonome et responsable, à affronter la réalité et à faire face aux conflits.

On peut alors penser que cette éducation ne relève pas uniquement du secteur sanitaire. Tous les enseignants y contribuent au quotidien dans leur pratique de classe ; tous ont leur rôle à jouer dans un projet d'éducation à la santé à l'échelle de l'établissement.

#### L'ÉTHIQUE, INCONTOURNABLE

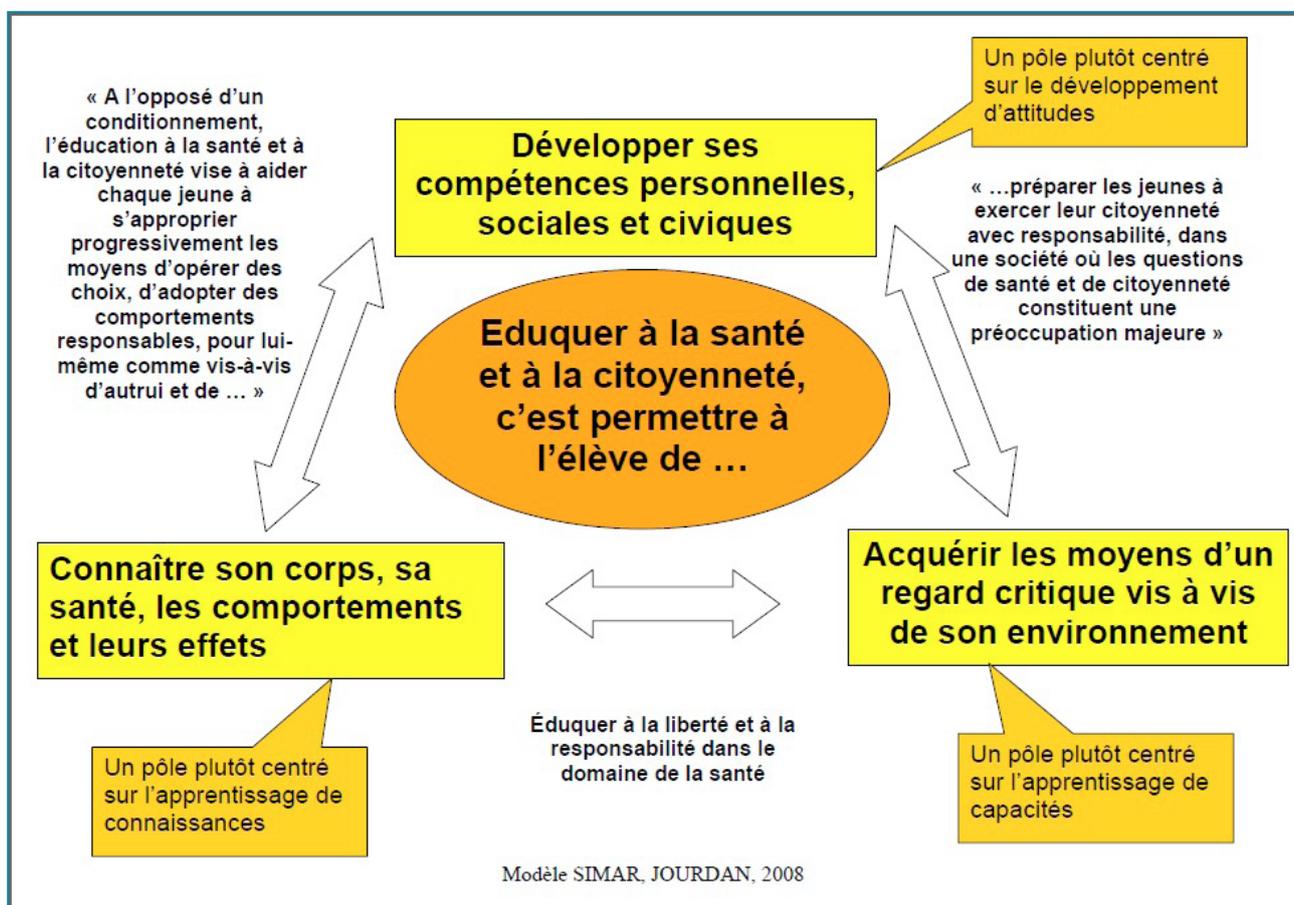
Enfin, dans la mesure où il s'agit de conduire les élèves vers l'autonomie, de leur permettre de choisir des modes de vie bénéfiques tout en agissant sur l'environnement pour le rendre favorable à leur santé et à celle des autres, tout enseignant est confronté à des questions d'éthique, que nous abordons également. ■

MARYVONNE STALLAERTS,  
DOMINIQUE BERGER,  
BERNADETTE AUBRY

#### RÉFÉRENCES

Circulaire 98-237 du 24 novembre 1998.

Didier Jourdan, *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants*, INPES coll. Santé en action, 2010.



# Un outil au service de la formation des enseignants

**Profédus.** (Pour « Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé ») offre un ensemble de ressources au service de la formation des étudiants en master comme des enseignants en activité.

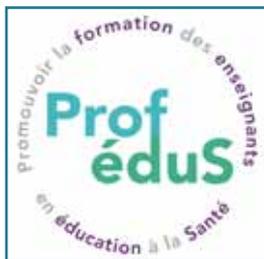
Cet outil est destiné à tous les formateurs qui interviennent dans ce domaine, quels que soient leur statut ou leur institution de rattachement. Il présente la double caractéristique d'être à la fois enraciné dans les résultats des travaux de recherche internationaux sur l'éducation à la santé à l'école et de capitaliser l'expérience de 190 contributeurs, pour l'essentiel, des formateurs d'IUFM, des enseignants des premier et second degrés, des conseillers principaux d'éducation, des chefs d'établissement, des conseillers pédagogiques, des membres des corps d'inspection, des personnels de santé et d'action sociale.

Il résulte d'une collaboration à long terme de l'équipe de recherche « éducation à la santé en milieu scolaire » PAEDI EA 4281 de l'IUFM d'Auvergne-université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand II, d'UNIRÉS Réseau universitaire/IUFM pour l'éducation à la santé et de l'Institut national d'éducation pour la santé. Cinq années de travail, entre formateurs et partenaires des secteurs associatifs, mutualistes et sanitaires, ont permis d'enrichir et d'articuler les différentes contributions entre elles.

**C'est le premier outil complet destiné aux formateurs d'enseignants en éducation à la santé.**

Profédus répond à deux objectifs.

Accompagner les formateurs d'enseignants lors de la conception de formations en premier comme en second degré, en master comme en formation continue. Un ouvrage, *Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants ?*, explicite les enjeux de la formation des enseignants à l'éducation à la santé, des fiches présentent des exemples de contenus d'enseignement et des techniques pédagogiques pour animer les séances de formation. Une formation appuyée sur des



photographies et son mode d'emploi sont proposés aux formateurs.

Faciliter la mise en œuvre de ces formations. Des exemples d'activités de classe analysées pour le premier comme le second degré sont rassemblés sous forme de fiches. La démarche de projet fait l'objet de fiches spécifiques.

Un DVD intègre toutes les fiches, des annexes, des ressources documentaires ainsi que des extraits filmés de temps de formation, d'activités de classe dans le premier degré et de témoignages de professionnels de l'Éducation nationale.

**La diffusion de Profédus est accompagnée par des formations.**

Le classeur Profédus a fait l'objet d'un plan de diffusion à la fin de l'année 2010. Plusieurs exemplaires de Profédus sont consultables dans les centres de documentation des IUFM, dans les centres régionaux et départementaux de documentation pédagogique (CRDP et CDDP), ainsi que dans les centres documentaires des pôles régionaux de compétences en éducation à la santé.

Des éléments de Profédus sont téléchargeables sur le site internet de l'Inpes.

Des formations de formateurs à l'utilisation de Profédus sont mises en place par UNIRÉS depuis 2009. ■

## POUR EN SAVOIR PLUS

[plates-formes.iufm.fr/education-sante-prevention](http://plates-formes.iufm.fr/education-sante-prevention)

### Contact :

[lela.bencharif@iufm.univ-lyon1.fr](mailto:lela.bencharif@iufm.univ-lyon1.fr)

[nathalie.houzelle@inpes.sante.fr](mailto:nathalie.houzelle@inpes.sante.fr)



# Trois obstacles au développement du partenariat

**Corinne Mérini.** La question du partenariat est centrale dans l'éducation à la santé, mais y répondre de façon positive impose d'analyser et de faire avec les contraintes propres à la collaboration entre acteurs aux univers professionnels divers.

**L**e premier obstacle réside dans le fait que l'utilisation du terme de partenariat ou la mobilisation de l'idée ne suffisent pas, à eux seuls, pour caractériser le mode d'action qu'ils désignent.

## UNE NOTION CONFUSE

Lors des tables rondes de la journée organisée par Curiosphere, le mot partenariat a été utilisé indifféremment pour qualifier des sponsorings désignant la façon dont était financée l'action, pour caractériser une sous-traitance ou une délégation au travers de la description d'une action menée par une association ou un organisme de prévention en lieu et place du monde scolaire, voire encore pour désigner des accords inter-institutionnels marquant les ententes scellées entre institutions par conventions ou textes cadres, afin de permettre la construction d'actions conjointes.

En revanche, les vidéos présentées lors de la journée organisée par Curiosphere, *Relations amoureuses et estime de soi* et *Les comportements alimentaires des adolescents* illustraient, elles, de réelles situations partenariales, c'est-à-dire des actions construites, négociées et animées conjointement.

## LA DIFFÉRENCE, UN MAL NÉCESSAIRE

Dans les représentations collectives, le terme de partenariat laisse imaginer une sorte d'harmonie d'intentions ou d'objectifs, alors qu'en réalité tout sépare les acteurs et leurs systèmes. Il est d'ailleurs fréquent que des enseignes commerciales, associatives ou mutualistes s'emparent du terme pour habiller des stratégies d'ordre mercantile au nom de cette supposée solidarité sous la dénomination de « partenaire officiel de... ».

Le partenariat est un mode d'organisation qui solidarise les acteurs issus de mondes divers autour de ce qui fait problème dans une situation donnée. Il permet de construire des communautés sur la base des différences de chacun. Chacun a des compétences (au sens de « savoir faire », mais aussi au sens de « pouvoir et légitimité à

agir ») différentes, et les positions dans les systèmes sont aussi différentes.

En allant chercher des partenaires, nous rencontrons la différence et la résistance, c'est un mal nécessaire pour créer du nouveau. Mais alors, qu'est-ce qui unit les partenaires ?

Si le rectorat de Moselle a développé le projet Caaps (Comportements alimentaires des adolescents : le pari de la santé), c'est parce que le service de santé scolaire a mené une analyse des besoins et que le personnel scolaire a été sensibilisé à la pertinence du projet. Reste que l'univers des enseignants, celui des conseillers d'éducation, du personnel de service et des services de la santé scolaire sont de nature très différente. S'ils travaillent ensemble, c'est qu'ils font l'hypothèse que de leurs différences peut naître un projet plus efficace pour les élèves, mais surtout que chacun sait qu'il peut en tirer bénéfice, même si la nature de ces bénéfices peut être, là aussi, très différente : une façon d'être valorisé ou vu autrement pour le personnel de cantine, une occasion d'aborder l'alimentation pour le professeur de sciences de la vie et de la Terre, une manière de motiver les élèves par une finalisation personnalisée du travail en éducation physique, lutter contre l'obésité pour le personnel médical, etc.

Quand dans la culture de l'un, le respect de la hiérarchie est incontournable, ralentissant la décision, alors que l'autre est pressé de finaliser l'opération, des tensions apparaissent. Autre sujet de discord : pour l'Éducation nationale, les budgets fonctionnent sur l'année scolaire et non sur l'année civile, ce qui suppose d'obtenir un budget quelques mois avant que l'action ne commence. Procédures et concertations s'imposent alors à un univers médical ou associatif, qui, dans leur monde professionnel sont maîtres, mais aussi responsables de leurs décisions selon une temporalité liée à une obligation de résultat à court terme, alors que le processus d'apprentissage sur lequel travaillent les acteurs scolaires nécessite des mois ou des années. Les espaces légitimes de décision, mais aussi les tempos et les procédures décisionnelles sont différents, comme le niveau de responsabilité d'ailleurs.



motivations (ici de la plus fréquente à la plus rare).

D'abord une motivation relevant de sa fonction, de l'enseignement des disciplines, souvent les sciences de la vie et de la Terre ou l'éducation physique et sportive. Ce sera l'occasion d'illustrer, aborder ou explorer un pan particulier d'un champ disciplinaire.

Ensuite, de manière cette fois transversale, c'est l'occasion pour lui d'amener ses élèves à construire des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés, dans le cadre des activités scolaires regroupées derrière ce qu'il est convenu d'appeler les « éducations à ».

L'enseignant peut, enfin, avoir rencontré chez ses élèves un problème de santé (toxicomanie, violence, grossesse précoce, etc.), qui gêne le cours de classe ou l'apprentissage.

La responsabilité de la formation est d'aider les enseignants à mieux comprendre ce qui fonde le partenariat en éducation à la santé et à laisser entrevoir les apports d'une démarche de collaboration avec des acteurs scolaires et non scolaires. ■

**CORINNE MÉRINI**

Laboratoire Paedi, IUFM d'Auvergne,  
université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand

#### BIBLIOGRAPHIE

Corinne Mérini, *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*, L'Harmattan, 2006.

# Former les enseignants à l'éducation à la santé

**Didier Jourdan.** Un domaine essentiel ? Comme tout le reste ! Pour avancer : ne pas se contenter de séances d'information, mais bien la considérer au croisement des différentes dimensions du métier enseignant.

**D**ans notre pays, il n'est rien d'évident à ce que l'école, dont la mission se cantonne à la sphère publique, prenne en charge l'éducation à la santé, domaine perçu comme relevant d'abord du privé, de l'intime. Il n'existe pas non plus de consensus sur la façon de l'aborder. À minima, deux lectures émergent dans les différents discours : la référence à la sécurité d'une part, et la référence à la promotion du bien-être individuel et social d'autre part. La première fait appel à l'idée d'urgence préventive (si nous n'agissons pas maintenant, les conséquences seront terribles dans le futur et risquent de mettre en cause l'équilibre même de notre société) ; la seconde renvoie à des fins plus larges (prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté). Si la première a été longtemps dominante, le souci grandissant dans la société du bien-être individuel met en avant la seconde. Ces deux sources de légitimité coexistent dans le système éducatif et conduisent nécessairement à des façons différentes de percevoir le rôle de l'école et des enseignants.

## SANTÉ ET FINALITÉS DE L'ÉCOLE

La spécificité de l'action de l'école tient au fait qu'elle est nécessairement ordonnée au projet démocratique de notre pays, fondé sur la confiance en la capacité du citoyen à agir de façon libre et responsable. C'est l'éducation qui apprend à décider par soi-même, à prendre du pouvoir sur son existence, à tenir à distance les discours des médias, des marchands, des gourous ou des experts. En matière de santé, le rôle de l'école et des autres acteurs de l'éducation, en particulier la famille, est d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté et de la responsabilité.

La santé ne saurait être considérée comme une fin en soi, comme le but ultime de l'existence. La santé, en régime démocratique, ne peut se substituer aux valeurs d'émancipation de chacun. Elle est une condition de possibilité de l'exercice plein et entier de la citoyenneté, non un objectif.

Il nous semble illusoire d'avancer sur la question de la formation des enseignants en éducation

à la santé en faisant comme si tout relevait de l'évidence et que les seuls obstacles étaient l'ignorance (ils ne savent pas que l'affaire est grave, il suffit de le leur dire pour qu'ils en soient convaincus), la bonne volonté des acteurs (s'ils ne le font pas, c'est qu'ils résistent pour de mauvaises raisons, comprenons la nature des différents verrous pour être en mesure de les faire sauter) et le manque de temps (il y a d'autres priorités, c'est vrai, mais il faut agir pour que la santé remonte dans la liste). La première étape d'un travail de formation est sans doute constituée par l'élucidation de ce qui est en jeu.

## UN CIMENT POUR LA FORMATION

Le cahier des charges de la formation des enseignants de 2007<sup>[1]</sup> accorde une place significative aux questions liées à la santé. Il indique que la formation des maîtres doit s'insérer dans un cadre national et s'appuyer sur les textes officiels précisant les engagements éducatifs de l'institution scolaire, notamment l'éducation à la santé. Les questions de santé et de prévention relèvent des compétences professionnelles des maîtres, aussi bien comme objet d'enseignement avec l'ensemble des « éducations à... » que comme constitutives de la mission du fonctionnaire (agir de façon éthique et responsable) « pour le repérage des difficultés des élèves dans le domaine de la santé et des comportements à risque » et « pour la prise en charge des élèves en situation de handicap ». Enfin, la question du partenariat, centrale en éducation à la santé, est mise en avant : il s'agit de travailler en équipe, de coopérer avec les parents et les partenaires de l'école.

D'une façon plus générale, le cahier des charges souligne la dimension éducative de l'exercice professionnel des enseignants. L'éducation à la santé n'est pas un domaine supplémentaire se superposant à d'autres, renforçant le morcellement de la formation, elle est au contraire appelée à en constituer un ciment.

Tous les enseignants sont confrontés aux questions posées par les conduites à risque et s'inter-

<sup>1</sup> Circulaire du 4 janvier 2007 relative au cahier des charges de la formation des maîtres.

rogent sur la nature de leur mission comme sur celle de l'école : en quoi puis-je contribuer à l'éducation des élèves sur ces sujets qui, bien que fondamentaux, se situent à la frontière de la sphère publique et de la sphère privée ? Que dois-je dire à un élève qui consomme du cannabis ou présente des signes de mal-être ? Comment agir sur l'aliénation générée par les stéréotypes en ce qui concerne la « ligne », l'alcool, la sexualité ? Est-ce que l'école doit participer à la chasse aux fumeurs, à la stigmatisation des gros ? Doit-elle contribuer à l'idéalisation du corps telle que nos sociétés individualistes tendent à le promouvoir ? Doit-elle renoncer à tout discours sur la sexualité, la violence ou la drogue ?

Dans la vie des établissements, l'enjeu premier est souvent la gestion du quotidien, de l'urgent. Mais les questions de prévention et d'éducation demeurent le cœur des préoccupations des professionnels. Traiter de telles « questions vives » de citoyenneté avec les étudiants et stagiaires leur permet de faire le lien entre divers apports académiques (scientifiques, historiques, juridiques, déontologiques) ou issus de leur expérience. L'éducation à la santé est alors l'un des éléments de la « culture commune » à tous les enseignants du primaire comme du secondaire.

#### QUELLES CONDITIONS ?

Dans le domaine de l'éducation à la santé comme dans tous les autres, l'activité des enseignants ne consiste pas en la simple mise en œuvre de circulaires ou de programmes. Ce qui la conditionne est beaucoup plus complexe. Elle est dépendante, certes, de paramètres institutionnels (les prescriptions liées aux programmes, les circulaires, le projet d'établissement), personnels (nature des représentations de l'enseignant quant à sa mission dans le champ de l'éducation à la santé, parcours personnel) et liés au public (les élèves, leurs besoins, leurs attentes). La formation se doit de laisser une place à ces trois aspects complémentaires. Cela ne signifie pas que chaque module ou chaque séance doit conduire à les travailler tous, mais qu'il faut veiller à ce qu'ils soient pris en compte.

Mettre en œuvre une formation ne peut ainsi se limiter à prôner de « bonnes pratiques ». Il s'agit d'accéder à la compréhension des contradictions inhérentes au métier d'enseignant, entre les exigences des apprentissages et celles de l'exercice réel du métier, pour offrir une formation adaptée. L'enseignant n'est pas un robot agissant sous l'action de prescriptions, mais un sujet pris dans un ensemble de contraintes qui influent sur l'exercice de son activité. De la maternelle au lycée, « les enseignants prennent quotidiennement de multiples décisions dans bien d'autres buts : par exemple pour préserver l'affection que ceux-ci leur portent, pour ne pas "les mettre en échec", pour maintenir la paix sociale dans la classe, pour entretenir leur propre motivation ou pour économiser leurs forces. Tous s'efforcent de trouver

en classe un bien-être suffisant pour "tenir" chaque jour ou "durer" toute une carrière<sup>[2]</sup> ».

#### UNE PRESCRIPTION PARMIS D'AUTRES

Le fait de se situer dans un champ marginal de l'activité enseignante rend nécessaire la prise en compte des différents déterminants de l'activité en éducation à la santé, mais aussi de travailler sur son articulation avec les autres dimensions du métier. Elle n'est, en effet, pas au cœur de l'identité professionnelle des enseignants. Même si les enseignants sont majoritairement conscients de leur rôle dans ce domaine, l'extraordinaire masse de prescriptions dans tous les domaines la fait apparaître comme une nouvelle charge venant s'ajouter à un fardeau déjà bien lourd à porter.

Ainsi, la formation des enseignants en éducation à la santé ne se limite-t-elle pas à organiser des séances d'information sur les différents thèmes liés à la santé. C'est en lien étroit avec les autres dimensions du métier que cette question peut avancer. ■

**DIDIER JOURDAN**

Professeur à l'université Blaise-Pascal Clermont-Ferrand 2,  
directeur de l'UFM d'Auvergne.

#### BIBLIOGRAPHIE

**Didier Jourdan**, *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?*, INPES, 2010.

<sup>2</sup> Roland Goigoux, « Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants », *Éducation et didactique* n° 3, 2007.

## EN PRATIQUE

## Des exemples de modules de formation

**L'éducation à la santé dans les disciplines d'enseignement** (compétence 3)

Il n'est pas question ici d'ajouter quoi que ce soit aux contenus programmatiques, mais de mettre en avant la contribution des différentes disciplines à la prise en compte des questions de santé

- par l'apport de connaissances historiques, juridiques, biologiques ;
- par l'apprentissage de compétences personnelles, sociales et civiques des élèves au travers des activités artistiques, littéraires, physiques ;
- par le développement d'attitudes comme le respect de soi et des autres, l'esprit critique à l'égard des discours médiatiques.

Il s'agit, par exemple, de séances consacrées :

- aux questions de citoyenneté en histoire-géographie autour de la santé, des drogues, de la consommation ;
- à la contribution des sciences à l'éducation citoyenne (éducation à la santé et à l'environnement) ;
- au lien entre EPS et santé.

**Agir en fonctionnaire de l'État de façon éthique et responsable : l'expérience des modules « actualité des valeurs de l'école »** (compétence 1)

L'expérience de plusieurs IUFM, notamment avec les modules « actualité des valeurs de l'école », en premier degré, montre que les questions de santé constituent une base pertinente pour aborder la dimension éthique du métier d'enseignant. Le travail sur des situations concrètes conduit à aborder le rôle de l'école (sphère publique, sphère privée), la responsabilité de l'enseignant (sécurité, maltraitance), sa mission éducative (respect de soi et des autres, rapport à la loi et au règlement intérieur de l'école), les enjeux du travail collectif au sein de l'école et de la relation aux parents et aux partenaires. Un travail de même nature peut être conduit avec les étudiants se préparant au profes-

sorat du second degré et au métier de conseiller principal d'éducation, en lien avec les stages en établissement.

**Le « vivre ensemble » comme objet d'un module centré sur la citoyenneté et ses déclinaisons dans les « éducations à... »** (compétences 3 et 9)

**Travailler ensemble dans l'établissement : projet d'établissement et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté** (compétence 9)

**Module ouverture de l'école : coopérer avec les parents et les partenaires** (compétence 9)

**Identifier et contribuer à la résolution des difficultés spécifiques des élèves dans les champs de la santé, du handicap, du social** (compétence 6)

**L'enjeu du travail avec les établissements d'accueil sur cette question**

La logique de l'alternance qui préside à l'organisation des masters appelle à une collaboration renforcée entre les universités et les établissements d'accueil. Il s'agit ici de mettre en avant l'enjeu que représente, pour les stagiaires, le fait de participer au travail de l'établissement sur les questions de santé, d'être informés du contenu du projet d'établissement et du règlement intérieur, et surtout de participer aux rencontres du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

**DIDIER JOURDAN**

# Un avertissement de l'Histoire

**Didier Nourrisson.** L'éducation à la santé à l'école est promue dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, mais avec des attendus et des objectifs bien différents : de la formation des recrues pour la troupe à des citoyens maîtres de leur santé... et de leur cotout pour la Sécurité sociale.

L'éducation à la santé n'est pas une discipline scolaire telle qu'elles sont mises en place à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Elle est dotée pourtant d'objectifs et de programmes, qui connaissent des révisions, des inflexions, des modifications. Elle procède un peu à la manière de l'éducation civique, c'est-à-dire en traversant les hésitations et les consignes du système scolaire tout entier : instruction ou éducation, obligation ou option, privatisation ou nationalisation. Bref, elle est enjeu, en jeu, en jouet. Casse-tête pédagogique, elle mobilise toutes les formes didactiques, investit tous les champs du savoir, dérange tous les corps (enseignants, parents, élèves, administration et service de santé scolaire). Par le regard historien, on peut saisir les héritages, comprendre les institutions, dénichier les préjugés, rendre intelligibles les pratiques actuelles. L'éducation à la santé dit toute l'école.

## LE SIÈCLE DE L'ÉCOLE

Au commencement – comme on dit dans les histoires – était l'école de l'individu. C'était le temps de la santé privée. Avec la Révolution (pour dire vite), le nouveau régime scolaire s'est fait collectif et la santé est devenue publique<sup>[1]</sup>.

La première véritable forme (au sens allemand de structure) d'éducation à la santé fait suite à la terrible défaite de 1871. Les troupes françaises ont été balayées, estimait-on, parce qu'elles n'étaient pas en état sanitaire de combattre. Ce « corps » de troupe, il faut le « redresser », au sens physique et moral du terme. L'école en est chargée : « Nul n'ignore combien il est urgent d'introduire dans l'instruction populaire des notions simples et précises d'hygiène. C'est dans le domaine de la vie physique et de la santé publique ou privée que l'igno-

rance des lois fondamentales de la nature a ses pires effets ». L'école devient un enjeu véritablement national, doit prêcher l'exemple : « Faites moins de lois, auxquelles nous n'obéissons que lorsque nous le voulons. Et faites plus de propagande », réclame Émile Duclaux, le directeur de l'Institut Pasteur. « Aidez au mouvement en y travaillant depuis l'école, semez avant de vouloir récolter. Soyez tranquilles, vous ne perdrez rien pour attendre, car vous hâterez ainsi le moment où votre intervention devenant possible, elle deviendra nécessaire, et vous verrez ainsi entrer graduellement dans votre domaine, au fur et à mesure qu'elles arriveront au niveau qu'atteint seule aujourd'hui la vaccine, toutes ces mesures hygiéniques sur lesquelles vous cherchez aujourd'hui à mettre la main. »

Mais l'école elle-même est un haut lieu de péril sanitaire. « L'importance de l'hygiène scolaire résulte de la situation assez anormale et pleine de périls que l'éducation scientifique ou littéraire crée aux jeunes individus. À un cerveau inachevé

Fig. 1 : Enseignement antialcoolique à l'école au moyen d'un tableau mural du Dr. Galtier Boissière.



<sup>1</sup> Séverine Parayre, L'Hygiène à l'école. XVIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle, Saint-Étienne, Publications de l'Université (PUSE), à paraître en 2011.



Fig. 2 : Pierre-Laurent Brenot, affiche du Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, vers 1958 (60x40 cm), extrait de *Quand la santé s'affiche*, Rennes, École nationale de santé publique, 1995.

*l'on demande un travail déjà soutenu ; à un corps en voie de développement on impose l'immobilité et la vie en commun ; à des organes encore délicats, impressionnables, on offre un exercice continu qui, à la moindre occasion, devient une sollicitation excessive. »*

Ces propos d'un médecin pas encore scolaire – car la médecine scolaire se met réellement en place après la Seconde Guerre mondiale – confirment que cette éducation procède de la forme scolaire elle-même : concentration d'enfants dans des lieux clos, enseignement administré à des corps maîtrisés. L'école met la santé en péril. Il faut donc créer de bonnes conditions de réception pour que la transmission des connaissances puisse avoir lieu. Les vieux « ménagers de soi-même » et autres « conservatoires de santé » deviennent des traités d'hygiène qui parlent des bâtiments scolaires, du mobilier, du matériel d'instruction, et des maladies en quelque sorte « nosocomiales » de l'école.

Car tout l'environnement doit être saisi sous l'angle de l'hygiène. Michel Levy, dans son *Traité d'hygiène publique et privée* (première édition en 1845), résume parfaitement le champ d'action, opératoire pourrait-on dire, de l'hygiène, en désignant six lieux par leur nom latin : les *circumfusa* (tout ce qui nous environne : l'air, l'eau, le sol, les localités et le climat) ; les *ingesta* (les choses introduites en nous par les voies alimentaires : aliments, condiments, boissons) ; les *excreta* (matières éliminées par les organes excréteurs) ; les *applicata* (choses appliquées à la surface du corps, comme les vêtements, les cosmétiques) ; les *percepta* qui comprennent l'activité morale et intel-

lectuelle de l'homme ; les *gesta* (choses que nous faisons : exercice, veille, sommeil). L'hygiène se place ainsi d'emblée comme l'art de gérer nos sens et de contrôler chacun de nos actes vitaux. Le corps est le lieu de cette observation et de cette action sanitaire. Les traités d'hygiène du XIX<sup>e</sup> siècle sont donc, dans tous les sens, des « manuels de savoir-vivre ».

Aussi l'hygiène peut-elle se définir bien vite comme « la science des rapports sanitaires de l'homme avec le monde extérieur et des moyens de faire contribuer ces rapports à la viabilité de l'individu et (c'est nous qui soulignons) de l'espèce ». On glisse ainsi bien vite à une philosophie de l'action sanitaire ; ce sera « l'hygiénisme ».

Manger, boire, bouger, se reposer, se laver deviennent objets d'attentions médicales et actes éducatifs. La santé de la nation en dépend, dès lors que toute la jeunesse entre dans le cycle de l'instruction obligatoire et que des « monstres invisibles », comprenez les microbes, menacent l'équilibre biologique. « À l'âge de six ans, les enfants commencent à fréquenter l'école. Par conséquent, ils vivent, à partir de cet âge, dans une atmosphère commune, boivent la même eau et sont exposés à tous les contacts que favorisent les jeux. La population infantile, passant aujourd'hui presque tout entière par l'école, celle-ci devient un moyen redoutable de propagation des maladies transmissibles ». L'école constitue un réservoir de microbes et un conservatoire de comportements nocifs.

Haut lieu de la transmission des savoirs, l'école de Ferry devient aussi le lieu de passage obligé de toute la jeunesse et porte donc en elle l'avenir. L'éducation de masse à la santé naît donc scolaire. Elle se veut sanitaire et morale.

La gymnastique, matière obligatoire dans les écoles normales depuis 1869, dans les programmes du primaire et bientôt du secondaire dans les années 1880, porte l'espoir d'un dressage des corps pour la patrie. « Nos enfants, nos jeunes gens, nos soldats ne savent plus marcher... Nous

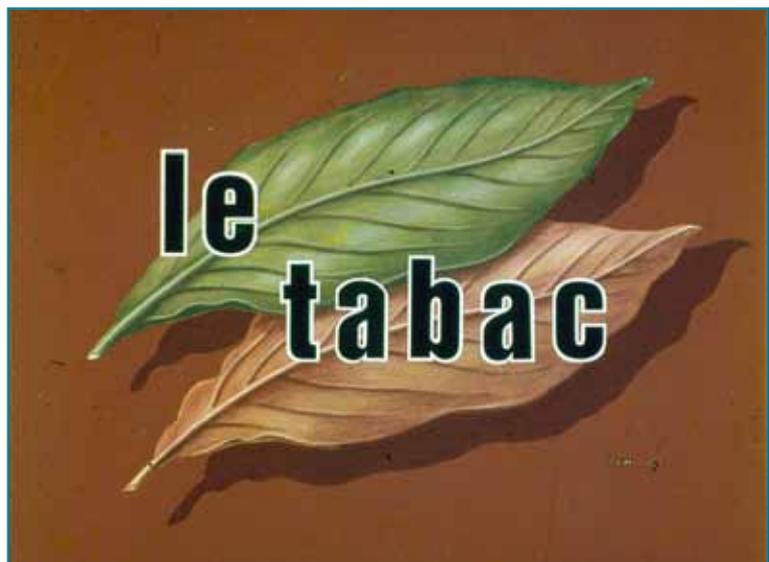


Fig. 3 : Film fixe d'enseignement, *Le tabac*, vers 1966, collection du Centre de recherche, d'Études et de documentation sur l'image en éducation, IUFM, Saint-Etienne.

adjurons MM. les recteurs de la gymnastique scolaire de réformer ces habitudes et de nous rendre nos qualités de race, en les cultivant ». Les « leçons de choses », ancêtres des sciences de la vie et de la terre, portent désormais sur la connaissance du corps, le fonctionnement des organes, la nutrition, les boissons. La morale vire à la propreté sociale, au respect de soi et des autres. Toutes les disciplines scolaires connaissent une progressive injection d'éducation à la santé.

L'exemple de l'antialcoolisme est caractéristique<sup>[2]</sup>. À partir de 1895, sous le ministre de l'Instruction publique Raymond Poincaré, les diverses branches de l'enseignement – hygiène bien sûr, mais aussi économie politique, morale, lecture, et arithmétique – reçoivent des compléments antialcooliques : « *Les causeries, les dictées, les problèmes peuvent contenir les données les plus utiles, les plus précises, exposer par des faits, des chiffres, des récits vivants la triste réalité, les dangers, les crimes, les folies, les ruines de toute nature, qui sont l'effroyable suite de l'alcoolisme* ». Un matériel pédagogique spécifique est construit avec les tableaux muraux, livres de lecture courante, manuels de mathématiques avec exercices adaptés. Le corps est pris à témoin privilégié : les enfants, dans une propagande inlassable, voient des foies sains opposés à des foies « dégénérés », des ivrognes vieilliss prématurément, des rixes de cabaret, des scènes effroyables de vie familiale cassée par l'alcoolisme du père.

Après la Première Guerre mondiale, l'effort redouble. La lutte antialcoolique n'est cependant plus une priorité. Il s'agit davantage, selon les nouveaux programmes du primaire, en 1923, d'insister sur les causes générales des maladies (microbes, parasites), sur l'hygiène de la respiration, de l'alimentation, du vêtement, de la maison. Notons, mais c'est vrai pour tout enseignement à l'époque, que l'éducation se fait par la seule information. L'enseignement des activités physiques et désormais sportives se fait cependant de plus en plus appliqué : la natation en piscine remplace l'apprentissage « à sec<sup>[3]</sup> ».

Des infirmières (le diplôme d'État date des années 1920) viennent renforcer les quelques médecins libéraux. Ils assurent un suivi de santé avec les fameuses « visites médicales ». Dépistages, vaccinations (contre la variole, obligatoire depuis 1902 ; diphtérie, après 1938), chasse aux poux et « bobologie » sont de leur ressort. Leur priorité porte sur les maladies contagieuses : variole, varicelle,

rougeole, scarlatine, typhoïde, coqueluche, sans parler des ophtalmies, de la gale ou de la teigne.

### LE TEMPS DES UTOPIES

Après la Seconde Guerre mondiale, l'état sanitaire des Français est dramatique. La guerre, avec son cortège de privations et de rationnements, a fatigué les organismes, freiné le développement des individus, alors que, depuis 1943, le pays est gagné par une vigueur démographique étonnante et un appétit de vivre exceptionnel.

L'éducation sanitaire est élevée au rang d'un service public par l'arrêté du 15 octobre 1945 du ministère de la Santé publique, qui constitue un service d'hygiène scolaire et universitaire. Les besoins sont d'autant plus importants que la scolarisation s'accélère à tous les échelons : depuis les enfants de la maternelle, jusqu'aux étudiants de l'université, les effectifs croissent considérablement.

Dans le même temps, l'éducation à la santé sort du cadre strictement scolaire et est assurée, modestement, par des organismes parapublics (Comité national d'éducation sanitaire, 1952) ou par des associations privées (Comité national de défense contre l'alcoolisme en 1952, Comité national contre le tabagisme en 1950). « *Il appartient à l'éducation sanitaire... d'apporter à l'ensemble de la collectivité les connaissances convenables capables de développer chez elle l'esprit de prévention et de lui fournir les notions utiles à la défense de la santé* ». Au moment où l'éducation à la santé sort ainsi de l'école pour rejoindre le « grand public », le sport lui aussi s'échappe de l'éducation physique scolaire.

À l'inverse, une entreprenante publicité pousse à la frénésie consumériste de produits pas toujours inoffensifs. « Les jeunes » – le substantif naît à cette époque – constituent désormais un marché porteur. L'État lui-même, partagé entre son souci de protection sociale et ses impératifs financiers, n'hésite pas à inciter à la consumma-

Fig. 4 : Le fonctionnement d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Dessin de cled'12, extrait de *Clopin-Clopant*, Grenoble, Gisme, 2005.



2 Didier Nourrisson, Jacqueline Freyssinet-Dominjon, *L'École face à l'alcool. Un siècle d'enseignement antialcoolique (1870-1970)*, Saint-Étienne, PUSE, 2009.

3 Thierry Terret, « Des palmes pour l'école. Histoire de la natation scolaire », in Didier Nourrisson, *Éducation à la santé, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*, Éditions de l'École nationale de santé publique, 2002.

tion tabagique. Un nouveau corps se modèle, jouisseur et actif, souriant et dynamique. Plus que jamais, le corps est exhibé à longueur de messages publicitaires. L'époque est à la liberté des corps, tandis que les salles de classe se remplissent d'une jeunesse active.

1968 marque l'aboutissement de cette tendance. Corps en liberté, sexualité débridée, consommations offertes. Un coup de jeune pour la société scolaire, pour la société en général. La propagande sanitaire, y compris à l'école, est à l'unisson.

#### LA NOUVELLE « FIN DE SIÈCLE »

À la fin des années 1970, de nouvelles peurs apparaissent : drogues, insécurité, violences. Le climat sanitaire se durcit. La consommation de haschich est condamnée depuis 1970. Les campagnes de prévention dénoncent l'alcool au volant. L'interdiction de la publicité en faveur de la cigarette débute par la presse de jeunesse et les avertissements sanitaires fleurissent sur les paquets de tabac. L'État, résolu à lutter contre le déficit de la Sécurité sociale et pour la santé publique, mesure les taux d'alcoolémie, poursuit les délinquants de la rue et de la route, prévient des dangers de la drogue, du sida, du tabagisme par des campagnes toujours plus effrayantes (loi Veil contre le tabac en 1976, loi Évin contre le tabac et l'alcool de 1991, etc.).

Le « sanitaire correct » se met en place : élargissement du champ des interdits, matraquage des « avertissements » et autres « préventions ». L'ordre moral sanitaire n'est pas loin.

L'éducation à la santé, dans ce contexte, peine à trouver sa place. On parle le plus souvent de « prévention », un terme venu du langage juridique qui désigne des suspects à l'internement. L'éducation, elle, veut du temps. Elle nécessite des éducateurs. Or, le milieu médical, plus tourné vers la thérapeutique, ne lui est pas toujours favorable et le milieu enseignant lui est souvent hostile, car l'éducation à la santé n'est pas disciplinaire. De plus, l'école tout entière, naguère lieu de la méritocratie républicaine, entre dans le doute de sa mission et fait l'objet d'une défiance qui se généralise<sup>[4]</sup>.

Les consignes sanitaires s'intensifient. Tous les partenaires de l'école sont appelés à intervenir, jusqu'aux élèves dans les nouveaux (après 1998) comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

#### PERSPECTIVES

L'histoire permet de tirer quelques conclusions et de dégager quelques perspectives en éducation à la santé.

- La prise en charge personnelle de sa santé est un fait quotidien ancien. On n'a pas attendu la définition de l'OMS (1945) ou de la charte

<sup>4</sup> André Robert parle d'un État qui se débarrasse de son rôle « providentiel » du temps des Trente Glorieuses pour prendre une charge « managériale » de l'Éducation nationale à la fin du siècle (André Robert, *L'École en France de 1945 à nos jours*, PUG, 2011).



Fig. 5 : Projet de paquet de tabac présenté par la Commission européenne en novembre 2004.

d'Ottawa (1986) pour savoir qu'il s'agissait de viser le bien-être physique, mental, et même matériel de la personne. Le corps, « exposé » aux risques depuis l'extérieur comme de l'intérieur, participe pleinement à ce bien-être. L'éducation à la santé, quel que soit son site, le cadre familial, la rue ou l'école, reste installée dans un processus moral éducatif global de la personne. « *L'éducation à la santé apparaît comme la meilleure voie pour réintroduire le respect du futur et le sens de ses responsabilités vis-à-vis de son corps*<sup>[5]</sup>. »

- La prise en charge collective de la santé publique est un fait récent. Elle relève du secteur associatif, et surtout de la responsabilité de l'État. L'hygiène est depuis deux siècles entrée au cœur des politiques sociales. Deux modèles ont pu être dégagés : le modèle « scolaire-craintif » et le modèle « général-ludique ». L'école, porte d'accès à la propagande sanitaire à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, a ensuite perdu ce monopole au profit d'associations privées ou d'organismes parapublics.
- Les politiques d'information en santé publique ont alterné les thèmes comme les moyens. Elles balancent toujours entre un pôle de la peur, au risque du stress, du primat de l'émotion sur la raison, et le pôle de la confiance, de la responsabilisation. On veut faire sourire et avertir. Ce pôle s'appelle éducation. ■

**DIDIER NOURRISSON**

Professeur d'histoire contemporaine à l'université Claude-Bernard Lyon 1/IUFM de Lyon

<sup>5</sup> Maurice Tubiana, *L'Éducation à la vie*, Odile Jacob, 1999.

#### BIBLIOGRAPHIE

Quelques ouvrages de Didier Nourrisson, ou publiés sous sa direction :

*À votre santé ! Éducation et santé sous la IV<sup>e</sup> République*, Saint-Étienne, Publications de l'Université (PUSE), 2002.

*Éducation à la santé*, Rennes, École nationale de santé publique, 2002.

*Cigarette. Histoire d'une allumeuse*, Paris, Payot, 2010.

# L'éducation à la santé, un art de vivre ?

**Jean Delord.** Comme l'histoire, la philosophie aide à interroger les évidences d'une « éducation à... » qui touche à des fondamentaux de notre humanité.

L'éducation à la santé – qui relève d'abord du monde du privé et de l'intime – est loin de faire consensus. Elle renvoie pourtant aux compétences psychosociales et à la compréhension d'autrui et de soi, donc à des formes d'intelligence qui devraient être considérées comme essentielles.

Si on ne la réduit ni à la prévention ou à la sécurité, ni à la promotion du bien-être individuel et social, elle s'inscrit dans « *le souci de soi*<sup>[1]</sup> ». Prendre soin du corps que l'on est (et non du corps que l'on croit avoir), se soucier de sa vie, avoir cure de son existence ne devrait être anodin pour personne. On pourrait même penser qu'il s'agit là des seules choses qui devraient importer. On pourrait même ajouter qu'être, exister sont bien les seules nécessités qui portent, emportent, ou déportent, s'il est vrai que nous sommes mortels et que le sens de notre vie dépend de la compréhension que nous avons de notre existence.

Se préoccuper de sa santé revient en réalité, on l'aura compris, à commencer à philosopher. L'éducation à la santé se doit de ne pas ressembler à un double de la médecine, qui restera l'art de prévenir et de soigner les maladies. La médecine, science qui a pour objet la préservation, le rétablissement et l'amélioration de la santé, repose sur une triple norme d'équilibre, d'efficacité et sur un idéal d'intégration. Si l'éducation à la santé se bornait, comme le stipulent les programmes de l'Éducation nationale qui définissent son champ d'action, à l'apprentissage de ces trois normes, elle n'aurait qu'une vertu purgative ou morale qui, immanquablement, conduirait les élèves, et surtout les adolescents qui nous sont confiés, à enfreindre ses conseils, et à expérimenter tout ce qui peut les rendre malades ou dépendants. Ce que d'ailleurs ils ne se privent pas de faire.

<sup>1</sup> « On peut caractériser brièvement cette "culture de soi" par le fait que l'art de l'existence – la "techné tou biou" sous ses différentes formes – s'y trouve dominé par le principe qu'il faut prendre soin de soi-même... », Michel Foucault, *Le Souci de soi*, NRF, Éditions Gallimard, 1984.

Expliquer que nous ne sommes pas des moutons, que si le troupeau s'abreuve d'apéros géants, de troisièmes mi-temps arrosées de Guinness, que si la fête implique obligatoirement l'alcoolisation, nous n'avons pas à nous conformer à ces dictats, qui sont une des caractéristiques de l'instinct grégaire ; l'éducation à la santé se doit de nous l'apprendre. Elle se doit aussi d'opposer à une hygiène de la calorie et de l'énergie (qui permet de mieux travailler et de reconstituer une force de travail pour mieux servir de machine au capital et à ses nombreuses bulles financières) une généalogie de la force, du conatus, de la persévérance dans l'être, de la « puissance ».

À côté de ce qu'impliquent la biopolitique de la société de consommation, la modération de la société de contrôle, où nous nous baignons toujours dans le même fleuve de la mort à crédit, une santé dégagée de sa servitude organique ou sociale peut être réhabilitée par l'éducation à la santé. La mort n'est omniprésente, le corps menacé par l'attente, l'usure, la prévision, que pour ceux qui croient à une santé triste, dépendante des caprices du destin, des probabilités de la masse, de la liberté du choix et de la volonté.

## L'ÉDUCATION À LA GRANDE SANTÉ, UNE PHILOSOPHIE ?

Spinoza n'est un intellectualiste ni quant à la définition de la vie éthique, ni quant à la définition des moyens capables d'instaurer la « santé<sup>[2]</sup> ». Le moteur, l'énergie de la libération ne peuvent provenir que du désir. La servitude n'est à combattre qu'en raison de la diminution et de la réduction d'être qu'elle exprime, soit directement par la souffrance inscrite dans toutes les formes de la tristesse, soit indirectement par la fragilité des joies ordinaires qui ne dépendent pas de nous.

C'est ici seulement qu'intervient la connaissance : elle est le moyen qui, mis en œuvre et

<sup>2</sup> En effet : « La connaissance vraie du bien et du mal ne peut réprimer aucun affect en tant que cette connaissance est vraie, mais seulement en tant qu'elle est considérée comme un affect. » *Éth.* IV, XIV.

en marche par le désir, est en mesure d'opérer ce passage. La substitution d'une connaissance adéquate à une connaissance illusoire peut restituer l'objet désiré à sa vérité, aussi bien en le reliant à son contexte social et naturel qu'en le rattachant à ce désir.

L'éthique<sup>[3]</sup> stoïcienne ne vise ni la santé apparente, la « forme » clinquante, artificielle et illusoire du sportif qui plus tard le détruira et le dotera d'une vieillesse amputée de nombreux possibles, ni à la vie modérée et insipide de l'homme sain, cette vie faite d'équilibre et non de tempérance<sup>[4]</sup>. Il n'existe pas, pour les sages de cette école, de santé éblouissante sans sagesse. Pour Spinoza, la question de la santé devient celle de l'existence. « Aller bien » (ce que signifie *valere* en latin, bien avant de prendre la signification de « valeur ») implique que le sens de chacun de nos présents soit vécu comme un « présent » éternel, qui nous renvoie à nous-mêmes avec l'insistance la plus terrible et donc plus tragique.

Vivre bien ce n'est pas « ne pas mourir », ou subsister, durer ; en fait, survivre, c'est insister hors des morts prématurées et intérioriser les logos de son âme. Les stoïciens diraient « accueillir la nature<sup>[5]</sup> ». Spinoza affirmerait : penser, comprendre que nous avons une idée vraie, celle de Dieu ou de la nature. Pour ces deux philosophies, seule l'âme est malade. Les questions essentielles de la santé deviennent alors : comment parfaire l'unité ontologique, l'individuation ? Comment ne pas être indigne de ce qui nous arrive ? Comment effectuer des rencontres qui ne nous détruisent pas ? Comment aimer, respirer, marcher, comment se tenir debout, comment expérimenter les seuils de son individuation ? Le relâchement de l'âme, l'assouplissement des tensions nous sont fatals. Ce n'est pas en s'efforçant à la modération en ce qui concerne le corps et ses habitus, son hygiène, son équilibre, sa « santé », que nous surmonterons le « tragique<sup>[6]</sup> » fondamental et inexorable de l'existence. Faire l'économie de se penser et renoncer à la question du salut est vain<sup>[7]</sup>.

**3** L'éthique est une éthologie. Elle ne doit pas être confondue avec la morale, toujours normative et renvoyant ou bien à des impératifs catégoriques ou à l'essence du bien.

**4** Il faudrait entendre dans « tempérance » non un idéal de modération ou de juste milieu, mais la nécessité de s'accorder avec soi et avec le monde. Ce que dit et ne cesse de redire la musique du « clavier bien tempéré » de Jean-Sébastien Bach, en particulier dans l'interprétation magistrale que Glenn Gould nous en a offerte. Celle-ci nous permet en effet de remonter aux sources de l'harmonie et des « réalités » de cette musique qui singularise chacun d'entre nous.

**5** « Vivre en conformité avec la nature. » L'école signifie par là, non une injonction écologique, mais obéir à la seule nécessité vitale, celle de se préparer à la mort au lieu de la retarder par des choix qui ne cessent d'être insignifiants.

**6** À entendre au sens de Sophocle. Le tragique dans les cités en ruines revient à être malgré tout le gardien du sens, même si souvent, tel un incendie éclate la confusion des langues (cf. Friedrich Hölderlin, *Remarque sur Œdipe et Antigone*).

**7** Sur cette question, il nous semble que Pascal a déjà tout dit.

Être sage ne revient pas à vivre comme un équilibré<sup>[8]</sup>, mais à mesurer son être à l'aune de sa mélodie, ce qui implique le savoir de sa musique : une ascèse et non une gymnastique des conseils, des « entraîneurs », des maîtres à penser qui ne sont que des magiciens de la panse sans rumination. Comme l'affirme Pierre Hadot, « l'idéal philosophique introduit inquiétude et déséquilibre dans les habitudes et les conventions mondaines<sup>[9]</sup> ». La santé bien comprise demeure l'exercice de la sagesse, ce dont personne n'a, à priori, l'habitude. Le régime est affaire de manie, la modération affaire de doses et de pharmakon, l'équilibre affaire de volonté et de détermination. La santé, et à fortiori la « grande santé », est affaire de réflexion, parce que la santé de l'âme ne renvoie ni à la fusion ni à la stabilité.

Être tendu vers son être, tel l'archer Zen, changer ses vies, vouloir et se vouloir toujours<sup>[10]</sup>, telle est la vitesse infinie de la santé joyeuse avec laquelle chacun de nos instants doit coïncider.

Apprendre l'infini contre la finitude, la puissance contre la force, ne jamais dépendre de rien sauf du rien et des riens, échapper aux systèmes de santé officiels qui interdisent de fait, par leurs recommandations et leur censure, la rencontre avec soi-même, suivre ses propres erreurs, ses lignes de fuites, où l'obscurité devient potable, voici le programme qui éduque à la grande santé<sup>[11]</sup>.

## Systemes de motivation, plaisir et désir

Peut-on construire une théorie synthétique des motivations et du désir ? En première analyse épistémologique, la réponse est non, car la motivation chez le psychologue behavioriste, la pulsion de développement chez les psychologues humanistes, la compulsion en psychanalyse et les circuits de renforcement du comportement en neurosciences désignent des objets conceptuels différents. Mais si la nature réelle des motivations est d'être complexe et si l'objectif est de permettre au praticien (formateur, enseignant, éducateur...) de se repérer dans les différentes manifestations de ce qui « meut » l'Homme, alors on peut tenter de comprendre comment s'articulent ces différentes approches du désir humain.

Ce modèle<sup>[12]</sup> postule tout d'abord l'existence de trois systèmes de motivation complémentaires, appelés à se relayer au cours du développement d'un être humain. Tels que nous les avons modé-

**8** Qu'on pense au funambule d'*Ainsi parlait Zarathoustra*.

**9** Pierre Hadot, *Introduction au Manuel d'Épictète*, Le Livre de Poche, Classiques de la Philosophie, 2000.

**10** Être sage, c'est « vouloir librement, vouloir absolument, vouloir toujours », Sénèque, *La Tranquillité de l'âme*, Robert Laffont, Bouquins, 1993.

**11** Nietzsche, grand corps malade s'il en est, avant Arthaud nous avait prévenus : « Laisse-moi te parler d'un autre chien de feu dont le langage vient vraiment du cœur de la terre. Son haleine est dorée ; c'est une pluie d'or ; elle vient de son cœur. Que lui importent ta cendre et ta fumée et ta base cuisante ! » *Ainsi parlait Zarathoustra*.

**12** Voir par exemple : Daniel Favre, *Transformer la violence des élèves – Cerveau, motivations et apprentissage*, Dunod, 2007.

lisés, ces systèmes, comprenant toute la gamme des émotions, de la frustration au plaisir, correspondent à différentes modalités possibles de fonctionnement des circuits nerveux de renforcement positif et de renforcement négatif.

#### LA MOTIVATION DE SÉCURISATION

Dans le premier système de motivation (SM1), nommé motivation de sécurisation, prépondérant au cours des premiers âges de la vie, le sentiment de bien-être serait associé à la satisfaction de besoins biologiques et psychologiques essentiels, dans une relation de dépendance à autrui. Cette satisfaction entraîne une réduction temporaire de la tension préalable, elle-même liée à un manque de nourriture, de contacts, etc. La préexistence de cette tension demande que la latence entre le stimulus interne et la satisfaction soit réduite, sous peine de sensations désagréables, de frustration de la vie où la conscience individuelle est en développement.

Il est indispensable que chaque enfant ait éprouvé ce plaisir qui forge sa confiance primaire en lui et dans la vie et lui donne la possibilité d'établir des liens durables et de s'ouvrir à autrui. La frustration réside ici dans l'impossibilité d'accéder – ou la peur de perdre l'accès – à ce type de plaisir. Au fur et à mesure du développement de l'enfant, ce premier système de motivation perd de son importance comme moteur de l'individu. Il demeure cependant, et se manifeste à nous par le plaisir que nous avons à réaliser des tâches déjà maîtrisées, à retrouver des situations connues, des personnes qui nous procurent de l'affection ou une reconnaissance dans notre environnement social, familial ou professionnel.

Le fonctionnement du SM1 pourrait ainsi rappeler la notion freudienne de plaisir, fondée elle aussi sur le soulagement d'une tension, et tendant à rétablir l'équilibre interne, l'homéostasie du sujet. Les conduites plus ou moins automatiques qu'il produit pourraient correspondre aux comportements dans lesquels l'émotion ou le sentiment ne seraient pas ou peu intégrés consciemment par le sujet. Ainsi d'un conducteur ayant peur de rouler sur l'autoroute et qui, n'intégrant pas cognitivement et consciemment cette émotion, serait amené à y réagir en insultant les conducteurs qui le doublent. On voit dans cet exemple que la référence qui fonde la sécurité du sujet est externe à lui, ce qui est une des caractéristiques du fonctionnement dans le premier système de motivation.

#### LA MOTIVATION D'INNOVATION

Dans le second système de motivation (SM2) nommé motivation d'innovation, le plaisir aurait pour origine les conduites par lesquelles un être humain gagne de l'autonomie (physique, intellectuelle, ou affective), surmonte des difficultés (par exemple marcher avec ses membres postérieurs quand on a un an), résout des problèmes, montre ses aptitudes – à lui-même d'abord et aux autres ensuite –, fait preuve de création et

d'innovation. Chacun a pu vérifier que le besoin de comprendre, lorsqu'il commence à être satisfait, relance l'envie ou le désir de comprendre encore plus, jusqu'à devenir une « passion » quand on est chercheur. Ce type de plaisir ne s'épuise pas, car il n'est pas le résultat de l'apaisement d'une tension, mais le résultat d'un mouvement de croissance ou de réalisation de soi. Pour cette raison, il est indissociable d'une position de responsabilité.

Les satisfactions associées à ces comportements sont souvent repoussées dans le futur et nécessitent un investissement soutenu. Très précocement, un enfant humain peut connaître le plaisir SM2, d'autant plus que son environnement humain l'encourage dans la conquête de son autonomie. Plus tard, si on peut éprouver du plaisir SM1 à retrouver de vieux amis ou relire encore une fois un roman, on peut éprouver également du plaisir SM2 à rencontrer quelqu'un de nouveau qui va nous donner la possibilité de voir le monde sous un autre angle ou d'explorer un nouveau jeu. La frustration en SM2 sera liée à ce qui sera perçu comme une routine, un enfermement dans le connu ou le prévisible, c'est-à-dire les certitudes.

Dans ce schéma de développement idéal, le premier système de motivation est tout juste prépondérant sur le second au début de la crise d'adolescence. L'enjeu de la crise réside alors dans une bascule de l'équilibre, au profit du second système de motivation. Ce renversement qui définit le passage à l'âge adulte psychologique va s'effectuer au cours de la crise, au travers de deux mouvements complémentaires, expulsif et impulsif.

Dans le premier système de motivation parasité, le plaisir serait associé au maintien d'une dépendance anormalement élevée. Cela va se traduire chez l'individu d'abord par une relation de drogué vis-à-vis de certains produits, comportements, personnes ou situations, reconnaissable par les signes d'exclusivité qu'exprime le sujet : « Je ne peux pas imaginer me retrouver seul ou quitter mon appartement » ; ensuite par la disproportion des émotions ressenties par rapport aux situations qui les provoquent : « J'ai horreur des personnes qui monopolisent la parole ».

L'existence d'un tel parasitage entraîne un déséquilibre des forces aux dépens du second système de motivation. L'individu « parasité » ne peut accéder à la maturité et accueillir l'écoulement irréversible du temps. Il est le plus souvent prisonnier de conduites répétitives et quelquefois compulsives qui le piègent dans un temps « circulaire » où il se retrouve périodiquement à la « case départ », sauf si une remise en question profonde de cet équilibre lui ouvre à nouveau la possibilité d'accéder à une séparation – individuation débouchant sur la maturité. Il ne nous semble pas qu'il y ait un âge limite pour ce type de naissance, à partir de laquelle nous avons enfin l'énergie intérieure suffisante pour nous engager à fond dans nos propres projets et les mener à terme malgré les difficultés.

### LA QUESTION DU DÉSIR EST CELLE DE LA SANTÉ.

Ainsi, par la référence centrale au désir, les sciences humaines et les neurosciences semblent être en mesure, aujourd'hui, de mieux poser les termes du problème des rapports entre corps et conscience. Mais les problèmes sont loin d'être résolus. Quelles sont, par exemple, la place et la nature de cet objet appelé « inconscient » ? Si l'inconscient est un langage, comment peut-il être inconscient ? Si l'inconscient est plus vaste que la conscience, cet au-delà de la conscience est-il le corps ? S'il n'en est rien, quel est le statut d'un « psychisme » qui n'est ni corps ni conscience ? Comment un contenu significatif pourrait-il être corporel, si l'inconscient n'est pas réduit au corps et s'il ne se réduit pas non plus à la conscience ? D'autre part, si le désir est central, quel est son statut ? Comment une « motivation » aurait-elle un « sens » ? Comment s'assurer que le fonctionnement du SM2 est bien celui d'un être libre et joyeux en référence interne ?

À travers la question du sujet de la santé, on devine donc que c'est toute une éthique qu'il nous revient de penser ainsi que la question de son autonomie. Des travaux récents sur le changement par soi-même, sans traitement psychothérapeutique ou médicamenteux, remettent en question l'idée que l'addiction serait une maladie du cerveau, mais montrent clairement, au vu de la fréquence élevée de ces cas de changement, que l'on peut changer de système de motivation dominant. Existe-t-il donc un sujet qui, en référence interne, décide ?

### Un détour par Spinoza

Le principal obstacle à l'élaboration d'une doctrine unitaire de l'homme en général, et dans l'éducation à la santé en particulier, est bien évidemment le dualisme entre le corps et ce qu'on appelait « l'âme ». Mais cet obstacle constitue aussi, sous la forme du cartésianisme, le point de départ d'une réflexion anthropologique sur les rapports de l'esprit et du corps. La philosophie de Spinoza se construit comme une critique du cartésianisme, inscrit dans la conception erronée de la volonté, de sa pseudo-union avec le corps<sup>[13]</sup>. Ce sont ces « religions du vouloir » qui édifient toutes les morales présomptueuses de la toute-puissance de l'âme sur ses affects, et qui, en éducation à la santé, aboutissent à la croyance de la toute-puissance d'un sujet, capable de réfléchir et de prendre les « bonnes » décisions concernant sa santé et de faire des choix éclairés sur son « bien-être ». Comme s'il suffisait de « prendre conscience » ou de « savoir » pour s'orienter dans l'existence. Comme s'il était facile de s'orienter dans la pensée.

Le propos de Spinoza est double :

<sup>13</sup> C'est en *Éth.* II, XLIX que Spinoza développe cette critique : « Dans l'esprit il n'existe aucune volonté, autrement dit aucune affirmation et négation, à part celle qui enveloppe l'idée en tant qu'elle est l'idée. »

Il s'agit d'abord de montrer que tout notre agir et toutes nos décisions s'inscrivent dans une logique déterministe, et ne sauraient donc découler d'un « libre arbitre » ; c'est-à-dire de choix gratuits qui n'auraient d'autre source que leur propre volonté. Spinoza, très sensible à la signification (positive ou négative) de tous nos actes, s'oppose résolument à une considération contingente, et finalement inintelligible et absurde, de l'activité. Nos actes ont toujours une explication, et ces raisons qui rendent compte du surgissement de nos actes valent comme autant de causes<sup>[14]</sup>.

Mais la critique de la liberté et du libre arbitre entraîne une seconde exigence. Il s'agit aussi, pour Spinoza, de montrer que l'idée même de « faculté » est vide, fautive, et abstraite. Il présente cette critique et cette doctrine en *Éth.* II, 49. Ce n'est pas seulement parce que tous nos actes ont une « cause » que la volonté libre est un leurre : c'est aussi parce que l'idée de volonté implique celle de « faculté » (telles la faculté de vouloir et la faculté de juger qui, selon Descartes, constituent l'âme). Or, l'idée de faculté n'est qu'une extrapolation abstraite et chosifiante des seules réalités effectivement données, et qui sont, pour Spinoza, des idées et des volitions singulières. Il n'existe pas de faculté de vouloir (puissance occulte et substantielle), mais seulement des volitions et des désirs singuliers, et il n'existe pas de faculté de juger en général, mais seulement des idées, chaque fois singulières, qui elles-mêmes renvoient au corps<sup>[15]</sup>.

L'analyse de Spinoza va encore plus loin : il n'existe pas de « faculté de l'âme », parce que l'esprit (*mens*, et non l'âme, *anima*) est une réalité totalisante et homogène qui est toute entière active dans chacune de ses activités : tout entière, désir et conatus, persévérance dans l'être, et en même temps tout entière, pensée et idée (vraie ou fautive, adéquate ou inadéquate). La critique de la volonté se poursuit alors dans sa pleine radicalité : non seulement il n'existe pas de « volonté » (faculté), mais seulement des volitions (actes singuliers) ; mais encore ces volitions, ces actes singuliers du vouloir, ne sont pas des réalités spécifiques et autonomes, mais les implications affirmatives, enveloppées dans ces actes de connaissance que sont les idées.

« Nous ne nous efforçons pas vers quelque objet, nous ne le voulons, le poursuivons ni ne le désirons pas parce que nous jugeons qu'il est un bien, mais au contraire, nous ne jugeons qu'un objet est un bien que parce que nous nous efforçons vers lui, parce que nous le voulons, le poursuivons et le désirons. » (*Éth.* III, 9, Scol.)

C'est là l'affirmation la plus importante de la

<sup>14</sup> « Dans l'esprit, nulle volonté n'est absolue, autrement dit libre ; mais l'esprit est déterminé à vouloir ceci ou cela par une cause, qui elle aussi est déterminée par une autre, et celle-ci à son tour par une autre, et ainsi à l'infini. » *Éth.*, II, XLVIII.

<sup>15</sup> « L'esprit humain ne connaît le corps humain lui-même et ne sait qu'il existe que par les idées des affections dont le corps est affecté. » *Éth.*, II, XIX.

philosophie spinoziste de l'homme comme être de désir, pour l'éducation à la santé. Non seulement celui-ci n'est pas un vice, mais une puissance existentielle d'être et d'agir, non seulement il est simultanément spirituel et corporel, en même temps que toujours conscient, mais encore, il est l'origine et la source de toutes nos valeurs. Puissance pratique, sélective, dynamique et existentielle, il est en outre l'origine même de la constitution de l'objet comme objet désirable, c'est-à-dire comme valeur. Par son désir, l'homme est le fondement de ses valeurs. Mais il est ipso facto la source de son propre bonheur, ou de son propre malheur, qu'il fait dépendre des biens qu'il a lui-même constitués. À y regarder de près, nous retrouvons là les trois systèmes motivationnels décrits par Daniel Favre, et cette idée centrale qui permet de comprendre comment seul un être conscient peut choisir la liberté (SM2), la servitude (SM1) ou plus encore la dépendance et l'addiction (SM1P).

Rappelons d'abord l'une des caractéristiques du désir pour Spinoza : il est puissance dynamique et vitale qui se saisit elle-même comme mouvement constant de croissance ou de réduction, ce mouvement étant qualitativement conscient de lui-même, comme joie ou comme tristesse. Pour prendre d'autres termes, également spinozistes, on peut dire que le désir est le dynamisme existentiel des affects, ceux-ci, comme

conscience des affections du corps, étant le vécu joyeux ou triste de ce désir qui les porte et qu'ils expriment.

Il ne s'agit pas essentiellement, pour Spinoza, d'opposer la passivité de la tristesse à l'activité de la joie : certes, la tristesse (souffrance, malheur, misère, solitude, déception, anxiété, etc.) comme réduction et diminution de l'affirmation existentielle est toujours passive, et tous les affects de tristesse sont des passions, car ils sont tous des affects passifs. Mais ils sont des passions, non pas en tant qu'ils sont tristes, mais en tant qu'ils sont passifs. En effet, outre le fait qu'il y a toujours une part d'activité dans la tristesse, Spinoza évoque le fait qu'il existe des affects joyeux qui sont des passions, telle la joie éprouvée devant la souffrance d'un ennemi : ce qui est passionnel ici n'est pas la joie comme telle, mais la passivité de cette joie.

La passivité n'est donc pas constituée par la simple décroissance, diminution, affaiblissement du conatus, puisqu'une croissance existentielle comme la haine ou la vengeance abouties est également passive et passionnelle. La passivité n'est pas caractérisée par la souffrance, elle est caractérisée par la servitude. ■

**JEAN DELORD**

Université de Toulouse 11-Le Mirail

# Un moyen de réduction des inégalités scolaires

**Didier Jourdan, Ngoc-Châu Pham-Daubin.** Mieux vaut être en bonne santé pour apprendre. Une évidence une fois énoncée, qui mérite une mobilisation particulière pour être traduite en actes. Présentation d'un dispositif pour développer les compétences des élèves à l'école primaire.

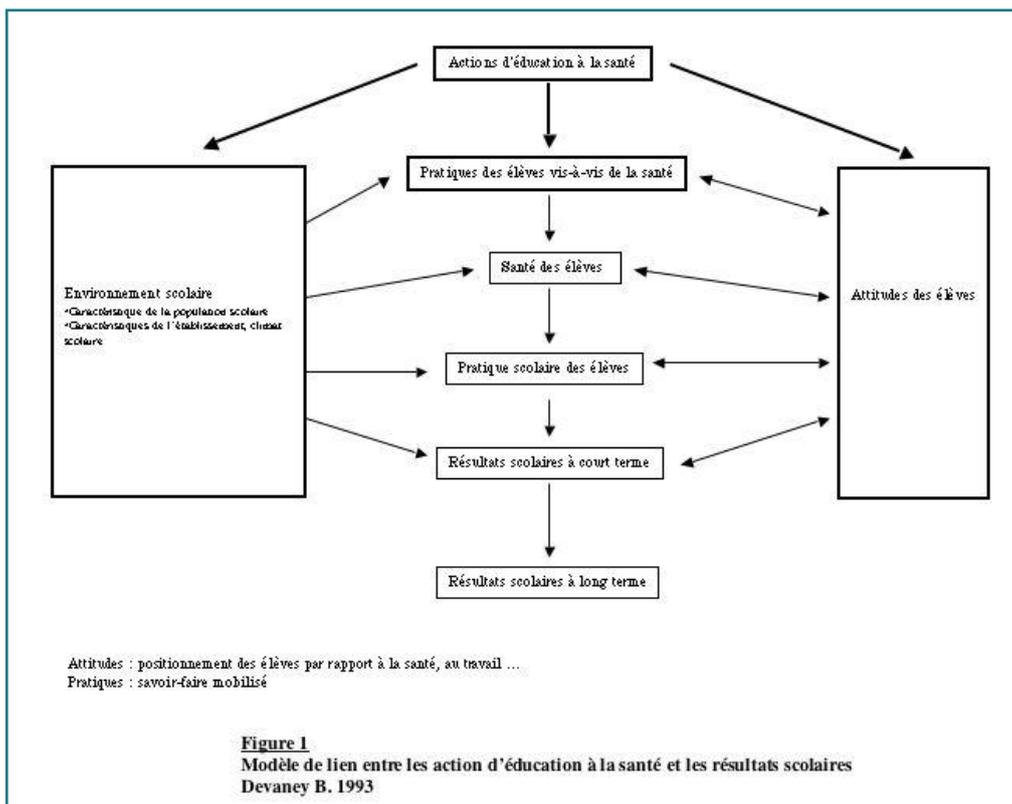
Confrontée à une démocratisation de l'accès à la scolarité, accueillant une proportion toujours plus grande d'enfants issus des milieux les plus défavorisés, l'école ne parvient pas à compenser de façon efficace l'impact négatif des inégalités sociales sur la réussite scolaire. Une situation d'autant plus préoccupante que les inégalités dans les apprentissages scolaires se mettent en place très précocement, dès l'école maternelle, et s'accroissent, avec un effet cumulatif, tout au long de la scolarité.

## UNE RESSOURCE AU SERVICE DU DÉVELOPPEMENT DU SUJET

Des travaux toujours plus nombreux montrent qu'il existe un lien significatif et complexe entre

l'état de santé dans ses dimensions physiologique, psychologique et sociale, et les conditions d'apprentissage : les élèves en bonne santé sont plus enclins à travailler de façon efficace. Ainsi certains auteurs se sont intéressés à l'impact de programmes d'éducation à la santé sur les performances scolaires. Ils proposent un modèle de relation entre les actions d'éducation à la santé et la réussite scolaire (Figure 1). Dans ce modèle, l'impact des actions d'éducation à la santé porte sur les pratiques des élèves vis-à-vis de la santé, les attitudes des élèves et l'environnement scolaire.

Permettre aux élèves d'être en meilleure santé, c'est contribuer à leur donner les moyens de réussir. La santé est considérée ici, bien au-delà de son volet médical, « *comme une ressource de*



la vie quotidienne, et non comme un but dans la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques<sup>[1]</sup>. ». La santé n'est ainsi aucunement une fin en soi, mais bien une ressource au service du développement du sujet. L'éducation à la santé en milieu scolaire constitue l'un des moyens, au milieu de nombreux autres, d'action sur les inégalités scolaires.

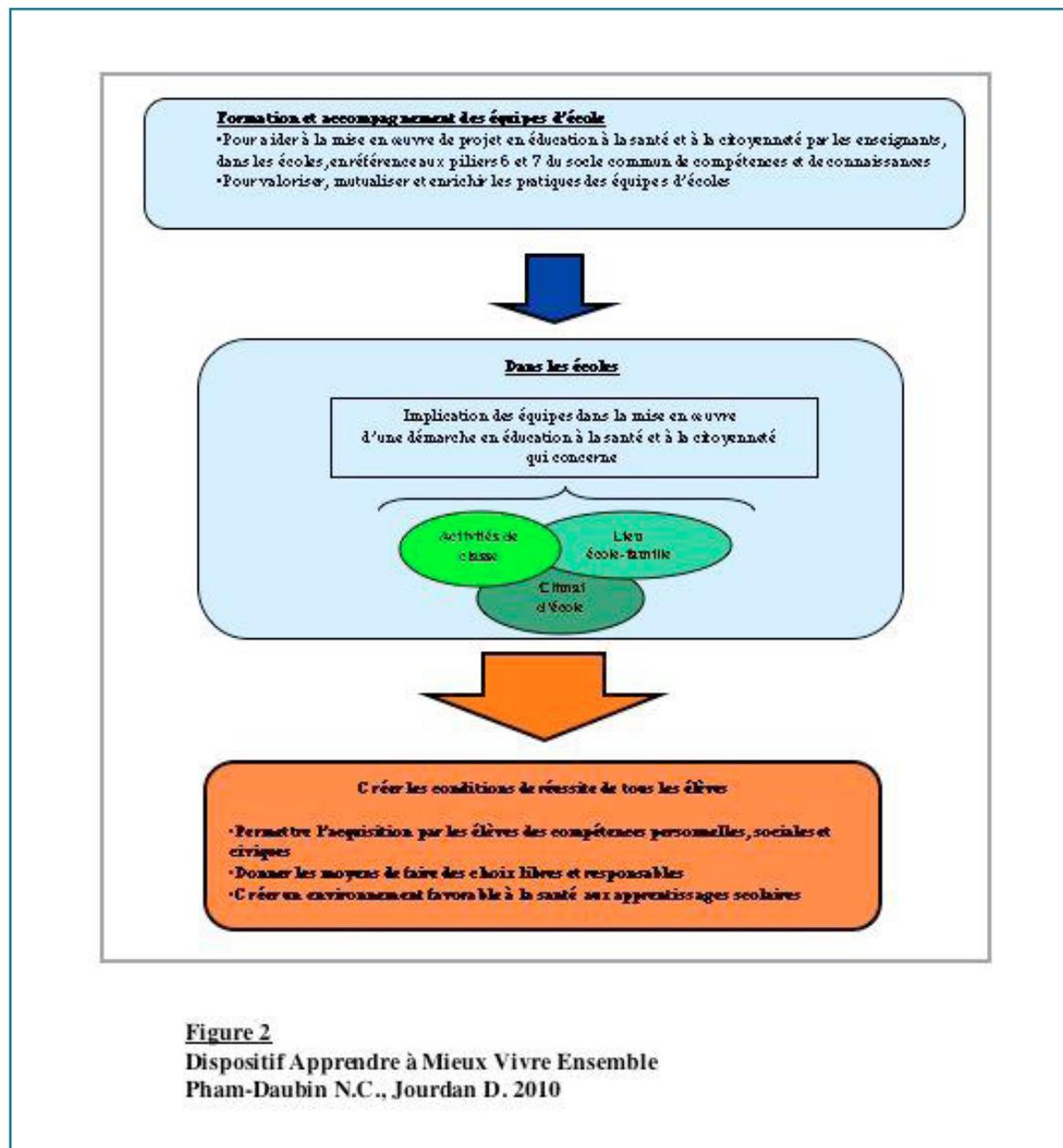
### VISER À L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

À ce jour, l'éducation à la santé telle qu'elle est définie dans le bulletin officiel de l'Éducation nationale vise l'autonomie des individus : « À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la

santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences<sup>[2]</sup>. » Elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. En cela, elle vise à réduire les inégalités sociales de santé : « L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les indi-

<sup>1</sup> OMS, charte d'Ottawa, 1986.

<sup>2</sup> Ministère de l'Éducation nationale, circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998.





# Un levier pour transformer l'école

**Patricia Victor, Jean-Marc Lange.** Par leur ancrage dans les questions politiques et sociales, les « éducations à ... », la santé et le développement durable, sont porteurs d'importants renouvellements des contenus et des pratiques d'enseignement.

**D**ans un monde en mutation, incertain, imprévisible, on peut distinguer trois conceptions du rôle de l'école.

La garder à l'abri des questions politiques, la préserver comme un sanctuaire protégeant les enfants des soubresauts de la société. L'école tire sa légitimité de savoirs conçus selon un mode patrimonial, c'est-à-dire un héritage transmis de génération en génération. Au risque de creuser le fossé se manifestant entre le monde scolaire et des cohortes d'élèves de plus en plus étrangères à celui-ci.

Ou bien prolonger les pratiques coutumières de l'enseignement de savoirs disciplinaires et, en fin de séquences, ouvrir sur des questions de sociétés avec l'objectif de donner du sens à des apprentissages qui en manquent cruellement aux yeux des élèves.

Enfin, prendre au sérieux ces éducations et entrer par les questions de société, ce qui nécessite d'accepter aussi une légitimité sociale aux contenus abordés à l'école. Si nous retenons cette dernière possibilité, les changements pour l'école sont importants : engagement dans des projets éducatifs globaux et des actions au niveau des établissements, avec de nouvelles modalités d'apprentissage, de nouveaux rapports au savoir, au monde et à l'autre. Bien des questions sont alors ouvertes.

## QUELLES VISÉES ÉDUCATIVES ?

Dans le domaine des « éducations à... », l'approche a considérablement évolué. En éducation à la santé, la conception de la prévention, limitée dans un premier temps à une approche hygiéniste puis communautaire, s'articule actuellement autour du concept de promotion de la santé. On peut aborder la situation de deux façons différentes, souvent vécues pédagogiquement comme étant antagonistes. Soit l'objectif prioritaire réside dans l'objet de savoir lui-même (obésité, écosystème...) et il peut alors être abordé par l'aspect sanitaire, environnemental ou économique ; soit l'objectif est éducatif et il porte alors sur la personne et le développement de ses compétences psychosociales et cognitives.

Dans ce dernier cas, construire un principe éthique de responsabilité devient un enjeu éducatif primordial, sans le confondre avec l'idée de culpabilité. La responsabilité est ce qui incite à agir et donc se distingue de la simple conviction.

Comment peut-on alors dépasser l'opposition entre une visée centrée sur l'éducation et une visée coutumière centrée sur les savoirs ?

## DES SAVOIRS PARTICULIERS

Dans les situations éducatives concernées, nous avons davantage affaire à des savoirs non disciplinaires ayant une acception à caractère juridique, issus de compromis politiques et donc, par essence, polémiques, mouvants et objets de controverses. Ils sont hybrides, situés à l'interface des sciences, et des sciences humaines et sociales, mais parfois également des savoirs profanes et pas simplement experts. Comment et jusqu'à quel point intégrer ces nouveaux objets aux enseignements sans qu'ils perdent leur statut particulier de concepts sociaux non stabilisés et politiques ?

## LE SUJET SOCIAL

Par « sujet social », nous entendons aussi bien l'élève que l'enseignant, car chacun mobilise des systèmes de « représentations-connaissances », c'est-à-dire des croyances, opinions ou savoirs plus ou moins assimilés. Le rapport au monde dépend aussi de son propre cursus de formation initiale : la construction identitaire à la fois personnelle (le sexe, l'histoire familiale, etc.) et professionnelle (la filière de formation) des enseignants joue un rôle dans leur appropriation et leur implication.

Nous faisons également appel au concept d'« habitus » pour caractériser les groupes sociaux que forme chaque spécialité d'enseignants. Si ce concept met en avant une certaine idée d'inertie et de résistance au changement caractérisant les groupes sociaux et professionnels, il pointe aussi l'idée de ressources à mobiliser dans l'action, ce qui lui confère une dimension créative.

Au final, c'est le statut de l'expert ou du novice qui est questionné et, par voie de conséquence, la relation enseignant-enseigné.

## DES ACTIONS ÉDUCATIVES

Les « éducations à... » renouvellent également les pratiques scolaires coutumières par la place qu'elles accordent au débat, à l'interdisciplinarité, au partenariat et à l'action elle-même.

Dans les situations de débats, il s'agit de permettre aux élèves d'identifier ce qui relève de la croyance, de la pensée commune, de la connaissance étayée. Comme le souligne Laurence Simonneaux, « il s'agit de mettre en évidence à *posteriori* le raisonnement développé par les élèves, de permettre une réflexion distanciée,

autrement dit de favoriser une démarche méta-cognitive et méta-affective<sup>[1]</sup> ».

L'aspect hybride des savoirs convoqués implique également des approches partenariales ou interdisciplinaires, et donc des dynamiques collectives de travail pour les enseignants. Comment les former à ces nouvelles pratiques professionnelles ? Comment penser collectivement la cohérence et la progressivité du parcours éducatif ? Quels dispositifs mettre en place pour qu'ils inscrivent leur démarche dans une perspective curriculaire ?

#### UNE AUTRE RELATION AU SAVOIR

Pour penser les actions éducatives non disciplinaires que sont les « éducations à... », c'est moins aux idées de transposition didactique ou de résolution de problèmes que l'on doit faire appel qu'aux pratiques sociales et à la construction d'une opinion raisonnée. C'est ce que nous proposons aux apprenants par l'élaboration de réseaux sémantiques, d'îlots d'intelligibilité composés, entre autres, de concepts et de notions scientifiques, d'éléments de rationalités diversifiées, et ce au moyen d'un minimum d'interdisciplinarité, des pratiques concrètes de négociations, de l'apprentissage au débat.

« Les éducations à... » imposent une nouvelle relation aux savoirs scientifiques : ceux-ci ne peuvent plus être des savoirs académiques neutres, dissociés de tous contextes et qu'il suffirait de transposer dans le cadre des disciplines scolaires habituelles. Si les savoirs justifient l'école, ils doivent néanmoins être repensés dans l'optique d'une science engagée, c'est-à-dire qui s'intéresse aux « questions vives » de la société. Postulons que, pour les apprenants, il y a là un bon moyen de donner du sens aux apprentissages.

#### DES REPÈRES À INTÉGRER

Au final, un certain nombre de repères d'intervention sont identifiables :

- aborder les thématiques de façon constructive et globale, au moyen de la construction d'îlots d'intelligibilité (dimensions scientifique et technologique, dimensions sociale, économique et politique, dimensions éthique et psychologique, dimensions culturelle et symbolique, et dimension sécuritaire<sup>[2]</sup>) respectant la complexité des défis abordés ;
- se situer davantage dans l'éducation et la construction de l'individu que dans l'approche par problèmes de santé ou d'environnement et la prescription de comportements en prenant en compte le rapport au savoir et le sujet social ;
- adopter une démarche plutôt ascendante prenant en compte l'expérience réflexive des apprenants et de la population, expérience qu'il est intéressant de croiser avec l'avis des

experts, ce dépassement de l'opposition traditionnelle expérience/expertise prenant alors toute sa valeur démocratique ;

- construire un principe éthique de responsabilité au moyen d'une opinion raisonnée, par l'initiation à la culture du débat en rupture avec celle de la joute, de la compétition forcenée ou de la simple performance ;
- centrer sur une éducation d'attitudes, c'est-à-dire ce qui incline à penser et à agir pour soi et avec les autres.

Faire de la santé, de l'environnement, du développement durable des contenus d'enseignement impose de prendre en compte leurs caractéristiques. Leur statut scolaire inhabituel, à caractère juridique, idéologique et politique nécessite de les ancrer fortement dans un réseau notionnel et conceptuel issu de différents champs disciplinaires. Mais il convient également de tenir compte des croyances et idéologies implicites, voire cachées, qui s'y trouvent associées.

Généraliser les « éducations à... », c'est assumer l'ensemble du renouvellement de la situation d'enseignement-apprentissage qu'elles impliquent et c'est accepter une évolution de la relation enseignant-enseigné-savoirs qui coïncide avec l'évolution générale de la société et ses attentes.

#### CHANGER L'ÉCOLE POUR CHANGER LA SOCIÉTÉ

Les disciplines ne peuvent plus être envisagées pour elles-mêmes, mais plutôt en termes de contribution aux questions de société. Les savoirs et méthodes disciplinaires sont mobilisés au cours de l'action et participent de la compréhension de la question posée.

Dans ce contexte, les sciences et les techniques jouent un rôle important : non pas apporter des solutions, mais de réduire les incertitudes, questionner le monde, déterminer les enjeux véritables et les leviers de l'action aujourd'hui, pour un avenir choisi collectivement.

Il s'agit de permettre à chacun des élèves de se construire une opinion raisonnée, puis de s'engager dans l'action. L'organisation du temps scolaire devient celle de moments consacrés à l'analyse de la question, puis à la recherche de solutions, étayées par des moments de construction de connaissances, et enfin des moments de réalisations, notamment dans le cas de l'éducation au développement durable. ■

#### PATRICIA VICTOR

Laboratoire Paedi, université de Clermont-Ferrand, et enseignant-chercheur à l'IUFM de Haute-Normandie

#### JEAN-MARC LANGE

Laboratoire Stef, ENS Cachan, et enseignant-chercheur à l'IUFM de Haute-Normandie

#### BIBLIOGRAPHIE

Jean-Marc Lange, Patricia Victor, « Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable : quelles questions, quels repères ? », *Didaskalia* n° 28, Lyon, INRP, 2006.

<sup>1</sup> Alain Legardez, Laurence Simonneaux, *L'école à l'épreuve de l'actualité. Enseigner les questions vives*, ESF, 2006.

<sup>2</sup> Voir exemple dans l'article de Catalin Nache et Patricia Victor dans ce dossier.

# Une formation professionnelle à distance

**Laurence Dedieu, Émilie Collet.** En synergie avec la dynamique impulsée par la Conférence des Directeurs d'IUFM dans le contexte de la masterisation de la formation des enseignants, le Réseau des IUFM pour l'éducation à la santé a apporté son expertise et sa contribution à la construction d'une formation professionnelle de haut niveau. Les coordonnateurs des trente-deux IUFM, le Groupe de projet, le Comité de pilotage et les partenaires du Réseau (l'INPES, la MILDT et la MGEN) se sont mobilisés.

Un dispositif de formation à distance a été élaboré et proposé aux IUFM à la rentrée universitaire 2010. Les écoles internes intéressées ont eu la possibilité sur la base de conventions signées entre universités, d'inclure ce dispositif dans leurs maquettes de master sous la forme d'une unité complète d'enseignement en éducation à la santé ou sous la forme d'un ou deux de ses éléments constitutifs. Ces enseignements, adossés à l'équipe de recherche PAEDI EA 4281 ont été conçus par des enseignants-chercheurs, mais leur mise en œuvre localement dans les IUFM associent des enseignants des premier et second degrés. Disponible sur une plateforme du Portail des IUFM, cette formation à distance correspond à des contenus modulaires pouvant être pris séparément et pouvant être utilisés en présentiel (présentiel enrichi), partiellement à distance (présentiel réduit) ou totalement à distance. Cette souplesse du dispositif permet une meilleure adéquation entre l'offre de formation et les ressources locales et tient compte de la diversité du public étudiant (non-salariés et salariés).

## CARACTÉRISTIQUES ET ENJEUX DU DISPOSITIF

Il offre des contenus de formation universitaire de haut niveau sur tout le territoire, y compris dans les antennes IUFM, afin de leur permettre de poursuivre leur mission de formation ; il participe ainsi à la réduction des inégalités sociales.

Il favorise le développement et la validation de compétences locales par la formation des enseignants tuteurs mobilisés.

Il offre aux étudiants qui échoueraient au concours une ouverture sur les métiers issus du champ de la prévention et de l'éducation à la santé.

Transdisciplinaire, il propose une approche globale de l'éducation à la santé, mais aussi de l'éducation à la citoyenneté et à la responsabilité.

Novateur, il mobilise les technologies numériques et valorise dans le même temps la mise

en synergie de partenariats régionaux notamment au sein des ARS.

Il propose des contenus centrés sur les problématiques sociales (inégalités de santé, cohésion sociale, politique de la ville...).

## ÉTAT DES LIEUX

Le Réseau des IUFM pour l'éducation à la santé a déjà assuré en 2010 la formation d'une trentaine d'enseignants tuteurs en leur permettant de découvrir la plateforme et ses ressources et en les initiant au suivi à distance des étudiants. À ce jour, cinq IUFM (Grenoble, Lyon, Reims, Saint-Étienne et la Martinique) ont inscrit un ou plusieurs éléments constitutifs dans leurs maquettes de master préparant aux métiers de l'enseignement ce qui représente un total de plus de 750 étudiants. ■

### LAURENCE DEDIEU

Maitre de conférences IUFM,  
Université de Reims Champagne Ardenne, UNIRÉS.

### ÉMILIE COLLET

Coordinatrice nationale UNIRÉS en 2010,  
IUFM d'Auvergne, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand II

# Accepter la complexité !

**Patricia Victor, Catalin Nache.** Comment faire autrement que le classique recours à un intervenant, souvent vain car trop ponctuel, voire contreproductif car inévitablement simpliste, pour aborder les questions de santé et d'addiction dans toutes leurs dimensions ?

« Allo ? ... Nous voulons mener un projet sur le tabac dans notre établissement et nous cherchons un intervenant, un médecin ou un tabacologue... ». Ce type de demande est un classique qui, heureusement, se raréfie à l'heure où le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), en matière de prévention, conçoit l'élève comme un acteur de prévention, voire, de manière plus globale, un acteur de sa propre santé.

Les choix des individus en matière de santé reposent sur des éléments complexes alliant déterminismes sociaux, caractéristiques individuelles et environnementales. Mais le positionnement individuel ou collectif vis-à-vis d'un comportement comme la consommation de cigarettes ou d'alcool, pour rester sur les premiers produits expérimentés par les jeunes, se heurte également à la complexité de l'existence même du produit dans notre société. *In fine*, la trajectoire d'un jeune dans le champ des comportements « exploratoires » en rapport avec la santé et le risque est difficilement prévisible et se situe à l'interface d'un ensemble d'éléments plus ou moins explicites.

Partant du postulat que, dans le cadre d'une démarche éducative, l'appropriation et la com-

préhension des enjeux des problématiques de société ne peuvent se faire de façon unidimensionnelle, nous avons expérimenté, dans le cadre de projets de prévention, une approche relative aux addictions reposant sur la volonté de l'équipe éducative (adultes et jeunes) de se construire une opinion raisonnée. En effet, les dimensions médicale, scientifique, technique et celle liée aux risques ont été trop souvent mises en avant, de manière exclusive, en oubliant de replacer dans leur contexte les consommations en tant que faits sociaux complexes. L'école, en se démarquant des approches focalisées sur « risque = danger » doit et peut proposer des voies nouvelles en matière d'action préventive. Ce parti pris implique de prendre en considération la complexité des dimensions en jeu et leurs inter-relations. Nous retrouvons ici la pensée de Jacques Ardoino qui invitait à adopter, notamment en matière de situations éducatives et formatives, des démarches multi-référenciées intégrant îlots d'intelligibilité, valeurs, croyances et ignorances.

La mise en relation des dimensions présentées ci-dessous, fruit d'un travail avec des jeunes et adultes de divers établissements, laisse entrevoir ce que pourrait être, en matière de conduites

## OUTILS

### Outil de réflexion

Visée éducative : Permettre à l'élève, en cohérence avec son vécu au sein de l'établissement, de se construire une « opinion raisonnée » relative à la consommation de tabac, en lui facilitant l'acquisition de connaissances et de compétences liées à différentes dimensions :

- socioéconomique et sociopolitique : réglementation internationale, nationale, scolaire ; production et distribution du produit ; couts liés aux soins, aux lieux d'accueil ;
- scientifique et technologique : fonctionnement de l'organisme ; substances psychoactives et effets sur l'organisme, données épidémiologiques sur les consommations des jeunes ;
- sanitaire (risque, prévention, précaution) : comportements souhaitables en matière de santé ; risques liés aux conduites addictives, à court terme sur l'intégrité physique, à moyen et à long terme sur la santé et la vie sociale ; facteurs de risque et facteurs de protection ;
- éthique et psychologique : compétences psychosociales ; techniques de gestion du stress ; rapport à la loi et à la règle ; effets recherchés comme le plaisir ou non comme la privation de liberté... ;
- culturelle et symbolique : religion ; pratiques culturelles de consommation ; rites d'intégration.

addictives, « éduquer à l'esprit critique », dans une dynamique conduisant à l'appropriation d'une pensée complexe. D'autre part, ce travail de réflexion peut mettre à jour la place que chacun des acteurs des équipes éducatives pourrait occuper dans la construction de cette opinion raisonnée, ainsi que la possible articulation de leurs interventions.

Ayant eu l'opportunité d'utiliser la démarche présentée en encadré à la fois dans le cadre de la formation des équipes éducatives et dans celui des projets de prévention avec les jeunes eux-mêmes, nous pouvons faire un premier bilan.

### DES ÉQUIPES MOBILISÉES

Du côté des équipes, la démarche proposée semble partagée à la fois sur le fond, de par les missions fondamentales qu'elles associent aux processus éducatifs, mais également sur la forme. Les professionnels (enseignants, conseillers d'orientation, infirmiers, etc.) ont semblé rassurés par l'approche projet qui, tout en leur donnant un cadre commun, leur permet d'intervenir sur le sujet à partir de leur spécialisation (français, histoire, philosophie, biologie) et leur laisse l'initiative quant aux différentes collaborations transdisciplinaires. Les réticences ou les freins à l'action se situent à l'échelle de la coordination de l'ensemble du projet, ainsi qu'au niveau de la responsabilité plus globale à l'échelle du CESC. Pour la coordination (gestion globale et circulation de l'information au sein de l'équipe projet), les conseillers d'éducation ont semblé pouvoir jouer un rôle intéressant, à l'interface des équipes éducatives et des élèves... pourvu qu'on leur laisse une place pour laquelle, à priori, ils ont été formés. Quant à la question des « décisions-projet » au sein des CESC, c'est plus largement la question du processus, depuis le diagnostic jusqu'au choix des priorités, qui semble poser problème et aboutit souvent à des initiatives morcelées entre autant de spécialités que de personnes. Il est sans doute nécessaire d'établir des priorités et de s'unir pour mener les actions retenues.

### DES ÉLÈVES À ACCROCHER

Du côté des élèves, sans présumer de l'intérêt des jeunes pour les différentes dimensions des addictions, l'aspect stratégique du premier contact prévaut. La plupart des intervenants sur les addictions le savent, les jeunes à qui on annonce un projet portant sur un comportement addictif ont les « écoutilles fermées ». Les explications sont sûrement à chercher dans des années d'information unidimensionnelle, axées en particulier sur la peur et les maladies, qui ont fini par rendre inaudible le message. Face à un auditoire fermé, l'entrée en la matière par un axe inédit provoque un effet de surprise bénéfique au démarrage du projet. Un « vous êtes tous manipulés » juste en rentrant dans la classe, en passant par les questions relatives à l'argent ou, suivant les âges, le « tabac et la sexualité » nous ont permis, en partant d'un aspect plus « accro-

cheur », de revenir, au gré des discussions et animations pédagogiques, à l'ensemble des dimensions envisagées théoriquement. Certaines dimensions n'apparaissent pas spontanément dans les discours des élèves. Il est intéressant alors d'interroger ensemble ces aspects qui ne sont pas apparus de prime abord.

Soulignons que cette approche éducative pluridimensionnelle concertée a permis de faire émerger, d'une part, de l'interaction entre diverses disciplines et professionnels et, d'autre part, d'offrir aux élèves un espace de réflexion où la maturation des opinions a pu se faire de façon différenciée. D'après notre expérience, cette visée éducative doit s'appuyer sur un cadre spatiotemporel (globalité et durabilité) renouvelé comportant, à la suite de la phase d'intégration de la complexité de la problématique, l'expérimentation par les acteurs des actions visibles au sein des établissements. ■

**CATALIN NACHE**

Laboratoire Paedi, équipe Éducation à la santé en milieu scolaire, université de Clermont-Ferrand

**PATRICIA VICTOR**

Laboratoire Paedi, université de Clermont-Ferrand et enseignante-chercheuse à l'IUFM de Haute-Normandie

# Penser et agir au mieux avec le stress à l'école

**Anne-Marie Domergue-David.** Le lien complexe entre l'état de santé physique, psychique et social et les conditions de la réussite scolaire laisse de plus en plus les personnels démunis, dans la peur et la culpabilité de mal faire leur travail, dans l'incapacité de penser et d'agir. Cet article propose de réfléchir à une adaptation posturale stimulante pour la pensée et l'action.

L'évolution des conditions d'enseignement provoque une dégradation de la santé des personnels : dévalorisation, fatigue et stress chroniques peuvent devenir pathologiques. Afin de prendre en compte collectivement ces difficultés, l'IUFM de Caen, soutenu par le Réseau universitaire d'éducation à la santé (UNIRÉS), a choisi de mettre en place pendant plusieurs années une offre de formation intitulée « climat d'établissement, santé et stress au travail<sup>[1]</sup> ».

Les attentes des enseignants de différentes disciplines, de collège, lycée technique et professionnel, mais aussi des conseillers d'éducation et des infirmières ont été multiples, variées et pressantes. Afin de mieux cibler nos interventions et d'aborder ce thème comme un objet commun de travail et de pensée, l'équipe de formateurs enseignants a sollicité la collaboration de plusieurs experts de santé : assistante sociale-conseillère du recteur et médecin psychodynamicien du travail.

Nous présentons ici une démarche globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté examinant comment l'appropriation de la « pédagogie d'eutonnie Gerda Alexander » et les concepts clés de la psychodynamique du travail de Christophe Dejours peuvent contribuer à penser et agir au mieux avec le stress à l'école.

## CONDITIONS POUR PENSER ET AGIR AU MEILLEUR AVEC LE STRESS

Le stress est une question complexe à la limite du personnel et du professionnel. S'en distancier de manière à l'interroger ne va pas de soi et demande plusieurs conditions préalables.

La première est de redonner au stress son sens premier de prévention, et de se dégager autant que possible des connotations péjoratives qui entravent la pensée et l'action.

La deuxième condition est de considérer la régulation du stress au-delà du seul volet médical,

comme une ressource de la vie quotidienne, une compétence psychosociale à développer et à éduquer. L'objectif n'est plus alors la suppression des tensions, mais l'apprentissage d'une adaptation posturale stimulante pour la pensée et l'action.

La troisième condition est que les stagiaires enseignants acceptent de se prêter à une expérience qui s'adresse d'abord à eux ; une expérience où ils n'ont pas à se soumettre à une norme préétablie imposée à tous ; une expérience enfin où l'équipe de formateurs est aussi capable de s'appliquer à elle-même les principes de non-jugement a priori sur soi ou sur l'autre.

La quatrième condition est de savoir que toutes les formes de stress échappent à la volonté, et donc d'accepter d'entrer dans une démarche où l'aspect rationnel ne prend pas toute la place.

La dernière condition est de faire le choix de s'appuyer sur la diversité du collectif formé, en repérant ensemble pour mettre à distance autant que possible les situations de stress concrètes nuisibles à la pensée et à l'action, de manière à développer au mieux des situations à la fois plus protectrices et plus stimulantes.

Dans cette approche du stress, la démarche pédagogique d'eutonnie et les concepts de la psychodynamique du travail peuvent contribuer à favoriser une meilleure régulation des tensions à l'école.

## LA DÉMARCHÉ D'EUTONNIE

L'eutonnie<sup>[2]</sup> se situe dans le courant d'autres méthodes psychocorporelles plus connues comme le yoga, les méthodes Feldenkrais ou Vittoz pour lesquelles la conscience du corps constitue un axe privilégié de santé. Elle invite à faire l'expérience d'un corps qui sent, éprouve autant qu'il agit et qu'il pense, s'inscrivant ainsi dans une conception globale de la santé.

<sup>1</sup> Fiche contenue dans Profédus : un outil au service de la formation des enseignants en éducation à la santé.

<sup>2</sup> Gerda Alexander, *Le corps retrouvé par l'eutonnie*, Éditions Tchou, 1976 ; Jenny Windels, *Les enfants et l'eutonnie : pédagogie et rééducation par le mouvement*, Bernard Giovanangeli, 2002.

Le mot eutonnie (étymologiquement composé de la racine grecque « eu », pour « égal », et « toni », « tonus », « tension ») a été choisi par Gerda Alexander pour traduire l'idée d'une tonicité équilibrée, en adaptation constante avec la situation à vivre, qu'elle soit de repos, de loisir, de travail ou de relation. L'exploration et le développement de la sensation consciente sont au centre de cette démarche.

### ÉCOUTE DE SOI ET DE L'AUTRE

#### Principe d'une pédagogie active et exploratoire qui respecte l'autonomie des participants

Au cours de la séance d'eutonnie, le pratiquant est placé au centre de l'adaptation, il explore par lui-même et pour lui-même différentes manières d'agir au mieux avec ses tensions pour qu'elles soient supportables et deviennent source de stimulation et d'expression. Par exemple, expérimenter comment une meilleure attention à ce dos qui fait si souvent mal et qui décourage de faire peut favoriser la détente et stimuler l'action.

La pédagogie d'eutonnie ne se réfère pas à un modèle idéal, extérieur à la personne qui reste le principal artisan de son ressenti. Dire à quelqu'un « tu es stressé, détends-toi ! », comme on l'entend souvent, est une injonction paradoxale culpabilisante qui ne débouche pas sur un apprentissage, une véritable transformation.

#### Principe d'une pédagogie centrée sur l'écoute de soi et de l'autre

La démarche d'eutonnie s'inscrit à l'intérieur d'un processus où il ne s'agit pas de rechercher un idéal de détente, sans aucune tension, mais plutôt une qualité de présence, de conscience de soi et des autres, jamais acquise de façon définitive. Elle s'exerce dans le quotidien des relations de travail dans un environnement en perpétuelle mutation avec lequel chacun aura toujours à composer.

#### Principe d'une pédagogie sensorielle qui relie le corps et la conscience

C'est une expérience impressionnante que l'observation strictement objective de la sensation du corps, surtout lorsque celle-ci provoque des changements mesurables (pouls, température, tonus). La sensation varie considérablement selon l'état de la personne. Sur un même exercice, l'individu hypotonique sentira son pied plus léger, alors que l'individu hypertonique ressentira une lourdeur et que le troisième percevra une fraîcheur. Chacun est sollicité dans ses capacités d'observation, d'exploration et d'invention de la posture qui lui convient le mieux, sans nécessité de se conformer à une norme identique pour tous, par exemple en percevant dans quelle mesure les attitudes proposées sont possibles, difficiles, agréables, sans modèle à priori de sensations telles que se sentir calme, se sentir enfoncé dans le sol, devenir lourd ou léger.

La recette unique n'existe pas pour se débarrasser des tensions et se procurer la détente nécessaire ; certains auront besoin de silence et de tranquillité, d'autres d'exercices physiques très énergétiques, d'autres encore d'activités expressives. Ce qui convient à soi ne convient pas automatiquement à l'autre !

C'est un apprentissage délicat et intime que d'accepter d'observer ses tensions, de se placer en situation de découverte, de mettre en jeu sa sensibilité plutôt que de mettre en cause la responsabilité de l'autre.

### UN RAPPORT COMPLEXE À LA DÉTENTE ET À L'EFFORT

L'expérience d'eutonnie questionne une pédagogie d'apprentissage où l'effort n'est pas automatiquement synonyme de douleur, où la détente n'est pas automatiquement synonyme de laxisme. Elle favorise l'exploration d'un effort moins stressant, plus bénéfique à un mieux-être avec soi et les autres.

La notion d'effort est au cœur même du grand débat qui oppose deux formes d'éducation inconciliables. Le docteur André Berge, dans son livre *La liberté dans l'éducation*, nous raconte l'histoire du père d'un brillant élève venu le consulter pour lui demander comment il pourrait vaincre la paresse de son fils qui, de son point de vue, ne travaillait pas assez : « *J'aimerais mieux, disait ce père, qu'il soit le dernier de sa classe, mais au moins qu'il fasse des efforts* ». André Berge commentait : « *Comment voulons-nous que réagisse un enfant à qui on demande non qu'il réussisse, mais qu'il souffre ?* »

En eutonnie, il s'agit ni de tout tenir dans un maximum de tensions, ni de ne rien tenir et de tout lâcher, en se privant de toute forme de réactivité nécessaire à l'action. La détente n'est pas une finalité en soi, c'est davantage une ressource, une disponibilité tonique et mentale à éduquer, des tensions à apprivoiser dans un environnement où chacun aura toujours à composer.

Le détour inhabituel par la conscience du corps en formation d'enseignants est une façon de prendre en compte la subjectivité au travail. Il permet à chacun des professionnels stagiaires de faire l'expérience de questionner avec ses collègues sa capacité à être en tension, de façon consciente et mesurée, son propre rapport à la détente et à l'effort.

### LES APPORTS DE LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Les concepts développés par Christophe Dejours<sup>[3]</sup> confortent et prolongent la démarche d'eutonnie, en contribuant à la construction du mieux-être au travail des enseignants. Ces recherches portent sur les rapports entre travail et santé mentale et montrent que la préservation de l'équilibre psychocorporel de chaque travailleur dépend de la relative souplesse des organi-

3 « Souffrances de profs », n° 412 des *Cahiers pédagogiques*, mars 2003 ; Christophe Dejours, *Le Corps d'abord*, Payot, 2003.

sations de travail pour respecter les singularités, en accordant dans l'activité de travail les marges de manœuvre et d'invention nécessaires à chacun.

Pour la psychodynamique du travail, les tensions sont inhérentes à la situation de travail, liées avec le fait que le réel résiste et nécessite une adaptation. Plaisir et souffrance au travail font partie de la manière plus ou moins aisée dont chaque travailleur s'organise avec les prescriptions et avec l'impossibilité d'y satisfaire entièrement. Tout travailleur, qu'il soit enseignant, formateur ou élève a besoin d'être reconnu dans ses efforts au travail. Or, ce n'est pas de lui-même qu'il tient sa reconnaissance, mais de la confirmation du regard d'autrui.

C'est donc la reconnaissance du travail qui aidera chacun à être moins stressé et participera à la construction de l'estime de soi. Elle passe par deux types de jugement : le jugement par les pairs, ceux qui font le même travail, les plus à même d'en apprécier la qualité ; le jugement d'utilité, celui de la hiérarchie, de la direction d'établissement, mais aussi celui des élèves et des familles.

Dans cette perspective, la quête d'un mieux-être au travail pour le professeur ne peut ni se réduire à la suppression des tensions inhérentes au travail lui-même, ni être considérée comme le seul résultat de défaillance ou de fragilité individuelle, à l'origine de culpabilité, nuisible à l'exécution du travail. Appréhendé de cette manière, le stress perd sa connotation négative et pathologique et retrouve son sens premier d'adaptation à l'environnement et aux autres.

Si le regard et la présence de l'autre peuvent déstabiliser dans de nombreuses situations, il peut être aussi éduqué du côté de l'entraide et alors servir d'appui à un meilleur regard sur soi-même.

Dans certaines conditions de travail extrêmes, la coopération est impossible, tant le malêtre est envahissant. Il reste alors avant tout à apprendre à se protéger d'un trop grand stress, oser dire « je n'en peux plus », être moins zélé dans son travail.

C'est en acceptant d'élucider entre collègues ses manières de se débrouiller au mieux avec ce qui résiste, stresse, rate dans son enseignement que chacun va pouvoir se distancier de ce qui l'empêche de faire et de penser et mobiliser concrètement ses capacités d'adaptation et d'invention. Le travail deviendra alors non plus aliénant, mais source de transformations pour l'enseignant et l'élève.

### LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONSCIENCE DE SOI

Le développement de la conscience de soi à partir de la sensation éprouvée et nommée est un moyen de familiariser l'enseignant avec une démarche inhabituelle d'écoute de ses tensions, douleurs ou peurs, afin d'explorer par lui-même des postures plus économiques et plus efficaces.

Cette attention inhabituelle à ses sensations pour fournir des efforts moins crispés, plus bénéfiques à la santé est contraignante, elle réclame un engagement intime, difficile, source d'abord de doute et de fatigue supplémentaire. Chacun y découvre progressivement des apprentissages et des choix plus respectueux de ses possibilités. Parce qu'il a pu explorer durant le stage des manières de faire moins douloureuses et moins fatigantes, l'enseignant prend confiance dans ses capacités d'adaptation et la recherche de solutions immédiates et toutes faites pour soi ou pour l'élève diminuent.

La sollicitation des sensations éprouvées pendant l'eutonie facilite la réappropriation de cette expérience, elle se construit collectivement, d'abord avec les collègues du stage, et se prolonge ensuite dans le quotidien de la classe.

Sans l'instauration d'un climat de sécurité et de confiance entre les stagiaires et entre les formateurs, cette démarche sensorielle de mise à distance par des paroles incarnées ne pourrait pas s'élaborer. Le retour d'explorations concrètes et singulières en classe a été l'occasion de mutualiser encore davantage l'expérience. Parmi les expérimentations les plus récurrentes pour prévenir un état de trop grande tension paralysant les apprentissages, nous citerons une écoute facilitée de soi et de l'autre, des appuis plus stables, moins rigides, une verticalité plus ancrée et plus mobile, des mâchoires moins serrées, une respiration plus consciente et plus libre, et aussi plus de modulation de la voix en classe, des temps de silence, un regard plus léger sur soi et sur l'élève.

Les aspects subjectifs comme celui d'un mieux-être dans les enseignements sont entièrement imbriqués dans le fonctionnement social. Le corps devient support de la relation à l'autre. « *Le corps vécu nous donnerait la légèreté de l'être ou la fatigue ; le corps ressenti la rage ou le sourire, le corps reconnu nous donne la hâte et la patience au milieu de nos semblables*<sup>[4]</sup>. »

Dans cette quête d'un mieux-être au travail, nous serons toujours en tension entre sphère publique et sphère privée, entre sécurité, protection et autonomie, libre choix. Les solutions ne peuvent être du côté d'un savoir à priori, elles dépendent de l'engagement et des limites de chacun, pour cheminer, questionner, inventer, agir au mieux. ■

**ANNE-MARIE DOMERGUE-DAVID**

Professeure d'éducation physique et d'eutonie, formatrice coordonnatrice du réseau éducation à la santé des universités de l'IUFM de Basse-Normandie

### BIBLIOGRAPHIE

Christophe Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, INRA, 2003.

<sup>4</sup> Lise Gaignard, « Légèreté de l'être et estime de soi », *Travailler*, 1993.

# Dans le cadre du socle commun

**Bernadette Aubry.** Le socle commun de connaissances et de compétences ne prévoit pas d'entrées spécifiques à l'éducation à la santé. Mais celle-ci peut tout à fait s'inscrire dans bien des entrées de ce document.

L'éducation à la santé permet l'acquisition de connaissances, de capacités et d'attitudes qui s'enracinent dans plusieurs compétences du socle. En parcourant les paliers pour la maîtrise du socle commun dans les programmes de l'école primaire, il est légitime de se demander quelle est la contribution de l'éducation à la santé au développement de ces compétences. Cette entrée peut intéresser les équipes enseignantes au moment où elles élaborent des projets d'éducation à la santé dans le cadre du projet d'école. Elle favorise la pertinence des choix pédagogiques et méthodes à mettre en œuvre ; elle permet de donner du sens et de la cohérence aux apprentissages : communication et traitement d'informations en relation avec les parents, les élèves pour créer un environnement favorable, méthodes constructivistes, interactives, d'investigation qui inscrivent dans la durée avec des équipes pluricatégorielles.

L'éducation à la santé n'est pas un champ disciplinaire en tant que tel avec un corpus conceptuel spécifique. Elle prend « *une forme scolaire non disciplinaire* » (Jean-Louis Martinand). L'éducation à la santé prend une place à la fois dans les enseignements comme il est indiqué dans la lecture croisée des programmes officiels et des objectifs poursuivis dans ce domaine, mais aussi dans une démarche plus globale de promotion de la santé à l'échelle de l'école. Ainsi, l'approche est plurielle, tantôt transmission de connaissances, de développement de compétences (capacités et attitudes) en référence au socle commun, tantôt engagement dans l'action dans le cadre de projets en relation avec les parents et d'autres partenaires. Cette complexité est l'expression même de la diversité des rôles joués par l'école : prévention, éducation et promotion de la santé.

## OUTIL

### Un projet d'éducation nutritionnelle au cycle 3

« Comment bien se nourrir pour être en bonne santé ? ». C'est la question retenue pour travailler l'esprit critique au cycle 3, dans le cadre de la compétence 3. Les tableaux des pages suivantes présentent quelques pistes pédagogiques en fonction de champs disciplinaires concernés.

Des prolongements sont possibles dans d'autres domaines.

En mathématiques, quelques calculs simples peuvent être envisagés (nombre de portions de telle ou telle catégorie d'aliment dans une journée, nombre de verres d'eau à boire recommandés par jour, nombre de morceaux de sucre contenus dans un verre de soda, mesure des ingrédients dans une recette de cuisine).

En arts visuels, les élèves peuvent découvrir les natures mortes montrant des aliments divers, les tableaux d'Arcimboldo, les représentations de jardins d'autrefois. (Légumes anciens par exemple, plantes médicinales...).

Un tel projet peut aussi viser d'autres compétences comme la compétence 6 avec l'estime de soi, le respect des différences, notamment si dans la classe sont présents des élèves anorexiques ou obèses afin de ne pas les stigmatiser. Une gamme variée d'albums de jeunesse permet l'étude distanciée de comportements et d'attitudes relevant de ces compétences civiques et sociales.

L'implication des élèves dans un projet connexe de cultiver un jardin, organiser un marché des saveurs et senteurs, organiser un petit-déjeuner ou un goûter de diverses cultures ou un repas aux légumes d'autrefois permettra aussi de travailler des éléments de la compétence 7, autonomie et initiative.

Les enseignants disposent ainsi, avec le référentiel du socle commun et les programmes de l'école, des outils nécessaires pour construire des projets d'éducation à la santé qui à la fois participeront à la construction de connaissances en appui sur les programmes disciplinaires et au développement de capacités et d'attitudes basé

sur le référentiel de compétences du socle commun dans le champ de l'éducation à la santé conçue comme une éducation à la citoyenneté, une éducation à la vie. ■

**BERNADETTE AUBRY**

Réseau Éducation à la santé des IUFM

L'esprit critique dans les disciplines du cycle 3	Activités pédagogiques possibles
<p><b>Maitrise de la langue française :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser ses connaissances pour réfléchir sur un texte</li> <li>- Soumettre à critique l'information et la mettre à distance</li> </ul>	<p>Donner son avis sur une histoire, sur une publicité, sur une BD, un album traitant de problèmes liés aux comportements alimentaires ; en débattre en donnant son avis, en écoutant celui des autres, en échangeant. L'enseignant collecte les propos des élèves (expression de leurs représentations) afin de les analyser et orienter ses choix d'activités dans les autres disciplines, en sciences par exemple, sans jugement des élèves ni propos moralisateurs ou normatifs.</p> <p>Lire certaines indications sur les emballages des produits alimentaires, les comprendre et s'initier à les analyser de manière critique en les comparant : les informations sont-elles lisibles, trouve-t-on facilement la date limite de consommation, les informations et les noms des ingrédients ne sont-ils pas trop techniques ? Les quantités des divers ingrédients sont-elles mentionnées ? Les traces éventuelles de substances allergisantes sont-elles indiquées ?</p>
<p><b>Instruction civique et morale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprendre à soumettre à critique l'information et la mettre à distance</li> <li>- Avoir conscience de la place et de l'influence des médias dans la société</li> <li>- Construire son opinion personnelle et pouvoir la remettre en question, la nuancer</li> <li>- Savoir distinguer virtuel et réel dans un récit, un discours, un reportage</li> </ul>	<p>Travailler sur une affiche ou un spot publicitaire vantant un produit alimentaire, en faire une analyse pour en montrer les mécanismes ; réaliser une affiche ; lire de manière critique d'autres publicités ; connaître la loi en matière de publicité.</p> <p>À partir d'un objet ou d'un aliment vanté par une publicité connue des enfants, proposer aux élèves de choisir un objet ou une boisson parmi une collection et analyser leur choix ; engager un débat pour leur faire prendre conscience de l'influence de la publicité sur ce choix, notamment en jouant sur l'affectif et l'émotionnel.</p> <p>Comparer les bénéfices et les inconvénients pour la santé de trois boissons, par exemple soda allégé en sucre, soda, eau. Débattre pour montrer la part de réalité dans les informations données et la part d'imaginaire ou de faux ou de virtuel. Faire prendre conscience de ce qui relève du choix raisonné pour sa santé, son bien-être avec le choix pour se faire plaisir...</p>
<p><b>Sciences expérimentales et technologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observer, questionner, formuler et tester une hypothèse, mettre à l'essai plusieurs pistes de solution, argumenter pour mener des investigations</li> <li>- Mobiliser ses connaissances dans des contextes scientifiques différents et dans des activités de la vie courante</li> </ul>	<p>Comparer des habitudes alimentaires et analyser leurs conséquences possibles à court et long terme sur la santé sans tomber dans la normalisation ou le blâme de la victime.</p> <p>Observations et tâtonnement expérimental sur les régimes alimentaires d'animaux familiers ou d'élevage ; travail sur les dents : leur rôle, leurs actions ; à partir d'aliments divers, observer comment les goûter : avec quelles actions ? Avec quelles dents ? Quelles sont leurs formes adaptées ? Comment les garder en bon état ? Pourquoi mange-t-on ? Recueillir les propositions des élèves autour de « pour grandir, grossir », « pour avoir des forces », « pour ne pas tomber malade ou pour rester en bonne santé ou pour résister aux microbes ».</p> <p>Rechercher quels aliments peuvent apporter le nécessaire pour répondre à ses besoins : les bâtisseurs (protéines), les énergétiques (lipides et glucides) et les protecteurs (sels minéraux, vitamines) ; comprendre la nécessité de manger chaque jour un aliment de ces catégories ou familles ; réaliser un poster par catégories (les aliments bâtisseurs pour grandir ou pour la croissance ; les énergétiques pour donner des forces et les protecteurs pour résister aux maladies et rester en bonne santé) ; coller des images représentant les aliments que les enfants connaissent et ont l'habitude de consommer régulièrement et occasionnellement sur chacun de ces trois panneaux.</p> <p>Montrer d'autres façons de classer les aliments selon l'utilisation que l'on veut en faire (préparer de beaux plats, faire ses courses, ranger son réfrigérateur et conserver les aliments, manger équilibré pour rester en bonne santé, etc.). Ne pas tomber dans la normalisation pour le classement des aliments : plusieurs techniques existent pour apprendre à équilibrer ses repas à la cantine si celle-ci propose des choix alternatifs : pastilles de couleurs correspondantes aux familles alimentaires, symboles divers (briques, bras musclé) relatifs aux grands rôles des aliments, etc.</p> <p>Mobiliser ses connaissances sur l'alimentation et les fonctions de nutrition (digestion, respiration et circulation sanguine) pour équilibrer des menus sur une journée ; pour comprendre les recommandations du plan national « nutrition santé » sur le bon fonctionnement du corps ; pour pratiquer une activité sportive comme culture de vie...</p>

## À L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

<b>Cycle des apprentissages fondamentaux du CP au CE1 : Premier palier du socle commun</b>			
<b>Socle commun</b>	<b>Connaissances</b>	<b>Capacités</b>	<b>Attitudes</b>
Compétence 3 : Les principaux éléments de mathématiques et la culture scientifique et technologique	Résoudre des problèmes très simples	Observer et décrire pour mener des investigations Appliquer des règles élémentaires de sécurité pour prévenir les risques d'accidents domestiques	
Compétence 5 : La culture humaniste	Découvrir quelques éléments culturels d'un autre pays (découvrir d'autres modes de vie que le sien) Distinguer le passé récent du passé plus éloigné (par exemple au travers de l'hygiène autrefois et aujourd'hui)		
Compétence 6 : Les compétences sociales et civiques	Appeler les secours ; aller chercher de l'aide auprès d'un adulte	Pratiquer un jeu ou un sport collectif en respectant les règles Participer en classe à un échange verbal en respectant les règles de la communication	Respecter les autres et les règles de la vie collective Appliquer les codes de la politesse dans ses relations avec ses camarades, avec les adultes à l'école et hors de l'école, avec le maître au sein de la classe
Compétence 7 : L'autonomie et l'initiative	Se représenter son environnement proche, s'y repérer, s'y déplacer de façon adaptée (repérer les environnements sécurisés des environnements à risques)	Échanger, questionner, justifier un point de vue Travailler en groupe, s'engager dans un projet Appliquer des règles élémentaires d'hygiène	
<b>Cycle des approfondissements du CE2 au CM2. Deuxième palier pour la maîtrise du socle commun : compétences attendues à la fin du CM2</b>			
<b>Socle commun</b>	<b>Connaissances</b>	<b>Capacités</b>	<b>Attitudes</b>
Compétence 1 : La maîtrise de la langue française	Prendre la parole en respectant le niveau de langue adapté Lire seul et comprendre un énoncé, une consigne		
Compétence 3 : Les principaux éléments de mathématiques et la culture scientifique et technologique La culture scientifique et technologique	Maîtriser des connaissances dans divers domaines scientifiques (le fonctionnement du corps humain et la santé)	Pratiquer une démarche d'investigation : savoir observer, questionner Manipuler et expérimenter, formuler une hypothèse et la tester, argumenter Mobiliser ses connaissances dans des contextes scientifiques différents et dans des activités de la vie courante (par exemple, apprécier l'équilibre d'un repas) Mettre à l'essai plusieurs pistes de solutions Exprimer et exploiter les résultats d'une mesure ou d'une recherche en utilisant un vocabulaire scientifique à l'écrit et à l'oral	
Compétence 5 : La culture humaniste	Connaitre quelques éléments culturels d'un autre pays (connaitre d'autres modes de vie que le sien)	Lire et utiliser différents langages : cartes, croquis, graphiques, chronologie, iconographie	Exprimer ses émotions et préférences face à une œuvre d'art, en utilisant ses connaissances
Compétence 6 : Les compétences sociales et civiques	Obtenir l'attestation de première éducation à la route ; savoir si une activité, un jeu ou un geste de la vie courante présente un danger vital Comprendre les notions de droits et de devoirs, les accepter et les mettre en application	Prendre part à un dialogue : prendre la parole devant les autres, écouter autrui, formuler et justifier un point de vue Faire quelques gestes de premiers secours Respecter les règles de la vie collective, notamment dans les pratiques sportives	Respecter les autres, et notamment appliquer les principes de l'égalité des filles et des garçons Avoir conscience de la dignité de la personne humaine et en tirer les conséquences au quotidien Coopérer avec un ou plusieurs camarades
Compétence 7 : L'autonomie et l'initiative	Respecter des consignes simples en autonomie Commencer à savoir s'auto-évaluer dans des situations simples S'impliquer dans un projet individuel ou collectif	Montrer une certaine persévérance dans toutes les activités Se respecter en respectant les principales règles d'hygiène de vie Accomplir les gestes quotidiens sans risquer de se faire mal	

# Un passeport santé

**Maryvette Balcou-Debussche.** Présentation d'une démarche progressive d'élaboration d'un livret à destination des élèves de l'école primaire, mais aussi des enseignants et des familles, dans le contexte particulier de la Réunion.

**S**i les enjeux relatifs au développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire sont de taille, certaines particularités du contexte réunionnais justifient à elles seules que le dossier soit considéré de façon encore plus attentive qu'ailleurs. Les raisons, multiples, sont tout autant à mettre en relation avec l'histoire politique, culturelle et humaine de l'île qu'avec sa situation sociale et économique actuelle, notamment du fait d'importantes disparités sociales<sup>[1]</sup>. À la Réunion, la plupart des problèmes majeurs de santé publique se posent avec plus d'acuité qu'en métropole ou dans les autres départements et territoires d'outre-mer<sup>[2]</sup>. C'est ainsi que la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes Réunionnais de six ans a été multipliée en moins de vingt ans par 2,2 pour les garçons et par 3,6 pour les filles. De même, l'enquête Santé scolaire réalisée en 2003-2004 montre que 12 % des adolescents scolarisés en 3<sup>e</sup> sont traités pour asthme (8 % sur le plan national) et que ces prévalences sont les plus élevées de l'enquête menée sur le plan national.

Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que le projet académique Santé-Social en faveur des élèves (2009-2012) fasse de l'éducation à la santé l'une de ses priorités, en partenariat étroit avec l'IUFM-université. L'une des perspectives est de développer l'éducation nutritionnelle et de favoriser l'amélioration de l'offre alimentaire collective, en n'oubliant pas l'important travail à réaliser autour de la promotion de l'activité physique. La société réunionnaise a connu des mutations sociales rapides durant les cinquante dernières années et en peu de temps, ce sont les façons de s'approvisionner, de manger, de consommer et de se déplacer qui ont été bouleversées. Confrontés à ces questions qui interpellent, nous avons considéré dès le départ que les acteurs du système éducatif avaient à la fois besoin d'un accompagnement et d'un référent contextualisé : c'est dans cette perspective générale que le projet « passeport santé » a été esquissé en début d'année scolaire 2008-2009.

<sup>1</sup> Maryvette Balcou-Debussche, « Manger et se soigner : entre manques et excès », in Éliane Wolff, Michel Watin (dir.), *La Réunion : une société en mutations*, Univers créoles 7, Anthropos-Économica, 2010.

<sup>2</sup> En 1999-2000, 16 % des enfants scolarisés en grande section présentaient un surpoids ou une obésité. En 2001-2002, le pourcentage atteint 27 % parmi les enfants scolarisés en classe de CM2 et en 2002-2003, il passe à 21 % pour les adolescents en classe de 3e.

## UN OUTIL COLLECTIF

Le livret « passeport santé » [[Cliquez sur ce lien pour le télécharger](#)] sur lequel nous travaillons depuis trois ans a plusieurs objectifs complémentaires. Il s'agit d'une part d'aider à construire, dynamiser et valoriser la continuité et la complémentarité du travail réalisé par les enseignants et les élèves depuis l'entrée en maternelle jusqu'au CM2. D'autre part, il s'agit d'associer étroitement les familles au travail d'éducation à la santé, en partageant avec elles un outil commun qui circule régulièrement entre les deux instances socialisatrices (l'école et la famille). De par sa construction, le livret « passeport santé » constitue un outil au service de la formation initiale et continue des enseignants : en tant que référent partagé, il doit permettre d'amener progressivement les enseignants du premier degré à intégrer l'éducation à la santé dans la transversalité de leurs pratiques pédagogiques. Enfin, le livret constitue un espace privilégié dans lequel certaines spécificités régionales peuvent être mises en valeur (les produits alimentaires, le climat, les activités physiques, l'environnement, etc.).

Tout en s'appuyant sur les textes ministériels de référence, le livret s'articule autour des objectifs principaux développés dans le projet académique 2009-2012 : éducation nutritionnelle, éducation à la sexualité, prévention des addictions. Les trois thématiques sont travaillées par cycles, avec une répartition qui tient compte de l'âge des enfants et de leur maîtrise de l'écrit. Présenté au départ dans un seul livret, le contenu se présente désormais à travers deux supports de douze pages chacun : l'un pour les cycles 1 et 2, l'autre pour le cycle 3. La démarche expérimentale constitue le fil conducteur que l'on retrouve tout au long des pages, quelle que soit la thématique traitée. À la fin du livret, l'élève trouve un récapitulatif des acquisitions potentielles qui ont été travaillées aux cours de sa scolarité dans le premier degré. Ce récapitulatif peut être transmis au collège, en accompagnant

## AVERTISSEMENT

La rédaction des livrets « passeport santé » a été réalisée par Maryvette Balcou-Debussche (enseignant-chercheur, université), en collaboration avec Fabienne Cabanac (médecin de l'Éducation nationale), Serge Deschamp (inspecteur de l'Éducation nationale), Claudine L'Hénoiret (infirmière conseillère technique du recteur), Cathy Lusso (conseillère pédagogique) et Gérard Mailly (directeur d'école et enseignant) et Sébastien Sanjullian (IREPS Réunion).

n'est pas d'évaluer les élèves (notamment sur des compétences psychosociales difficiles à mesurer), mais de donner une lisibilité sur le travail continu réalisé à l'école, sur les trois thématiques pré-citées.

### UNE CONSTRUCTION PROGRESSIVE

La mise en place de ce dispositif a été rendue possible grâce à un ensemble de ressources (humaines, financières) mises à disposition par les partenaires impliqués dans le projet<sup>[3]</sup>. Suite à une demande de financement soumise au Groupement régional de santé publique, deux comités se sont structurés autour du projet « passeport santé ». D'une part, un comité de pilotage comprenant les représentants des institutions partenaires impliquées dans le projet. D'autre part, un comité technique comprenant des représentants des professionnels impliqués dans le travail de formation des enseignants et de proximité avec les élèves (inspecteur, conseillère pédagogique, médecin et infirmière de l'Éducation nationale, directeur d'école et enseignant, enseignant-chercheur de l'IUFM). En trois ans, six réunions du comité de pilotage ont pu être organisées, tandis que le comité technique se réunissait environ une fois par mois. L'idée d'un outil référent commun est apparue d'emblée comme une nécessité, même si chaque acteur avait conscience dès le départ de la difficulté à y parvenir, notamment du fait de représentations hétérogènes de l'éducation, de la santé, et donc de l'éducation à la santé...

Convaincue que le travail de réunions successives devait impérativement et rapidement devenir visible, l'équipe a produit une première version du livret en juin 2009. Cette première version a été distribuée en tant que document de travail provisoire à tous les stagiaires de l'IUFM. Au premier trimestre de l'année 2009-2010, une seconde version a été élaborée et soumise à une phase expérimentale qui s'est déroulée dans cinq écoles de l'académie (une école dans chaque bassin de formation). Enfin, la troisième version a vu le jour en juin 2010 : elle constitue la version de référence, validée par les différentes instances. Actuellement, elle fait l'objet d'une diffusion élargie, notamment dans les nouvelles écoles qui intègrent le dispositif.

### UN PRODUIT, MAIS AUSSI UN PROCESSUS

Les trois versions du livret « passeport santé » peuvent être analysées comme le reflet des principales étapes du processus de construction collective, en direction d'une production commune. Dans la première version, l'équipe s'est concentrée sur une recherche des contenus à mettre en valeur et sur la façon de les présenter. Aidée par une prise de distance (les vacances scolaires, les lectures) et par le regard critique de collègues, l'équipe a pris conscience de deux écueils impor-

tants. D'une part, une référence trop forte aux normes scolaires, lesquelles apparaissaient notamment à travers des tableaux de synthèse qui n'étaient pas sans rappeler les dimensions évaluatives auxquelles les enseignants sont habitués. D'autre part, un registre langagier élaboré qui ne questionnait pas suffisamment les possibilités d'accès de bon nombre de familles réunionnaises à de telles modalités du discours. À la rentrée 2009, un travail a donc été repris dans ce sens, ce qui a donné lieu à l'élaboration d'une seconde version qui a été soumise à l'expérimentation, après approbation par le comité de pilotage.

En tant que seconde étape importante du travail, l'expérimentation a mis en évidence plusieurs autres dimensions qui ont été prises en compte dans la troisième version. La mise en page a été revue pour une meilleure lisibilité et le document initial a été découpé en deux livrets distincts. Des photos ont été ajoutées et les espaces réservés à l'expression de l'enfant ont été accompagnés de consignes clarifiées. Au final, la troisième version ne comporte plus de tableaux, ce qui aide à la situer en dehors de toute volonté d'évaluation de type scolaire ou d'intrusion de l'espace public (représenté par l'école) dans la sphère privée (la famille). Si l'expérimentation a mis l'accent sur un accueil très favorable des livrets « passeport santé » par les enseignants, les familles et les élèves, elle a aussi permis de prendre conscience des problèmes liés à l'inscription sociale et culturelle d'un produit pédagogique. L'ensemble de ces étapes a amené les concepteurs à faire un travail important sur leurs propres représentations de l'éducation à la santé et sur les décalages que l'on peut parfois observer entre l'idée que l'on en a et la façon dont chacun la concrétise.

### LE RAPPORT À L'ÉVALUATION

La question du rapport à l'évaluation a fortement nourri les débats qui ont eu lieu dans les différentes instances (comité technique, comité de pilotage, conseils des maîtres, conseils d'école), ce qui a conduit l'équipe à pousser la réflexion sur les éléments suivants.

Tout d'abord, la distinction entre ce qui relève des « éducations tout court » et des « éducations à... » n'est pas clairement établie chez tous les enseignants. Les « éducations à... » ne s'inscrivent pas dans les mêmes rapports aux normes scolaires que les autres « éducations » : elles se situent en référence à des pratiques sociales et culturelles dont l'hétérogénéité est, faut-il le rappeler, la règle et non pas l'exception. L'école ne peut donc pas s'inscrire dans un rapport normatif qui conduirait à mesurer, noter, comparer et même prescrire : « Il faut que tu dises à ton papa qu'il doit... ». La perspective générale consiste à favoriser l'analyse plutôt que le jugement, tout en veillant à la découverte de différences et de variations qui sont à penser comme constitutives des approches pédagogiques en matière d'éducation à la santé.

<sup>3</sup> Que soient remerciés ici tous les professionnels qui ont soutenu le dispositif et aidé à sa mise en œuvre.

Ensuite, l'évaluation est souvent vécue comme une « *calamité sociale* » (Christophe Dejours), si bien que les équipes éducatives peuvent avoir tendance à rejeter d'emblée toute intrusion dans leur univers pédagogique, cette intrusion étant souvent vécue comme une démarche institutionnelle visant à porter un regard normatif sur les pratiques enseignantes. Souvent à juste titre, les enseignants se mettent ainsi en retrait par rapport à une prétention à mener des mesures quantitatives et objectives du travail réalisé dans les classes, avec les élèves. Ils pointent ainsi les dangers d'évaluations individuelles des performances qui, lorsqu'elles sont répétées et systématiques, nuisent à la coopération et à la construction du travail collectif.

Les équipes éducatives peuvent aussi craindre (souvent à juste titre) que les actions s'inscrivant dans le champ de l'éducation à la santé constituent une occasion privilégiée de « fichier » les élèves.

Si l'éducation à la santé questionne tout autant la sphère publique que la sphère privée, les normes plus ou moins stabilisées de la sphère publique ne peuvent pas être imposées comme telles à la sphère privée.

Enfin être « éduqué à la santé », ce n'est pas seulement être capable de construire des connaissances : c'est aussi et surtout pouvoir construire des compétences psychosociales qui vont permettre d'agir de façon opportune en situation. La compétence met en jeu des savoirs (connaissances intellectuelles, représentations), l'agir (capacités à mettre en œuvre), le contexte : la seule maîtrise de savoirs procéduraux codifiés et appris comme des règles ne suffit donc pas pour être efficace. Les situations complexes conduisent l'individu à gérer des variables hétérogènes pour résoudre des problèmes qui échappent à des situations difficiles à référer à une seule discipline. Face à un objet aussi complexe, la question de l'évaluation ne peut pas être abordée de façon réductrice.

Concentrée sur l'élaboration des livrets « passeport santé », l'équipe du comité technique a été contrainte d'intégrer de façon constructive l'ensemble de ces éléments. Elle a notamment dû :

- revoir tous les énoncés proposés en questionnant les différences potentielles de réception, tant du côté des élèves que du côté des enseignants et des parents d'élèves ;
- questionner la mise en page du document et éliminer toute mise en forme qui puisse rappeler les modalités d'évaluation mises en œuvre dans d'autres champs (tableaux, réponse par vrai ou faux...);
- réfléchir à la manière d'impliquer le sujet (le « je ») sans que pour autant le sujet (enfant ? élève ?) se sente prisonnier d'un contrôle social qui le conduirait à se taire plutôt qu'à dire ;
- anticiper sur les réponses probables des élèves à l'ensemble des questions et des propositions d'activité.

Sur ce dernier point, tout ce qui aurait pu inciter l'élève à évoquer des situations très précises dans lesquelles il aurait pu être amené à faire un aveu a été progressivement éliminé du livret. En effet, face à un aveu (en l'occurrence, écrit), l'institution scolaire aurait été contrainte de considérer qu'il y avait là un signalement qu'elle devait ensuite prendre à sa charge en engageant les procédures adéquates. Les livrets « passeport santé » ne pouvaient être considérés comme des espaces pouvant offrir de telles possibilités, notamment du fait de la circulation du document entre différentes instances, mais aussi de leur inscription sur un temps long (de la maternelle au CM2).

### UN SUPPORT POUR LA FORMATION

L'expérience relatée ici montre comment le projet de réalisation commune (ici, les livrets « passeport santé ») a conduit les acteurs du projet à se questionner ensemble sur divers éléments mis en jeu dans les pratiques pédagogiques relevant de l'éducation à la santé : les représentations des acteurs, l'hétérogénéité des pratiques, la diversité sociale et culturelle, les savoirs mouvants, les relations entre les pratiques sociales et les pratiques enseignantes. Si l'expérimentation des livrets dans les cinq écoles expérimentales a amené à prendre en compte les observations émises par l'ensemble de la communauté éducative (enseignants, parents, élèves, autres acteurs), elle a aussi permis d'anticiper sur des réceptions différenciées d'un produit dans lequel les prochains bénéficiaires n'ont pas eu l'occasion de travailler directement. En ce sens, elle a permis aux acteurs impliqués dans le processus de se mettre « en vigilance pédagogique » par rapport aux actions de formation à engager avec des acteurs qui n'auront pas réalisé un tel parcours. L'expérimentation a aussi mis l'accent sur les limites d'une équipe qui doit revenir à plusieurs reprises sur un travail qu'elle pense avoir finalisé, et sur la nécessité de toujours inscrire le travail dans une dynamique constructive qui ne se perd pas en réunions stériles. Actuellement, l'équipe s'applique à travailler les documents d'accompagnement des livrets « passeport santé », y compris pour tenter d'explicitier au mieux les orientations et les valeurs sous-jacentes des livrets.

À un moment où le produit pédagogique est prêt à être partagé à plus large échelle et où il va constituer une pièce maîtresse dans la phase d'extension du dispositif (10 000 élèves en 2012), il faut considérer que le processus est encore à construire avec les nouveaux acteurs qui devront à leur tour appréhender la complexité de l'objet. Si les enseignants font état de besoins importants dans plusieurs domaines de formation, la prise en compte des variables contextuelles ne doit pas être négligée, puisqu'elle reste constitutive des progrès dans la connaissance et l'efficacité des processus d'enseignement-apprentissage. Quelle que soit la qualité du produit pédagogique conçu par l'équipe, la réussite du développement de l'éducation à la

santé en milieu scolaire reste donc fortement dépendante de la pertinence des formations qui seront dispensées pour appuyer le dispositif ainsi que des ressources (humaines, matérielles) qui seront allouées pour y parvenir. Le travail sur l'ouverture à l'autre, le respect de la diversité sociale et culturelle, l'inscription des actions sur un temps long, la prise en compte du contexte, le

rapport aux normes et à l'évaluation, la volonté de construire ensemble et de maintenir les dynamiques impulsées sont autant d'atouts qui contribuent, de façon durable, à la réussite de telles entreprises. ■

**MARYVETTE BALCOU-DEBUSSCHE**

Maitre de conférences, IUFM-université de la Réunion,  
coordonnatrice pour la Réunion du réseau national UNIRÉS

# Comment faire en formation initiale ?

**Évelyne Bersier.** Les professeurs de SVT débutants ont souvent des représentations un peu étroites tant de la santé que de l'éducation à la santé, qui méritent d'être travaillées à travers des modules dédiés ou bien par l'élaboration de projets en classe.

L'éducation à la santé a une place conséquente dans les programmes de sciences de la vie et de la Terre au collège et au lycée. Toutefois, l'approche de ces contenus par les nouveaux enseignants est souvent exclusivement disciplinaire. Ils pensent que la simple transmission des savoirs prévus dans les programmes scolaires suffit à la mise en œuvre de l'éducation à la santé. L'idée de mettre en place un module spécifique en faveur des professeurs stagiaires de deuxième année en SVT est apparue comme un moyen de faire évoluer leurs représentations sur la santé comme sur l'éducation à la santé, de leur permettre de construire un projet et de mettre en œuvre des actions avec des collégiens.

## UNE VISION RESTRICTIVE

Un questionnaire diffusé auprès des professeurs stagiaires avant le début du module nous a permis de cerner leurs représentations de la santé et l'éducation à la santé. Élaboré par le formateur SVT et analysé par celui de Sciences et techniques médico-sociales, il est composé de trois questions :

- Décrire ce que représente pour vous l'éducation à la santé ;
- Décrire votre place dans l'éducation à la santé en tant que professeur de SVT ;
- Donner une définition de la santé.

Ils définissent globalement la santé par des termes positifs (on trouve une seule fois « absence de pathologie »). Plusieurs dimensions sont identifiées et la santé est perçue comme un état que plusieurs situent bien à un instant donné et parfois un état de bien-être, impliquant la responsabilité de l'individu. Mais si la santé est pour tous d'ordre physique ou physiologique, seulement neuf stagiaires sur quatorze l'évoquent aussi comme un état mental, et la dimension sociale n'est citée que par trois d'entre eux. Influencés par leur approche disciplinaire, on peut estimer qu'ils en ont une vision restrictive.

L'étude des réponses concernant l'éducation à la santé montre également une représentation très disciplinaire. Pour les quatorze professeurs stagiaires, il s'agit avant tout de connaissances à transmettre. Pour trois d'entre eux seulement, éduquer à la santé consiste à faire apprendre aux

élèves des gestes et des attitudes. Pour un seul, seulement, c'est « faire prendre conscience » sans préciser en quoi consiste ou ce que concerne cette prise de conscience.

## FAIRE ÉVOLUER LES REPRÉSENTATIONS

La première partie du module, portant sur l'explicitation des programmes de SVT, a permis de faire évoluer un peu leurs représentations. Un des professeurs stagiaires qui pensait que l'éducation à la santé relevait de la seule responsabilité du professeur de SVT estime à présent qu'il s'agit d'un travail en équipe. Pour quelques-uns, c'est former à avoir une attitude responsable, trois citent « le respect d'autrui ». Toutefois, pour beaucoup encore, il s'agit d'attitudes à modifier et ils se situent essentiellement dans la transmission des contenus disciplinaires.

Le module se poursuit avec l'objectif de « former à des compétences en éducation à la santé » à l'aide de l'outil du « QQOCQP » (qui, quoi, où, comment, quand, pourquoi<sup>[1]</sup>) et par l'initiation à la méthodologie de projet. Cette nouvelle étape va permettre aux professeurs stagiaires de devenir acteurs de leur propre formation en planifiant un projet d'éducation à la santé.

## DÉFINIR DES ACTIONS UTILES AUX ÉLÈVES

Les professeurs stagiaires ont construit collectivement des questionnaires pour connaître les représentations que les élèves ont de leur santé et leurs problèmes ou besoins. L'analyse des questionnaires renseignés leur a permis de mieux percevoir les différentes dimensions de la santé pour leurs élèves et le lien qu'il peut y avoir entre santé et résultats scolaires ou attitudes en classe. Elle met en évidence deux éléments majeurs qui interpellent fortement ces nouveaux enseignants : un stress très important des élèves de 3<sup>e</sup> en l'absence de projet d'orientation, qui explique pour certains des attitudes violentes ou d'opposition ; des situations de discrimination très mal vécues par un nombre relativement important d'élèves, en 6<sup>e</sup> notamment.

<sup>1</sup> Alain-Michel Chavel, *Méthodes et outils pour résoudre un problème : 55 outils pour améliorer les performances de votre entreprise*, Dunod, septembre 2006.

Face à ce constat, deux projets sur ces thématiques ont été envisagés. Chaque groupe de professeurs stagiaires, après validation par les deux formateurs du module, a mis en œuvre son projet dans une classe en présence de l'un d'entre eux, lui-même enseignant de SVT.

#### L'ORIENTATION, SOURCE DE STRESS

Un groupe de professeurs stagiaires a travaillé sur le stress des élèves en situation scolaire, facteur de démobilité pour un certain nombre d'entre eux. Des actions ont été élaborées dans l'objectif de « faciliter l'élaboration d'un projet professionnel » : la préparation d'un livret personnel d'orientation ; l'échange avec différentes personnes en lien avec les projets d'orientation.

Le livret a été réalisé à partir d'un ensemble d'informations à propos de l'élève : motivations, projet professionnel, résultats scolaires. Les professeurs stagiaires se sont réparti les élèves afin d'élaborer un profil ouvert d'orientation. Des renseignements ont été collectés sur les différentes filières et synthétisés dans des fiches de présentation.

Les stagiaires ont ensuite organisé une restitution sur une demi-journée, par groupe. Afin de ne pas imposer les choix, de répondre aux angoisses des élèves, ils ont invité un ensemble de professionnels en lien avec les projets : un professeur de gestion (baccalauréat sciences et techniques de gestion), une infirmière, deux enseignantes stagiaires de sciences et techniques médicosociales (baccalauréat sciences et technologie de la santé et du social et BEP carrières sanitaires et sociales), une élève de terminale scientifique. Deux séances de deux heures ont été organisées, regroupant les élèves dont le profil d'orientation est proche, en collaboration étroite avec le professeur principal de la classe.

La mise en œuvre s'est déroulée en trois temps :

- constitution de groupes autour de chaque professeur stagiaire : prise de connaissance des livrets d'orientation, échanges de points de vue, éclaircissement et préparation de questions ;
- présentation des filières et échanges ;
- bilan individuel et précision du projet.

### Zoom Dans les textes : une démarche globale

« *La politique éducative de santé à l'école contribue à la réussite de tous les élèves. Vecteur d'égalité des chances, elle répond à des enjeux éducatifs, de santé publique et de société* » (texte complet en cliquant ici). Les textes officiels encadrant l'éducation à la santé la présentent comme devant s'appuyer sur une démarche globale positive, structurée autour de cinq thématiques dont « *la prévention des souffrances psychiques et du mal-être* ».

Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être reconnaît la santé mentale comme un droit favorisant les apprentissages et appelle à l'action dans cinq domaines prioritaires, dont la santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif organisée autour de six axes :

- mettre en place des mécanismes d'intervention rapide dans tout le système éducatif ;
- proposer des programmes visant à renforcer les compétences parentales ;
- promouvoir la formation de professionnels de la santé, de l'enseignement, de la jeunesse et d'autres secteurs ayant trait à la santé mentale et au bien-être ;
- promouvoir l'intégration de questions socioaffectives dans les activités scolaires et extrascolaires, ainsi que dans la culture scolaire et préscolaire ;
- mettre en place des programmes de prévention de la maltraitance, du harcèlement, de la violence contre les jeunes et du risque d'exclusion sociale chez les jeunes ;

- promouvoir la participation des jeunes aux mondes de l'éducation, de la culture, du sport et de l'emploi.

L'objectif semble donc être de développer la santé mentale positive, comme le propose par ailleurs le rapport du Centre d'analyse stratégique « *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie* » du 17 novembre 2009. Si ce rapport fait suite aux problèmes de stress au travail et aux suicides liés au travail, il précise que le pic d'anxiété se situe notamment chez les jeunes de quinze à dix-neuf ans. Le stress, le mal-être, une mauvaise estime de soi favorisent les conduites addictives. En conséquence, œuvrer au développement d'une santé mentale positive, développer les compétences psychosociales des élèves constituent des enjeux majeurs aujourd'hui pour les équipes éducatives au service de la prévention des conduites addictives. Parmi les préconisations du rapport, « *doter chaque jeune d'un capital personnel : développer le plus tôt possible des compétences complémentaires à celles délivrées par les enseignements traditionnels, d'après les travaux anglo-saxons sur l'importance des compétences émotionnelles, cognitives et sociales censées favoriser la cohésion et l'intégration, le développement des dispositions à l'apprentissage, de l'identité et de la confiance en soi, comme la préparation à la vie en collectivité* ».

Une évaluation des actions a été prévue à l'aide d'un petit questionnaire renseigné par les élèves, au cours de la séance suivante, afin de ne pas induire des réponses spontanées à court terme. Leur dépouillement a montré qu'un nombre conséquent d'élèves étaient préoccupés par leur avenir, leur orientation, et le tri croisé des réponses a mis en évidence le lien entre cette situation et une mauvaise perception de leur santé. Cette préoccupation partagée par de nombreux élèves de 3<sup>e</sup> est un facteur de stress et mal-être qui constitue un blocage dans les apprentissages en l'absence de projet professionnel.

Un travail sur l'orientation des élèves de 3<sup>e</sup> ne constitue pas a priori une action d'éducation à la santé. Toutefois, ici, l'objectif général est bien « la prévention des souffrances psychiques et du mal-être ». De fait, au-delà des éléments de connaissances sur les possibilités d'orientation, l'action menée a participé au développement des compétences psychosociales des élèves, a contribué à rendre l'élève acteur de son projet et à limiter le stress ressenti par les élèves.

#### UNE ACTION PÉDAGOGIQUE DE LONGUE HALEINE

Le bilan a fait émerger certains points de difficultés, notamment sur les modalités d'évaluation du stress des élèves, ou sur l'impossibilité de mesurer à court terme la portée de l'action entreprise. Ils ont pris conscience de la nécessité d'envisager un suivi annuel, voire pluriannuel, avec une possible évaluation après le conseil de classe, ou bien une intégration de la gestion du stress dans un projet élargi, dont l'orientation ne serait qu'une composante. Enfin, ils ont bien perçu la nécessité de travailler en partenariat

lorsque c'est possible et pour cela, de planifier en début d'année les projets envisagés. Il aurait été souhaitable effectivement d'intégrer l'intervention du conseiller d'orientation psychologue au projet.

Les professeurs stagiaires ont compris que l'action pédagogique en éducation à la santé peut prendre une autre forme que celle de cours de SVT habituel, où se travaillent les savoirs et savoir-faire relatifs au corps et à la santé.

À travers ce module, les professeurs stagiaires sont parvenus à amorcer une réflexion constructive sur les modalités de mise en œuvre de projets en éducation à la santé, sur les entrées possibles (disciplinaire, transversales), sur la nécessaire intégration de l'élève dans la démarche et l'indispensable travail en équipe pluridisciplinaire. Ils ont réalisé également que former à des compétences en éducation à la santé nécessitait la mise en œuvre de projets et d'actions complémentaires tout au long de la scolarité.

L'évolution proposée par les stagiaires est d'ouvrir ce module aux autres disciplines afin de mener réellement un projet pluri et transdisciplinaire. ■

**ÉVELYNE BERSIER**

Responsable du parcours 3.4 (STMS) Master MEEF - IUFM - Université de Provence. Membre du groupe projet UNIRÉS.

#### BIBLIOGRAPHIE

Jacques Fortin, *Santé publique et développement des compétences psychosociales à l'école*, 2010, disponible en ligne.

# La prévention en scène

**Philippe Cottin.** Le théâtre forum, en engageant acteurs et spectateurs dans l'enjeu d'une scène tiré d'un vécu, peut être un bon médiateur d'actions de prévention.

La volonté des personnels de santé de trois établissements scolaires de proposer une action qui permettrait de sensibiliser les élèves tout en marquant les esprits autour du problème des conduites à risque chez les adolescents est à l'origine de ce projet. Parmi ces personnels, une assistante sociale qui connaissait le théâtre de l'opprimé pensait que cette forme d'intervention pouvait porter une vraie réflexion sur ce problème. C'est parce que je travaillais dans l'un des trois établissements et que j'étais en même temps « joker du théâtre de l'opprimé<sup>1</sup> » que je fus sollicité. Afin de pouvoir impliquer les collègues enseignants, nous avons proposé que des classes complètes soient actrices de cette intervention. Ainsi l'intérêt pouvait être double : mobiliser des classes autour d'un projet de type théâtral ; solliciter la réflexion des collégiens et lycéens sur la prévention des conduites à risque.

## LE THÉÂTRE DE L'OPPRIMÉ

Un court rappel de ce qu'est le théâtre de l'opprimé d'Augusto Boal, et en particulier du théâtre forum, est peut-être nécessaire afin de mieux comprendre les enjeux de cette action. Il s'agit d'une forme interactive de théâtre : dans une scène retranscrivant une situation ressentie comme « oppressante » pour l'un des personnages, les spectateurs, lors de la représentation, sont invités à tenter de faire changer les choses et donc de trouver une issue plus satisfaisante pour le personnage en difficulté, en prenant sa place dans la saynète et en luttant ainsi contre la volonté des autres personnages.

Augusto Boal a bien défini le schéma d'intervention. Les histoires mises en scène prennent appui sur des récits s'appuyant sur la réalité : les incidents, dans notre cas liés à la santé et aux conduites à risque, ont été vécus soit par le rapporteur, soit par une personne proche de celui-ci. Un temps est donc consacré à faire émerger le récit de ces souffrances vécues. Elles doivent ensuite être mises en scène et répétées comme une (courte) pièce de théâtre. Le jour de la représentation, elles sont jouées une première fois, puis autant de fois que les spectateurs pourront proposer de solutions.

<sup>1</sup> C'est-à-dire l'animateur du forum qui sollicite, guide les spectateurs et fait évoluer la situation.

Dans ce contexte, quatre histoires ont vu le jour. Chacune porte un titre : *La Nouvelle*, *Le Shit, ça calme !!!*, *La Copine anorexique*, *L'Anniversaire*.

## LA CRÉATION DU SPECTACLE

Trois établissements scolaires de la commune étaient impliqués dans cette aventure. Le collège était représenté par une classe de 3<sup>e</sup> DP6, l'Erea par une classe de 4<sup>e</sup>. Le lycée n'avait pu déléguer que quatre élèves de 2<sup>de</sup> faute de pouvoir libérer une classe complète. L'enjeu était important au collège et à l'Erea, avec l'ambition de dynamiser des classes par la participation à ce projet. Les enseignants qui les encadraient se sont donc fortement mobilisés, appuyés par les personnels de santé, assistantes sociales et infirmier.

Après un premier travail d'homogénéisation du groupe entrepris la première matinée, puis régulièrement entretenu, nous avons senti que les résistances se relâchaient peu à peu, en particulier grâce au dynamisme et à l'esprit convivial des élèves du lycée qui se sentaient un rôle de médiateurs, et aussi aux adultes. Un groupe s'est progressivement construit.

Des moments d'émotion très forte ont traversé nos temps de travail. Ainsi lorsque, évoquant les histoires que nous allions pouvoir mettre en scène, l'une des élèves nous a fait part de la souffrance dans laquelle l'avait mise la noyade de son cousin après un anniversaire trop arrosé (*L'Anniversaire*) et sa rage que personne n'ait pu l'empêcher, ou encore la souffrance de cette autre élève ne sachant pas comment aider son amie qu'elle voyait se détruire (*La Copine anorexique*). Tous les élèves ont vu là supports à des scènes de théâtre, la question qu'ils voulaient poser à leurs camarades étant de savoir comment intervenir lorsque l'on voit un de ses amis en difficulté.

Les deux autres thèmes portaient aussi des questions brûlantes chez les adolescents : comment pouvoir exister dans un groupe sans se plier à des exigences de conformité au groupe (*La Nouvelle*) et d'aliénation (*Le Shit, ça calme !!!*).

Les thèmes étant choisis, les groupes constitués, les saynètes ont pu se construire progressivement grâce au travail de mise en scène des enseignants, que je guidais parfois. Les personnages centraux étaient occupés par des élèves.



Dans les répétitions figuraient aussi des moments durant lesquels les élèves étaient entraînés à conserver la volonté de leur personnage pour les préparer aux interventions des spectateurs, moments difficiles car imprévisibles, et tenir au mieux ce personnage.

#### DES REPRÉSENTATIONS ANIMÉES

Nous avons prévu trois représentations : une avec les élèves du collège (4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup>) et de l'Erea (4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, CAP), une autre avec les parents et enfin une troisième avec les 2<sup>de</sup> du lycée. Nous avons prévu 200 spectateurs à chaque représentation « scolaire ». Lorsque les acteurs ont vu le nombre de chaises dans la salle (une salle à l'extérieur de l'école), certains ont commencé à réaliser la situation dans laquelle ils allaient bientôt se trouver. Courageusement chacun a fait face.

Deux scènes étaient jouées à chaque représentation, en fonction du public. Les effets furent différents selon les publics. Avec les élèves du collège et de l'Erea, les réponses furent nombreuses, variées et ont montré une vraie implication dans les problèmes posés. Les élèves de l'Erea se sont montrés à leur avantage et ont dynamisé la réflexion.

Le comportement réservé des élèves du lycée nous a interpellés. Les réponses apportées sont venues majoritairement d'un nombre limité

d'élèves et nous n'avons pas su ce qui, entre réserve et désintérêt, rendait les autres passifs.

La représentation avec les parents a bien fonctionné grâce aux jeunes présents ce soir-là, car les réponses sont venues essentiellement d'eux. Les parents se disaient impuissants et sans réponse, ce qui est normal dans le théâtre forum lorsque les histoires sont posées pour un public bien précis (ici plutôt, donc, les adolescents).

#### QU'EN RESTE-T-IL ?

Le bilan est très positif du côté des acteurs pour qui l'expérience a été source d'enrichissement et de restauration d'estime de soi. Il est plus difficile à faire pour le volet « prévention des conduites à risque ». L'intention des personnels de santé à l'origine de ce projet était de sensibiliser les jeunes à la prévention. Tous ont reconnu la réalité des situations évoquées et la difficulté d'y faire face. La réflexion selon les groupes a été différente, et donc certainement aussi ce que chacun en a tiré. Néanmoins, le théâtre les a plongés au cœur de l'action et les a conduits à se projeter dans ces situations. Le pari est que cette expérience laisse des traces qui les incitent à avoir un autre regard sur ces questions... ■

**PHILIPPE COTTIN**

Enseignant d'EPS à La Ferté-Macé (Orne),  
ex-formateur à l'IUFM de Basse-Normandie.

# EPS et éducation à la santé : un problème de définition ?

**Denis Loizon.** S'il est écrit que l'EPS poursuit un objectif d'éducation à la santé dans les récents programmes de collège, mais la réalité semble tout autre. Nous nous appuyons sur des recherches menées en EPS au cours de ces dernières années pour montrer que l'éducation à la santé se résume surtout à sa dimension physiologique, bien que les prescriptions officielles essaient d'ouvrir le champ des pratiques. Pourquoi ce constat ?

**D**ans les programmes officiels de 2008 concernant la discipline « éducation physique et sportive » (EPS), on peut lire trois grands objectifs pour cette discipline :

- « le développement et la mobilisation des ressources individuelles favorisant l'enrichissement et la motricité » ;
- « l'éducation à la santé et à la gestion de la vie physique et sociale » ;
- « l'accès au patrimoine de la culture physique et sportive ».

Même si chacun de ses objectifs est suffisamment détaillé, et que, pour notre sujet, il est écrit que « la prise en compte de la santé doit s'envisager dans plusieurs dimensions : physique, psychique et sociale », l'éducation à la santé reste majoritairement centrée sur la dimension physique dans les pratiques d'enseignement de l'EPS. Pour étayer notre propos, nous ferons référence à des recherches récentes qui avaient pour but d'analyser les pratiques d'enseignement de l'EPS.

## CE QUI S'ENSEIGNE EN COLLÈGE ET EN LYCÉE

Les professeurs d'EPS font souvent référence à la dimension physique qu'ils associent à la « gestion de la vie physique d'adulte » des programmes. Pour eux, c'est surtout le bien-être physique qui compte avant tout. Par contre, ils ne font aucun lien avec l'éducation au choix, telle qu'elle est proposée dans la définition de la circulaire de 1998 : « L'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement ».

Les pratiques nous apportent plus de renseignements et nous constatons à chaque fois que les professeurs d'EPS filmés durant les séances d'EPS enseignent plus de choses qu'ils ne le déclarent lors des différents entretiens. Pour affir-

mer cela, nous nous référons aux travaux de Carine Simard et Didier Jourdan<sup>[1]</sup> qui nous présentent un cadre très intéressant avec trois pôles pour définir l'éducation à la santé. Un premier pôle que nous avons qualifié de « dimension corporelle » constitué de connaissances de soi, de son corps, de sa santé, des comportements à risques et de leurs effets. Un second pôle qualifié de « dimension psychosociale » centré sur le développement de compétences psychosociales, comme savoir gérer le conflit, le stress, exprimer ses émotions et les gérer, travailler ensemble, se respecter. Un troisième pôle appelé « dimension critique », avec la nécessaire distance critique à tenir face à l'environnement, la capacité à garder sa liberté face aux médias, face à la pression des pairs.

Nous observons que tous se centrent effectivement sur le physique, avec l'échauffement qui vise à apporter des savoirs spécifiques pour se préparer à l'effort ; d'autres mobilisent et développent des ressources énergétiques au travers de certaines activités comme la course longue ou la lutte. Par contre, le développement des compétences psychosociales est bien présent dans les leçons d'EPS, mais les enseignants ne l'évoquent pas comme une des composantes de l'éducation à la santé lors des entretiens. Pour ce qui concerne le développement de l'attitude critique, nous n'avons rien observé sur ce registre, ni dans les cours auxquels nous avons assisté, ni dans les déclarations des enseignants, comme si cette dimension n'existait pas pour nos collègues.

## CE QUI S'ENSEIGNE EN FORMATION

Quatre grands domaines de savoirs relatifs à la santé sont enseignés dans la formation des professeurs stagiaires en EPS, surtout en relation avec l'enseignement de la course longue.

<sup>1</sup> Carine Simard, Didier Jourdan, « La contribution spécifique de l'éducation physique à la lumière de travaux de recherche récents », *Revue EPS* n° 329, 2008.

Premier domaine : l'hygiène de vie. Il s'agit surtout de savoirs tels que l'alimentation, le sommeil, le tabac, l'alcool et les drogues, c'est-à-dire tout ce que relève de la prévention des conduites addictives. Les formateurs donnent des connaissances en insistant sur les effets positifs ou négatifs d'une certaine hygiène de vie (« *J'aborde souvent avec eux la question de l'alcoolisme ou de la prise de drogue, car je sais que cela les intéresse* »). Mais c'est plutôt dans l'interaction avec les étudiants dans les cours pratiques que se délivrent ces savoirs ; ils ne sont pas planifiés à l'avance, mais ils surgissent bien souvent suite à des questions ou à des remarques. La pratique de la course ou de la danse dans le cadre de la préparation aux épreuves optionnelles de course ou de danse pour le concours de professeur des écoles est un moment propice pour transmettre ces savoirs.

Deuxième domaine : des savoirs très spécifiques sur l'entraînement en course. Les formateurs insistent plus particulièrement sur les processus énergétiques sollicités dans l'effort. En EPS, le développement de la santé est intimement lié au choix des activités physiques et sportives qui sont les moyens par lesquels l'enseignant peut développer par exemple les filières énergétiques. Pour l'un d'eux, « *la mobilisation des processus aérobie, anaérobies sur le long terme permet de viser un capital santé* » ; là encore, on se retrouve sur la santé, et pas sur l'éducation à la santé.

Pour un de nos collègues formateurs particulièrement impliqué dans un projet autour de la course en durée, la pratique effective de l'activité course lui permet d'articuler de manière très efficace des connaissances théoriques et des connaissances sur soi : « *L'étudiant va mettre en relation différents repères liés à l'essoufflement et à la fréquence cardiaque avec le type d'effort aérobie ou anaérobie qu'il a produit* ». C'est bien le premier registre des connaissances sur soi dans l'effort physique qui est mobilisé dans ce cas-là.

Ces savoirs spécifiques sur l'entraînement sont enseignés sous deux formes, soit sous forme de cours théoriques en PE1 pour « *permettre aux étudiants de les mettre directement en relation avec leur entraînement* », soit dans les cours pratiques de préparation à l'option course ou danse. Les connaissances sont alors remobilisées au service de l'entraînement ou de la préparation.

Troisième domaine : la motricité ainsi que la gestion de l'effort. Nous avons observé certaines différences dans ce domaine, car certains formateurs mettent particulièrement l'accent sur des aspects de la motricité comme « *les principes liés à l'équilibre* », « *la qualité des appuis que l'on trouve dans de nombreuses activités physiques* », ou encore « *la dissociation segmentaire* » ou « *la coordination* », alors que d'autres insistent plus la gestion de l'effort et sur la récupération (« *les grands principes de l'échauffement* », « *la manière dont on peut étirer les muscles* », « *des connaissances sur les techniques de relaxation* »). Ces

cours se font d'une manière générale plus de façon théorique, mais les savoirs sont réactivés dans les cours pratiques.

Quatrième domaine, des savoirs enseignés surtout après le concours, constituant des ressources pour le développement aux compétences professionnelles. Ces savoirs concernent la sécurité des élèves, qu'elle soit active ou passive<sup>[2]</sup>. Pour la sécurité passive, les formateurs font référence au lieu de pratique qui doit être sécurisé pour éviter tout risque d'accident (« *Je leur dis de faire attention aux tapis en gymnastique* »). Pour la sécurité active, c'est le processus didactique qui est au cœur de l'enseignement, avec tous les savoirs relatifs à la progressivité des apprentissages. On retrouve là tout ce qui touche à « *l'échauffement tout particulier de la colonne vertébrale en gymnastique* » pour éviter les accidents. Cet enseignement spécifique de la sécurité des élèves est fondamental pour tous les formateurs qui interviennent auprès de professeurs des écoles ou des professeurs du secondaire. Chez eux, l'éducation à la sécurité fait partie intégrante de l'éducation à la santé, car « *préserver son intégrité physique, c'est un des moyens de rester en bonne santé* ».

S'il y a concordance entre ce qui est déclaré et ce qui est enseigné réellement, au niveau de ces quatre grands domaines de savoirs, l'observation des cours de formation montre, comme pour les professeurs d'EPS, que les formateurs sont très attentifs à la constitution des groupes et qu'ils valorisent énormément le développement des compétences psychosociales. Pour un collègue qui prépare à l'épreuve de danse, « *c'est très important d'apprendre à se montrer devant les autres, d'assumer son corps devant un groupe* », mais pour développer cette compétence, il faut « *toute une progressivité pour ne pas bloquer les étudiants* ». Ce qui est valable pour les enfants l'est aussi pour les jeunes adultes pour qui certaines situations peuvent devenir très stressantes. Les travaux de groupe sont souvent privilégiés, soit en amont des cours pour préparer certaines situations d'apprentissage, soit durant les cours pour produire des actions spécifiques (« *Je leur ai demandé de préparer une chorégraphie qu'ils présenteront devant leurs camarades* », « *ce que je veux, c'est qu'ils apprennent à travailler ensemble* »). À la fin de ces travaux, les formateurs reviennent souvent sur les productions, pour souligner les compétences sociales ainsi développées ; mais pour eux, cela ne relève pas de l'éducation à la santé, car cela n'est jamais évoqué dans les entretiens réalisés après les enregistrements des cours.

Pour les formateurs EPS, les constats sont donc les mêmes que ceux concernant les enseignants : une définition de l'éducation à la santé qui se résume bien souvent à la dimension médicale ou physiologique ; des savoirs enseignés plus nombreux que ceux qui sont déclarés. Si pour

<sup>2</sup> Claire Perrin, « La santé en EPS : de l'évidence à l'éducation », *Spivale* n° 25, pp. 83-88, 2000.

certaines savoirs l'enseignement est planifié, pour beaucoup d'autres, c'est au carrefour des remarques et observations que ceux-ci sont transmis, ou bien après des questions d'étudiants. Ce sont aussi de nombreux conseils qui sont donnés, soit sur le plan professionnel (exemple de la sécurité), soit dans le cadre de la préparation aux concours.

### QUELQUES HYPOTHÈSES EXPLICATIVES

Comment expliquer cette situation, aussi bien du côté des professeurs EPS que du côté des formateurs ?

D'abord une hypothèse historique : l'EPS entretient depuis le début de son histoire un rapport particulier avec la santé physique. « *La multiplicité des références en EPS est son histoire même*<sup>[3]</sup> ». La référence à la gymnastique suédoise fut particulièrement prégnante à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Elle s'est poursuivie jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale sous forme de gymnastique corrective puis de maintien. Il s'agissait de maintenir les corps en bon état de fonctionnement, voire de les redresser. Cette gymnastique s'adressait au corps physique et physiologique dans un cadre qui se voulait éducatif. C'était surtout la fonction sociale de l'EPS qui prévalait devant sa fonction scolaire. « *À la fin du XIX<sup>e</sup> et durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la discipline est sous ingérence médicale ; ses objectifs se confondent avec ceux des médecins. En soumettant l'élève à l'exercice, l'EPS contribue au bon développement, voire à la restauration de l'état de santé.* » (Voir note 2).

C'est donc sur la base de ces rapports historiques que nous formulons ensuite notre deuxième hypothèse que nous qualifierons d'institutionnelle : la relation entre EPS et santé physique est toujours entretenue dans les textes officiels les plus récents. À lire les programmes 2008 pour l'EPS en collège, on constate que l'éducation à la santé ne consiste pas à permettre à l'élève de faire des choix raisonnés. « *En proposant une activité physique régulière, source de bien-être, 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...* »

Troisième hypothèse explicative : c'est toute une profession et une culture professionnelle qui véhiculent la référence à la santé physique.

Militant pour une éducation physique qui va participer de l'éducation à la santé en incitant les jeunes à la pratique, Didier Delignières et Christine Garsault rappellent que « *le thème de la santé traverse l'évolution de la discipline depuis ses origines*<sup>[4]</sup> ». Les auteurs proposent « *comme finalité ultime de l'EPS d'inciter les futurs adultes*

*à pratiquer tout au long de leur vie des activités de loisir sportif* ».

Dans l'ouvrage qu'il a dirigé sur les contenus d'enseignement en EPS pour les lycées, Raymond Dhellemmes présente des thèmes d'étude et des compétences spécifiques très centrés sur la dimension physique. Il valorise le « *savoir s'entraîner physiquement* » et précise qu'une véritable éducation à la santé consiste à « *s'engager dans une pratique continue pour conquérir ou maintenir un état de forme*<sup>[5]</sup> ».

Évoquant les rapports entre EPS et éducation à la santé, Thierry Tribalat énonce trois registres de savoirs qui doivent être enseignés en EPS :

- « *Des savoirs sur la santé (connaissances sur le corps, les conduites addictives, le système énergétique...)* » ;
- « *Des savoirs pour sa santé (indicateurs sur son état de santé comme l'IMC, sur son alimentation, etc.)* » ;
- « *Des compétences pour agir sur soi dans le respect de son intégrité physique et de celle des autres (concevoir ses programmes d'entraînement, ses séances de travail, savoir s'échauffer...)*<sup>[6]</sup> ».

On voit bien ici la centration sur le corps physique, avec le rappel du respect de l'intégrité physique. Plus loin, l'auteur continue en précisant que « *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* ».

Ces quelques exemples viennent montrer combien la culture professionnelle de l'EPS est marquée par ce rapport au corps physique au travers de la pratique d'activités physiques et sportives. Quand l'histoire de la discipline, la culture professionnelle et les textes officiels privilégient la dimension purement physique de la santé, on comprend mieux que les professionnels (enseignants et formateurs) soient eux aussi « formateurs » par cette dimension.

### QUELQUES PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE FORMATION

Trois axes de formation me paraissent envisageables pour les enseignants d'EPS, voire pour l'ensemble des enseignants.

#### Travailler sur les conceptions de l'EPS

En formation, le lien très étroit que font les enseignants entre EPS et santé pourrait être mis en évidence à partir de l'énoncé des conceptions de chacun. Plutôt que de prescrire une éducation à la santé perçue comme une discipline qui viendrait se rajouter en plus aux savoirs de l'EPS, la prise de conscience de ce qui est « déjà là » chez

3 André Terrisse, *Didactique des disciplines. Les références au savoir*, De Boeck Université, 2001

4 Didier Delignières, Christine Garsault, « *Libres propos sur l'éducation physique* », *Revue EPS*, 2004.

5 Raymond Dhellemmes, « *Contenus d'enseignement en EPS pour les lycées* », Dossier EPS n° 52, *Revue EPS*, 2000.

6 Thierry Tribalat, « *Santé et EPS* », Actes du Forum international de l'éducation physique et du sport, 4-5-6 novembre, Paris, SNEP-Centre EPS et Société, CD-Rom, 2005.

les enseignants pourrait leur permettre de comprendre qu'ils sont déjà dans l'éducation à la santé. Il y a là, me semble-t-il, un levier important, pour rapprocher le travail réel des enseignants vers le travail prescrit.

#### Vers une définition plus précise de l'éducation à la santé

Un deuxième axe de formation pourrait se situer dans la continuité de ce que nous avons développé plus haut. Il s'agirait en effet de permettre aux enseignants d'énoncer leur définition très personnelle de l'éducation à la santé et de la confronter aux définitions « officielles », pour mettre en évidence ce qui reste à compléter, c'est-à-dire, compte tenu de nos résultats, essentiellement la notion de choix et la dimension critique. Il ne resterait plus à l'enseignant qu'à tenter de réduire l'écart entre ce qu'il fait déjà (travail réel) et ce qu'il pourrait faire. Nous noterons que ce deuxième axe pourrait concerner aussi bien les enseignants du premier degré<sup>[7]</sup>, que ceux du second degré ainsi que les formateurs d'enseignants<sup>[8]</sup> pour qui ce travail serait très utile

<sup>7</sup> Dominique Berger, Frank Pizon, Lela Bencharif, Didier Jourdan, « Éducation à la santé dans les écoles élémentaires. Représentations et pratiques enseignantes ». *Didaskalia* n° 34, pp. 15-25, 2008.

<sup>8</sup> Denis Loizon, « Éducation à la santé : quels savoirs enseignés en EPS à l'IUFM ? », *Revue EPS* n° 141, pp. 27-29, 2009.

puisque'ils ont la charge de former aussi à l'éducation à la santé.

#### De l'éducation à la santé au travail en équipe sur des projets

Il nous semble enfin que le travail de réflexion et de formation qui devrait se faire en formation initiale et continue des enseignants nécessitera inmanquablement un développement de leurs compétences psychosociales. En effet, si ces compétences sont importantes dans le cadre de l'éducation à la santé pour les élèves, elles le sont aussi pour les futurs enseignants, si l'on veut qu'ils puissent élaborer ensemble des projets en travaillant en équipe. Nous avons vu dans nos études que les enseignants essayaient, dans leurs cours, d'enseigner des savoirs et de développer des compétences relatives à l'éducation à la santé, mais comment enseigner des attitudes, comment les faire évoluer, aussi bien en formation que dans les cours avec des élèves ? Même en matière d'éducation, la tâche s'avère toujours difficile et incertaine... ■

**DENIS LOIZON**

Maitre de conférences en STAPS, IUFM de Bourgogne, SPMS (EA 4180), Université de Bourgogne.

## 3. Contributions reçues

# Quelle éducation à la sexualité ?

**Claire Faidit.** Même quand le professeur de SVT s'en tient à la lettre des programmes en ne parlant que de biologie, il lui est difficile d'éviter les réactions d'élèves pour qui la sexualité n'est pas qu'une question d'ovules et de spermatozoïdes. Comment en faire une opportunité pour une véritable promotion de la santé ?

**A** partir de quand un être humain devient-il apte à se reproduire, et grâce à quelles transformations de son corps ? Dans mon cours de sciences de la vie et de la Terre (SVT) en 4<sup>e</sup>, la réponse apportée relève de la biologie. Limite disciplinaire que ne respectent guère les élèves, qui m'interpellent sur la sexualité en général, sur ses dimensions psychologiques et sociales plutôt que sur les mécanismes physiologiques de la reproduction : « *On doit faire l'amour seulement quand on veut avoir des enfants, sinon c'est mal !* », « *Pourquoi les garçons ont-ils envie de faire l'amour à partir de la puberté, et pas les filles ?* » « *À partir de quel âge a-t-on le droit de faire l'amour ?* ».

### QUELLE ATTITUDE ?

Dans cette situation inconfortable, j'ai adopté successivement trois attitudes.

J'ai tout d'abord fait poser des questions par écrit aux élèves pour éviter de les affronter à l'oral, pour les remettre ensuite à l'infirmière qui a réalisé une intervention sur l'éducation à la sexualité. On pourrait appeler ça un : « *refus catégorique accompagné d'un transfert de cette responsabilité sur l'autre (le parent, l'enseignant, le professionnel de la santé, le ministre du culte) au nom de raisons morales* ».

L'année suivante, il n'y avait pas d'infirmière... Bien qu'ayant suivi une formation de trois jours sur l'éducation à la sexualité, j'ai fait en sorte de ne pas avoir de questions sur ce sujet, prétextant que je n'étais pas prête : « *report à l'infini de toute éducation sexuelle à cause du manque de préparation des éducateurs, autrement dit, le militantisme, la démission, ou l'attentisme qui est une forme inavouée de démission* ».

Enfin, cette année, j'ai au contraire moi-même pris l'initiative d'animer des séances d'éducation à la sexualité : « *plongée enthousiaste et généreuse*

*dans l'action, sans guère de préparation* » !

Difficile d'affirmer qu'une de ces attitudes est vraiment éducative et responsable...

### D'UNE QUESTION À L'AUTRE

Les difficultés rencontrées lors de ces séances, l'observation de pairs, les échanges avec diverses personnes et mes lectures m'ont permis d'avancer, mais m'ont surtout aidée à me questionner sur les objectifs de l'éducation à la sexualité et de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Éduquer, est-ce informer, convaincre, ou accompagner les élèves afin qu'ils trouvent eux-mêmes leurs solutions aux difficultés qu'ils rencontrent, qu'ils fassent des choix éclairés, raisonnés ? La santé, est-ce seulement ne pas être malade, ou bien un ensemble de ressources qui permet aux individus de vivre en société, de s'adapter aux circonstances ? La sexualité se limite-t-elle à la reproduction biologique, aux risques d'infection ? Comment prendre en compte ses dimensions psychologique, sociale, économique, politique, culturelle, éthique, juridique, historique, religieuse, spirituelle ?

### DANS LES TEXTES

J'ai été surprise de constater une certaine dissonance dans les textes officiels dans l'approche de toutes ces questions. Les programmes de SVT prescrivent une démarche informative et peuvent laisser penser que seule la dimension biologique de l'individu doit être prise en compte : « *Les modifications comportementales liées à l'adolescence seront abordées dans le cadre de l'éducation à la sexualité, un des objectifs du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté* ». La circulaire du 17 février 2003 sur l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées se situe plutôt dans une démarche d'accompagnement et stipule que toutes les dimensions de l'individu doivent être considérées (dimensions

psychologique, affective, socioculturelle et morale). Il est alors difficile de savoir si l'éducation à la sexualité doit se faire lors de séances spécifiques, lors des cours de SVT ou par l'ensemble de la communauté éducative à travers le projet d'établissement.

#### CHANGER LES COMPORTEMENTS ?

Du côté des chercheurs travaillant sur l'éducation à la santé, il y a plutôt consensus pour critiquer les démarches préventives uniquement informatives, sous-tendues par un modèle biomédical, comme si faire acquérir des savoirs suffisait à faire adopter des comportements aux individus. Le paradigme, plus récent, de promotion de la santé, se réfère à un modèle biopsychosocial. L'objectif est éducatif, il vise le développement des compétences psychosociales et cognitives de la personne, afin de l'aider à construire des opinions raisonnées et ainsi lui permettre de faire des choix éclairés en matière de santé. Didier Jourdan et Dominique Berger précisent ainsi qu'il existe deux façons de faire changer des comportements : « *l'exercice du pouvoir (ou des rapports de force) et la manipulation. [...] On peut estimer que ces pratiques, quand elles sont appliquées à l'insu du sujet, sont incompatibles avec l'émergence d'hommes et de femmes libres et responsables* ». Dans la tradition de l'information sanitaire, l'éducation à la santé a été utilisée pour convaincre les individus et les populations d'adopter des comportements prescrits qui seraient « sains », l'objectif étant de diminuer la mortalité et ensuite la morbidité, mesurée principalement en termes physiologiques. Comme le soulignent Didier Jourdan et Dominique Berger à propos de l'éducation à la santé, « *sa finalité n'est pas de faire baisser la prévalence d'un comportement, mais bien de permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre. La référence est le sujet et non le comportement incriminé.* »

#### CE QUE JE NE VEUX PAS FAIRE

Faute de réussir à définir ce que je veux faire lors de ces séances, j'ai au moins une idée de ce que je veux éviter dans un premier temps...

Dans une perspective de promotion de la santé, j'ai envie d'aborder avec les élèves le sujet de l'orientation sexuelle, sans forcément dire « je vous parle de l'homosexualité, car des jeunes se suicident, n'arrivant pas à assumer leur orientation sexuelle ». J'ai envie d'aborder la sexualité sans parler de contraception et du sida pendant une heure quarante-cinq sur une séance de deux heures. Même si je devais réaliser une séance uniquement sur la contraception, j'essayerais de ne pas faire un cours de biologie et de faire prendre consciences aux élèves des aspects psychologiques et sociaux de la contraception. J'ai envie de parler de sexualité sans dire « il faut mettre un préservatif et prendre la pilule ». Il me semble utile de rappeler que la pilule existe et où la trouver, mais peu pertinent de développer

le cycle menstruel de la femme ou d'expliquer le principe de fonctionnement de la pilule vu en cours de biologie.

Il me semble important d'évoquer les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, en abordant leurs modes de transmission, les façons de s'en protéger, mais peu pertinent de toutes les citer.

Comment faire alors en sorte de ne pas avoir un discours moralisateur, culpabilisateur, qui joue sur la peur ? Certains dispositifs comme l'organisation de théâtre-forum, voire de discussion à visée philosophique favorisent une posture d'accompagnateur. Des analyses de pratiques professionnelles permettraient également d'accompagner les éducateurs de santé et les questionner sur leurs choix pédagogiques et didactiques. ■

**CLAIRE FAIDIT**

Professeure de SVT en collège et coordinatrice UNIRÉS Auvergne

#### RÉFÉRENCES

**Chantal Picod**, *Sexualité : leur en parler c'est prévenir*, Érès, coll. Pratiques du champ social, pp. 9-10, 1998.

**Didier Jourdan et Dominique Berger**, « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation à la santé ». *La santé de l'homme*, n° 377, p. 17-20, INPES, 2008.

# Apprendre à porter secours

**Patrice Rega.** Comment l'école devrait contribuer à former les élèves aux rudiments de l'aide en cas d'accidents. La demande institutionnelle entre le prescrit et la réalité du terrain.

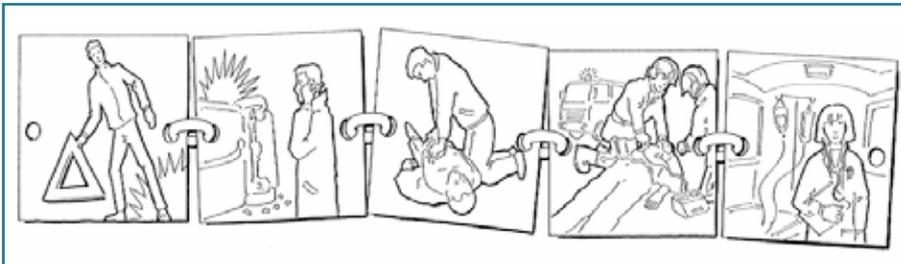
Chaque année en France métropolitaine, les accidents domestiques causent environ 20 000 morts, dont 340 enfants. La chaîne de secours se compose de cinq maillons (cf. schéma ci-dessous) : pour les deux derniers, la prise en charge médicalisée par le SAMU est une des meilleures au monde ; ce sont donc les trois premiers, au niveau de l'intervention des citoyens, qu'on peut améliorer en y travaillant sur le plan éducatif. D'après un sondage réalisé en 2000, seulement 7 % de la population est formée aux premiers secours...

Dans les années 1990, des expérimentations ont montré l'efficacité d'une formation aux premiers secours à l'école primaire. En 1997<sup>[1]</sup> est mise en place une stratégie d'enseignement des premiers gestes d'urgence de l'école primaire au

thème de porter secours, bien que 55 % d'entre eux soient formés au secourisme, et 60 % ayant même participé à la formation spécifique pour cet enseignement. Deux types de justification : un sentiment d'incapacité, d'incompétence du fait d'une formation insuffisante, trop lointaine. Beaucoup disent ne plus se souvenir des gestes et des connaissances apprises, et des études ont effectivement montré que les gestes appris s'oublient rapidement, au bout d'un an s'ils ne sont pas pratiqués régulièrement. Autre raison invoquée : 41 % des personnes interrogées pensent que les enfants sont trop jeunes. Pourtant des enseignants de maternelle parviennent à donner ainsi du sens à certains apprentissages comme la mémorisation de l'adresse personnelle des élèves ou du numéro de téléphone de leurs

parents au cas où, par exemple, ils viendraient à se perdre dans un magasin...

Contrairement à l'attestation APS délivrée sous visa du directeur de l'école, le PSC1 du collège correspond à une « certification » qui



collège. Depuis 2006, les professeurs d'école sont tous détenteurs d'au moins l'attestation de formation aux premiers secours, obligatoire pour se présenter au concours de recrutement des professeurs des écoles, et suivent un module pédagogique de trois heures pour dispenser cet enseignement. Le socle commun de connaissances et de compétences de 2008 prévoit que tous les élèves disposent de l'attestation « Apprendre à porter secours » (APS) en fin de scolarité primaire, et « Prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC 1) en fin de collège. Les élèves qui s'orientent vers des filières professionnelles doivent recevoir une formation complémentaire intitulée « Sauveteur, secouriste du travail », délivrée par des formateurs SST suivant les directives de l'Institut National de Recherche et Sécurité (INRS).

À l'école primaire, force est de constater que ces modules de trois heures sont peu mis en place. D'après une enquête en cours, 78 % des 225 enseignants interrogés ne mettent pas en place au moins une séance d'apprentissage sur

est délivrée par des moniteurs (sous couvert d'un organisme habilité). L'étude en cours dans vingt-et-un établissements montre de fortes disparités : dans la majorité des cas, c'est un organisme de formation qui intervient (pompiers, Sécurité civile, Croix rouge, etc.) ; dans un tiers des cas, c'est un moniteur, généralement un professeur d'EPS ; pour les 10 % restants, c'est une infirmière, rattachée à l'établissement. Moins de 20 % des élèves de 3<sup>e</sup> des établissements de l'enquête ont été formés, essentiellement sur la base du volontariat par manque de formateurs.

La mise en place de masters pour la formation des futurs enseignants pourrait apporter un début de réponse si dans les différents parcours de formation était prévu différents niveaux de formation aux premiers secours, PSC1 et module pédagogique pour les étudiants se destinant au premier degré, PSC1 (et monitorat pour les volontaires) pour enseigner en collège. ■

**PATRICE REGA**

Maitre de conférences à Aix-Marseille Université - IUFM

1 BOEN n°27 du 17 juillet 1997.

# Le corps, entre exhibition et marchandisation

**Judith Jean-Baptiste Salin.** Dans ce lycée, la mobilisation de tous sur un même thème, le rapport au corps, a été organisée par le CESC, avec au moins le mérite de susciter une prise de conscience.

**D**ans notre lycée, nous avons observé depuis quelques années une augmentation des grossesses (désirées ou non), des IVG, et surtout un étalage du corps, entre exhibition agressive et négligence. Les jeunes filles tentaient d'entrer au lycée avec des microteeshirts d'où débordaient leur poitrine et leur nombril. Le pantalon taille basse ou les microjupes (appelées « jupes-ceintures ») ne cachaient pas grand-chose. L'apparition de plus en plus fréquente de « sexting » (contraction de sexe et de texting) nous a interpellés : les jeunes se filment ou se prennent en photo dans des postures sexy, voire lors d'actes sexuels, pour les diffuser *via* le téléphone portable ou les réseaux sociaux d'internet.

Une enquête réalisée par l'Union départementale des associations familiales (UDAF) de la Guadeloupe sur la sexualité des jeunes a confirmé nos observations. Elle a montré une entrée précoce en sexualité (par rapport à la situation en métropole), une utilisation des préservatifs qui décroît avec l'âge (les jeunes scolarisés en classe de 4<sup>e</sup> se protègent mieux que les élèves de terminales...).

## QUEL TRAVAIL EN CESC ?

Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) a alors décidé de consacrer ses activités à un seul thème pour l'année suivante, abordé dans toutes les disciplines et par tous les niveaux : le corps, entre exhibition et marchandisation.

Chaque discipline a abordé une problématique différente du même thème. Quelques exemples :

- En ECJS et économie-droit, le corps et le droit (droit de l'image, atteinte à la vie privée, harcèlement, violences faites aux femmes et aux hommes, etc.) ;
- En philosophie, l'image du corps dans les textes philosophiques ;
- En créole, le langage amoureux en « *tan lontan* ». Comment faisait-on la cour avant ? Des rencontres avec les aînés ont été programmées dans une maison de retraite proche ;
- En histoire, création par les élèves d'un dossier papier et numérique en collaboration avec le CDI ;

- En arts plastiques et en théâtre : créations artistiques sur le thème des « *happenings* » dans les rues de la ville...

Des associations locales ont été associées. Les élèves ont ainsi pu être à l'initiative d'actions dans la ville sur le thème du corps : un débat avec des écrivains, une exposition à la médiathèque Caraïbe avec des minisketchs.

Se concentrer ainsi sur un seul thème a permis d'être plus efficace et de toucher tous les élèves de l'établissement, comme les adultes. Un an de préparation a été nécessaire. Chaque mois, nous faisons le point : équipe médicosociale, CPE et l'enseignante à l'origine de l'idée de la transversalité. Une fois que la décision a été prise d'avoir un thème unique pour l'année scolaire au CESC, il nous a été plus facile de mobiliser les collègues.

Certains sceptiques n'ont pas souhaité en faire partie, prétextant un programme chargé, mais une bonne partie a proposé dans leurs disciplines des problématiques. Il est vrai que le travail « à plusieurs mains » prend plus de temps, pour la concertation comme pour la prise de décision, mais est plus riche. Trouver un créneau de concertation commun à chacun, avec nos emplois du temps différents, a été le plus compliqué.

## LES CLÉS DE LA RÉUSSITE

Des concertations régulières (pas nécessairement fréquentes) autour d'un noyau de deux à trois personnes constituant l'équipe pilote. Pas plus, sinon cela devient compliqué et crée des frustrations pouvant entraîner des tensions. Internet, téléphone portable, vidéoconférence : tout est possible sans se déplacer ou être forcé dans le même lieu.

Impliquer les associations (de quartier ou pas trop éloignées de préférence). Par leur présence et regard extérieurs, elles apportent un souffle neuf quand notre disponibilité s'essouffle.

Impliquer les parents d'élèves. Ils sont nos relais principaux auprès des élèves, leurs enfants. Ils participent activement et continuent l'action dans les familles. Même s'ils ne sont pas nombreux, leur présence crée un continuum entre la

parole de l'école et celle de la famille ; mais aussi parce qu'ils sont également des acteurs de la vie sociale et nous ont aidés en faisant participer leur entreprise, leur association, etc. Ainsi, un parent d'élève qui travaille dans une radio locale a fait un reportage sur les temps forts du projet toute l'année...

L'évaluation de ce projet est en cours de réalisation, mais avec déjà un effet sur toute la communauté scolaire pour la diffusion des infor-

mations et des connaissances sur le thème. Qu'en sera-t-il du changement des pratiques ? Le pari est lancé ! Ce qui est certain : ce sujet ne laisse personne indifférent, dorénavant ! ■

**JUDITH JEAN-BAPTISTE SALIN**

Conseillère principale d'éducation en lycée en Guadeloupe

# Conforter le refus du tabac

**Jane Gonçalves.** Des programmes de prévention efficaces doivent rechercher l'engagement des jeunes, au-delà de la seule transmission d'information visant à les persuader. L'étude présentée ici montre peu d'effets sur les croyances, mais des différences significatives sur l'évolution des comportements.

Toutes les classes de 4<sup>e</sup> d'un collège de Nice participent à l'étude. Elles sont réparties aléatoirement dans deux types d'interventions : communication persuasive et communication engageante. La présentation de la séance aux participants, quel que soit le type d'interventions, appuie sur une volonté de non-moralisation, mais de communication d'informations pour les aider à agir en toute connaissance de cause et conséquence.

## PERSUADER...

Dans l'intervention basée sur la communication persuasive, la chargée de prévention centre son intervention sur l'information des élèves, avec l'appui d'un diaporama. Celui-ci développe le message de prévention, construit spécialement pour cette étude par la Ligue contre le cancer des Alpes-Maritimes. Il comporte différentes rubriques :

- un bref historique sur le tabac (de quoi il est composé, comment il a été introduit en Europe, comment on le fume, etc.) ;
- le coût du tabac pour le consommateur et le gain pour les fabricants ;
- la pression sociale exercée sur les participants pour qu'ils deviennent consommateurs ;
- quiz sur la présence de quelques produits toxiques ;
- les conséquences du tabac sur la santé ;
- les bénéfices de l'arrêt ;
- le rôle de la loi pour la protection des non-fumeurs.

Les diapositives sont aérées et colorées, afin d'attirer l'attention et de faciliter la lecture. Elles sont appuyées d'exemples donnés par la chargée de prévention.

## ... OU ENGAGER ?

Dans l'intervention basée sur la communication engageante, les participants sont invités à réfléchir à des arguments que la Ligue pourrait utiliser pour convaincre les jeunes de ne pas commencer à fumer. Ils doivent réfléchir de façon individuelle et par écrit. Les participants sont libres de participer ou non à cette phase. Ceux ne souhaitant pas participer sont invités à lever la main et à attendre la fin de la première partie. Il s'ensuit

une phase de réflexion de cinq minutes environ et une phase de restitution en groupe de cinq minutes environ.

Quelques explications théoriques

Réfléchir à des arguments relève de ce que nous appelons un acte engageant<sup>[1]</sup>, c'est-à-dire respectant les critères suivants :

- L'acte est important : il s'agit de venir en aide à une association reconnue d'utilité publique ;
- Il est public : l'acte est réalisé devant les autres élèves, de façon volontaire ;
- Il est irrévocable : l'individu ne peut pas revenir sur la réflexion qu'il a eue et sur le partage de ses idées avec les autres membres de la classe ;
- Il demande un effort : leur participation dure dix minutes environ et demande des efforts de concentration ;
- Il est réalisé dans un contexte de liberté : les élèves sont informés qu'ils sont libres d'y participer ou non. Ceux qui ne veulent pas participer à l'acte préparatoire doivent lever la main et attendre que les autres aient terminé.

L'utilisation conjointe d'un acte engageant et d'un message de prévention relève du paradigme de la communication engageante, dont de nombreuses recherches ont montré qu'elle favorisait le processus de persuasion et augmentait la probabilité d'obtenir les effets comportementaux recherchés.

## QUEL RETOUR ?

Afin de mesurer l'efficacité des deux procédures, un questionnaire est distribué en fin de séance. Il comporte des mesures sur les croyances à l'égard du tabac et l'intention de ne jamais commencer pour les non-fumeurs. Deux mesures portent sur l'intérêt perçu par les participants et sur leur sentiment d'avoir appris quelque chose. Leur objectif est exploratoire, il s'agit de voir s'il existe un lien entre ces mesures et les résultats obtenus.

### Les croyances à l'égard du tabac

Six items en dix points (allant de « pas du tout » à « tout à fait ») permettent de mesurer les croyances des élèves à l'égard du tabac :

<sup>1</sup> Robert-Vincent Joule, Jean-Louis Beauvois, *La soumission librement consentie*, Presses Universitaires de France, 1998.

- On devrait consacrer davantage d'argent aux campagnes de prévention du tabac ;
- Le prix des paquets de cigarettes devrait augmenter tous les ans, pour dissuader les fumeurs d'en acheter ;
- Il faudrait faire plus de campagnes de prévention « choc » en utilisant des images qui font peur ;
- La vente de tabac devrait être interdite ;
- Les jeunes ne devraient jamais commencer à fumer ;
- Fumer n'apporte rien de positif.

#### Les intentions des non-fumeurs

Un item porte sur leur intention de rester non-fumeur jusqu'en classe de terminale.

Intérêt perçu : les participants doivent indiquer leur degré d'accord avec l'affirmation « l'intervention d'aujourd'hui a été intéressante », sur une échelle allant de 1 « pas du tout d'accord » à 10 « tout à fait d'accord ».

Apprentissage : les participants doivent indiquer leur degré d'accord avec l'affirmation « l'intervention d'aujourd'hui t'a permis d'apprendre des choses », sur une échelle allant de 1 « pas du tout d'accord » à 10 « tout à fait d'accord ».

#### BILAN

90 % des participants en intervention basée sur la communication engageante sont d'accord avec le fait que fumer n'apporte rien de positif, contre seulement 75 % en intervention basée sur la communication persuasive. Les autres différences ne sont pas significatives : les participants de l'intervention basée sur la communication n'ont pas de croyances plus favorables envers la prévention que les autres.

Concernant l'intention de rester non-fumeur jusqu'en terminale, les résultats sont concluants. Les participants ayant suivi l'intervention basée sur la communication engageante ont davantage l'intention de rester non-fumeurs. Ce résultat est d'autant plus intéressant qu'on sait qu'une procédure de communication engageante permet d'augmenter le lien entre les intentions et les comportements. Il indique également qu'il n'est pas indispensable de changer les croyances sur la prévention et le tabac pour influencer les intentions de s'en protéger.

Une autre étude similaire montre que les résultats sont davantage marqués sur les croyances lorsque les élèves réfléchissent en groupe aux arguments que la Ligue pourrait utiliser. Dans ce cas, on observe des différences significatives sur deux des six croyances testées. Les participants de l'intervention basée sur la communication engageante sont plus convaincus que les autres que l'on devrait consacrer davantage d'argent aux campagnes de prévention et que fumer n'apporte rien de positif. Les mêmes résultats sont observés sur l'intention de rester non-fumeur. La différence principale avec l'étude présentée ici, d'un point de vue de l'engagement, est que l'acte est réalisé de façon publique,

ce qui constitue un autre facteur d'engagement.

Il reste qu'il est fortement probable qu'une action de prévention isolée ne permette guère d'obtenir des effets sur le long terme. C'est pourquoi il est indispensable de poursuivre l'engagement des élèves par d'autres actions similaires. Il est par exemple envisageable de les faire réfléchir, année après année, à des actions innovantes en termes de prévention du tabac, de façon plus ou moins approfondie selon le temps imparti, de leur faire prendre l'engagement de ne pas commencer à fumer pendant une période qu'ils choisissent, de les inviter à faire part à leur entourage des méfaits du tabac, etc. Tout cela dans un contexte de liberté tel qu'ils ne puissent que tisser un lien entre leur comportement et ce qu'ils sont : des acteurs de la prévention du tabac. ■

**JANE GONÇALVES**

Laboratoire de psychologie sociale, université Aix-Marseille 1

#### AVERTISSEMENT

L'étude a été conçue grâce au soutien financier du Conseil régional de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et du dispositif d'appui Drogues et dépendances, région PACA. Elle a été réalisée grâce à la collaboration de Charlene Falzon et Audrey Le Roch de la Ligue contre le cancer des Alpes-Maritimes.

# Le médecin et l'enseignant

**Corinne Vaillant.** Dans une période où leurs missions sont *de facto* remises en cause par les très faibles recrutements, un rappel de l'importance que les médecins de l'Éducation nationale peuvent prendre dans les projets d'éducation à la santé, nécessairement affaires d'équipes pluricatégorielles.

L'éducation à la santé permet à chacun, dès son plus jeune âge, d'entrer dans une démarche de choix et de responsabilité vis-à-vis de soi-même, de son propre corps, dans sa relation à l'autre à titre individuel et collectif. Depuis les premiers conseils en mesures d'hygiène de la période de Pasteur, jusqu'aux projets d'aujourd'hui relevant d'une méthodologie de santé publique, l'éducation à la santé a considérablement évolué : l'enseignant comme le médecin scolaire font partie des acteurs indispensables.

## LA PLACE DU MÉDECIN

L'éducation à la santé associe le mental (connaissance, raison, motivation, émotion) au corps (sa découverte, son bien-être, son entretien, la prise en compte de ses limites). Elle est

comme le sport ou la philosophie : recommandée pour tous et praticable à différents niveaux.

Le médecin de l'Éducation nationale est pour l'enseignant un professionnel ressource de référence. Initialement généraliste ou spécialiste, il reçoit une formation spécifique après son concours d'admission à l'Éducation nationale à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Participant à des groupes de pilotage ou aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans le second degré, il peut simplement conseiller une équipe déjà rodée ou au contraire être à la base de l'organisation du projet. Son aide et son expertise peuvent concerner les données scientifiques, les contacts avec des partenaires, les interventions auprès des jeunes ou des parents, la méthodologie du projet, la préparation, voire la formation de l'équipe.

## Dispositif Un collège mobilisé

Sommeil, prévention des risques domestiques, premiers secours, alimentation, éducation à la sexualité, prévention des conduites addictives : si toutes ces thématiques sont bien cadrées par des circulaires, reste aux équipes à trouver à chaque fois initiative, créativité et implication de tous pour monter un projet.

Ainsi, à la suite d'une proposition d'un médecin, un collège avait mis en place un projet de prévention des conduites addictives. L'idée était de faire comprendre aux jeunes qu'on pouvait s'amuser et être bien ensemble sans avoir recours, « pour faire la fête », à l'alcool de façon abusive ou au « shit ». Soutenu par le chef d'établissement et formalisé par un comité de pilotage, le projet s'est inscrit dans le temps : relevé des questions des élèves par les assistants d'éducation, lecture de textes en histoire-géo, analyse des connaissances en SVT.

Par équipe de quinze, les jeunes ont suivi une carte au trésor où chaque île correspondait à un atelier débat et à une phrase énigmatique à découvrir. Les élèves choisissaient le nom de leur équipe et leur « capitaine ». Un assistant d'éducation ou un professeur volontaires ont reçu le titre de « coach » aux couleurs de l'équipe. D'autres professeurs volontaires pour animer un atelier ont choisi, chacun dans leur domaine, les modalités d'intervention :

discussion sur les cartels des drogues en histoire-géo, les statistiques des accidents liés à l'alcool en maths, le rapport ludique au corps et le respect des règles en EPS au cours de jeux sportifs, le plaisir artistique en arts plastiques, les produits nocifs et leurs conséquences en SVT. L'infirmière recevait les élèves sur « l'île aux pirates » pour leur parler du tabac et dans « la jungle », le médecin débattait avec les élèves du cannabis. Des partenaires comme un avocat et la brigade des stupéfiants avaient leur « île » respective. Le temps fort du bien-être ensemble pour faire la fête a été le « banquet » organisé par le personnel de la restauration collective. Acteurs du projet, les élèves ont participé avec beaucoup d'enthousiasme, de questions et de discussions.

L'évaluation positive pour tous, y compris dans l'évolution du comportement de certains élèves, a permis de décliner deux ans plus tard une « carte du tendre » sur le thème de l'éducation à la sexualité. Ce fut l'occasion d'une scène de ménage en espagnol, de chansons et de poèmes d'amour français, de réflexions sur l'image et l'estime de soi, la relation à l'autre, et également de parler contraception, IST (infections sexuellement transmissibles), etc.

**CORINNE VAILLANT**

### VISITES INDIVIDUELLES OU PROJETS COLLECTIFS ?

Moins nombreux actuellement, ils sont souvent moins disponibles pour des actions d'équipe. L'institution a tendance à leur demander de donner priorité à la visite médicale individuelle. Mais une enquête menée en juin 2010 avait permis de constater que leur participation dans les projets d'éducation à la santé reste forte, surtout parmi les titulaires, c'est-à-dire les médecins formés, et qu'elle contribue à dynamiser les projets.

Et les deux ne s'opposent pas : les visites médicales permettent d'identifier des besoins spécifiques à une classe, un établissement ou un secteur et peuvent permettre après discussion en équipe de lancer un projet. Elles peuvent également relayer, à l'échelon individuel, un projet d'éducation à la santé en introduisant la notion thérapeutique ou en évaluant l'impact de l'action menée. Les visites médicales comportent d'ailleurs toujours une part d'éducation à la santé (et thérapeutique) liée ou non à un projet d'établissement.

### DANS LE CADRE DES ARS

Un nouveau dispositif territorial de santé est mis en place avec les Agences régionales de santé (ARS), depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010. Sous un pilotage national, elles ont pour mission de mieux répondre aux besoins de santé, d'organiser le système de soins, de veiller à la sécurité sanitaire, mais aussi de définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé. Le médecin de l'Éducation nationale est bien placé pour articuler les mondes de la santé et de l'éducation : en étant relai des campagnes nationales ou régionales, mais aussi en faisant remonter les besoins des établissements et des secteurs, en s'appuyant sur le savoir-faire et la créativité des équipes. Des rencontres de notre syndicat auprès de responsables d'ARS ont déjà été effectuées en ce sens.

### L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Une notion complémentaire de l'éducation à la santé émerge actuellement : l'éducation thérapeutique. Il s'agit de permettre à tout malade de gérer sa maladie et d'effectuer ses choix de vie au quotidien de façon appropriée. Pour l'instant, cette problématique intéresse surtout les professionnels de santé au sein de l'Éducation nationale. Mais il faut savoir que c'est une préoccupation majeure des ARS, et que les associations de malades sont très impliquées.

Les enseignants sont concernés par des pathologies importantes en nombre comme l'asthme, ou en augmentation comme l'obésité ou le diabète. La mise en place des projets d'accueil individualisés (PAI), par les informations données et la conduite attendue en cas de besoin, relève de l'éducation thérapeutique de l'entourage de l'élève concerné.

### BIEN DES RAISONS DE SE LANCER

Un chef d'établissement envisage un projet d'établissement sur un thème de santé, un

conseiller principal d'éducation (CPE) souhaite améliorer les relations entre filles et garçons, un professeur d'atelier aimerait sensibiliser davantage ses élèves à la prévention du bruit, un professeur de collège en sciences de la vie et de la Terre (SVT) voudrait donner plus d'envergure au programme sur la sexualité humaine, une enseignante du premier degré accueille dans sa classe un enfant qui présente une maladie compliquée, la visite médicale des 6 ans met en évidence un taux de surpoids et d'obésité important... Autant de raisons de lancer un projet d'éducation à la santé. Des freins et des contraintes existent (disponibilité, temps, priorités autres, crainte d'un champ de compétence spécifique). Mais faire de l'éducation à la santé, c'est aussi œuvrer contre les inégalités de la vie, se donner l'occasion de sortir des sentiers battus, de travailler entre professionnels de différents bords, de rencontrer son médecin de l'Éducation nationale (devenu denrée rare), d'enrichir son propre parcours, parfois d'apprendre davantage sur sa propre santé et sur soi. ■

**CORINNE VAILLANT**

Médecin de l'Éducation nationale,  
secrétaire générale du SNMSU-UNSA Éducation

# L'affaire de tous

**Béatrice Martinez.** Comment passer de séances d'information un peu convenues, peu efficaces, à des actions qui mobilisent effectivement tous les adultes, et avec eux les élèves ?

**D**epuis de nombreuses années, l'éducation à la santé mobilise les personnels de l'Éducation nationale. Mais force est de constater que les séances d'information et de prévention, trop souvent à l'initiative des seuls personnels de santé, ont peiné à trouver leur place, plaquées sur des heures d'enseignement, sans accompagnement ni suivi. Et les évaluations de ces séances mettent en évidence le peu d'impact qu'elles ont eu sur les jeunes.

Les enquêtes concernant la santé des jeunes sont assez pessimistes : augmentation des conduites à risques, banalisation des addictions. La mise en place des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les établissements du second degré semble une des solutions pour favoriser une réflexion collective dans le domaine de la prévention. Elle peut favoriser l'implication de tous les acteurs du système scolaire dans l'éducation à la santé, indispensable pour rendre cohérentes les différentes interventions.

À titre d'exemple, la prévention du sida peut être abordée durant les cours de géographie. En partenariat avec les enseignants, j'interviens dans les classes de 5<sup>e</sup> pour aborder les problèmes sanitaires dans les bidonvilles de certaines régions africaines, les ravages causés par le virus VIH, le manque de médicaments sous forme pédiatrique, etc. Les élèves prennent conscience de la gravité des ravages du virus dans ce contexte économique et social. La prévention du sida en tant qu'infection sexuellement transmissible pourra être envisagée dans les classes supérieures, en complément des cours de science de la vie et de la Terre.

## RENFORCER L'AMBITION DES ÉLÈVES

Dans une dynamique d'établissement, des actions sur du plus long terme peuvent être mises en place. L'intervention de partenaires extérieurs est souvent utile. Dans mon établissement d'exercice, nous sommes confrontés, dans le cadre de nos missions, à un problème récurrent : comment faire réussir, comment renforcer l'ambition scolaire lorsque de plus en plus d'élèves expriment un mal-être, des conduites addictives, voire des comportements délictueux ?

L'objectif que s'est fixé le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est la prévention des toxicomanies. Nous avons organisé l'intervention d'un spectacle de théâtre interactif. Différentes scènes abordent l'alcoolisme dans les repas de famille, les addictions aux médicaments

et autres toxicomanies, autant de points de départ pour entamer une réflexion sur de tels comportements avec les jeunes spectateurs. Les élèves dérangés par l'attitude de telle ou telle personne ont pu intervenir pour prendre la place de l'acteur et changer le cours de l'histoire. La représentation a concerné toutes les classes de 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup>, pour un total de 300 élèves, dans l'idée que chacun s'approprie cette thématique, pour devenir à son tour acteur de prévention. Les élèves volontaires ont utilisé la représentation comme support à l'élaboration d'un événement fédérateur, présenté aux parents d'élèves en fin d'année scolaire (spectacle d'expression corporelle, théâtre, exposition de peintures).

La concrétisation de ce type de projet nécessite l'implication d'enseignants qui peuvent travailler avec leurs classes autour des différents thèmes. De cette façon, les actions de prévention peuvent trouver leur place dans les différents enseignements, elles ne sont plus alors des parenthèses, mais s'intègrent pleinement dans le champ éducatif. ■

**BÉATRICE MARTINEZ**

Infirmière de l'Éducation nationale,  
secrétaire générale adjointe du SNIES - UNSA EDUCATION

# Place à la parole

**Entretien avec Gérard Coulon. Présentation d'interventions en milieu scolaire sur les addictions, en référence à un cadre psychanalytique.**

**Qu'est-ce qu'un psychanalyste peut dire à des jeunes sur la toxicomanie ? Comment s'y prend-il ?**

J'interviens depuis douze ans, au titre de la prévention, dans le cadre d'AGATA (Association généraliste d'accompagnement et de traitement des addictions, association loi 1901, située dans les Hauts-de-Seine, mais non sectorisée), auprès d'adolescents de 15 à 18 ans. Nous les rencontrons par groupe de quinze maximum, dans un cadre de confidentialité suffisant pour permettre à chacun l'expression d'un questionnement plus libre, sans parler de soi ou des autres directement, c'est-à-dire sans pour autant autoriser les confidences ni empiéter sur la vie privée et l'intimité de chacun.

Pour intervenir auprès de ces jeunes, mes collègues et moi-même nous appuyons sur notre expérience de cliniciens qui recevons en consultation ou en psychothérapie des adultes toxicomanes, alcooliques ou addicts par exemple aux jeux, et des adolescents, pas nécessairement addicts, mais présentant des conduites addictives, avec ou sans substance.

C'est cette expérience et les hypothèses de travail orientées par la psychanalyse qui la sous-tendent, dans un va-et-vient continu entre théorie et pratique, qui nous permet de tenir une position ouverte lors de nos interventions. Elle favorise l'échange, la rencontre, la surprise, la déconstruction et la reconstruction de savoirs. Nous sommes sollicités, interpellés sur ce qui nous autorise à poser telle ou telle question, tenir tel ou tel propos. Nous pensons que c'est cette position qui peut avoir des effets préventifs.

La part informative de nos interventions, pour être fiable, doit croiser différentes compétences : psychologiques, médicales, sociologiques, juridiques. Il nous faut mentionner nos sources, afin d'en montrer les limites, la relativité et de pouvoir éviter, voire dénoncer certains amalgames. L'information articulée de façon trop imprécise perd de sa crédibilité auprès des adolescents. La notion de danger, pour être fiable, doit être décortiquée. Ainsi, bien qu'ils soient intriqués, les risques (médicaux, psychologiques, pour l'avenir) doivent être différenciés selon différents paramètres.

Notre action ne vise pas directement à empêcher des conduites addictives (ce serait prétentieux, stupide et inefficace), mais à faire naître des questions, des doutes, à faire vaciller des certitudes, soit à déranger et donc à faire émerger pour chacun l'expression d'un questionnement autour de ces conduites. C'est à notre sens une démarche plus fructueuse, qui peut ouvrir, dans certains cas, à une consultation.

Grâce à des conduites à risques, des adolescents peuvent supporter sans broncher, quasiment sans symptôme (au sens psychanalytique du terme) une existence immobile, mais se trouvent fragilisés par leur effet « anesthésiant » sur l'angoisse que suscite nécessairement tout véritable choix, au moment où ne manqueront pas se reposer à eux les questions existentielles cruciales et auxquelles nous savons que certaines addictions peuvent apporter des solutions radicales et désastreuses.

**En quoi la psychanalyse propose-t-elle un cadre particulier pour la compréhension des conduites addictives ?**

Toute conduite addictive a toujours pour visée, avec des conséquences plus ou moins graves (parfois négligeables) selon les cas, d'éviter les risques de la parole.

L'expérience d'une psychanalyse (c'est-à-dire de l'inconscient) oblige à considérer le rapport du sujet au langage, fait apparaître la conception psychosomatique de l'homme comme un traitement culturel et donc politique. L'homme ne s'appartient pas plus côté corps que côté psyché (« il fait corps avec son désir inconscient »). L'opposition psycho/soma reste une opposition culturelle interne au langage et donc métaphorique. Dans cette perspective, on ne peut pas réduire les addictions humaines à un modèle « ratier<sup>1</sup> », produit expérimentalement, du rapport de dépendance à une substance. Quelles qu'en soient les causes, les addictions correspondent à une rupture du mode de jouissance qu'implique la constitution langagière de l'homme, animal parlant. De même, la distinction entre les risques somatiques ou psychologiques des différents types de conduites addictives (conviviales, festives, à risques, de dépendance), pour partiellement pertinente et pédagogique qu'elle soit, garde un caractère artificiel : ce qui les différencie est la plus ou moins grande gravité des conséquences qu'elles peuvent avoir pour un sujet, selon le degré d'évitement de subjectivation de la Loi (loi de la parole, c'est-à-dire de l'Interdit) qu'elles comportent.

<sup>1</sup> Les animaux (la plupart du temps des rats) sur lesquels les chercheurs expérimentent les effets de dépendance des substances psychoactives en vue de produire un modèle biologique scientifique d'étude transposable à l'homme montrent une appétence plus ou moins compulsive pour les substances qui agissent sur le « circuit de la récompense » (comme le tabac, l'alcool, l'héroïne, la cocaïne, le crack, etc.). En revanche, contrairement à l'homme, ils fuient les substances hallucinogènes comme le LSD ou la mescaline.



### 3. Contributions reçues

Dans le même ordre d'idée, on ne peut pas dire que la consommation de cannabis dans nos sociétés, à l'adolescence, soit un rite de passage. Un vrai rite de passage inclut une dimension symbolique : il doit être autorisé par la société et encadré par les adultes. Dans les sociétés occidentales, où les transes et les danses de possession ont été interdites, les seuls vrais rites de passage sont des rites froids, comme le passage du bac et du permis de conduire, la

rencontre amoureuse et l'initiation à l'alcool restant des rites très peu structurés et structurants. Enfin, l'État, bien qu'en voie de dépérissement sur ce plan, reste encore le garant symbolique du droit de la filiation, et on peut dire qu'un parent qui n'interdirait pas de fumer du cannabis à ses adolescents ne ferait que se discréditer symboliquement en tant que parent. ■

**GÉRARD COULON**

psychanalyste

# Comment je me sens aujourd'hui ?

**Françoise Colsaët.** Ni indifférence, ni confusion des genres : comment trouver la bonne distance avec des lycéens ? Les questions de santé sont bien là, dans la vie, la scolaire comme la vraie.

« Madame, je ne me sens pas bien, je peux aller à l'infirmierie ? » ; « Oui, bien sûr. » La demande est banale et ma réponse est toujours, d'abord, oui. Mais elle me pose encore problème, souvent. Faut-il nécessairement dire oui ? Puis-je dire non ? Et puis, quoi faire d'autre ?

## OUI PAR PRINCIPE

Je sais bien que, dans certains cas, cet élève n'a pas besoin de l'infirmierie ; je sais bien que certains s'accordent ainsi une pause dans le cours, avec le copain (ou la copine) accompagnateur. Mais répondre non, refuser la sortie m'obligerait à être sûr de ne pas me tromper : c'est difficile quand on ne voit un élève que trois ou quatre heures (ou moins) par semaine, un élève-tronc assis derrière sa table. Répondre non, dans certains cas, c'est aussi difficile à tenir, dans l'immédiat, cela perturbe encore plus le cours : l'élève se bute, s'agite. Cela m'obligerait à le retenir en fin d'heure, le faire parler : non que je ne veuille pas le faire, mais il est peu réaliste d'en trouver le temps à l'interclasse (trois minutes maximum, avec changement de salle pour lui et pour moi). Donc, je dis oui, par principe, même si je sais que l'infirmière n'est pas là.

Mais je ne m'arrête pas là. Sauf si le cas est clair (élève vraiment malade, angine ou bronchite confirmée les jours suivants, par exemple), je m'efforce d'être attentive à ce qui se passe : la demande se reproduit-elle ? Comment décrypter plus sûrement ce que veut dire ce « *je ne me sens pas bien* » ? Il est très différent du « *Madame, X, il ne se sent pas bien* », énoncé souvent avec force par un voisin de table inquiet, et qui correspond souvent à un vrai problème.

## QUESTION DE CONFIANCE

L'élève dit « *je ne me sens pas bien* ». Il ne dit pas « je suis malade ». Les élèves vraiment malades le disent peu, c'est aussi une difficulté pour moi : des élèves qui ont un problème médical important, reconnu, ne veulent pas que cela se sache. L'infirmière l'a sur ses fiches (pas toujours), la CPE le découvre quelquefois, quand le traitement médical impose des absences, que les parents jouent la transparence ; mais on ne le dit pas trop aux professeurs. Seul un professeur principal attentif, qui a la confiance de la CPE ou des parents, le saura. Ce manque de confiance

me gêne. Mais, en même temps, dans le système tel qu'il fonctionne, je comprends cette réticence. Ce qui importe à ces élèves, c'est souvent d'être « comme les autres » aux yeux des profs et de leurs camarades. Une allusion maladroite d'un collègue en conseil de classe, et c'est fini...

## DE QUOI JE ME MÊLE

L'élève dit « *je ne me sens pas bien* ». Comment comprendre ce qui se cache derrière ces demandes, comment déjà y distinguer les « vrais » problèmes ? Je pense que beaucoup de ces demandes traduisent d'abord un inconfort que l'élève ne ressent que quand il est assis en classe, et qu'il n'a pas appris à dominer autrement que par la fuite. Bien sûr, prendre le temps de rencontrer l'élève, en parler avec des collègues qui ont un meilleur contact avec lui. Le prof de maths n'est pas toujours le mieux placé, la matière qu'il enseigne crée à elle seule le malaise, et découvrir qu'il n'y a qu'en maths que cet élève se manifeste de cette façon est déjà être sur la piste d'une aide possible. Être en contact avec le CPE sur ce sujet : encore et toujours le travail en équipe. Le CPE, l'infirmière sont plus à même de prendre le temps de parler avec l'élève, en dehors d'une relation entre le professeur et l'élève, en ayant aussi un contact avec les familles ou avec le dossier médical. Mais toutes ces pistes comportent leurs dangers : parler avec l'élève de sa « santé », c'est se mêler de ce qui, à ses yeux, ne nous regarde pas, en projetant quelquefois des explications non contrôlées à son comportement. Parler avec des collègues amène quelquefois des catégorisations trop rapides (« *celui-là il se drogue* ») et dangereuses.

## IMMIXTION

La difficulté dépasse souvent le cadre dans lequel nous sommes compétents pour intervenir : celui de la relation de l'élève avec sa santé, avec sa façon de « se sentir » lui-même bien ou pas ; on touche là de très près à un domaine tout à fait personnel et surtout familial. Jusqu'où les professeurs, l'école, ont-ils le droit de s'y immiscer ? Travaillant avec des lycéens, dont certains sont majeurs, j'essaie de m'obliger à dépasser cette question ; ce n'est pourtant pas ma tendance naturelle : mon éducation, à moi, mon propre comportement à propos de ma santé seraient plutôt de ne pas laisser les autres y interférer.



## 3. Contributions reçues

Mais je crois en même temps que, dans certains cas, oser m'affranchir de cette règle, avec prudence, m'a permis d'aider réellement certains élèves. Prudence, extrême prudence : respecter d'abord l'élève lui-même. C'est à lui (ou elle) que je parle, pas à ses parents, pas à d'autres collègues ; rien n'ira plus loin si l'élève ne le veut pas, c'est lui ou elle qui fera les démarches pour aller voir d'autres personnes, s'il est convaincu par mes conseils. Je suggère des questions, des pistes d'aide, je n'apporte pas des réponses. C'est particulièrement vrai pour des élèves, de plus en plus nombreux, me semble-t-il, qui manifestent des problèmes d'ordre psychologique. Je ne suis pas compétente dans ces domaines, je le dis. Je ne crois pas non plus qu'il faille médicaliser tous les problèmes. Je crois aussi que ce type de « réponses » est banalisé par la société d'aujourd'hui, et par certaines familles, qui y ont recours au moindre prétexte, comme d'autres ont recours aux antibiotiques à longueur d'année. Mais certains élèves ont besoin qu'on leur dise que le mot psychologue n'est pas un gros mot : ils confrontent cette idée avec l'idée opposée qui est celle de leur milieu familial, et réfléchissent eux-mêmes à ce qu'ils veulent en faire.

**LA PLACE DE L'ADULTE**

Certains élèves ont besoin aussi, tout simplement, d'un accompagnement d'un adulte pour affronter ce qui est la dureté de la vie des presque-adultes qu'ils sont trop tôt : de plus en plus d'absences pour des motifs de « consolation » : décès du grand-père (même assez ancien), accident du frère ; les soucis familiaux ne sont plus pris en charge par les parents (et même, au contraire, les jeunes prennent en charge les soucis des parents). Ils ont besoin d'un adulte qui leur dise que c'est normal qu'ils trouvent cela dur, mais qu'en même temps, cela ne doit pas justifier des perturbations graves de leur scolarité et des absences. Difficile ! Est-ce le rôle des enseignants ? Certains diront que non. Mais alors, que fait-on ?

**ÉCOLE ET FAMILLES**

Reste un problème difficile : celui des relations des familles avec la santé et celle de leurs enfants ; la façon dont elles se soignent et soignent leurs enfants (« *il ne se sentait pas bien, alors je lui ai dit de rester à la maison* »), mais aussi les consultations de médecins à tort et à travers, les focalisations sur des problèmes mineurs, le non-respect des traitements, l'absence de cohérence (élève toujours fatiguée, allergique et asthmatique, mais qui fait du tennis en compétition...). Le simple fait de mentionner en réunion de parents, en début d'année, qu'il nous semble que les élèves ne dorment pas assez soulève des réactions d'impuissance qui traduisent aussi une certaine inconscience de la relation entre le mode de vie, les choix (sommeil) et les « problèmes » de santé. Je souhaite depuis longtemps qu'on arrive à ne plus considérer, du côté

de la « vie scolaire », que l'essentiel est que l'absence soit « justifiée », c'est-à-dire couverte par les parents (ou par une fausse signature). Les absences pour « maladie » sans certificat médical ou avec un certificat de complaisance (il y en a) couvrent toutes sortes de difficultés qu'il faudrait avoir les moyens d'explorer. Il y a là une tension entre ce que permettent les textes et ce qui serait utile aux élèves : une réflexion sur la santé des adolescents devrait explorer ces questions de règlement concernant l'assiduité. Plus difficile encore, la revendication par certaines familles de la « normalité » de la drogue : comme l'a dit un jour un parent à la CPE : « *Il fume des joints au lycée ? Bon d'accord, au lycée c'est interdit, je le lui dirai, mais vous savez, ça nous arrive souvent le weekend à la maison* ». Pour convaincre et pas seulement interdire, il faut bien sûr continuer les campagnes en direction des jeunes, mais peut-être aussi faudrait-il toucher les familles par la « prévention » ? ■

**FRANÇOISE COLSAËT**

Professeure de mathématiques en lycée à Cavillon (Vaucluse)

# Pour une santé active

**Muriel Misplon.** Les liens entre éducation physique et sportive et santé apparaissent évidents : la pratique sportive est reconnue comme bénéfique, tant sur le plan de la condition physique que sur des facteurs plus larges, tels que le bien-être physique et psychologique.

Il serait réducteur de limiter le concept d'éducation à la santé à la simple pratique physique. Il faut envisager le développement d'un véritable « habitus » de santé nécessitant des changements dans le rapport que l'élève entretient avec le savoir : dépasser le simple stade des connaissances pour parvenir à l'implication réfléchie et permanente des élèves.

## FACE AUX DISPENSES...

Qu'en est-il dans un lycée professionnel à sections « sanitaire et social » et « esthétique », donc à une population majoritairement féminine ?

Au départ, des constats alarmants : 30 % des élèves ont eu recours une fois dans l'année à un certificat d'inaptitude pour justifier leur absence en cours d'EPS, 15 % présentent des dispenses annuelles. Des élèves en surpoids, sédentaires – seuls 12 % d'entre eux ont une activité physique extérieure et régulière –, quelques élèves en situation de handicap ou porteurs de maladies graves et chroniques. Comment impliquer tous ces élèves en cours, obtenir d'abord leur présence ?

Première piste : le choix des activités physiques proposées. J'ai décidé de réduire les activités dans lesquelles la maîtrise technique paraît prédominante pour plutôt en proposer d'autres moins connues, mais susceptibles de développer l'investissement affectif des élèves, afin de construire un lien entre plaisir et pratique. J'ai constaté que la musculation, le fitness, le sauvetage, le *double-dutch* (corde) emportent leur adhésion.

Deuxième temps : conforter cette implication par une personnalisation des tâches, afin de prendre en compte la diversité physique et cognitive des élèves. Un exemple : la présentation de la fiche musculation est conçue et réfléchie pour être accessible à tous dans sa lecture, y compris aux élèves dyslexiques (choix de la police, interligne, utilisation limitée des couleurs, larges colonnes, cases préremplies).

Enfin, l'instauration de routines, véritables plans d'actions intériorisées, contribue à l'appropriation de contenus méthodologiques (échauffement, récupération, maîtrise de la respiration, habitudes de travail) et sécuritaires (manipulation de matériels, parades, postures ergonomiques, notions de secourisme).

## TON CARNET !

Éduquer à la santé, c'est donc pour moi permettre à l'élève de rentrer en activité, puis de conserver son implication grâce à l'utilisation

d'outils pédagogiques et didactiques correspondant à ses capacités d'adaptation. Cette ouverture du concept implique une mise en œuvre transversale des compétences, d'où l'instauration d'un carnet individuel « santé active », reposant sur l'intervention conjointe du professeur d'EPS et de l'infirmière scolaire.

Dix rubriques sont abordées dans ce carnet : carte d'assuré social ; suivi médical ; services d'urgence ; alimentation ; hydratation ; sommeil ; sexualité ; violence ; pratiques addictives ; activités physiques.

Ce carnet accompagne l'élève au cours de ses deux années de formation, en gardant des traces de certaines performances physiques, comme les charges maximales en musculation. Toutes les rubriques sont complétées par des intervenants extérieurs ou lors des visites ciblées (planning familial, maison de Solène), ou bien encore à l'occasion d'actions thématiques au sein de l'établissement.

## L'OUVERTURE AUX DISCIPLINES

Un exemple de ces actions : l'obligation de disposer d'une bouteille d'eau en EPS est agrémentée d'une journée « bar à eau » pour découvrir différentes sortes d'eau. Les professeurs de biotechnologie – santé et environnement – se sont joints à cette action par une étude plus approfondie des qualités intrinsèques des différentes eaux et de l'importance de l'hydratation.

Ils ont également contribué à l'exploitation de la rubrique alimentation par la confection d'un repas rapide, mais équilibré, par la reconnaissance de catégories d'aliments grâce à un codage visuel (pastilles de couleur sur les menus de la demi-pension), par l'analyse des apports caloriques d'un menu type fastfood.

Autre croisement utile, avec les professeurs de sciences et technologies médicosociales : les gestes professionnels ergonomiques étudiés comme les connaissances théoriques sur l'anatomie sont réinvestis en EPS, notamment dans les activités de musculation ou de combat.

Difficile de faire un bilan, mais le fait est que le taux d'absentéisme est devenu presque nul en EPS. La coopération de tous a aussi certainement favorisé les échanges entre élèves, le bien-être de tous, ce qui est aussi une composante de la santé ! ■

**MURIEL MISPLON**

Professeure d'EPS en lycée professionnel dans les Hauts-de-Seine

# L'hygiène au lycée : quel savoir-vivre ?

**Ludmilla Fermé, Nadine Winterdorff.** Comment utiliser un projet transdisciplinaire pour motiver les élèves à développer leur éducation à l'hygiène dans un lycée de 1 800 élèves ?

« Madame, vous voulez venir voir nos toilettes après le cours ? » Un petit groupe de jeunes filles de ma classe de 2<sup>de</sup> professionnelle m'interpelle. Je leur demande pour quelle raison je devrais m'y rendre. « Venez voir, Madame, la saleté ! Pour nous, les jeunes filles, ce n'est plus possible... » Je me rends aux toilettes après la séance de cours pour constater le manque d'hygiène, indiscutable... Que faire ? Entrer en salle des professeurs et plaindre les élèves ? Ne masquons pas la réalité, le manque d'effectifs dans notre lycée. Nos collègues agents de service ne sont qu'une poignée pour nettoyer en matinée un vaste lycée, même s'il faut bien reconnaître le problème posé par le manque d'hygiène général de certains élèves, constaté aussi dans les salles de classe, les couloirs et escaliers de notre établissement. Après discussion entre nous, professeure de lettres-histoire et professeure de STMS, nous décidons d'agir ensemble en impliquant les deux classes qui nous ont alertées.

## UN LEVIER POUR LE SAVOIR-VIVRE

Notre lycée a été labélisé « lycée des métiers » en 2008. Il offre des parcours du CAP petite enfance à l'école d'infirmière dans le domaine médicosocial, mais aussi du CAP cuisine au BTS dans le domaine de l'hôtellerie-restauration. Dans les enseignements des classes, l'éducation à l'hygiène tient une place mineure. Traditionnellement, des actions éducatives sont menées au sein de l'établissement en direction, en particulier, des nouveaux élèves : éducation aux risques des maladies sexuellement transmissibles, intervention pour la lutte contre le virus du sida, éducation à une meilleure alimentation, prévention de la violence ou du suicide. Y manque une éducation scolaire à l'hygiène, qui devrait être pour nous le levier d'un véritable savoir-vivre au sein du lycée, permettre aussi une meilleure préparation à l'entrée dans le milieu professionnel.

Dans notre lycée polyvalent, les passerelles manquent aussi pour renforcer les liens professionnels entre les enseignants. Ce projet écrit cette année a permis de réfléchir à nos pratiques de classe, mais aussi à une transdisciplinarité. Nous nous sommes posé la question de lier nos enseignements de français et de sciences médico-sociales, pour développer des compétences

transversales. Le projet envisagé prévoit plusieurs étapes.

## LE DÉROULÉ PRÉVU

Les élèves de terminale ST2S se rendent dans la classe de 1<sup>re</sup> professionnelle pour présenter des exposés sur l'hygiène en milieu professionnel et scolaire, préparés avec l'enseignante de SMS. Ceux de 1<sup>re</sup> prennent des notes, activité travaillée au préalable avec l'enseignante de français.

Avec cette prise de notes, les élèves de 1<sup>re</sup> inventent des slogans pour sensibiliser leurs camarades et créent des affiches. Ceux de terminale mènent une enquête dans le lycée sur l'hygiène et les élèves, à partir d'un questionnaire créé par la classe.

Nous réunissons alors les deux classes pour dépouiller l'enquête et préparer l'étape suivante : l'intervention des élèves qui le désirent dans les autres classes du lycée.

Nous réunissons ensuite les élus du conseil de la vie lycéenne pour préparer la prochaine réunion de cette instance. Là aussi, un projet d'éducation à l'hygiène doit être présenté pour convaincre tous les membres du CVL à s'engager.

L'élection d'écodélégués à l'hygiène a été aussi évoquée par nos élèves.

## LE DIALOGUE AVEC L'AUTRE AU CENTRE

Pour prévoir ce déroulé, nous sommes parties des besoins et des idées des élèves. Les garçons ont été aussi impliqués que les filles. L'action éducative passait par le contact avec leurs camarades, à travers des rencontres et des messages écrits, qu'ils désiraient afficher dans le hall du lycée. Le dialogue avec l'autre devait être au centre de l'engagement vers un mieux-être au lycée. Placer ainsi la communication orale ou écrite au cœur de nos activités, partager l'apprentissage d'une langue parfois médicale ont permis de développer des compétences transversales : formation au civisme, à la citoyenneté et à l'éducation au développement durable.

## ATOUTS ET LIMITES DU PROJET

Le rapport à l'hygiène interroge le rapport à notre corps, interpelle aussi sur nos rapports aux autres. Pourquoi dégrader des toilettes collectives, au point de les rendre inutilisables ? C'est une forme de violence sociale qui s'exprime là, au

sein de l'école, et il est certain qu'elle existe ailleurs. C'est le rejet de l'autre, de sa figure, de son intimité qui s'exprime ainsi. Mais pas seulement : en effet, se pose la question de l'appropriation des lieux, d'un défaut de participation des élèves dans leur milieu scolaire. Une sociabilité nouvelle doit être donc mise en place au sein de nos classes.

C'est primordial, pour plusieurs raisons. Nos élèves viennent d'un bassin scolaire difficile (recrutement sur Asnières, Gennevilliers, Ville-neuve-la-Garenne, Clichy-la-Garenne) aux multiples précarités : à la précarité économique répond souvent une précarité sociale, où l'image de soi est négative. L'origine de nos élèves joue aussi beaucoup : le rapport au corps dans les communautés de culture africaine et musulmane est à étudier et implique pour nos élèves une « correction » progressive<sup>1</sup> de l'image de l'autre. Il est parfois difficile de parler de soi, de son intimité, de ses pratiques, car ce dévoilement

<sup>1</sup> Nous empruntons ce mot de « correction » qui n'a rien de péjoratif au penseur marocain Abdelkébir Khatibi (1938-2009) : « *C'est une histoire de jadis. Déguisé en ambassadeur, en son propre ambassadeur, Alexandre se présenta devant la reine persane Nusabeh. Son corps, ses gestes le trahirent et le mirent en danger. Il ignorait que la reine faisait peindre sur un rouleau de soie les portraits des empereurs contemporains. Elle le rassura et l'accueillit avec enjouement, puis déroula le rouleau où il apparut dans toute sa splendeur. Elle lui dit : "Je t'ai montré ton image pour que tu corriges ton image de moi"* », in *Le corps oriental*, « Le regard de l'autre dans l'image de soi », p. 105, Éditions La Différence, Paris, 2008.

renvoie à une tradition religieuse et culturelle parfois bien ancrée dans les familles.

Par ailleurs, les atouts de cette démarche de projet sont nombreux.

Les enseignantes ont recensé les besoins des élèves, de façon à élaborer une action connectée à la réalité. Ceux-ci sont au centre de l'action éducative et peuvent apporter des propositions pour se sentir davantage écoutés et impliqués. Ce projet permet ainsi de développer la responsabilisation tant au niveau individuel et au niveau de leur projection professionnelle qu'au niveau collectif, notamment en articulation avec le conseil de la vie lycéenne.

Pour les deux sections professionnelles, une exploitation concrète des contenus est au centre des apprentissages et de leur évaluation.

Enfin, à l'heure où l'intégration professionnelle des jeunes de seize à vingt-quatre ans devient plus difficile, l'instauration d'une forme de tutorat entre les deux classes doit créer une dynamique de groupe et renforcer non seulement l'autonomie de chacun et de chacune, mais aussi la motivation de tous. ■

**LU DMILLA FERMÉ**

Professeure de lettres-histoire

Lycée polyvalent Auffray (Hauts-de-Seine)

**NADINE WINTERDORFF**

Professeure en sciences médicosociales

# La santé des enfants tsiganes

**Françoise Peyron, Julia Peyron.** L'évolution de la société tsigane amène les familles à scolariser de plus en plus leurs enfants, leur ouvrant l'accès aux services de santé scolaire. Quelle prise en charge médicale peut-on alors assurer auprès de ces élèves ?

**S**'il n'y a pas de pathologie spécifique aux Tsiganes, leur état de santé ressemble à celui de toute population en situation de paupérisation. Les familles tsiganes ont généralement des difficultés d'accès et d'utilisation des systèmes de soin.

## UN RAPPORT À LA SANTÉ DIFFÉRENT

La représentation que les familles se font de la maladie, de la souffrance, est différente de la nôtre, d'où parfois des difficultés à comprendre l'importance de la prévention en matière de santé, voire des traitements. Mais quand un enfant est malade, elles s'affolent vite et veulent une guérison immédiate. Pour la plupart d'entre elles, l'hôpital reste le seul moyen d'accès aux soins, même s'ils y sont souvent mal tolérés. L'urgence y est traitée, sans suivi médical.

Les principales pathologies sont liées d'une part aux conditions de vie (proximité de déchetteries, de station d'épuration, conditions de travail, stress quotidien lié à la crainte de l'expulsion), d'autre part au manque de prévention en matière de santé : maladies cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, mais aussi psychologiques. Elles sont la conséquence de la négligence de facteurs de risque comme l'obésité, le tabagisme, mais aussi l'alcoolisme ou la toxicomanie.

La mortalité infantile est plus élevée que la moyenne nationale. Les enfants sont touchés par des désordres du comportement alimentaire et du sommeil. L'alimentation est considérée comme un plaisir sans restriction, avec des rythmes et quantités de repas anarchiques, à la demande de l'enfant, ce qui favorise l'obésité dès le jeune âge. L'espace de vie réduit dans les caravanes, le bruit des voix, la lumière, les passages ne favorisent pas l'endormissement. Les rythmes du sommeil sont aléatoires : l'enfant se couche quand il en ressent le besoin et se réveille spontanément (on ne réveille pas un enfant qui dort pour le conduire à l'école !).

Les accidents domestiques sont fréquents et parfois dramatiques : brûlures du fait de l'exiguïté des caravanes, coupures infectées, surtout aux pieds, lésions traumatiques ou encore intoxication aux produits d'entretien ou aux médicaments. Les enfants tsiganes sont touchés par des infections otorhinolaryngologiques (du fait

du confinement dans les caravanes), des infections dentaires précoces (du fait de la consommation de boissons sucrées, de confiseries, et du coût des soins), des infections dermatologiques ou encore gastro-intestinales.

Sans oublier une pathologie particulière liée à l'intoxication par inhalation des poussières de plomb émises par les activités autour du ferrailage proche des caravanes : le saturnisme.

## DES FAMILLES À CONVAINCRE

Les familles présentes sur l'école de Rodez<sup>[1]</sup>, manouches pour la grande majorité, sont sédentaires et voyagent peu. Les enfants vivent en caravane sur les aires d'accueil mise en place par la ville. Ils parlent bien français. Ils sont plutôt bien scolarisés, au moins pour le primaire. Et des familles envisagent une inscription au Centre national d'enseignement à distance (CNED) pour poursuivre les études secondaires.

Les élèves tsiganes sont intégrés dans les classes ordinaires, mais sont regroupés à certains moments de la journée dans une classe de rattrapage dirigée par un enseignant détaché pour les primoarrivants.

Peu de parents sont présents lors des visites médicales effectuées auprès de ces élèves, malgré l'information préalable. L'intérêt n'en est pas compris, elle est jugée inutile, l'enfant n'étant pas malade, et peut même être assimilée à un contrôle. Ces visites médicales sont pourtant importantes pour ces populations souvent éloignées des institutions comme la Protection maternelle et infantile (PMI), des bilans de santé de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou de la médecine du travail.

Les entretiens avec les parents présents permettent de donner des informations concernant la qualité de vie de l'enfant et d'aborder avec eux certaines de leurs difficultés dans un climat de confiance. Les enfants vus en visite sont curieux, posent beaucoup de questions. Les parents paraissent très soucieux de la santé de leurs enfants, mais sans comprendre les enjeux de la prévention. Il faut du tact pour leur dire qu'il est préférable pour la croissance de leur

<sup>1</sup> Notre étude dans cette école date de 2006.

enfant qu'il déjeune bien le matin plutôt que de manger des chips à la récréation de 10 h, ou qu'il est souhaitable de caler leur sommeil sur le rythme scolaire, et non l'inverse. Le médecin doit trouver les bons mots pour faire passer son message, en tenant compte du mode de vie de ces familles. Leur culture étant surtout orale, il faut prévoir que les recommandations sur le carnet de santé soient reprises oralement par un tiers.

#### UN TRAVAIL COLLECTIF

L'action du médecin scolaire sera plus efficace s'il travaille avec les associations de proximité. À Rodez, ce sont les travailleurs sociaux, notamment de l'association rouergate des amis du voyage (ARAV), qui ont servi de médiateurs entre les familles tsiganes et le médecin scolaire. Les travailleurs sociaux repèrent les besoins des enfants, et les visites médicales sont alors mises en place grâce à un partenariat entre l'enseignant, l'ARAV, et le service de médecine scolaire.

L'enseignant chargé du suivi scolaire des enfants tsiganes est un partenaire important pour le médecin scolaire. Il est l'interlocuteur privilégié des familles tsiganes à l'école. Il se rend régulièrement sur les campements pour savoir pourquoi tel enfant ne vient plus en classe, pour amener des livres, ou simplement rencontrer les familles. Il connaît donc bien ces dernières et leur problématique.

Autre partenaire important, les infirmières de l'Éducation nationale. Elles interviennent notamment auprès des classes pour des actions de santé, mais leur discours est souvent éloigné du vécu des enfants tsiganes. Il serait intéressant d'organiser des séances d'éducation à la santé plus ciblées sur le besoin de ces élèves, dans les classes où ils sont les plus nombreux. ■

#### FRANÇOISE PEYRON

Médecin de l'Éducation nationale, inspection académique de Haute-Garonne.

#### JULIA PEYRON

Doctorante, laboratoire EEE, Bordeaux III

# En allant à l'exposition

**Yaëlle Amsellem-Mainguy.** Comment des visites d'exposition peuvent-elles s'inscrire dans un projet d'éducation à la santé ? Avec quels bénéfices pour les jeunes ?

« Chacun entretient une idée ou une "norme" de la santé qui lui est propre, c'est entendu. Celle-ci se présente donc d'emblée comme relative, en ce sens qu'elle varie en fonction de l'expérience vécue (le parcours de vie) et de son état actuel. »

Sandrine Broussouloux, Nathalie Houzelle-Marchal, *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*, INPES, 2006.

La perception de la santé est avant tout individuelle, elle varie selon l'âge, le sexe et, dans une moindre mesure, selon l'appartenance à une catégorie socioéconomique. Pour les plus jeunes, on est plutôt dans le domaine de l'avoir (« avoir la forme »), pour les plus vieux dans celui de l'être et de l'identité (« être capable de »).

## PRÉVENTION OU PROMOTION

Un des objectifs de l'éducation à la santé à l'école est d'aider les élèves à faire des choix plus éclairés, pour eux-mêmes et par eux-mêmes, en tenant compte de l'environnement dans lequel ils évoluent. Un des moyens d'y parvenir est de leur permettre de développer leur esprit critique, afin qu'ils puissent distinguer ce qui, dans une action de communication, relève de la prévention (avec une information scientifiquement validée) ou d'une promotion commerciale (avec la mise en avant d'un bénéfice pour la santé). Cette distinction n'est pas toujours facile, en raison du « brouillage » pratiqué par certaines communications qui font, par exemple, appel à des témoignages d'experts présentés comme indépendants.

## COMPLÉMENTARITÉ

Quelle place peuvent prendre dans cette éducation des expositions comme « Zizi sexuel ! » (2008) et « Bon appétit » (2010) de la Cité des sciences et de l'industrie ? « Les enseignants qui réalisent des sorties scolaires semblent partager la conviction qu'une ouverture de l'école sur l'extérieur et l'exploitation de ressources situées hors de l'école peuvent servir leurs objectifs<sup>1</sup> ».

<sup>1</sup> Marie-Claire Habib, Aymard de Mengin, « Évolution des attentes des publics et capitalisation des études pour les futures expositions », in Jacqueline Eidelman, Mélanie Roustan, Bernadette Goldstein, *La place des publics. De l'usage des études et recherches par les musées*, La documentation Française, 2008.

Cette complémentarité est vivement recherchée par les enseignants qui encadrent des groupes scolaires dans les expositions sur la santé. Elles participent ainsi à la construction et à la transformation des représentations d'une thématique de la santé, à la valorisation d'un comportement jugé favorable à la santé.

## PRÉOCCUPATIONS DES JEUNES

« Zizi sexuel ! » a eu pour mérite de faire entrer la sexualité dans une institution reconnue et de s'adresser aux jeunes. Complément du programme scolaire, l'exposition est unique en son genre, et son succès a souligné la nécessité d'aborder la sexualité avec les élèves, le calendrier de l'entrée dans la sexualité étant désormais enchâssé dans le temps de la scolarité. En traitant de l'alimentation, l'exposition « Bon appétit » est, quant à elle, accessible au plus grand nombre, le sujet demeurant moins sensible que celui de la sexualité. Alimentation, nutrition, digestion sont inscrites au programme scolaire du primaire et secondaire et demeurent des sujets d'actualité à l'occasion de scandales et questionnements sur la sécurité alimentaire (OGM, vache folle...), mais aussi à travers les campagnes de prévention régulières.

## EN COMPLÉMENT

La visite d'expositions sur la santé s'intègre dans le projet pédagogique des enseignants. L'exposition est utilisée comme illustration, support ou complément des cours. L'objectif est de donner l'occasion aux jeunes de compléter leurs connaissances et de découvrir une autre manière d'aborder ce qui a déjà été dit en classe, la sortie intervenant en général, par choix des enseignants, en aval du travail en classe. « *L'infirmière avait fait avec la classe de 5<sup>e</sup> un travail sur les repas, avec une visite des cuisines du collège, support à un travail de préparation. Cette visite était l'aboutissement de tout un travail en amont. Le projet existe depuis deux ans : cette année encore, les élèves ont préparé "les petits déjeuners au collège" en 6<sup>e</sup>. En tant que professeur de SVT, je leur fais donc étudier tout ce qui concerne la digestion, etc., et quand nous avons découvert l'existence de l'exposition "Bon Appétit", nous nous sommes dit que ce pourrait être une sortie sympathique. La visite de cette exposition très ludique a confirmé nos impressions, nous avons pris des repères*

et quelques photos, puis nous avons élaboré un questionnaire. Parce que sur le site, aucune aide aux profs n'était disponible. C'est dommage. »

Le but de la sortie scolaire est également d'illustrer des propos parfois considérés comme très académiques ou trop théoriques par les élèves. « C'est un bon complément des notions étudiées en classe qui offre une vision plus pratique. Par exemple, nous n'avons pas le temps d'aborder la question de l'alimentation dans le monde, et c'est dommage. Et puis, la maquette de l'appareil digestif est vraiment bien faite ! Après l'avoir étudié en cours, j'ai donc donné à mes élèves cette maquette à légender. [...] C'est un plus dans mon travail. » Expositions ludiques, accessibles à un très large public, c'est l'occasion pour les enseignants de montrer à leurs élèves une autre façon d'apprendre ou d'approfondir leurs connaissances, de manière interactive et illustrée. La visite de telles expositions permet donc de vérifier et renforcer les connaissances, mais aussi de pallier le manque d'interactivité de la leçon en classe, dernier point fréquemment soulevé par les élèves et les enseignants.

#### EN CONFIDENCE

Dans le même temps, la sortie scolaire contribue à ressouder le groupe, à faire évoluer positivement la relation entre les élèves et les enseignants. La thématique santé renforce ces relations dans la mesure où ces expositions permettent aux élèves de s'ouvrir à leurs enseignants, de commencer un échange plus intimiste et d'établir une relation parfois plus personnelle, pouvant donner lieu à des confidences. L'enseignant n'est plus alors perçu comme compétent dans sa seule discipline, mais devient capable de compréhension sur des terrains jusque-là considérés comme inimaginables par les jeunes. Si ces expositions soulignent l'importance des actions et responsabilités individuelles pour être en bonne santé, la présence des adultes-enseignants contribue à les mesurer et à mieux les faire comprendre.

#### SUIS-JE NORMAL ?

À travers les expositions qui reprennent les messages sanitaires en adaptant la communication, tant sur la forme que sur le fond, les jeunes perçoivent mieux les enjeux liés à une alimentation non équilibrée (risque d'obésité) ou à une sexualité non choisie (source de mal-être) par exemple. Ainsi, ils ont tendance à se sentir davantage responsables de leur santé et à se réapproprier les messages de prévention. La visite de groupe leur offre la possibilité de se comparer aux autres, de se situer par rapport à leurs pairs, ce qui les aide à répondre à la question qu'ils se posent tous : « Est-ce que je suis normal ? »

Ces expositions sont aussi l'occasion d'acquérir un vocabulaire plus précis sur des thématiques spécifiques. Par leur accessibilité et leur interactivité, elles permettent à une grande partie des élèves de valoriser leurs connaissances et leurs compétences, pas toujours évidentes à mettre en

valeur dans le contexte scolaire. « On a appris des choses, qu'on avait déjà apprises en SVT. C'est pareil qu'en SVT, mais en regardant l'exposition y'a plus de choses, on apprend plus facilement. Ici c'est plus approfondi. On comprend mieux qu'en SVT. Parce que quand il parle, ben il parle, le prof. Il faut le voir pour comprendre et ici on le voit. Je trouve que c'est plus facile de voir pour comprendre. » ■

**YAËLLE AMSELLEM-MAINGUY**

Sociologue, chargée de recherche à l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire

#### POUR EN SAVOIR PLUS

Yaëlle Amsellem-Mainguy, 2008, « "Zizi sexuel", l'expo ! L'amour et la sexualité expliqués aux préados. L'exposition vue par des jeunes visiteurs âgés de 8 à 15 ans », Cité des sciences et de l'industrie, Centre de recherches sur les liens sociaux (CERLIS), juin 2008.

Yaëlle Amsellem-Mainguy, Séverine Maublanc (collab.), « Exposition "Bon appétit", l'alimentation dans tous les sens ! Attentes et regards du public », Cité des sciences et de l'industrie, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), juillet 2010.

# L'enfant, acteur dans le tissage social

**Bernard Clerc.** Le thème de l'éducation à la santé, porté par l'OCCE du Lot-et-Garonne, a une place prépondérante dans l'organisation annuelle de regroupements de jeunes mise en place depuis plus de dix ans. Quelques idées-forces : le maillage humain intergénérationnel, la découverte de l'histoire du tissu social, une pédagogie de l'écoute, des projets d'actions portant le souci de solidarité.

**L**e constat initial qui inspire ce dispositif est que nous vivons depuis quelques décennies une déchirure historique du lien social que portaient la famille et la communauté géographique locale. La santé de l'enfant, pendant des millénaires, a conditionné la survie du groupe et son avenir. L'hygiène pour tous, prêchée par l'école publique du XX<sup>e</sup> siècle, a bénéficié du relai familial. La famille délitée n'investit plus que dans l'immédiateté du bonheur individuel consommable. Elle ne transmet plus à l'enfant les repères d'une société solidaire : pourquoi se mobiliser puisque le pire est devant soi, de toute façon ?

Notre pari est de renverser cette vision en contribuant à ce que l'école, qui accueille l'enfant plus longuement que jamais, l'amène à devenir acteur d'un projet de vie.

## DES QUESTIONS EXISTENTIELLES

À travers des thèmes différents chaque année (« 100 ans d'enfances », « crions contre l'indifférence ! »), nous tenons un axe porteur de questions existentielles pour les enfants : comment naît-on ? Comment suis-je en train de grandir malgré les pièges de santé que je constate autour de moi ? Comment vais-je avoir

une place et un rôle dans la société ? Comment ou pourquoi meurt-on ? Ces questions sont présentes dans les programmes scolaires : le petit Marcel Pagnol, dans *La Gloire de mon père*, se demande comment déboutonner le ventre de sa maman. Elles travaillent encore les jeunes d'aujourd'hui. Faire témoigner une sage-femme qui parcourait la campagne dans les années 1950, ou bien permettre des entretiens feutrés avec des petits groupes d'enfants et d'adolescents, nous a permis de traiter l'angoisse individuelle dans un projet de vie intemporel et dans la complicité intergénérationnelle rassurante.

Nos forums, c'est la rencontre de plusieurs dizaines d'intervenants ou témoins avec plusieurs centaines de jeunes. Six mois de rencontres porteuses de débats et de recherches, c'est le repérage de personnes et de lieux utiles aux jeunes, de l'école au lycée. Mais l'important, ce sont les étapes suivantes : la communication de ces ressources à ses pairs, ou mieux encore, devenir expert.

## DEVENIR EXPERT

Carole Ragagnin et Yvon Gadrat, enseignants en Pôle Relais Insertion au cœur du lycée de la





# Le corps et l'esprit

**Noëlle Marié.** Présentation d'un atelier relaxation pour des collégiens, opportunité de se détendre, et, plus largement, de faire évoluer le rapport au corps.

« *Le corps est le prolongement sensoriel de notre cerveau.* » (Moshe Feldenkrais)  
*Le calme nourrit l'intelligence.*  
 (Tchouang Tseu)



*J'apprends pourtant mes leçons, mais quand je me retrouve devant ma feuille, j'ai peur, je suis stressé et c'est le trou noir ! »*

« *J'ai été mis en retenue, car la prof a dit que j'étais trop énervé en cours et que je ne me concentrais pas assez ! »*

« *De toute façon je suis nul, je n'y arriverai jamais ! »*

« *J'ai peur d'aller au collège... »*

« *J'ai la honte de parler devant mes camarades, je me trouve moche.* »

Les élèves ont des difficultés à être attentifs, à se concentrer sur leur travail. Faire attention n'est pas si simple et demande une éducation. Une certaine violence constante au quotidien, un système éducatif parfois générateur d'injustice rendent les journées scolaires tendues et stressantes, peu propices à l'ouverture sur les apprentissages. Ils sont très stimulés par la télévision, l'ordinateur, les jeux vidéos, jusque très tard le soir, au point de manquer de sommeil et de récupération. Ces petites violences au quotidien entretiennent en eux un climat de peur, de tension ou de défense qu'il leur est difficile d'évacuer.

## UN TABOU À L'ÉCOLE

« *Classiquement, l'enseignant s'adresse au raisonnement, à la tête, niant les autres dimensions de l'élève, et leurs interactions. [...] Les émotions, les sensations restent aujourd'hui le grand tabou de l'école. Or elles sont essentielles, vitales dans le travail. De plus en plus d'enseignants ont fait de ce retour aux sensations leur cheval de bataille. Les techniques de relaxation, de recentrage de l'être passent par le corps<sup>1</sup>.* » Le yoga est une de ces disciplines d'écoute intérieure qui induit un état de mieux-être propice à la confiance en soi. Le stretching (étirements), la respiration et la relaxation reprennent des techniques du yoga, mais prennent une forme plus occidentalisée.

Un corps qui s'étire, se délie, prend conscience de ses tensions, agit sur celles-ci pour les détendre, respire et travaille sur son énergie musculaire se relâche, libère ses tensions corporelles et se remplit d'énergie.

Ce corps, fatigué musculairement après une

séance d'étirements et de relaxation, mais détendu, équilibre le mental qui devient disponible à soi et aux autres. En travaillant sur les sensations et le ressenti, le corps s'accepte, se retrouve, l'agressivité se perd, la violence interne s'évanouit, la confiance en soi se développe, l'estime de soi apparaît. Il n'y a pas l'intellect d'une part, et les muscles d'autre part. Nous sommes un tout, une unité tout entière. Nous avons besoin de notre corps pour faire fonctionner notre mental, pour être nous-mêmes, en équilibre, mais nous n'en avons pas toujours conscience.

## L'APPORT DES NEUROSCIENCES

Les travaux en neurosciences ou neurobiologie (par exemple Antonio Damasio, Daniel Goleman, Boris Cyrulnik) montrent l'importance de « l'intelligence émotionnelle ». L'aptitude à identifier, comprendre, raisonner et gérer ses émotions est le fondement de la maîtrise de soi et de la réussite sociale. Elle est à la base de la connaissance de soi, de la retenue, de la compassion, de la coopération et de la capacité à résoudre les conflits. Daniel Goleman<sup>2</sup> écrit : « *Tout ce qu'apprend un enfant, en classe ou dans les livres, tout ce qui nous arrive dans la vie, tous les détails dont nous allons nous souvenir dépendent de l'hippocampe pour être fixés dans la mémoire. Or, cet hippocampe est particulièrement sensible à toute détresse émotionnelle ou à tout stress qui causent des effets dommageables en libérant des hormones comme le cortisol qui ralentit et affecte les neurones, ce qui a un effet désastreux sur l'apprentissage. [...] En effet, le cortisol détourne notre attention vers nos émotions, tout en limitant notre capacité à absorber de nouvelles informations. Nous ne mémorisons alors que ce qui nous bouleverse. Quand un élève a été perturbé par une interrogation surprise, il se souvient beaucoup mieux de son angoisse que du sujet de l'interrogation. Ainsi, plus l'apprentissage se fait dans une atmosphère propice et bienveillante, plus l'encodage sera de bonne qualité.* »

Cela signifie que l'on peut aider les enfants dans leur développement et dans leurs apprentissages, en leur apprenant à mieux gérer leurs émotions, à mieux se concentrer et à maintenir leur attention en cours. En libérant ses tensions, en transformant ses blocages en ouvertures, l'élève agira sur ses inhibitions. C'est là que la relaxation va jouer un rôle essentiel : permettre aux capacités potentielles de chaque élève de s'exprimer et de s'épanouir.

<sup>1</sup> Micheline Flak, fondatrice du centre de recherche sur le yoga dans l'éducation (RYE), en 1978.

<sup>2</sup> *Cultiver l'intelligence relationnelle*, Paris, Robert Laffont.

**QUE PROPOSER ?**

Constatant que les difficultés scolaires des élèves au collège allaient crescendo, observant également l'augmentation des sanctions et des conseils de discipline, je me sentais désemparée devant tant de « gâchis ». Quel accompagnement offrir à ces jeunes ? C'est ainsi que l'atelier « stretching relaxation » est né au collège. Il s'intègre aux activités de l'association sportive, dans le cadre de l'UNSS (Union nationale du sport scolaire) et participe au dispositif d'éducation à la santé, à la citoyenneté et au bien-être, mis en place par le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Il est ouvert à tous les élèves, entre 13 h et 14 h, dans une salle du collège aménagée avec des tapis.

Les objectifs découlent de tout ce qui vient d'être présenté :

- reconnaître l'enfant dans sa globalité et dans l'unité de son développement corporel, cognitif, affectif et social ;
- faire prendre conscience de son corps, élément indispensable au bien-être, en construisant son schéma corporel et en affinant sa proprioception ;
- savoir faire une pause, aller à l'intérieur de soi, respirer, sentir ce qui se passe, ce que l'on ressent et pouvoir verbaliser, exprimer ses sensations ;
- expérimenter les notions fondamentales du bien-être : gestion du stress, détente corporelle, écoute de soi, concentration, attention... S'étirer, se tonifier, se relaxer, se concentrer, se défatiguer régule le tonus et canalise l'énergie.
- prendre plaisir dans une pratique corporelle, de façon plus ludique pour les plus jeunes, et à trouver confiance en soi.

Les ateliers sont construits à partir d'exercices d'équilibre, d'étirements, d'automassage et de jeux permettant une prise de conscience de son schéma corporel, tout en travaillant la respiration et la détente. Des musiques spécifiques portent ces différents types d'exercices.

Les élèves, constitués de filles de tous niveaux du collège, mais aussi des garçons (6<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> Segpa) apprennent à enchaîner des étirements mettant en jeu toutes les chaînes musculaires. Un côté ludique est apporté aux séances de 6<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> ; une prise de conscience du corps pour un développement harmonieux apporte aux jeunes adolescentes de 4<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> une meilleure estime d'elles-mêmes.

Ces ateliers se terminent par une relaxation allongée où je propose soit une relaxation de type Jacobson, plus facile à aborder pour les plus jeunes (prise de conscience musculaire), soit une relaxation de type Schultz, plus globale puisqu'elle intervient à la fois sur le mental et sur le ressenti de ses sensations.

Ces expériences diverses permettent d'appréhender le corps d'une façon différente par rapport à une activité sportive, et surtout de permettre la présence à soi-même, source d'équilibre intérieur.

La séance se termine par l'expression du ressenti et la verbalisation de ce qui vient d'être vécu.

Au début, les élèves ne trouvaient pas de mots, à l'exception de « *c'était bien* » ou « *je suis fatiguée* » ou encore « *je ne sais pas* ». Au fur et à mesure (j'ai constaté la différence entre les élèves qui venaient régulièrement et ceux qui venaient de façon épisodique), l'expression s'est affinée : « *j'ai ressenti plus de lourdeurs du côté droit* », « *j'ai eu des fourmillements dans les pieds* », « *j'ai l'impression de m'être complètement enfoncée dans le tapis* ».

Ces ateliers, programmés entre 13 h et 14 h, favorisent la régulation des tensions accumulées lors de la matinée, permettent de retrouver un état de disponibilité pour assister dans de meilleures conditions aux cours de l'après-midi. Les élèves apprennent à retrouver leur calme devant le stress d'un devoir, d'une interrogation orale ou d'une fatigue de fin de journée, alors que les devoirs maison sont encore à faire.

**SOPHROLOGIE ET PRÉPARATION****AU BREVET**

En fin d'année scolaire, durant six séances, un sophrologue a initié les élèves à des techniques simples, à pratiquer à tout moment de la journée : des exercices de respiration, de contraction-décontraction, assis sur une chaise, ont montré aux élèves la nécessité d'un entraînement régulier pour acquérir un automatisme dans la méthode de relâchement. Ils ont constaté la simplicité des exercices dans leur contenu, mais la difficulté à les pratiquer sur eux-mêmes. Pas si facile de se détendre ! Cette autonomie, cette responsabilisation à se prendre en charge n'est-elle pas un pilier des compétences transversales du socle commun ?

Deux séances de sophrologie ont été proposées aux élèves de 3<sup>e</sup> volontaires, afin de les aider à appréhender le stress du brevet.

La dernière séance a été consacrée au personnel de l'établissement, qui a trouvé cet apport utile et bienfaisant pour leur travail. Pour certains, se relâcher en milieu de journée permet de retrouver une certaine énergie ; pour d'autres, il leur était difficile de prendre le temps de se détendre.

Continuer ce travail me paraît bien utile dans les établissements scolaires, pour libérer les corps de leurs tensions et permettre un climat relationnel bienveillant. Accompagner l'adolescent dans une démarche d'éducation corporelle, relationnelle et émotionnelle me paraît être l'une des clés d'une réussite individuelle et sociale équilibrée.

Cherchons à petits pas des voies pour y arriver et donnons une place au corps à l'école pour favoriser les apprentissages. ■

**NOËLLE MARIÉ**

Professeure d'EPS au collège Léon-Blum, Villeneuve-d'Ascq (Nord)



## 4. Dans nos archives

# Quand le pédagogue « opère »...

**Pierre Madiot.** À l'école, l'appel au vocabulaire médical nourrit une illusion techniciste en voulant rationaliser l'action pédagogique, et l'illusion de la relation thérapeutique en faisant de l'élève un patient. Attention !

Il est intéressant de noter que si la pédagogie institutionnelle a drainé des termes de la sphère du politique (*institution, conseil, instances, lois, citoyenneté*), la vague des théories cognitivistes et constructivistes a enrichi le jargon pédagogique de termes venus des univers de la psychologie : (*structure mentale, médiation, méta-cognition*) et de la médecine : (*bilan, diagnostic, remédiation*) pour déboucher dans la sphère des valeurs morales qui sont à la base de la démarche démocratique (*activité, autonomie, esprit critique, citoyenneté, liberté, responsabilité*).

Auparavant, à côté du vocabulaire qui assigne au travail scolaire la mission d'acquérir les savoirs (*apprendre, réciter, écouter, répondre, ignorer, connaître*), la pédagogie traditionnelle a emprunté beaucoup au registre de la morale (*devoir, faute, mérite, effort, discipline*) alors que la traversée des années de croissance a apporté des expressions issues de l'idéologie de la réussite conquérante, en puisant notamment dans le domaine du sport (*performance, résultat, motivation, stratégie*) et de l'économie (*outil, gestion, objectif, programme*).

Il faudrait sans doute pousser plus loin cette analyse sémantique et, bien entendu, n'ignorer ni le registre du négoce (*transaction, valeur, contrat*) ni celui du monde du travail (*technique, étayage, ancrage, dispositif, construction*). Mais, à bien y réfléchir, le passage par le registre médical est significatif de l'évolution de la fonction enseignante.

### L'ILLUSION TECHNICISTE

Sur un premier plan, et de façon très banale, la tentation d'aller emprunter des mots à la médecine correspond sans doute à une conviction selon laquelle les difficultés que rencontrent les élèves ne sont que des *dysfonctionnements* qu'il faut d'abord *diagnostiquer* avant de faire l'objet d'une intervention de *remédiation*. L'incursion dans la sphère médicale revêt alors d'un sens inattendu les *tests, contrôles, examens, bilans, analyses* qui débouchent naturellement sur les *courbes de résultats* où l'on peut observer les *écarts*, l'amplitude des *fourchettes*, les *symptômes* de faiblesses ou d'*améliorations* comme sur le diagramme d'un patient cloué sur un lit d'hôpital. Cela pourrait laisser croire que la pédagogie peut agir de façon spécifique sur chaque aspect de la formation pour peu que l'on ait réussi à le localiser, à l'isoler et à prévoir pour lui une technique appropriée. Même si l'on reconnaît que, patient ou élève, chaque individu est un ensemble d'éléments interactifs dont la complexité interdit de garantir aucun résultat, l'appel au vocabulaire médical traduit la tentative de rationaliser l'action pédagogique et, à l'instar de ce qu'ont montré les dérives cognitivistes, d'agir sur des mécanismes particuliers faute d'être sûr de posséder un pouvoir sur un processus global. Bien entendu, alors, comme dans le cas du malade, il est reconnu que la meilleure médication ne peut être efficace que si l'élève accompagne l'action du pédagogue par une participation active au traitement que l'on a prévu pour lui. Mais l'acteur reste le pédagogue dans la mesure où il se place tout simplement dans la position de l'expert qui sait, qui anticipe, qui scrute et qui est capable

Article paru en décembre 2001 dans le n°399 des Cahiers pédagogiques, « La médecine à l'école ».

de savoir, sur le compte de l'élève, des choses que ce dernier ignore.

#### L'ILLUSION DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Sur un second plan, l'appel au vocabulaire médicopsychologique exprime le fantasme classique de la relation salvatrice. Abrisé derrière ses outils, son savoir et ses instruments, le pédagogue comme le médecin installent ainsi une relation de dépendance qui fait que l'élève-patient devrait se remettre aveuglément à l'action qui est décidée pour lui et qui est réputée le tirer d'affaire. On voit bien que la réalité est loin de cette mythologie du professeur rayonnant qui, fort d'une réputation d'expert doublée d'une aura de maître clairvoyant, rêve d'ajouter au prestige de son savoir celui d'une capacité à intervenir dans les arcanes de l'intelligence. Les élèves résistent à cette imagerie, ils sont peu sensibles au clientélisme et c'est par d'autres voies qu'ils apprennent.

Il n'est bien sûr pas question d'ignorer la nécessité que les professeurs ne perdent rien de leur passion, pas plus que de mépriser les recherches en didactique. Mais on peut supposer que la constance de ce désir d'être celui par qui le savoir arrive ne fait en réalité que pallier une impuissance à créer une situation où l'élève deviendrait acteur. Comme si, prisonnière d'une croyance

tenace en la légitimité de sa nature magistrale, la pédagogie traditionnelle en était réduite à ajouter à ses sentences paternalistes la magie de quelques formules scientistes.

Mais tous ceux qui sont passés entre les mains des spécialistes en médecine s'accordent pour trouver insupportable le sentiment d'être réduit à l'état d'objet. C'est pourquoi il faut se méfier de l'analogie médicale dans le domaine de la pédagogie, parce que cette analogie associe à l'illusion techniciste l'illusion de la relation thérapeutique. L'irruption dans l'école du vocabulaire issu de la sphère du politique indique au contraire la volonté de reconnaître que l'élève n'est ni un patient qui subirait l'application de prescriptions magistrales ni un irresponsable voué à enregistrer les réponses aux questions que l'on se pose à sa place. La pédagogie se situe dans le cadre d'une situation de communication où il est peut-être aussi important de reconnaître l'existence, le statut et l'activité de chaque interlocuteur que d'apprécier la pertinence et la validité des questions et des réponses des uns et des autres, quel que soit leur degré de validité « scientifique ». ■

**PIERRE MADIOT**  
Professeur de français

# L'extension d'un territoire

**Jacques Gleyse.** Comment un premier intérêt de la médecine pour l'éducation a pu conduire à une vision médicale et médicalisée de celle-ci.

Le pouvoir exercé par la médecine (le corps médical et l'institution médicale) dans de nombreux domaines est immense, depuis l'aube de l'humanité. Il se fonde sur une base claire et simple qui est l'essentiel du serment d'Hippocrate : *ad primum non nocere* (tout d'abord ne pas nuire). Ce fondement éthique majeur peut bien sûr être considéré comme globalement positif, pourtant, il peut conduire à un certain nombre de limitations.

## UN POUVOIR NORMALISANT

En effet, il tend toujours vers une sorte de médiane idéale où les extrêmes, ou, du moins, les positions hors de la « normale », au sens mathématique ou statistique du terme, mais aussi hors norme posent toujours problème. Ainsi en va-t-il de toutes les pratiques aux limites qui pourront être pensées, dans cette perspective, comme dangereuses. Les efforts sportifs ou les jeux violents, dans l'éducation, sont considérés, au début du siècle, par la médecine (du moins par bon nombre de médecins, de professeurs de médecine) comme néfastes pour la santé, car éloignant le corps de la médiane, de la normale. Les bonnes pratiques corporelles sont en ce sens celles qui « *secoient modérément la machine animale* ». Mais, la médecine ne se contente pas de montrer du doigt ce qui est hors norme, elle cherche toujours à ramener les extrêmes vers le centre, vers une sorte de lieu standard.

Trop de cholestérol doit revenir à la norme, trop d'effort doit être limité, trop de calcium renvoie à plus de magnésium, pas assez de poids à plus de poids, trop de poids à moins de poids... Bien entendu le but énoncé est de recouvrer la santé et parfois de sauver la vie, donc l'enjeu est grand. Pourtant, depuis quelques années, et cela a été fort bien montré par Georges Vigarello, dans *Le Sain et le malsain*, la médecine occidentale a aussi été le vecteur de la mort (sang contaminé...), ce qui a conduit à se poser un certain nombre de questions sur sa crédibilité et parfois à orienter les patients vers des pratiques alternatives orientalistes ou naturalistes.

Quoi qu'il en soit, le discours médical doit être analysé, pareillement à tout autre discours,

comme un système d'exclusion et de régularisation ayant pour perspective, dans une optique spinoziste, d'une part, de persévérer dans son être et, d'autre part, de chercher à étendre de manière permanente son espace d'action.

## DES CHANGEMENTS DE NORMES

Or, si l'on étudie de manière archéologique (c'est-à-dire en termes de strates épistémologiques successives) les transformations qui ont touché la médecine, depuis deux ou trois siècles, on peut voir trois ou quatre grandes déclinaisons et trois ou quatre grandes modalités d'extension de ce discours.

Avec Vesale (*De Humani corporis fabrica - De la fabrication du corps humain*), en 1543, le discours médical cherche à mieux faire fonctionner la machine humaine grâce à l'aide de l'anatomie. Ce discours glissera vers l'anatomie fonctionnelle vers la deuxième moitié du XVII<sup>e</sup> siècle, avec le *De homine (Traité de l'Homme - 1664)* de Descartes puis le *De Motu animalium* (1680 - *Du mouvement animal*) de Joanni Alfonsi Borelli. Vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, avec les travaux de Claude Bernard (*La médecine expérimentale*) le regard médical et son domaine d'intervention glissent encore davantage vers l'intime en poursuivant leur extension. C'est désormais la physiologie qui permet le « bricolage » du corps humain. Puis avec Flourens, Broca, la médecine s'intéresse à l'esprit, c'est la phrénologie qui se développe avec l'intérêt pour les « anormaux », les « débiles » (les aliénés voyageurs, mais aussi les tests d'intelligence Binet Simon, par exemple). Le territoire s'est encore étendu. La psychanalyse fera davantage plonger dans l'intime (cette fois c'est le rapport à la rationalité et la médicalisation de l'affect et du sexe qui est en jeu).

En réalité la baisse de la mortalité au cours du XX<sup>e</sup> siècle et l'amélioration de la santé, en raison de meilleures conditions de vie, rendent de plus en plus problématique la seule analyse biologique du corps sur laquelle reposait la médecine occidentale traditionnelle allopathique (finalement dépendante de la limite entre la vie et la mort), d'autant que certaines maladies résistent (le cancer, les maladies cardio-pulmonaires...).

La santé ainsi n'est plus seulement liée au corps, mais aussi à l'esprit.

Plus précisément encore, le champ médical ne peut accepter de voir son pouvoir diminuer sur les corps aussi va-t-il associer sa pratique à

d'autres champs disciplinaires, par exemple la justice (les experts : voir à ce sujet Michel Foucault *Les Anormaux*, 1999), mais aussi l'école (la médecine scolaire, l'hygiène, l'éducation à la santé).

Il accroîtra également son pouvoir et son espace d'action en mettant en évidence des maladies plus rares ou plus discrètes comme objets de recherche : les maladies génétiques (environ soixante cas en France par catégorie d'âge pour la myopathie et des milliards de francs investis), les maladies orphelines (*idem*) et en s'associant aux médias pour réaliser sa « catéchèse » (le téléthon)... Mais, il faut en outre que la médecine renforce le système de croyances qui la fait exister.

#### UNE DOUBLE NORMALISATION

La médecine s'intéresse aussi très tôt au problème de l'éducation. Le médecin Jean Itard au XVIII<sup>e</sup> siècle est l'un des tout premiers médecins pédagogues. C'est-à-dire qu'il est l'un des premiers à penser que l'éducation peut avoir quelque relation avec la médecine. Autrement dit, il voit l'éducation comme un processus de cure individualisée, comme une thérapeutique individuelle. De ces positions naîtra un système complexe d'interaction entre école et médecine, de Binet-Simon aux psychologues en psychologie génétique et cognitive en passant par Pavlov, qui feront penser l'éducation comme un système de « remédiation » individuelle (parfois d'enrichissement instrumental). Mais, cela suppose que les pédagogues aient acquis également une vision individualiste du processus éducatif et une vision quasi thérapeutique de l'acte d'enseigner (ce que n'acceptent pas Vygotsky ou, beaucoup plus tard, Jérôme Bruner par exemple).

Par ailleurs, dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et pendant tout le début du XX<sup>e</sup> siècle, paraissent aussi des *Manuels d'hygiène*, qui sont réalisés par des médecins et qui insistent sur la nécessité de mettre en œuvre un certain nombre de procédures de « chasse aux microbes », mais aussi des ablutions, des équilibres nutritifs... Autrement dit, la médecine a depuis longtemps investi le champ scolaire, en trouvant ainsi un territoire qui lui permet d'accroître le sien propre, mais aussi de renforcer la catéchèse du système de croyances qui la fait exister. Il lui permet aussi de redoubler un système de normalisation sociale.

L'éducation à la santé, qui intègre aujourd'hui le champ scolaire, procède du même système fondamental. D'une part, la médecine a besoin d'accroître son espace de discours (mais aussi de mettre en place dès l'enfance des systèmes de croyances) et de pratique, dans l'optique d'acquérir toujours plus de pouvoir et, d'autre part, l'espace scolaire pense de plus en plus en termes de vision individuelle le processus éducatif. Il s'agit donc, en quelque sorte et en fin de compte, de *soigner individuellement des problèmes sociaux*.

Cela n'est sans doute pas anodin, dans la mesure où, ainsi, on promet probablement

d'avantage encore l'individualisme en laissant supposer que les problèmes que rencontre un enfant sont ses problèmes propres, et non des problèmes de relations à un système social normalisant et normatif. Il y a en conséquence ainsi une forme de stigmatisation des « malades scolaires ». Cela évite grandement de se poser la question fondamentale des causes de la maladie qui, elles, sont, de toute évidence, liées à la structure sélective du système. Traiter un élève comme un malade, c'est finalement reporter les responsabilités du système scolaire sur l'enfant, c'est aussi se dessaisir d'un problème d'éducation pour en faire un problème de la médecine. Peut-être est-ce aussi un moyen, pour les enseignants, de se disculper d'un échec qui d'ailleurs est très loin de leur être imputable. Dire cet enfant est malade au lieu de dire : « *Je ne sais pas comment faire pour aider cet enfant à apprendre dans les structures du système scolaire actuel* », simplifie les choses. Probablement même, dans quelque temps, trouvera-t-on un gène de l'échec scolaire (cela est d'autant plus plausible que certains épistémologues, dans un ouvrage intitulé *Sans dieu ni gène*, affirment aujourd'hui que la génétique est construite sur une erreur théorique fondamentale qui l'oriente vers une forme de croyance théologique dans un Homme « pur » et immuable, la main de Dieu dans l'Homme opposée théoriquement à l'évolutionnisme).

Finalement, dans un monde où les religions catholique ou musulmane sont en perte de vitesse, la médecine est devenue le dernier recours. Ce n'est plus l'exorciste que l'on appelle quand on ne sait plus résoudre les problèmes dans un système, mais le médecin (les sorciers ont longtemps cumulé l'ensemble de ces fonctions).

Les ethnologues, sociologues qualitatifs (et même quantitatifs bourdieusiens) et autres anthropologues sont bien moins souvent sollicités aujourd'hui pour résoudre les problèmes scolaires que les médecins, les psychologues ou les psychiatres. Il y a d'ailleurs des médecins ou des psychologues scolaires, mais pas d'ethnologues ou de sociologues scolaires et de plus en plus rarement des institutionnalistes. L'école est pourtant une institution collective. Les classes sont des espaces collectifs et en outre l'éducation ne peut se penser qu'en fonction du social et du culturel. La société a l'école qu'elle mérite et vice versa. La devise des *Cahiers pédagogiques* est d'ailleurs « *changer la société pour changer l'école pour changer la société* ». La médicalisation de l'éducation ne contraint ni à changer l'école ni à changer la société, mais simplement à entrer dans un processus de soin individuel, à donner des remèdes...

#### RENFORCER UNE CROYANCE

On ne comprend donc pas vraiment pourquoi il y a récurrence d'une vision médicale et médicalisée de l'éducation. Très probablement parce que tout champ de connaissance, et à fortiori un champ praxéologique, a besoin de fabriquer, dès



## 4. Dans nos archives

le plus jeune âge, le système de croyances qui lui permet, d'une part, d'être fonctionnel et efficace et, d'autre part, de se perpétuer. Cela permet peut-être aussi de ne plus se poser la question, dans le champ de l'éducation, de « l'inéducable » et de le rejeter ailleurs.

Un travail récent, d'Anne Marcellini *et ali*, paru dans le numéro V de la revue *Corps et Culture* et consacré à « corps et éducation », montre bien que les médecines dites alternatives ont également besoin de construire un système de croyances et une forme d'éducation pour pouvoir devenir fonctionnelles et se perpétuer (celui-ci est formalisé par les médias, par des ouvrages spécialisés, par le bouche-à-oreille ou par les thérapeutes eux-mêmes).

Éduquer à la santé, c'est donc aussi, en quelque sorte, renforcer la croyance en la médecine, l'étayer.

Deux anecdotes ethnologiques viendront, pour finir, étayer le propos.

**PARABOLE CONCLUSIVE**

La première nous vient de *Soleil Hopi*. Un Indien Hopi ne meurt jamais d'une piqure de serpent crotale, sauf s'il a offensé ses ancêtres. Pourtant la piqure d'un serpent crotale est mortelle pour tout homme blanc traversant le Nouveau-Mexique ou le nord du Mexique, bien souvent d'ailleurs, même s'il dispose d'un antivenin réalisé sur les bases des connaissances médicales occidentales... Ainsi, dans ce cas, croire dans l'impossibilité de la mort, joue certainement un rôle pour la prévenir et l'éviter. Le social transforme peut-être le biologique. Il faut donc croire dans la médecine et le médicament (voir également l'effet placebo). Évidemment, on peut aussi penser que l'Indien a été « mithridatisé » (on dit que le roi Mithridate absorbait des petites doses de tous les poisons, en accroissant progressivement les quantités, pour éviter d'être empoisonné).

La deuxième est extraite de l'ouvrage de Marcel Mauss, *Sociologie et anthropologie*. Il raconte l'histoire d'un groupe tribal où toucher à la nourriture du roi est un péché mortel. Toute personne ayant ingéré cette nourriture en meurt immédiatement. Un guerrier trouve, sur le bord d'une route, une nourriture qu'il ignore, pendant trois jours, avoir été destinée au roi. B la consomme donc sans inquiétude et sans scrupule. Mais dès qu'il apprend par hasard sa destination initiale, il tombe malade et meurt.

Dans ces deux cas, c'est la croyance qui a guéri ou tué. Il y a donc bien nécessité sociale d'éduquer à ces croyances. Les rapports éducation, médecine fonctionnent peut-être sur cette base anthropologique fondamentale.

Mais, au-delà, les rapports de plus en plus étroits entre l'éducation et la médecine ne seraient-ils pas un renforcement, d'une part, de l'individualisme éducatif et, d'autre part, un renforcement sans précédent du système de normalisation voire de « quadrillage » de l'enfance et de l'adolescence, si bien décrit par Michel Foucault dans le chapitre « les corps dociles » de *Surveiller et punir*. L'éducation à la santé et la médicalisation de l'éducation seraient donc un accroissement du territoire de la médecine dans l'espace individuel et, en conséquence, un redoublement des systèmes de contrainte, une « carcéralisation » (médicale) de plus en plus aigüe de l'enfance et de l'adolescence. Le système de quadrillage médical et étatique drastique des cités qui s'appliquait aux grandes épidémies de peste, notamment au XVIII<sup>e</sup> siècle, trouverait là son ultime retombée dans le domaine de l'échec scolaire (pandémie psychologique hypermoderne). ■

**JACQUES GLEYSE**

Professeur Staps Montpellier

# L'enseignant n'est pas médecin

**Georges Vigarello.** L'historien du corps, ancien professeur d'EPS, argumente en faveur de la distinction entre pratiques éducatives et thérapeutiques, ou encore pour la création d'une discipline à part entière consacré à l'éducation à la santé.

**S'il est contestable de faire un rapprochement entre éduquer et soigner, il faut, c'est certain, éduquer à la santé.**

Faire le rapport entre éduquer et soigner est un à priori. À l'évidence, s'il y a des rapprochements il n'y a pas vraiment de superposition : soigner c'est prendre quelqu'un que l'on considère (et l'on peut toujours discuter des critères) comme étant dans un état pathologique pour essayer de rectifier un certain nombre de dérives. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas un certain nombre d'enfants qui soient dans un état pathologique, qui aient à être « redressés » ; éduquer c'est prendre théoriquement des gens normaux et ordonner un certain nombre d'actions qui sont à la fois des actions d'instruction, de formation, de sensibilisation à un certain nombre de codes pour faire en sorte à la fois qu'ils s'intègrent, qu'ils améliorent leurs potentialités, etc. En soi ce n'est pas la même perspective.

Que l'école se trouve confrontée à un certain nombre d'individus qui sont malades, que l'école fabrique des malades, soit, mais je considère que le projet au sens strict n'est pas exactement le même. Cela renvoie d'ailleurs à cette bataille sans fin que les analystes engagent contre les pédagogues, lorsque les pédagogues disent nous sommes aussi des analystes. Les analystes disent : sans doute vous devez avoir une sensibilité à l'égard de l'inconscient peut-être, pourquoi pas ? Mais vous n'êtes pas des personnes qui sont là pour soigner. Donc, à priori je suis surpris.

En revanche, à mon avis, on peut banaliser la question et y répondre d'une manière qui ne soit pas trop banale. Je banalise la question en disant l'école n'est pas un lieu où l'on soigne (même si, dans certains cas, on est contraint de soigner), c'est un lieu où l'on a à effectuer des opérations pour que le sujet soit sensible à certaines dérives pathologiques possibles et soit en mesure de s'ajuster par rapport à ces dérives. Si l'école a à transmettre quelque chose qui a un rapport avec la santé, c'est à enseigner quelles sont les pathologies, quels sont les risques, etc., et à sensibiliser les enfants, les éduqués, les apprenants pour les engager dans une voie qui soit celle de la prévention. À partir de là, on tombe dans une question extrêmement banale qui est l'éducation à la santé. Comment y répondre si l'on veut que ce ne soit pas trop banal ?

Il faudrait sortir d'un certain nombre de propositions qui existent aujourd'hui en termes de dispositifs qui sont légitimes, mais qui me paraissent insuffisants. Ces dispositifs ont changé au début des années quatre-vingt-dix (circulaire de 1991) : d'abord le personnel médical a été intégré dans l'Éducation nationale (collèges, lycées, primaire). Deuxième changement important, ce personnel a été chargé de nouvelles missions. Ces missions sont triples : la première prolonge celle qu'ils avaient jusque-là, il s'agit d'effectuer des bilans, des diagnostics. La seconde mission est une charge nouvelle, c'est une charge d'éducation à la santé au niveau des enfants. Et la troisième, qui est nouvelle aussi, c'est d'avoir des actions de formation à l'égard des enseignants. On peut imaginer, dans le prolongement de cette circulaire qu'un certain nombre d'enseignants peuvent ou doivent s'investir dans des actions d'éducation à la santé.

Mais, est-ce suffisant ? Moi je considère que non, ce n'est pas suffisant dans la mesure où, pour que l'éducation à la santé ait un statut qui soit crédible, intéressant, efficace, ait un effet social large, je pense qu'il faut donner à l'éducation à la santé une existence qui ne soit plus marginale. Il faut réfléchir au fait que l'éducation à la santé entre de plain-pied dans l'éducation des enfants, exactement comme avant à l'école primaire on avait des cours sur l'hygiène. Ces cours ont complètement disparu parce que c'était un enseignement archaïque, autoritaire, sous forme de stimulus réponse... il faut les changer. Il faut les intégrer dans une véritable formation, éducation à la santé, en collaborant avec l'enfant de manière interactive, etc. C'est déjà aller plus loin que la circulaire de 1991.

Une autre façon d'aller plus loin c'est de penser l'éducation à la santé comme un ensemble qui a une cohérence et n'est pas simplement un système d'ajouts émiettés de rubriques : la violence, la sexualité, le sida, l'alimentation... On pourrait enclencher quelque chose qui serait à mon avis intéressant, qui pourrait avoir un sens et qui, au-delà des discours, serait une intégration de la santé à l'école. Intégration plus intelligente,

Article paru en décembre 2001 dans le n°399 des Cahiers pédagogiques, « La médecine à l'école ».

plus coordonnée, plus spécifique, etc. C'est comme cela que je réintroduirais la confrontation médecine éducation.

L'idée serait de faire de l'éducation à la santé, au moins dans quelques années, quelque chose qui devienne une discipline, un objet d'enseignement. L'éducation à la santé est aujourd'hui une discipline importante (en lien avec l'écologie, les problèmes de la vache folle, etc.) qui mérite que les enfants y soient formés.

#### **Faut-il en faire une discipline spécifique ou la faire entrer dans un certain nombre de disciplines ?**

L'intégrer à d'autres disciplines a des avantages : on ne rajoute pas une discipline, on sensibilise un certain nombre d'enseignants et ça reproblématise des questions qui existent ou qui n'existent pas à l'intérieur même des disciplines. En même temps, en sensibilisant les enseignants on fait exister un sujet qui traverse, un sujet multiple commun. Mais, à mon avis, le risque est que ce dispositif-là ne garantit pas un certain seuil d'apprentissage s'il est mis en œuvre, en actes par plusieurs façons que l'on n'arrive pas bien à partager. Et, deuxièmement, il maintient l'émiettement de l'éducation à la santé sous prétexte de le rendre commun.

S'il est assez séduisant de rendre l'éducation à la santé présente dans l'ensemble de l'école, je pense que, malgré tout, cela la maintient comme émietée. Bien sûr, créer une nouvelle discipline, c'est toujours compliqué, discutable, artificiel, on va créer de nouveaux enseignants, de nouveaux concours, c'est lourd, mais cela peut être intéressant. Et puis ce peut être une façon de repenser les objets d'enseignement alors qu'actuellement ils ne sont pas repensés. J'ai déjà travaillé cette question (cf. *Esprit*, la *Revue française de pédagogie*).

#### **N'y a-t-il pas un double risque : celui d'un émiettement certes, mais aussi celui de se débarrasser de la question en la confiant à une seule discipline ?**

Ce n'est pas faux, mais l'éducation à la santé n'est-elle pas une question qui a acquis suffisamment d'importance pour mériter un véritable investissement qui la délimite comme un terrain, un objet, une finalité, une perspective ? Et cela obligerait les tenants de la discipline à la penser comme telle et non pas comme un ajout de précaution : un jour on s'intéresse à la violence, six mois après au petit-déjeuner, l'année d'après (parce que ces opérations sont rares) aux risques des maladies vénériennes... Ce n'est pas aberrant, je préfère qu'il y ait des actions plutôt que rien, mais...

#### **Actuellement à l'école, les lieux de rencontre avec la santé sont l'infirmerie et le cours de SVT et, de moins en moins celui d'EPS.**

Oui, théoriquement en EPS, parce qu'en EPS normalement on devrait sensibiliser les enfants à des problèmes qui sont des problèmes de santé : l'effort, les problèmes climatiques de froid et chaud.

#### **Sur le plan de l'histoire de l'EPS quels sont les croisements entre éducation et santé, éducation et médecine, est-ce qu'on peut les repérer ?**

Oui, pour moi le premier c'est Amoros. C'est lui qui a commencé à organiser des exercices, ce n'est pas lui au sens de la personne, mais il a quand même un peu monté quelque chose qui sous cette forme n'existait pas auparavant. Il monte des exercices, des catégories, il définit ce que l'on peut en attendre, etc. Et il s'entoure d'un certain nombre de médecins et ces médecins sont relativement nombreux. Ils ont un double rôle, d'une part ils sont les garants du bon fonctionnement de ce que fait Amoros, autrement dit le médecin intervient parfois même dans l'évaluation du résultat des élèves, il y a comme une sorte de fiche pédagogique où l'enseignant n'est pas le seul à être rédacteur. Le médecin intervient aussi à priori, dans la mesure où c'est quelqu'un qui a visé la méthode, il écrit un texte et ces textes se trouvent même dans le manuel. Il écrit un texte un peu comme un expert, il valide. Ces cautions médicales permettent d'ailleurs un financement par les ministres et autres autorités. Cette caution a toujours fonctionné.

#### **Dans l'Éducation nationale, d'où vient l'intervention de la santé ?**

En dehors de l'éducation physique, il y a des médecins qui rédigent des textes sur l'hygiène, il y a l'intégration de l'enseignement de l'hygiène qui devient obligatoire dans les lycées (cf. *Histoire des pratiques de santé*). Le médecin établit le programme d'hygiène, dans les lycées de l'Empire, le médecin fait une visite médicale, évalue. Mais la première intégration officielle à mon avis, le premier personnel intégré dans le fonctionnement de l'Éducation nationale, mais qui n'est pas statutaire, qui est payé sous forme de vacations, ce sont les médecins inspecteurs de l'école de Paris créés dans les années 1886. Et il y a un manuel qui s'appelle *Inspecteurs de l'école de Paris*, qui dit ce que le médecin doit faire : bilans, épidémies, dangers... La notion d'éducation à la santé quant à elle commence à apparaître dans les années 70/80 et l'intégration institutionnelle, le fait que le geste soit réalisé avec des effets administratifs, c'est la circulaire de 1991.

#### **L'éducation à la santé n'est-elle pas aussi introduite parce qu'il est de plus en plus difficile d'intervenir dans les familles, parce qu'un certain nombre d'enfants échappent en partie à l'éducation familiale ?**

J'ai du mal à répondre à cela. J'ai plutôt le sentiment, mais il faudrait faire une enquête, j'ai plutôt le sentiment vu les textes, les propos, que c'est l'idée de prévention qui a changé, le contenu de la prévention n'est plus le même que ce qu'il était auparavant. L'objet de prévention a changé, l'objet de prévention avant c'était écarter le microbe, maintenant l'objet de prévention c'est beaucoup plus compliqué : la manière dont on se nourrit, dont on prévient l'obésité... Il y a des objets qui sont devenus des objets sanitaires qui ne l'étaient pas : la violence, la sexualité, etc.

Comme l'objet a changé, il faut informer. C'est comme cela que le déclenchement s'est fait. Et ces objets-là sont devenus beaucoup plus sensibles qu'ils ne l'étaient : prévenir le cancer n'a plus rien à voir avec prévenir la tuberculose. Donc il y a un déplacement et en même temps une alerte qui est plus aigüe.

**L'éducation à la santé n'est-elle pas vécue, perçue, comme un empiètement sur les prérogatives familiales ?**

Oui sans doute, mais quand on voit la manière dont l'enseignement de l'hygiène était perçu au XIX<sup>e</sup> ou en tout cas dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup>, c'était également l'idée de prendre en main l'hygiène à l'école parce que l'hygiène n'était pas intégrée par les familles. C'est très fort, c'est l'idée que si on éduque bien l'enfant, on va pouvoir, indirectement, éduquer les parents. C'est vrai qu'il y a aujourd'hui des inégalités familiales intenses, mais cette différence entre les milieux me paraît renvoyer au XIX<sup>e</sup>.

Globalement la population est plus sensible à la santé : il y avait deux magazines de santé à la fin des années soixante-dix, plus de vingt à la

fin des années quatre-vingt, aujourd'hui il y en a une trentaine. Deux d'entre eux sont les mensuels qui se vendent le plus parmi l'ensemble des magazines. Il y a aussi des pages santé dans la plupart des magazines. Cette extrême sensibilité du public à la santé évidemment est présente chez les enseignants et elle est présente à un niveau encore plus aigu. Les enseignants sont plus sensibles et informés d'où leur attention, sans doute plus aigüe qu'auparavant, aux désordres physiques et psychologiques des enfants et leur réaction aux désordres.

En même temps la pratique de la classe n'a pas beaucoup changé, on n'aère pas les salles, etc.

Oui, du coup, enseignant médecin, il faudrait que l'enseignant soit peut-être plus médecin qu'il ne l'est. ■

**GEORGES VIGARELLO**

Entretien réalisé par Elizabeth Thuriot

# De l'enseignement à la consultation

**Chantal Chevallier.** Aider les adolescents à parler de ce qui les inquiète, à faire le lien entre sexualité, MST et grossesse, à connaître les risques sans les amalgamer, pour les initier au respect d'eux-mêmes et de l'autre comme à celui de l'enfant à venir quand ce sera le moment.

**J**e suis médecin gynécologue, responsable d'un centre de planification : secteur de soins situé dans le service de gynécologie obstétrique où sont pratiquées les IVG et faites les consultations pré et post IVG, les consultations de contraception gratuites pour les mineurs, les consultations pour MST.

Depuis quatre, cinq ans, nous sommes alertés par l'augmentation du nombre des IVG chez les mineures de notre région. Les consultations de contraception pour les mineures sont gratuites, nous leur fournissons les contraceptifs. Elles peuvent venir sans autorisation parentale. Des conventions ont été passées avec des médecins généralistes des villes environnantes afin que les mineures puissent consulter et accéder gratuitement à une contraception.

Pourtant le nombre d'IVG chez les mineures est passé à Saint-Dizier de quinze en 1995 (7 % des IVG) à trente en 1999 (14 % des IVG).

Les moyens d'informations n'ont jamais été aussi nombreux, variés, et pourtant ces mineures, toutes scolarisées, n'ont pas réussi à demander une consultation pour contraception avant de se découvrir enceintes. Comment est-ce possible ?

## PAS DE MOTS POUR PENSER

Les mineurs, filles ou garçons, savent intellectuellement que les rapports sexuels aboutissent généralement à une grossesse, savent intellectuellement que la contraception existe, mais n'ont jamais imaginé consciemment et avec des mots clairs et concrets que cela pouvait leur arriver. Les filles surtout ne peuvent, pour des raisons diverses, anticiper et prévoir leur sexualité future. Ils l'ont sentie puisqu'ils ont eu des désirs ; ils l'ont manifestée par des attitudes séductrices ou au contraire d'opposition systématique à l'autre sexe.

Devant cette grossesse non désirée, ces jeunes gens ont tous la même remarque « *Je n'y ai pas pensé* », et la pensée pré suppose des mots.

Que faire pour qu'ils ou qu'elles y pensent avec des mots et puissent ainsi mettre en œuvre une attitude adaptée et responsable, adoptent

donc une contraception avant les rapports sexuels. C'est toute la distance qui va séparer l'enseignement : enseignement de la physiologie de la fertilité, enseignement des diverses méthodes contraceptives et la capacité de ces mineures à s'attribuer cet enseignement.

Trop de difficultés en effet pour s'attribuer cet enseignement, trop de confusions surgissent lorsqu'on les interroge : sont-ils des enfants ? Sont-ils des adultes ? Ont-ils le droit de s'autonomiser par rapport au désir de leurs parents ? Que vont penser alors les parents de leurs attitudes ? Quelle est la norme en matière de sexualité ? Ils disent aussi leur crainte d'apparaître novice lors des premiers rapports sexuels.

Ces questions pas toujours bien formulées, non résolues, les empêchent d'anticiper et de demander une contraception, mais les désirs et les pulsions subsistent et les font passer à l'acte.

## DONNER ET AIDER À METTRE DES MOTS

Faire apparaître ces questions à la conscience, les organiser en phrases, y répondre, rassurer les mineures sur leur normalité, réussir à les faire anticiper sur les relations sexuelles futures est le lien qui leur permet de passer de l'enseignement à la consultation.

Puisqu'il n'y a pas de demande chez ces jeunes de quatorze, quinze, seize ans, certains administratifs des lycées et des collèges nous demandent s'il est bien licite, éthique de leur parler de leur sexualité ? Cette demande ne peut être orale puisqu'elle n'est pas pensée. Mais elle est comportementale. Les attitudes de séduction sont des demandes non formulées.

Les parents nous disent : « *Vous allez leur faciliter l'accès à la sexualité avec la contraception. Alors que, sans contraception, leur accès à la sexualité serait peut-être plus tardif.* »

Les parents disent aussi que l'école peut ainsi les déposséder de leur fonction éducatrice face à cet aspect important de la vie. Nous leur répondons que les déficits en éducation sont d'autant plus importants que les milieux sont défavorisés, l'éducation face à la sexualité, comme les autres éducations. Ne pas profiter du passage à l'école pour mettre en œuvre cette éducation aggrave les inégalités.

Lorsqu'on réussit avec des mots, à expliciter et à décrypter ce qui les inquiète, on peut, en

faisant le lien entre sexualité et MST, les initier au respect de leur corps. En faisant le lien entre leur sexualité et la sexualité de l'autre, les initier au respect de l'autre. En faisant le lien entre la sexualité et la fertilité, les initier au respect de l'enfant à venir, au choix du moment où il viendra et où ils pourront l'assumer. Si, à leur âge, se met en place le respect de leur corps, le respect du désir de l'autre, le respect de l'enfant à venir, on peut espérer que ces idées seront en place chez l'adulte à venir.

#### L'AMALGAME DES RISQUES

L'autre cause d'IVG fréquente chez les mineures est l'amalgame entre les facteurs de risques inhérents aux rapports sexuels, entre les MST et la grossesse. Dans ces cas-là, la sexualité a été anticipée, les rapports sexuels ont eu lieu avec préservatifs. Les mineures arrivent cependant enceintes en consultation et l'explication est toujours la même : « *On se connaissait bien, alors on a arrêté les préservatifs* » ou « *On était fidèle alors on a arrêté les préservatifs* » ou « *On a fait un test (HIV) et on a arrêté les préservatifs.* » Lorsqu'on leur demande et la contraception comment l'assuriez-vous ? La réponse est toujours la même, « *On n'y a pas pensé.* »

Lors de l'information sur les risques, le risque MST a prévalu sur le risque grossesse. Ou alors lorsque l'explication sur le préservatif a eu lieu, on n'a pas séparé dans cette explication, la part des MST et la part de la grossesse.

Excepté dans la campagne de presse de début 2000, toutes les campagnes de presse en France sur le préservatif ont assimilé la prévention sur les risques inhérents aux rapports sexuels à la prévention du sida : il n'était plus jamais mention du risque de grossesse non désirée. On peut lire dans notre région en 1996-1997-1998, l'impact

de ces informations sur la montée des IVG chez les mineures. Les mineures sortent en général de cette IVG ulcérées : elles disent toutes la même chose : « *On a fait comme on nous a dit et il nous est quand même arrivé cette grossesse* », difficile pour elles, après, d'accorder confiance aux adultes. Elles ont payé la non-clarté des explications, l'amalgame des risques et peut-être aussi la peur des adultes de leur conseiller la pilule, croyant alors qu'elles seraient irresponsables et délaisseraient les préservatifs.

Lorsqu'on leur explique qu'à chaque risque correspond sa prévention : qu'au risque grossesse non désirée elles peuvent opposer la prévention contraceptif oral, qu'à l'oubli du contraceptif oral elles peuvent opposer la prévention pilule du lendemain, qu'au risque prévention des MST elles peuvent opposer la prévention préservatif, qu'au risque rupture du préservatif elles peuvent opposer la prévention pilule du lendemain et sérologie HIV en urgence afin de faire une prévention du sida par trithérapie si un des partenaires est séropositif. Ils ou elles comprennent alors « le pourquoi, du comment » et peut-être pourront-ils alors ne plus faire d'erreur et ne plus attendre, tremblants de peur, que la grossesse arrive, n'osant pas faire une sérologie HIV de peur d'apprendre une éventuelle séro-conversion.

Les Pays-Bas, avec leur méthode d'éducation, ont deux fois moins de grossesses chez leurs adolescentes malgré leur loi sur l'IVG allant jusqu'à vingt-deux semaines d'aménorrhée.

La santé physique, psychique, l'accession à la sexualité et à la fertilité de nos jeunes gens ne vaut-elle pas que l'on s'appesantisse sur ces problèmes dans ce pays ? ■

**CHANTAL CHEVALLIER**

Médecin gynécologue, responsable d'un centre de planification

# Les principes et la réalité

**Entretien avec Nelly Leselbaum.** Comment, un premier intérêt de la médecine pour l'éducation a pu conduire à une vision médicale et médicalisée de l'éducation.

**Dans *Le Monde de l'éducation* de juillet-août 2000, vous réaffirmez, me semble-t-il, que l'école peut devenir pour certains élèves « pathogène », parce qu'elle ne respecte pas toujours les rythmes et les équilibres de vie des enfants...**

En effet, dans cet article, je m'adressais aux décideurs, aux acteurs de l'éducation et à tous les adultes qui ont une responsabilité dans l'organisation scolaire, et bien entendu je compte aussi parmi eux les parents d'élèves. Je voulais les rendre attentifs aux modes de vie stressants et incohérents qu'ils font subir aux jeunes écoliers en rappelant ce que Brigitte Sandrin-Berthon exposait dans son livre *Apprendre la santé à l'école* : qu'il faudrait une cohérence entre les messages de santé diffusés par l'école et ses propres règlements. Je trouve en effet qu'il y a un fort décalage dans le temps entre les découvertes scientifiques en matière de sauvegarde de notre capital santé (équilibre travail-sommeil, détente) et la lenteur de leur application dans l'organisation scolaire.

Il y a près de quarante ans maintenant que les professeurs Debré et Douady, relayés ensuite par Vermeil, et Montagner, avaient démontré les liens entre les besoins des enfants et des adolescents et leur réussite scolaire. Selon eux, et en simplifiant leurs propos, une partie des facteurs liés à l'échec scolaire et au mal-être des jeunes tient à une organisation scolaire trop rigide, en contradiction avec les besoins psychologiques et physiologiques des enfants. Dans les derniers ouvrages de Hubert Montagner *En finir avec l'échec à l'école* et de Guy et Catherine Vermeil *Lièvres et Tortues*, il nous est expliqué comment chaque enfant a un tempo qui lui est propre et qu'il faut respecter pour lui donner toutes ses chances, et comment l'environnement et les rythmes influent la réussite scolaire. Je sais que la réforme des cycles à l'école élémentaire a tenté d'appliquer ces dernières découvertes en instituant une nouvelle organisation plus souple de l'école ! Mais vous savez comme moi que cette réforme n'est pas encore appliquée dans toutes les écoles... Voilà pourquoi je crois, comme le professeur Bernard Pissaro, que la première règle scolaire en matière d'organisation, c'est d'abord

que l'école s'applique les principes qu'elle défend.

Il y a aussi une autre idée que j'essaie de développer dans cet article, elle a trait à la mission impossible de l'école ! Pourquoi l'école est-elle si désemparée ? Parce qu'après avoir cherché pendant un siècle à préserver les enfants des fléaux sociaux les plus importants : l'alcoolisme, la tuberculose, la mauvaise hygiène de vie, elle doit, maintenant qu'elle est devenue une caisse de résonance des problèmes familiaux, s'engager dans l'éducation et la promotion de la santé de tous les citoyens. Or, si on compte aujourd'hui deux fois plus de suicides chez les adolescents qu'il n'y en avait il y a vingt ans et trois fois plus qu'il y a trente ans, c'est parce que tout un ensemble de difficultés personnelles et professionnelles, familiales, relationnelles, se cristallisent à l'âge de l'adolescence dans la population scolaire et les poussent au suicide. L'école doit, en plus de toutes ses autres missions y faire face. Mais en a-t-elle les moyens ?

**Admettons que l'on ait, dans les collèges et les lycées, davantage d'infirmières et de médecins. Pour y faire quoi ? Pour apprendre à faire attention, à ne pas abuser, à vivre mieux. Mais ne vaudrait-il pas mieux revenir au cours et à l'enseignement de l'hygiène comme autrefois ?**

Là vous me posez une question sur les missions de la santé scolaire sur le sens qu'il faut donner aux mots éducation à la santé et à promotion de la santé à l'école et sur les programmes que les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté doivent engager dans les lycées et les collèges. Je trouve votre question capitale, mais la réponse n'est pas simple... car il faut revenir aux progrès effectués dans la dernière moitié du XX<sup>e</sup> siècle par les recherches en sciences médicales et en sciences sociales.

En effet, dans un des livres sur la prévention à l'école, publié en 1990 par l'Institut national de recherche pédagogique, nous avons tenté d'expliquer aux acteurs de l'éducation comment la médecine rejoint l'école dans les actions de prévention. Toutes deux commençaient « à concevoir qu'elles devaient informer chaque citoyen des risques qu'il prenait à l'égard de sa propre santé faute de quoi les inégalités devant la mort et la maladie ne cesseraient de croître ». Nous avons cité l'allocution du recteur Bernard Toulemonde, le 21 février 1989 à Montpellier, où il



rience *le Relais étudiants lycéens* qui a lieu dans l'établissement Georges-Heuyer à Paris). Les experts comme Patrice Huerre, convié à faire des interventions, ont permis aux enseignants en poste dans ces établissements scolaires et en contact quotidien avec ces élèves malades de mieux appréhender les différents symptômes des jeunes en souffrance. Pour ma part, j'ai retenu de ce travail intense qu'il n'y a pas de primat du médical sur le pédagogique. Tous les acteurs de l'institution, pédagogues, institutionnels, accompagnants peuvent de leur place, interpréter les clignotants du mal-être des jeunes : il y a intérêt à développer une sémiologie scolaire, dans le savoir-lire de ces différents symptômes. Il y a nécessité de regrouper les analyses différentes des adultes qui entourent les jeunes malades.

**Mais légalement et dans tous les établissements scolaires, les médecins doivent délivrer des certificats médicaux pour pratiquer un sport à l'AS du collège ou au club du village, pour s'inscrire dans un centre de vacances, pour aller travailler ou non, pour excuser une absence, pour être dispensé des épreuves physiques du bac ou pour ne pas manger du poisson pour cause d'allergie à la cantine... Ils sont, directement ou indirectement, impliqués dans la vie des élèves à l'école et hors de l'école.**

Je ne comprends pas ce qui vous gêne dans cette implication ! Pour moi au contraire, cela montre que la médecine doit collaborer avec l'enseignement, sans exclusive l'une de l'autre. Bien au contraire, je verrais plutôt dans cette collaboration le signe que notre société civile cherche à mettre les compétences des différents experts au service des jeunes. C'est plutôt bon signe que l'école collabore avec la médecine. Vous connaissez bien les dangers d'une école qui se protège et s'insularise sans vouloir communiquer avec les autres « personnes référents » des enfants. À mon avis, les enseignants ne peuvent remplacer ni le médecin, ni les parents. Chacun doit rester à sa place et dans ses fonctions et son rôle spécifique. Mais je vous accorde que cela est plus facile à dire qu'à réaliser. Car si vous admettez que c'est pour le bien des jeunes que des adultes doivent collaborer, vous devez accepter de travailler en équipe, ce qui prend du temps et aboutit souvent à des remises en cause personnelles. Les enseignants par exemple, ont beaucoup de mal à accepter que dans les réunions de travail et de concertation, au nom du secret médical, on leur cache certaines informations concernant les élèves dont on discute. Pourtant, ce n'est pas si simple que cela de décider si les informations qu'on détient sur la famille du jeune ou sur ses difficultés de santé vont le servir ou au contraire le desservir.

Vous voyez, nous sommes « embarqués » dans une réflexion éthique dès qu'il s'agit de relations et d'actions humaines. Ce n'est pas un hasard si dans toute formation, au sein de toutes les professions qui ont un rapport avec les personnes, adultes ou jeunes, bien portantes ou malades, des groupes de réflexion sur l'éthique de ces

professions, se multiplient actuellement. Pour moi cette réflexion éthique va bien au-delà de la réflexion déontologique. Elle a un rapport avec la représentation que chacun de nous se fait de ce qui constitue la personne humaine, sa valeur, etc. Doit-on toujours faire confiance aux collègues sous prétexte que nous avons à nous préoccuper ensemble d'un élève ?

**Vous avez abordé, dans vos réponses à mes questions, l'expression éducation à la santé et vous avez aussi cité un numéro précédent des Cahiers pédagogiques qui a porté sur l'éducation à la santé. Est-il possible que vous nous exposiez ce que vous suggère cette expression ?**

C'est une question qui a des réponses multiples et différentes selon les pays. En France, selon la période dans laquelle on se place, l'éducation à la santé en milieu scolaire a pris des significations différentes. Me plaçant à l'époque actuelle, je dirai, comme le professeur Antoine Lazarus que « l'éducation à la santé participe de l'éducation la plus générale, celle qui transmet les motivations et les savoirs à l'élève, citoyen futur et lui permettent de rester vivant ». Pour développer cette éducation en milieu scolaire, selon moi, il ne faut pas seulement avoir recours à la seule compétence des professionnels de santé. Car on ne peut faire l'impasse des questions du sens de la vie, de ses valeurs métaphysiques, etc. Au-delà du champ du savoir sanitaire, somatique et psychologique, l'éducation à la santé interpelle chez chacun d'entre nous la manière d'être citoyen dans la cité ; elle traite du civique et du politique. Il ne s'agit donc pas seulement dans cette éducation de savoirs disciplinaires qu'il faut enseigner ou de savoirs pratiques qu'il faut faire passer ou de rituels qui relèvent de l'hygiène. C'est plutôt un idéal de la connaissance communautaire, qui serait accessible à tous les hommes, idéal plus près de la fraternité et de la citoyenneté que ne sont les maths ou les sciences économiques... C'est pour cela que l'éducation à la santé n'est efficace que si les enseignants sont convaincus de son bienfondé et de la nécessité de travailler en équipe pluricatégories, notamment avec les infirmières, les médecins et les assistantes sociales. Vous voyez pourquoi, les instituts universitaires de formation des maîtres ont du mal à mettre en place de telles formations. Comme je l'annonçais déjà dans mes précédents ouvrages traitant d'éducation et d'autonomie, il s'agit pour les enseignants de les forcer à une recherche éthique sur leur rapport à eux-mêmes, aux jeunes et à la société civile. ■

**NELLY LESELBAUM**

Maitre de conférence en sciences de l'éducation  
Entretien réalisé par Jacques Carboneel

# Quelle responsabilité pour l'école ?

**Quels sont les effets d'une politique interministérielle pour lutter contre les conduites à risques ? Les premières conclusions d'une équipe de chercheurs.**

**D**ans les quinze dernières années, une politique interministérielle plus volontariste a incité les établissements scolaires à créer diverses structures (le comité environnement social, le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, le volet santé du projet d'établissement, etc.) Ces structures devaient faciliter au sein de l'école la conduite d'actions éducatives avec l'aide d'intervenants extérieurs issus notamment de la police, de la justice, de la santé, et de la protection de la jeunesse. L'objectif était, de rendre conscients, sinon responsables, les jeunes qui prennent des risques à l'égard de leur santé, en consommant de façon excessive des substances psychoactives, ou en ayant des rapports sexuels non protégés..., ou en étant victimes d'accidents de la circulation par excès de vitesse. Des crédits déconcentrés, destinés aux établissements scolaires sont, chaque année, distribués par les instances académiques et départementales qui, par ailleurs, organisent des rencontres annuelles des praticiens.

## UNE ÉTUDE

Afin d'assurer le suivi au niveau national, une petite équipe de praticiens et de chercheurs a tiré un premier bilan et tenté d'éclairer la signification d'une telle politique dans notre société civile. Cent-quarante-cinq établissements dans sept académies ont répondu à une enquête par questionnaire écrit. Ce questionnaire, qui comportait plus de deux-cents items, devait aider les praticiens à décrire les objectifs et les dynamiques suivies dans la conduite de leurs actions, et à éclairer les difficultés qu'ils avaient à surmonter.

Le but de cette recherche était de mettre à la disposition des établissements scolaires une grille d'observation des dynamiques suivies plutôt que de mesurer et de contrôler les effets de ces actions. Diverses autres approches étaient plus qualitatives et plus innovantes dont une fondée sur des analyses lexicométriques des circulaires, des rapports d'experts, de la presse spécialisée, ou encore des entretiens des acteurs et des intervenants, un modèle théorique emprunté au domaine des recherches de prévention et une analyse du sens à donner au concept d'évaluation ont été utilisés.

Les trois quarts des établissements interrogés (401 sur 545) sont engagés dans des actions de

prévention. Cette prévention, pour une grande majorité d'entre eux, est conduite en fonction de la représentation que les adultes se font des demandes des jeunes et selon des formes très traditionnelles d'informations sur les prises de risques.

Le quart des établissements pratique une « prévention action » et prend le temps d'explicitier les objectifs (la plupart du temps oralement), de varier les méthodes et d'accorder aux élèves et aux partenaires (parents, intervenants) un certain rôle dans ces actions. Seule une minorité d'entre eux privilégie la participation des élèves.

## INFORMER NE SUFFIT PAS À PRÉVENIR

Le simple fait d'édicter des normes et des règles ne suffit pas à entraîner l'adoption de nouvelles conduites ou l'abandon de comportements chez les jeunes. La norme a surtout une fonction de réassurance pour ceux qui l'édicteront comme pour l'opinion publique. Elle sert à réduire la dramatisation du risque. Dans une démarche préventive, il ne s'agit pas d'accroître le savoir médical des élèves. L'enjeu des actions de prévention, quel que soit leur objet, est d'accroître leur capacité à maîtriser la prise de risque dans leurs attitudes et leurs comportements. Leur finalité est d'aider chaque jeune à la construction de soi-même, en tant que sujet responsable.

Si la prévention reste un objet de représentations floues pour les différents acteurs de l'éducation nationale, ceux-ci reconnaissent pourtant que leurs actions engagent la responsabilité de chacun dans et au-delà du strict champ scolaire et qu'elles sont à long terme.

Les démarches suivies dans ces actions sont variées selon les établissements. Mais les actions les plus pertinentes sont celles qui contribuent à tisser des liens entre les jeunes eux-mêmes, entre les jeunes et les adultes et entre le milieu scolaire et son environnement. Ce qui se développe dans les partenariats pourrait s'analyser en termes de stratégies de construction du lien social, là où il est le plus menacé. Les intervenants dont certains travaillent depuis de nombreuses années sur la prévention, au sein d'associations ou d'institutions, décrivent une évolution

Article paru en février 2003 dans le n°411 des Cahiers pédagogiques, « Quand les élèves se mettent en danger »



## 4. Dans nos archives

dans leurs interventions. D'un discours moralisateur et militant, dénonçant les produits et les dangers en terme de prises de risque, ils sont passés au fil des ans à une démarche interactive incitant les jeunes au dialogue et surtout à jouer un rôle actif dans la prévention, dans une démarche collective avec l'aide des personnels des établissements. Leur travail se fait sur les contextes et les situations, plus que sur le symptôme lui-même.

**QUATRE POINTS ESSENTIELS**

L'importance que l'établissement accorde à la prévention permet d'analyser la responsabilité que l'école s'attribue, ainsi que le statut qu'elle se donne et sa position dans l'insertion de la société civile.

La prévention est le signe de l'ouverture des établissements porteurs de changement et constructeurs de l'avenir : elle induit une interrogation sur les pratiques et les relations que celles-ci entretiennent avec l'environnement. Il est vrai que la protection des élèves est toujours passée dans l'école par la construction de leur relation au monde médiatisée par le savoir et la rationalité. C'est même la mission première et la plus ancienne de l'école ! Mais les menaces auxquelles l'école est confrontée aujourd'hui sont réelles et complexes. À leur mission d'instruction et d'éducation s'ajoute, pour un grand nombre d'établissements, celle de réussir l'intégration sociale de leurs élèves par des liens tissés avec l'extérieur.

L'introduction d'une pluralité d'acteurs divers dans le débat éducatif (psychologues et psychosociologues, psychiatres, éducateurs, personnels de justice et de police, etc.) conduit l'institution scolaire à ajouter une mission supplémentaire, celle de veiller à la sauvegarde d'une cohérence des actions collectives et ouvertes vers l'extérieur. Il s'agit d'inventer un nouveau partage de la responsabilité éducative, en acceptant qu'interviennent dans l'éducation des jeunes, plusieurs espaces qui ne se recoupent pas totalement, mais au sein desquels l'école garde ses missions essentielles et prioritaires dans sa tâche médiatrice. C'est dans ce cadre que les établissements porteurs de changements n'hésitent pas à créer des dispositifs nouveaux qui permettent à l'école d'adresser des familles aux institutions compétentes.

Enfin, l'école n'a pas à se substituer aux familles, mais elle peut, sous certaines conditions, jouer un rôle de médiation à l'égard des attentes et des angoisses que déclenchent les prises de risques.

**TROIS STYLES D'ÉTABLISSEMENTS**

L'étude de la façon dont la prévention est menée dans les établissements est un marqueur qui caractérise le style de l'établissement lui-même.

Face à ce problème, trois types de positions existent.

Faire de la communauté solaire, une commu-

nauté où tous les aspects éducatifs, sont simultanément travaillés.

Faire de l'école une société protégée avec une mission spécifique d'enseignement et d'instruction, ce qui aboutit à l'exclusion de la délinquance, le refus de la déviance par rapport à la norme et se traduit par la relégation des jeunes concernés dans des filières et institutions spécialisées ou intermédiaires (classes relais).

Faire de l'école une institution ouverte aux problématiques extérieures, mais qui protège d'une certaine façon les individus et leur permet d'achever leur construction personnelle. Cette position que des établissements assez nombreux souhaitent adopter introduit la contradiction et le conflit et nécessite le développement de nouvelles compétences pour tous les personnels de l'éducation. ■

**NELLY LESELBAUM**

INRP

# Un pari pour exister

**David Le Breton.** Les conduites à risques des jeunes sont une série de conduites disparates, dont le trait commun est l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel, ou de mettre sa santé en péril. Pourquoi, comment les jeunes les adoptent-ils ?

Les conduites à risques ne consistent pas seulement dans le heurt brutal avec le monde. Elles se font parfois dans la discrétion, le silence (errances, troubles alimentaires, refus de soin, automutilations, scarifications, etc.). Elles mettent toujours en danger les potentialités du jeune. Elles altèrent en profondeur ses possibilités d'intégration sociale. La déscolarisation en est parfois une conséquence non moins dramatique. Empruntant des formes variées, les conduites à risque relèvent de l'intention, mais aussi de motivations inconscientes. Certaines, longuement délibérées, inscrites dans la durée, s'instaurent en mode de vie, d'autres marquent un passage à l'acte, ou une tentative unique liée aux circonstances. Toute conduite à risque a son histoire propre et engage des significations multiples parfois difficiles à démêler.

## LA QUÊTE DE SOI

Lors de cet entredeux mondes qui succède à l'enfance et prélude à l'âge d'homme, le jeune est simultanément en quête d'indépendance et de réassurance à l'égard des autres, cherchant à la fois leur tutelle et l'autonomie, il expérimente pour le meilleur et pour le pire son statut de sujet, la frontière entre le dehors et le dedans de lui-même, joue avec les interdits sociaux, teste sa place au sein d'un monde où il ne se reconnaît pas encore tout à fait. Insaisissable pour les autres, mais aussi pour lui-même, il inscrit son expérience dans l'ambivalence. Les enseignants ou les parents sont souvent en grande difficulté ne sachant plus à quoi se raccrocher. Pour le jeune, la confrontation à soi et aux autres est une mise à l'épreuve dans la quête de soi. Les limites symboliques dans la relation aux autres et au monde sont fondamentales. Elles lui permettent de se situer en tant que partenaire actif au sein du lien social, sachant ce qu'il peut attendre des autres et ce que les autres peuvent attendre de lui dans une mutuelle reconnaissance. Il éprouve le sentiment de sa nécessité personnelle, de la valeur et du sens de sa vie. Porté par ce sentiment de confiance envers le monde, soutenu par le goût de vivre, il est préservé de devoir mettre en jeu son existence pour savoir si la vie vaut ou non la peine d'être vécue. Une majorité de jeunes connaît cette tranquillité d'exister et entre sans dilemme majeur dans l'âge d'homme. Les jeunes impliqués dans les conduites à risque composent une forte minorité, insaisissable en terme de chiffre, mais qui témoigne d'un manque

à être, d'une souffrance et de la nécessité intérieure de s'affronter au monde pour se dépouiller du mal de vivre et poser les limites nécessaires au déploiement de leur existence.

## S'ASSURER DE LA VALEUR DE SON EXISTENCE

Les raisons de mettre son existence en danger sont multiples, elles ne se comprennent qu'à travers une histoire personnelle et l'ambivalence propre à un jeune dans sa relation avec les autres et le monde. Aucune régularité simple et rassurante ne permet d'un trait de les identifier et aucune recette de les prévenir. Les conduites à risque ont leur origine dans l'abandon, l'indifférence familiale, le sentiment de ne pas compter, mais aussi à l'inverse dans la surprotection, notamment maternelle. La disqualification de l'autorité paternelle revient couramment. C'est toujours le manque d'orientation pour exister, le sentiment d'absence de limite à cause d'interdits parentaux jamais donnés ou insuffisamment étayés.

Dès lors les conduites à risque sont des sollicitations symboliques de la mort dans une quête de limites pour exister. Tentatives maladroitement et douloureuses de se mettre au monde, de ritualiser le passage à l'âge d'homme, elles marquent le moment où l'agir l'emporte sur la dimension du sens. La mentalisation est mise en échec et la résolution de la tension implique le passage à l'acte ou les conduites addictives. Les émotions, la souffrance, débordent les mots. Il s'agit d'accoucher de soi dans un corps à corps avec le monde. La question du goût de vivre est essentielle, son manque ou son insuffisance ouvre en soi un abîme qui expose au pire.

Les conduites à risque ne relèvent absolument pas de la volonté de mourir, elles ne sont pas des formes maladroitement de suicides, mais des détours symboliques pour s'assurer de la valeur de son existence, rejeter au plus loin la peur de son insignifiance personnelle. Tentatives d'exister plutôt que de mourir. Ce sont des rites intimes de fabrication du sens qui ne trouvent souvent leur signification que dans l'après-coup de l'évènement. En manipulant l'hypothèse de sa mort, le jeune aiguise le sentiment de sa liberté, il brave la peur en allant au-devant d'elle, en se convain-

Article paru en février 2003 dans le n°411 des Cahiers pédagogiques, « Quand les élèves se mettent en danger »



## 4. Dans nos archives

quant qu'il possède à tout moment une porte de sortie si l'insoutenable s'imposait à lui. La mort entre ainsi dans le domaine de sa puissance propre et cesse d'être une force de destruction qui le dépasse.

**FAIRE CORPS AVEC SOI**

Au moment de l'adolescence, quand les assises du sentiment de soi sont encore à vif, fragiles, vulnérables, le corps est le champ de bataille de l'identité. Il est à la fois inéluctable, à soi, racine identitaire, mais simultanément il effraie par ses changements, les responsabilités qu'il implique envers les autres, la sexualisation, etc. Il est une menace pour le Moi. Pourtant, il est là, à portée de la main en quelque sorte, comme une attache au monde, seule permanence tangible. Et il est l'unique moyen de reprendre possession de son existence. L'ambivalence envers le corps en fait un objet transitionnel destiné à amortir les coups d'une entrée problématique dans l'âge d'homme. Il le couve et l'écorche, le soigne et le maltraite, il l'aime et le hait avec une intensité variable liée à son histoire personnelle, et à la capacité de son entourage à faire office ou non de contenant. Quand les limites manquent, le jeune les cherche à la surface de son corps, il se jette symboliquement (et non moins réellement) contre le monde pour établir sa souveraineté personnelle, se différencier des autres, trancher enfin entre le dehors et le dedans, établir une zone propice entre intérieur et extérieur. Le corps est une matière d'identité qui permet de trouver sa place dans le tissu du monde, mais parfois non sans turbulence et non sans l'avoir malmené<sup>1</sup>. Pour faire enfin corps avec soi, prendre chair dans le monde, il faut éprouver ses limites physiques, les mettre en jeu pour les sentir et les apprivoiser afin qu'elles puissent contenir le sentiment d'identité. L'engouement contemporain pour les marques corporelles (tatouages, piercings, etc.) peut aussi être analysé comme une volonté de chercher ses « marques » avec le monde, au plus proche de soi, avec son corps. Pour sauver sa peau, on fait peau neuve.

**MAITRISER LE VIDE**

Toutes les conduites à risque témoignent d'un jeu avec le vertige, elles sont une conjuration du vide. Nombre de jeunes éprouvent un sentiment d'insignifiance, l'impression de ne pas exister dans le regard des autres. Le chemin n'étant plus jalonné de significations et de valeurs, le sol se dérobe sous les pas. D'où ce sentiment de vertige, de chute, de perte de tout contenant. Le jeune lutte alors contre la peur du vide en se jetant dans le vide. Il reprend un instant l'initiative. Recherche de grisurie, de vertige, d'oubli de soi dans des formes plus ou moins contrôlées de transe à travers l'alcoolisation, la drogue, la fête,

la vitesse sur la route, les tentatives de suicide. Une part de celles-ci sollicite d'ailleurs le saut d'une hauteur : défenestration surtout, précipitation d'un escalier, d'une roche. Le fugueur loin de la sécurité de ses anciens repères se livre au hasard de la route dans une sorte de chute vers l'horizon. L'affrontement délibéré avec la police ou les vigiles donne un instant à l'individu le sentiment de s'appartenir, de conjurer enfin la confusion logée au cœur de la vie.

Dans ces moments où il se tient aux confins de la condition humaine, le jeune est dans une relation de maîtrise provisoire avec le vide qui met sa vie en porte-à-faux. Il se tient sur le fil du rasoir mais il éprouve malgré tout le sentiment de prendre enfin possession de soi. Ces activités conjuguent vertige et contrôle, relâchement et toute-puissance. Elles favorisent la reprise en main d'une existence instable. Elles sont des tentatives de guérison. Le réveil brutal ou les lendemains pénibles et nauséux sont la rançon du rêve.

Ces conduites sont une manière de jouer son existence contre la mort pour donner sens et valeur à sa vie. Le jeune court le risque de son corps pour retrouver sa place dans le tissu du monde dans un échange symbolique avec la mort : il offre sa vie au risque de la mort, mais il attend aussi, s'il s'en sort, qu'elle lui donne en échange le sentiment d'assurance qui manque à son existence. Mais la mort à tout moment peut réclamer son dû. Et dans l'addiction il y a souvent un moment où elle l'exige comme s'il y avait une lassitude de répondre en permanence à la demande d'un surcroît de sens qui permette de continuer son chemin.

**ÉCHAPPER À LA MORT**

À l'insu de celui qui la met en jeu, la conduite à risque est un pari pour exister, l'ultime moyen de maintenir le contact. La mise en avant du corps est une manière de prendre chair dans un monde problématique, de s'assurer de sa valeur personnelle en n'interrogeant plus la société sous son angle symbolique, mais en investissant ce qu'elle dénie (la mort, l'intégrité du corps, la douleur) pour y inscrire sa propre nécessité intérieure. C'est parce que la sécurité est posée en valeur absolue que les conduites à risque sont à ce point fréquentes. Pour le jeune, la société a implicitement émis un jugement négatif à son encontre. Il ne se reconnaît pas ou mal dans ce qu'il en perçoit. Quant aux personnes affectivement importantes à ses yeux, elles ne le rassurent pas davantage sur la valeur de son existence. Puisque la société est disqualifiée, il interroge une autre instance, métaphysique, mais puissante : s'il réussit à échapper à la mort après avoir été un instant à son contact, une autre réponse lui est donnée, positive cette fois, celle malgré tout de sa valeur personnelle. En ce sens l'ordalie est un rite oraculaire. Elle énonce une prédiction sur l'avenir en disant si l'existence mérite qu'on aille à son terme. La conduite n'est pas toujours lucide ou clairement pesée dans ses

<sup>1</sup> Voir à ce propos notre analyse du recours aux marques corporelles comme manière de ritualiser un passage difficile : David Le Breton, *Signes d'identité... Tatouages, piercings et autres marques corporelles*, Métailié, 2002.

conséquences, l'inconscient y joue un rôle non négligeable.

Naitre et grandir ne suffit plus aujourd'hui à assurer une place de plein droit à l'intérieur du lien social, il faut conquérir son droit à exister. Et la société n'hésite plus à dire que pour réussir il faut se battre, être plus fort que les autres, sans cesse faire la preuve de ses mérites. Parfois, le climat relationnel des collèges ou des lycées et la santé des adolescents en pâtissent. L'apprentissage de la compétition (et sa justification sociale) commence là. Souvent, le jeune découvre un sens et une valeur à sa vie à travers la résolution d'une crise personnelle et non plus en se reconnaissant d'emblée comme acteur à l'intérieur du lien social. Quand les autres modes de symbolisation ont échoué, échapper à la mort, s'infliger une épreuve personnelle et s'en sortir, donnent enfin la preuve qu'une garantie règne sur son existence. Le fait de survivre redéfinit en profondeur l'identité personnelle.

Les conduites à risque sont des manières ambivalentes de lancer un appel aux plus proches, à ceux qui comptent. Par la mise en danger de soi, le jeune provoque le groupe, il produit une douloureuse émotion, il resserre les liens autour de lui par les soins ou l'attention qu'on lui prodigue alors. Tout dépend de l'attitude à son égard de ceux qui importent affectivement à ses yeux. S'ils restent indifférents, la récurrence est plus brutale ou bien le comportement à risque se transforme en addiction avec la possibilité non négligeable d'une issue fatale. Au contraire s'ils réagissent avec force, se mobilisent, témoignent de leur affection, l'échange se recrée sur une base nouvelle, certains malentendus peuvent être dissipés. C'est le cas de nombre de tentatives de suicide qui permettent à l'adolescent de renouer un dialogue interrompu ou de montrer pour la première fois à ses proches qu'il existe dans sa singularité. En brisant les routines familiales, il retrouve une place significative. Même s'il était seul dans la mise en danger, même si tous ignorent l'épreuve traversée, le jeune, en échappant à la mort, à travers les sensations éprouvées au contact du danger, découvre en lui-même des ressources inattendues qui l'amènent à reprendre le contrôle de son existence.

#### POUR UNE RENAISSANCE

Les épreuves que les jeunes s'infligent foisonnent, mais elles n'incarnent plus la scansion du passage de l'adolescence à l'âge d'homme, elles marquent plutôt l'accès possible à une signification enfin touchée. Il s'agit de se révéler à travers une adversité créée de toutes pièces : recherche délibérée de l'épreuve, acting out, inattention ou maladresse dont la signification est loin d'être indifférente. Le degré de lucidité qui préside au heurt avec le monde est ici indifférent, l'inconscient joue un rôle essentiel dans l'évènement. Une nécessité intérieure y domine. Si l'issue est favorable, cette approche symbolique ou réelle de la mort engendre une puissance de métamorphose personnelle. Elle régénère le nar-

cissisme personnel, restaure le sens et la valeur lorsque la société échoue dans sa fonction anthropologique de dire pourquoi l'existence vaut d'être vécue, pourquoi l'être est préférable au néant.

Dans l'après-coup, le jeune a le sentiment d'une mise au monde. Il est prêt à entrer dans le lien social, à devenir partenaire de l'échange. Loin des rites de passage des sociétés traditionnelles, ces épreuves sont plutôt, si elles réussissent, des rites personnels de conjuration du mal de vivre, des rites intimes de contrebande, une manière d'aller braconner du sens hors des sentiers battus. Ce sont des rites privés, autoréférentiels, détachés de toutes croyances et tournant le dos à une société qui cherche à les prévenir, mais qui ont parfois une dimension en effet initiatique.

L'accès à une nouvelle dimension du goût de vivre n'est pas socialement construit par une série d'étapes concourant à un rituel établi sous le regard unanime de la communauté sociale. Aucune progression ne jalonne ces épreuves en les rendant désirables et prévisibles. Elles sont profondément solitaires. Elles s'imposent dans un contexte de déliaison sociale réelle ou vécue comme telle, relevant d'actes impulsifs ou d'entreprises inconscientes de leur quête ultime. Elles puisent dans la souffrance d'échouer à trouver signification à son existence. La réponse apportée est souvent provisoire, insuffisante à assurer le sentiment de sa valeur personnelle.

Les conduites à risque forment une manière ultime de fabriquer du sens et de la valeur. Témoignant de la résistance active du jeune et de ses tentatives de se remettre au monde, elles s'opposent au risque bien plus incisif de la dépression ou de l'effondrement radical du sens. En dépit des souffrances qu'elles entraînent, elles possèdent donc un versant malgré tout positif : elles favorisent la prise d'autonomie, la recherche de marques ; elles sont un moyen de se construire une identité. Elles n'en sont pas moins douloureuses dans leurs conséquences à travers les dépendances, les blessures ou les morts qu'elles entraînent. Mais de toute façon la souffrance est en amont, perpétuée par une conjonction complexe entre une société, une structure familiale, une histoire de vie. Pour certains jeunes, le danger est davantage qu'ils restent emmurés dans leur mal de vivre, avec peut-être un jour une issue radicale. Les conduites à risque sont une tentative paradoxale de reprendre le contrôle de son existence, de décider enfin de soi quel qu'en soit le prix. Il s'agit de porter un coup d'arrêt à la souffrance. Se faire mal pour avoir moins mal dans son existence. ■

**DAVID LE BRETON**

sociologue, université Marc Bloch, Strasbourg

# Un peu d'histoire

**Jacqueline Le Roux.** Un bref historique pour comprendre l'évolution de la « santé à l'école » et celle du métier d'infirmière à l'Éducation nationale.

Un arrêté de 1947 sur l'organisation de la médecine de soins dans les établissements publics d'enseignement exige le recrutement de personnels soignants diplômés. Ces établissements disposent d'une infirmerie, lieu d'accueil, d'observations médicales, de consultations et de petits soins. Des infirmières diplômées d'État sont d'abord recrutées dans les collèges d'enseignement technique et dans les établissements avec internat. Des médecins libéraux sous contrat avec l'établissement sont recrutés et gérés par les rectorats. Des obligations sont attachées à leur emploi : passages hebdomadaires, interventions sur appel de jour comme de nuit, contrôle de l'hygiène alimentaire.

## UN CORPS SPÉCIFIQUE, DES MISSIONS QUI ÉVOLUENT

Le décret du 10 août 1965 crée le corps particulier des infirmières de l'Éducation nationale. De nombreuses circulaires préciseront le service et les fonctions des infirmières des établissements publics d'enseignement, leur recrutement s'élargissant à l'ensemble des établissements du second degré.

Dans les années 70, la santé ne se définit plus seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité, mais comme un complet état de bien-être physique, mental et social. Ce nouveau concept va se traduire par un élargissement du champ d'exercice de la profession. Le savoir infirmier va sans cesse être mis en question face à l'évolution des sciences humaines, médicales, des mœurs. Un savoir qui se posera aussi en termes de droit et de déontologie. C'est ainsi que les études d'infirmière passeront par étape de vingt-quatre mois avec 600 heures d'enseignement théorique dans les années 60, à trente-sept mois et 2240 heures d'enseignement théorique et autant d'heures de stages cliniques dans les années 90.

Pour tenir compte de la nouvelle définition de la santé en référence aux textes qui définissent l'évolution de la profession, le ministère de l'EN saura faire évoluer les missions de ses personnels infirmiers et donc les réponses à apporter aux élèves.

En 1978, la circulaire du 18 mars élargit les missions centrées sur les soins, l'hygiène et la sécurité à des missions éducatives organisées en lien avec les enseignants en accord avec le chef

d'établissement. L'infirmière participe aux instances de la vie scolaire et va totalement s'investir dans le service à rendre aux jeunes en matière de soins, d'écoute, de conseils et d'éducation à la santé.

En 1984, le ministère de l'Éducation nationale se voit confier les attributions relatives à la promotion de la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire, définies au titre du code de la santé publique (cf. décret n° 84-1 194 du 21-12-84) et précédemment dévolues au ministère chargé de la Santé.

Au 1er janvier 1985, le service de santé scolaire dont les missions de prévention et de dépistage concernent plus particulièrement certaines tranches d'âge de la population élèves est rattaché à l'Éducation nationale. Les infirmières qui exerçaient dans ce service rejoignent les corps des infirmières de l'Éducation nationale.

## UNE EXPERTISE POUR UN TRAVAIL D'ÉQUIPE

Les nouvelles définitions des concepts « promotion de la santé » et « prévention » vont engager les services de santé à partager « leur pouvoir » avec d'autres secteurs, d'autres disciplines, et ce qui est important, avec la population elle-même (cf. la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986). Elles auront également un impact sur l'évolution de la profession infirmière en général.

En 1987, le directeur de l'OMS déclarait que les infirmières proches de la population, en contact permanent avec les usagers sur le terrain, se présentaient comme une force unique pour les années à venir en tant que véritables inspiratrices du mouvement « Santé pour tous en l'an 2000 » basé sur les soins primaires. L'Éducation nationale s'inspirera de ces nouveaux concepts pour impliquer toute la communauté éducative dans la promotion de la santé en faveur des élèves.

La loi du 10 juillet 1989 sur l'éducation affirmera les responsabilités de l'école en matière de santé, avec l'objectif essentiel et spécifique de veiller au bien-être des jeunes, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. Cette prise en compte globale de l'élève impliquera la nécessité d'un travail en équipe pluriprofessionnelle associant tous les professionnels de l'école avec aussi le développement du partenariat extérieur.

En tant que professionnels de la santé les infirmières comme les médecins verront leurs missions spécifiques précisées.

La circulaire du 24 juin 1994 investit toutes les infirmières des mêmes missions quel que soit le secteur d'exercice : primaire ou secondaire. Il est cependant important de souligner que les infirmières de l'Éducation nationale remplissent leurs missions dans le cadre des textes législatifs qui régissent la profession infirmière (décrets du 16 février et du 15 mars 1993) relatifs aux actes professionnels et à l'exercice infirmier. Ces textes qui témoignent de l'évolution de la profession et que nous devons souvent rappeler à nos partenaires, font de l'infirmière une professionnelle de la santé à part entière avec une autonomie et une expertise professionnelle propre dans le champ global de la santé.

Ces responsabilités spécifiques, pour lesquelles les infirmières ont été formées et recrutées à l'Éducation nationale, sont le gage de leur professionnalisme. Elles leur permettent de mettre en évidence et d'évaluer les difficultés ou problèmes de santé des élèves accueillis, de mettre en place la démarche de soins adéquate ou d'orienter selon le cas vers la structure la plus adaptée. L'infirmière devenue une véritable conseillère de santé pour les élèves doit tout mettre en œuvre pour favoriser leur scolarité, contribuer à leur bien-être, les soutenir pour qu'ils recouvrent rapidement leur autonomie et puissent suivre la classe dans les meilleures conditions.

Avec l'évolution de la société, l'Éducation nationale a accueilli ces trente dernières années un nombre de plus en plus important d'adolescents dans le secondaire. Le temps de l'école a dès lors été traversé par toutes les difficultés que ces jeunes pouvaient rencontrer à l'extérieur et

à l'intérieur de l'école, liées aux enjeux de la réussite scolaire. Difficultés exacerbées par cette période de la vie où tout se rejoue au moment de l'adolescence tant sur le plan des valeurs que sur le plan physiologique. Faute de repères stables, d'un environnement sécurisant, les jeunes sollicitent très souvent les professionnels de l'école, car, après leurs parents, ils sont les adultes en contact permanent auprès d'eux. Ils veulent être écoutés, entendus, ne plus seulement être considérés comme des élèves. Ces conditions nouvelles engendrées par la massification du système éducatif ont amené l'Éducation nationale à confier de nouvelles missions aux professionnels de l'école afin d'apporter des réponses qui lui soient spécifiques pour aborder les questions de santé et de citoyenneté. La vigilance des personnels de proximité que nous sommes a été de plus en plus demandée, car beaucoup d'élèves « décrocheurs » ont des comportements marginaux qui peuvent passer inaperçus.

On peut ici regretter que si l'Éducation nationale a confié de nouvelles missions aux établissements scolaires, elle ne les a nullement dotés de moyens supplémentaires ni en personnels ni en moyens pour organiser l'espace et la vie scolaire... En ce qui concerne les postes d'infirmières, on a, ces dix dernières années, coupé les postes en deux comme si déshabiller Pierre pour habiller Paul allait permettre de mieux répondre partout aux besoins et aux attentes des élèves... ■

**JACQUELINE LE ROUX**

SNICS/FSU

# Former des acteurs et des équipes

**Robert Larue.** Pour pouvoir parler utilement de formation "d'intervenants" dans le domaine de l'éducation à la santé, il conviendrait de s'entendre d'abord sur une conception de celle-ci.

L'impérieuse pression des urgences, avec notamment la dramatique montée du sida, conduit certains à privilégier son aspect « prévention à court terme ». Pour d'autres, sans se dérober aux exigences du moment, elle vise, à plus long terme, à préparer le futur citoyen au libre choix d'attitudes responsables. En cela elle est véritablement éducation.

## UNE ÉDUCATION À LA RESPONSABILITÉ ?

C'est dire qu'elle est d'abord formation. Elle suppose acquisition de connaissance et de méthodes de raisonnement. Elle ne peut pas se limiter à un apport d'informations. Celles-ci sont, pourrait-on dire, « à courte vue ». Elles se démodent très vite. Par ailleurs, elles ne sont pas nécessairement porteuses d'un changement d'attitude.

Mais former n'est pas conformer. L'éducation à la santé ne saurait être non plus un conditionnement psychologique plus ou moins moralisateur. En tout cas, cela ne peut être le créneau de l'école.

Comme toute éducation, l'éducation à la santé est conquête d'une « liberté et d'une responsabilité de l'individu dans la société » Programme du thème transversal « la santé et la vie », supplément au BOEN n° 44 du 12 décembre 1985.. Elle prépare l'élève à prévenir les risques, à comprendre l'information, à adopter les attitudes qu'impliqueront, au cours de sa vie de citoyen, des situations constamment renouvelées.

## DANS LES ENSEIGNEMENTS...

Les enseignants ont en effet un rôle essentiel à jouer dans l'éducation à la santé. Lorsqu'ils assument, ils en fournissent le fonds commun, et en garantissent la permanence. Même inégale, leur contribution est essentielle. C'est le cas notamment, dans les lycées et collèges, pour l'enseignement de la biologie, là où il existe, ailleurs de celui d'économie familiale et sociale. À tous les niveaux, de nombreux points des programmes de biologie sont ou peuvent être un point d'appui pour l'éducation à la santé.

Pourtant, tout n'est pas si facile. Beaucoup d'enseignants se sentent démunis. Des améliorations sont possibles, nécessaires même, du côté des programmes eux-mêmes, des conditions de l'enseignement, de la formation des maîtres. L'enseignement de la biologie ne saurait prétendre, et ne prétend d'ailleurs pas, à un monopole dans ce domaine, tant sont nombreuses et diverses les composantes d'une éducation à la santé. D'autres enseignements, dans le respect de leurs spécificités, notamment celui d'éducation physique et sportive, d'autres enseignants, selon leurs compétences, peuvent et doivent intervenir.

## ... COMME DANS LA VIE SCOLAIRE

L'éducation à la santé ne peut reposer sur les seuls enseignements. Elle met en jeu la vie scolaire, qui doit donner l'exemple d'une vie saine. Elle repose sur l'existence de lieux de rencontre, de personnes ressources. Elle implique nécessairement les personnels médicaux et paramédicaux. Parfois, ils interviennent dans le cadre des enseignements, sous la responsabilité des enseignants. Plus souvent, ils contribuent à des actions complémentaires inscrites ou non au projet d'établissement.

Elle bénéficie des collaborations, qu'elles soient locales ou nationales, avec des partenaires de l'école. Les actions menées sont nombreuses, souvent de qualité. Pourtant, l'éducation à la santé ne peut non plus reposer sur elles seules : limitées dans leur impact par le volontariat des élèves, par la disponibilité des acteurs, par la diversité inévitable de l'engagement des établissements, elles portent souvent sur un nombre réduit de sujets : le sida, le tabac, etc. Aussi réussies soient-elles, elles constituent des actions complémentaires des enseignements chaque fois que ceux-ci jouent leur rôle. Mais il s'agit souvent d'une complémentarité de fait, alors qu'elle devrait être organisée.

## QUELLE SYNERGIE ENTRE LES ACTIONS ?

Il faut améliorer la cohérence entre des enseignements coordonnés prenant davantage en mains l'éducation à la santé dans ses divers aspects, et des actions complémentaires qui les soutiennent et les prolongent. Une des clés de cette cohérence se trouve dans le « volet santé »

du projet d'établissement, qui, rappelons-le, « définit les modalités particulières de mise en oeuvre des objectifs et programmes nationaux ». Il ne saurait se limiter à une juxtaposition d'actions isolées plus ou moins disparates. Il doit faire apparaître la relation existant, dans le temps et dans les contenus, entre les enseignements, entre ceux-ci, les actions complémentaires d'éducation à la santé, et la vie scolaire. Cela suppose un travail en équipe.

#### LA FORMATION D'ACTEURS ET D'ÉQUIPES

Si l'éducation à la santé est une œuvre d'équipe, relevant d'un projet qui assure la cohérence entre des actions complémentaires et les enseignements, alors la formation à développer en vue de la promouvoir doit naturellement concerner tous les acteurs susceptibles d'y contribuer.

Cela ne signifie pas qu'elle doive apporter à tous la même chose. Par exemple, le professeur de biologie a besoin d'une bonne maîtrise scientifique, mais plus encore didactique, pour articuler chaque fois que possible domaine biologique et domaine médical, formation scientifique et éducation à la santé. Il doit connaître les élèves pour aborder les questions avec mesure et lucidité dans des classes hétérogènes. Il est certes impensable qu'il ait réponse à tout, il n'est ni médecin, ni juriste, ni psychologue : il doit pouvoir diriger l'élève vers les personnes ressources. Sa formation dans le domaine de l'éducation à la santé ne peut se limiter à un apport d'informations médicales et épidémiologiques, aussi utiles soient-elles. Elle porte nécessairement sur les méthodes et les pratiques.

Les personnels médicaux et paramédicaux disposent, sous réserve de l'actualiser en permanence, de l'information médicale qui leur est nécessaire pour intervenir. Il est essentiel que la formation leur apporte la connaissance, quant aux contenus, à leur niveau, à la chronologie, et dans une certaine mesure quant aux méthodes, de ce qui est apporté par les enseignants aux élèves auxquels ils peuvent avoir à faire. Ceci est plus vrai encore pour les intervenants extérieurs à l'Éducation nationale, moins familiers en général des élèves et du fonctionnement de l'institution.

Mais encore, et peut-être surtout, les uns et les autres, auxquels il faut bien sûr ajouter des enseignants d'autres disciplines, conseillers d'éducation, personnels de direction, d'intendance et de service, assistantes sociales, doivent être formés, à la fois séparément et en commun, à travailler en équipe, à mettre au point des projets et à y collaborer. À la double cohérence des enseignements entre eux, puis avec les actions complémentaires, doit répondre une double cohérence de la formation, d'une part des acteurs selon leur compétence et leur rôle, d'autre part des équipes, en vue de leur intervention coordonnée dans des projets. Il revient aux IUFM, pour la formation initiale des enseignants – « qui tiendra compte des aspects sanitaires et sociaux de l'action éducative » –, puis aux Missions académiques à la formation des personnels de coordonner sans les uniformiser les formations destinées à des acteurs complémentaires de l'éducation à la santé. ■

**ROBERT LARUE**

Inspecteur général de biologie-géologie.

## RÉFÉRENCES

### Favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé

La formation des élèves dans le domaine des sciences de la vie, l'éducation pour la santé et la prévention des agressions et des consommations nocives doivent également constituer une préoccupation pour les parents d'élèves, l'équipe éducative et le service de santé scolaire. Le projet d'établissement peut fournir un cadre à leur action. Une priorité dans l'attribution des moyens sera accordée aux établissements des secteurs les plus défavorisés. Les initiatives locales et départementales seront encouragées. Par ailleurs, la formation des personnels enseignants tiendra compte des aspects sanitaires et sociaux de l'action éducative.

**Loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989**

# Se connaître, écouter, prévenir

**Ghislaine Dureault.** Des dispositifs pratiques, sur l'alcoolisme ou l'interconnaissance des jeunes.

**G**remy et Pissaro, dans leur rapport sur la prévention, ont défini la santé comme suit : « un état d'équilibre dynamique entre l'homme et son environnement, l'un et l'autre interagissant ». Il s'agit donc pour nous de travailler sur « qui je suis » et « comment je suis avec les autres », « qu'est-ce que je sais » et « comment j'utilise ce que je sais ». Cela passe par la connaissance de soi, de son propre fonctionnement biologique, psychique et social, et cela en comparaison avec le fonctionnement d'autrui (ce qui permet de se comparer et de « prendre ses marques »). Il s'agit d'accéder à une « métaconnaissance » :

- Quels processus me font agir, me font penser, me font être ?
- Comment fonctionnent mon corps, mon cerveau, mes émotions ?
- Quel est mon fonctionnement au niveau cognitif, mes « préférences cérébrales » ? Est-ce que je suis plutôt quelqu'un de rationnel, qui pense par séquences ou quelqu'un qui organise, planifie, contrôle, ou qui crée en permanence, élargit le champ, pense par analogie, ou encore qui vit très centré sur l'affectif et sur le climat qui règne autour de moi ?
- Quel est mon fonctionnement au niveau perceptif ? Est-ce que j'appréhende plus facilement les choses par la vue, l'ouïe, le ressenti ?
- Quelles sont mes représentations de la vie, de la santé ou d'une maladie, de la dépendance ?
- Dans une situation particulière (par exemple au café avec les copains), quelle est ma façon de réagir, comment suis-je en relation ?
- Qu'est-ce qui m'inquiète ?
- Qu'est-ce que je crois et que je voudrais confirmer ?
- Qu'est-ce que je sais et dont je suis sûr ?
- Comment je suis avec les autres ?
- Qui je suis ?

Ce sont toutes ces questions qui sont de l'ordre d'un fonctionnement individuel et social, d'un être au monde, d'un positionnement original de chaque individu, que nous mettons en commun au sein des groupes. Nous invitons les adolescents, les adultes, à mettre ces questions, face aux autres, à leur regard, celui des pairs, celui

des aînés, afin de permettre l'échange, la confrontation, la réflexion, et enfin la maturation d'attitudes et de comportements réfléchis, conscients. Voilà bien notre objectif : permettre aux individus et aux groupes d'avoir des comportements et attitudes conscients et non guidés par des on-dit, des idées toutes faites, des manipulations médiatiques, des préjugés.

Cela correspond bien pour nous au travail de prévention : partir des besoins latents pour aller vers des besoins ressentis, puis exprimés, afin de travailler sur ces besoins, et de chercher à les satisfaire au mieux ; cela plutôt que de laisser faire, de répondre aux impulsions, d'agir par réflexe et de façon finalement conditionnée par le champ social et l'environnement en général. Nous travaillons donc sur les processus, sur les fonctions.

Nous utilisons des contenus d'information comme moyen pour comprendre un fonctionnement et non comme but d'éducation. Par exemple, je pense que l'alcool met de l'ambiance : qu'est-ce qui me fait dire cela, à partir de quelles expériences personnelles ? Une confrontation des représentations de chacun permet ensuite de ressortir les quelques points communs au groupe et à l'animateur, qui soient donc une réalité commune et « objective » : l'alcool est un produit psychotrope qui modifie le comportement.

Nous donnerons ici quelques exemples d'intervention type qui fonctionnent très bien dans des classes de collège ou de lycée, dans des stages de formation.

## SÉANCE SUR LES CONDUITES D'ALCOOLISATION

Présenter l'intervenant ; resituer le cadre de l'intervention, qui a fait la demande et pourquoi. Vérifier les attentes des élèves. Puis présenter l'objectif et la méthode.

*Objectif* : Bien connaître son propre rapport à l'alcool pour en garder la maîtrise.

*Méthode* : Contenu : l'alcool produit, ses effets physiques et psychologiques, les motivations à boire, etc.

*Processus* : réflexion, échanges, débats en sous-groupes et classe entière.

Répartir les élèves en groupes de cinq à sept environ (si la classe est très peu nombreuse, il est quand même intéressant de mettre les élèves en groupe, même par trois ou quatre, car entre eux les échanges seront riches et très importants, d'une nature différente des conversations à la

récréation). On peut éventuellement favoriser la non-mixité (intéressante dans beaucoup de domaines de l'éducation pour la santé, particulièrement sur les thèmes de l'alcoolisation et de la sexualité). Cela permettra de mettre en valeur les différences de perceptions et de vécu, selon les sexes, au cours de la reprise en grand groupe. Pour cette répartition, il faut laisser aux élèves le temps de s'installer, de modifier la disposition des tables et chaises qui resteront toute la séance dans la « disposition en groupes », même pour les débats communs à toute la classe (prévoir un endroit où le bruit ne gêne pas).

Poser une question par oral, l'écrire au tableau, vérifier si la consigne est comprise par tous, demander un preneur de notes par groupe, donner le temps imparti (quinze minutes environ).

Type de questions : Pourquoi est-ce que l'on boit ? Qu'est-ce que cela apporte de boire de l'alcool ?

S'il y a des « anti-alcool » convaincus, ils peuvent former un sous-groupe et parler entre eux de « ce qu'ils pensent de l'alcoolisation et de ceux qui s'alcoolisent » (préciser l'objectif qui n'est pas le dénigrement, mais plutôt de tenter de comprendre, de se situer par rapport à ceux qui s'alcoolisent sur un plan de « négociation »). Passer dans les sous-groupes pour vérifier que la communication est installée et que les élèves sont bien sur le thème prévu.

Reprendre en grand groupe préciser au préalable que ce qui s'est dit appartient au groupe (ce n'est pas nominatif, l'important étant la qualité de l'échange) ; qu'ils redonnent à la classe les éléments qu'ils désirent.

Puis reprise groupe par groupe des comptes-rendus, débats, apport d'information et élargissement, à partir des différents points abordés par les élèves sur les notions :

- de besoins : de s'affirmer, des autres, de calme, d'ambiance, de boire, d'affection ;
- de dépendance, physique et psychologique (effets sur l'organisme, sur le cerveau) ; comparaison avec d'autres produits psychotropes ou non (tabac, médicaments, drogue) ; le manque ;
- de toxicomanie : recherche des effets ; l'alcool est-il une drogue ; définition de drogue, toxicomanie, alcoolisation aiguë et chronique, etc.
- de produit : les différents types d'alcool, les préjugés, différence hommes/femmes, la publicité

Si les échanges sont difficiles à canaliser, on peut remettre les élèves en sous-groupes pour échanger entre eux cinq à dix minutes sur la question soulevée : qu'en pensez-vous ?

Synthèse par l'intervenant ou par l'enseignant si c'est lui qui anime. Il donnera des pistes pour un travail ultérieur éventuel.

À nouveau en sous-groupes, afin de terminer sur un ancrage positif : quels sont les moyens autres que l'alcool, et positifs, pour s'affirmer, se sentir à l'aise, aborder la conversation, passer le temps, c'est-à-dire pour obtenir les effets que

vous recherchez dans l'alcool. Reprise en grand groupe.

Impressions, commentaires, remarques, suggestions... par rapport à cette séance. L'intervenant et l'enseignant peuvent aussi dire ce qu'ils pensent, les jeunes aiment le savoir !

Nota Bene : Ce type de séance peut s'adapter à d'autres thèmes et fonctionne bien sur le thème du tabagisme.

#### TECHNIQUES DE PRÉSENTATION INDIVIDUELLE AU SEIN D'UN GROUPE

*Objet* : Ouverture d'une séance sur la communication ou sur un thème d'éducation pour la santé, qui demande une implication des élèves. Ces techniques de présentation, si elles sont bien menées, ainsi que les travaux en sous-groupes, sont toujours un plus pour les élèves, qui n'ont pas l'habitude d'échanger de cette façon, même s'ils se connaissent depuis plusieurs années.

*Objectif* : Mieux se connaître, mieux connaître les autres, s'affirmer positivement, communiquer ensemble.

*Méthode* : Tour à tour (intervenant compris, mais pas au début pour ne pas trop induire de choses), et après quelques minutes de réflexion personnelle, chacun va se présenter en utilisant point par point la liste notée sur le tableau (avec possibilité de « joker » en cas de difficultés) :

- je suis une personne...
- Dans dix ans je voudrai...
- Je suis bien dans ma peau quand...
- Ce collègue (ou cette classe ou...) est...
- Mes trois vedettes, héros, personnages préférés sont...

Nous avons expérimenté cette méthode dans des demi-classes seulement, de quinze à vingt élèves. Pour un groupe plus important, il faut adapter la liste grille.

Durée approximative :

1. présentation du processus : 5 à 10 minutes
2. réflexion personnelle 5 à 10 minutes
3. tour de table : 1 à 3 minutes par personne

Après le tour de table, on peut demander aux élèves leurs appréciations sur cette méthode, l'intérêt qu'ils y ont pris, et souligner à ce moment l'impact d'une bonne communication dans un groupe. L'animation sur un thème spécifique sera alors grandement facilitée.

#### LES PRESTATIONS MISES EN ŒUVRE AUPRÈS DES ACTEURS DE PRÉVENTION : STAGES DE FORMATION AUPRÈS DES ADULTES RELAIS

Il s'agit pour nous d'aider les adultes relais (assistantes sociales, médecins, infirmières de santé, enseignants, conseillers pédagogiques, etc.), qui sont souvent experts dans un ou plusieurs domaines, qui ont les connaissances requises, à trouver des moyens pertinents et efficaces d'intervention, de réalisation de projets au niveau des établissements scolaires. Voici les orientations principales de nos formations :



## 4. Dans nos archives

Quelles conditions sont nécessaires pour la mise en place d'un projet sur la santé ?

Les représentations de la santé

Comment analyser la demande et les besoins : qui fait la commande (statut, place dans l'institution) et pourquoi ? Demande explicite/demande implicite. Y a-t-il un consensus ? Des partenaires ? Dans ce cas quel est le rôle de chacun ?

Quels objectifs atteignables peut-on se fixer (nécessité d'un minimum de consensus, en particulier au niveau des valeurs) ? Qu'est-ce que l'on veut obtenir ? Est-ce que l'on envisage un simple repérage de notions et un passage d'informations ? Ou bien une maîtrise et une intégration qui demandent peut-être des techniques différentes et un travail sur un long terme ?

Est-ce que ces objectifs pourront servir de base à une évaluation de l'action ?

Quelles méthodes mettre en place ? Techniques d'animation, d'écoute, de communication en groupe, la relation aidant/aidé, etc.

Ces différents points font l'objet de multiples exercices, mises en situation, recherches et travaux demandés aux personnes en formation,

afin qu'elles puissent expérimenter elles-mêmes les différents processus qu'elles pourront ensuite utiliser dans leur lieu d'exercice.

Nous avons constaté qu'actuellement les adultes relais se sentent démunis au niveau des méthodes ; on leur demande de monter des projets, de travailler en partenariat, de répondre de façon pertinente aux besoins des élèves... et ce sont souvent les aspects techniques (financiers, stratégiques, pédagogiques) qui posent problème. D'où l'intérêt de former ces « acteurs de prévention » potentiels, en partant de leurs connaissances, de leurs croyances et des valeurs qu'ils veulent défendre, pour en arriver aux techniques de mise en place de projets spécifiques.

Notre conclusion sera simple : la prévention passe par l'écoute, et c'est bien à partir de cette idée que nous avons développé nos pratiques. ■

**GHISLAINE DUREAULT**

Animatrice- formatrice au CIPAT de la Vienne,  
membre du Laboratoire de psychologie sociale de l'université  
François Rabelais de Tours