



S. HENNEBICQ – Pr R. JUVIN
M^{me} N. CARLIN



F. CHAPUIS – Pr J.-F. GUERIN
M^{me} F. DOIRET



Dr P. VASSAL – Pr B. LAURENT
Pr F. LUCHT

**Diplôme inter-universitaire
Éthique en santé**

« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

**ÉDUCATION À LA SANTÉ
EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE**

La posture paradoxale de l'enfant

Marie-Ange Chaussende ép. PINCHE

Mémoire soutenu le 8 septembre 2016

Tuteur académique : Monsieur François CHAPUIS – Lyon

Tuteur professionnel : Madame Josette MORAND – Lyon

S. HENNEBICQ – Pr R. JUVIN
M^{me} N. CARLIN

F. CHAPUIS – Pr J.-F. GUERIN
M^{me} F. DOIRET

Dr P. VASSAL – Pr B. LAURENT
Pr F. LUCHT

**Diplôme inter-universitaire
Éthique en santé**

« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

**ÉDUCATION À LA SANTÉ
EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE**

La posture paradoxale de l'enfant

Marie-Ange Chaussende ép. PINCHE

Mémoire soutenu le 8 septembre 2016

Tuteur académique : Monsieur François CHAPUIS – Lyon

Tuteur professionnel : Madame Josette MORAND – Lyon

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. PRÉVENTION À L'ÉCOLE : CONTEXTE HISTORIQUE	6
1.1. Approche anthropologique.....	6
1.2. Représentations sociales, croyances et prévention	9
1.3. L'école, terrain privilégié des politiques sanitaires de santé publique	10
1.4. Définition des concepts selon Organisation mondiale de la santé (OMS).....	15
1.4.1. Le concept de santé	16
1.4.2. La promotion de la santé	18
2. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE AUJOURD'HUI	23
2.1. Vers une compréhension de la notion actuelle de l'éducation à la santé.....	23
2.1.1. Le pilotage de l'éducation à la santé	23
2.1.2. Le cadre de l'éducation à la santé en milieu scolaire.....	24
2.1.3. Qui éduque en école élémentaire	26
3. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	30
3.1. Les modalités de recueil de l'information	31
3.1.1. Méthodologie : le questionnaire.....	32
3.1.3. Résultats : l'analyse des questionnaires	34
3.1.4. Mise en perspective avec d'autres enquêtes.....	34
4. ENJEUX ÉTHIQUES À L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE	36
4.1. Éthique et éducation à la santé, plus qu'un enjeu, un objectif.....	36
4.2. Comment ne pas mettre l'enfant dans une posture paradoxale.....	36
4.2.1. Sur-responsabilisation et autonomie de l'enfant	36
4.2.2. Étude de cas : l'alimentation en école primaire et risques	41
4.3. Conflits de valeurs : injonction paradoxale	44
4.3.1. Respect des normes et valeurs familiales.....	45
4.4. Interroger les conséquences de nos actions en éducation à la santé	46
4.4.1. Le principe de non-malfaisance	46
4.5. Les méthodes	47
5. DÉVELOPPER UNE DÉMARCHE ÉTHIQUE EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE	48
5.1. Être au clair avec la finalité de l'école républicaine : égalité des chances pour tous ...	48
5.2. Le choix d'éduquer à la santé : la question de l'émancipation et de la liberté	49
5.2.1. Éducation à la liberté et à la responsabilité.....	50
5.3. La justice sociale : réduire les inégalités sociales de santé	52
5.3.1. Développer les compétences psychosociales à l'école	53
5.4. Les principes, une aide au discernement éthique.....	54
5.4.1. Les principes éthiques en bioéthique	55
5.4.2 Les principes éthiques en santé publique.....	56
5.4.3. La limite d'une approche par principe	57
5.5. La formation des futurs professeurs des écoles : un temps de réflexion éthique.....	57
CONCLUSION	58

INTRODUCTION

« Quelque aumône que l'on ait fait à l'homme nu dans les rues ne remplit point les obligations de l'État, qui doit à tous les citoyens : une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable, et un genre de vie qui ne soit point contraire à la santé »

Montesquieu, *De l'esprit des lois*

En France, depuis le XVIII^e siècle, le principe d'une action sanitaire et sociale dans l'École a produit de nombreux textes réglementaires et a structuré les services pour le mettre en œuvre. Ces services ont connu une évolution tant conceptuelle qu'institutionnelle, cette dernière témoigne d'ailleurs des hésitations de la politique de santé publique. En effet, le service de santé scolaire français créé en 1934 a été rattaché au ministère de l'Éducation nationale de 1945 à 1964, puis au ministère chargé de la santé jusqu'en 1984, pour être désormais rattaché au ministère de l'Éducation nationale. Mais, bien avant la création de ce service spécifique, Lakanal en 1793 annonçait déjà que : *« des officiers de santé visiteront les élèves des écoles nationales et leur indiqueront les règles les plus propres à fortifier leur santé »*¹.

L'hygiène publique va donc dicter normes et devoirs et l'instruction, bientôt générale et obligatoire, sera son bras principal. Les messages sanitaires visaient à transformer les comportements individuels. Ils présentaient le choix sain, selon les critères de l'époque, comme le bon donc l'unique choix.

Bien que les concepts de l'éducation à la santé dans notre société aient évolué avec la définition des déterminants de santé², elle reste un moyen de santé publique dont l'enjeu est de permettre d'améliorer l'état de santé du plus grand nombre via notamment l'éducation à la santé. La gestion des risques vis-à-vis de la santé individuelle et collective dans les politiques néolibérales renvoie à la responsabilité de chacun, donc au principe d'autonomie. La tension entre une santé publique dont l'intention bienveillante pour le plus grand nombre peut légitimer un interventionnisme paternaliste et le principe d'autonomie des individus demeure un dilemme. On ne peut pas nier l'existence d'une intention (voire la revendiquer) de rationalité utilitariste dans les politiques de santé publique.

¹ M. Tricoire, J. Pommier, et J.-P. Deschamp, « La santé scolaire en France : évolution et perspective », *Santé publique*, vol. 10, n° 3 (1998), p. 257-267.

² Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise de passer de la prévention, c'est-à-dire de l'action sur les facteurs individuels de risques, à la promotion de la santé, entendue comme l'action sur les déterminants de la santé.

Dans son concept actuel, l'éducation à la santé en milieu scolaire³ vise à l'émancipation de chacun et au développement de compétences favorables à la santé. Mais, dans un contexte de rationalité⁴ des politiques de santé publique où les comportements à risques sont en partie responsables des décès prématurés par cancer et « coûtent » à la société, on peut se demander sous quelles conditions une « réelle » éducation à la santé est possible tant les acteurs de cette éducation peuvent être tentée uniquement de convaincre d'adopter des comportements normalisés. En effet, une des questions fondamentales est celle de savoir si les messages que l'éducation à la santé diffuse et les actions qu'elle met en place ne portent pas atteinte aux droits de la personne, à ses valeurs, à ses choix. L'École en France a toujours contribué dans son champ de compétence à la « santé » des populations, l'importance de son rôle est aujourd'hui confirmée : « *L'École est encore le premier vecteur public et collectif de santé* »⁵.

La Charte d'Ottawa⁶ pour la promotion de la santé a su montrer que les autorités sanitaires n'avaient pas à elles seules la responsabilité de la santé des populations mais, que l'ensemble des institutions ayant une action sur le cadre de vie des populations devaient prendre leur part de responsabilité. Les données de la littérature scientifique internationale confirment aussi l'importance de l'École comme lieu de promotion de la santé, non seulement parce qu'elle est fréquentée par toute une classe d'âge pendant plusieurs années, mais aussi parce qu'ont été démontrés les liens étroits qui unissent santé et éducation.

Bien que l'École d'aujourd'hui ait changé de paradigme en matière de prévention, dans le sens que le sujet passe de cible passive à acteur de sa propre santé. Il ne s'agit plus de lutter contre les fléaux et de tenter d'imposer des normes aux élèves et à leur famille, mais d'éduquer les élèves à adopter des comportements éclairés et responsables. Le risque potentiel des actions d'éducation à la santé à visée préventive en direction d'un jeune public est l'injonction paradoxale faite aux enfants lorsque le discours de l'école n'est pas en synergie avec le mode d'éducation familiale, mais aussi quand il sur-responsabilise l'enfant et le positionne de fait en éducateur de son entourage.

³ *Parcours éducatif de santé pour tous les élèves*, circulaire n° 2016-008 du 28-01-2016.

⁴ La lutte contre les comportements à risques apparaît prioritaire car les études montrent que les décès prématurés sont liés au tabac, à l'alcool, les déséquilibres alimentaires.

⁵ Rapport présenté par André Flajolet, député du Pas-de-Calais, *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, en ligne, En ligne (consulté en juillet 2016) : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf, 2008, page 52.

⁶ OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986. En ligne (consulté en juin 2016) : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

Nous partons du postulat que les enseignants du premier degré, acteurs en éducation à la santé, ont des intentions bienveillantes mais, à notre sens, les conséquences d'actions d'éducation à la santé intégrées au programme scolaire, comme l'hygiène alimentaire, peuvent être « nuisibles » envers les enfants et les familles car elles peuvent mettre l'enfant dans une posture paradoxale en le positionnant en « éducateur » de ses parents et en générant des conflits de valeurs avec les familles.

Notre problématique « *Comment ne pas mettre les enfants dans une posture paradoxale* » convoque deux principes éthiques : le principe d'autonomie chez l'enfant qui intègre la notion de responsabilité, le risque étant de sous-estimer le poids des déterminants sociaux de la santé de l'enfant, et enfin le principe de non-malfaisance envers les familles en dévalorisant leurs savoirs (position d'éduqué) et leurs valeurs. Les risques liés à l'éducation à la santé amènent les professionnels à clairement identifier les limites de ce qui relève de l'École, donc de la sphère publique, et celles de la sphère privée afin de ne pas heurter les familles. Les professionnels doivent prendre aussi « la mesure » de l'autonomie et de la responsabilité de l'enfant.

L'intention de cette réflexion et exploration, outre notre intérêt personnel, possède deux axes. Tout d'abord, il s'agit d'initier une démarche éthique dans le domaine de l'éducation à la santé en école élémentaire auprès des futurs enseignants dans le cadre de nos interventions de formateurs au sein du « pôle de professionnalisation des futurs professeurs des écoles » du rectorat de Lyon. En deuxième intention, dans le cadre de nos missions « d'infirmière animatrice du bassin Lyon-Nord, à accompagner le personnel infirmier, en qualité de personne ressource à l'élaboration d'action « santé » en partenariat avec les enseignants.

Le cadre théorique de ce travail de recherche s'appuie sur les concepts de promotion de la santé de l'OMS et la théorie des représentations sociales. Notre recherche est qualitative, elle vise à comprendre si le risque de mettre l'enfant dans une posture paradoxale est perçu par les futurs professeurs des écoles et à initier une démarche éthique.

Pour explorer ce sujet, nous nous appuyons sur deux recueils de données. Le premier est constitué de 36 questionnaires. Il a été construit autour de quatre questions pour tenter de voir la conception que les futurs enseignants du premier degré ont de la finalité, des risques et limites liés à l'éducation à la santé. Le second est basé sur l'analyse critique d'un corpus d'enquêtes sur la pratique des enseignants du premier degré. Le choix de recueillir les propos des enseignants est lié au fait que l'enseignement de l'éducation à la santé à l'École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE) de l'académie de Lyon est proposé en termes de parcours. Cette formation

dans laquelle nous intervenons a pour objectif entre autres de faire percevoir les enjeux éthiques de l'éducation à la santé à l'école.

Dans un premier temps, après une « visite » du contexte historique, nous clarifierons le concept d'éducation à la santé qui s'inscrit désormais dans une dynamique de promotion de la santé. Nous aborderons la question de la légitimité de l'éducation à la santé en école élémentaire, à l'aulne de son cadre législatif qui précise : « qui éduque et comment », de ses limites qui sont à questionner et de ses risques potentiels. L'analyse des réponses du questionnaire et des différentes études menées dans ce champ nous apportera des éléments de compréhension quant aux sens, finalités et risques ressentis par les enseignants vis-à-vis de l'éducation à la santé.

Enfin, nous avancerons des propositions pour accompagner les acteurs de l'école qui ont en charge cette éducation à la santé à une démarche éthique.

1. PRÉVENTION À L'ÉCOLE : CONTEXTE HISTORIQUE

Afin de mieux appréhender, le concept actuel de promotion de la santé, il nous semble opportun de « visiter » le contexte historique. Nous commencerons par une approche anthropologique des différents modèles de prévention avant d'aborder comment l'éducation à la santé a évolué en milieu scolaire, enfin nous aborderons ce concept sous un angle plus large, à l'échelle internationale selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour mieux en comprendre la portée au sein de notre système scolaire actuel.

1.1. Approche anthropologique

Il est fondamental d'apporter des éléments épistémologiques pour mieux situer les actions d'éducation à la santé dans un enchaînement leur donnant du sens. Cette « visite » anthropologique permet de préciser les aspects idéologiques sous-jacents et contextualise ce qui est mis en œuvre aujourd'hui. Nous ne pouvons donc pas faire l'impasse d'interroger les référents anthropologiques qui sous-tendent nos interventions. Ce travail de discernement conduit à identifier les fondements originaux, les modèles préexistants. En effet, des modèles coexistent, le nouveau ne chasse pas les anciens, ils cohabitent. « *Face au mal, à la maladie et à la mort, l'homme a toujours cherché à se prémunir. Le livre du Lévitique par exemple recense les règles relatives au pur et à l'impur et spécifie les attitudes à tenir face à différentes*

pathologies, lèpre, furoncles, brûlures »⁷. Ainsi, le divin organise le système de vie entre les hommes, dans ce cas les donneurs d'ordre sont de la caste des prêtres, rabbin, imam ou pasteur. Le mal est présent partout dans (possession) et hors les hommes. C'est ce que Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin nomment « *le magico-religieux* »⁸. Ils explicitent le modèle magico-religieux (interdits et obligations) le modèle de la contrainte profane (des exclusions aux sanctions). Ils présentent également le modèle pastorien (l'éradication) et contractuel (l'éducation), modèle actuellement dominant. Dans le modèle magico-religieux, l'homme n'est pas libre, son destin est lié à la volonté du divin. L'homme est une créature divine, mais aussi responsable de ses péchés, « Augustin identifie le péché à un désordre, c'est-à-dire à la perversité volontaire par laquelle est rompu l'ordre correct inscrit par dieu dans sa création et dans l'âme humaine »⁹. Au Moyen Âge, le salut de l'âme est la seule véritable préoccupation. Il faudra attendre la naissance de l'humanisme médical¹⁰ au XVI^e siècle pour que l'homme soit considéré pour lui-même et non comme créature de dieu.

Nous allons passer successivement du modèle magico-religieux, qui déploie des interdits dans le registre du sacré, pour éviter le malheur ou en venir à bout à travers des rituels divinatoires et propitiatoires, et qui pratique l'exclusion¹¹, au modèle de contrainte profane, qui relève de l'espace public et de la responsabilité politique et procède par contrôle social. C'est un mode ancien ou traditionnel de prévention. À la fin du XVIII^e siècle, la notion de dégénérescence¹² (alcoolisme, syphilis) apparaît et s'accompagne de l'idée de promouvoir un corps social sain, et débarrassé des désordres des classes pauvres. Cette idée infléchit la systématisation de la contrainte d'une politique hygiéniste. Il y a de moins en moins de mise à l'écart et d'enfermement, mais de plus en plus de contrôle, d'obligation, d'interdit, de sanction. Nous sommes dans une doctrine hygiéniste. Le biopouvoir (contrôle social) au nom de l'humanisme conduisit à une médicalisation et à une normalisation de la vie individuelle et collective¹³.

⁷ P. Lecorps, « Du bon usage de la prévention dans la santé », *Revue Projet*, n° 319, 6/2010, p. 35-42.

⁸ J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, 2001, p. 23-46.

⁹ R. A. Markus, « Augustin », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, p. 123.

¹⁰ D. Nourrisson, (dir.), « À votre santé ! Éducation et santé sous la V^e République », *Histoire de l'éducation*, n° 101, p. 101-105.

¹¹ La lèpre est un exemple de ces pratiques de ségrégation et d'exclusion.

¹² C. Quétel et J.-Y. Simon, « L'aliénation alcoolique en France (XIX^e siècle et 1^{re} moitié du XX^e siècle) », *Histoire, économie et société*, n° 4, p. 507-533.

¹³ D. Jourdan, et F. Bourdillon, *La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*, Paris, Éd. de Santé, 2012.

Le XIX^e siècle est celui du modèle pastorien, qui s'appuie sur la science et la technologie et s'illustre par la vaccination. Enfin au XX^e siècle, le modèle contractuel, dominant dans notre société occidentale, qui requiert un accord entre les membres de la communauté, et fonctionne « sur le mode d'une complémentarité nécessaire entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé »¹⁴. Ce modèle est lié au développement des sciences biomédicales.

Nous sommes aujourd'hui au sein de la plupart des pays occidentaux dans ce que l'on appelle « un État providence »¹⁵. Il est évident que les responsabilités individuelles vont être la cible des politiques de prévention via l'éducation à la santé et autres systèmes de communication. En effet, l'individu dans ce contexte sera rendu responsable de ses prises de risques, le mettant ainsi dans un processus de culpabilisation et une obligation d'intériorisation de l'impératif d'autocontrôle¹⁶.

L'hypothèse est qu'actuellement coexiste différentes formes de préventions modernes et traditionnelles qui exprimeraient de subtiles négociations entre soumission et résistance au bio pouvoir (vaccins/eau bénite). Les quatre modèles diffèrent les uns des autres mais tous procèdent de logiques qui les rendent non exclusifs autorisant entre eux passerelles et interférences¹⁷. Pour illustrer cette idée de cohabitation de ces quatre modèles, nous proposons deux exemples. Celui de l'apparition du SIDA en 1983 : « certains pays ont pris des mesures de contrôle autoritaire et d'exclusion. Le retour du risque d'épidémie ou de maladies contagieuses remet au goût du jour les vieux dispositifs de ségrégation ».

L'exemple de la consultation de l'horoscope qui est du registre des croyances (journaux, radios sont des médias qui contribuent à leur perpétuation) et le recours à la médecine scientifique est un phénomène courant. Le pourquoi de nos « agir » est complexe. Pour Louis Roy, philosophe, l'ensemble de nos choix, de nos attitudes et comportements est lié à des

¹⁴P. Lecorps, *op.cit.*

¹⁵ La notion d'État providence désigne les institutions et services d'état qui visent à protéger la population : les plus pauvres et selon les cas l'ensemble de la population des aléas de la vie quotidienne et de travail.

¹⁶ En ligne (consulté en mai 2016) :

http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/analyse_anthro_ethique_conflits/analyse_anthro_ethique_conflits.pdf, p. 17

¹⁷ J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *op. cit.*

croyances, qui font partie de nous. Elles nous ont été inculquées par notre environnement social et notre éducation.¹⁸

1.2. Représentations sociales, croyances et prévention

La complexité en prévention au-delà des modèles « anthropologiques » préexistants réside aussi en ce que chacun est porteur de croyances, de normes, de valeurs, d'une culture, de savoirs, d'émotions qui vont constituer ses représentations « du monde ». La théorie des représentations sociales marque un tournant dans la compréhension de la pensée et des pratiques sociales. Son intérêt réside dans l'espace qu'elle ouvre pour la compréhension des interactions entre dynamiques individuelles (système cognitif, vie psychique) et dynamiques collectives (rapports sociaux, culture, histoire). Cette théorie avance que l'individu ne conçoit pas les objets sociaux sur la base d'une réalité objective, ni de façon individuelle, mais sur la base d'une réalité collectivement et socialement construite. Les représentations permettent à tous les membres d'un même groupe de parler le « même langage », à savoir, de recourir au même capital cognitif, favorisant ainsi les échanges sociaux. Le domaine des représentations sociales est complexe. On pourrait les définir comme une « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Les représentations sociales en tant que système d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres orientent et organisent les conduites et la communication sociale* »¹⁹.

Il n'est pas possible de s'abstraire totalement de ses propres représentations ou de ses valeurs. Nous entendons sous le vocable valeur aussi bien les valeurs sociales communes que les valeurs individuelles qui correspondent à ce que chacun croit être bien pour lui et les autres. Ces représentations dont le déterminisme est complexe²⁰ se comportent comme un écran. « *Les représentations jouent le rôle d'un révélateur nous permettant de donner du sens au réel, mais en même temps, elles masquent d'autres façons de voir le monde. Il n'y a pas de fait brut, tout s'insère dans un réseau de représentations mentales* »²¹. Ainsi quand, nous avons identifié les besoins (réels et/ou pressentis ?) et attentes du public ciblé, nous décidons de conceptualiser et mettre en œuvre une démarche de prévention ou d'éducation santé, notre décision n'est pas neutre²². En effet, notre représentation du public quant à sa capacité d'autonomie, notre propre

¹⁸ L. Roy, *Éthique médicale : l'engagement nécessaire*, L'Harmattan, 2010, p. 38.

¹⁹ D. Jodelet, *Les représentations sociales. Sociologie d'aujourd'hui*. Paris : Presses universitaires de France, 1989, p. 58.

²⁰ Le déterminisme est lié à la culture, à l'environnement social, à l'histoire individuelle...

²¹ D. Jourdan, et F. Bourdillon, *op.cit.*, p.138

²² Ibid, p. 138

conception de l'éducation à la santé à visée émancipatrice ou pas ou bien le fait d'opter pour une méthodologie basée sur le débat (socioconstructiviste) ou donner de l'information sur un mode prescripteur (paternaliste), utiliser des outils de communication basés sur la peur, montre que notre conception personnelle, et les valeurs qui la sous-tendent vont impacter nos actions. À titre d'exemple, un professionnel en éducation santé dans la toute-puissance du savoir savant aura tendance à privilégier une éducation basée sur l'instruction.

Il est donc déterminant d'être conscient du poids de nos représentations, d'être capable à la fois d'en découvrir l'influence et d'énoncer ce qui fonde nos choix. La préparation de nos actions doit s'accompagner d'un questionnement éthique pour mesurer le poids que peut avoir notre subjectivité. L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps (apparence physique, sensations, plaisir) croient à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. « *Les règles qui déterminent les conduites physiques des sujets sociaux et dont le système constitue leur « culture somatique » sont le produit des conditions objectives qu'elles traduisent dans l'ordre culturel, c'est-à-dire sur le mode du savoir-être* »²³. « *L'appel à « prendre soin de soi » en matière d'hygiène nutritionnelle, ne renvoie pas aux mêmes réalités humaines selon les groupes sociaux* »²⁴. L'histoire nous montre que l'hygiénisme au XIX^e siècle contribuait à la domestication des classes dangereuses (les pauvres) et à stigmatiser les classes populaires.

1.3. L'école, terrain privilégié des politiques sanitaires de santé publique

Pour mieux appréhender ultérieurement la notion d'éducation à la santé, il nous semble important de rappeler que notre institution scolaire ne s'est pas toujours appelée « Éducation nationale » mais « Instruction publique ».

Condorcet a été le théoricien par excellence de l'instruction publique. Les mots ici sont importants : instruction n'est pas éducation, et la différence entre ces deux notions fut au cœur du débat qui opposa Condorcet à Robespierre et aux Montagnards. Condorcet estime que l'éducation revient à la famille quand le rôle de l'école doit se limiter à l'instruction », à l'enseignement des savoirs et des connaissances. La Révolution française a donc rejeté l'idée d'une Éducation nationale, ce qu'elle a voulu créer, c'est une instruction publique. Le ministère de l'Instruction publique, dans une logique républicaine et jacobine, entend orienter et cadrer le

²³ L. Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26^e année, N. 1, 1971, p. 222.

²⁴ D. Jourdan, et F. Bourdillon, op. cit. p. 82.

travail ordinaire des enseignants²⁵. L'instruction doit être universelle, c'est-à-dire s'étendre à tous les citoyens.

L'œuvre de la Révolution française va reprendre à la III^e République après un temps de retour à la monarchie. À partir de 1879, une série de lois va jeter les fondements d'un système national d'instruction publique. L'instruction primaire, telle que la définit la loi du 28 mars 1882, n'est plus cet enseignement rudimentaire de la lecture, de l'écriture et du calcul que la charité des classes privilégiées offrait aux classes déshéritées : c'est une instruction nationale embrassant l'ensemble des connaissances humaines, l'éducation tout entière, physique, morale et intellectuelle²⁶.

Mais comment va-t-on passer du ministère de l'instruction publique à celui d'Éducation nationale ? C'est en 1932, que le gouvernement d'Édouard Herriot, lui – même enseignant du secondaire, décide de rebaptiser l'instruction publique « Éducation nationale ». L'expression date de la fin du XVIII^e siècle, où elle était employée par les partisans de la prise en main par l'État des affaires d'enseignement : qui dit « Éducation nationale » dit « tronc commun »²⁷. Sous le gouvernement de Vichy, l'instruction publique fait sa réapparition, mais l'appellation « Éducation nationale » sera rétablie dès le 23 février 1941. Le débat entre les vocables « éducation » et « instruction » est encore aujourd'hui vif. Il semblerait que la volonté du gouvernement actuel tende vers « l'éducation ». En effet, l'Institut universitaire de formation des maîtres est devenu École supérieure du professorat et de l'éducation. Ce changement de nom n'est pas l'objet de notre étude mais, nous ne pouvons pas ignorer le poids et le symbole des mots.

La santé qui à priori dépend tant au niveau de l'éducation que de la protection, de la famille donc de la sphère privée, a néanmoins dès la Révolution française fait partie des préoccupations et de la responsabilité des dirigeants. Les liens entre la santé publique et l'école, devenue obligatoire sous la III^e République²⁸, sont étroits.

²⁵ T. Piot, « Interpréter les prescriptions : une dimension invisible du travail enseignant », *Spirale*, n° 43 (2009), p. 215-226.

²⁶ *Nouveau Dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire* dirigé par Ferdinand Buisson (éd. 1911), en ligne : http://catalogue-editions.ens-lyon.fr/fr/resources/download.cfm?GCOI=29021100606960&thefile=NouveauDictionnaire_Buisson.epub&securityToken=84301af5ce6d7302dd0c305d2eb6c4e3633b.

²⁷ En ligne (consulté juin 2016) : <http://www.education.gouv.fr/pid289/le-ministere-de-l-education>.

²⁸ Le 28 mars 1882, l'école devient gratuite, laïque et obligatoire. Dès 1879, Jules Ferry s'était attaqué à réformer méthodiquement l'école primaire. Les départements reçurent l'obligation de créer une École normale d'instituteurs puis, en 1881, une loi avait instauré la gratuité. L'obligation fut votée le 16 mars 1882 : tous les enfants de 6 à 13 ans devaient être scolarisés.

En recevant un élève dans un établissement d'instruction, le maître de cet établissement, que ce soit l'État, que ce soit un particulier, prend à sa charge, en même temps que l'éducation de cet élève, la protection de sa vie et de sa santé. Autant que l'instruction, avant l'instruction même, il lui doit la sécurité²⁹.

1.3.1. Histoire de l'éducation à la santé en milieu scolaire : changement de paradigme

Le retour sur le passé est indispensable pour situer les actions de prévention et d'éducation à la santé à l'école dans un enchaînement historique leur donnant du sens. Nous essaierons d'apporter quelques éléments d'éclairage de la fin du XVIII^e siècle à maintenant.

À la fin du XVIII^e siècle, le problème de la dépopulation entraîne la peur de manquer d'hommes. La nation a besoin de soldats car nous sommes dans des périodes de guerre. L'État veut prendre soin de ses citoyens et s'intéresse à leurs comportements et à leur moralité. Les mauvais comportements sont catalogués dangereux pour la société. Augmenter la taille de la population française et garantir sa bonne santé devient l'un des objectifs prioritaires de l'État français. Au début du XIX^e siècle, époque de l'avènement de l'« hygiénisme », la médecine est la principale alliée de cette entreprise de réduction de la mortalité et de la morbidité.

Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, des statistiques nouvellement établies montrent que la dépopulation de la France est notamment due à la forte mortalité infantile. Il faut donc s'attaquer aux causes de la mortalité infantile et permettre aux enfants de bien se développer. L'école va contribuer à veiller à la santé des élèves. Des mesures vont être prises par l'État comme l'obligation de l'enseignement, la gymnastique³⁰, pour le renforcement du corps. « *La gymnastique éducative doit donner la santé et l'endurance, obtenir le développement harmonieux du corps ; faire acquérir l'adresse et la souplesse, augmenter l'énergie morale et affirmer la personnalité* »³¹. La défaite française de 1870 est en partie attribuée à la mauvaise condition physique des soldats...

Une instruction sanitaire dans les écoles va être aussi dispensée. Le docteur Élie Pécaut³² en 1883 écrit un livre sur l'hygiène pour les écoles : « *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'ignorance des lois fondamentales de la nature a ses pires effets* ». Pour illustrer comment pouvait être dispensé les

²⁹ J. Weill-Mantou, *Hygiène à l'usage des Écoles normales primaires*, 1913.

³⁰ La loi du 28 mars 1882.

³¹ Ferdinand Buisson, *op.cit.*

³² Résumé du cours d'hygiène des classes élémentaires, en ligne, consulté en mai 2016 : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64743041/f15.image>.

messages de prévention de l'époque, nous citerons un extrait de ce livre : « *quand tu es malade, ne dit pas le mal est venu tout seul, le mal ne vient jamais seul, les trois quarts du temps, c'est ta faute si tu es malade* ». Le discours est culpabilisant et la notion de faute est clairement explicitée. Un tel message serait-il possible aujourd'hui ? Nous le savons la notion d'avoir commis une faute quand nous sommes malades est encore bien ancrée dans notre culture. Nous pouvons le percevoir sur les thématiques comme l'alcool, le tabac, les Infections sexuellement transmissibles (IST) ou la notion de culpabilité de ses actes peut être mise au premier plan.

À cette époque, il s'agit de lutter contre les fléaux que sont les maladies infectieuses comme la tuberculose, qui font de nombreux morts. Avec la révolution pasteurienne en 1870 et la découverte des germes responsables des maladies infectieuses, le discours « hygiéniste » se renforce. Lors du deuxième congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique, en juin 1905, il est décidé de répandre dans toutes les écoles et universités les notions indispensables de l'hygiène : « *L'hygiène est une science aussi vaste qu'elle est importante. Son but est d'assurer le complet et régulier développement de l'individu et de l'espèce. Ses préceptes, aujourd'hui nets et bien définis, ne sauraient être mis en pratique, de façon sérieuse et profitable, si on ne les connaît pas. Or, pour les connaître, il faut les avoir appris* ». ³³ L'école enseigne l'hygiène, mais contrôle aussi les écoliers :

La propreté de l'enfant est non moins nécessaire que celle de l'école. Le maître devra s'assurer que la figure, les oreilles, le cou, la tête, les mains des enfants sont propres. Il exigera que ceux dont l'état laisse à désirer aillent se laver à la fontaine, et il leur fera honte de leur négligence. Il agira sur eux moralement, en montrant que la propreté est un devoir, qu'elle est une question de dignité personnelle, qu'elle fait partie du respect dû à soi-même. Il montrera que la propreté n'est nullement l'apanage du riche, fera comprendre qu'elle n'est pas un luxe, et expliquera que l'on peut toujours être propre, même avec des vêtements usés. Le rôle du maître dans tout ce qui touche à l'hygiène des élèves est considérable et il est appelé à rendre, en ce domaine, des services non moins importants que ceux qui touchent à l'éducation intellectuelle et morale. ³⁴

Grâce aux progrès de la science en matière d'hygiène et de microbiologie, les maladies infectieuses sont peu à peu éradiquées. Au milieu du XIX^e siècle, un autre fléau, préoccupe les autorités, l'alcoolisme. L'augmentation de la folie et du nombre d'aliénés liés à l'influence néfaste de l'alcoolisation fait naître l'angoisse de la dégénérescence ³⁵. L'état a peur que les

³³ Ferdinand Buisson, *op.cit.*

³⁴ A. Levy, « L'hygiène de l'écolier », in F. Buisson, dir., *Nouveau Dictionnaire de pédagogie*, 1911.

³⁵ La doctrine de la dégénérescence a été le paradigme dominant en psychiatrie, partout en Occident, entre le milieu du XIX^e siècle et la première guerre mondiale. Son succès reposait sur le fait qu'elle prétendait offrir une explication globale de l'ensemble des problèmes sociaux que connaissait la société capitaliste.

futures populations soient constituées de crétins, de tarés, et que le niveau intellectuel baisse. La sécurité de la collectivité, c'est du ressort du politique et l'école bras armé de l'État va mener une lutte contre l'ennemi : « L'alcool voilà l'ennemi ». Ce discours de la patrie en danger, il faut le contextualiser avec la défaite de 1870 et de l'essor de l'hygiénisme. Ce slogan inscrit sur l'affiche du docteur Galtier-Boissière trônera dans toutes les salles de classe. Il est évident que l'un des objectifs sous-jacents de cet outil pédagogique est qu'il faut être en bon état physique pour servir son pays face à la menace allemande. À cette époque, on parle de dégradation alcoolique. Sur le plan juridique, il y a aussi une évolution³⁶. Si avoir consommé de l'alcool mettait la personne en état d'irresponsabilité, c'est devenu désormais une cause aggravante. En 1895, Raymond Poincaré, ministre de l'Instruction publique, instaure un enseignement sur les dangers de l'alcool « au point de vue de l'hygiène, de la morale, de l'économie sociale et politique » qui occupe une place officielle au programme, au même titre que le français et les mathématiques.

L'école est un haut lieu de l'éducation sanitaire. Les classes populaires sont vues (représentations sociales des plus riches) « *comme indisciplinées, obscurantistes et irrationnelles. L'état paternaliste considère que le peuple doit être éduqué comme un enfant à qui il faut dire ce qu'il faut faire ou ne pas faire* »³⁷. Les hygiénistes n'hésitent pas à dispenser un discours moralisateur, culpabilisant et stigmatisant pour la classe populaire. Les méthodes utilisées face à un public de jeune enfant fondées sur la peur sont agressives et brutales. L'enfant dans ce schéma de prévention n'a rien à dire, il ne peut que subir. Il est instrumentalisé pour propager les bons préceptes et les bonnes conduites au sein de sa famille. Les intentions d'un point de vue collectif des pouvoirs publics sont certainement louables puisqu'ils œuvrent pour la bonne santé de la population. Néanmoins, nous pouvons nous interroger quant à l'utilisation de l'enfant pour acculturer la classe laborieuse, et aussi sur le discours culpabilisant qui rend l'enfant fautif en cas de « mauvaise santé ». Nous sommes à cette époque très certainement dans une bienveillance paternaliste en ce qui concerne les intentions mais les conséquences peuvent être malfaisantes ou tout au moins discutables sur l'aspect de sur responsabilisation de l'enfant. Les normes et les valeurs des familles n'ont pas de place dans ce type de politique préventive. Ces dernières doivent adopter les bons comportements dictés par les autorités. L'État exerce un contrôle social sur les individus réduisant ainsi leurs libertés individuelles au nom du bien commun.

³⁶ Loi Théophile Roussel réprimant l'ivresse publique, 1873.

³⁷ D. Nourrisson, dir., *Éducation à la santé XIX^e-XX^e siècle*, 2002, p. 22.

Les méthodes de prévention auprès de la population ont évolué. Sommes-nous encore dans une entreprise normative et de contrôle social ? Notre société actuelle prône l'individualisme et la liberté de chacun. La tension entre ordre social et liberté individuelle est présente. On reproche à la santé publique d'être une entreprise normative : « *La santé publique procède subtilement en amenant le citoyen à intérioriser les normes. Elle lui propose des normes auxquelles il se conformera volontairement. Dans un tel contexte, la promotion de la santé peut être vue comme une entreprise pédagogique utilisée pour légitimer les pratiques de contrôle des habitudes de vie* »³⁸.

Nous pouvons légitimement nous poser la question du contrôle social, donc de limitation des libertés individuelles via la promotion de la santé. Le contexte économique nous contraint à réduire les dépenses en matière de santé. La médecine préventive peut permettre de diminuer les coûts, en réduisant la prévalence des maladies dites de société (cancer, obésité, maladies cardiovasculaires...) et dont les scientifiques montrent qu'elles sont en partie liées aux comportements des individus³⁹, donc en quelque sorte de leurs responsabilités. Ainsi, nous pouvons ouvrir le débat sur toutes les libertés individuelles en santé sont-elles respectables ? L'éducation à la santé possède entre autres pour objectif de développer le sens des responsabilités vis-à-vis de soi et des autres. L'éducation à la santé est une composante de l'éducation à la citoyenneté en milieu scolaire. Nous avons changé de paradigme, car actuellement l'éducation à la santé à l'école s'inscrit dans une dynamique de promotion de la santé. Après avoir décrit l'origine historique du concept de promotion à la santé, nous nous référerons à la modélisation proposée par Downie et Tanahill pour l'expliquer.

1.4. Définition des concepts selon Organisation mondiale de la santé (OMS)

Pouvions-nous vraiment considérer les actions « santé » sous la III^e République, et ce jusqu'à l'après seconde guerre mondiale, d'éducation à la santé ?

Avant 1950, nous étions dans une éducation sanitaire. C'était une ère hygiéniste qui se caractérisait par la transmission de connaissances sur la manière de vivre à une population considérée plutôt ignorante. Son objectif était de montrer aux individus les conséquences de comportements jugés irresponsables. Nous sommes passés en milieu scolaire d'une éducation sanitaire à une éducation à la santé dans les années soixante, et maintenant nous sommes dans

³⁸ R. Massé, *Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé*, p. 12.

³⁹ Académie nationale de médecine, Rapport Groupe de travail « Culture de prévention en santé », p. 7.

une dynamique de promotion de la santé. Nous avons changé de concept. Cette évolution s'inscrit dans une démarche initiée par l'OMS.

1.4.1. Le concept de santé

Il est difficile de définir la santé. Nous pouvons dire que la maladie énonce ce que n'est pas la santé. La santé est un état différent de la maladie. L'argument de la santé comme état opposé à celui de la maladie peut trouver une première source dans *La République* de Platon. Le mal s'oppose au bien comme la santé s'oppose à la maladie. La maladie est un désordre qui survient dans le corps et crée la rupture de l'harmonie, de l'équilibre⁴⁰. La vision statique ou dynamique de la santé existait dans l'Antiquité. Pour Platon, la santé était une vertu somatique. Pour Hippocrate, la santé est définie comme le résultat d'un équilibre entre les différentes humeurs⁴¹ composant le corps humain. Cette vision de la santé ne relève pas de l'absence de maladie, elle est appréhendée de manière plus globale. La notion de santé est complexe et il est difficile de la définir de manière univoque. Voici quelques définitions qui montrent les différentes visions de la santé :

- état de celui qui est sain, qui se porte bien ; ménager sa santé, état habituel d'équilibre de l'organisme ; santé délicate (dictionnaire Larousse) ;
- bon état physiologique, un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable, un équilibre et une harmonie de la vie psychique. (Dictionnaire Le Petit Robert) ;
- capacité à surmonter les crises, marge de tolérance des infidélités du milieu (Georges Canguilhem)⁴² ;
- vie dans le silence des organes (René Leriche)⁴³.

En 1946 l'Organisation mondiale de la santé donne cette définition : « *La santé globale est un état de complet bien-être physique, psychique et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition prend en compte les différentes dimensions de l'être humain, nous évoluons d'une définition négative « santé = absence de maladie » à une définition positive et globale, mais son caractère statique et utopique amènera

⁴⁰ A. Dahmane, « *La naissance de la santé :* », *Le Portique, Archives des Cahiers de la recherche*, Cahier 1, 2003, mis en ligne le 16 mars 2005, consulté le 13 avril 2016, <http://leportique.revues.org/360>.

⁴¹ Théorie des humeurs : le corps est constitué des quatre éléments fondamentaux, air, feu, eau et terre possédant quatre qualités : chaud ou froid, sec ou humide. Ces éléments doivent coexister en équilibre pour que la personne soit en bonne santé. Tout déséquilibre majeur menace la santé du sujet.

⁴² G. Canguilhem, *le normal et le pathologique*, 2013, p 175

⁴³ O. Bezy, « « La santé c'est la vie dans le silence des organes » », *La revue lacanienne*, n° 3 (2009), p. 47-50.

l'OMS via la Charte d'Ottawa à proposer une autre définition ou le sujet est dans un rapport dynamique à l'environnement.

La définition proposée par la Charte d'Ottawa⁴⁴ :

1) La santé est une ressource de la vie quotidienne, ce n'est pas un but en soi, mais bien un moyen, parmi d'autres, qui participe à l'épanouissement des personnes. Ce n'est pas « être en bonne santé » qui est épanouissant, mais le fait d'être en bonne santé qui donne la possibilité de faire des choses épanouissantes.

2) La santé est un concept positif, on ne se limite pas à la définir par la négation. Ce qui participe de la bonne santé, ce n'est pas seulement « je ne suis pas malade », mais aussi « je suis heureux ».

3) La santé est un concept qui met en valeur l'importance des ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques des personnes. L'environnement et les caractéristiques individuelles des personnes sont pris en compte. Cette conception de la santé intègre les interactions permanentes entre les individus et leur environnement (qui comprend les autres personnes, l'air qu'on respire, l'habitation, le lieu de travail, le fait d'habiter en ville ou à la campagne, les lois régissant la société où l'on vit...).

Dans cette définition la santé est définie comme une ressource et non pas comme une fin en soi. La notion de bonheur montre l'aspect personnel et subjectif que revêt le concept de santé, introduisant la notion de quête quasi utopique du bonheur. Elle énonce aussi que la santé a une dimension politique et sociale.

Canguilhem nous propose un nouveau concept, celui de la normativité. La santé n'est plus considérée comme une norme absolue, mais comme la capacité d'un individu à être normatif, à savoir dépasser ses normes pour en créer de nouvelles⁴⁵. Il y aurait une forme de continuité entre le normal et le pathologique. Pour Canguilhem, il a des éléments d'individualité et de subjectivité dans la maladie. Force est de constater que quand nous discutons de la « santé », chacun a son propre ressenti sur ce que lui considère « être en bonne santé », et à ses capacités à s'adapter à son environnement. Le ressenti du milieu (hostile ou pas), les compétences d'adaptation à celui-ci vont être déterminants.

La conception de la santé a donc évolué. Elle est passée d'une perspective statique et immobile, à celle d'un « état » à préserver, à une perspective délibérément dynamique, celle d'un « état » à interminablement améliorer⁴⁶. Nous posons les principes suivants... La santé n'a pas

⁴⁴ Institut national pour l'éducation à la santé, *Éducation à la santé en milieu scolaire*, p. 104.

⁴⁵ G. Canguilhem, *op.cit.*

⁴⁶ J. Guet-Silvain, « Dossier : Les enjeux et les transformations de l'éducation à la santé », *Carrefours de l'éducation*, n° 32/2 (2011), p. 11-13.

de norme absolue. Elle est subjective. Elle est un concept dynamique, qui requière des capacités d'adaptation à son milieu. La santé n'est pas une fin en soi, mais une ressource. Elle est conditionnée par de nombreux facteurs que l'on appelle les déterminants.

Pour prendre en compte l'ensemble des déterminants qui concourent à définir la santé, on parle de « santé globale ». La promotion de la santé prend en compte la dimension collective et sociopolitique de la santé.

1.4.2. La promotion de la santé

Le concept de promotion de la santé formalisé en 1986 dans la Charte d'Ottawa reste la référence mondiale. Nous allons aborder dans un premier temps l'origine du concept de la promotion de la santé, ensuite nous présenterons la modélisation proposée par R.S. Downie, C Tannahill et A. Tannahill en 1996⁴⁷. Il existe plusieurs façons de rendre opérationnelle, l'idée de promotion de la santé. La modélisation défendue par ces auteurs nous apparait comme la plus adaptée aux spécificités du système éducatif français.

1.4.2.1. Comment est née la Charte d'Ottawa ?

L'engagement officiel de la communauté internationale en faveur de la promotion de la santé est intervenu au cours de la première conférence en 1986 à Ottawa. C'est la pédagogie de l'émancipation qui sous-tend le concept de promotion de la santé. Cette charte précise que la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, où le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Ce texte marque une étape importante dans l'histoire de la santé publique moderne en affirmant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et plus particulièrement sur les déterminants sociaux de la santé, à savoir les conditions sociales et économiques influant sur la

⁴⁷ Circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016, BO n° 5 du 4 février 2016, « Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves ».

vie des populations. Une partie des maladies ont des causes environnementales et dépendent des comportements adoptés par les individus.

1.4.2.3. Les déterminants de santé

« Le secteur de la promotion de la santé est face à une réalité qu'elle observe de mieux en mieux : les facteurs biologiques n'influent pas autant que les déterminants généraux (social, environnement...) sur la santé »⁴⁸. Il y a plusieurs classifications pour ces déterminants. Nous avons choisi celle de Jeanine Pommier, qui reprend des éléments qui sont communs à plusieurs modèles. Dans ce cadre élargi, la prise en compte d'éléments extérieurs au système de soins, mais agissants sur la santé des personnes, est indispensable, sur les multiples déterminants de la santé.

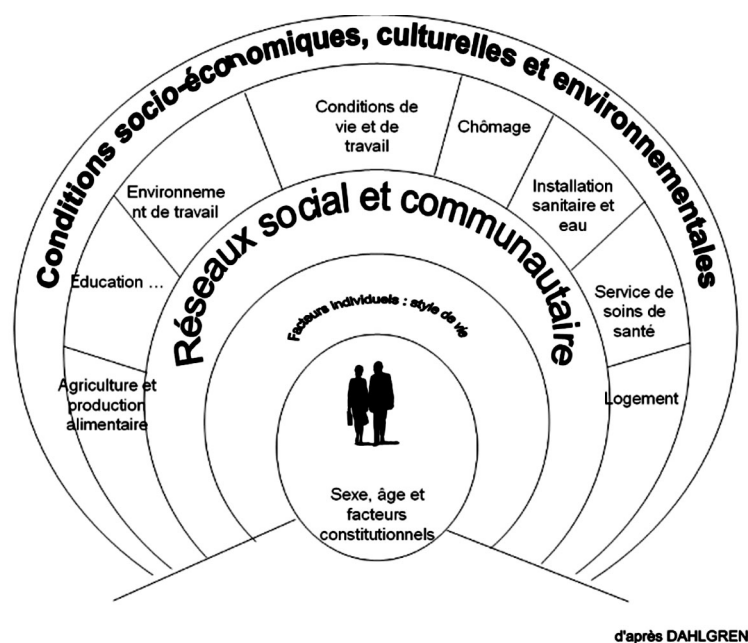


Schéma des déterminants de santé selon J. Pommier d'après Dahlgren (droits réservés)

Groupe 1 : Les facteurs environnementaux, qu'ils soient sociaux, physiques, économiques, ainsi que ceux liés à l'organisation du système de soins. Les valeurs sociales et culturelles, la distribution de revenus dans la population, la sécurité et la salubrité du logement, la sécurité de l'environnement, l'environnement politique avec les politiques sociales, l'emploi et le chômage, et l'organisation des services et des programmes ainsi que leur disponibilité et accessibilité.

⁴⁸ J. Pommier, en ligne (consulté en mai 2016) : <http://politique.eu.org/spip.php?article317>.

Groupe 2 : les facteurs qui sont les agents intra-individuels intra personnels, c'est-à-dire les dispositions biologiques (les facteurs génétiques, la maladie, l'âge, le sexe...) ou psychologiques des individus par exemple la perception de soi, les compétences sociales...

Groupe 3 : Les facteurs qui font un lien entre les deux facteurs précédents, c'est-à-dire la manière de gérer ces facteurs intra personnels par rapport à une série d'éléments environnementaux. Dans cette interface entre l'individu et l'environnement, on trouve la gestion du stress, les styles de vie et les comportements de santé.

Les comportements adoptés par les individus vont impacter leur état de santé. Concernant le cancer du poumon par exemple on peut incriminer des facteurs génétiques, mais également le comportement de la personne qui a fait le choix de fumer. Grâce aux études épidémiologiques, la médecine peut déceler les facteurs de risques de certaines pathologies et ainsi définir les bonnes conduites. Des mesures coercitives par la loi comme à titre d'exemple l'interdiction de fumer dans les lieux publics et incitatives comme l'éducation à la santé pour modifier « les mauvais comportements ». Les individus sont responsables de leurs comportements. La loi n'interdit pas de fumer ou de boire un verre d'alcool, c'est à soi-même de faire ses choix en toute liberté d'autant plus que les pouvoirs publics diffusent l'information notamment via les médias : « fumer tue », manger cinq fruits et légumes par jour », « l'alcool nuit à la santé ». Nous avons l'information, donc nous agissons en connaissances de causes. La médecine fait porter à l'individu la responsabilité de ses décisions en matière de santé

1.4.2.4. Modélisation de A. Downie et R. & S. Tannahill

Les trois composantes de la promotion de la santé définie par A. Downie, R. & S. Tannahill dans le livre *Health promotion: Models and Values* en 1996 se décline selon le schéma suivant.



La promotion de la santé selon Tannahill et Downie

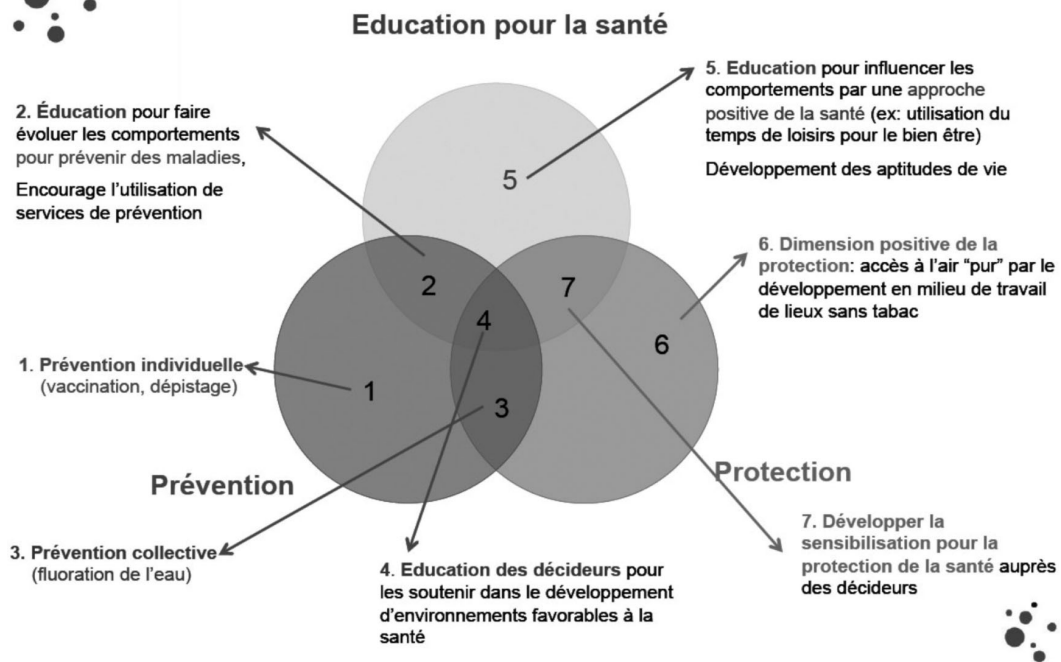


Schéma de promotion de la santé selon Downie & Tannahill

source : F. Jabot, L. Madec, EHESP, en ligne, consulté en juillet 2016 :

www.cisme.org/wpFichiers/1/1/Ressources/File/JST/JST_2014/session2/DIAPORAMA-CONFERENCE-SESSION-2.pdf

La promotion de la santé comprend les efforts visant à améliorer la santé positive et de prévenir les problèmes de santé. Les trois sphères qui se chevauchent montrent l'intrication de trois concepts.

L'éducation à la santé et la prévention sont des éléments importants de la promotion de la santé. Pour leurs définitions nous référons à celle de l'INSERM.

L'éducation à la santé⁴⁹ :

L'éducation pour la santé recouvre un ensemble de pratiques pouvant contribuer à la prévention des maladies et des accidents et à la promotion de la santé. Traditionnellement, l'éducation pour la santé consistait en des interventions éducatives qui visaient à apporter des informations et à inciter les individus à adopter des attitudes et des comportements favorables à leur santé dans un objectif de prévention. Actuellement, l'éducation pour la santé est plus souvent considérée comme un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, ceci dans un but de promotion de la santé.

⁴⁹ Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*, INSERM, 2003, p. 19.

La prévention⁵⁰ :

La prévention est l'ensemble des mesures sanitaires, techniques et éducatives destinées à éviter l'apparition d'un problème de santé (prévention primaire), sa transformation en maladie déclarée (prévention secondaire) ou sa récurrence ou ses complications (prévention tertiaire).

Le concept de prévention suppose l'identification d'un risque à prévenir. En milieu scolaire, elle se concrétise par les projets en équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, enseignants, psychologues, etc.) centrés sur des problématiques constatées ; nous pouvons citer, la prévention des conduites à risques, prévention du suicide, prévention des infections sexuellement transmissibles... La protection de la santé pour Downie et Tannahill est un ensemble de mesures juridiques ou fiscales et toute régulation politique ou règles de pratiques visant à améliorer la santé et à prévenir la maladie. Elle comporte les activités collectives visant les facteurs qui échappent au contrôle des individus, c'est-à-dire tout ce qui est normatif et législatif. En France, c'est tout ce qui est contrôle de l'air, de l'eau, des aliments, et les normes qui permettent aux personnes de vivre dans un environnement plus sain, un monde plus sûr. Les mesures de protection apparaissent comme des mesures de prévention en santé les plus efficaces. La promotion de la santé c'est éduquer les individus, mais aussi favoriser les mobilisations et les changements collectifs en prenant en compte les déterminants psychosociaux et sociétaux à l'origine des comportements et des attitudes défavorables à la santé. Les principes évoqués pour la promotion de la santé font appel à la notion de milieu et de cadre de vie. Les interventions reposent sur une approche intersectorielle prenant en compte la multi causalité des déterminants de santé.

En milieu scolaire, développer une politique de promotion de la santé, c'est articuler protection, prévention et éducation. L'axe de protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorable, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves. L'axe de prévention correspond à un travail spécifique sur les comportements générateurs d'échecs (violence, conduites à risques...) et l'axe d'éducation vise le développement de connaissances, de capacités et d'attitudes chez les élèves. La promotion de la santé est orientée vers le renforcement de l'aptitude individuelle à optimiser son capital santé, son but étant l'augmentation de la capacité des individus à s'autogérer (notion

⁵⁰ Institut national de la santé et de la recherche médicale : « *Éducation pour la santé des jeunes, démarches et méthodes* », INSERM, 2001, p. 36.

d'*empowerment*⁵¹). Nous pouvons noter que la santé est vue comme un capital à gérer et l'individu doit pouvoir agir pour le conserver, termes qui ne sont pas étrangers au monde de la finance. Le concept de promotion de la santé a évolué en milieu scolaire. Les actions déployées dans le but d'améliorer la santé des élèves étaient plutôt axées sur les conduites à risques. L'environnement scolaire agit sur la réussite des élèves. Il est désormais pris en compte. Un élève en bonne santé est un élève qui apprend mieux. Promouvoir la santé des élèves a aussi une fonction utilitariste.

Nous allons apporter un éclaircissement sur les deux expressions « éducation pour la santé » et « éducation à la santé », employées indifféremment dans les textes officiels et les publications en langue française, recouvrent en fait une pratique différente. Les professionnels de santé, en référence à la santé comme une dynamique d'adaptation permanente, s'attachent à une éducation « pour » la santé comme un moyen d'entretenir cette dynamique. En revanche, pour les acteurs du système éducatif, l'emploi de la préposition « à », par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement, met l'accent sur la dimension éducative de cette mission.

2. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE AUJOURD'HUI

2.1. Vers une compréhension de la notion actuelle de l'éducation à la santé

2.1.1. Le pilotage de l'éducation à la santé

Successivement les lois reformant le système scolaire définiront « la place » de la santé dans celui-ci. L'École reste un outil nécessaire à la santé publique notamment dans le champ de l'éducation à la santé qui est de la responsabilité des enseignants et des professionnels de la santé. La genèse du service de santé nous apporte des éléments utiles pour comprendre l'organisation actuelle. Nous allons passer de l'inspection médicale scolaire créée par la loi du 30 octobre 1886, sous l'influence de Jules Ferry à la « politique de promotion de la santé en faveur des élèves ». En 1934, le service de santé scolaire est créé, mais c'est l'ordonnance du 11 octobre 1945 qui jette les bases et les principes généraux du service de santé scolaire qui relève du ministère de l'Éducation nationale. Après un transfert en 1964 au ministère de la Santé, ce service revient à l'Éducation nationale. Actuellement les personnels médecins, infirmiers et sociaux de la santé scolaire relèvent du ministère de l'Éducation nationale. Ces trois catégories

⁵¹ L'*empowerment* désigne la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir et la capacité d'exercer celui-ci de façon autonome, *Revue santé de l'homme*, n° 413, p. 12.

de professionnels exercent en établissements du premier et du second degré sous la hiérarchie du chef d'établissement et aux différentes strates de responsabilités en qualité de conseiller technique auprès de l'inspecteur académique, responsables des services départementaux ou auprès du recteur de l'académie.

En novembre 2015, la circulaire n° 2015-117 de politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves stipule que la gouvernance et le pilotage de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves relèvent exclusivement de la compétence du ministre chargé de l'Éducation nationale.

Pour définir sa politique en matière sociale et de santé, le ministère de l'Éducation nationale a recours à l'expertise des autres ministères concernés. Cette coopération a pour objectifs de mettre en place une concertation pour assurer la cohérence des différentes politiques publiques ; et proposer un dispositif cohérent de formation entre, notamment, le réseau des Écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les facultés de médecine, les instituts de formation en soins infirmiers et les écoles de travailleurs sociaux afin de produire les ressources nécessaires.

Le bilan de la politique de santé est assuré par l'Éducation nationale via le Conseil national d'évaluation du système scolaire (CNESCO) en lien avec le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

2.1.2. Le cadre de l'éducation à la santé en milieu scolaire

La circulaire n° 98-237 pose le cadre éthique qui situe l'éducation à la santé dans une démarche éducative globale et **d'émancipation** des élèves. Composante d'une éducation globale, l'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers les enseignements et la vie scolaire. Tous les personnels y prennent part, individuellement et collectivement, chacun selon la spécificité de ses missions :

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. Ces compétences 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 soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité.*⁵²

Cette définition met en avant que l'objectif visé est de rendre l'individu responsable de ses choix. Il est pensé comme un acteur libre de ses choix, qu'il s'agit d'orienter dans la bonne direction, celle des conduites favorables à sa santé. La pensée néolibérale est très présente dans cette définition. La responsabilité est un concept central pour l'éducation à la santé actuelle. Que penser quand nous mettons en parallèle des données de l'OMS et un rapport du Haut Conseil de la santé publique sur les inégalités sociales de santé qui font le constat : suivant « *Les comportements vis-à-vis de la santé résultent rarement de choix délibérés des individus mais dépendent largement du milieu social des personnes et du milieu d'origine* »⁵³. Parler d'inégalités sociales de santé dans l'enfance revient à dire que la santé des enfants n'est pas le produit de la seule biologie mais, qu'elle est en partie liée à la position sociale de leurs parents⁵⁴.

Il est clair que nos actions d'éducation à la santé doivent impérativement tenir compte de cette réalité et ne pas sur responsabiliser l'enfant. À l'école, l'éducation à la santé prend place au sein d'une démarche de promotion de la santé et sa finalité est en référence avec l'apprentissage de la liberté et de la responsabilité. Pourquoi se poser des questions éthiques ? La définition laisse supposer que les acteurs n'ont pas une mission moralisatrice consistant à inculquer les « bons » comportements. L'intention *in fine* est de construire des citoyens libres et responsables, un objectif plus que louable ? La question de la responsabilité interpelle. Ainsi, les enfants avertis des risques que comporte une « mauvaise » alimentation sont responsables de leur choix, donc de leur éventuel surpoids ? À notre sens, les risques de sur responsabilisation de soi, et de mettre l'enfant en « éduquant » de sa famille existent. Le poids des déterminants sociaux de la santé risque d'être sous-estimé. L'éducation à la santé peut véhiculer des intentions et des valeurs cachées ou tout au moins implicites dont l'auteur n'a pas conscience. L'approche historique montre que cette éducation a généralement été fondée sur les bons sentiments, puisqu'il s'agit de faire le bien d'autrui (y compris contre son gré). La prescription qui est faite aux acteurs du monde éducatif n'est pas une garantie « éthique » car l'intention consciente ou pas et le discours tenu, le choix des informations à transmettre dépendent en partie des conceptions de l'éducation et des conceptions de la santé des intervenants. L'absence de référent universel évident conduit-il chaque acteur à sa propre subjectivité ?

⁵² Circulaire n° 98-237 24-11-1998, BO n° 45 du 3 décembre 1998.

⁵³ *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 8 mars 2011, p. 78.

⁵⁴ IGAS, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, 2011, p. 3.

2.1.3. Qui éduque en école élémentaire

En école élémentaire, ce sont les enseignants qui éduquent via les programmes scolaires. Ils assument seuls l'ensemble des matières à enseigner. Ils peuvent solliciter l'accompagnement de personnels de santé s'ils le souhaitent. Des projets « santé » peuvent être conceptualisés avec les personnels de santé de l'Éducation nationale et/ou les collectivités territoriales notamment sur la prévention des conduites à risques ou autres problématiques de santé constatées sur le territoire.

2.1.3.1. Missions des professeurs des écoles en éducation à la santé

Nous nous référons aux « Dix compétences relatives à l'ensemble des enseignants » qui sont définies dans l'Arrêté du 12-05-2010. Nous citerons les deux compétences qui sont en lien direct avec la santé. Agir en fonctionnaire de l'État de façon éthique et responsable : « *Enseignants [doit être en capacité] de repérer les signes traduisant des difficultés spécifiques des élèves dans le domaine de la santé, des comportements à risques, de la grande pauvreté ou de la maltraitance* ».

Travailler en équipe et coopérer avec les parents et les partenaires de l'école :

Le professeur est capable de contribuer... à la résolution des difficultés spécifiques des élèves dans le domaine de la santé, des comportements à risques et de la grande pauvreté ou de la maltraitance. Le professeur coopère avec les parents et les partenaires de l'école. Dans l'exercice de son activité professionnelle, le professeur observe une attitude favorisant le travail collectif, le dialogue avec les parents et la dimension partenariale.

Nous pouvons le constater la mission d'éducation à la santé n'apparaît pas clairement dans les textes relatifs aux missions des enseignants, bien que des aspects importants de la démarche de l'éducation à la santé sont clairement évoqués dans cet arrêté, comme le fait de travailler en partenariat et d'associer les parents. Il est important de noter que la santé à l'École ne concerne pas que le domaine de l'éducation pour les enseignants, en effet, ils doivent être vigilants quant aux signes relatifs à la santé de leurs élèves (conduites à risques, maltraitance, etc.) dans son sens global. Il en était de même sous la III^e République, nous l'avons déjà évoqué. Qu'en est-il des programmes d'enseignement ? Les programmes scolaires définissent les thématiques à aborder en classe. Les enseignants du premier degré continuent via leurs enseignements à diffuser des messages « santé ».

2.1.3.2. Comment est formalisée l'éducation à la santé dans les programmes scolaires ?

C'est l'arrêté du 9-11-2015, *Journal officiel* du 24-11-2015 qui définit le programme scolaire en école primaire⁵⁵. Nous avons ciblé les prescriptions faites aux enseignants en éducation à la santé en cycles 2 et 3 (cours préparatoire au cours moyen 2^e année) afin de rendre la mesure de la prescription institutionnelle.

⁵⁵ *BO*, n° 10 du 19 novembre 2015.

Encadré : synthèse du programme en lien avec l'éducation à la santé (BO, n° 10, 2015)

Cycle 2 : Cours préparatoire au cours élémentaire deuxième année

Les enfants ont de 6 à 9 ans

Éducation physique et sportive (BO, p. 50-52)

- Apprendre à entretenir sa santé par une activité physique régulière
- Découvrir les principes d'une bonne hygiène de vie, à des fins de santé et de bien-être.

En lien avec l'enseignement « Questionner le monde », l'éducation physique et sportive participe à l'éducation à la santé et à la sécurité. En articulation avec l'enseignement moral et civique, les activités de cet enseignement créent les conditions d'apprentissage de comportements citoyens pour organiser un groupe, respecter les règles et autrui, accepter l'autre avec ses différences, développer l'estime de soi et regarder avec bienveillance la prestation de camarades.

Enseignement moral et civique (BO, p. 58)

- Identifier et exprimer en les régulant ses émotions et ses sentiments.
- S'estimer et être capable d'écoute et d'empathie.
- Prendre soin de soi et des autres.
- Le soin du langage : langage de la politesse.
- Le soin du corps, de l'environnement immédiat et plus lointain.
- Le soin des biens personnels et collectifs.
- L'intégrité de la personne.

Le secours à autrui : sens du discernement, en lien avec le dispositif et l'attestation « apprendre à porter secours » (APS)

Questionner le monde (BO, p. 64)

- Adopter un comportement éthique et responsable
- Développer un comportement responsable vis-à-vis de l'environnement et de la santé grâce à une attitude raisonnée fondée sur la connaissance.
- Comment reconnaître le monde vivant ?

Reconnaître des comportements favorables à sa santé (BO, p. 66-67)	
Repérer les éléments permettant la réalisation d'un mouvement corporel. Mesurer et observer la croissance de son corps. – Croissance (taille, masse, pointure) – Modifications de la dentition	Utiliser des toises, des instruments de mesure. Tableaux et graphiques.
Mettre en œuvre et apprécier quelques règles d'hygiène de vie : variété alimentaire, activité physique, capacité à se relaxer en relation de son âge et de ses besoins en sommeil, habitudes quotidiennes de propreté (dents, mains, corps). – Catégories d'aliments, leur origine. – Les apports spécifiques des aliments (apport d'énergie : manger pour bouger). – La notion d'équilibre alimentaire (sur un repas/une journée/la semaine). – Effets positifs d'une pratique physique régulière sur l'organisme. – Changements des rythmes d'activité quotidiens (sommeil, activité, repos, etc.).	Utiliser des toises, des instruments de mesure pour suivre sa croissance. Tableaux et graphiques. Déterminer les principes d'une alimentation équilibrée et variée. Élaborer et intégrer quelques règles d'hygiène de vie et de sécurité.

Cycle 3 : Cours moyen première année et cours moyen deuxième année

Les enfants ont de 9 à 11 ans

Apprendre à entretenir sa santé par une activité physique régulière (BO, p. 155-158)

- Évaluer la quantité et la qualité de son activité physique quotidienne dans et hors l'école.
- Connaître et appliquer des principes d'une bonne hygiène de vie.

Adopter un comportement éthique et responsable

- Relier des connaissances acquises en sciences et technologie à des questions de santé, de sécurité et d'environnement.
- Mettre en œuvre une action responsable et citoyenne, individuellement ou collectivement, en et hors milieu scolaire, et en témoigner.

Éducation civique et morale en lien avec l'éducation à la sexualité (BO, p. 168)

- Respecter tous les autres et notamment appliquer les principes de l'égalité des femmes et des hommes. L'égalité entre les filles et les garçons. L'égalité des droits et la notion de discrimination.
- Discussion à visée philosophique sur les valeurs et les normes.
- Exercices de hiérarchisation et de clarification des valeurs.
- Analyse de certains stéréotypes sexués à travers des exemples pris dans des manuels ou des albums de littérature de jeunesse ou le cinéma.

Science et technologie (BO, p. 192)

Les fonctions de nutrition

Établir une relation entre l'activité, l'âge, les conditions de l'environnement et les besoins de l'organisme.

- Apports alimentaires : qualité et quantité.
- Origine des aliments consommés : un exemple d'élevage, un exemple de culture
- Relier l'approvisionnement des organes aux fonctions de nutrition.
- Apports discontinus (repas) et besoins continus
- Mettre en évidence la place des micro-organismes dans la production et la conservation des aliments et la limitation de la prolifération de microorganismes pathogènes.
- Quelques techniques permettant d'éviter la prolifération des microorganismes.
- Hygiène alimentaire.

Décrire comment les êtres vivants se développent et deviennent aptes à se reproduire (BO, p. 192)

(en lien avec l'éducation à la sexualité)

Il ne s'agit pas d'étudier les phénomènes physiologiques détaillés ou le contrôle hormonal lors de la puberté, mais bien d'identifier les caractéristiques de la puberté pour la situer en tant qu'étape de la vie d'un être humain. **Des partenaires dans le domaine de la santé sont à envisager.**

- Identifier et caractériser les modifications subies par un organisme vivant (naissance, croissance, capacité à se reproduire, vieillissement, mort) au cours de sa vie.
- Modifications de l'organisation et du fonctionnement d'une plante ou d'un animal au cours du temps, en lien avec sa nutrition et sa reproduction.
- Différences morphologiques homme, femme, garçon, fille.
- Stades de développement (graines-germination-fleur-pollinisation, œuf-larve adulte, œuf-fœtus-bébé-jeune-adulte).
- Décrire et identifier les changements du corps au moment de la puberté.
- Modifications morphologiques, comportementales et physiologiques lors de la puberté.
- Rôle respectif des deux sexes dans la reproduction.

2.1.3.3. Quelle analyse de ce programme ?

Il est clair que le programme ne vise pas que l'appropriation de savoirs dans les domaines de l'alimentation, qui a une place importante, du sommeil, de l'hygiène de vie en général. Le développement de comportements éthiques et responsables vis-à-vis de soi, des autres et de l'environnement est visé. Nous sommes dans une dynamique « écologique de la santé ». L'homme est en constante interaction avec son environnement et ces interactions sont maintenant prises en compte. Nous le savons l'environnement est un déterminant important de la santé.

Le développement de compétences psychosociales apparaît lui aussi central. L'un des facteurs fondamentaux de détermination des comportements est le développement de compétences pour faire face aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Elles relèvent de compétences psychologiques et sociales. Enfin la pratique de l'activité contribue à préserver la santé et participe largement à la prévention comme l'obésité. En ce qui concerne l'éducation à la sexualité (éducation à l'égalité, connaissances biologiques et physiologiques, travail autour des stéréotypes de sexe, relation à l'altérité...), elle doit absolument reposer sur une éthique dont la règle essentielle porte sur la délimitation entre l'espace privé et l'espace public, afin que soit garanti le respect des consciences, du droit à l'intimité. Il est recommandé aux enseignants de

faire appel à des partenaires du domaine de la santé qui ont une formation spécifique pour dispenser cette éducation à la santé et à la citoyenneté.

En résumé et en référence à la modélisation de A. Downie et R. & S. Tannahill, nous sommes dans un schéma du prendre soin de ses élèves et de veiller à leur bien-être (protection), de reconnaître les comportements favorables à sa santé (prévention) et du développement personnel et citoyen en interaction avec son environnement (éducation). En parallèle du programme, nous devons faire référence aux directives institutionnelles qui concernent le premier et le second degré parues au bulletin officiel du 3 décembre 1998 nommé « *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège* ». Il stipule que « *la finalité éducative (des enseignants) suppose la participation active des élèves à la construction de ces connaissances reliées à des situations concrètes* ». L'élève n'est pas passif, il est co-acteur avec l'enseignant. Il s'agit de pédagogie active qui est préconisée actuellement pour enseigner. Le programme scolaire et cette circulaire définissent le cadre de ce que doit être l'éducation à la santé pour aider les enseignants à concevoir, à organiser et à réaliser leur travail. Les déterminants de l'activité des enseignants dépendent de la prescription institutionnelle, mais aussi de facteurs individuels qui sont fondés sur les conceptions propres à chacun et les représentations sociales qui influencent les pratiques.

3. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Notre étude est centrée sur l'école élémentaire qui concerne les classes de cours préparatoire, cours élémentaire 1 et 2, cours moyens 1 et 2. Les enfants entrent à l'âge de six ans et doivent sortir au plus tard à l'âge de douze ans. L'objet de notre étude est d'analyser si le risque de mettre l'enfant dans une posture paradoxale est perçu par les enseignants et réfléchir à comment l'éviter. Nous nous focalisons sur l'éducation à la santé dispensée par les enseignants du premier degré en lien avec le programme scolaire qu'ils doivent respecter, car nous pensons que c'est dans cette configuration quand l'enseignant est seul pour dispenser cette éducation à la santé et procède par des entrées thématiques (sommeil, hygiène bucco-dentaire, alimentation, etc.) que le risque est le plus probable. Mettre l'enfant dans une posture paradoxale consiste pour nous à diffuser des messages pouvant heurter les normes et valeurs des familles, sur-responsabiliser l'enfant sans mesurer le poids des déterminants sociaux de la santé voire le positionner en éducateur de ses parents.

Pourquoi nous semble-t-il que ce soit dans cette configuration que le risque soit le plus probable ? Dans ce cas, les enseignants sont seuls à conceptualiser les séquences éducatives. Il est clair que le système de valeurs dont chaque enseignant est porteur influence son activité en éducation à la santé. Les valeurs fondent notre jugement. Elles sont à la base des opinions, des croyances, des idéologies, des positions philosophiques, morales ou éthiques. Certaines conceptions sont dominantes au sein de certains groupes sociaux, nous sommes dans ce cas dans le champ des représentations sociales. L'éducation à la santé n'est pas une « discipline », c'est un objet « mouvant » qui fluctue en fonction des époques, des valeurs de la société, de la morale, des représentations personnelles ou collectives que nous avons de la santé, de l'éducation et de la place de la personne à éduquer. La période, au cours de laquelle le maître d'école transmettait un savoir univoque, montrait la voie du bien (une vie saine) et la voie du mal (une vie de débauche) au cours des leçons de morale est maintenant révolue. Il est évident que la question n'est pas la même qu'en cette fin du XIX^e siècle marquée par l'hygiénisme : L'École, fondée sur des savoirs universels incontestables, transmettait les règles de la bonne santé. Aujourd'hui, la première des difficultés est liée à l'absence de référence à un « universel commun » à tous. La santé touche ce qu'il y a de plus culturellement déterminé dans les comportements et ce qu'il y a de plus intime dans les choix personnels.

3.1. Les modalités de recueil de l'information

Le recueil de l'information a consisté en un questionnaire construit autour de quatre questions ouvertes. Les conceptions individuelles des professeurs des écoles s'expriment en actions dans les actes pédagogiques. Notre questionnaire tend donc à cerner la finalité et la conception qu'ils se font de l'éducation à la santé. Le questionnaire a été soumis à des futurs enseignants en formation initiale à l'ESPE de Lyon. Ils avaient tous au préalable bénéficié de huit heures de cours théorique sur l'éducation à la santé en milieu scolaire. Ces huit heures de cours sont dispensées par des enseignants « doctorants » ou ayant validés une thèse en sciences de l'éducation dont le sujet est en lien avec la santé. Cet enseignement aborde les concepts de santé, de promotion de la santé, ainsi qu'un travail sur les représentations que les futurs professeurs des écoles ont de la santé.

Le questionnaire a été proposé dans le cadre d'interventions dites de « professionnalisation » qui ont pour objectifs de mettre en lien la théorie et la pratique. Nous intervenons en qualité de formateur du rectorat de Lyon dans ce cadre de professionnalisation. Les finalités (en vue d'un mémoire de DIU en santé) de ce questionnaire ont été explicitées à

l'oral. L'anonymat a été garanti. Le temps de réponse a été fixé à 15 minutes. C'est donc 36 questionnaires que nous allons analyser.

3.1.1. Méthodologie : le questionnaire

L'enjeu méthodologique de cette étude consiste à obtenir des données qui rendent compte de ce que perçoivent les futurs enseignants sur les limites et risques de l'éducation à la santé.

Ces quatre questions ont été construites en écho à notre problématique.

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

La première question et la deuxième question permettent de s'exprimer sur la conception de cette éducation et de sa légitimité en milieu scolaire. La troisième question interroge sur la perception du risque. Enfin la quatrième nous l'avons proposée pour cerner si le caractère intime de l'éducation à la santé est perçu. Le questionnaire nous a permis de recueillir des données qualitatives. Nous avons fait une analyse thématique qui consiste à repérer les noyaux de sens et calculé la fréquence d'apparition pouvant signifier quelque chose pour notre objectif analytique⁵⁶.

Votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?	Occurrences
<i>En lien avec la santé publique :</i> Prévention des comportements à risques/sensibilisation/informer Avoir une bonne hygiène de vie (apport de connaissances), prendre de bonnes habitudes	32
Connaitre son corps	9
Développement de soi, bien-être des enfants	7
Réduire les stéréotypes, faire évoluer les représentations	2
Développer une culture commune dans le domaine de la santé	4
Palier à l'ignorance des parents	1
Palier aux inégalités sociales	2

⁵⁶ L. Bardin, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, p. 137.

Finalités de l'éducation à la santé à l'école	Occurrences
Développer l'esprit critique Avoir des débats sur les différentes thématiques Amener à être acteur de sa santé choisir par soi-même Faire le bon choix (prévention des risques)	13
Devenir un citoyen éclairé et responsable Prendre conscience des mauvais comportements Adopter des comportements responsables Réflexion pour rendre l'élève responsable	6
Promouvoir la santé : Assurer un environnement protecteur/climat scolaire S'épanouir : bien être mental	9
Développer les compétences psychosociales Développer l'estime de soi : – améliorer l'image de soi ; – confiance en soi ; – respect de soi et des autres.	15

Les risques de l'éducation à la santé à l'école (Q3)	Occurrences
Entrer en conflit avec la famille : discours divergents/culture/religion	10
Dépasser les limites sphère publique/privée Heurter la sensibilité des élèves et/ou parents	11
Juger les pratiques familiales : – stigmatiser de groupes sociaux – dévalorisation	14
Faire peur aux enfants/générer de l'angoisse	4
Être injonctif/Être moralisateur/imposer des comportements prédéterminés	7
Être intrusif	5
Être contreproductif	1
Donner de mauvais conseils manque de savoirs	2

Les limites de l'éducation à la santé à l'école (Q4)	Occurrences
Limites « matérielles » Manque de temps/recherche spécifique dans ce domaine Manque d'outils/formation	6
Impact modéré sur l'enfant	2
Respect des valeurs familiales/religion culture	4
Enseignants non concernés	1
Respect lois/programme	1
Méthodes utilisées	3

3.1.3. Résultats : l'analyse des questionnaires

L'analyse des questionnaires montre que certains risques liés à l'âge de l'enfant et à sa capacité d'autonomie ne sont pas cités. Les déterminants sociaux de la santé ne sont pas du tout évoqués comme pouvant être une limite à la responsabilité de l'enfant. La notion de responsabilité apparaît comme un objectif ou une finalité dans 6 questionnaires, ce qui est peu car l'objectif de l'éducation à la santé telle qu'elle est prescrite dans les textes législatifs est que l'élève « *adopte des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement* ». Le risque de responsabiliser à outrance n'est donc pas perçu. Le risque de générer des conflits de valeurs, de heurter et de juger les familles est quant à lui bien perçu (21 questionnaires sur 36). Le fait de mettre l'enfant dans une injonction paradoxale, quand le discours de l'école et de la famille est divergent n'est pas clairement explicité. Les deux premières questions nous éclairent quant à comment les futurs enseignants se représentent la finalité de l'éducation à la santé. Ils perçoivent majoritairement cette éducation comme un outil de santé publique (32 questionnaires sur 36 l'expriment). Ils sont dans une approche causale. L'apport de connaissances sur le corps, les risques encourus et l'explication des bons et mauvais comportements apparaissent suffisants pour avoir une attitude positive vis-à-vis de sa santé. C'est dans cette configuration que le risque de surestimer les capacités d'autonomie de décisions de l'enfant est le plus probable.

L'approche développementale à savoir le développement de compétences personnelles et sociales dans une visée éducative est explicitée dans 28 questionnaires sur 36. Cette approche éducative qui vise l'autonomisation progressive de l'enfant en développant l'estime de soi, l'aptitude à la prise de décisions et autres compétences que nous développerons ultérieurement, est celle qui nous apparaît la plus adaptée en école élémentaire.

3.1.4. Mise en perspective avec d'autres enquêtes

Une étude quantitative⁵⁷ a été sur un échantillon représentatif de la population des enseignants du premier degré en région Auvergne (n = 673) a été réalisée entre avril et décembre 2001. Les résultats montrent que la majorité des enseignants déclare pratiquer l'éducation à la santé. L'approche est principalement thématique et essentiellement limitée à des séquences pédagogiques puisqu'elle n'est intégrée à un projet que dans 20 % des cas. Un maître sur trois a fait appel à des partenaires issus majoritairement de la santé scolaire. Les parents

⁵⁷ D. Jourdan *et. al.*, « Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire », *Santé publique*, n° 14, p. 403-423.

quant à eux, ne sont qu'exceptionnellement associés. 8 % des enseignants considèrent que l'éducation à la santé ne fait pas partie de leurs missions 30 % considèrent que leur rôle se limite à l'information et 62 % estiment qu'ils ont un rôle d'éducation globale de la personne. 71 % déclarent avoir travaillé en éducation à la santé. L'alimentation est la thématique la plus abordée (32 %) suivie de l'hygiène (20 %).

Les principaux obstacles cités à la mise en œuvre de cette éducation sont le manque d'information sur les thèmes : 53,7 % et le manque de formation sur l'éducation à la santé : 76,8 %.

Cette étude nous apparaît intéressante car elle montre que la mise en œuvre se réalise dans le contexte que nous estimons à risque à savoir quand l'enseignant est seul à conceptualiser les séquences pédagogiques (1 maître sur 3 a sollicité un partenaire). Elle nous apprend également que la conception de l'éducation à la santé s'inscrit dans une dynamique d'éducation globale de la personne, ce qui est en accord avec la finalité de l'école. La majorité des enseignants ont une conception « d'approche développementale » ce qui apparaît aussi dans notre étude.

Une deuxième étude⁵⁸ nous apporte un éclairage sur les deux modèles d'éducation à la santé qui cohabitent à l'Éducation nationale et qui font écho aux résultats de notre enquête. Les deux lectures de l'éducation à la santé qui coexistent au sein des textes institutionnels.

Prescriptions privilégiant la sécurité	Prescriptions privilégiant la promotion du bien-être individuel et social
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 »⁵⁹

Nous retrouvons chez nos étudiants, cette dualité prévention/promouvoir le bien-être et prendre du pouvoir sur sa santé (faire des choix responsables et éclairés). Le risque de mettre l'enfant dans une posture paradoxale et/ou d'être « malfaisant » réside quand notre action tend uniquement vers de la prévention avec une vision ascendante biomédicale : il suffit de savoir

⁵⁸ F. Pizon, D. Jourdan, « Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé », *Spirale*, n° 43.

⁵⁹ F. Pizon, D. Jourdan, *op.cit.*

pour adopter le comportement prescrit par l'intervenant. Nous sommes dans ce cas dans une approche causale. Cette vision cohabite avec celle qui consiste à développer des compétences.

4. ENJEUX ÉTHIQUES À L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

Notre réflexion s'articulera autour de deux principes éthiques : l'autonomie de l'enfant et le principe de non-malfaisance envers l'enfant et sa famille.

4.1. Éthique et éducation à la santé, plus qu'un enjeu, un objectif

L'idée que l'éducation par essence serait éthique est avancée par les pédagogues...

Au point de départ, chez les Anciens, l'éducation, l'acquisition des savoirs, des savoir-faire, des savoirs se conduire sous l'autorité d'un maître ou d'un enseignant, et l'éthique, l'étude des principes des choix de l'action humaine dans sa relation au bien, au bien faire, au bien se conduire, sont une seule et même chose. L'éducation est l'éthique. L'éthique est une éducation.⁶⁰

L'éthique peut être définie comme la recherche des règles de vie bonnes pour soi et pour autrui. L'éthique ne se limite pas à une réflexion purement théorique. Elle est inséparable de l'action humaine. L'éthique est convoquée face à des conflits de valeurs qui n'appellent pas de réponse univoque. C'est le fait de penser et de se questionner sur notre agir.

4.2. Comment ne pas mettre l'enfant dans une posture paradoxale

4.2.1. Sur-responsabilisation et autonomie de l'enfant

Quelle conception avons-nous aujourd'hui de l'enfant ? Il nous faut prendre la mesure de son autonomie, comme de sa dépendance à son milieu familial. La question des déterminants sociaux de la santé est cruciale. Comment notre institution scolaire républicaine qui met en avant les valeurs d'égalité et d'équité peut œuvrer à la réduction des inégalités sociales qui impacte l'enfant dès son plus jeune âge. Comment le responsabiliser tout en prenant la mesure de sa capacité réelle à agir sur sa santé ?

4.2.1.1. Évolution du regard sur l'enfant

Pour Philippe Ariès la découverte de l'enfance est récente⁶¹. Ce n'est qu'au XVIII^e siècle que l'attention portée à la spécificité de l'enfant va naître. Cet auteur va contribuer à installer l'idée d'un âge d'or de la famille moderne, où des parents aimants, après tant de siècles

⁶⁰ B. Kriegel, « Ouverture de la journée », in B. Bourgeois *et al.*, *Éthique et éducation*, 2004, p. 21-28.

⁶¹ P. Ariès, *l'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, p. 53.

d'indifférence envers l'enfant, se consacrent à leur progéniture, à la construction de sa personnalité et de son avenir. La représentation que se font les adultes sur l'enfance va évoluer au fil du temps. L'enfant tel que se le représente Rousseau serait un enfant sain, insouciant, bon en soi, fragile et innocent dont il faut préserver le patrimoine naturel en le protégeant contre tous les agents néfastes, moraux, sociaux et microbiens.

Rousseau montre aussi qu'il est possible d'éduquer un homme, « Le chef-d'œuvre d'une bonne éducation est de faire un homme raisonnable » « *Si les enfants entendaient raison, ils n'auraient pas besoin d'être élevés, l'enfance a des manières de voir, de penser, de sentir qui lui sont propres* »⁶². L'enfant pour lui, n'est pas un petit homme, il faut le considérer avec sa spécificité d'enfant et l'éduquer pour qu'il devienne un homme raisonné.

La conception freudienne⁶³ est celle de l'enfant question, l'enfant habité de pulsions complexes. Il n'est pas si bon et prend sa part dans le jeu de la séduction. Cet enfant est acteur de désir et de vie. L'enfant n'est pas totalement « objet » la phase du « non » ou il est opposant marque bien qu'il sujet et non pas objet.

Avec la naissance de la sociologie de l'enfance qui prend l'enfant au sérieux, on se met à considérer les enfants comme des acteurs à part entière et non pas seulement comme des êtres en devenir. Ils sont à la fois produits et acteurs des processus sociaux.⁶⁴ D'ailleurs en milieu scolaire comme nous l'avons évoqué, c'est la pédagogie active qui est préconisée, l'enfant est acteur de son apprentissage.

4.2.1.2. Représentation de l'enfant dans notre société

Nos enfants nous sont chers émotionnellement et nous pouvons même évoquer la notion « d'enfant roi » ils ont acquis des droits comme tout citoyen. Dans la déclaration des droits de l'enfant en novembre 1989 à l'article 4 : « *il est stipulé que les états reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible* ». Il est une personne considérée comme vulnérable sur le plan juridique et bénéficie d'une protection spécifique. En référence à la protection de l'enfance et pour être synthétique, nous nous référerons à cette définition « *potentialité d'être blessé* »⁶⁵. Il nous faut souligner l'écart entre le statut privilégié (social,

⁶² J.-J. Rousseau, *Émile ou de l'éducation*, p. 122.

⁶³ F. Anne-Christine et X. Renders, « 5. Cinquième foyer théorique. Sigmund Freud (1856-1939) », *Oxalis*, janvier 2004, p. 47-54.

⁶⁴ R. Sirota, « L'émergence d'une sociologie de l'enfance : évolution de l'objet, évolution du regard », *Éducation et sociétés*, n° 2, p. 21.

⁶⁵ ONED (Observatoire de l'enfance en danger).

juridique) dont bénéficient les enfants des démocraties occidentales et les conditions d'exploitation et d'oppression qui sont celles des enfants du tiers monde parfois livrés à la toute-puissance familiale ou étatique. L'enfant peut être potentiellement une victime. En milieu scolaire français, l'ensemble des professionnels sont formés à reconnaître les signes de maltraitance et ont le devoir de signaler toutes informations préoccupantes au service de la protection enfance. L'enfant est perçu comme une personne vulnérable et en même temps comme une personne ayant du pouvoir d'agir et d'influencer les adultes.

C'est au cours XX^e siècle que le regard de la société sur l'enfant change et que sa place à l'école évolue, l'enfant a des droits et les châtiments corporels à l'école sont interdits. L'enfant prend dans notre société occidentale, une place nouvelle puisqu'il est écouté. Il n'est plus un *enfans* (celui qui ne parle pas) ; sa parole compte, il a le droit de donner son avis. On considère sa parole autant que celle d'un adulte. Il est considéré capable d'agir sur lui-même et sur son environnement. D'ailleurs les publicitaires, ont très bien compris que l'enfant peut être positionné en prescripteur/éducateur de ses parents. Cela soulève la question du regard que portent les enfants sur les adultes, les parents ou les éducateurs. L'entourage joue un rôle majeur dans la construction identitaire de l'enfant pour le responsabiliser et l'éduquer.

Le Conseil éthique des publicités « *constate qu'il est indispensable de préserver en toutes circonstances l'image des parents et des éducateurs* »⁶⁶. De plus les enfants sont d'emblée considérés comme des adultes et voient leur avis sollicité en permanence. Cet état de fait, à des fins consuméristes, nuit à l'autorité légitime des adultes. Cette image de l'enfant tout puissant ayant du pouvoir sur ses parents est véhiculée dans notre société. L'École quant à elle doit être vigilante à ne pas inverser les rôles d'enfant à éduquer, position descendante, à la position ascendante d'éducateur. C'est ce en quoi consiste le paradoxe, nous savons que pour amener l'enfant à la liberté de penser, nous devons l'éduquer et en même temps nous ne pouvons pas le positionner en éducateur. La loi française reconnaît l'enfant comme vulnérable et en même temps, l'image que les médias diffusent le montre paradoxalement plus autonome et responsable que les adultes.

L'utilisation de l'enfant par l'École pour diffuser des messages de bons comportements à leurs parents n'est pas nouvelle, mais il était jadis médiateur et non pas éducateur. Dans un contexte où l'insuffisance parentale est mise en avant, le risque de placer l'enfant dans cette posture de décideurs au sein de sa famille se pose d'autant plus. La question de veiller à ne pas

⁶⁶ CEP : Conseil de l'éthique publicitaire.

surestimer l'autonomie du jeune enfant et de ne pas le sur-responsabiliser par rapport à sa santé en école élémentaire est légitime.

4.2.1.3. *L'autonomie de l'enfant n'est-elle pas surestimée ?*

Nous avons vu que dès le XIX^e siècle, les enfants étaient utilisés pour diffuser les bonnes pratiques en santé à leurs familles. Aujourd'hui la manière dont on considère l'enfant a changé. Il est vu comme un acteur qui participe à sa propre éducation et peut devenir lui aussi éducateur au sein de sa famille. « *L'enfant devient un acteur au même titre que les adultes, qui est capable d'agir sur lui-même et sur son environnement. Il est doué d'agency, terme anglo-saxon qui rend compte de cette capacité d'enfant* »⁶⁷.

4.2.1.4. *Le concept d'autonomie*

Intéressons-nous à la conception kantienne de l'autonomie⁶⁸. Dans *Fondements pour la métaphysique des mœurs* (1785), Kant définit l'autonomie comme « *la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa propre loi* ». Elle résulte de la raison pure pratique grâce à laquelle l'individu peut identifier les commandements valables universellement et décider de s'y soumettre librement. L'autonomie se définit alors comme la capacité à prendre des décisions guidées par la raison, qui ne soient contraintes ni par les besoins, ni par les sentiments. Il est ainsi d'usage, à la suite de Kant, de considérer que l'individu est autonome lorsqu'il agit en conformité avec ce que lui dicte sa raison plutôt que lorsqu'il suit l'arbitraire de ses désirs. E. Kant s'interroge sur ce que pourrait être une vie bonne. Le critère qui lui sert de principe et qui s'impose à tout être raisonnable est pour lui l'impératif catégorique (la raison est la faculté d'universalisation).

L'homme est :

*Un être qui a des besoins, en tant qu'il appartient au monde sensible, et sous ce rapport sa raison a certainement une charge qu'elle ne peut décliner à l'égard de la sensibilité, celle de s'occuper des intérêts de cette dernière, de se faire des maximes pratiques, en vue du bonheur de cette vie [...] Agis de telle sorte que la maxime de ta volonté puisse toujours valoir en même temps comme principe d'une législation universelle.*⁶⁹

⁶⁷ A. Maurice, *Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique : analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège*, p. 42, en ligne : <http://www.theses.fr/2014PA05H008>.

⁶⁸ L. Thomas, « Autonomie de la personne », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, M. Canto-Sperber (dir.), p. 136.

⁶⁹ E. Kant, *Critique de la raison pratique*.

Les impératifs hypothétiques quant à eux, ils sont subordonnés aux désirs particuliers de la sensibilité et non pas à la raison. L'autonomie (*autonomos*) c'est se donner à soi-même sa propre loi. Nous considérons que la volonté se donne sa loi indépendamment de tous les intérêts qui sont issus des besoins d'un individu considéré comme être sensible, la volonté est donc autonome. Contrairement à l'hétéronomie, la volonté est conditionnée par quelques intérêts ou objet qui lui impose une loi. Elle renvoie à une loi extérieure.

Jean-Paul Sartre associe autonomie et responsabilité⁷⁰. Selon Sartre, la responsabilité morale ne s'applique qu'aux êtres humains ayant la capacité de choisir, il est impossible pour un être humain d'échapper à la responsabilité morale. Le lien entre la responsabilité et l'autonomie est alors le suivant : d'une part aucun individu ne peut être autonome, s'il n'a pas la capacité de reconnaître qu'il est responsable de ses actions, d'autre part chaque individu, en reconnaissant la responsabilité de ses actions exerce une mesure de son autonomie en agissant sans décider des fins de l'homme. On peut donc dire qu'une société juste est celle qui fait toujours appel au fait que les individus étant libres de choisir sont responsables de leurs actions. Que pouvons-nous conclure du concept d'autonomie et de responsabilité qui lui est lié ? L'enfant de six à onze ans n'est pas encore un être raisonnable. Si nous nous référons à la notion de personne, chez Kant en 1785 : « *les êtres raisonnables sont appelés des personnes parce que leur nature les désigne déjà comme des fins en soi* »⁷¹.

L'enfant est-il autonome ? Le degré d'autonomie au sens « *d'être raisonnable* » d'un enfant dépend de son âge, de son éveil intellectuel, et aussi de facteurs psychosociaux. Le rôle des parents et de l'école est de l'accompagner à acquérir progressivement de l'autonomie par l'acquisition de compétences cognitives, relationnelles et sociales⁷². La socialisation est un axe primordial pour l'aider à canaliser ses pulsions et entrer en relation avec les autres. Sans ce préalable, nous l'avons constaté, l'enfant ne peut pas entrer dans les apprentissages scolaires, se construire en être humain raisonnable et devenir une personne. L'acquisition de l'autonomie est progressive. Nous ne devons pas déclarer l'enfant autonome, comme le font certains médias et anticiper sur sa réelle capacité à prendre des décisions. L'école doit prendre la mesure de ce que peut faire chaque enfant pour éviter de le mettre dans une situation de responsabilité qu'il ne peut pas assumer et le mettre en échec.

⁷⁰ L. Thomas, *op. cit.*, p. 147.

⁷¹ E. Kant, *Fondement de la métaphysique des mœurs*.

⁷² http://cache.media.eduscol.education.fr/file/ecole/15/2/Tableaux_synoptiques_developpement_enfant_210152.pdf.

Que peut impliquer la notion de responsabilité en éducation à la santé ? La responsabilité de chacun doit être engagée pour préserver son patrimoine santé. La responsabilité individuelle est bien évidemment légitime et indispensable pour autant nous nous interrogeons sur la nature de cette responsabilité, en particulier de ses limites et du sort réservé aux irresponsables. Pouvons-nous faire porter à l'individu l'intégralité de la responsabilité de son comportement ? La rationalité néolibérale conduit à une sur-responsabilisation de soi, génère une pression très forte qui peut conduire à la culpabilisation. La transgression d'un interdit amène à la culpabilité, ce que Raymond Massé appelle la construction socioculturelle du blâme⁷³. Nous pouvons nous demander si c'est « bon » de sensibiliser les enfants d'âge élémentaires aux questions de santé. Ne sont-ils pas trop jeunes pour s'en inquiéter ? N'est-ce pas leur faire assumer une responsabilité qui relève de la famille ? Aider les enfants à devenir responsables de leur santé est une intention louable, mais nous devons avoir conscience des autres niveaux de responsabilité que sont les déterminants sociaux de la santé. D'ailleurs, certaines visions de l'éducation à la santé sont basées sur l'idée selon laquelle l'individu et son libre arbitre ne pèsent pas lourd vis-à-vis de la prédétermination génétique et de l'influence des facteurs sociaux. Devons-nous être fatalistes et considérer qu'il est inutile d'éduquer à la santé ? Ce qui nous apparaît comme certains, c'est que nous ne pouvons pas faire porter toute la responsabilité de ses actes à l'individu et encore moins à l'enfant. Force est de constater que tous les parents ne sont pas en capacité, du moins dans le domaine de la santé, à prendre soin de leurs enfants.

Nous proposons de vous présenter une étude de cas pour illustrer concrètement notre propos sur les risques que nous percevons de l'éducation à la santé.

4.2.2. Étude de cas : l'alimentation en école primaire et risques

« En plaçant l'enfant au centre du système éducatif et en lui reconnaissant un rôle actif dans les processus d'apprentissage, les pouvoirs publics lui confèrent un nouveau statut qui permet de lui donner un rôle d'éducateur dans sa famille, et pouvoir ainsi influencer les choix de ses parents en matière d'alimentation »⁷⁴.

Pour illustrer notre propos, nous prendrons l'exemple de l'hygiène alimentaire qui est au programme scolaire. C'est une thématique qui a d'ailleurs une place centrale et qui se décline sur les deux cycles. Elle est particulièrement délicate à traiter à l'école car elle est sous-tendue par

⁷³ R. Massé, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, 2003, p. 25.

⁷⁴ A. Maurice, *Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique : analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège*, p. 75, en ligne : <http://www.theses.fr/2014PA05H008>.

des enjeux de santé publique forts (la lutte contre l'obésité), mais aussi parce que « manger » est un acte éminemment complexe, impliquant le symbolisme, le religieux (interdits alimentaires), la culture, le partisan du tout bio, l'aspect affectif, la compétence à être un bon parent⁷⁵, et aussi l'aspect financier qui est non négligeable.

« La limite est floue entre le désir légitime d'informer sur les risques encourus par une « mauvaise hygiène alimentaire » et la volonté d'imposer voire de contraindre ses élèves à ne pas s'exposer aux risques. L'alimentation reste un domaine au sein duquel les théories sont parfois contradictoires et se succèdent régulièrement, l'histoire du lait dans l'alimentation est le parfait exemple »⁷⁶.

Pour préciser, nous proposons un tableau qui vise à récapituler les facteurs institutionnels et personnels qui sont susceptibles d'influencer la conception de séquences éducatives. La catégorie socio professionnelle des parents des enfants est centrale car elle a une influence sur la représentation que les enseignants ont des compétences parentales. Les études épidémiologiques⁷⁷ démontrent que la prévalence de l'obésité et la surcharge pondérale sont inférieurs chez les cadres (obésité : ouvriers 5,8 % vs cadres 1,3 % ; surcharge pondérale : ouvriers 15,6 % vs cadres 7,2 %). Les enseignants exerçants en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) ont donc plus d'enfants en surcharge pondérale et en obésité.

Le tableau à la suite n'inclut pas tous les facteurs. Son objectif est de montrer la complexité d'une éducation à la santé sur la thématique de l'alimentation.

⁷⁵ « Être une bonne mère » sous-entend bien nourrir ses enfants...

⁷⁶ N.-C. Pham-Daubin, *Enjeux éthiques de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2005, p. 13, en ligne : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2005/men/pham_daubin.pdf.

⁷⁷ « La santé des élèves de grande section maternelle en 2013, des inégalités sociales dès le plus jeune âge, Études et résultats », *DRESS*, n° 920, 2015

Facteurs institutionnels	Facteurs personnels	Public
<p>Prescription/contenu</p> <p>Résumé</p> <p>Cycle 2</p> <p>Les apports spécifiques des aliments (apport d'énergie : manger pour bouger).</p> <p>La notion d'équilibre alimentaire (sur un repas, sur une journée, sur la semaine).</p> <p>Déterminer les principes d'une alimentation équilibrée et variée.</p> <p>Cycle 3</p> <p>Apports alimentaires : qualité et quantité</p> <p>Hygiène alimentaire.</p> <p>Devoirs du fonctionnaire</p> <p>Le devoir de neutralité</p> <p>Pédagogie préconisée : active</p> <p>Enfants acteurs de sa santé</p> <p>Visée : rendre les enfants responsables et faire des choix éclairés</p>	<p>Connaissances sur la thématique</p> <p>Formation ou pas en éducation à la santé</p> <p>Subjectivité</p> <p><i>Croyances</i></p> <p>Exemple : le tout bio / interdits religieux</p> <p>Valeurs/normes</p> <p>Exemple : culte de la minceur</p> <p><i>Conception sur la santé</i></p> <p>Exemple : biomédicale/constructivisme</p> <p>Tri de l'information en fonction de ses convictions</p> <p>Exemple : imposer un modèle alimentaire/procéder par interdits / ne pas...</p> <p><i>Représentations du public</i></p> <p>Exemple :</p> <p>Parents incompetents : ne connaissent pas les règles d'une bonne alimentation</p> <p>Enfants ne déjeunent pas</p> <p>Les parents ne font plus de repas</p> <p>Les gouters sont gras</p> <p>Les enfants ne mangent pas équilibré, et sont livrés à eux-mêmes</p> <p><i>Valeurs des familles dévalorisées</i></p> <p>Exemple : préjugés sur certaines ethnies, religions, pratiques alimentaires...</p> <p><i>Visée personnelle implicite</i></p> <p>Vouloir changer le comportement des élèves et des familles considérés néfastes</p> <p>Risque de culpabiliser l'enfant</p> <p>Transmettre des connaissances afin que l'élève acteur de sa santé incite au sein de sa famille une bonne hygiène alimentaire</p> <p>Réalisation de documents qui sont transmis à la famille</p> <p>La prise en compte ou non des facteurs sociaux de la santé ou les sous-estimer</p> <p>Penser que de connaître les règles actuelles (ne pas oublier la notion d'incertitude) suffit à adopter un « bon comportement »</p> <p>risque de surestimer l'autonomie de l'enfant et de le sur responsabiliser</p>	<p>Public défavorisé/parents</p> <p>Plus d'obésité et de surcharge</p> <p>Moins de revenus</p> <p>Précarité</p> <p>Non-lecteur</p> <p>Niveau d'étude : pas de qualification</p> <p>Peu présents à l'école</p> <p>Risque : positionner l'enfant en éducateur de ses parents</p> <p>Croyances et valeurs des familles</p> <p>Représentation du corps</p> <p>Pas de culte de la minceur</p> <p>La surcharge pondérale est significative d'enfants bien portants</p> <p>Modèle alimentaire différent des normes occidentales</p> <p>Interdits religieux</p> <p>Coutumes de certaines ethnies</p> <p>L'alimentation n'est pas une priorité</p> <p>Risque de heurter les normes et valeurs des familles/stigmatiser</p>

Montrer la complexité ne signifie pas pour nous renoncer à l'éducation à la santé. Le contexte scolaire en France a des exigences démocratiques. En effet, l'école a un projet, ce dernier vise l'émancipation de l'individu et sa construction comme citoyen à savoir l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde. Néanmoins, il nous faut rester vigilants et être conscients de la mesure de l'autonomie possible (en lien avec la responsabilité) chez l'enfant. Notre société néolibérale valorise la responsabilité de soi et tend à culpabiliser et stigmatiser si nous ne répondons pas à cette exigence. Le contrôle de soi est une valeur. Les individus ayant des comportements non conformes aux prescriptions de bonnes conduites sont stigmatisés et culpabilisés. Il s'agit des fumeurs (fumer tue et ils coûtent cher à la société), des obèses qui sont

dévalorisés (ils n'ont qu'à faire un régime et les médias proposent des solutions). Pourquoi sont-ils sourds aux messages qui visent leur « bien » ? Pourquoi n'adoptent-ils pas des comportements responsables ?

La question de la responsabilité est centrale en école élémentaire. Le problème philosophique de la responsabilité a pour objet les conditions d'imputabilité de nos actes et omissions. Dans le langage commun, ce terme se réfère à des devoirs ou obligations. En posant la question de savoir si une personne est responsable d'un acte particulier qui serait blâmable ou méritoire, on présuppose déjà qu'elle possède certaines capacités cognitives et volitives. C'est le principe d'autonomie de l'individu qui semble être le point de convergence du jugement de responsabilité⁷⁸. En école élémentaire, le dilemme éthique réside au juste équilibre entre la capacité d'autonomie de l'enfant lié à son degré de maturité et les responsabilités qu'il est en mesure d'assumer. La représentation que la société véhicule de l'enfant interroge car elle le positionne en éducateur des adultes. À titre d'exemple dans le message diffusé sur le réseau Transilien de la région parisienne « *nous les enfants nous avons décidé de réagir* »⁷⁹. Nous constatons que ce sont des enfants de cinq à huit ans qui diffusent des conseils de sécurité aux adultes. L'enfant peut-il assumer la responsabilité d'éduquer des adultes ? L'objectif éducatif de l'école est de responsabiliser mais en ne responsabilisant pas à outrance tout en veillant à ne pas sous responsabiliser, car ceci amènerait à accepter une forme de déterminisme naturel, sur lequel l'individu n'a pas de prise, du moins en partie, comme dans le modèle de prévention « magico-religieux ». La mission de l'école est d'amener les élèves à être en capacité de penser et de faire des choix éclairés. L'enfant a une autonomie limitée quant au choix de son mode vie. Le rôle des familles dans le domaine de la santé des enfants est premier.

4.3. Conflits de valeurs : injonction paradoxale

Les habitudes familiales peuvent être en dissonance avec le discours des enseignants sur l'hygiène alimentaire, les rythmes de vie, ou encore l'hygiène corporelle. Le but de l'école n'est pas de mettre l'enfant dans une injonction paradoxale ni de dévaloriser les pratiques familiales. L'institution scolaire stipule que « *la politique éducative de santé doit associer étroitement les familles et ne heurter aucune conscience dans un domaine qui doit être abordé avec tout le tact nécessaire* »⁸⁰. Chacun est conscient que sans une relation de confiance entre les familles et les

⁷⁸ M. Neuberg, « Responsabilité », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de M. Canto-Sperber, p. 1683.

⁷⁹ <http://www.sncf.com/ressources/cpannoncessonoresenfants1.pdf>, consulté le 06-08-2016.

⁸⁰ *Politique de santé en faveur des élèves*, Circulaire n° 2002-098 du 25-04-2002.

équipes pédagogiques, il ne peut y avoir de réussite pleine et entière des élèves. Il est bien évident qu'il n'est plus d'actualité de faire honte aux élèves de leur négligence en matière d'hygiène. Comment trouver en milieu scolaire un *modus vivendi* entre les valeurs personnelles, familiales, religieuses des professionnels et celles d'un public porteur de valeurs différentes ?

4.3.1. Respect des normes et valeurs familiales

Notre société n'est plus dans une pensée ou morale univoque, nos actions doivent aussi tenir compte de cette pluralité pour ne pas heurter les différentes cultures et religions dans la mesure où elles sont compatibles avec les valeurs de la République et la Loi (l'excision est interdite, la circoncision est autorisée). L'École doit transmettre aux élèves l'ensemble des valeurs républicaines à travers ses enseignements et l'ensemble des actions éducatives qu'elle porte. Ces valeurs qui sont la liberté, l'égalité, la fraternité, la laïcité et le refus de toutes les discriminations⁸¹ nous permettent de vivre ensemble. Elles sont le socle d'une morale commune fondée sur les droits de l'homme. La formation des enseignants comporte des modules d'enseignements qui initient une réflexion dans laquelle la finalité est de construire une culture commune au sein de l'institution scolaire. Certes ces temps de formation favorisent la réflexion des enseignants sur leur propre système de valeurs. Est-il possible à l'individu de neutraliser sa subjectivité, c'est-à-dire sa foi d'une certaine manière ? La valeur morale d'une personne se mesure par la détermination subjective de sa volonté, c'est-à-dire par sa capacité à être motivée par le désir de faire ce qui est juste parce que c'est juste. La morale est d'essence injonctive dans le sens qu'elle vise à imposer des normes. Une personnalité autoritaire penchera vers une éthique absolutiste du devoir et de l'obligation. Une personnalité protectrice sera attirée par une éthique de la sollicitude et de la bienveillance⁸². La posture éthique de celui qui éduque à la santé devrait relever du *care*, de cette attention bienveillante pour l'autre.

Le travail en équipe nous apparaît comme une forme de garantie pour sortir de l'écueil de la subjectivité. L'Éducation nationale préconise le travail en partenariat pour les actions d'éducation à la santé et plus particulièrement pour l'éducation à la sexualité qui est celle qui peut générer le plus de conflits de valeurs. L'éducation à l'égalité, à la non-discrimination (homosexualité), l'éducation aux médias (décrypter les stéréotypes de sexes,) sont des sujets complexes et vifs en France. Être au clair sur les limites, de ce qui relève du privé donc de la famille et celle du public qui elle relève de l'activité du citoyen, s'impose.

⁸¹ En ligne, consulté en juillet 2016, <http://eduscol.education.fr/cid46702/les-valeurs-de-la-republique.html>.

⁸² S. Blackburn, « Subjectivisme moral », *Dictionnaire éthique*, p. 1882.

Notre étude a montré que les futurs professeurs des écoles ont perçu le risque de générer des conflits avec les familles. Elle n'a pas exploré à quels types de conflits ils font référence.

4.4. Interroger les conséquences de nos actions en éducation à la santé

L'éducation à la santé est forcément bienfaitrice. On ne se pose pas la question car cela va de soi que notre intention est bonne. L'ère hygiéniste, sous le couvert d'intentions bienveillantes a montré que les élèves ont été rendus responsables de leurs comportements avec des méthodes moralisatrices, culpabilisatrices et injonctives, ayant pour objectif l'acculturation de la classe laborieuse jugée dangereuse.

4.4.1. Le principe de non-malfaisance

Est-il possible de vouloir le bien et in fine faire du mal ? L'objectif de l'évaluation des aspects éthiques est de rendre plus transparentes les valeurs et les normes qui peuvent implicitement sous-tendre une décision⁸³. Le principe de bienfaitrice est souvent associé au principe de non-malfaisance. Ensemble, ces deux principes permettent de rendre compte de toutes les conséquences positives et négatives de notre action. Le principe de bienfaitrice, c'est l'impératif du faire « du bien » les valeurs sous-jacentes sont en théorie, celle de l'empathie et du souci de l'autre. Le principe de non-malfaisance *primum non nocere* est, à notre sens, à garder en fil directeur au cours des séquences éducatives. L'éducation à la santé est dispensée via les programmes scolaires à tous les enfants. Le public est hétérogène, en ce sens que les élèves sont issus de différents milieux socioculturels. Les enseignants ne peuvent pas faire abstraction du contexte socioculturel car la situation sociale est le principal déterminant de la santé.

Manger équilibré, consommer cinq fruits et légumes par jour, ce n'est pas possible pour certaines familles défavorisées. Il n'est pas éthique dans certaines situations de rendre entièrement responsables les familles de leurs habitudes de vie. La notion d'empathie, se mettre à la place de l'autre, est essentielle pour comprendre les pressions que l'autre peut subir. Comment l'éducateur peut nuire à l'enfant et à sa famille ou tout au moins à avoir un impact négatif en dispensant le programme scolaire ? Il est évident qu'il ne peut pas faire l'économie d'un discours rationnel visant à normaliser les habitudes et règles de vie saine favorable à la santé. Comment ne pas stigmatiser ou culpabiliser un élève obèse qui ne suit pas les normes nutritionnelles dont l'école fait la promotion, alors que ses propres parents ne savent pas ce qui

⁸³ En ligne, consulté en août 2016, http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201305/levaluation_des_aspects_ethiques_a_la_has.pdf, p. 35.

est bon pour lui ? L'enseignant peut, sans en avoir forcément conscience, juger et dévaloriser les pratiques familiales, culpabiliser, stigmatiser et provoquer un sentiment de honte chez l'enfant. La dramatisation des conséquences de certains comportements alimentaires (manger gras augmente le risque d'infarctus, fumer provoque le cancer du poumon...) peut inquiéter l'enfant quand ses parents sont dans ces pratiques à risques. Le risque de malfaisance face à des familles « vulnérables », précaires, c'est de dénigrer leurs compétences à être parents, porter un regard négatif sur leur éducation, et de ne pas les soutenir⁸⁴. La question éthique pour l'école est de donner une information aussi juste et rigoureuse que possible en veillant à ne pas juger les conduites des familles si elles ne relèvent pas de la maltraitance. La question de l'incertitude se pose en éducation à la santé. En effet, des faits établis scientifiquement changent en fonction des recherches. Les éducateurs se doivent d'être prudents quant à l'affirmation de vérités scientifiques. Éduquer à la santé ce n'est pas seulement fournir de l'information. Elle tend aussi à développer, en plus des savoirs académiques, des savoir-être et des savoir-faire.

4.5. Les méthodes

Le choix de la méthode est en partie lié à la subjectivité de l'enseignant qui a sa conception de l'éducation et de la thématique qui est inscrite au programme scolaire (sommeil, hygiène, etc.). Procéder par la peur et l'humiliation, comme cela a pu être fait en milieu scolaire, est aujourd'hui proscrit. Notre institution se veut exigeante et bienveillante⁸⁵.

Les enseignants sont formés aux techniques didactiques et pédagogiques. Actuellement le modèle qui fait référence est celui de Didier Jourdan⁸⁶. Cette éducation à la santé s'articule autour de trois pôles. Un premier pôle centré sur le développement d'attitudes : compétences personnelles sociales et civiques. Un second pôle centré sur l'apprentissage de connaissances : connaissances sur son corps, comportements favorables à la santé (en lien avec le programme scolaire). Un dernier pôle centré sur l'apprentissage de capacités : acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement. Dans cette modélisation, il n'est pas possible de se référer à une causalité univoque. On retrouve toujours l'interaction entre les comportements, les spécificités des personnes et les déterminants environnementaux. Le poids des déterminants sociaux de santé est considéré et l'individu n'est pas seul responsable de sa santé. Cette méthode

⁸⁴ Afin de soutenir les familles et d'aider les parents dans l'exercice de leur fonction parentale, l'État et la branche famille de la sécurité sociale ont mis en place des dispositifs de soutien à la parentalité. Les enseignants peuvent proposer ce type d'aide.

⁸⁵ Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République n° 2013-595 du 8 juillet 2013.

⁸⁶ D. Jourdan, *Formation des enseignants*, p. 84.

ou modèle est en adéquation avec la finalité de l'éducation à la santé en milieu scolaire et avec les concepts de promotion de la santé. L'éducation à la santé est associée à l'éducation à la citoyenneté car le développement d'attitudes telles que le respect des autres, la solidarité y est intégré. Elle est une dimension de l'éducation du citoyen. Le lien qui unit santé et citoyenneté se concrétise entre autres dans l'apprentissage « apprendre à porter secours »⁸⁷ qui est initié dès l'école maternelle dans le cadre de l'enseignement moral et civique. L'apprentissage visé consiste, pour l'enfant, à savoir comment aider une personne en cas d'accident ou de problème de santé. L'objectif transversal est de développer l'empathie, le souci de l'autre. L'éducation à la santé en référence à ce modèle est un moyen de réduire les inégalités sociales de santé. Le développement des compétences psychosociales est une stratégie pertinente pour « développer les aptitudes individuelles » et aider les élèves à prendre en charge progressivement leur santé. Bien que ce modèle actuellement soit une référence théorique, l'ensemble des enseignants n'ont pas bénéficié d'une formation sur cette méthode. La question de la subjectivité de l'enseignant seul face à sa classe, reste posée. Il peut adopter d'autres méthodes (injonctive, informative, moralisante) et rester sur l'axe d'une éducation sanitaire normative centrée sur les connaissances qu'il aura jugé bon de transmettre.

5. DÉVELOPPER UNE DÉMARCHE ÉTHIQUE EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

Appelons « visée éthique » la visée de la « vie bonne » avec et pour autrui dans des institutions justes

P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*

Bien que les grands principes démocratiques en milieu scolaire doivent sous-tendre nos actions, Il n'en demeure pas moins que les différents acteurs, comme nous l'avons déjà évoqué, ont leurs propres valeurs, leurs représentations de ce qui est bon ou pas pour eux et les autres et cela aussi dans le domaine de la santé. Néanmoins les enseignants représentants de l'état en école publique sont censés ajuster leurs propres valeurs à celles de la République.

5.1. Être au clair avec la finalité de l'école républicaine : égalité des chances pour tous

« C'est en tant que milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents pendant plus de dix ans et comme espace privilégié d'éducation que le système éducatif contribue à l'amélioration de la santé. La mission première de l'école n'est pas de lutter contre tel ou tel

⁸⁷ http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/31/0/APS_brochure2006_116310.pdf.

fléau mais bien de former les citoyens de demain et de permettre la réussite de tous»⁸⁸. Interroger et clarifier ses intentions, respecter la neutralité qui incombe à tout fonctionnaire⁸⁹, mesurer les conséquences de nos actions, envers les enfants et leurs familles sont des impératifs.

Le fondement de la démocratie est la confiance en la capacité du citoyen à agir de façon libre et responsable. Certes, mais il faut donner aux citoyens les moyens de développer cette capacité, et en même temps mettre en œuvre des politiques publiques visant à réduire les inégalités qui relèvent de la justice sociale. Les résultats du système éducatif français évalués par les tests PISA (Programme international pour le suivi des acquis des élèves) de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) en mai 2012 révèlent que la France bat des records d'injustice. Notre école, dont un des objectifs est la réussite de tous, est d'abord faite pour une élite, et se révèle incapable de faire réussir les enfants les moins privilégiés. En effet, contrairement à la tendance observée dans les pays de l'OCDE, on constate en France que le milieu social dont l'élève est issu conditionne de plus en plus sa réussite scolaire. Force est de constater que les origines sociales pèsent sur la réussite scolaire. La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. L'article L-111-1 de cette loi impose de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative.

5.2. Le choix d'éduquer à la santé : la question de l'émancipation et de la liberté

Ceux qui veulent que le paysan ne sache ni lire ni écrire se sont fait sans doute un patrimoine de son ignorance et leurs motifs ne sont pas difficiles à apprécier. Mais ils ne savent pas que lorsqu'on fait de l'homme, une bête brute, l'on s'expose à le voir à chaque instant se transformer en bête féroce. Sans lumière, point de morale. Mais à qui importe-t-il donc de les répandre, si ce n'est au riche. La sauvegarde de ses jouissances n'est pas la morale du pauvre.

Mirabeau, *Discours sur l'éducation nationale*

L'école en France connaît encore des tensions entre les partisans de l'éducation et ceux qui sont pour l'instruction. Ces derniers considèrent que les enseignants passent trop de temps à sociabiliser qu'à réellement apporter des connaissances et cela amène à fabriquer des incultes voire des crétins. « *L'enseignant n'est pas une assistante sociale, même s'il doit être attentif à ces petits riens qui trahissent de vrais désarrois. Les demandes des élèves sont réelles, et*

⁸⁸ D. Jourdan Didier, « L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables », *Les Tribunes de la santé*, n° 16, vol. 3/2007, p. 53-59.

⁸⁹ Respect de la laïcité : pas de dogme, pas de prosélytisme...

*permanentes, mais doivent être entendues de façon à ramener sans cesse l'enfant vers sa tâche première : apprendre. Nous enseignons, nous n'éduquons pas ou si peu »*⁹⁰.

L'éducation en soi contribue à l'amélioration de la santé car elle permet l'acquisition de compétences chez les enfants et les adolescents. En effet, le fait de savoir lire, d'être capable de trier de l'information, d'avoir des connaissances sur le corps et la santé comme elles sont transmises par l'école, sont des éléments qui permettent de prendre en charge sa santé⁹¹. Le mot éducation est utilisé mais faut-il entendre enseigner ?

5.2.1. Éducation à la liberté et à la responsabilité

Le dressage conduit à la normalisation, l'éducation permet l'émergence d'une personne libre. La dimension éthique de la relation éducative apparaît étymologiquement : *educare* en latin consiste à se soucier de l'autre en l'aidant à grandir, se développer, s'instruire. Ce qui implique parfois le courage de la distance, au prix même de la rupture. Autre étymologie latine : *exducere*, de conduire hors de, pour s'émanciper. C'est un choix de vie consistant à s'ouvrir à l'autre, se soucier véritablement de lui, vouloir en prendre soin et l'accompagner vers un état d'humanisation et d'individuation supérieur⁹².

Pour Kant, le but de l'éducation est de développer dans chaque individu toute la perfection dont il est susceptible. Il faut entendre par perfection le développement harmonique de toutes les facultés humaines.⁹³

L'éducation n'a pas toujours été homogène et égalitaire. Elle varie suivant les temps et les pays. Dans certains lieux, elle habitue l'individu à se conformer aux exigences de l'état au détriment de son libre arbitre, dans ce cas, nous ne sommes pas dans l'autonomie mais dans l'hétéronomie. Dans d'autres lieux au contraire elle s'attache à faire de l'individu un être autonome capable de se dicter ses propres lois. L'éducation est variée suivant les temps et les pays. « *L'éducation répond avant tout à des nécessités externes, c'est-à-dire sociales. La science, l'esprit critique que nous mettons aujourd'hui si haut ont été pendant longtemps tenus en suspicion* »⁹⁴.

⁹⁰ J.-P. Brighelli, *La fabrique du crétin*, Gallimard, p. 29.

⁹¹ D. Jourdan, *op. cit.*, p. 42.

⁹² T. Terraz, « Le *care* en éducation et la posture éthique de l'enseignant : une place pour la *valeur-actitude altruisme ?* », *Les Cahiers du Cerfée*, n° 40, 2016.

⁹³ F. Buisson, *op. cit.*

⁹⁴ É. Durkheim, *Éducation et sociologie*, « Chap. I : L'éducation, sa nature et son rôle », eBox Éditions [ePub], 2014.

Éduquer sous-entend l'autre éduicable, ce qui à notre sens sous-entend qu'il n'y a pas de déterminisme « naturel ». Il n'est donc pas possible d'éduquer sans supposer l'autre « éduicable », cette supposition n'est pas seulement logique, elle est aussi une exigence éthique. L'homme est le seul être vivant qui doit être éduqué, mais l'éducation d'un homme n'est pas la fabrication d'un objet. L'éducation n'est réussie que quand le sujet décide lui-même de son destin. Si on se réfère au principe d'éducabilité de Philippe Meirieu : « *il s'agit de comprendre ce qui se joue dans l'ordre de l'éthique entre un éducateur et un éduqué. Nous désignons par éthique l'interrogation d'un sujet sur la finalité de ses actes. Est-ce que je fais de l'autre l'objet de mes manipulations pour servir à ma satisfaction. Est-ce que je permets à l'autre d'être face à moi, voire contre moi, un sujet* »⁹⁵. Notre pédagogue nous met aussi en garde sur le fait que de vouloir éduquer à tout prix on risque de vouloir briser la liberté de l'autre et nier ainsi toute éducation. Le principe de liberté doit donc être un antidote aux dangers du principe d'éducabilité. C'est le sujet qui apprend et lui seul, l'éducateur ne peut qu'accompagner les décisions que le sujet décide de prendre, il ne peut pas les « déclencher ». Alors, comment articuler ces deux principes « éducabilité/liberté ». L'éducabilité sans respect de la liberté est dressage, le respect de la liberté sans éducabilité est abstention éducative. Comment lier et délier tout à la fois pour permettre aux personnes de se relier ?

Pour Émile Durkheim, l'éducation a, avant tout, une fonction collective, si elle a pour objet d'adapter l'enfant au milieu social où il est destiné à vivre, il est impossible que la société se désintéresse d'une telle opération. Il faut que l'éducation assure entre les citoyens une suffisante communauté d'idées et de sentiments sans laquelle toute société est impossible ; et pour qu'elle puisse produire ce résultat, encore faut-il qu'elle ne soit pas abandonnée totalement à l'arbitraire des particuliers. Du moment que l'éducation est une fonction essentiellement sociale, l'État ne peut s'en désintéresser »⁹⁶.

En France actuellement, l'éducation a pour objectif de socialiser et d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté. En effet la capacité à décider soi-même et à prendre du pouvoir sur son existence n'est pas innée. L'éducation poursuit l'objectif de l'autonomie. Cette notion n'a de pertinence que dans le cadre d'une incomplétude initiale des individus. C'est bien parce que nous naissons incomplets et vulnérables que le long chemin de l'éducation peut être structuré par la perspective de l'autonomie⁹⁷. L'éducation n'a pas pour autant à faire

⁹⁵ P. Meirieu, *Le choix d'éduquer*, p. 12.

⁹⁶ É. Durkheim, *op.cit.*

⁹⁷ F. Brugère, « Le souci des autres fait-il une éducation ? », *Les cahiers du Cerfée*, n° 40, 2016.

l'apologie de l'individualisme. Elle pose toujours l'intervention des autres, celui qui n'est pas éduqué est aussi celui dont personne ne s'est occupé. En ce sens, l'éducation est portée par un « prendre soin » des enfants, des formes d'attention qui relève d'une politique de soutien. C'est ce à quoi veut tendre notre système éducatif qui se définit comme une École exigeante et bienveillante.

Force est de constater qu'une éducation scolaire homogène, apparemment égalitaire, exigeante pour tous, bienveillante pour chacun, ne suffit pas à amener tous les enfants à développer leur capacité à exercer leur liberté. En effet, les enfants bénéficient du même programme scolaire et de la même éducation au sein des établissements scolaires de la maternelle à la troisième, mais nous constatons que les inégalités sociales se creusent. Choisir d'éduquer est un choix éthique qui contribue à l'égalité des chances. L'Éducation nationale, à elle seule, ne peut pas résoudre tous les problèmes sociétaux mais elle peut y contribuer.

5.3. La justice sociale : réduire les inégalités sociales de santé

La plupart des problématiques de santé sont fortement liées aux variables socio-économiques. Le tabagisme, l'alcoolisme, l'obésité, ainsi que les accidents et les suicides sont d'autant plus fréquents et graves que le revenu (et le niveau d'éducation) est moins élevé. L'enfance a un poids essentiel sur l'histoire sanitaire d'un individu et doit faire l'objet d'une attention particulière⁹⁸. Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale.⁹⁹ Les mécanismes qui les produisent démarrent dès la petite enfance.

Pour Maurice Tubiana une éducation sanitaire à l'école dès le plus jeune âge et pour tous les enfants est un facteur de réductions des inégalités sociales, et le moins mauvais palliatif à la défaillance parentale dans le domaine de la santé¹⁰⁰. L'éducation sanitaire correspond dans le modèle de Didier Jourdan au pôle centré sur l'apprentissage de connaissances qui ne suffit pas à la mise œuvre d'une réelle éducation à la santé. L'école est susceptible d'apporter une contribution significative à la réduction des inégalités sociales, si l'approche dépasse le cadre du programme scolaire. L'éducation à la santé s'inscrit quotidiennement au cœur des activités de classe en développant des compétences personnelles sociales et civiques. Elle s'inscrit dans une

⁹⁸ Académie nationale de médecine, Rapport (2013), « Groupe de travail « Culture de prévention en santé », en ligne, consulté en avril 2016 : <http://www.academie-medicine.fr>.

⁹⁹ Inspection générale des affaires sociales, rapport mai 2011, « *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action* », p. 7.

¹⁰⁰ M. Tubiana, *L'éducation et la vie*, 1999, p. 130.

démarche de promotion de la santé. En premier lieu, l'école doit assurer aux élèves un environnement et un climat scolaire favorables aux apprentissages, à leur bien-être et à leur épanouissement personnel. Nous l'avons déjà évoqué, des élèves en bonne santé apprennent mieux.

Brigitte Sandrin Berthon, médecin de santé publique, avance que le terme éducation pour la santé est un pléonasme. « On admet que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou de handicap. On admet que l'éducation n'est pas seulement la transmission de connaissances. Pour définir l'une et l'autre, on utilise les mêmes mots : épanouissement de l'individu dans ses dimensions physique, psychique psychologique et sociale, autonomie, capacités d'adaptation à l'environnement et aux aléas de la vie. Les compétences dont nous avons besoin pour promouvoir notre santé sont celles que nous avons besoin pour vivre en société »¹⁰¹. Les compétences psychosociales sont reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être. Chez les enfants, leur renforcement favorise le développement global (social, émotionnel, cognitif, physique) et contribue à augmenter les comportements favorables à la santé.¹⁰² Quand les problèmes de santé sont liés à des comportements largement conditionnés par nos émotions, des interactions sociales complexes et à une incapacité à répondre au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociale peut être un élément important dans l'éducation à la santé.

5.3.1. Développer les compétences psychosociales à l'école

L'éducation ou l'éducation à la santé, mission complexe, est à la fois apport de connaissances, réflexion sur les valeurs, acquisition de savoir-être et de savoir-faire (modèle de D. Jourdan). L'acquisition de savoir-être et de savoir-faire fait écho aux développements des compétences psychosociales. Chez l'enfant elles sont associées à une meilleure estime de soi, des capacités de résilience, de plus grandes aptitudes sociales, et un faible niveau d'anxiété.

5.3.1.1. Le concept de compétences psychosociales

Ce terme a fait son apparition en France pour les actions de promotion de la santé dans les années quatre-vingt-dix. Il fait référence en général aux travaux de l'OMS qui ont défini dix compétences à développer au cours de l'éducation, pour permettre l'adoption de comportements favorables à la santé. La définition est :

¹⁰¹ B. Sandrin Berthon, *Apprendre la santé à l'école*, 1994, p. 123

¹⁰² *La santé en action*, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-431.pdf>, p. 14 (article de 10 à 21).

*Elles sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social.*¹⁰³

Ces compétences psychosociales ont été dans un premier temps articulées autour de cinq paires de compétences. Actuellement, l'OMS les regroupe en trois grandes catégories à savoir compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Les compétences sociales regroupent les compétences de communication verbale et non verbale (expression des émotions, écoute active), les capacités de résistances et de négociations (gestion des conflits, capacité d'affirmation), et l'empathie (comprendre les besoins et points de vue d'autrui). Les compétences cognitives concernent les compétences de prise de décision et de résolution de problème, la pensée critique et l'autoévaluation (influence des médias et des pairs, avoir conscience des valeurs, attitudes, normes ; croyances et facteurs qui nous affectent). Enfin les compétences émotionnelles sont relatives aux compétences de régulation émotionnelles (gestion de la colère et de l'anxiété), du stress et celles favorisant la confiance et l'estime de soi¹⁰⁴.

Les compétences telles qu'elles sont proposées par l'OMS ne sont pas en contradiction avec les compétences que l'institution scolaire préconise. L'esprit, critique, l'estime de soi, l'empathie, participe à l'émergence d'un citoyen libre. La réticence qui nous semble la plus justifiée est que l'accent est mis sur la responsabilité individuelle. Pour notre part, elles s'intègrent au principe même de l'éducation et peuvent s'ancrer dans la quotidienneté de la vie scolaire. Les principes éthiques à respecter c'est qu'elles ne peuvent pas être enseignées de manière magistrale et que le développement de ces compétences s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé qui prend en compte les déterminants environnementaux et favorise progressivement l'autonomie de l'enfant. En France, cette approche éducative en santé est récente. Les ESPE n'ont pas systématiquement intégré de module de formation concernant cette démarche éducative.

5.4. Les principes, une aide au discernement éthique

Comment parvenir à des décisions à portées éthiques ? Les pratiques en éducation à la santé à l'école appellent une réflexion éthique comme en bioéthique et en santé publique. Les

¹⁰³ Définition de l'OMS, 1993 sur le site INPES, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>.

¹⁰⁴ J. Fortin, J.-C. Azorin et M. Nekaa, « Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes », *La santé en action*, n° 431, 2015.

questionnements sur les finalités de l'agir, le sens des actes, les rapports moyens/fins, la notion d'incertitude, les méthodes utilisées doivent nous interpeller. « *L'éthique relève, en définitive, de la singularité de chaque conscience, c'est dire que l'éthique n'appartient pas à quelques experts, mais qu'elle appartient à chacun* »¹⁰⁵.

Une grille d'analyse de « bonnes pratiques », prenant en compte en partie les principes de la bioéthique et ceux de la santé publique, peut constituer un support à une démarche d'analyse des attendus éthiques.

5.4.1. Les principes éthiques en bioéthique

L'approche développée par Beauchamp et Childress propose un cadre d'analyse des discussions en bioéthique qui est fondé sur ce qu'ils appellent la « morale commune ». La morale commune constitue un ensemble de règles morales universelles qui se distinguent des règles morales émanant de sources culturelles, religieuses et institutionnelles spécifiques à chaque communauté. Childress et Beauchamp identifient, au sein de cette morale commune, quatre principes qui structurent l'ensemble des débats en bioéthique : le respect de l'autonomie ; la non-malfaisance ; la bienfaisance ; la justice.

Selon eux, chacun de ces principes constitue une obligation *prima facie*, c'est-à-dire qu'ils doivent être obligatoirement respectés¹⁰⁶. Ces principes constituent une base intéressante pour l'analyse de nos actions à l'École. Le respect de l'autonomie de l'enfant qui met en perspective la question de sur-responsabilisation de soi et la prise en compte du poids des déterminants sociaux. En ce qui concerne les deux principes de bienfaisance et de non-malfaisance, nous les traiterons ensemble car ils sont au cœur de la mise en œuvre de l'action. Quelle est mon intention réelle (bienfaisance) et en finalité suis-je bienfaisant ou malfaisant ? L'intention de l'acteur en éducation santé est liée à sa subjectivité. Il peut avoir des intentions non conscientes, il est donc nécessaire d'être en capacité d'être un professionnel « réflexif ». Nous ne développerons pas le concept de réflexivité, nous l'entendons au sens d'implication critique, d'interrogation éthique, de maîtrise de la complexité. Il s'agit d'avoir un jugement professionnel toujours situé au carrefour de l'intelligence des situations et du souci de l'autre. Le principe de justice à l'école est à mettre en relation avec l'impératif que les actions d'éducation à la santé contribuent à la

¹⁰⁵ A. Letourneau, *Trois écoles québécoises d'éthique appliquée : Sherbrooke, Rimouski et Montréal*, p. 251-267.

¹⁰⁶ Haute autorité de santé, *Guide méthodologique : L'évaluation des aspects éthiques à la HAS*, p. 37, en ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/evaluation_des_aspects_ethiques_a_la_has.pdf.

réduction des inégalités sociales de santé. D'autres principes apparaissent nécessaires pour une analyse éthique de nos actions.

5.4.2 Les principes éthiques en santé publique

Raymond Massé propose d'ajouter aux quatre principes de « Childress et Beauchamp » quatre autres principes spécifiques pour aider au discernement dans le domaine des actions de santé publique¹⁰⁷. Il s'agit des principes de bien commun, de responsabilité, de solidarité et d'incertitude. La notion de bien commun justifie un paternalisme faible, du fait que les actions « santé » en santé publique visent à modifier les comportements des individus. Toutes les personnes n'ont pas la capacité de porter un jugement éclairé sur leur santé soit par manque d'information, pour des difficultés psychologiques, ou de dépendance à des drogues. Le principe de responsabilité vient quant à lui se subordonner au principe d'autonomie des individus au nom de l'impératif de solidarité. En effet, nous devons avoir le souci de protection des personnes les plus vulnérables. La question de la solidarité vient interroger la notion de citoyenneté. Sommes-nous prêts à sacrifier une partie de notre autonomie au profit du bien commun? Enfin, le principe d'incertitude, les actions de santé publique ne peuvent pas prétendre à une certitude scientifique dans l'identification des problèmes de santé et le ciblage des facteurs explicatifs de la maladie. L'objectivité des données statistiques peut être remise en question : « *Les risques d'abus et de dérapages dans la manipulation de la notion de certitude statistique sont bien présents* »¹⁰⁸.

À l'École, le principe d'incertitude est central, l'enseignant doit transmettre des informations validées scientifiquement tout en prenant la mesure que ce qu'il transmet aujourd'hui sur les questions de santé peut être remis en question. Le milieu scolaire n'a pas l'habitude de naviguer avec l'incertitude. La responsabilité et le bien commun en ce qui nous concerne en milieu scolaire sont à mettre en lien avec l'autonomie de l'enfant. La solidarité est à mettre en écho avec le développement des compétences psychosociales. Notre démarche éthique à l'école élémentaire peut s'articuler autour de cinq principes. Ils sont l'autonomie (la responsabilité, la liberté, la prise en compte des déterminants sociaux de santé), la bienfaisance, la non-malfaisance, l'incertitude et la valorisation des compétences psychosociales (empathie, esprit critique, estime de soi, etc.). Cette approche par principe éthique peut très certainement aider les enseignants ou autres acteurs de santé à une analyse éthique de leurs actions.

¹⁰⁷ D. Jourdan et F. Bourdillon, *op. cit.*, p. 180.

¹⁰⁸ R. Massé, *Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé*, p. 14.

5.4.3. La limite d'une approche par principe

L'approche par principe fournit un cadre de lecture très utile. Elle a pourtant des limites. C'est l'aspect mécaniste qui pourrait faire écran à une réflexion approfondie. Aucun outil ou grille d'analyse ne se substitue à un questionnement actif. La concertation, la discussion au sein des équipes d'enseignants et le partenariat avec les personnels de santé de l'Éducation nationale est aussi un excellent moyen de confronter notre conception de l'éducation à la santé et donc de notre subjectivité. En référence à l'éthique de la discussion de Habermas qui vise à accéder à l'entente mutuelle des argumentations. « *Au lieu d'imposer à tous les autres une maxime dont je veux qu'elle soit une loi universelle, je dois soumettre ma maxime à tous les autres afin d'examiner par la discussion sa prétention à l'universalité* »¹⁰⁹. Nous ne sommes plus dans l'universalisme où chacun fait valoir sa loi universelle, mais dans ce que tous peuvent unanimement reconnaître comme une norme universelle. Cette réflexion prend sens à l'Éducation nationale plus particulière dans les actions d'éducation à la sexualité qui sont obligatoires dès la maternelle. Cette éducation ne fait pas consensus au sein de notre société et reste un sujet de discussion vif. Le travail en équipe et en partenariat est la règle pour les séquences éducatives sur cette thématique. Cette éducation, ne relève pas que des séquences éducatives, elle s'inscrit aussi dans le quotidien de la vie scolaire (principe d'égalité entre les sexes, relation à l'altérité) et le développement des compétences psychosociales.

5.5. La formation des futurs professeurs des écoles : un temps de réflexion éthique

La formation des professeurs des écoles apparaît comme un levier pour développer une démarche éthique en école élémentaire. Le parcours éducation à la santé « est obligatoire à L'ESPE de Lyon et se déroule sur 12 heures. Ce parcours vise à clarifier les missions éducatives de l'école et à les inscrire comme futur professionnel dans une démarche réflexive. Le temps de formation est court, il est donc nécessaire de prioriser les apports qui permettent :

- de situer leur place et rôle au sein de la communauté éducative ;
- de percevoir l'unité de leur mission éducative ;
- une réflexion sur la place de la promotion de la santé en milieu scolaire ;
- d'identifier les différents partenaires avec lesquels, ils seront en relation dans le domaine de la promotion de la santé.

¹⁰⁹A. Fortin-Melkevic, « Habermas », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, M. Canto-Sperber (dir.), p. 810.

Nous intervenons quatre heures par session (groupe de 20 étudiants) dans le cadre du pôle de professionnalisation mis l'an dernier en place par l'ESPE et le rectorat de Lyon. Les questions éthiques relatives à cette éducation pourraient être développées. Cette étude a nourri notre réflexion. La question de l'autonomie en lien avec la notion de responsabilité de soi, le poids des déterminants sociaux de la santé, ainsi que le principe de non-malfaisance envers les familles sont des sujets à débattre au cours de ces séquences.

CONCLUSION

Dans ce travail, nous avons tenté de cerner quels sont les risques de l'éducation à la santé perçus par les futurs professeurs des écoles. La prescription d'une éducation à la santé en école élémentaire se décline du cours préparatoire au cours moyen deuxième année. Le programme scolaire dicte les thématiques à aborder. Nous sommes partis du postulat que les intentions des enseignants sont bienveillantes, mais que les conséquences peuvent être « nuisibles » envers les enfants et les familles car elles peuvent mettre l'enfant dans une posture paradoxale. Le risque est de sur-responsabiliser l'enfant en sous-estimant le poids des déterminants sociaux de la santé et en le positionnant en éducateur de ses proches. Quand le discours de l'École n'est pas en synergie avec celui de la famille, le risque de générer des conflits de valeurs avec les familles est possible et consiste à mettre l'enfant dans une injonction paradoxale. Par la méthode d'un questionnaire articulé autour de quatre questions, nous avons analysé les risques perçus auprès de 36 futurs professeurs des écoles. L'objectif de cette analyse était de proposer une démarche éthique en école élémentaire afin de ne pas mettre l'enfant dans une posture paradoxale et de développer un module de formation « éthique » à l'ESPE de Lyon. Notre étude tend à montrer que les futurs enseignants n'ont pas conscience du risque de sur-responsabiliser l'enfant et de le mettre en position d'éducateur. Par contre, le risque de générer des conflits de valeurs, de heurter et de juger les familles est quant à lui bien perçu. L'analyse des questionnaires montre qu'au sein de l'Éducation nationale cohabitent deux approches d'éducation à la santé. L'une correspond à une approche de santé publique qui vise à modifier les comportements et l'autre à développer les compétences.

Par l'approche anthropologique et historique de l'éducation à la santé, nous avons tenté de montrer que la façon de concevoir le rôle de l'éducation à la santé à l'École découle d'une longue histoire prenant ses sources dans les modèles de prévention (du magico-religieux au contractuel) et dans l'hygiénisme du XIX^e siècle. Actuellement l'éducation à la santé s'inscrit dans une démarche de promotion à la santé qui prend en compte ses déterminants et qui vise à

favoriser un environnement et un climat favorable aux apprentissages. Néanmoins, la configuration des séquences éducatives où l'enseignant est seul face aux enfants pose la question des représentations et conceptions qui l'animent. L'enfant au XIX^e siècle a été instrumentalisé pour diffuser les préceptes d'une bonne hygiène de vie. L'image de l'enfant véhiculée par les médias a changé, d'instrument il est devenu acteur, et capable de gérer son capital santé alors même, que sa famille « défailante » n'en serait pas capable. Notre questionnement éthique réside dans le paradoxe que l'enfant vulnérable et dépendant de son environnement familial tant sur le plan éducatif qu'économique soit mis dans une posture de responsabilité qu'il ne peut pas assumer. Dans notre société néolibérale, la responsabilité de soi en lien avec le concept d'autonomie est une valeur. Les inégalités sociales de santé, comme le précise le rapport de l'inspection générale des affaires sociales, sont insuffisamment connues et donc pas prises en compte dans les actions santé. La formation des enseignants constitue donc un enjeu majeur, car elle pourrait les amener à relativiser l'autonomie de l'enfant en le responsabilisant, tout en ne le sur-responsabilisant pas. La focalisation sur le comportement individuel risque en effet de laisser dans l'ombre tous les facteurs environnementaux qui influencent la santé. Les comportements humains se construisent et se modifient dans un système, et c'est bien sur l'ensemble du système qu'il faut essayer d'agir. Le programme scolaire prescrit des thématiques de santé à aborder en classe. Les enfants peuvent être mis dans une posture paradoxale, si l'enseignant a fait l'impasse d'un questionnement éthique quant à la portée de son intervention. La santé à l'École ne se réduit pas au programme scolaire, elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. Il appartient à l'École de « prendre soin des enfants », en veillant à leur santé et en les aidant à adopter des comportements favorables, notamment par le développement de leurs compétences psychosociales. Il est en effet peu probable qu'une École maltraitante conduise les enfants à être « bien traitants » vis-à-vis d'eux-mêmes ou des autres.

Une sensibilisation aux enjeux éthiques ne doit aucunement justifier l'inaction, il faut rendre ces enjeux plus explicites afin d'en être conscient ou plus amplement conscient.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles

- BERGER, Dominique, *Éducation à la santé : enjeux et dispositifs à l'école. Actes du 2^e colloque national du réseau des IUFM pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives 2008*, Toulouse, Éditions universitaires du Sud, 2010.
- BÉZY, Olivier, « La santé c'est la vie dans le silence des organes », *La revue lacanienne*, p. 47-50.
- BOLTANSKI, Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, p. 205-233.
- BOURGEOIS, Bernard, *et al.*, *Éthique et éducation*, Paris, L'Harmattan, 2004, p. 29-33.
- BRIGHELLI, Jean-Paul, *La fabrique du crétin : la mort programmée de l'école*, Paris, Gallimard, 2005.
- BROUSSOULOUX, Sandrine, HOUZELLE-MARCHAL, Nathalie, *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*, Saint-Denis, INPES, 2006.
- BRUGÈRE, Fabienne, « Le souci des autres fait-il une éducation ? », *Les cahiers du CERFEE*, n° 40, 2016.
- BUISSON Ferdinand, dir., *Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire, édition 1911*, Lyon, ENS Éditions, 2011, ressource électronique [ePub] librement téléchargeable en ligne : http://catalogue-editions.ens-lyon.fr/fr/resources/download.cfm?GCOI=29021100606960&thefile=NouveauDictionnaire_Buisson.epub&securityToken=84301af5ce6d7302dd0c305d2eb6c4e3633b.
- CANGUILHEM, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013.
- CANTO-SPERBER, dir., *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 2004.
- Comité français d'éducation pour la santé et Comité régional d'éducation pour la santé, *Éducation pour la santé et éthique : séminaire international, Dourdan (Essonne), 27 et 28 janvier 2000*, Vanves, CFES, 2001.
- COSTA-LASCOUX, Jacqueline, MOLLARD, Claude, SAUGEY, Reine-Marie, *et al.*, « L'École peut-elle donner l'exemple ? », In Bernard Bourgeois, *Éthique et éducation*, Paris, L'Harmattan, 2004, p. 139-145.
- DAHMANE, Alain, « La naissance de la santé : », *Le Portique, Archives des Cahiers de la recherche, Cahier 1*, 2003, mis en ligne le 16 mars 2005, consulté le 13 avril 2016, <http://leportique.revues.org/360>.
- DAUMERIE, Nicolas, « L'empowerment en santé mentale », *La santé de l'homme*, n° 413, 2011, p. 8-10.
- DOZON, Jean-Pierre, FASSIN, Didier, dir., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 23-46.
- DURKEIM, Émile, *Éducation et sociologie*, « Chap. I : L'éducation, sa nature et son rôle », eBox Éditions [ePub], 2014.
- FORTIN, Jacques, AZORIN, Jean-Christophe, NEKAA, Mabrouk, « Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes », *La santé en action*, n° 431, 2015, p. 10-21.

- FOURNIER, Cécile, *et al.*, *Éducation pour la santé et éthique. Séminaire international Dourdan (Essonne), 27 et 28 janvier 2000*, Vanves, CFES, coll. Séminaires, 2001.
- FRANKARD, Anne-Christine, RENDERS, Xavier, « 1. Premier foyer théorique. Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) », *Oxalis*, janvier 2004, p. 21-26.
- FRANKARD, Anne-Christine, RENDERS, Xavier, « 3. Troisième foyer théorique. L'hygiénisme », *Oxalis*, janvier 2004, p. 35-38.
- FRANKARD, Anne-Christine, RENDERS, Xavier, « 5. Cinquième foyer théorique. Sigmund Freud (1856-1939) », *Oxalis*, janvier 2004, p. 47-54.
- GROS, Guillaume, « Philippe Ariès : naissance et postérité d'un modèle interprétatif de l'enfance », *Histoire de l'éducation*, n° 125, 2010, p. 49-72.
- GUIET-SILVAIN, Jeanne, « Dossier : Les enjeux et les transformations de l'éducation à la santé », *Carrefours de l'éducation*, n° 32, 2011, p. 11-13.
- JODELET, Denise, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- JOURDAN, Didier, « L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables », *Les Tribunes de la santé*, vol. 16/3, 2007, p. 53-59.
- JOURDAN, Didier, BOURDILLON, François, *La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*, Paris, Éd. de Santé, 2012.
- JOURDAN, Didier, *Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis, INPES, 2010.
- JOURDAN, Didier, *et. al.*, « Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire », *Santé publique*, n° 14, p. 403-423.
- KAHN, Pierre, « Réflexions générales sur l'éthique professionnelle enseignante », *Recherche et formation*, n° 52, 2006, p. 105-116.
- KANT, Emmanuel, *Fondement pour la métaphysique des mœurs*, trad. Hansen-Løve, Paris, Hatier, 2007.
- KLEIN, Alexandre, « Quel sujet pour l'éducation en santé ? », *Recherches & éducations*, septembre 2010, p. 47-75.
- KRIEGEL, Blandine, « Ouverture de la journée », in B. Bourgeois *et al.*, *Éthique et éducation*, L'Harmattan, 2004, p. 21-28.
- LECORPS, Philippe, « Du bon usage de la prévention dans la santé », *Revue Projet*, n° 319, 6/2010, p. 35-42.
- LETOURNEAU, Alain, *Trois écoles québécoises d'éthique appliquée : Sherbrooke, Rimouski et Montréal*, Paris, L'Harmattan, 2006, p. 251-267.
- MARIN, Claire, WORMS, Frédéric, dir., *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, PUF, 2015.
- MASSÉ, Raymond, « La santé publique comme nouvelle moralité », *Cahiers de Recherches Éthiques*, vol. 22, 1997, p. 155-176.
- MASSÉ, Raymond, « Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique », *Éthique publique*, vol. 7/2, 2005, p. 107-124.
- MAURICE, Aurélie, *Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique : analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège*, Paris, université Paris V, 2014, p. 42. En ligne, consulté en mai 2016 : <http://www.theses.fr/2014PA05H008>.

- MEIRIEU, Philippe, *Le choix d'éduquer : éthique et pédagogie*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 2007, 198 p., (« Collection Pédagogies, ISSN 1158-4580 »).
- NOURISSON Didier, dir., *À votre santé ! Éducation et santé sous la IV^e République*, Saint-Étienne, Publications de l'université de Saint-Étienne, 2002.
- OTTAVI, Dominique, *L'expérience quotidienne de l'enfant*, Bruxelles, Belgique, ministère de la Communauté française – yakapa.be, 2009.
- PARAYRE, Séverine, « L'entrée de l'éducation à la santé à l'école par la prévention (XVIII^e-XIX^e siècles) », *Recherches & éducations*, n° 3, 2010, p. 25-46.
- PHAM-DAUBIN, Ngoc-Châu, *Les enjeux éthiques de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, École nationale de la santé publique, 2005.
- PIOT, Thierry, « Interpréter les prescriptions : une dimension invisible du travail enseignant », *Spirale*, n° 43, 2009, p. 215-226.
- PIZON, Franck, JOURDAN, Didier, « Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé », *Spirale*, n° 43, 2009.
- QUÉTEL, Claude, SIMON, Jean-Yves, « L'aliénation alcoolique en France (XIX^e siècle et 1^{re} moitié du XX^e siècle) », *Histoire, économie et société*, 1988, p. 507-533.
- RICŒUR, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Points, 2015.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques, *Émile ou De l'éducation*, Paris, Garnier, 2009.
- ROY, Louis, *Éthique médicale : l'engagement nécessaire*, Paris, L'Harmattan, 2010.
- SANDRIN BERTHON, Brigitte, *Apprendre la santé à l'école*, Paris, ESF, 1997.
- SIROTA Régine, « L'émergence d'une sociologie de l'enfance : évolution de l'objet, évolution du regard », *Éducation et sociétés*, n° 2, 1998, p. 21.
- TERRAZ, Tommy, « Le *care* en éducation en éducation et la posture éthique de l'enseignant : une place pour la *valeur-attitude altruisme* ? », *Les Cahiers du Cerfée*, n° 40, 2016.
- TRIBY, Emmanuel, « L'éducation à la santé au service du savoir médical : une recherche-intervention auprès de collégiens », *Recherches & éducations*, septembre 2010, p. 77-98.
- TRICOIRE, M., POMMIER, J., DESCHAMPS, J.-P., « La santé scolaire en France : évolution et perspective », *Santé publique*, vol. 10, n° 3, 1998, p. 257-267.
- TUBIANA, Maurice, *L'éducation et la vie*, Paris, O. Jacob, 1999.

Circulaires, chartes, rapports et lettres d'information

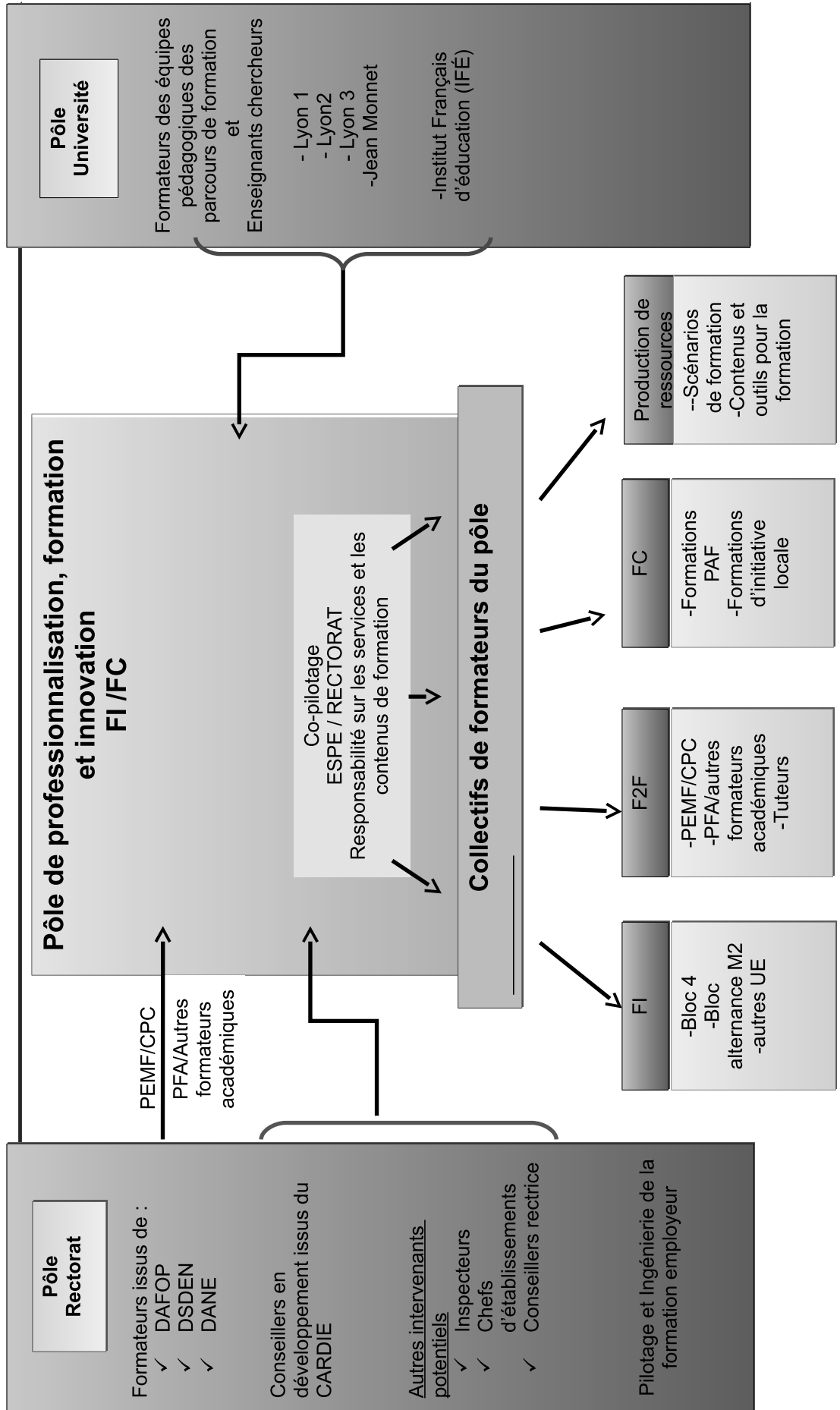
- ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, *Culture de prévention en santé*, 2013, en ligne, consulté en juillet 2016 : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/11/DreuxRapport-Culture-de-prevention-en-sante.pdf>.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités dès le plus jeune âge », *Études & Résultats*, n° 920, 2015, en ligne, consulté en juillet 2016 : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Guide méthodologique : L'évaluation des aspects éthiques à la HAS*, 2013, p. 37, en ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/evaluation_des_aspects_ethiques_a_la_has.pdf.

- INSERM, *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, Paris, Les éditions INSERM, 2001, en ligne : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/175>.
- INSERM, *Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver*, Paris, Les éditions INSERM, 2003, en ligne : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/159>.
- INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, 2011, p. 3. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>.
- INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, 2011 p. 7. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>.
- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 8-9, 2011, en ligne, consulté en juillet 2016 : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège, circulaire n° 98-237 du 24-11-1998 », *BOEN*, n° 45, 1998.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, « Parcours éducatif de santé pour tous les élèves, circulaire n° 2016-008 du 28-01-2016 », *BOEN*, n° 5, 2016.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, « Politique de santé en faveur des élèves », *BOEN*, n° 18, 2002.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, « Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves, circulaire n° 2015-117 du 10-11-2015 », *BOEN*, n° 42, 2015.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, « Programmes d'enseignement du cycle des apprentissages fondamentaux (cycle 2), du cycle de consolidation (cycle 3) et du cycle des approfondissements (cycle 4), arrêté du 9-11-2015 », Spécial n° 11, 2015.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, *BOEN*, n° 29, 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire – Rapport André Flajolet*, 2008, en ligne, consulté en août 2016 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf.

ANNEXES

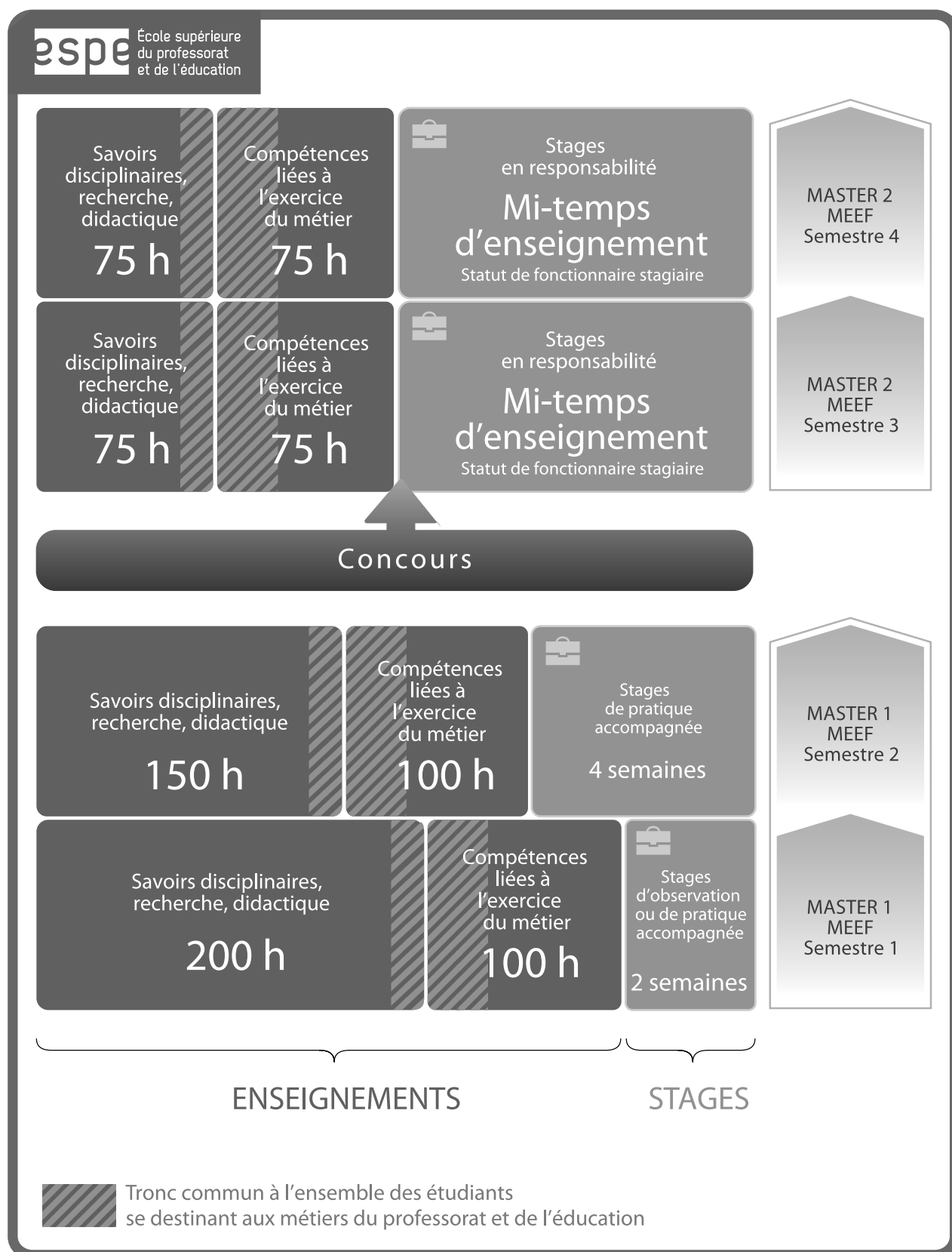
PROJET ESPE

Créer une culture commune
 Professionnaliser les parcours
 Articuler FI/FC



Version au 3 avril 2014

Exemple-type d'organisation de la nouvelle formation



Questionnaires

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Car ils n'ont pas forcément l'occasion d'en faire ailleurs
- Pour développer l'esprit critique
- Aller au delà de certains idées reçues, préjugés
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- prévenir et sensibiliser à certains risques
- ouvrir le dialogue ~~entre~~
- respect de soi et des autres
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Mauvaises interprétations
- malaise pour certains
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Manque d'outil pour l'enseignant
- peu traité car les enseignants ne savent pas comment s'y prendre
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn



Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- prévention / sensibilisation
- aider l'enfant à connaître son corps → confiance en soi, sécurité
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- que l'enfant puisse s'épanouir, à l'école ou ailleurs, maintenant
- et plus tard, qu'il se sente bien dans sa tête et dans
- la société
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- aller à l'encontre de ce qui se passe à la maison
- (nourriture par exemple)
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- On peut être interrogé sa portée, les enfants reçoivent
- beaucoup de messages et peuvent avoir une lassitude
- (manger 5 fruits et légumes par jour...).
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Prévention des maladies

-

-

-

-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Le bien-être à l'école, plus généralement
- s'épanouir dans sa vie personnelle

-

-

-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Stigmatiser

- Faire peur aux élèves

-

-

-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Le manque de temps par rapport au contenu
- des programmes très chargés

-

-

-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- d'être sensibilisé aux comportements à risques

-
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Une prise de conscience de ses propres comportements
- un recul par rapport à ses habitudes de vie
- d'acquies des connaissances relatives à la médecine
- à l'éthique

- de connaître des organismes et des professionnels à contacter

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- une stigmatisation des comportements des élèves, des parents
- un côté moralisateur
- le retour qu'une "norme" à adopter en se disent
- qu'elle n'est pas accessible.

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- les différents cultures

-
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Estime de soi
- Prévention
- Développer l'esprit critique
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Aider les jeunes à devenir des adultes responsables de demain & responsable de
- leur corps, leur mental.
- & responsable des autres pour mieux être dès aujourd'hui : les enfants doivent
- pouvoir être libres de leurs choix en connaissance de cause
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- intrusion dans la vie personnelle des enfants
- être moralisateur
- être contre-productif
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Nécessité d'une recherche toute particulière difficile au début
- quand on est déjà très occupé.
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Avoir des connaissances sur le corps et la santé

-
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Informer et permettre aux élèves d'avoir une réflexion sur ce qu'est la santé

- Permettre aux élèves d'intégrer les comportements afin d'éviter les dangers

- Favoriser chez les élèves une compréhension du bien-être

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Braver certains élèves par des séquences pédagogiques trop injonctives, difficultés pour les enseignants d'imaginer des séquences sans tomber dans ce travers

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Méthodes : la peur, être intensif

-
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseignez-épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- estime de soi et des autres
- développer esprit critique
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- le bien être à l'école puis plus généralement
- s'épanouir dans sa vie professionnelle.
-
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- faire peur aux élèves.
-
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- manque de temps
- programmes chargés.
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseignez-épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- lui donner des notions sur l'hygiène, sur l'alimentation, sur les maladies, sur le bien-être.
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Aider les élèves à choisir par soi-même
- Eduquer l'élève - lui donner les informations pour qu'il puisse choisir.
- le faire réfléchir.
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Discours différents école/famille
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Réel impact ?
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- sensibiliser aux conduites à risques.

-

-

-

-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- l'estime de soi

- adopter des comportements non dangereux

- se connaître, s'apprécier

-

-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- discours moralisateur

-

-

-

-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- être en contradiction avec l'environnement familial de l'élève

- Discours moralisateur

-

-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- apporter des informations
- apprendre à connaître son corps
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- un thème sensible qui ne touche pas à l'intime
- différentes entrées : scientifique
Social
psychoaffectif.
- La communication PE $\begin{matrix} \nearrow \text{étudiants} \\ \searrow \text{parents} \end{matrix}$ est importante

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- être injurieux.
- stigmatiser une population
- heurter la culture la sensibilité des étudiants ou parents.
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- les programmes et le manque des temps
- pas d'outils pédagogiques
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseignement émanant de l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn



Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Afin de les mener au développement de soi
- Les enseignants sont plus habilités à le faire
- Prévenir des risques de tous les jours (hygiènes, maladies, drogues)
- Développer un esprit critique

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Respecter les autres mais aussi soi-même
- Avoir une bonne hygiène de vie
- Comprendre que la santé n'est pas que physique

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Ne pas dépasser les limites entre sphère privée et publique
- Avoir une mauvaise représentation

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Manque d'outil ou on en parle pas assez

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Apprendre à prendre soin de soi

-

-

-

-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- La prévention des risques (accidents domestiques...)
- Aider l'élève à mieux se connaître (corps, confiance en soi)

-

-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- → être confronté à l'éducation apportée par les parents. L'objectif de l'éduc. à la santé est donc :

- ne pas s'opposer aux représentations des enfants
- rester neutre en montrant que différents points de vue sont possibles

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Les méthodes (comme faire peur)
- Pas assez de formation

-

-

-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn



Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- bien-être de l'enfant: estime de soi, construction de soi (intégrité, personnalité)
- protection de l'enfant → lui permettre de faire la différence entre l'acceptable et l'inacceptable.
- former une population éduquée
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- formation de l'individu
- Protection de l'individu.
-
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- la mauvaise interprétation des parents quant à la finalité de cet enseignement → pouvant mener à un conflit
-
- Risque que les enseignants ne se sentent pas légitimes pour ça, par manque de formation ou de soutien et donc qu'ils mettent de côté ces apprentissages.
- Risque de ne pas savoir où s'arrêter ou poser les frontières
↳ ne pas adapter une posture éthique.

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- La loi
- Les mœurs → morale, éthique.
- Les programmes.
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseignez-épandant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Oh

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Réduire les stéréotypes.
- Prévenir et former (des risques des maladies des infections sexuellement transmissibles)
- Conscientiser les enfants
- ~~Percevoir la curiosité des enfants~~
- Une occasion de percer la curiosité des enfants.

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Parler des sujets Tabous afin de libérer la parole.
- Permettre les enfants de découvrir leur corps en ayant de la sécurité.
- Améliorer l'image de soi.

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Le grand risque : ce qu'il y a énormément de cultures différentes que l'éducation à la santé risque de ne servir à rien face à la famille qui a le rôle dominant.

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- La différence des cultures

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- pour prévenir
- intégrité physique et morale, bien-être
- cohésion, vivre ensemble
-
-

Q

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Pour arriver à la notion de "vivre ensemble" dans la classe.
- faire de la prévention (sur certains risques)
-
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- peut toucher des sujets "tabous".
- peut toucher l'affect
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- On peut ne pas se sentir concerné
-
-
-
-



Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- pour palier à l'ignorance des parents.
- " " à l'inégalité des è face à l'éduca° familiale
- pour que les è apprennent mieux.
- pour devenir des adultes en bonne santé et responsables.
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- l'estime de soi
- la confiance en soi
- prévention
-
-
-
-



Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- le jugement des pratiques familiales
- l'apprentissage par la peur (A aux MST!)
- donner de mauvais conseils.
-
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Prévention
- Apporter des connaissances sur les Différents
- Thèmes sur La Santé
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Permettre aux élèves de connaître leur corps
- Les comportements adaptés à une bonne
- santé
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Stigmatisation de certains groupes,
- communautés
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Les Différentes cultures
-
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Développer l'esprit critique.
- Informer sur les habitudes de vie.
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Informer.
- Faire comprendre l'intérêt de cette question aux élèves.
- Les amener à être acteurs de leur santé.
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- La confrontation avec } les habitudes familiales
- } les maladies
- Stigmatiser un élève (obésité)
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Obstacles des familles (sexualité)
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Pour arriver à avoir une culture commune dans le domaine de la santé
- Pour que les enfants conscience de leur corps et prennent conscience des effets que certaines conduites peuvent avoir sur leur corps -

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Avoir une bonne intégration sociale
- Épanouissement personnel
- La prévention = que les enfants soient informés.
- Bien être

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- Faire peur aux enfants (⇒ risque)
- Comportement des parents (⇒ limite)
- ≠ cultures/religions
- Importance de la neutralité de l'enseignant

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- par prévention
- pour établir une égalité entre les familles. = égalité sociale.
- ~~prérogative~~ prérogative d'ordre public \Rightarrow mission santé publique.
- enseignant qui a un rôle d'éducateur. (cf : hygiène).
- circulaire 98.
- contribuer au bien-être des élèves

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- faire prendre conscience de leur corps aux enfants.
- appréhender les risques.
- estime de soi.
- les conséquences d'une mauvaise santé.
- les conduire à prendre de bonnes habitudes avec une réflexion.
- éviter les sujets tabou - dialogue -

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- aller trop loin : faire peur - donner des idées / méthodes
- rentrer trop dans la sphère privée. = être intrusif.
- jugement. / dévalorisation / stigmatisation.

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- comprendre ce qui est bien pr eux au niveau de la santé (maltraitance)
- leur faire prendre de bonnes habitudes (alimentation, sport...)
-
- débats : on est tous différents mais nous voulons tous être en bonne santé.

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- s'ils sont en bonne santé :
- meilleure mémorisation
- \ominus de fatigue
- meilleure concentration
-
-
-

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- sphère publique / privée
-
- risque de dévoiler un problème lourd devant la classe.
-
- diversité des élèves et de leur éducation (\oplus accentué pr l'éducation à la sexualité)
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Pour avoir ~~de~~ une connaissance / une culture commune.
- En prévention de certains comportements à risque qui peuvent affecter la santé des élèves.
- Pour changer certaines habitudes ou sensibiliser.
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Être à l'aise dans son corps.
- Avoir une bonne intégration sociale.
-
-
-
-
-

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- Les réactions des parents
- Mauvaise compréhension des élèves.
- Idées reçues ou conceptions initiales des élèves.
- Selon les cultures de chacun
- Refus des élèves de rentrer dans certaines activités
- Méthodes : ne pas faire peur aux élèves, le jugement être intrusif, respect des cultures,
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- apporter des informations, un "cadre" que les élèves n'ont pas toujours à la maison.
- dans "éducation à la santé" il y a le mot éducation et le sujet de la santé est un point important qui a toute sa place à l'école (responsabilité)

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- prévention de maladies, de comportements (physiques et/ou psychologiques)
- informer
- bien-être des élèves, climat scolaire
- compétences, citoyen responsable
- estime de soi

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- intrusion dans la sphère privée de l'élève
- le professeur des écoles n'est pas spécialiste mais peut apporter des connaissances à sa mesure, d'où la nécessité d'un partenariat dans certains cas.
- méthodes (qui font peur, angoisse)
- jugement

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- pour développer l'esprit critique
- prévenir les risques
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- prévenir les risques liés à la santé
- prévenir les comportements nuisibles à l'éducation de l'élève
- faire de l'élève une personne qui se respecte, respectable et respectée.
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- pas d'intrusion dans la vie personnelle de l'élève
-
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- un discours qui n'est pas toujours suivi par des actes.
-
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigné épendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- c'est dans le programme
- former des citoyens
-
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- sensibiliser les élèves à l'hygiène alimentaire
- sensibiliser les élèves aux pratiques sportives
- mieux se connaître, connaître son corps.
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- peut stigmatiser certaines habitudes
- les élèves peuvent se sentir gêner envers le discours tenu par l'enseignant - qui se montre différent de celui des parents
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- le programme
- le temps
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- inculquer des règles de bonnes habitudes

-

-

-

-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- la prévention, l'information à visée
- éducative

-

-

-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Heurter les sensibilités des élèves, parents en donnant
- des réponses trop formatées ou abruptes

-

- Heurter les croyances religieuses, idéologiques ---

-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- le programme

- la loi

-

-

-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Ok

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Faire prendre conscience du bien-être
- moral en plus de la forme physique
- Apporter des connaissances sur les différents thèmes autour de la santé (hygiène, alimentation, exclusion...)

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Pour rendre les élèves plus responsable face à leur santé
- Que les élèves adoptent une attitude responsable face à la diversité des autres

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

-
-
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- L'éducation à la santé doit apporter des connaissances pour rendre les élèves autonomes mais ne doit pas entrer dans la sphère intime des élèves.

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Pour prévenir
- * C'est dans la législation
- Pour permettre aux élèves de devenir de futurs adultes responsables.
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Faire émerger un questionnement de la part des élèves
- Favoriser le débat
- Enlever les tabous.
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Faire des amalgames
- Parler de plus de chose que prévu par rapport au développement de l'enfant.
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- des mœurs et la religion
-
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseignez pendant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Changer les représentations, stéréotypes
- prévention
- parler des pratiques
-
-

2

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- aborder des sujets qui ne sont pas présents dans les matières plus scolaires
- Cohésion d'équipe enseignante (partenariat)
- Prise de conscience
-
-

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- Stigmatiser certains comportements
-
-
-
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- Les mœurs, valeurs (sociales et familiales)
- dispositifs (matériels, humains, financiers)
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- pour apprendre à découvrir son corps
- prévention, sensibilisation
- parler des choses tabous & apporter des réponses
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- changer son point de vue par rapport à des représentations
- fausses -
- apporter des réponses pour faire de l'élève un citoyen éclairé et averti (= savoir les risques, faire les bons choix)
- respect de soi et des autres -

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- juger, aller à l'encontre des mœurs & religion
- que les élèves parlent de leur intimité
- parler sans savoir le passé des élèves et donc les heurter dans leur sensibilité, qu'ils se referment sur eux
-

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- les mœurs, religion
- les dispositifs matériel, financière et humain
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé) : QP4

Renseigne épardant l'intervention « professionnalisation » : temps 15 mn

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- développer des connaissances communes concernant les thématiques de santé
- * : permettre l'acquisition de savoir, savoir-être, savoir-faire
- bien-être de l'enfant
- sert de moyen de prévention

OK

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- ouvrir des débats autour de ce champ thématique
- développer des compétences psychosociales
- assurer l'environnement global de l'enfant

Q3 : Les risques de l'éducation à la santé à l'école

- imposer des comportements prédéterminés
- une mauvaise compréhension des finalités par les parents

Q4 : Les limites de l'éducation à la santé à l'école

- difficile de dépasser le stade de prévention
- manque de formation et d'outils pour les enseignants

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Aider les élèves à adopter des comportements qui préservent leur santé
- Avoir des comportements responsables
- Faire des choix éclairés favorable à leur santé
- Rôle des PE
- Palier aux inégalités sociales.
-
-

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Favoriser les apprentissages
- Permet à l'élève d'être acteur et de s'impliquer en connaissant l'environnement qui l'entoure, il doit avoir toutes les informations
- Prévention, santé publique
-
-
-
-

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- Manque de savoir des PE
- Méthode utilisée.
-
-
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

• Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- rôle d'éducateur
- prévention / santé publique
- continuité avec le rôle de la famille
- du point de vue des apprentissages
- objectivité du point de vue de la santé des enfants (observation d'un handicap)
-

• Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- apprentissages (lien avec les sciences, l'EPS), citoyenneté
- sensibiliser les élèves
- santé : physique, morale et sociale
- lien être, estime de soi
- faire prendre conscience du corps
- adopter des comportements responsables
-

• Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- conflit d'intérêt avec l'éducation à la santé des parents (culture)
- manque de savoir des PE (partenariat)
- les méthodes
- jugement
- être intrusif
-
-
-

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Pour équilibrer le savoir entre les enfants sur la santé.
- Apprendre plus en profondeur les notions qui sont en rapport à la santé (Pourquoi et comment) Éveil vers les sciences de la vie.
- Palier aux inégalités sociales.
- Apprendre sur son corps.
- Construire un citoyen éveillé et responsable.

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- la prise de conscience de l'importance de son corps.
- Écouter son corps. ✓, dev estime de soi, bonnes habitudes,
- Éducation & prévention. (CESC)
- Promotion de la santé (santé - bien être - climat scolaire).

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- Toucher à quel point ? sentir par une oreille et voir de l'autre.
- ~~on~~ on est pas professionnel dans le domaine.
- la méthode (aller trop loin - créer angoisse, ...)
- Jugement / stigmatisation

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Créer une base commune sur les connaissances en matière de santé au travers de l'école
- Essayer d'amener les enfants / élèves à prendre conscience de l'importance de la santé
- Donner l'opportunité à chacun de pouvoir apprendre et être informé sur toutes (à l'exception des questions de santé).

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- d'éducation à la santé a pour finalité de former l'adulte en devenant au sein.
- Soins du corps, soins de l'esprit, soins de l'autre.
- Comme ci-dessus apporter des connaissances, savoir faire, savoir être communs à tous les élèves.

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école

- risque de devenir intrusif au niveau de la vie privée des individus.
- risque d'aller à l'encontre des moeurs culturelles
- l'éducation à la santé ne peut être perçue que comme une discipline scolaire ne s'appliquant qu'à l'école
- Stigmatiser, creuser un écart avec ceux qui ne se reconnaissent absolument dans la logique d'éducation à la santé

Le questionnaire auprès des étudiants de l'ESPE (DIU Éthique en santé)

Q1 : À votre avis, pourquoi faire de l'éducation à la santé à l'école ?

- Prévention (tests auditif et visuel) + psychologique.
- Contribuer au bien-être des élèves.
- Information pour savoir le corps, comment ça fonctionne
[les maladies
- Culture commune.

Q2 : Quelles sont, selon vous, les finalités de l'éducation à la santé à l'école ?

- Enfants en bonne santé et citoyens ayant l'esprit sain dans un corps sain.
- garantir un meilleur vivre ensemble. (handicap / différence)
To se connaître, se respecter.
- développer esprit critique.

Q3 : Les risques, limites de l'éducation à la santé à l'école.

- Heurter la sensibilité des élèves, des familles.
- Être intrusif (sphère et choix de la famille.)
- "Dicter une norme", faire une injonction.

ÉDUCATION À LA SANTÉ EN ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

La posture paradoxale de l'enfant

Face au mal, à la maladie et à la mort, l'homme a toujours cherché à se prémunir. Quatre modèles de prévention vont se succéder sans pour autant disparaître. Ainsi le modèle magico-religieux coexiste avec le modèle contractuel dominant actuellement dans notre société. Modèle dans lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé. Sous la III^e République, époque de l'avènement de l'hygiénisme, l'École devient obligatoire et assume le rôle de bras armé de l'hygiène publique. L'enfant est la cible passive de messages sanitaires. Les enfants sont implicitement rendus responsables de leurs comportements avec des méthodes moralisatrices, culpabilisatrices et injonctives. Les pouvoirs publics dictent normes et devoirs et utilisent l'enfant pour acculturer les classes laborieuses jugées dangereuses. Depuis, l'École a toujours contribué à promouvoir la santé des populations. Elle a néanmoins changé de paradigme en matière de prévention, il ne s'agit plus de lutter contre les fléaux (maladies infectieuses, sociales) et de tenter d'imposer des normes, mais d'éduquer les enfants à faire des choix éclairés et responsables. Actuellement, l'éducation à la santé en milieu scolaire se situe dans une démarche d'émancipation et s'inscrit dans une dynamique de promotion de la santé qui préconise d'agir sur les déterminants de la santé (sociaux, environnementaux, etc.). Néanmoins la façon de concevoir le rôle de l'éducation à la santé à l'école découle d'une longue histoire prenant ses sources dans l'hygiénisme.

En école élémentaire, le programme scolaire prescrit des thématiques « santé » à aborder en classe. Le discours et les méthodes utilisées relèvent de l'unique choix de l'enseignant. Les croyances, valeurs, représentations sociales et conceptions personnelles des professeurs des écoles impactent sur la conceptualisation de leurs interventions. Le risque de mettre l'enfant dans une posture paradoxale est possible. Il consiste à surestimer l'autonomie et la responsabilité de l'enfant voire de le positionner en éducateur de ses proches. Le risque est d'autant plus probable que notre société se caractérise par une sur-responsabilisation de soi alimentée par les médias qui véhiculent aussi l'image de l'enfant « éducateur ». Le poids des déterminants sociaux est sous-estimé. L'éducation à la santé à l'École par nature considérée comme « bienfaitrice » peut être malfaisante envers les familles en heurtant leurs normes et valeurs et ainsi mettre l'enfant dans une injonction paradoxale.

Notre étude auprès de 36 futurs professeurs des écoles en formation a consisté à recueillir par un questionnaire les risques qu'ils perçoivent de cette éducation. Ils n'ont pas conscience du risque de surestimer l'autonomie de l'enfant par contre le risque de générer des conflits de valeurs avec les familles est perçu. L'analyse du risque perçu permet de proposer une démarche éthique afin d'éviter de mettre l'enfant dans une posture paradoxale. La démarche éthique de l'Éducation nationale se fonde sur une éducation bienveillante qui tend à la justice sociale en se donnant pour objectif la réduction des inégalités sociales. Pour aider les enseignants et autres personnels au discernement éthique, nous préconisons une grille par principe comme en bioéthique et en santé publique adaptée à l'école élémentaire ou le développement des compétences psychosociales constitue l'axe primordial. Initier une éthique de la discussion au sein des écoles apparaît fondamental pour confronter la subjectivité de chacun.

Mots-clés : enfant, histoire de l'éducation, éducation à la santé, éducation, enseignant, école primaire

Les mots-clés retenus sont exclusivement issus du Thésaurus européen des systèmes éducatifs (TESE, voir : <http://www.vocabularyserver.com/eurydice/fr/>)

Marie-Ange PINCHE

58, rue Louis-Blanc, 69006 LYON • marie.ange.pinche@gmail.com