

Frank PIZON

Didier JOURDAN

LES ENSEIGNANTS ET LES PRESCRIPTIONS INSTITUTIONNELLES DANS LE CHAMP DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Résumé : Si la prescription destinée aux enseignants se traduit en premier lieu sous la forme des programmes scolaires, elle ne se limite pas pour autant à encadrer le volet didactique de l'activité des enseignants en référence aux différentes disciplines enseignées à l'école, au collège ou au lycée. Elle concerne aussi la dimension éducative du métier et notamment les « formes scolaires non disciplinaires » auxquelles se rattache l'éducation à la santé. Cet article est centré sur la question de la prescription dans ce champ spécifique. L'analyse des textes disponibles montre que si la prescription est abondante et multiforme on peut néanmoins l'organiser autour de trois pôles. Il s'agit d'abord des programmes scolaires centrés sur les connaissances biologiques. On trouve ensuite des circulaires qui prônent une approche large visant l'émancipation (donner les moyens de choix libres et responsables en matière de santé) et la création de conditions de réussite de tous les élèves (via le développement des compétences personnelles, sociales et civiques et la création d'un environnement scolaire favorable). Enfin, ont été publiés une multitude de textes thématiques répondant à une problématique sociale mais ne prenant pas place dans un projet structuré. Dans un second temps, l'article développe les résultats des études conduites sur la réception de cette prescription et qui montrent qu'elle est quasiment absente de l'horizon professionnel des enseignants. Cela ne signifie pas que ceux-ci ne contribuent pas à l'éducation à la santé des élèves mais qu'ils le font en référence à l'idée qu'ils ont de leur mission plutôt qu'en réponse à une injonction clairement identifiée. Cette analyse conduit à proposer des éléments de mise en perspective de la prescription et la formation des enseignants dans le domaine de l'éducation à la santé.

Mots clé : Prescription – Enseignant – Éducation à la santé.

Les travaux conduits depuis de nombreuses années dans le champ de l'analyse du travail ont montré que l'activité des enseignants ne saurait être décrite comme l'application mécanique des programmes scolaires. Elle est plutôt « le résultat d'un compromis entre des rationalités multiples : les objectifs didactiques et pédagogiques des enseignants, leurs propres buts subjectifs ainsi que les contraintes et les ressources de leur milieu de travail » (Goigoux 2007). Penser le travail enseignant nécessite ainsi de dépasser la simple référence à l'implantation, pour aller vers la prise en compte du professeur comme acteur à part entière. Si la prescription, c'est-à-dire tout ce que l'institution scolaire définit et communique au professeur pour l'aider à concevoir, à organiser et à réaliser son travail¹, n'est pas le seul déterminant du travail enseignant, elle joue néanmoins un rôle capital.

¹ Les programmes d'enseignement et autres instructions officielles, les lois et règlements de la fonction publique d'État, l'évaluation du travail enseignant réalisée par les inspecteurs de l'Éducation Nationale, l'évaluation des acquisitions des élèves, etc. (Goigoux 2007)

Cette prescription s'exprime en premier lieu sous la forme des programmes des différentes disciplines enseignées à l'école, au collège ou au lycée. Elle ne se limite pas pour autant à encadrer le volet didactique de l'activité des enseignants en référence aux enseignements disciplinaires. En effet, elle concerne aussi la dimension éducative du métier, ce que Martinand (2003)² qualifie de formes scolaires non disciplinaires. Celles-ci se distinguent des disciplines par l'absence de référent académique et donc de curriculum clairement établi. Elles sont ancrées sur des pratiques sociales de référence (Martinand 1981). L'éducation à la santé, à l'environnement, à la sécurité, à la consommation ou aux médias en sont les principales déclinaisons actuelles. Le fait qu'elles soient considérées aujourd'hui comme des dimensions constitutives de la mission de l'École et des enseignants ne signifie néanmoins pas qu'elles trouvent facilement leur place dans le champ scolaire. Les éducations à..., restent un élément « à part » dans l'activité professionnelle (Lange et Victor 2006).

De façon complémentaire à ce qui a été publié sur « textes officiels et disciplines scolaires » dans le numéro 42 de la revue *Spirale* et au sein de ce numéro consacré à la « réception des documents officiels par les enseignants », nous présenterons notre réflexion sur la question de la prescription dans le champ spécifique de l'éducation à la santé.

Dans cet article nous ferons donc d'abord le point sur l'ensemble des textes disponibles et montreront que la prescription est multiforme (depuis des programmes centrés sur les connaissances aux bulletins officiels de 1998, 2001 et 2003 qui prônent une approche large reliant santé/réussite scolaire, en passant par une multitude de textes thématiques répondant à une pression sociale mais ne prenant pas place dans un projet structuré).

Dans une seconde partie nous traiterons de la réception de cette prescription. Pour cela, nous utiliserons les données issues de nos travaux en premier et second degré (études qualitatives par entretien et quantitatives par questionnaire) pour aborder le rapport entretenu par les enseignants à ces prescriptions multiples avant de proposer des éléments de réflexion sur la prescription en matière d'éducation à la santé.

UN CONTEXTE DE SUR-PRESCRIPTION D'OBJECTIFS

Le fait que les questions de santé tiennent une place marginale dans l'activité des enseignants ne tient pas à la nouveauté de cette problématique pour le système éducatif. Alcool, prévention des maladies infectieuses et hygiène d'abord, puis drogues illicites, tabac ou obésité, l'école républicaine française s'est vue confier, dès son origine et tout au long de son histoire, la mission de contribuer à la santé publique. A la fin du XIX^e siècle et pendant la majeure partie du XX^e, il s'agissait de conduire les élèves à développer les « bons » comportements et à éviter les « mauvais » (Nourrisson 2002). Du fait des mutations sociales et de l'évolution de l'école, cette approche hygiéniste a progressivement laissé la place à une perspective plus large, centrée sur l'apprentissage de la liberté et de la responsabilité (voir références

² « Nous entendons par formes scolaires, un ensemble d'activités menées par les enseignants et leurs élèves repérables parmi d'autres formes d'activité, en particulier en raison de leurs visées éducatives, répondant aux exigences officielles et faisant l'objet d'une organisation spécifique s'inscrivant dans le curriculum scolaire des élèves » (Martinand J.-L. 2003 *Séminaire travail conjoint*. IUFM Versailles-UIMM. Paris).

dans Jourdan 2004). L'éducation à la santé trouve aujourd'hui sa légitimité moins dans sa référence aux fléaux sociaux ou aux problèmes de santé publique qu'au sein d'une éducation à la citoyenneté qui ne saurait ignorer les questions liées à la santé. S'il n'est, en effet, que peu de professionnels pour contester la pertinence de l'action de l'École en matière d'éducation à la santé (Jourdan *et al.* 2002), ils sont par contre nombreux à mettre en avant les tensions générées par l'ampleur de la prescription scolaire voire leur écartèlement entre des missions multiples et parfois contradictoires (Lantheaume et Hérou 2008). En effet, les attentes sociales actuelles vis-à-vis de l'École conduisent à ce qu'une pression croissante soit exercée sur le monde scolaire et ses professionnels : transmettre des connaissances, enseigner la langue orale comme écrite, conduire les élèves à réussir leur brevet ou leur baccalauréat, leur permettre de trouver du travail et de se préparer à l'enseignement supérieur mais aussi transmettre un socle commun de connaissances et de compétences notamment les règles de la vie sociale, initier à l'usage de l'Internet, ouvrir à une culture dans le domaine artistique, donner les moyens de décoder les questions vives de citoyenneté par une éducation à la santé, à la sécurité, aux médias, à l'environnement et au développement durable... Lois, décrets, programmes, circulaires, plans gouvernementaux et d'actions submergent en continu le système éducatif de kyrielles de prescriptions diverses. Les problématiques scolaires ou de santé des jeunes attendent quant à elles des réponses multiples, et souvent immédiates, de la part des établissements scolaires. De plus, dans le champ de l'éducation à la santé, le nombre de textes publiés a augmenté de façon considérable à partir de la fin des années quatre-vingt-dix³. La grande diversité de ces écrits ne contribue pas forcément à une clarification de ce que les professionnels sont appelés à mettre en œuvre (Baeumler 2002, Mamecier 2004). Ces constats ne peuvent qu'interpeller sur la façon dont les différentes prescriptions, d'origines parfois très diverses, sont adressées à l'École. Ceci n'est sans doute pas sans conséquences comme le rappelle Peretti-Watel (2008) : « la tendance actuelle, liée aux exigences croissantes des politiques en matière de prévention et de gestion des différents risques sanitaires, conduit à multiplier des actions d'information et des campagnes sur des thèmes spécifiques. Or il est de moins en moins évident que la résultante de ces actions soit cohérente et qu'il n'y ait pas plus d'effets soustractifs qu'additifs ». La prévention vient prendre place dans un contexte scolaire marqué par une surprescription massive d'objectifs (Félix et Saujat 2007).

UNE PRESCRIPTION MULTIFORME

La pression sociale exercée sur le système éducatif dans le domaine de la santé est très forte notamment du fait du corpus considérable de données qui mettent en avant le rôle de l'école dans l'amélioration de la santé des populations. L'une des traductions en est l'importance des documents destinés au milieu scolaire et à ses professionnels. Les textes législatifs centrés sur des problématiques sanitaires incluent souvent des prescriptions en matière d'éducation à la santé. C'est le cas par exemple de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception qui stipule qu'« une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison

³ Environ une douzaine de textes a fait l'objet d'une publication au Bulletin Officiel depuis 1998.

d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène ». Du côté des textes émanant du pouvoir exécutif, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie, rédigé par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie laisse, dans son volet prévention, une large place à l'action en milieu scolaire. On pourrait aussi citer ici le plan national nutrition santé. Les agences d'État, notamment l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé qui dépend du ministère de la Santé proposent de nombreux documents destinés aux enseignants. Le ministère de l'Éducation Nationale a produit quant à lui un ensemble de textes qui définissent le statut de l'éducation à la santé à l'école ainsi que les modalités de sa mise en œuvre (code de l'éducation, programmes, socle commun, circulaires spécifiques...). Enfin, de nombreuses associations du secteur de la prévention proposent des documents pédagogiques pour agir contre une problématique sanitaire déterminée (obésité, risque cardiovasculaire, conduites addictives, violences sexuelles...).

Tous ces documents ne relèvent pas du même registre. Il est nécessaire de centrer notre analyse sur ce qui constitue le cœur de la prescription, la *prescription primaire*, c'est-à-dire celle qui émane du ministère de l'Éducation Nationale et qui ne relève pas de l'activité propre des professionnels d'un établissement scolaire. Les prescriptions secondaires (projets d'établissement, projets des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, dispositifs académiques de prévention...) ne seront pas pris en compte ici. Il convient de préciser que l'écueil potentiel que constituerait la non intégration des textes législatifs dans l'analyse peut être levé car les articles de lois concernant la mise en œuvre d'actions éducatives en milieu scolaire font l'objet de textes du ministère de l'Éducation Nationale (intégration dans le code de l'éducation, circulaires spécifiques...). Pour reprendre l'exemple cité plus haut, les modalités de mise en œuvre de l'article 22 de la loi 2001-588 du 4 juillet 2001 sont détaillées dans la circulaire 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, parue au BO 9 du 27 février 2003.

D'une façon générale, la prescription primaire prend trois formes principales, complémentaires et interdépendantes :

- la *publication de programmes d'enseignement et d'instructions* qui définissent en amont les attentes de l'institution scolaire à l'égard des maîtres ;
- l'*évaluation du travail des enseignants par les corps d'inspection*, réalisée au cours de leur activité, mais qui pèse par anticipation sur la conception de celle-ci ;
- l'*évaluation des performances scolaires des élèves* qui définit ce qui est attendu, en aval, à l'issue de l'activité professionnelle des maîtres (Goigoux 2007).

Nous nous focaliserons sur le premier de ces axes car l'éducation à la santé ne donne pas lieu à une évaluation des performances scolaires et que du côté de l'inspection, ce sont essentiellement les inspections pédagogiques régionales de sciences de la vie et de la Terre (pour l'éducation à la santé et à l'environnement) et des établissements et de la vie scolaire (pour les conduites à risques et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté) qui prennent en compte l'implication des professionnels dans les dynamiques d'éducation à la santé.

MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL ET D'ANALYSE DES TEXTES CHOISIS

Plusieurs démarches peuvent être mises en œuvre pour analyser la prescription en matière d'éducation à la santé. Il est possible de travailler à partir de la nature des textes (socle commun, programmes, circulaires...), de leur public (tous les professionnels de l'établissement, les enseignants ou tout autre catégorie spécifique...) ou de leur contenu. C'est cette dernière entrée que nous avons choisie pour dresser une cartographie de la prescription scolaire en éducation à la santé.

Le corpus de textes, volontairement limité aux instructions officielles préconisées par le ministère de l'Éducation Nationale, est accessible en ligne sur le site Internet Éduscol. Il a été bâti à partir des « textes de référence » au sein des différentes rubriques relatives à l'éducation à la santé et à la prévention.

Ces textes ont fait l'objet d'une méthode d'analyse en deux phases.

- *La première phase* d'analyse a visé à identifier la nature des préconisations destinées à orienter l'activité des professionnels. Pour chaque texte, ont été distingués leur niveau d'action, leur intention ainsi que les ressources et partenariats proposés (tableau 1).

- *La seconde phase* d'analyse a permis de considérer les textes prescripteurs comme des productions langagières à part entière, et donc en référence à un lexique spécifique sur lequel notre analyse a porté, nous permettant ainsi de situer ces textes en fonction de leurs finalités (tableau 2).

Tableau 1 : Présentation chronologique des principaux textes
constituant les prescriptions primaires en matière d'éducation à la santé en France

<i>Référence / Intitulé</i>	<i>Finalité</i>	<i>Niveau d'action</i>	<i>Intention</i>	<i>Ressources Partenariats</i>
Circulaire 98-237 du 24 novembre 1998 <i>Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège fixant le nouveau cadre pour la mise en œuvre des actions concernant les élèves</i>	Éducation	Développement de compétences suivantes par : - 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 soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité. Permettre aux jeunes de répondre ou de s'opposer de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement.	<i>Approche globale</i> : l'éducation à la santé nécessite une prise en charge collective, cohérente et progressive à travers des différents enseignements et de l'ensemble des activités éducatives.	- Ensemble des personnels des établissements scolaires - Rôle essentiel des personnels de santé – médecins, infirmier(e)s – et des personnels du service social - Les élèves sont le plus possible associés. - Formations sur l'adolescent et sur des thématiques spécifiques. - Maintenir la cohérence entre des acteurs de la communauté scolaire et des divers métiers à l'oeuvre. - Le BO accompagné d'un guide théorique
BO HS 9 du 4 novembre 1999 <i>Repères pour la prévention des conduites à risques</i>	Prévention	Article L312-16 : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées à raison d'au moins trois séances annuelles. » Article L312-17 : « Une information est également délivrée sur les conséquences de la consommation	Mise en œuvre d'une démarche de santé communautaire. Approche planifiée de l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées par groupes d'âge homogène. Approche planifiée de la prévention de l'alcoolisme dans les collèges et les lycées	- Personnels de santé scolaire et personnels des établissements - Élèves formés - Partenaires extérieurs - Personnels de santé scolaire - Partenaires extérieurs

		tion d'alcool par les femmes enceintes [...], à raison d'au moins une séance annuelle. »	par groupe d'âge homogène.	
Encart du BO 46 du 11 décembre 2003 <i>Éducation à la santé : programme quinquennal de prévention et d'éducation</i>	Promotion de la santé	Favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques	La promotion de la santé en faveur des élèves est indissociable de la politique éducative globale en articulation avec les enseignements.	- Concerne l'ensemble de la communauté éducative et non quelques spécialistes mais. - En liaison étroite avec la famille.
Circulaire 2006-197 du 30-11-2006 se référant au décret du 9 septembre 2005 modificateur du décret du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement <i>Le CESC, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté</i>	Promotion de la santé	Contribuer à l'éducation à la citoyenneté Préparer le plan de prévention de la violence Proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion Définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques. Enseigner les règles générales de sécurité et de principes simples pour porter secours.	Institutionnaliser des temps de rencontres sur l'établissement scolaire afin de mettre en place des projets santé et citoyenneté dans une démarche de santé communautaire.	- Réunion à l'initiative du chef d'établissement ou à la demande du CA. - Participants : le chef d'établissement, les personnels d'éducation, sociaux et de santé et des personnels enseignants, des parents et des élèves, les représentants de la collectivité de rattachement, toute personne dont l'avis est estimé utile. - Formation aux premiers secours assurée par des organismes habilités pour les personnels d'enseignement, d'éducation et de santé.
Circulaire 2006-085 du 24-5-2006 centrée sur la « sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, formation aux premiers secours et enseignement des règles générales de sécurité »	Protection Prévention		Préparer les enseignants (brevet national de moniteur des premiers secours) à dispenser aux élèves des principes simples pour porter secours.	
Circulaire 2006-080 du 11 mai 2006 <i>précisant l'organisation de la journée mondiale sans tabac</i>	Prévention Protection	-Apporter aux personnes et notamment aux jeunes, des informations scientifiquement validées sur les différentes formes du tabac afin d'appliquer plus efficacement les mesures antitabac et d'induire ainsi un effet positif sur la santé.	Les objectifs de cette journée mondiale définis par l'OMS sont de mieux faire connaître : - les diverses formes de consommation du tabac ; - les types, noms et arômes sous lesquels se cache le tabac [...] ; - la nécessité d'une réglementation stricte et de son application.	Le guide d'intervention en milieu scolaire élaboré par la direction de l'enseignement scolaire et la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie est centré sur cet objectif de prévention des conduites addictives (Outil de référence).
Circulaire 2006-830 du 11-7-2006 <i>Socle commun de connaissances et de compétences</i>	Éducation	Intégration de l'éducation à la santé dans le socle commun de connaissances de compétences de la scolarité obligatoire dans les « compétences sociales et civiques » et dans la partie « autonomie et initiative »	Approche globale participant à la construction du citoyen en matière d'éducation nutritionnelle, de prévention des conduites addictives, formation aux premiers secours, d'éducation à la sexualité, etc.	- Personnels des établissements scolaires

*ENSEIGNANTS ET PRESCRIPTIONS INSTITUTIONNELLES
DANS LE CHAMP DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ*

<p>Circulaire 2006-196 du 29-11-2006 JO du 5-12-2006 <i>fixant l'interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et de formation</i></p>	<p>Protection</p>	<p>« A partir du 1^{er} février 2007, il sera totalement interdit de fumer dans les enceintes [...] et cette interdiction s'applique aux personnels comme aux élèves. »</p>	<p>Mettre en œuvre une démarche centrée sur l'information des personnels, des parents, des élèves et des apprentis sur la nouvelle réglementation, les risques tabagiques et les possibilités d'aide au sevrage. Mettre en place de la prévention et de l'aide au sevrage.</p>	<p>- Ensemble de la communauté scolaire concerné en s'appuyant sur le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et la commission hygiène et sécurité (CHS) de votre établissement - Site « Éduscol » - Associations et mutuelles ressources</p>
<p>Circulaire 2006-197 du 30 novembre 2006 <i>Protection du milieu scolaire</i></p>	<p>Prévention Protection</p>	<p>Permettre aux élèves de développer des comportements de responsabilité individuelle et sociale par l'acquisition des compétences sociales et civiques (socle commun).</p>	<p>Favoriser la continuité éducative dans une démarche de santé communautaire.</p>	<p>Prendre appui sur le CESC (réflexion, observation, conception, mise en œuvre et évaluation) <i>Sont cités en référence 15 autres textes officiels, Lois, décrets, circulaires, notes...</i></p>
<p>Circulaire 2007-172 du 15 novembre 2007 <i>précisant l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida</i></p>	<p>Prévention Protection</p>	<p>- programmer l'installation de distributeurs aisément accessibles et maintenus en bon état de marche et d'approvisionnement, en prévoyant deux emplacements distincts, pour les garçons et pour les filles ; - mettre à disposition des membres du conseil d'administration des informations démontrant l'urgence d'un renforcement de la prévention auprès des jeunes.</p>	<p>Sensibiliser et responsabiliser les jeunes face au SIDA.</p>	<p>- mobiliser leur conseil d'administration et impliquer le conseil des délégués à la vie lycéenne - CESC - partenariat renforcé avec l'association Sidaction autour de l'opération « Pour la vie », avec le concours de France 5 Éducation, la Ligue de l'enseignement et l'INPES - Renvoi à la circulaire 2007-113 du 6-7-2007</p>

Légende : Chaque texte est positionné en référence à sa ou ses finalités (Downie et Tannahill 1990). Il est fait également mention du niveau d'action souhaité (développement de connaissances, travail sur les comportements, installation de matériels spécifiques,...), de l'intention de chaque texte (mettre en œuvre une démarche globale, sensibiliser, informer, etc...) et enfin des ressources et partenariats pouvant être sollicités (monde associatif, familles, guides d'intervention, etc...).

Dans le domaine de la prescription en éducation à la santé, les textes les plus généraux font appel à la notion de promotion de la santé. Cette dernière a pour finalité de « donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer » (OMS, 1996). Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser la communauté et prendre en compte les interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain. Dans notre système éducatif, elle se voit assigner deux objectifs. Il s'agit d'une part de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires à des choix libres et responsables en matière de santé, et d'autre part de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves. « En assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. Aussi, la promotion de la santé en faveur des élèves est-elle indisso-

ciable de la politique éducative globale » (BO 2003). La démarche de promotion de la santé concerne ainsi tous les acteurs et toutes les dimensions de vie de l'établissement incluant un volet protection (textes relatif à l'interdiction de fumer, à la sécurité, à l'accès pour les élèves à des personnels de santé et social...), un volet prévention centré sur les thèmes et un volet éducatif. C'est donc en référence à ce cadre, tel que développé par Downie et Tannahill (1990) que nous étudierons le contenu des textes institutionnels.

Au sein de ce corpus, il a été possible d'identifier trois groupes de textes en fonction des axes qu'ils privilégient (tableau 2) :

- *Groupe 1* : Textes prenant en compte les trois dimensions de la promotion de la santé (éducation, prévention, protection) ;
- *Groupe 2* : Textes insistant sur la prévention et la protection ;
- *Groupe 3* : Textes orientés sur l'éducation.

Le texte le plus représentatif du premier groupe est le programme quinquennal de prévention et d'éducation (encart du BO 46 du 11 décembre 2003) qui souligne que la « promotion de la santé en faveur des élèves » est « indissociable de la politique éducative globale ». L'action des professionnels du milieu scolaire, au quotidien, en constitue le levier principal. La pertinence d'une action commune et concertée est soulignée : « la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative ». Cette prescription attend des compétences variées de la part des professionnels du milieu scolaire, notamment des enseignants puisqu'il est question aussi bien de « développer chez les élèves des comportements civiques et solidaires » que de « permettre à la fois le repérage des élèves et leur accompagnement de façon continue sur leur scolarité ». La coordination de la mise en œuvre de la promotion de la santé, dans les établissements scolaires, est confiée aux Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (circulaire 2006-197 du 30-11-2006). A la fois outils de diagnostic et lieu de conception d'actions, le CESC « contribue à l'éducation à la citoyenneté ; il prépare le plan de prévention de la violence ; il propose des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion ; il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques ». Sa perspective est donc éducative et relie l'éducation pour la santé à l'éducation à la citoyenneté. Partant d'une logique centrée sur l'établissement, le CESC s'inscrit comme une des instances du dispositif public de prévention, en concertation notamment avec les structures de la politique de la ville impliquées dans la lutte contre l'exclusion et la prévention des violences. La circulaire du 30 novembre 2006 laisse une large place au volet éducatif en référence aux programmes scolaires par « l'acquisition des compétences sociales et civiques, déclinée à tous les niveaux de la scolarité dans le cadre des contenus disciplinaires, [qui] constitue l'un des piliers du socle commun de connaissances et de compétences défini dans le décret 2006-830 du 11 juillet 2006 ». Les domaines à aborder sont nombreux (parcours civiques, formation aux premiers secours, éducation à la sécurité routière, à l'environnement pour un développement durable, à la défense et l'éducation à la sécurité et aux risques, diagnostic de sécurité, protection de l'enfance, etc.).

Le second groupe rassemble des textes qui privilégient la protection et la prévention. Il s'agit essentiellement de textes relatifs à une thématique particulière (SI-

DA, sécurité, tabac...). Certains, comme la circulaire 2006-085 du 24-5-2006 centrée sur la « sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, formation aux premiers secours et enseignement des règles générales de sécurité » ou la circulaire 2003-027 du 17-2-2003 concernant « l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées » précisent les modalités de prise en compte, par le système éducatif, de problématiques spécifiques. Dans les « repères pour la prévention des conduites à risques » parus au BO hors série 9 du 4 novembre 1999, ce sont les facteurs de protection qui sont mis en avant : « le travail éducatif dans son ensemble visera à articuler ces facteurs de protection afin qu'ils permettent aux jeunes de répondre ou de s'opposer de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement, non seulement par rapport aux propositions de substances psychoactives, mais par rapport à toutes les conduites à risques ». Viennent s'ajouter à ces textes un certain nombre de « journées » portant sur diverses thématiques de santé. Il existe, chaque année, 77 journées mondiales ou européennes ayant une entrée « santé » (sur un total de 178 journées diverses et variées). Des circulaires donnent les modalités d'organisation de telles journées dans le milieu scolaire. Il s'agit de celles relative à la journée tabac (circulaire 2006-080 du 11 mai 2006), et à la journée SIDA (circulaire 2007-172 du 15 novembre 2007). Enfin, certains textes correspondent à la transposition de directives de santé publique comme le décret 2006-1386 du 15 novembre 2006 (publié au JO du 16 novembre 2006), fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (circulaire 2006-196 du 29-11-2006 JO du 5-12-2006).

Le troisième groupe rassemble des textes centrés sur le volet éducatif. Il s'agit des programmes scolaires du premier degré et du second degré dans plusieurs disciplines (sciences de la vie et de la terre, éducation physique et sportive, sciences et technologies de la santé et du social) et du socle commun de connaissances et de compétences (décret 2006-830 du 11 juillet 2006). Dans ce dernier texte, la santé est présente à la fois dans le domaine de la culture scientifique et technologique « l'appréhension rationnelle des choses développe les attitudes de responsabilité face à l'environnement, au monde vivant, à la santé. » et au sein des compétences sociales et civiques puisque les élèves doivent « être éduqués à la sexualité, à la santé et à la sécurité ». Le paragraphe « autonomie et initiative » appuie les démarches centrées sur la construction de la personnalité de l'élève mise en œuvre en éducation à la santé : participation active, appropriation de règles de vie partagées, respect mutuel. Ce texte rappelle également que « la prise en compte de la santé par l'École répond aussi à une demande sociale, organisée autour de trois grands domaines : les difficultés sociales des familles : chômage, ruptures familiales..., la santé des élèves proprement dite : addictions, obésité, nutrition..., le mal-être des jeunes, qui peut se traduire par des attitudes de repli sur soi »⁴. La circulaire 98-237 du 24 novembre 1998 (BOEN 45 du 3 décembre 1998) constitue le cadre de référence de l'éducation à la santé à l'école primaire et au collège. Elle se situe dans une perspective globale et est centrée sur la mission éducative de l'École. Il n'est donc pas ici question de traiter des problèmes de santé publique mais de fournir les clés pour une prise en compte de la santé dans l'éducation scolaire des élèves. Sa référence centrale en est la citoyenneté. Le texte précise qu'« à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider cha-

⁴ Version du 2 septembre 2008 du code de l'éducation

que 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 ». Ces éléments permettent de situer la légitimité de l'éducation à la santé non pas en référence aux problèmes de santé mais en termes de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables.

Tableau 2 : Finalités des principaux textes prescriptifs dans le domaine de l'éducation à la santé dans le système éducatif français

		<i>Promotion de la santé</i>		
		<i>Éducation</i>	<i>Prévention</i>	<i>Protection</i>
Cadre réglementaire de l'éducation à la santé à l'École		<i>Circulaire 98-237 du 24 novembre 1998</i> Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège fixant le nouveau cadre pour la mise en œuvre des actions concernant les élèves		
		<i>Bulletin officiel hors série n 9 du 4 novembre 1999</i> Repères pour la prévention des conduites à risques		
		<i>Encart du Bulletin officiel 46 du 11 décembre 2003</i> Éducation à la santé : programme quinquennal de prévention et d'éducation		
		<i>Décret 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret 85-92 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement</i> Le CESC, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté		
			<i>Décret 2006-41 du 11 janvier 2006</i> Sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles générales de sécurité	
			<i>Circulaire 2006-080 du 11 mai 2006</i> précisant l'organisation de la journée mondiale sans tabac	
		<i>Décret modificateur 2006-830 du 11 juillet 2006</i> Socle commun de connaissances et de compétences		
				<i>Décret 2006-1386 du 29 novembre 2006 modifiant la Loi Evin</i> fixant l'interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et de formation
			<i>Circulaire 2006-197 du 30 novembre 2006</i> Protection du milieu scolaire	
			<i>Circulaire 2007-172 du 15 novembre 2007</i> précisant l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida	

Légende : Les principales prescriptions officielles d'éducation à la santé en milieu scolaire sont organisées en référence aux trois axes de promotion de la santé (Downie et Tannahill 1990) : éducation, prévention et protection. Selon qu'ils se réfèrent à un, deux ou trois de ces champs, ces textes permettent de distinguer trois groupes.

La prescription en éducation à la santé telle que nous la connaissons aujourd'hui est le fruit d'une histoire. Sa diversité peut en partie être interprétée en réf-

rence à l'évolution de la perception du rôle de l'école en matière d'éducation à la santé. Il est nécessaire de présenter succinctement l'évolution de la prescription pour comprendre ses caractéristiques actuelles.

UNE ÉVOLUTION DE LA MISSION CONFIEE AU SYSTÈME ÉDUCATIF EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Cinq périodes (Romano 2004) permettent de rendre compte de l'évolution de la prescription en matière d'éducation à la santé. Avant 1982, nous pouvons parler de prophylaxie et d'hygiène (Nourrisson 2002). Au XIX^e siècle, la priorité est donnée à la lutte contre les maladies contagieuses, et l'hygiène prend place dans les leçons de morale. Il faudra attendre les années cinquante, puis de façon plus marquée 1964, pour que l'on constate une volonté d'aborder les problématiques individuelles de santé comme composante de l'échec scolaire. C'est la circulaire de Fontanet (MEN, 1973) qui introduit ensuite la notion d'éducation et d'éveil de la responsabilité notamment dans le domaine de l'éducation sexuelle. De 1982 à 1985, c'est l'appropriation de l'information par les élèves qui est privilégiée : il s'agit d'éduquer en enseignant (programmes de 1985). Une impulsion forte avait déjà été donnée par décret le 21 décembre 1984 en confiant « au ministère de l'Éducation Nationale la responsabilité des actions de promotion de la santé en faveur des élèves et des adolescents en milieu scolaire ». De 1986 à 1997, la promotion de la santé, sous l'impulsion de la charte d'Ottawa (OMS, 1986), renforce la centration sur l'élève. On parle de « bien-être », « d'estime de soi » et l'individu n'est plus l'unique point de référence, ses comportements et son environnement sont davantage pris en compte. De 1998 à 2001, la citoyenneté et la responsabilité deviennent des axes prioritaires. Le 11 mars 1998, un plan de relance pour la santé scolaire est annoncé. Plusieurs circulaires précisent la nature de « l'éducation à la santé et à la citoyenneté », de la prévention, du dépistage et du suivi des problèmes de santé dès l'école maternelle au travers de vingt mesures. La circulaire 98-237 (BOEN 45 du 03-12-1998) précise les orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège, et positionne de façon déterminante l'éducation à la santé en référence à l'émancipation des élèves. Les instructions officielles en éducation à la santé pour le système scolaire français en font alors une composante de l'éducation de la personne et du citoyen. A partir de 2001, l'École entre dans une politique de santé globale en faveur des élèves et place l'état de santé des élèves comme facteur de réussite scolaire et éducative. L'éducation à la santé se doit de s'inscrire dans un projet éducatif global, associant les parents et s'appuyant sur un travail partenarial en réseau (PNEPS, février 2001). « On est passé d'une politique de soins à une prévention plus globale, pour parvenir enfin à une promotion de la santé comme processus de vie, intégrant des facteurs sociaux et économiques, les modes de vie et le libre arbitre des acteurs comme facteurs protecteurs » (Leselbaum 2003).

Depuis 2006, on perçoit une inflexion même s'il est difficile d'y voir une tendance de fond. Les textes produits depuis lors ne sont plus centrés sur une démarche de promotion de la santé avec en toile de fond la finalité d'émancipation mais plutôt la prévention des conduites à risque.

UNE PRESCRIPTION TRAVERSÉE PAR UNE SÉRIE DE TENSIONS

A l'évidence, la prescription apparaît comme traversée par une série de tensions. La première est liée au fait que, dans notre pays, il n'y a rien d'évident à ce que l'école, dont la mission se cantonne à la sphère publique, prenne en charge le domaine de la santé qui relève d'abord du privé, de l'intime. Il n'existe pas non plus de consensus sur la façon d'aborder les questions de santé. A minima deux lectures émergent pour peu que l'on creuse l'argumentaire développé dans les différents textes (tableau 3).

Tableau 3 : Les deux lectures de l'éducation à la santé
qui coexistent au sein des textes institutionnels

<i>Prescriptions privilégiant la sécurité</i>	<i>Prescriptions privilégiant la promotion du bien-être individuel et social</i>
Urgence préventive Limiter les risques Créer un environnement protecteur	Prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté Émergence d'une éthique du bien-être individuel État providence
Système éducatif = Instrument de santé publique	Système éducatif = Acteur de santé publique

Légende : Une vision préventive visant la création d'un environnement protecteur cohabite avec une approche globale et positive de la santé. L'action même du système éducatif oscille ainsi entre une double posture : soit il devient un instrument de santé publique, soit il en est acteur. La temporalité de ces deux entrées est également différente, entre une certaine immédiateté recherchée ou au contraire une action sur le plus long terme.

Il s'agit de la référence à la sécurité, d'une part, et de la référence à la promotion du bien-être individuel et social, d'autre part. La première se réfère à l'idée d'urgence préventive (si nous n'agissons pas maintenant les conséquences seront importantes dans le futur), la seconde renvoie à des fins plus larges (promouvoir le bien-être social, prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté). Si la référence à la sécurité a été longtemps dominante, le double phénomène de l'émergence d'une éthique du bien-être individuel et d'une augmentation du degré d'exigence des individus vis-à-vis des « États providence » a conduit à donner plus de place à la promotion du bien-être individuel et social. 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. La lecture initiale est ainsi centrée sur la prévention de problématiques sanitaires, le système éducatif y est perçu comme *instrument* de santé publique. La seconde se réfère aux missions fondamentales de l'école. Il s'agit d'une part de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires à des choix libres et responsables en matière de santé, et d'autre part de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves. Dans ce second cas, l'école est un *acteur* de santé publique.

La seconde tension est celle qui existe entre centration sur l'enseignement de... (les disciplines) et prise en compte des éducations à... (la santé, la citoyenneté, l'environnement, aux médias, etc.). Cette tension n'est pas nouvelle, elle est constitutive de l'École républicaine. Dès son origine, la question de la nature de la mission éducative de l'École a été posée. Dans notre pays, le contexte qui a vu son émergence

était tel que c'est sur ce qui est reconnu comme commun à tous (et donc universel) qu'elle a été fondée. Tout ce qui relevait de choix, d'opinions concernait seulement la sphère familiale, à la famille l'éducation, à l'école l'instruction. Permettre à l'école d'être reconnue et acceptée par tous les citoyens était à ce prix. Le courant des pédagogies actives ou nouvelles a porté cette préoccupation des éducations à... dans une perspective éducative plus globale mais il l'a fait en périphérie de l'école. Aujourd'hui encore, les différents dispositifs d'ouverture qui offrent des entrées non disciplinaires restent marginaux.

D'autres tensions sont aussi à l'œuvre et permettent de rendre compte de la nature complexe de la prescription : la position de « l'objet santé à l'école » entre versant éducatif et volet prise en charge des difficultés de santé ; une approche essentiellement biologique centrée sur la transmission de connaissances hygiénistes et une finalité plus large visant l'émancipation ; entre visée d'adoption de bons comportements et développement de la capacité à choisir de façon libre et responsable... Ces multiples tensions s'expriment de façon différente selon la nature des textes considérés. Elles sont probablement irréductibles du fait de la nature même de la « santé » concept intégrateur—que l'on ne saurait enfermer dans une définition univoque. La santé peut être considérée à la fois comme « un état de complet bien-être physique, psychologique et social » au sens de la définition de l'OMS de 1946 et comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (OMS 1986). Il n'est donc pas étonnant que, dans les programmes scolaires de 2008 pour l'école primaire (BO HS3 du 19 juin 2008) l'éducation à la santé soit présente en deux lieux. D'une part l'acquisition de connaissances relatives à la santé est mentionnée dans deux domaines d'apprentissage : l'EPS (les élèves apprenant à veiller à leur santé) et les SVT (connaître le fonctionnement du corps humain et avoir un comportement responsable face à l'environnement). D'autre part, elle apparaît en lien avec la citoyenneté dans le cadre de l'instruction civique et morale.

UNE PRESCRIPTION TRANSPARENTE POUR LES PROFESSIONNELS

Après avoir proposé une analyse des textes institutionnels en éducation à la santé et décrit les tensions qui les traversent, nous pouvons étudier la façon dont ils interfèrent avec l'activité de l'enseignant.

D'une façon très générale, cette activité dépend de trois éléments : la situation de travail, les élèves et l'enseignant lui-même (Goigoux 2007). La prescription relève du premier de ces trois registres en orientant l'activité de l'enseignant, sans pour autant parvenir à occulter les contraintes et les marges de manoeuvre qui s'imposent à lui (Amigues et Lataillade 2007). Les données bibliographiques montrent qu'en France, malgré le lien unissant réussite scolaire et santé, la mobilisation des établissements scolaires en matière d'éducation à la santé et de prévention, reste encore partielle (Mamecier 2004). L'implication des personnels, notamment enseignants, dans les CESC, structure dédiée au pilotage des actions de prévention et d'éducation à la santé reste faible (Baeumler 2002). Nos travaux (interviews menés auprès de 207 personnes travaillant dans 5 collèges) ont montré que la fraction des personnels qui prennent part, même modestement, à des démarches collectives dans le domaine de l'éducation

à la santé est limitée à 23 %. Pour autant, ils sont 89 % à estimer avoir un rôle dans ce domaine (Leyrit *et al.* 2007). Ils se situent essentiellement en tant qu'éducateurs dans le quotidien de la vie de l'établissement. « *Le comportement entre les élèves, le respect donc rappeler certaines règles de vie, de cohabitation dans le collège. J'ai l'impression qu'on le fait quotidiennement dans les cours* ». Pour d'autres, en SVT et en EPS, elle est intégrée au sein de la classe « *dans les programmes de SVT, il y a un volet éducation à la santé : en 3^e, on parle de l'alimentation, de l'éducation à la sexualité* ». Certains professionnels considèrent avoir un rôle très modeste « *je ne participe pas à des actions en particulier, j'ai un rôle minime en éducation à la santé dû à mon statut de prof de mathématiques. Je me sens un peu concerné en tant que prof principal* ». Les professionnels qui déclarent ne pas avoir de rôle en la matière sont peu nombreux (7 %), ces derniers basent leur argumentation sur le fait qu'ils sont enseignants dans une discipline particulière et que cela ne relève pas de leur mission.

Lorsqu'ils sont interrogés sur les motivations de leur action aucun des enseignants ne fait allusion à la prescription. L'engagement et l'implication en éducation à la santé sont motivés par l'idée qu'ils se font de leur mission éducative, leurs valeurs personnelles, leurs expériences, leurs histoires, le fait qu'ils se sentent concernées par cette éducation à donner aux élèves au collège « *il faut construire quelque chose avec eux (les élèves), il ne faut pas limiter son travail au disciplinaire, il faut être à l'écoute des élèves* ». La prescription spécifique semble ignorée par les enseignants. Seuls les chefs d'établissement, les CPE et les personnels médicosociaux s'y réfèrent lorsqu'ils évoquent les moteurs de leur action.

D'autres études confirment la *quasi* absence de référence à la prescription. C'est le cas notamment de celle conduite auprès des professionnels de lycée sur la question de la prévention des conduites addictives. Les données mettent en évidence une réelle tension entre la multiplicité des prescriptions transversales et la référence disciplinaire de l'activité enseignante. Là encore, le déterminant conditionnant le plus fortement l'action des professionnels de l'École est le déterminant personnel. Lorsqu'ils font appel à la prescription, les enseignants engagés dans des dynamiques d'éducation à la santé utilisent les textes officiels comme légitimation a posteriori de l'action dont la source est plutôt à chercher du côté de leur conception du métier (Pizon *et coll.* 2007).

Force est donc de constater que l'implication dans des démarches d'éducation à la santé ne s'appuie pas sur la prescription pourtant abondante dans ce domaine. Ainsi, derrière une apparente sur-prescription d'objectifs et de moyens, nous postulons qu'il s'agit en fait davantage d'une réelle sous-prescription. On pourrait risquer ici la comparaison avec les situations de service où l'objectif est « la satisfaction complète du client » et parler ainsi à la suite de Dejours *et coll.* (1999) d'une « prescription infinie » des objectifs, et d'une sous-prescription totale des moyens pour les atteindre.

UNE PRESCRIPTION

AU SERVICE DE LA PROFESSIONNALISATION

La situation telle qu'elle apparaît dans cette analyse succincte se caractérise par l'abondance de la prescription et la quasi absence de référence à cette dernière chez les professionnels. Cela ne signifie pas que ceux-ci ne contribuent pas à l'éduca-

tion à la santé des élèves mais qu'ils agissent en référence à l'idée qu'ils se font de leur mission plutôt qu'en réponse à une injonction clairement identifiée.

Il ne saurait être question ici de porter un jugement, mais plutôt de rappeler que prôner des bonnes pratiques via des circulaires ne saurait être suffisant. L'enjeu est d'accéder à la compréhension des contradictions inhérentes au métier d'enseignant entre les exigences des apprentissages des élèves et celles de l'exercice réel du métier pour définir une prescription opérante et offrir une formation réellement adaptée. L'enseignant, comme tout professionnel, n'est pas un robot agissant sous l'action de prescriptions mais un sujet pris dans un ensemble de contraintes de l'articulation desquelles va émerger son mode d'exercice de l'activité professionnelle. De la maternelle au lycée, « les enseignants prennent quotidiennement de multiples décisions dans bien d'autres buts que de favoriser les apprentissages des élèves : 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 » (Goigoux 2007).

Si l'on veut éviter que la pratique de l'éducation à la santé et de toutes les « éducations à... » reste l'apanage de quelques « militants », il importe de repenser la prescription. Il s'agit de choisir entre deux options. Soit limiter l'autonomie des personnels et investir dans des prescriptions de plus en plus fines (tant d'heures sur l'obésité en telle année avec telle méthode et tel document), soit se placer dans une perspective de professionnalisation c'est-à-dire d'élaborer une prescription centrée sur des objectifs généraux et une éthique. Du fait de la nature de l'objet *santé* comme de la spécificité des « éducations à... » qui ne se limitent pas à la transmission de connaissances, la quête d'une prescription « complète » ne peut qu'être vaine. Dans la deuxième hypothèse, la prescription doit accompagner des professeurs suffisamment compétents pour « savoir ce qu'ils ont à faire sans que cela passe par des règles, des directives, des modèles élaborés par d'autres » (Perrenoud 2001). La prescription n'est ainsi pas un « prêt à agir » mais le point de départ d'une activité de reconception, non seulement, des buts et des moyens d'action, mais aussi du milieu de travail qui permettra de la mettre en œuvre (Amigues et Lataillade 2007).

La perspective générale ne peut être que celle de la professionnalisation⁵. Même si elle est présente dans bien des discours, cette idée est loin de faire consensus dans le domaine de l'éducation à la santé. Nombreux sont ceux qui pensent l'action de l'École et des enseignants sur le mode de la mise en application de consignes. Les enseignants étant des exécutants de tel ou tel programme spécifique orienté vers la prévention de l'obésité ou des addictions. Perrenoud (2001), à la suite de Bourdoncle, propose de rendre accessible ce qui se joue dans la démarche de professionnalisation en se basant sur la différence existant entre profession et métier dans les pays anglo-saxons. « Si toutes les professions sont des métiers, l'inverse n'est pas vrai. L'usage anglo-saxon réserve le statut de profession à des métiers bien définis, ceux dans lesquels il n'est ni opportun, ni même possible, de dicter aux praticiens, dans le détail, leurs procédures de travail et leurs décisions. L'activité d'un professionnel, entendue

⁵ « La professionnalisation, c'est l'accès à la capacité de résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens, dans le cadre d'objectifs généraux et d'une éthique, sans être tenu de suivre des procédures détaillées conçues par d'autres. C'est donc être, davantage que dans un métier d'exécution, capable d'autonomie et de responsabilité » (Perrenoud 1994).

dans ce sens, est gouvernée essentiellement par des objectifs (qu'ils soient fixés par son employeur ou par contrat avec son client) et une éthique (codifiée par la corporation). » Pour organiser son activité, prendre des décisions, résoudre les problèmes, le professionnel doit être capable de s'adapter aux situations, de mettre en oeuvre des réponses pertinentes sans que celles-ci soient prédéterminées. Cela ne signifie nullement qu'il ne parte de rien et que toute son activité se résume à de l'improvisation. Bien au contraire une telle pratique professionnelle n'est possible que s'il maîtrise une gamme étendue de compétences. C'est à partir de ressources multiples (expérience, maîtrise de son métier, apports théoriques confrontés au réel de l'activité, etc.) qu'il pourra agir dans les situations complexes auxquelles il est confronté. Mais celles-ci ne sont pas suffisantes en elles-mêmes, le professionnel se doit d'être capable de les mobiliser pour régler les problèmes qui se posent à lui. Cette démarche de professionnalisation qui place l'enseignant en situation d'autonomie et de responsabilités accrues dépasse l'acquisition de savoirs et d'une capacité à réfléchir dans et sur son action. Il ne s'agit pas seulement d'acquérir des outils en vue de mettre en oeuvre cette réflexivité mais bien plus d'adopter une véritable posture réflexive. En ce sens, la professionnalisation des personnes concerne la construction de leur identité professionnelle. La prescription est appelée à être au service de cette dynamique c'est-à-dire être à la fois courte, ouverte et intégrant l'évolution du métier. En éducation à la santé, certains textes (notamment la circulaire 98-237 du 24 novembre 1998) se situent déjà dans cette perspective, mais ils sont noyés au milieu d'autres circulaires. De plus, ils ne font pas sens pour bien des professionnels car ils sont trop « décalés » vis-à-vis de l'exercice du métier.

Une démarche en deux étapes nous semble devoir être entreprise. Il s'agit d'abord d'un travail de simplification de la prescription. L'abrogation des textes trop spécifiques au profit d'une circulaire régulièrement renouvelée centrée sur l'émancipation (donner les moyens de choix libres et responsables en matière de santé) et la création de conditions de réussite de tous les élèves (via le développement des compétences personnelles et sociales et la création d'un environnement scolaire favorable). Concrètement, il s'agit de réactualiser la circulaire de 1998. Comme le soulignent Lantheaume et Hérou (2008), « les enseignants ont l'impression de devoir gérer un empilement non coordonné d'activités pour lesquelles ils ne se sentent pas forcément compétents et où ils se retrouvent en concurrence avec d'autres professionnels (conseiller d'orientation, directeur...). Ils ne savent plus ce que « bien faire » leur travail signifie ». La seconde étape est donc celle de l'articulation étroite de ce texte avec le socle commun de connaissances et de compétences dans le but de permettre aux enseignants de donner sens à la prescription dans le cadre général de la mission qui leur est confiée. Cette adaptation de la prescription, au service d'une vision renouvelée du métier d'enseignant, n'a de chance de produire des effets que simultanément conduite avec une réforme du volet transversal de la formation des enseignants. La création des masters « métiers de l'enseignement » constitue à cet égard une réelle opportunité.

Frank PIZON

Didier JOURDAN

Laboratoire PAEDI (Équipe « Éducation à la santé en milieu scolaire »)
Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand 2 – IUFM d'Auvergne

Abstract : This article intend firstly to analyze the official texts regarding health education in the French school system. There are a lot of different texts related to health education. We categorizes then in three main groups. The first one includes curricula (mostly in biology and physical education) ; a second includes general texts focused on empowerment and referred to health promotion ; the last one includes texts limited to « health themes » such as AIDS, nutrition, hygiene, tobacco, alcohol... Secondly, we analyse teachers' relationship to these texts. Studies show very few teachers have a clear view of the curricula and other texts in the field of health education. When they include health education in there teaching practices it is based on their view of school and teachers' mission and on the reference to values, missions, role but not to curriculum.

Keywords : Curriculum – Official texts – Health education – Teachers.

Bibliographie

- Amigues R. & Lataillade G. (2007) « Le travail partagé des enseignants : rôle des prescriptions et dynamique de l'activité enseignante » – Congrès international *AREF 2007, Actualité de recherche en éducation et formation*. Strasbourg. Université Louis Pasteur. Actes consultables en ligne : http://www.congresintaref.org/actes_site.php
- Baeumler J. P. (2002) *L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Rapport présenté au Premier ministre*. Paris : Ministère de l'Éducation Nationale.
- Dejours C., Davezies P., Raix A., Daniellou F. & Bartolli M. (1999) « Nouvelles formes d'organisation du travail et santé mentale » – *Archives des Maladies Professionnelles* 60, 6 (521-550).
- DGESCO/MILDT (2004) *Guide pour développer une politique nationale cohérente dans le cadre de cette prévention des conduites addictives dans les établissements scolaires*. Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO), Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). SEREN, CNDP.
- Downie R. F. & Tannahill C. (1990) *Health Promotion. Models and Values*. Oxford, Oxford University Press.
- Félix C. & Saujat F. (2007) « Les débuts dans le métier d'enseignant » – Congrès international *AREF 2007, Actualité de recherche en éducation et formation*. Strasbourg. Université Louis Pasteur. Actes consultables en ligne : http://www.congresintaref.org/actes_site.php
- Goigoux R. (2007) « Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants » – *Éducation et didactique* 3 (47-70).
- Jourdan D., Picc I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M. L., Laquet-Riffaud A., Geneix C. & Glandier P. Y. (2002) « Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire » – *Société Française de Santé Publique* 4, 14 (403-423).
- Jourdan D. (2004) *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Presses Universitaires du Sud.
- Jourdan D. (2005) « Prévenir les conduites addictives à l'école » – *Ville École Intégration* 43 (53-58).

- Lange J. M. & Victor P. (2006) « Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? » – *Didaskalia* 28 (85-100).
- Lantheaume F. & Hérou C. (2008) *La souffrance des enseignants. Une sociologie pragmatique du travail enseignant*. Paris : PUF.
- Leselbaum N. (2003) « Éducation à la santé et prévention des dépendances en milieu scolaire » – *Toxibase* 9. Théma : la prévention en milieu scolaire, (1-15).
- Leyrit E., Simar C., Friaud L., Jourdan M. H. & Jourdan D. (2007) « Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative » – Congrès international *AREF 2007, Actualité de recherche en éducation et formation*. Strasbourg. Université Louis Pasteur. Actes consultables en ligne : http://www.congresintaref.org/actes_site.php
- Martinand J. L. (1981) « Pratiques sociales de référence et compétences techniques. À propos d'un projet d'initiation aux techniques de fabrication mécanique en classe de quatrième » – in : A. Giordan (coord.) *Diffusion et appropriation du savoir scientifique : enseignement et vulgarisation. Actes des Troisièmes Journées Internationales sur l'Éducation Scientifique* (149-154). Paris : Université Paris 7.
- Mamecier A. (dir.) (2004) *Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Inspection générale.
- Nourrisson D. (2002) « Arrêt sur l'image » - in : D. Nourrisson (dir.) *A votre santé ! Éducation et santé sous la IV^e République* (125-136). Saint Étienne : Presses Universitaires de Saint Étienne.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986) *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, OMS, Santé et Bien-être social, Canada, CPHA.
- Peretti-Watel P., Obadia Y., Ardwinson P. & Moatti J. P. (2008) « Un risque, ça va ! Trois risques, bonjour les dégâts ? » – *Promotion Éducation Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples XV*, 1 (40-45).
- Perrenoud P. (1994) *La formation des enseignants, entre théorie et pratique*. Paris : L'Harmattan.
- Perrenoud P. (2001) *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF.
- Pizon F., Jourdan D., Simar C., Grondin M. A. & Gerbaud L. (2007) *French Secondary School Teachers and Tobacco Prevention*. 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. Vancouver.
- Romano M. C. (2004) « Une dynamique nationale pour la formation des acteurs : mise en perspective historique » – in : D. Jourdan (coord.) *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Simar C., Jourdan D., Pizon F. & Barnoin J. (2007) *Teacher's Professional Positioning in Relation to a Health Education Program*. 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. Vancouver.
- Simar C., Jourdan D. & Pizon F. (2007) *Étude du rapport des enseignants du premier degré à un dispositif d'éducation à la santé et de la citoyenneté* – Congrès international *AREF 2007, Actualité de recherche en éducation et*

formation. Symposium Éducation à la Santé. Strasbourg. Université Louis Pasteur. Actes consultables en ligne :
http://www.congresintaref.org/actes_site.php

Textes officiels de la revue de littérature

- Circulaire 98-237 du 24 novembre 1998 « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège fixant le nouveau cadre pour la mise en œuvre des actions concernant les élèves ». Paris : CNDP, p. 2574.
- BO HS 9 du 4 novembre 1999 « Repères pour la prévention des conduites à risques ».
- Code de l'éducation paru au BO spécial 7 du 13 juillet 2000. Partie législative ordonnant la mise en œuvre de la scolarité obligatoire.
- Encart du BO 46 du 11 décembre 2003 « Éducation à la santé : programme quinquennal de prévention et d'éducation ».
- Décret 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement « Le CESC, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ».
- Décret 2006-41 du 11 janvier 2006 « Sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles générales de sécurité ».
- Circulaire 2006-080 du 11 mai 2006 précisant l'organisation de la journée mondiale sans tabac.
- Décret modificateur 2006-830 du 11 juillet 2006 « Socle commun de connaissances et de compétences ».
- Décret 2006-1386 du 29 novembre 2006 modifiant la Loi Evin fixant l'interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et de formation.
- Circulaire 2006-197 du 30 novembre 2006 « Protection du milieu scolaire ».
- Circulaire 2007-172 du 15 novembre 2007 précisant l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida.
- BO HS 3 du 19 juin 2008 « Horaires et programmes d'enseignement de l'école Primaire ».