

Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes

Dominique Berger, Frank Pizon, Léla Bencharif et Didier Jourdan

Dominique Berger, psychologue, maître de conférences, université de Lyon 1, IUFM

Frank Pizon, professeur des écoles, maître formateur, docteur

Léla Bencharif, Chargée de mission, réseau des IUFM en éducation à la santé

Didier Jourdan, professeur des universités, université Clermont-Ferrand 2, IUFM, laboratoire de recherche « processus d'action des enseignants, déterminants et impacts »

Résumé • L'éducation à la santé en école primaire se traduit, dans la classe, par des productions écrites ou non, révélatrices des pratiques réelles des maîtres. La recherche vise à examiner la corrélation existant entre les déclarations des maîtres et la présence de traces manifestes (écrits professionnels et d'élèves, affichages, etc.) dans la classe. Le récolement des différentes traces d'ES (écrits et dispositifs) permet d'en dresser une typologie conduisant à l'analyse des pratiques les ayant générés, à la mise en évidence du curriculum réel et à la mesure de l'impact sur la prise en charge des problématiques de santé au sein de l'école. Il s'agit de mettre en relief les points d'appuis et les obstacles à la mise en place de projets d'ES dans la classe. Les résultats montrent que l'on peut approcher les pratiques des enseignants en éducation à la santé à partir des productions diverses présentes en classe. Ce qui est significatif dans la pratique de la classe est en corrélation avec les représentations des maîtres et se retrouve sous forme de traces au sein de la classe. Les analyses des écrits professionnels usuels : projets, cahier journal, préparations, dossiers documentaires... et des productions des élèves : cahiers, réalisations diverses... confrontées à l'intention initialement déclarée par les enseignants permettent de valider l'hypothèse selon laquelle l'écart constaté est révélateur de l'interaction des dispositifs pédagogiques, de l'approche didactique, de la tutelle développée, des obstacles et des difficultés de mise en œuvre de l'ES au sein de la classe. L'analyse souligne une hétérogénéité importante des pratiques tant sur le plan des contenus enseignés que des approches pédagogiques et didactiques et une difficulté à définir l'« éducation à la santé » comme objet d'enseignement. L'éducation à la santé

oscille entre deux pôles : d'un côté le développement des savoir-faire et des savoir être, et de l'autre l'apport de contenus scientifiques dans une perspective hygiéniste comportementaliste. Il apparaît nécessaire d'accompagner les maîtres dans leur dynamique de « promotion de la santé » à l'école

Mots-clés • Éducation à la santé, École, Pratiques professionnelles, Enseignement

Introduction

Depuis de nombreuses années, les données issues des différents champs de la santé publique insistent sur le développement de la prévention, basé notamment sur l'éducation à la santé (plan national d'éducation pour la santé, 2001). En effet, il ne suffit pas de consacrer des moyens toujours plus importants aux services de soins pour améliorer la santé d'une population, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre des stratégies de prévention et plus généralement de promouvoir la santé (Haut comité de santé publique, 1996). Cependant, pour qu'une politique de promotion de la santé soit efficace, il n'est d'autre alternative que l'adhésion des citoyens, leur implication en tant qu'acteurs. Dans ce contexte, l'éducation des personnes se révèle être un enjeu capital ; en complémentarité avec d'autres acteurs, le système éducatif a un rôle déterminant à jouer. À travers les programmes scolaires et plusieurs textes de cadrage (voir références), l'éducation à la santé (ES) prend une place significative parmi les missions assignées au système scolaire. Cependant, ces textes risquent de rester inopérants s'ils ne s'accompagnent pas d'actions visant à permettre une implication réelle de l'ensemble des acteurs de l'école. Si les personnels de santé sont aujourd'hui largement concernés, la situation des enseignants est plus contrastée (Ménard, 1989 ; Jourdan, 1990 ; Campiche et Le Gauffrey, 1995 ; Perry-Casler *et al.*, 1997 ; St-Leger, 1998). La formation des professeurs dans ce domaine constitue donc un enjeu capital, une priorité sur laquelle s'accorde l'ensemble des experts (Geveaux, 1995 ; Meremans, 1995 ; Piette *et al.*, 1999 ; St-Leger, 1999 ; Kealey *et al.*, 2000, Jourdan *et al.*, 2002 ; Berger, 2008). Approfondir la connaissance des pratiques des enseignants et identifier leurs représentations quant à leur rôle constitue un objectif important de la recherche en ES.

Une première étude (Jourdan *et al.*, 2002) de type épidémiologique par questionnaires conduite en 2001-2002 (n = 289), portant sur l'ensemble de l'Académie de Clermont-Ferrand, a permis de montrer que 71 % des enseignants du 1er degré interrogés déclaraient pratiquer l'éducation à la santé avec leurs élèves. Ce travail avait également souligné la diversité des conceptions

des maîtres dans leur rôle et de leur positionnement en éducation à la santé et avait mis en évidence un fort intérêt pour ce thème puisque le taux de réponse avait été de 62 % des écoles tirées au sort. Il est apparu intéressant de prolonger et d'approfondir cette 1^{re} étude quantitative par une seconde qualitative. Elle porte sur les pratiques et représentations des maîtres du premier degré et est fondée sur le recueil des traces de l'éducation à la santé dans les classes à travers certaines matières scolaires (expression écrite et orale, arts, SVT, EPS, éducation civique), dans le développement de compétences transversales et dans l'école, son fonctionnement et de son organisation pédagogique et matérielle. Il s'agit de tenter de rendre compte des pratiques des enseignants en dépassant la description et/ou l'étude de cas et la subjectivité des déclarations en mettant en regard le recueil du discours des maîtres et celui des traces des mises en œuvre.

1. L'éducation à la santé dans la classe

1.1 Méthodologie

Notre postulat de départ est le suivant : si l'éducation à la santé est abordée de façon significative par les maîtres, il y en demeure des traces manifestes dans la classe, dans les écrits professionnels des maîtres et les productions des élèves. Le recueil de ces traces confronté aux déclarations des maîtres recueillies par interviews devrait permettre de rendre compte des pratiques réelles des enseignants, de leurs conceptions didactiques et pédagogiques et de la nature des actions dans la classe et dans l'école.

Nous avons déterminé deux objectifs. Le premier consiste à approcher les pratiques réelles des enseignants à partir des traces et productions présentes dans la classe. Il s'agit d'établir un état des lieux des pratiques. Le second porte sur l'analyse des écrits professionnels usuels des maîtres (projets, cahiers journal, préparations, dossiers documentaires...) et des productions des élèves (cahiers, réalisations diverses...) en vue de déterminer les approches didactiques et pédagogiques mises en œuvre et leur liaison avec l'acceptation actuelle de l'éducation à la santé.

Ces données seront confrontées à l'intention initialement déclarée par les enseignants dans les entretiens individuels. Nous analyserons ensuite en quoi l'écart constaté rend compte des difficultés de mise en œuvre d'éducation à la santé à l'école ? Notre hypothèse est que l'écart constaté est révélateur des obstacles et des difficultés du fait même des particularités de l'éducation

à la santé, de ses contenus, de sa forme non scolaire (au sens de Lebeaume, 2007 et Lange & Victor, 2006) qui viennent déstabiliser les représentations des enseignants.

Il s'agit d'un travail exploratoire visant à rendre compte d'un ensemble de pratiques pédagogiques peu explorées (Jourdan *et al.*, 2002) et de tenter d'objectiver les pratiques déclarées par le recueil des traces laissées en classe par les activités pédagogiques d'éducation à la santé.

1.1.1 Cadre théorique

L'acception actuelle du concept de santé s'articule principalement autour de la condition de possibilité physiologique et psychologique nécessaire pour pouvoir participer à la vie commune. Les actions de santé (ES, prévention et soins) seront jugées nécessaires chaque fois qu'un individu est empêché de partager, de maintenir ou d'améliorer sa vie dans ses rapports avec l'ensemble social où il a à prendre sa place. La nature spécifique de l'ES, de part sa proximité entre l'intime et le social, de part l'importance du développement des compétences psychosociales qu'elle implique, de part la nature hybride et complexe des savoirs scientifiques (Lange & Victor, 2006), de part aussi l'incidence sociale des questions soulevées lui confère de ce fait une place particulière sur les plans didactique et pédagogique. La nature des curricula qui s'ensuivent est largement orientée vers le développement de la personne permettant la construction de « compétences pour vivre » (*life skills*), de savoirs et de compétences intellectuelles mises au service de ce projet (Lange & Victor, 2006). Les représentations sociales et les conceptions individuelles des maîtres (Khazmi *et al.*, 2008) prennent alors une importance certaine à la fois dans la conception des contenus, comme dans celle des dispositifs.

L'approche didactique traditionnelle se penchant essentiellement sur l'élève et les contenus à enseigner amène à négliger l'enseignant. L'élève est le plus souvent le seul sujet psychologique et social étudié. La plupart des recherches en éducation à la santé tentent principalement d'établir un lien entre « une théorie de l'apprentissage (théorie du sujet et de la genèse des conduites nouvelles) et une théorie de la connaissance (une théorie des savoirs institués, une théorie de l'universalité) » (Develay, 1992). Elles ne prennent que peu en compte l'enseignant en tant que sujet, son activité, ses conceptions (Goigoux, 2004). Il s'agit de réintroduire le maître comme élément essentiel de compréhension de l'activité didactique associant l'activité d'enseignement reposant sur un savoir didactique et l'exercice réel du métier reposant sur un ensemble de savoirs opérationnels dans la classe. Goigoux, (1994, 1996, 1998-a), a cherché à promouvoir une approche qui place plus clairement les enseignants en position de sujets dans les dispositifs de recher-

che et les conduise à proposer une approche didactique « intégrée ». Dans cette perspective, ses travaux accordent une place importante à la subjectivité des enseignants, aux contraintes liées à l'exercice du métier, à ce qu'il appelle les « aménagements réalisés et les techniques d'enrôlement » pour la classe, aux valeurs et aux croyances. Dans cette perspective, au-delà de la nécessaire technicité du métier fondée sur des connaissances scientifiques où le maître organise un ensemble de savoirs validés et complexes en vue d'une transposition didactique, des dimensions morales, politiques et affectives le sollicitent en permanence dans l'action.

Les dispositifs pédagogiques qui s'ensuivent ne peuvent se cantonner dans le seul registre de l'information et de l'enseignement. Ils déstabilisent la posture traditionnelle d'enseignement (Lange & Victor, 2006). Le but n'est pas simplement de transmettre des contenus scientifiques et/ou de faire face à une situation inédite ou impromptue mais bien de pouvoir s'auto-réguler dans l'action en fonction d'objectifs pédagogiques, de finalités didactiques et d'un ensemble cohérent de valeurs et de situations sociales de références référées certes, à la pratique professionnelle mais aussi aux enjeux mêmes de la pratique pédagogique. Ces objectifs renvoient à la construction de l'identité professionnelle intimement liée à celle de la personne. Ils obligent à une pratique « réfléchie » (Hensler, 2001 ; Berger, 2004), fondée sur l'analyse de son expérience d'enseignement « passée, présente, future et conditionnelle » et accompagnée d'une démarche de structuration et de transformation de ses perceptions et de ses savoirs. Il ne s'agit pas d'une simple réflexion au niveau de l'action mais véritablement d'une réflexion sur l'action (Perrenoud, 1998b) dans une visée « méthodique, régulière, instrumentée et porteuse d'effets » acquise dans un processus continu et délibéré.

Dans un premier temps, cette posture « réfléchie » nécessite un recul par rapport à l'action en mobilisant un système de représentations sociales et professionnelles et des conceptions propres à l'acteur d'éducation à la santé. Les représentations (Fisher, 2001) conçues comme un ensemble d'idées coordonnées et de modèles explicatifs et cohérents socialement partagés, utilisés pour raisonner face à des situations qui posent problème, composent un ensemble sous-jacent et organisé de concepts et d'expériences fondant la culture personnelle et professionnelle du sujet. Une représentation correspond donc à un schéma de pensée sous-jacent, plus ou moins simple, plus ou moins organisé, parfois peu fondé sur des savoirs scientifiques. Cette structure liée à l'affectif du sujet, à son appartenance culturelle, à son appartenance sociale, a une origine en rapport avec le réel logique et constitue un point d'équilibre dans la relation que le sujet entretient avec son environnement. Elle s'avère constitutive de l'identité professionnelle et résistante aux changements. Les représentations sont la construction d'un savoir ordinaire, d'un habitus,

(Perrenoud, 1999), élaboré à travers des valeurs et des croyances partagées par un groupe social d'appartenance et qui donneraient lieu à une vision commune se manifestant au cours des interactions sociales. Elles se déclinent en conceptions individuelles qui s'expriment en actions, ici dans les actes pédagogiques et dans la mise en œuvre didactique de séquences.

Dans un second temps, le travail de réflexivité induit une posture d'extériorité par rapport au processus et au produit même de cette première réflexion (Paquay, 2001). Ceci ferait mettre à distance la situation et prendre du recul par rapport à soi-même et son propre système de représentation. Cette posture d'extériorité permet de tisser un lien entre un ensemble de savoirs théoriques et un corpus d'expériences pour en élucider le sens ; entre des « connaissances » sur les personnes et sur soi-même, sur la tâche et sur les objectifs, sur les stratégies et des « expériences » qui manifestent une régulation contrôlée consciente de la tâche par rapport au but (Doly, 2002).

Si le premier niveau de réflexion sur la pratique permet d'en poser la singularité, l'approche réflexive est l'outil qui en autorise le transfert dans le sens d'une possibilité de réplique et d'un partage avec d'autres. La réflexivité consiste alors à extraire d'actes professionnels et d'expériences pédagogiques les invariants structuraux en même temps que les particularités du contexte pour les formaliser. Cette formalisation participe à la construction des savoirs professionnels caractéristiques d'une profession. (Develay, 1992). Cette réflexion sur la pratique se développe en fonction de la complexité de celle-ci selon trois niveaux (Schön, 1987). Un premier sur le plan technique (technical rationality) vise à porter l'attention sur l'efficacité des moyens utilisés pour atteindre le but fixé. Le second niveau (practical action) en découle directement. Il vise à l'analyse de l'activité d'enseignement sous l'angle des présupposés, des intentions éducatives et des conséquences observées. Son but est la compréhension des actions et des expériences éducationnelles. Enfin, le troisième niveau (critical reflexion) situe l'action en fonction d'enjeux socio-politiques plus larges.

La précédente étude (Jourdan *et al.* 2002) proposait une approche quantitative des déclarations des maîtres d'écoles élémentaires sur leurs représentations et pratiques en ES pour l'ensemble de l'académie d'Auvergne. Il s'agit maintenant de se pencher sur la description des processus d'enseignement pour tenter de reconstruire les logiques et représentations sous-jacentes à l'action des maîtres et de modéliser l'enseignement en éducation à la santé du point de vue de l'activité de l'enseignant (Goigoux, 2004) et du système de représentations sociales dans laquelle elle s'insère et de tenter de construire une typologie des modèles pédagogiques sous-jacents.

1.1.2 Technique d'investigation

Pour approcher cette réalité, nous avons choisi de mettre en œuvre une procédure provenant de l'ethnologie. Bogdan et Taylor (1975) définissent comme suit l'observation participante : « une recherche caractérisée par une période d'interactions sociales entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. Au cours de cette période des données sont systématiquement collectées [...] » L'observateur s'immerge dans le milieu étudié. L'expression « observation participante » tend à désigner le travail de terrain en son ensemble, depuis l'arrivée du chercheur sur le terrain, quand il commence à en négocier l'accès, jusqu'au moment où il le quitte après avoir recueilli les données visées. Le but n'est ni d'améliorer les technologies de l'enquête, ni d'apporter des techniques qui pourraient s'ajouter aux procédures courantes du travail de terrain, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives. Elle a une toute autre finalité : il s'agit de mettre à jour les procédures qui gouvernent la « construction sociale de la réalité » (Berger & Luckmann, 1966). Dans la pratique ethnographique, l'observateur participant contribue à produire par ses descriptions et son action la situation qu'il décrit (Schwartz & Jacobs, 1979) et à élucider les liens complexes entre comportements et faits observés et représentations sociales.

Le fonctionnement social et particulièrement celui du maître dans sa classe est fait d'interactions. Ces échanges produisent du sens, et créent des codes de sens « partageables à une échelle plus ou moins locale » (Amiel, 2002) et des traces en subsistent. Il s'agit de les collectionner en un ensemble de documents rendant compte d'une pratique professionnelle.

Au cours de ce travail, les « données collectées » viennent de plusieurs sources et notamment :

- l'observation participante » proprement dite (ce que le chercheur remarque, « observe ») ;
- les entretiens ; les conversations de terrain ;
- l'étude des documents produits et surtout, des « documents personnels » (ce terme désigne « les matériaux » dans lesquels les gens révèlent avec leur propre langage, leur point de vue sur leur activité professionnelle ou une partie ou quelques autres aspects d'eux-mêmes).

Nous avons procédé par une double approche : le travail présenté ici porte sur l'analyse d'entretiens réalisés avec les maîtres et l'analyse des traces manifestes recueillies dans les classes.

Il a consisté à interviewer les enseignants selon un protocole semi directif à l'aide de grilles d'entretiens préalables au recueil des traces portant à la fois sur leurs conceptions et sur l'aspect didactique de leurs actions d'éducation à la santé. Cette approche a pour but de laisser une large place à l'interpré-

tation par le maître de son activité professionnelle et des dispositifs utilisés. Il s'agit également de repérer les modèles pédagogiques déclarés par les maîtres comme constitutifs de leurs pratiques à travers les matières enseignées à l'école. Les grilles d'analyse que nous avons élaborées procèdent selon une entrée disciplinaire au sens scolaire du terme.

La seconde approche a tenté de récolter systématiquement toutes les traces évoquées dans les entretiens ou apparaissant lors de la visite de la classe. Nous souhaitons objectiver par des écrits, des documents, des affichages, des réalisations collectives ou individuelles, des organisations topographiques les déclarations des maîtres en postulant que les traces seraient révélatrices de l'activité réelle de la classe et renverraient à des modèles pédagogiques et didactiques implicites. Les traces de travail en classe sur l'éducation pour la santé sont de différentes natures. Elles apparaissent dans la vie quotidienne de la classe, dans les productions des élèves et dans les documents et écrits professionnels des maîtres. Elles revêtent parfois des formes très diverses, mais sont cependant les indicateurs qu'un travail a été effectué. Et, parce qu'elles synthétisent la démarche et apparaissent comme le produit « fini », elles signent les pratiques des maîtres et à travers elles, les conceptions et représentations dont ils disposent qu'ils mettent en œuvre pour motiver leurs activités pédagogiques.

L'écart observé entre d'une part les déclarations recueillies avec les modèles explicités dans les interviews et grilles d'analyse et, d'autre part, les traces récolées d'actions en ES porteuses de modèles implicites constitue l'objet principal de l'étude. L'articulation des deux approches devrait permettre de rendre compte de l'étendue des pratiques et des conceptions en œuvre et d'en mettre en exergue les déterminants et les impacts.

En ce qui concerne l'analyse de contenu, les techniques utilisées sont celles décrites par Laurence Bardin (1993). Ainsi, nous avons essayé d'établir une correspondance entre les contenus des documents et les énoncés des maîtres formulés dans les entretiens. Ce qui est recherché, c'est la manière dont les maîtres explicitent d'une part, les composantes des modèles caractérisant l'éducation à la santé et, d'autre part, les mettent en œuvre. Il s'agit de faire des inférences que nous concevons comme des opérations logiques, des démarches inductives entre la description et l'interprétation, et qui, basées sur des indicateurs fréquentiels ou combinés (analyse des co-occurrences), permettent d'établir des liaisons entre les données et de remonter aux représentations à partir des résultats. À partir de la méthodologie proposée, nous avons considéré que la période d'intuition, correspondant à la pré-analyse, a été conduite dans le suivi du travail de recueil des données et ensuite dans le recueil de l'ensemble des données.

1.1.3 Inclusion...

Le recrutement de la population enquêtée s'est effectué sur la base du volontariat dans 36 écoles choisies parmi celles ayant répondu à la l'enquête quantitative (Jourdan, 2002) dans le département du Puy-de-Dôme et la communauté de communes de Clermont-Ferrand. Vingt-huit maîtres ont répondu favorablement à la demande d'entretien et à celle de recueil des traces écrites. La demande leur a été présentée par l'enquêtrice pendant le temps de récréation à l'issue d'une rencontre avec les Directeurs des écoles concernées. Les deux corpus (entretiens/grilles et traces recueillies) ont été récolés dans leurs classes dont environ un tiers de cycle 2 et deux tiers de cycle 3, toutes principalement situées en zone urbaine ou périurbaine. Seules 4 classes sont à cours multiples dont trois en cycle 3 et une classe spécialisée accueillant des enfants de cycle 2 en grandes difficultés scolaires. Sept classes appartiennent à des REP/ZEP, 2 sont en zone sensible, 4 sont dans des écoles de formation rattachées à l'Institut universitaire de formation des Maîtres.

Tableau 1 • Répartition des classes

Classe	Nb
CP	5
CE1	5
CE2	4
CM1	4
CM2	6
Classe à plusieurs cours	4
Cycle 2	10
Cycle 3	18

1.1.4 Les corpus

Nous disposons de deux corpus : un premier composé de l'ensemble des documents recueillis (photocopies, photographies numériques des travaux d'enfants, des affichages, des documents utilisés et de la classe) un second constitué par les grilles d'analyse renseignées par l'enquêtrice selon les indications des maîtres interviewés. 73 grilles d'analyse ont été documentées lors des entretiens et 743 documents recueillis et analysés. Le nombre de documents recueillis dans les classes est tributaire de la date de récolement. En effet, au premier trimestre, les productions sont plus rares et moins conséquentes qu'en cours ou en fin d'année scolaire.

Les traces manifestes (photos, affiches, écrits) ont été collectées lors des entretiens avec les maîtres dans les classes. Elles ont été indiquées par eux, comme traces d'action éducative ou de situation pédagogique en éducation à la santé. L'ensemble de ce corpus est utilisé pour les différentes opérations d'analyse de contenu. Ces documents ont en commun le fait de traduire une investigation réalisée dans la perspective de mettre en avant les fondements des pratiques en éducation à la santé à l'école élémentaire. La règle de l'homogénéité de l'échantillon est ainsi respectée.

Le second corpus est constitué par les grilles d'analyse didactique. Ces grilles ont été élaborées pour permettre de rapporter les propos des maîtres et de mettre en évidence les liens qu'ils effectuent entre éducation à la santé et matières scolaires. Il s'agissait également de pouvoir rendre compte de leurs conceptions didactiques sur l'éducation à la santé en classe et de leurs déclinaisons pédagogiques. Ces grilles ont été renseignées par l'enquêtrice pendant l'entretien avec l'enseignant. Les entretiens ont été enregistrés lorsque les maîtres étaient d'accord. Ce corpus supplémentaire a servi pour l'interprétation de données et fera l'objet d'une exploitation ultérieure.

1.1.5 Les limites de l'étude

– Les biais relatifs à la situation

Le premier biais tient essentiellement à la difficulté de positionnement de l'enquêtrice qui a pu apparaître involontairement comme exerçant un contrôle de l'activité des enseignants. Les maîtres sont en effet, habitués à travailler seuls et le seul regard institutionnel sur leur pratique est porté par les corps d'inspection qui exercent une fonction de contrôle de leur activité.

Le second tient à la difficulté d'obtenir un entretien. Les obligations professionnelles et personnelles ne laissent que peu de temps aux enseignants pour être disponibles. De plus beaucoup se plaignent d'être trop sollicités par l'administration, par des associations les plus diverses... La durée de l'entretien a été parfois variable, mais se situe pour la plupart autour d'une heure.

Le troisième est lié aux représentations mêmes de certains enseignants pour qui l'éducation à la santé concerne uniquement le travail sur les questions de santé *stricto sensu* et constitue une approche exclusivement préventive.

– Les biais relatifs aux grilles d'entretiens

La date de l'entretien : Les maîtres rencontrés au début de l'année scolaire avaient traité moins de thèmes que leurs collègues interrogés en mars ou avril. Certains ont proposé d'envoyer ultérieurement des documents ou des traces écrites manquantes, mais il a fallu relancer ou contacter (par téléphone ou par courrier), parfois sans succès.

Le nombre de grilles renseignées : Il n'est pas toujours représentatif de tout le travail de l'enseignant, en raison du manque de temps lors de l'entretien. En une heure, il est difficile d'aborder la totalité des questions. Par ailleurs, il faut prendre le temps de retrouver les traces écrites, de les photocopier, de faire les photographies etc.... Certaines questions n'ont pu être abordées (manque de temps, oubli, difficulté de compréhension de la question).

1.2 Les entretiens avec les maîtres, résultats et analyses

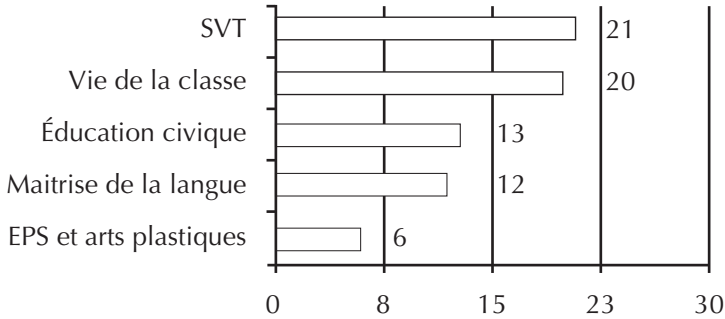
Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail des maîtres, le plus souvent dans les classes. Nous avons ainsi recueilli, auprès des 28 enseignants, 73 grilles d'analyses disciplinaires recollant les données déclarées par les professeurs d'écoles et instituteurs. (moyenne = 2, 6). Ces questionnaires ont été prévus pour recueillir les déclarations des maîtres au sujet de leurs actions en éducation à la santé dans les matières scolaires de référence enseignées à l'école élémentaire et susceptibles d'être le support d'actions d'éducation à la santé. Les matières scolaires de référence sont : la maîtrise de la langue écrite et orale, la biologie, l'éducation physique et sportive, les arts plastiques, l'éducation civique. Nous y avons adjoint une grille « vie de classe ». Il s'agissait pour les maîtres de faire part de leurs actions en éducation à la santé et de l'intégration de celle-ci dans les activités pédagogiques de la classe. Nous souhaitons recueillir des déclarations des maîtres quant à leurs références, conceptions et à leurs pratiques pour permettre une mise en évidence de leurs représentations de l'éducation à la santé dans la classe. L'enquêtrice a adopté une position de congruence systématique afin de favoriser l'expression des personnes. Les maîtres ont été laissés libres de choisir ce qu'ils voulaient montrer de leurs pratiques en matière de santé à l'école. En cela, leurs choix sont révélateurs de la façon dont ils identifient la problématique de l'éducation à la santé dans leur classe et en quoi ils la rattachent à des activités et des supports pédagogiques mettant ainsi en exergue des modèles pédagogiques et didactiques implicites.

1.2.1 Les activités scolaires d'appui

L'approche disciplinaire stricto sensu est minoritaire (SVT, AP, EPS). L'éducation à la santé s'appuie davantage sur des approches pédagogiques principalement axées sur le développement de compétences transversales plutôt que sur la transmission de contenus et de connaissances. Ainsi quantitativement les situations pédagogiques privilégiées sont incluses dans les temps consacrés à l'éducation civique, la maîtrise de la langue et la vie de

classe... Si pour les maîtres, l'éducation à la santé ne s'inscrit pas dans une approche disciplinaire spécifique, les sciences de la vie et de la Terre apparaissent cependant comme le lieu premier de mise en œuvre.

Tableau 2 • Les matières d'appui selon les maîtres



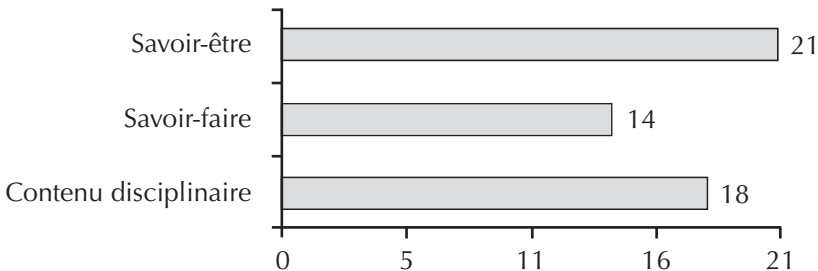
Le champ disciplinaire « biologie et sciences de la vie et de la Terre » rassemble essentiellement des actions de prévention centrées sur un risque (tabagisme, nutrition, alcool) et produit beaucoup de « fiches » et de documents alors que les démarches en éducation civique laissent peu de traces matérielles sur le plan quantitatif.

1.2.2 Les objectifs des maîtres

Nous avons recherché les objectifs principaux puis ceux définis comme secondaires.

En ce qui concerne les objectifs principaux, ils se répartissent en trois grands groupes quasiment équivalents. Les contenus disciplinaires bien que très présents sont quasiment à part égale avec les objectifs de savoir être et ceux de savoir faire relevant d'une conception davantage fondée sur les compétences.

Tableau 3 • Les objectifs principaux des maîtres



Pour les maîtres, le travail en éducation à la santé se fonde essentiellement sur le développement de compétences en termes de savoir-faire et surtout de savoir être. Éduquer à la santé est pour eux mettre en œuvre des dispositifs pédagogiques favorisant la capacité à prendre du pouvoir sur son environnement. Notons également que la majorité des maîtres ne dissocie pas les objectifs disciplinaires des objectifs formulés en termes de compétences (savoir être et savoir faire) et associe systématiquement un objectif de compétence à un objectif disciplinaire (seuls deux maîtres se cantonnent à une approche strictement disciplinaire). Par ailleurs, l'analyse croisée avec les déclarations concernant les objectifs secondaires montre que lorsqu'un objectif disciplinaire est avancé en première instance, les objectifs de compétences figurent systématiquement dans les objectifs secondaires et inversement.

1.2.3 En matière de compétences...

Les maîtres déclarent souhaiter développer d'abord le sens critique de leurs élèves ce qui paraît une indication en concordance avec les conceptions actuelles de l'éducation et de la promotion de la santé dans le sens où cette compétence devrait favoriser à la fois les capacités d'analyse des élèves, mais également de par la posture métacognitive qui en découle, améliorer les possibilités d'agir sur soi, son comportement et son environnement. Dans le même registre, le développement de l'estime de soi s'articule en complément et contribue aux mêmes buts.

Tableau 4 • Les compétences

Estime de soi	20/28
Esprit critique	25/28
Socialisation	17/28
Autonomie	14/28

Quant au développement de la socialisation et de l'autonomie, ces objectifs sont également en cohérence avec ce qui précède. En fait, ces compétences participent au processus d'apprentissage, dans une visée socio-construictiviste. Elles n'apparaissent pas spécifiques à l'éducation pour la santé mais peuvent se retrouver sur l'ensemble des situations didactiques des matières enseignées à l'école élémentaire. Notons que seul un maître¹ paraît ne pas s'inscrire dans cette perspective.

L'analyse croisée avec les données provenant de l'analyse des traces écrites vient singulièrement moduler cette « profession de foi ». En effet, les éléments

(1) Le seul maître à ne pas préciser de compétence transversale, inscrit néanmoins son travail dans un projet dont l'objectif principal est le développement de savoir-être dans le cadre du PRS alcool.

recueillis (cf. plus loin) montrent des pratiques pédagogiques se répartissant de manière équilibrée entre deux pôles. Le premier, traditionnel, se fonde autour d'une conception frontale de la pédagogie où le maître enseigne et les élèves essaient de mettre en œuvre l'enseignement reçu. Nous sommes là dans une conception plutôt hygiéniste et prescriptive de l'éducation pour la santé. Le second, dans une perspective constructiviste, associe les élèves à un projet qu'ils ont fait leur. Les élèves deviennent acteurs de la construction de leurs savoirs. Comme nous le montrent les résultats de l'étude, apparemment, le discours des maîtres est de nature constructiviste mais les pratiques sont parfois de nature sensiblement différente.

1.3 Les traces manifestes recueillies

1.3.1 Typologie des documents recueillis

Nous avons rassemblé l'ensemble des documents recueillis (n = 743) et les avons classés de la façon suivante : par classe, par sujet traité (lorsque plusieurs documents renvoyaient à une même séquence pédagogique ou à un projet : connaissance du corps, hygiène, développement des compétences psychosociale, prévention du tabagisme, vivre ensemble, etc.). Chaque dossier de classe est ainsi composé d'un ou plusieurs sous-dossiers. Ces sous-dossiers sont d'importance variable, certains très succincts, d'autres très fournis. Nous avons ainsi composé 143 sous-dossiers directement liés aux déclarations des maîtres effectuées lors des entretiens.

Nous avons ainsi procédé à des regroupements en fonction des contenus. Le travail conduit dans la pré-analyse nous a permis d'élaborer une première typologie thématique. L'intitulé des différentes catégories reprend, selon les contenus, les formulations utilisées par les maîtres².

Tableau 5 • Typologie des traces recueillies (regroupement par sous-dossier, n=143)

Document d'information	11
Documents disciplinaires	25
Documents de santé	11
Livret d'évaluation	9
Affichage « Vie de la classe »	12
Règles de vie	16
Cahiers, classeurs personnels	25

(2) Par exemple, la catégorie « Médiation » rassemble les activités d'aide et de soutien scolaire.

Affichage des productions	12
Évaluation	2
Médiation	1
Fiche de préparation	11
Communication parents	3
Projets	5

1.3.2 Description et analyse des traces recueillies

Ces traces manifestes apparaissent de natures très différentes. Nous avons procédé à une répartition selon leur nature et les avons réparties en 4 grandes catégories : les traces écrites produites par les maîtres, celles qui sont relatives à la vie de la classe, celles produites par les enfants et enfin des documents « autres » (des documents d'information à caractère scientifique, prévention du tabagisme et de la dépendance, prévention des troubles de la conduite alimentaire, nutrition, des éléments appartenant à des matières enseignées à l'école élémentaire qui traitent de questions de santé dans une démarche connexe ou plus globale). Nous les étudierons successivement.

Tableau 6 • Catégorisation des traces

Documents d'information et de prévention	39 %
Traces des maîtres	13 %
Traces des élèves	28 %
Traces « vie de classe »	20 %

1.3.3 Les écrits des maîtres

Les traces produites par les maîtres en direction des adultes ou pour eux-mêmes sont peu nombreuses (19) et concernent pour la plupart des fiches de préparation de séquences (11). On trouve également des projets pédagogiques (5) rédigés le plus souvent en vue d'obtenir des aides ou un partenariat et des communications aux parents (3).

Onze maîtres sur vingt-huit nous ont confié des fiches de préparations de séquences pédagogiques prenant en compte soit explicitement une question de santé soit abordant le thème de la santé dans une perspective globale. Toutes sont conçues dans une perspective transversale associant plusieurs matières. L'interdisciplinarité paraît la règle. Dans leur présentation comme dans leur conception, elles s'avèrent très différentes.

Certaines (5) sont visiblement conçues pour être communiquées (vraisemblablement à des professeurs stagiaires) et présentent un aspect formel particulier quasi canonique. Ainsi les objectifs notionnels, les compétences attendues voire les références explicites aux programmes et instructions officielles sont détaillés, explicités et situés dans une progression. Les déroulements des activités et des situations pédagogiques, les modes de regroupement des élèves, les remédiations possibles, le matériel nécessaire, les consignes y sont clairement indiqués comme les exercices, l'évaluation, les éventuelles difficultés des élèves et les développements envisageables. D'autres, fiches de préparation, par contre, sont conçues comme des outils personnels, peu formalisés et se focalisant essentiellement autour de notions et concepts clés. Elles sont principalement rédigées sous forme de schémas organisationnels ou de listes sommaires d'objectifs et d'activités incluses dans des progressions. D'une manière générale, les fiches de préparation, quelles que soient leurs formes, proposent une démarche pédagogique centrée sur les élèves alternant travail collectif et individuel ou en groupe d'apprentissage autour de situations visant à intégrer les notions acquises ou proposées à l'apprentissage dans une production.

Quatre maîtres nous ont communiqué des écrits professionnels sous forme de projets (5). Pour l'ensemble, ils font explicitement référence au projet d'école. Ils articulent différentes matières dans une perspective de réalisation concrète (exposition, spectacle, défi lecture...) et mettent en oeuvre des approches partenariales. Leur formalisation s'inspire néanmoins des attentes formelles des financeurs ou partenaires potentiels et traduit la volonté de travailler sur un objet d'éducation à la santé en classe mais dans un projet négocié avec des intervenants extérieurs apportant des ouvertures et des compétences spécifiques. Le maître titulaire restant cependant le maître d'œuvre, le pivot de l'ensemble.

Trois maîtres ont mis à disposition des documents de communication aux parents. Le premier est un compte-rendu d'activité explicitant la démarche pédagogique, son intérêt et ses objectifs et visant à informer les parents, un second est un cahier de liaison famille-école où sont essentiellement consignés des messages en direction des familles. Le troisième est un courrier en direction des familles qui prend une forme prescriptive en termes de comportements familiaux en matière de sommeil des enfants.

1.3.4 Les traces des écrits et productions des élèves

La plupart des productions des élèves se présentent sous la forme d'affiches collectifs (12) et de travail sur le cahier (25). Dans une seule classe, nous trouvons des documents explicites (1) concernant la remédiation scolaire et

dans deux autres classes sur l'évaluation (2), principalement sommative, des productions des élèves. Lorsque la production est collective, il n'y a parfois pas de traces sur le cahier ou sur le classeur (2 classes).

Nous avons regroupé sous la catégorie « cahier » l'ensemble des traces écrites, collées ou récolées dans les cahiers, les classeurs et les fichiers personnels des élèves. Pour 13 classes, seuls les cahiers ou les fichiers recueillent le travail effectué, il n'y a pas d'affichage collectif. Les traces écrites sur les cahiers ou sur les classeurs sont composées des productions écrites des élèves (production d'écrits, résumés et schémas), des fiches d'exercices, des fiches documentaires, des documents d'évaluation et des cahiers de liaison avec la famille pour un total de 290 documents dépouillés répartis entre 25 sous dossiers.

Tableau 7 • Les productions sur cahiers et classeurs

Fiches exercice	92
Fiches documentaire	72
Résumés	19
Productions écrites	80
Schémas	13
Évaluations personnelles	11
Cahiers de liaison	3

Les résultats masquent cependant une réalité très contrastée. Ainsi l'item « production écrite » qui réfère expressément à un travail original écrit de l'élève présente un total proche de l'item « fiche exercice » (le plus souvent des documents photocopiés ou des « exercices à trous ») alors que seulement deux classes présentent plus de la moitié des productions écrites des élèves. Ainsi, les traces les plus répandues numériquement sont les fiches documentaires et les fiches d'exercice polycopiées non élaborées par le maître ou par les élèves.

Les items « schéma » et « résumé » bien que fortement constitutifs d'une posture réflexive sur les savoirs scolaires et sur les apprentissages, et par là sur les compétences psychosociales nécessaires, sont relativement peu fréquents. Les cahiers de liaison assurent la continuité des apprentissages entre la famille et l'école et s'inscrivent dans le développement de ces compétences.

Nous pouvons en fait regrouper les traces recueillies produites par les élèves en deux ensembles : celles rédigées par les élèves (résumés, schémas, évaluation et production d'écrits [123 documents]) reflétant davantage une modélisation didactique de type socioconstructiviste ; – et celles émanant de

manuels ou de programmes d'éducation à la santé extérieurs [164 documents] sous une forme plus scolaire. Ceci met en exergue le fait que les maîtres choisissent de manière prépondérante des outils prêts à l'emploi, d'utilisation facile et centrés sur une approche thématique plutôt que la construction de dispositifs pédagogiques et de scénarii ouverts sur une approche globale de la santé à l'école. Plus que de l'éducation à la santé, il s'agit encore le plus souvent d'éducation sanitaire et de prévention sur des approches thématiques dont on peut questionner la pertinence en regard des pratiques de classe.

1.3.5 Les traces relatives à la vie de classe

Cet item est complexe à analyser dans la mesure où les traces recueillies sont de différents ordres et peuvent parfois sembler éloignées de l'éducation à la santé conçue dans une acception étroite. Elles réfèrent davantage à la promotion de la santé et sont révélatrices de la cohérence entre une pratique de la classe au quotidien et une volonté affichée d'éducation à la santé. Nous avons récolé 93 documents répartis en 3 ensembles.

Le premier comprend des photos de classe montrant l'organisation topographique qui reflète sinon la pratique réelle des maîtres du moins une organisation de la communication et du travail scolaire. Ainsi, nous disposons de 18 photos dont 7 montrent une organisation de classe type « autobus » où les tables sont disposées en rangées face au tableau. Onze présentent une organisation de classe différente avec des ateliers ou des coins aménagés pour d'autres activités (lecture, documentation, exposition de travaux, atelier...). L'analyse croisée avec les productions des élèves souligne une corrélation intéressante : les classes dont la topographie est organisée en rangées face au tableau présentent moins d'affichages des productions des enfants et surtout les traces dans les cahiers des élèves sont quasi exclusivement des documents issus de fichiers prêts à l'emploi dont le contenu est centré sur une approche thématique. De plus, ce sont les classes qui réfèrent le plus au règlement (deux tiers des références sont issues de ces classes qui représentent un tiers seulement de l'échantillon).

Par ailleurs, les 75 autres documents recueillis évoquant la vie de classe s'articulent autour de deux ensembles (36/39).

Le premier, comprenant 36 documents, est relatif à l'organisation de la vie en collectivité et aux difficultés qui y sont liées. Nous y retrouvons des documents comme les règlements de classe le plus souvent paraissant élaborés avec les enfants, un affichage prescriptif sanitaire ou un cahier relatif à la vie de classe. Trente-trois documents réfèrent directement à la gestion de la vie quotidienne, des conflits ou incivilités sous forme de règlements de classe ou d'outils. Le plus souvent les règlements sont présentés sous forme de listes de comportements à bannir et de comportements autorisés. Ils présentent une

approche très formelle et s'accompagnent parfois d'une liste de sanctions possibles. Dans deux classes, la délation est apparemment acceptée comme une des modalités de fonctionnement. Un des documents est un cahier, une véritable main-courante où les enfants peuvent consigner leurs griefs à l'égard d'un camarade voire, le dénoncer. Aucun des « règlements » de classe ne présente une approche positive de la loi dans le sens de l'amélioration du « vivre ensemble » et ne s'appuie sur la promotion de comportements pro-sociaux. Sur l'ensemble, seules 9 classes n'ont pas de trace d'un règlement explicite.

Le second ensemble comprend 39 documents et se caractérise par les actions évoquées prenant l'élève comme sujet. Nous y retrouvons des affichages de présentation des différents enfants, des affichages en instruction civique sur l'organisation sociale et son intérêt dans la classe, des affichages sur le sens de l'école et des apprentissages, sur les dates d'anniversaires mais aussi des travaux de réflexion personnelle des enfants sur leur scolarité et la façon dont ils la vivent.

1.3.6 Les documents « autres »

Cette catégorie recense l'ensemble des divers documents récolés dans les classes et qui ne sont ni des traces écrites par les maîtres, ni des traces écrites par les enfants ni des traces relatives à la vie de la classe. Nous trouvons dans ce chapitre des documents d'information à caractère scientifique sur un thème de santé (prévention du tabagisme et de la dépendance, prévention des troubles de la conduite alimentaire, nutrition...), des documents de santé (c'est-à-dire qui parle de questions de santé mais du point de vue de l'enfant ou de la vie quotidienne) mais également des éléments appartenant davantage à des matières enseignées à l'école élémentaire qui traitent de questions de santé dans une démarche connexe ou plus globale (par exemple la question des ordures ménagères et de leur traitement a des incidences sur la santé des populations ou chacun peut avoir une action sur ce sujet). Un travail sur l'intelligence et la réussite de tous s'appuie sur le développement de compétences pro-sociales et de l'estime de soi... Nous y avons également adjoint selon les indications du maître, un ensemble de documents divers sur l'évaluation et la remédiation³ qui, a priori, ne paraissent pas directement reliés à la question de la santé à l'école.

L'ensemble est composé de 4 ensembles rassemblant les 322 documents analysés : 12 sous dossiers rassemblant des documents d'information scientifique (26 traces) ; 11 sous dossiers rassemblant des documents de santé (43 traces) ; 9 sous dossiers rassemblant des documents divers notamment d'évaluation (23 traces) ; 25 sous-dossiers relatifs à des inscriptions disciplinaires (230 traces).

(3) Différents de ceux déjà recensés dans les écrits des élèves.

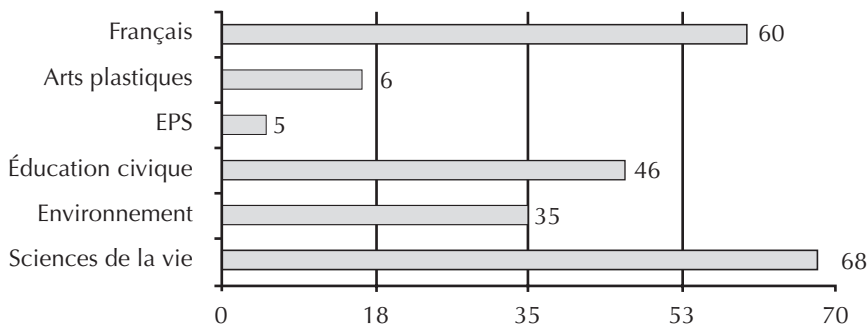
Tableau 8 • Les documents « autres »

Type de documents	Nb de sous-dossiers	Nb de traces
Information scientifique	12	26
Documents de santé	11	43
Documents divers (évaluation)	9	23
Inscription disciplinaire	25	230

Notons le faible nombre de documents d’information scientifique utilisés (26 dans 12 classes). Ces derniers, le plus souvent produits par des associations, par des marques commerciales ou par l’INPES, paraissent avoir peu pénétré les classes. Par contre les documents de santé (43) sont pour une grande partie d’entre eux élaborés par les maîtres et les élèves et peuvent prendre des formes diverses : affiches, réalisations collectives et individuelles, collages, expositions... Ils reflètent le plus souvent des projets de dimensions variables où le travail démarre de questions proches du quotidien (hygiène, alimentation, travail sur l’estime de soi, sur la réussite scolaire...). Parfois, ils s’articulent sur des approches disciplinaires notamment en biologie et en éducation civique.

Les traces indiquant une inscription disciplinaire des questions de santé (230) sont de loin les plus nombreuses. Même si parfois nous sommes aux confins de l’éducation à la santé, notamment lorsque l’on aborde des thèmes communs avec l’éducation civique, il n’en demeure pas moins que les questions de santé sont très largement abordées (230 occurrences) notamment pour la prise de conscience de soi, la socialisation et le développement des compétences transversales dans les champs disciplinaires traditionnels de l’école élémentaire. Le tableau suivant répertorie les différentes matières scolaires dans lesquelles nous avons repéré un travail en ES.

Tableau 9 • Les matières scolaires d’appui selon les traces recueillies



Paradoxalement, l'EPS dont une des missions est d'assurer l'éducation à la santé apparaît peu, mais il est vrai qu'il est difficile de trouver des traces manifestes en EPS et notamment sous forme de productions collectives (5 documents pour 1 classe qui a travaillé sur la notion de solidarité et d'entraide en équipe). L'éducation civique apparaît comme un vecteur intéressant notamment dans l'approche faite de la question de l'égalité et celle de la démocratie et l'expression de ses idées et opinions. Nous sommes là, très proches, des acceptions actuelles de la promotion des compétences psychosociales permettant de prendre du pouvoir sur soi et son environnement. Il en est de même dans le champ de la maîtrise de la langue où le travail sur la littérature de jeunesse prend souvent appui sur des albums dont le sujet se situe également dans une perspective similaire. Les productions en arts plastiques viennent compléter l'approche transdisciplinaire notamment sous forme de réalisations collectives ou individuelles liées à un projet de production d'écrit, de réalisation de livre...

En ce qui concerne « l'environnement » (35 traces sur 7 classes) c'est surtout l'entrée par le risque écologique en matière de santé qui est abordée. Quant aux traces écrites relatives à la biologie et aux Sciences de la vie (68 occurrences pour 16 classes), elles concernent quasiment toutes des questions ayant trait à la connaissance du corps humain et de son fonctionnement dans une approche disciplinaire prenant en compte les différents aspects de l'éducation à la santé.

2. Discussion

2.1 Les limites de l'étude

La première limite est relative au faible nombre d'observations. Les refus de participer des enseignants s'appuient sur différents motifs allant de l'indifférence à la saturation de sollicitations diverses. Certains craignent une confusion avec l'inspection ou le contrôle administratif. D'autres, plus simplement, bien qu'étant intéressés par l'éducation à la santé, n'ont pas souhaité nous rencontrer, soit parce qu'ils pensaient ne pas avoir particulièrement travaillé en éducation à la santé, soit par manque de disponibilité. Une partie des refus traduit également et explicitement une difficulté à identifier clairement l'éducation à la santé et une confusion avec l'enseignement de l'hygiène ou les campagnes de prévention. Dans ce cas, les réponses négatives des maîtres se fondent sur le fait de n'avoir pas traité de question de santé par une approche thématique (hygiène, préventions diverses...). La durée de l'entretien est également un biais important. Elle est variable en fonction de la disponibilité

des personnes et du fait qu'il fallait également recueillir les traces manifestes des actions. Ce recueil est en lui-même un autre biais important puisqu'il a pu apparaître comme un contrôle (inspection) des activités en éducation à la santé et qu'il a pris du temps sur l'entretien rendant parfois difficile le renseignement des grilles.

La seconde limite concerne l'absence de traces écrites dans certaines activités de classe (vie de classe) ce qui rend difficile le questionnement sur ces activités. Sur le plan des contenus disciplinaires, les questions relatives à la maîtrise de la langue orale ont posé problème dans le sens où les traces écrites y sont quasi inexistantes : le travail sur l'oral s'effectuant très largement à l'oral. De même, pour ce qui est de l'éducation civique où les échanges oraux, la discussion, pour les maîtres, priment sur les écrits. Enfin, la formulation ⁴ de certaines questions a parfois posé des problèmes. Sur un autre plan, ce qui est de l'ordre de la relation avec les parents, les enfants et l'équipe éducative apparaît difficilement explicitable et quantifiable.

D'autres limites sont également contenues dans la démarche méthodologique même. Nous en soulignons les principales. Le choix délibéré de se focaliser sur les discours des maîtres et d'être systématiquement en congruence avec, de s'abstenir de tout commentaire, de ne questionner que dans le cadre des grilles préalables d'entretien réduit la perception de la complexité des représentations et des pratiques. Par exemple, on ne rend ainsi que très partiellement compte des attitudes et savoir être et faire des maîtres qui contribuent pourtant au développement du « bien-être » des enfants, et constituent une véritable attitude de promotion de la santé au sein de la classe. De la même façon, le postulat de recueillir les traces manifestes indicatives d'une pratique quelles qu'en soient les formes n'en demeure pas moins très difficile sur l'ensemble des activités scolaires. L'éducation physique et sportive pourtant décrite comme support disciplinaire d'éducation à la santé, le travail sur la langue orale ne laissent que peu de restes visibles. C'est particulièrement vrai pour tout ce qui touche les échanges oraux sur les questions de santé qui sont le plus souvent occultés dans notre approche. Enfin, la pratique de la classe pour les maîtres laisse une grande place à un ajustement permanent centré sur les élèves et qui autorise des détours parfois non programmés.

La dernière limite de l'étude relève de la définition même de l'éducation à la santé et de ces différentes acceptions. Le recueil des traces s'appuie sur leur identification laquelle renvoie à une définition de l'ES. Nous avons délibérément choisi de considérer la santé comme la capacité de prendre du pouvoir sur soi et sur son environnement et d'être capable de le faire à

(4) Par exemple, la question « existe-t-il des traces permettant d'identifier l'explicitation des critères d'évaluation ? » a été très mal comprise par les enseignants, nous y reviendrons dans l'analyse.

titre collectif. Faire œuvre d'éducation à la santé revient donc à privilégier la personne, son développement et celui de compétences psychosociales dans une perspective résolument citoyenne. Lire la pratique de la classe en ES sous ce prisme singulier revient à rattacher à l'ES des pratiques pédagogiques dont l'objet parfois n'est pas expressément lié à la santé ou au corps. Ainsi nous avons considéré que des traces montrant une valorisation des productions de tous les élèves dans une lecture systématiquement positive de leurs capacités et de leurs compétences s'apparentaient à une réelle promotion du bien être dans la classe et pouvaient être interprétées comme une action d'éducation à la santé. De même, une action visant à instaurer une organisation de classe autour du mieux vivre ensemble pouvait grâce au développement des compétences psychosociales qu'elle implique entrer dans le corpus à étudier.

2.2 Les cadres didactiques et pédagogiques

D'emblée, nous pouvons souligner que l'éducation à la santé à l'école n'entre pas dans un cadre didactique et pédagogique univoque et clairement défini. Elle apparaît très largement tributaire des conceptions des maîtres qui s'étalent d'une approche thématique de prévention et d'éducation sanitaire centrée sur les risques, à une vision globale de la classe et de l'école où les questions de santé sont liées à un ensemble de pratiques de classe visant à leur promotion. Il s'agit d'un côté d'apporter des informations scientifiques sur des risques, sur des comportements de santé dans une logique plutôt « prescriptive » et de l'autre de prendre en compte la personne dans une approche globale visant à la construction de compétences. Le plus souvent les pratiques constatées s'inscrivent dans cette mise en perspective et oscillent entre ces deux axes. À l'observation, chez chaque maître, nous constatons non pas une approche unique dominante qui lui serait propre, mais bien souvent un continuum entre des pratiques s'inscrivant dans une approche traditionnelle centrée sur les contenus ou un thème et d'autres plus socioconstructivistes centrées sur l'apprentissage et l'élève. L'alternance et l'intrication des modèles pédagogiques utilisés semblent la règle sans qu'une cohérence forte puisse être dégagée. Il s'agit souvent de « bricolages » didactiques et pédagogiques comme nous aide à le penser R. Goïgoux (2004). Nous relevons parfois des contradictions formelles entre des objectifs affichés et des pratiques antagonistes signant en fait une incertitude et une fragilité des conceptions (exemple : les travaux sur les règlements de classes).

Par ailleurs, les écrits professionnels des maîtres sont peu nombreux, comme si ceux-ci n'étaient que peu utiles à leur pratique. Mis à part les maîtres formateurs dont les écrits répondent au double objectif de modélisation de la pratique et de transfert en situation de formation, il semble que les autres

maîtres ne produisent d'écrits que lorsque le projet qu'ils soutiennent doit être présenté à l'autorité administrative pour financement, ou lorsqu'ils ont besoin de préciser l'organisation et la planification des séquences. Dans ce dernier cas, les écrits sont très sommaires et très schématiques. Nous n'avons donc pu nous appuyer sur ce type de traces écrites pour rendre compte de l'architecture de la totalité des séquences d'éducation à la santé en école élémentaire, mais elles nous ont cependant permis de mettre en exergue des approches très argumentées et réfléchies, toutes dans la perspective d'une conception globale de la santé à l'école, d'une conception pluridisciplinaire centrée sur la vie de l'enfant, sa réussite, le développement de ses compétences psychosociales et le « mieux-vivre ensemble ». Ces approches sont toutes inscrites dans un projet pédagogique et dans un projet de classe.

Nous notons également l'importance des approches transdisciplinaires où bon nombre de maîtres, plutôt que de traiter d'une question de santé en tant que telle, choisissent de l'approcher dans un ensemble d'activités disciplinaires par des supports appropriés. Par exemple, les albums de littérature de jeunesse traitant de questions de santé ou promouvant les compétences pro-sociales et psychosociales sont fréquemment utilisés comme supports privilégiés pour travailler la maîtrise de la langue et en éducation à la santé. Nous avons ainsi rencontré d'abord les sciences de la vie et de la Terre (68), puis les contenus liés à la maîtrise de la langue (60), à l'éducation civique (46), à l'environnement (35), aux arts plastiques (16) et enfin à l'éducation physique et sportive (5).

En ce qui concerne l'approche plus thématique, c'est essentiellement dans l'analyse des traces recueillies auprès des enfants que nous trouvons les schémas les plus caractéristiques de la situation pédagogique ordinaire en éducation à la santé. L'entrée est volontiers appuyée sur un thème (sommeil, alimentation, hygiène...), et part d'un travail sur documents pour se poursuivre par la mise en évidence de notions et par des exercices de renforcement sur fiches. Quelques productions d'écrits (schémas et résumés) viennent parachever la démarche. Nous sommes alors dans une approche traditionnelle d'enseignement où l'essentiel est la transmission de connaissances dans une forme scolaire classique (Lebeaume, 2007).

Des informations complémentaires proviennent de l'examen des traces relatives à la vie de classe et particulièrement de la question numériquement significative des règlements de classe. Paradoxalement, cette approche formelle de la Loi dans la classe ne recouvre pas une pratique cohérente des maîtres. Si l'on procède à l'analyse croisée des documents de la vie de classe, ceux concernant le règlement se répartissent sur l'ensemble du panel des maîtres et traduisent une hétérogénéité importante des conceptions et des pratiques en éducation à la santé. Nous trouvons d'un côté, une approche

sanitaire plutôt prescriptive très centrée sur un thème avec un règlement de classe dans le même esprit, et à l'opposé une vision globale de l'élève et de la santé dans une perspective résolue de promouvoir la santé, mais avec un règlement de classe aux modalités essentiellement répressives.

Soulignons cette rupture de cohérence entre d'un côté des pratiques très centrées sur l'élève, sa réussite et le développement de ses compétences psychosociales et de l'autre, des pratiques concomitantes s'appuyant sur une approche réglementaire et coercitive largement extérieure à l'élève. Cette rupture apparaît comme significative d'une difficulté intrinsèque dans l'élaboration d'une pratique professionnelle et dans les conceptions qui la fondent. Elle traduit un point de fragilité et/ou signe l'évolution et la transformation des pratiques. Le retour sur le « règlement de classe » constituerait la trace d'une conception sous-jacente antérieure, un point d'ancrage et de fixation de représentations des maîtres. Devant l'hétérogénéité des comportements des élèves, la déstabilisation des savoir-faire pédagogiques traditionnels, les difficultés à en promouvoir de nouveaux, la personnalisation impliquée dans la prise en compte des individualités des élèves, le travail sur le règlement reviendrait en fait à sécuriser et stabiliser les enseignants en donnant un cadre supposé garantir l'ordre des choses. Une classe (avec 15 traces) est particulièrement intéressante à ce sujet ; il y a à la fois une approche formelle marquée et en même temps une prise en compte systématique des élèves (travail sur le sens de l'école et des apprentissages, responsabilisation, anniversaires...) Nous retrouvons cette pratique également dans une seconde classe qui en renforce l'aspect formel par un « cahier de plaintes », véritable main-courante des incivilités de cours de récréation et profondément contradictoire avec la volonté affichée et mise en œuvre d'une approche globale des enfants.

Cependant, l'analyse croisée souligne que les maîtres très impliqués (3) dans une approche globale de l'enfant ne s'engagent pas dans la rédaction de règlement de classe mais tentent de promouvoir des comportements positifs des élèves.

Sur un plan plus didactique, l'activité d'enseignement consiste à accomplir une tâche d'un certain type (Bosch & Chevillard, 1999), au moyen d'une technique, justifiée par une technologie qui permet en même temps de la penser, voire de la produire, et qui à son tour est justifiable par une théorie. Le postulat est que toute activité pédagogique met en œuvre une organisation⁵ praxéologique. Dans cette acception, l'observation croisée des traces manifestes et des entretiens peut permettre d'approcher ce qui se joue en éducation à la santé. On peut considérer en effet qu'il existe de fait un réel

(5) Le mot « praxéologie » souligne la structure de l'organisation : le grec *praxis*, qui signifie « pratique », renvoie au bloc *practico-technique* (ou *praxique*), et le grec *logos*, qui signifie « raison », « discours raisonné », renvoie au bloc *technologico-théorique*.

savoir faire didactique et technique articulé sur un ensemble de savoirs fondé sur une théorie scientifique très largement originaire du champ médical. Une praxéologie tout entière apparaît nettement et propose une organisation de ce savoir (pour reprendre la terminologie de Chevallard, 2002). Nous avons en fait repérer des praxéologies locales, dans lesquelles on aura plusieurs savoir-faire justifiés par le même savoir, des praxéologies régionales où la même théorie a justifié plusieurs technologies, qui à leur tour justifieront plusieurs blocs type de tâches/techniques ; et enfin des praxéologies globales qui comprennent plusieurs théories. Force est de constater que nous sommes souvent dans des mises en œuvre pragmatiques en classe sans que les théories sous-jacentes ne soient élucidées ou parfois maîtrisée, ce qui conduit à un flou des pratiques entre des déclarations de principe de nature socio-constructiviste (entretiens) et des pratiques souvent prescriptives (traces). L'arrière plan théorique fortement référé à la pratique médicale et à la prescription de comportements « sains », s'opposerait à l'identité professionnelle des maîtres davantage fondée sur l'éducation et le développement de compétences.

Pour les maîtres, la question est de savoir si l'éducation à la santé est ou non une discipline et peut ou non être enseignée dans la forme d'une discipline ou dans une autre forme curriculaire non disciplinaire. D'emblée, l'éducation à la santé à l'école n'entre pas dans un cadre didactique et pédagogique univoque et clairement défini. Les traces recueillies et le propos des maîtres le montrent. Comme nous aide à le penser J. Lebeaume (2007), elles s'inscrivent davantage dans une forme non scolaire de savoir et ne dispose pas d'une matrice disciplinaire claire en termes d'objet, de tâches et de savoir mais bien davantage d'une matrice curriculaire (Lebeaume, 1999). Les données montrent qu'il ne s'agit pas fondamentalement d'enseigner des savoirs complets et validés scientifiquement, reconnus par une communauté chargée de les enseigner dont on pourrait déduire la meilleure action, mais bien davantage de développer des savoir-faire et des savoir-être, de discuter des valeurs et des choix, de s'appuyer sur des connaissances parfois incomplètes et incertaines, de construire un esprit critique permettant de poser des questions pertinentes parfois sans réponses. Nous avons ainsi pu mettre en évidence les actions instituant dans leurs formes explicites et formalisées, mises en œuvre et réalisées, mais aussi celles implicites constitutives d'un curriculum a-disciplinaire effectif (Martinand, 2003).

L'éducation à la santé apparaît comme une « matière scolaire » enseignée en premier degré correspondant à un domaine d'étude avec plusieurs horizons disciplinaires en concordance, et inscrite dans une continuité et parfois avec des ruptures entre différentes formes scolaires d'enseignement à l'école élémentaire mais toujours dans une perspective longitudinale. À la suite de J.-L. Martinand (2003), nous pouvons parler de forme non disciplinaire

d'enseignement. L'ES s'inscrit cependant dans une matrice scolaire tributaire des conceptions des maîtres, qui s'étalent d'une approche thématique de prévention et d'éducation sanitaire centrée sur les risques à une vision globale de la classe et de l'école. Les questions de santé sont liées à une pratique de classe visant à leur promotion, véritable vulgate assez largement partagée mais très différemment déclinée. Il s'agit d'une part d'apporter des informations scientifiques sur des risques, sur des comportements de santé et de l'autre de prendre en compte la personne dans une approche globale. L'hétérogénéité des types de tâches, des techniques permettant de les accomplir montre une organisation praxéologique complexe. Le plus souvent les pratiques constatées s'inscrivent dans cette mise en perspective et oscillent entre les deux axes évoqués, révélant une cohérence problématique sur le plan des visées du maître et de leur lien avec les tâches proposées. La contradiction relevée entre la visée et les tâches pose directement celle des références implicites en jeu. Le plus souvent empiriques, ces dernières s'appuient davantage sur la motivation des maîtres qu'elles ne s'inscrivent dans un curriculum raisonné.

Conclusion

Notre premier objectif consistait à rendre compte des pratiques des enseignants à partir des productions écrites présentes en classe. L'hypothèse à examiner, a démontré que ce qui est significatif dans la pratique de la classe peut être mis en lien avec ce que pense le maître et est présent sous forme de traces écrites au sein de la classe. Cette hypothèse a été vérifiée à la fois dans le recueil et la typologie des écrits. Le second portait sur l'analyse des écrits professionnels usuels recueillis – projets, cahier journal, préparations, dossiers documentaires... – et des productions des élèves – cahiers, réalisations diverses... Ces données ont été mises en relation avec ce que les maîtres ont déclaré vouloir faire initialement et nous permettent de souligner en quoi l'écart constaté est révélateur des obstacles et des difficultés de mise en œuvre de l'éducation à la santé au sein de la classe.

Les difficultés paraissent tenir au fait que l'ES ne concerne pas spécifiquement des savoirs savants, mais plutôt des conduites, des habitus, des valeurs... s'appuyant sur des pratiques de référence plutôt que sur des savoirs de référence. Sa visée est clairement sociale dans la transformation des comportements et des habitus et non pas simplement scolaire. Elle s'appuie sur la responsabilité de la personne et propose une projection dans l'avenir avec les incertitudes qui y est liée tout en supposant une intervention sur soi et sur le monde. L'ES met en avant des questions individuelles avec leurs enjeux

personnels et sociétaux sous forme de questions vives. Sur le plan pédagogique, l'ES apparaît sous la forme d'actions éducatives « non scolaires » qui déstabilise la pratique traditionnelle en classe.

Il paraît nécessaire d'accompagner les maîtres dans leur dynamique de « promotion de la santé ». Des temps d'échanges et d'analyse de situations et pratiques entre enseignants et au sein du conseil des maîtres sont indispensables. L'étude des traces le montre : beaucoup s'engagent dans des actions d'éducation à la santé ou souhaitent promouvoir la santé, mais parfois les conditions ne sont pas toujours réunies sur le plan matériel comme pédagogique. Une incohérence s'ensuit parfois et obère les efforts entrepris, voire conduit à des résultats contre productifs pour les élèves comme pour les maîtres. Les équipes de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, si elles sont formées pour le faire, peuvent accompagner les écoles du fait de leur rôle de conseil technique et les soutenir. C'est d'ailleurs ce que souhaitent très largement les enseignants et qu'ils ont exprimé (Jourdan *et al.*, 2001) dans la précédente enquête.

En ce qui concerne la formation initiale et continue, parce que l'évolution même des populations, des connaissances scientifiques qui fondent les contenus d'éducation à la santé et les dispositifs pédagogiques n'autorisent pas une approche didactique univoque, la formation des maîtres en éducation et promotion de la santé ne peut que se poser comme celle de praticiens réflexifs développant une culture commune (Berger, 2004). L'éducation à la santé parce qu'elle est à la croisée des sciences humaines, sociales et médicales oblige à sortir des expertises disciplinaires pour négocier un projet commun où le travail en réseau s'inscrit dans un partenariat réel (Mérini, 1999). Elle impose la nécessité de penser et réaliser de nouveaux positionnements identitaires sur le plan professionnel. Ainsi, au-delà de la nécessaire technicité du métier d'enseignant fondé sur des connaissances scientifiques constamment remises à jour, où il va s'agir d'organiser un ensemble de savoirs validés et complexes dans une perspective de transposition didactique, nous ne pouvons que souligner les dimensions morales, politiques et affectives qui sollicitent en permanence une réflexion sur l'action. Le dispositif pédagogique qui s'ensuit ne peut ainsi se situer dans le registre d'une prescription didactique mais oblige à une pratique réfléchie, concertée et cohérente et à penser de nouveaux types de formation. Un champ de recherche futur s'ouvre alors pour la recherche en didactique.

Références

Textes officiels de référence

- FRANCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE : circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998, « *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège* », qui fera l'objet de modifications suite au rapport des inspections générales de l'éducation nationale et de l'inspection générale des affaires sociales, dont les conclusions doivent être rendues pour la fin de l'année 2003 ;
- FRANCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE : circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 « *Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté* » ;
- FRANCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE : circulaire n° 98-140 du 7 juillet 1998, « *Éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire* » ;
- FRANCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE : circulaires n° 2001-012 du 12 janvier 2001 « *Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves* », n° 2001-013 « *Missions des médecins de l'éducation nationale* » et n° 2001-014 « *Missions des infirmier(ères) de l'éducation nationale* ».
- FRANCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE : circulaires n° 2002-024 du 31 janvier 2002 et n° 2002-111 du 30 avril 2002 : « *Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves* ».
- FRANCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE : circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 « *Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées* ».
- FRANCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE : circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 « *La santé des élèves, programme quinquennal de prévention et d'éducation* ».
- FRANCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES : *Haut comité de Santé Publique, rapport*, 1996.
- FRANCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES : *Plan National d'Éducation pour la Santé*, 2001.

Ouvrages et articles

- AMIEL Philippe, *Ethnométhodologie appliquée, éléments de sociologie praxéologique*, Les Presses du LEMA, <http://www.ethnomethodologie.net>, consulté le 1^{er} octobre 2008, université Paris 8, 2002.
- BARDIN Laurence, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, édition 2003.
- BERGER Dominique, « Former des praticiens réflexifs », In Jourdan D. (dir.), *La formation des acteurs de l'Éducation à la santé en milieu scolaire*, Toulouse : Presses universitaires du Sud, collection École et Santé, 2004.
- BERGER Dominique & JOURDAN Didier, (Dir.), *Éducation à la santé et prévention des conduites addictives, quelles formations en IUFM, État des lieux des pratiques et recherches*. Presses universitaires du sud, collection École et Santé. Toulouse, 2008.
- BERGER P.-L. & LUCKMANN T., *The Social Construction of Reality: A Treatise its the Sociology of Knowledge*, Garden City, New York: Anchor Books, p. 51-55, 59-61, 1966.
- BOGDAN R. & TAYLOR S.J., *Introduction to Qualitative Research Methods. A Phenomenological Approach to the Social Sciences*, New York: John Wiley and Sons, 1975.
- BOSCH M. & CHEVALLARD Y., « La sensibilité de l'activité mathématiques aux ostensifs. Objet d'étude et problématique », *Recherches en didactique des mathématiques*, vol. 19. n° 1. p. 77-123, 1999.

- CAMPICHE V. et LE GAUFFREY Y. « Éducation à la santé dans le cadre de l'école : point de vue des enseignants » cité dans Boegli J.-D., *École en santé, quelques clés*, Lausanne : ISPA, 1995.
- CHEVALLARD Yves, *La transposition didactique*, Grenoble : Édit. : La pensée sauvage, 2^e édition, 1992.
- CHEVALLARD Yves, « Approche anthropologique du rapport au savoir et didactique des mathématiques ». Communication aux 3es Journées d'étude franco-québécoises (Université René-Descartes-Paris-5, 17-18 juin 2002), paru dans S. Maury, S. & M. Caillot (éd.), *Rapport au savoir et didactiques*, Éditions Fabert, Paris, 2003, p. 81-104.
- DEVELAY Michel, *De l'apprentissage à l'enseignement*, Paris : ESF éditeurs, 1992.
- DOLY Anne-Marie, "Métacognition, motivation and learning: learning to write texts at school". Communication au Symposium Sig Writing, *What can help children improve the quality of their writing?* Staffordshire University, 2002.
- FISCHER G.N., Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Paris, Dunod. p. 124-134
- GEVEAUX Jean-Michel, *L'éducation pour la santé des jeunes*, Rapport au Premier Ministre, Paris, 73 p. 1995.
- GOIGOUX Roland, « Six (bonnes) raisons et deux (jolies) manières de décrire les pratiques d'enseignement initial de la lecture », *Les Entretiens Nathan (Actes IV) : enseigner, apprendre, comprendre* (p. 17-49). Paris : Nathan, 1994.
- GOIGOUX Roland, « Les compétences professionnelles du maître de lecture », *3^{ème} Biennale de l'Éducation et de la Formation*. Paris : cédérom APRIEF, 1996.
- GOIGOUX Roland, « Les catégories de l'entendement professionnel des maîtres formateurs ». *Skholé*, 7, p. 97-102, 1998.
- GOIGOUX Roland, « L'étude du travail de l'enseignant en didactique du français : le cas du maître de lecture », in Mercier A. (Ed.), *Balises pour la Didactique des Mathématiques*, Grenoble : La pensée sauvage, 2004.
- HENSLER H., « La pratique réflexive, pour un cadre de référence partagé par les acteurs de la formation », *Recherche et formation* n° 36, Paris, p. 29-42, 2001.
- JOURDAN Didier & BOURGEOIS-VICTOR Patricia. « La formation des enseignants du primaire en éducation à la santé dans les IUFM : enjeux et obstacles », *Recherche et formation*, n° 28, p. 29-46, 1998.
- JOURDAN Didier, BERGER Dominique, PIEC Isabelle, AUBLET-CUVELIER Bernard, LEJEUNE Marie-Line, LAQUET-RIFFAUD Anne, GENEIX Christian et GLANDDIER Phyllis-Yvonne, « Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire ». *Santé publique*, n° 41, p. 403-423, 2002.
- JOURDAN Didier, *La formation des enseignants en éducation à la santé dans les écoles normales*, mémoire pour le DU santé et éducation, Université de Nancy, 1990.
- KHZAMI Salha-Eddine, BERGER Dominique et al. (2008), « Éducation à la sexualité, Conceptions d'enseignants de 4 pays méditerranéens (France, Liban, Maroc et Tunisie) », *Revue française de santé publique*, Paris, 2008.
- KEALEY KA, PETERSON AV, GAUL MA, DINH KT, "Teacher training as a behavior change process: principles and results from a longitudinal study", *Health Education and behavior*, 27(1), p. 64-81, 2000.
- LARUE Roger, FORTIN Jacques & MICHARD Jean-Louis, *École et santé : le pari de l'éducation*. Hachette éducation, 2000.
- LANGE Jean-Marc. & VICTOR Patricia, « Didactique curriculaire et éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable : quelles questions, quels repères ? » *Didaskalia*, n° 28, p. 85-100, 2006.

- LEBEAUME Joël, « Les manuels scolaires : des sources particulières pour l'étude curriculaire des sciences et des techniques à l'école », *IOSTE Congress, Critical analysis of sciences textbooks*, Hammamet, Tunisia, 2007.
- LEBEAUME Joël, *Perspectives curriculaires en éducation technologique*, Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, université Paris Sud, 1999.
- MARTINAND Jean-Louis, « L'éducation technologique à l'école moyenne en France : problèmes de didactique curriculaire », *La revue canadienne de l'enseignement des sciences, des mathématiques et des technologies*, vol.3 , n° 1, p. 100-116, 2003.
- MÉNARD C., *Les enseignants et l'éducation pour la santé*, Paris : CFES, 1989.
- MÉREMANS P., « La formation des enseignants : nécessité d'une analyse du cadre théorique et éthique préalable à une démarche d'éducation pour la santé », *Éducation santé*, 07-08, p. 9-10, 1995.
- MÉRINI Corinne, *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*, Paris : l'Harmattan, 1999.
- PAQUAY L. & SIROTTA B., « Le praticien réflexif, la diffusion d'un modèle de formation », *Recherche et Formation* n° 36, Paris, INRP, p. 5-16, 2001.
- PERRENOUD, Philippe, *De la réflexion dans le feu de l'action à une pratique réflexive*, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 1998b.
- PERRENOUD, Philippe, *Du travail sur les pratiques au travail sur l'habitus*, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 1999.
- PERRENOUD, Philippe, *Métier d'élève et sens du travail scolaire*, Paris : ESF, 1995.
- PERRENOUD, Philippe, *Qui définit le curriculum, pour qui ?*, Cousset (Suisse) : éd. Delval, 1990.
- PERRY-CASLER S-M., PRICE JH., TELLJOHANN SK., CHESNEY BK., "National assessment of early elementary teachers'perceived self-efficacy for teaching tobacco prevention based on the CDC guidelines", *Journal School Health* n° 67, p. 348-353, 1997.
- PIETTE D. et al. Tracking down the ENHPS successes for sustainable development and dissemination, The EVA2 project, Final report, ULB, Bruxelles, 65 p., 1999.
- PRINGLE K., *Children an social welfare in Europe*, Buckingham, Open University Press, 218 p., 1952.
- SAINT-LEGER Lawrence, "Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health", *Health promotion international*, p. 223-235, 1998.
- SAINT-LEGER Lawrence, "Health promotion in schools", in: *The evidence of health promotion effectiveness – Shaping public health in a new Europe. Part two: evidence book*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, p. 110-133, 1999.
- SAN MARCO Jean-Louis, « De la prévention des maladies à la promotion de la santé : Manifeste pour une éducation active à la santé. From diseases prevention to health promotion: Proclamation for an active Education to health », *THS La revue*, fascicule 2 ; 7. Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine de Marseille, p. 463-466, 2000.
- SCHÖN Daniel. *Educating the Reflective Practitioner*, San Francisco, éd. Jossey-Bass, 1987.
- SCHWARTZ H. & JACOBS J. (1979), "Qualitative Sociology. New York: The Free Press. Van MANEN M. (1977), Linking ways of knowing with ways of being practical", *Curriculum Inquiry*, 6, p. 205-228.

Table des illustrations

Tableau n° 1 • Répartition des classes	43
Tableau n° 2 • Les matières d'appui selon les maîtres	46
Tableau n° 3 • Les objectifs principaux des maîtres	46
Tableau n° 4 • Les compétences	47
Tableau n° 5 • Typologie des traces recueillies (regroupement par sous-dossier, n=143)	48
Tableau n° 6 • Catégorisation des traces	49
Tableau n° 7 • Les productions sur cahiers et classeurs	51
Tableau n° 8 • Les documents « autres »	54
Tableau n° 9 • Les matières scolaires d'appui selon les traces recueillies	54

Cet article a été reçu le 29 janvier 2008 et accepté le 8 décembre 2008.