

**PRATIQUES ENSEIGNANTES EN EDUCATION A LA SANTE ET CONTEXTE
SOCIAL : LES DONNEES D'UNE ETUDE REALISEE EN FRANCE ET EN IRLANDE.**

Carine Simar*, Fitzgerald Aileen, Didier Jourdan*****

* IUFM - Université Claude Bernard Lyon 1
Laboratoire PAEDI – EA4281
5 rue Anselme
69317 LYON cedex 04
Carine.simar@univ-bpclermont.fr

** SPHE support service Cork Ireland

*** IUFM Auvergne – Université Blaise Pascal - Clermont 2,
Laboratoire PAEDI EA 4281
36 Avenue Jean Jaurès
63437 CHAMALIERES

Mots-clés : Education à la santé, contexte social, pratiques d'enseignement

Résumé. L'éducation est un déterminant majeur de la santé et l'école apparaît comme un milieu favorable pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Cette communication vise à éclairer les déterminants de la pratique enseignante en éducation à la santé, notamment la place de la dimension sociale. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une approche issue de l'analyse du travail et plus particulièrement celle de l'analyse de l'activité enseignante à partir de travaux en psychologie ergonomique. La méthodologie retenue a consisté à interroger des enseignants irlandais (éducation à la santé comme discipline scolaire) et français (objet transversal) par entretiens semi directifs à propos de leurs pratiques d'enseignement en éducation à la santé et les sources d'influences qui viennent s'interférer. L'analyse montre que la construction de leur activité serait fonction de déterminants de trois ordres, à savoir institutionnel, personnel et public qui s'expriment de manière convergente ou divergente selon la situation étudiée. Tout se passe comme ci la construction de leurs pratiques en éducation à la santé serait fonction de ces déterminants et la référence au déterminant public participerait à la redéfinition de leur tâche en éducation à la santé.

1. Introduction

Les questions de santé ne peuvent être étrangères à qui s'intéresse à l'éducation des êtres-humains. En effet, il n'est pas de civilisation qui, dans le patrimoine transmis, n'inclue des prescriptions relatives à la santé. Tous les lieux et vecteurs d'éducation, au premier rang desquels la famille et l'école, sont concernés. Inversement, l'éducation est un déterminant majeur de la santé et l'école apparaît comme un milieu favorable pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé (Ridde, 2007; Ridde & Guichard, 2008). De nombreux travaux scientifiques ont montré que les approches holistiques, prenant en compte tous les aspects de la vie de l'établissement scolaire, ont montré une certaine efficacité dans ce domaine (St Leger, 2005; St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., Mc Call, D., & Young, I. 2007). Il n'est pas surprenant de retrouver ici, pour un domaine particulier, l'essentiel de ce qui a été identifié comme facilitant la réussite éducative en général et la réduction des inégalités en particulier (Fullan, 2001). Des relations ont été mises en évidence entre comportements de santé et réussite scolaire (Lavin, Shapiro, & Weill, 1992; Mukoma & Flisher, 2004). Complété avec d'autres déterminants, tel que celui de l'environnement social, la

santé constitue l'une des conditions de possibilité de la réussite scolaire (Jourdan & Simar, 2008). Il y a consensus dans la bibliographie sur le caractère central du rôle de l'enseignant pour impulser une telle démarche d'éducation à la santé (Rivard & Beaudoin, 2009). Pour autant une première enquête par questionnaire s'intéressant aux pratiques et représentations en éducation à la santé d'enseignants français (286) du premier degré (Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.-L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C., et Glandier, P.-Y., 2002) faisait état de pratiques majoritairement thématiques (alimentation, sommeil...) en référence à une approche hygiéniste. Seul un tiers des enseignants se referait par contre à une approche plus large prenant en compte la globalité de la santé des élèves. Les analyses conduites ont montré que deux déterminants semblaient jouer un rôle central : le fait d'appartenir à une zone d'éducation prioritaire ou à un regroupement pédagogique intercommunal et le fait d'avoir bénéficié d'une formation dans ce domaine. Si le déterminant « contextuel » semble jouer un rôle pour impulser une démarche d'éducation à la santé, pour autant son rôle dans la construction de pratique s'inscrivant dans une perspective de promotion de la santé n'a pas été démontré. En effet, des travaux plus récents (Simar & Jourdan, 2009, 2010) mobilisant des méthodes mixtes (Creswel, 2009) ont mis en évidence la complexité des déterminants intervenant dans la construction de pratiques d'enseignement promotrice de santé. Il ressort de ces différentes analyses que trois facteurs jouent un rôle clé. Il s'agit de l'intérêt que porte un enseignant aux questions d'éducation à la santé, de la quantité de formation dont il a bénéficié et enfin le fait de travailler collectivement à ces questions avant d'amorcer le travail dans sa classe. Une autre étude (Mérini, Victor, & Jourdan, 2009), basée sur l'ethnographie des pratiques collectives des enseignants fait apparaître que le développement de l'éducation à la santé est aussi le fruit de chaînes de volontés politiques endogènes à l'établissement (le directeur, les enseignants, les parents, le personnel technique...) mais aussi exogènes au monde scolaire. Dès lors, la question spécifique du travail auprès de public scolaires défavorisés, pour lesquels les besoins fondamentaux ne sont pas nécessairement assurés, se doit d'être posée (Arcand, 2009).

Cette communication vise à éclairer la façon dont l'enseignant tient compte notamment de la dimension sociale dans sa pratique d'enseignement en éducation à la santé. Deux objectifs sont visés, d'une part analyser la façon dont l'enseignant caractérise cette dimension "public" et d'autre part, sa capacité à argumenter l'impact de cette dimension sur sa pratique d'enseignement en éducation à la santé.

Sur la base de travaux préliminaires, nous émettons alors deux hypothèses, la première postule que les enseignants situés en zone défavorisée seraient plus sensibles aux questions d'éducation à la santé du fait de la situation de leurs élèves en relation avec la santé. La seconde postule que les enseignants tendraient à développer une pratique d'éducation à la santé essentiellement thématique (alimentation, sommeil, ...) s'inscrivant dans une perspective hygiéniste afin de tenir compte des lacunes de santé de leurs élèves.

2. Revue de littérature et cadre théorique

Dans la littérature, on trouve des études qui se sont intéressées aux pratiques des enseignants suite à l'introduction de nouvelles prescriptions en relation avec la santé qu'il s'agisse de la création d'une discipline à part entière, de l'attribution à une discipline scolaire déjà constituée d'objectifs en relation avec l'éducation à la santé ou bien de domaines transversaux (Fiard, Jourdan, Simar, & Bertin, 2008; Fiard, Jourdan, & Bertin, 2004; Turcotte, Gaudreau, & Otis, 2006; Turcotte, Otis, & Gaudreau, 2007). Dans cet article, c'est sur la première de ces formes que nous allons nous centrer.

Les études conduites dans les pays qui ont fait le choix d'institutionnaliser l'éducation à la santé sous la forme d'une discipline scolaire à part entière dans leur curriculum montrent que l'introduction de nouvelles prescriptions ne conduit pas mécaniquement à leur mise en œuvre de la part des enseignants. Les études norvégiennes insistent sur la nécessité quant aux contenus d'être définis en cohérence avec des pratiques enseignantes existantes. D'autres leviers ont été identifiés,

il s'agit de la nécessité pour les enseignants d'être en mesure d'identifier les potentiels bénéfiques pour leurs élèves (sur les plans éducatifs, scolaires, de la santé ...), leur donner les ressources suffisantes (matérielle et formation) et enfin impliquer l'ensemble de la communauté éducative (Tjomsland, Iversen, & Wold, 2009; Viig & Wold, 2005). La problématique de l'implication des enseignants est aussi traitée dans l'étude néerlandaise de Leurs et collaborateurs (Leurs, Bessems, Schaalma, & De Vries, 2007). Les auteurs insistent sur la légitimité du rôle de l'enseignant dans ce domaine, dès lors qu'il parvient à développer une approche globale de la santé à partir de l'ensemble des disciplines. L'étude australienne de référence (St Leger, 1998) insistait déjà sur la nécessité d'ancrer l'objet « éducation à la santé » en référence au curriculum et plus largement à ce qui constitue le cœur de la pratique des enseignants que ce soit à travers les activités de classe mais aussi collectivement à l'échelle de l'école.

Les études conduites en Irlande se sont exclusivement intéressées au second degré et ont pris la forme d'études nationales (Burtenshaw, 2003; Geary & McNamara, 2002; Millar, 2003a; O'Higgins, Galvin, & Kennedy, 2007). Elles mettent en avant un certain nombre d'obstacles à dépasser chez les enseignants. Le temps alloué aux questions d'éducation à la santé via la discipline SPHE va en diminuant en avançant dans les années d'enseignement (1ère année du cycle junior (12 ans) – 69% des enseignants propose une leçon par semaine contre 45% pour les élèves de 3ème année). Les études nationales montrent que le SPHE n'a pas encore atteint le statut de discipline scolaire en tant que tel. Les principaux obstacles mis en évidence sont le manque de temps, la pression des examens et celle des disciplines. Si la discipline SPHE a acquis un statut autonome, il ressort de l'étude que les enseignants n'hésitent pas à faire appel à d'autres disciplines pour atteindre certains objectifs liés à SPHE. Les leviers identifiés en vue de la généralisation de l'enseignement du SPHE sont la présence d'un coordinateur, un nombre d'heures de formation suffisante et une prise en compte globale des questions avec un temps spécifique liés aux contenus à délivrer en lien avec le SPHE.

A l'heure actuelle, aucun travaux quant au rapport entretenu par les enseignants du premier degré irlandais aux nouvelles prescriptions en éducation à la santé n'a été réalisé ce qui nous a conduits à nous y intéresser.

Ce travail s'inscrit dans le cadre théorique de l'analyse du travail, dans le champ de la psychologie ergonomique et s'appuie notamment sur les travaux fondateurs d'Ombredane et Faverge (Ombredane & Faverge, 1955) qui introduisent la distinction entre travail prescrit et travail réel. Le travail prescrit correspondant à la consigne, la règle définie donnée par l'entreprise ou du moins la hiérarchie au sens large, on parle alors de tâche. Les auteurs du champ distinguent ce que le travailleur fait réellement, ils parlent alors de travail réel, qu'ils caractérisent comme étant son activité. Cette distinction pouvant permettre de rendre compte de l'écart que l'on peut parfois observer entre le travail réel et le travail prescrit pouvant s'expliquer par plusieurs facteurs : interprétation des consignes, adaptation en fonction du contexte, de ses propres ressources etc. Ces écarts traduisent souvent comment l'agent qui évolue dans un cadre souvent instable rend possible l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre de son travail fixé en amont dans un cadre stable en s'interrogeant notamment sur l'écart entre la tâche prescrite et l'activité. La psychologie ergonomique permet de mettre l'accent sur l'interaction des différents déterminants qui régissent la pratique professionnelle, au-delà des « bonnes pratiques » recherchées. Lorsque l'on se penche sur l'activité du professionnel, on se rend compte de la multitude des tâches qu'il se doit d'accomplir. Se rapportant au domaine des sciences de l'éducation, les recherches issues du champ de la psychologie ergonomique alimentent les approches permettant d'identifier certains mécanismes éducatifs. Parmi les auteurs qui inscrivent leurs travaux dans une telle approche, on peut citer Goigoux and coll. (Goigoux, 2005, 2007) qui se sont attachés à développer un modèle visant à analyser l'activité enseignante. C'est un modèle cyclique qui rend compte d'une modélisation des déterminants et des effets du travail de l'enseignant selon trois facteurs, à savoir : l'institution scolaire, les enseignants et les élèves, considérés à la fois comme entrées et sorties. Ces déterminants influencent son activité qui eux même produisent un effet. L'utilisation d'un tel modèle pour nos travaux doit nous aider à penser l'épaisseur de l'activité enseignante et nous permettre de dégager des mécanismes conduisant des enseignants à développer certaines pratiques

en éducation à la santé plus que d'autres. Enfin, le choix a été fait de se référer au cadre de la promotion de la santé à l'école (St Leger et al., 2007) afin de rendre compte de la nature de la pratique enseignante en jeu dans le domaine de l'éducation à la santé.

3. Méthodologie

La méthodologie retenue a consisté à interroger les enseignants, par entretiens semi directifs, sur leurs pratiques d'enseignement en éducation à la santé et la façon dont ils analysent sa construction. Le public concerné était constitué d'enseignants Français (pays où l'éducation à la santé n'est pas une discipline scolaire) et Irlandais (pays où elle est une discipline en tant que telle) du premier degré travaillant dans des écoles situées dans des zones défavorisées. Au total ce sont 22 enseignants français issus de cinq écoles situées dans un bassin d'éducation défini comme défavorisé et 10 enseignants irlandais exerçant dans deux écoles classées comme défavorisées. Les écoles retenues l'ont été en fonction de leurs caractéristiques sociales.

Les enquêtes se sont déroulées respectivement en Irlande d'avril à juin 2008 puis en France d'avril à juin 2009. Ce sont des entretiens de type semi-directifs qui ont été conduits, les questions devant leur permettre d'explicitier leurs pratiques dans le domaine de l'éducation à la santé. Elles portaient sur leurs conceptions de cet objet, la façon dont il se déclinait et prenait place dans leur activité en classe et plus généralement à l'échelon de l'école voire de la communauté éducative.

En terme d'analyse des entretiens, nous avons tout d'abord procédé à une retranscription par écrit de tous les entretiens enregistrés afin de conserver l'exhaustivité et l'intégralité du discours. Afin de rester au plus près de leur discours, les entretiens n'ont pas fait l'objet de traduction à l'exception des verbatims mobilisés dans cet article destiné à une revue française. L'analyse de contenu peut être définie comme « un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondé sur « la déduction ainsi que l'inférence » (Wanlin, 2007). Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité (Bardin, 2001). Ainsi pour conduire cette analyse de contenu, nous avons procédé en trois temps : la pré analyse, l'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation. Le premier temps consiste en une lecture flottante, c'est-à-dire laisser venir à soi les impressions et les premières orientations. Le second temps correspond en l'opération de catégorisation, elle consiste en l'élaboration ou en l'application d'une grille de catégories, c'est-à-dire des rubriques rassemblant des éléments ayant des caractères communs sous un titre générique, et en la classification des données du corpus dans celles-ci. Le dernier temps correspond aux moments d'inférences et d'interprétation.

4. Résultats et discussion

Les données obtenues en Irlande et en France sont remarquablement cohérentes. En termes de résultats, il ressort des indications sur leurs pratiques qui seraient essentiellement thématiques et majoritairement centrées sur une approche hygiéniste. Les enseignants se sont exprimés de manière convergente sur les items se rapportant au déterminant personnel, à savoir leurs représentations, leurs missions et les approches qu'ils mobilisent en rapport avec l'éducation à la santé. On observe une divergence des éléments se rapportant au déterminant institutionnel. En effet, en fonction du statut qu'occupe l'éducation à la santé dans le système éducatif (discipline scolaire / non discipline), on note que la prescription n'est pas perçue de la même manière. Lorsque cette dernière est considérée comme discipline scolaire à part entière, les enseignants perçoivent de manière plus claire leurs missions dans ce domaine et par voie de conséquence, une meilleure lisibilité des objectifs à atteindre chez les élèves. En outre, les enseignants irlandais font état d'une formation plus systématique en éducation à la santé (découlant de la décision de rendre l'éducation à la santé discipline scolaire) et d'une mise à disposition de ressources plus grande que chez les enseignants français. Enfin, l'analyse de leur discours fait ressortir une prégnance des

éléments se rapportant au déterminant public, on retrouve parmi ceux-ci des items se rapportant à l'état de santé des élèves ainsi qu'aux difficultés sociales auxquelles doivent faire face ces familles. Tout se passe comme ci la construction de leurs pratiques en éducation à la santé était justifiée majoritairement en référence à leur public. Ainsi, dans ces milieux défavorisés, il semblerait que les enseignants soient amenés à développer une pratique en éducation à la santé qui doit d'abord permettre de répondre aux besoins fondamentaux des élèves et cela préalablement à des interventions qui se voudraient plus globales et multifactorielles. Ces données conduisent à valider les hypothèses posées en amont de notre étude.

Notre étude avait pour finalité d'analyser la façon dont les enseignants irlandais du premier degré redéfinissent la prescription qui leur est assignée en matière d'éducation à la santé. Pour ce faire nous avons identifié les buts que les enseignants se donnent dans ce domaine et mis en exergue les facteurs qu'ils évoquent pour légitimer ce processus. Les analyses des entretiens tendent à montrer que les buts que se donnent les enseignants recouvrent des dimensions qui dépassent ceux de la transmission de savoirs à l'échelon de la classe. D'autres dimensions, éducatives et préventives, sont convoquées. On distingue deux types de buts, ceux dits immédiats où il s'agit de créer les conditions de santé qui permettront aux élèves de pouvoir rentrer dans les apprentissages. Ceux dits futurs pour lesquels il est essentiellement question de donner aux élèves les moyens (transmission de connaissances, développement de compétences...) d'opérer des choix éclairés en matière de santé. Ainsi, les objectifs fixés recouvrent à la fois des objectifs qui ont trait à des approches thématiques de santé (alimentation, hygiène, activité physique etc.) et d'autres qui sont liés aux conditions qui doivent permettre d'atteindre cet état (estime de soi, émotions et sentiments, pression des pairs etc.).

La principale différence observée entre les légitimations évoquées par les enseignants irlandais et français du premier degré réside dans l'ancrage fort, chez les premiers, de leur pratique en référence aux éléments institutionnels (programmes scolaires, inspection, rôle du directeur...). En effet, les travaux conduits en France où l'éducation à la santé est considérée de manière transversale, avaient montré la faible inscription institutionnelle de l'éducation à la santé (Pizon, Jourdan, Rommel, Simar, & Monney, 2010; Pizon, Jourdan, C., Rommel, & Berger, 2010; Rommel, 2009). Tout se passe comme ci la disciplinarisation de l'éducation à la santé renforçait le poids du déterminant institutionnel dans les facteurs qui influencent la construction de leurs pratiques. En effet, l'analyse du discours des enseignants a permis de mettre en avant des éléments relevant à la fois de la prescription primaire (les nouveaux programmes d'enseignement, l'entrée de nouvelles disciplines scolaires, les politiques nationales en matière de santé) mais aussi secondaire (formation initiale et continuée en éducation à la santé, politique d'école). On retrouve ici une convergence avec un certain nombre de travaux qui tendaient à montrer le rôle de la formation (Buston, Wight, Hart, & Scott, 2002; Han & Weiss, 2005; McCormick, Steckler, & McLeroy, 1995; Perry, Murray, & Griffin, 1990; Rohrbach, Graham, & Hansen, 1993; Simar & Jourdan, 2009; St Leger, et al., 2007; St Leger, Young, Blanchard, & Perry, 2009) mais aussi de la mise à disposition de ressources pour les enseignants (Simar & Jourdan, 2010; St Leger, 1998; Viig & Wold, 2005). Par ailleurs, la référence à l'organisation et à la planification du travail en éducation à la santé a déjà été mis en exergue par certains auteurs (Buston, et al., 2002). De même, un parallèle peut être observé entre la collaboration intersectorielle soulignée par les enseignants pour définir les priorités de santé à l'école et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté mis en place en France.

Il ressort également de l'étude que parmi les contraintes et ressources à l'origine du processus de redéfinition de la tâche, des éléments ont trait aux dimensions individuelles de l'enseignant (ses caractéristiques personnelles et professionnelles). Le rapport qu'il s'est construit avec les questions de santé mais aussi ses représentations quant à l'éducation apparaissent comme des éléments saillants. On note là une convergence avec d'autres études qui montraient l'influence à la fois des représentations sociales des enseignants (Jourdan, et al., 2002; Simar & Jourdan, 2009), de leur degré de motivation (Jourdan & Simar, 2009; Tjomsland, et al., 2009) mais aussi de leur sentiment de compétence (Han & Weiss, 2005; Leurs, et al., 2007; Rohrbach, et al., 1993) à enseigner

l'éducation à la santé. En outre, le déterminant personnel est composé d'items relevant du rapport que l'enseignant construit avec sa pratique d'enseignement et plus largement avec son métier. Ainsi, pour les enseignants les plus chevronnés, les nouvelles orientations de l'éducation à la santé sont perçues comme s'inscrivant dans une continuité vis-à-vis de leurs pratiques d'enseignement antérieures (Buston, et al., 2002; Simar & Jourdan, 2010; Viig & Wold, 2005). Des travaux en didactique professionnelle ont théorisé ces notions (Rabardel, 1995) repris par d'autres auteurs sur des problématiques de métier d'enseignant à propos de leur potentiel de développement (Courally & Goigoux, 2007; Daguzon & Goigoux, 2007). Par ailleurs, les personnes interviewées font état d'éléments relatifs au collectif, c'est à dire l'enseignant au sein d'une institution et d'un collectif de personnes (élèves, parents, partenaires ...). Ces données rejoignent celles issues d'un certain nombre de travaux qui ont mis en exergue l'influence de facteurs relatifs à l'école (caractérisation sociale du public, relation école – famille ...) et à son contexte, comme les partenaires de santé, la relation école-famille ou bien encore les liens avec la collectivité (Jourdan, et al., 2002; Merini, et al., 2010; Pizon, Jourdan., et al., 2010; Vandoorne, 2009).

Le processus de redéfinition de la tâche des enseignants en matière d'éducation à la santé s'opère également en rapport aux caractéristiques des élèves et plus généralement à celles de la communauté éducative. Il est ici question des items qui caractérisent à la fois les élèves mais aussi toutes les personnes qui participent à leur éducation en interaction avec les enseignants à savoir les parents et les partenaires de santé. L'éducation à la santé s'affiche comme un objet partagé qui, de ce fait, entraîne et / ou nécessite la mise en œuvre de travail collaboratif (Mérini, 1999; Merini, Jourdan, Victor, Simar, & Bizzoni, 2008; Mérini, Victor, & Jourdan, 2009; Simar & Jourdan, 2009). Ainsi, les enseignants irlandais entretiennent un rapport différent aux partenaires de santé selon qu'ils sont considérés comme ayant un rôle complémentaire ou bien au contraire, comme déposédant l'enseignant de ce domaine éducatif. Plusieurs niveaux de participation des partenaires ont ainsi été repérés, ils vont de leur implication dans la négociation de la politique d'école en éducation à la santé jusqu'à l'élaboration et la conduite d'actions en collaboration avec les enseignants. La relation école famille apparait comme un élément clé dans les initiatives en matière d'éducation à la santé (Denman, 1998; Perry, et al., 1988; St Leger, 2005; Tambini, 1985) et plus généralement pour les questions d'éducation. Au-delà des éléments se rapportant aux caractéristiques de la communauté éducative, d'autres ont trait aux élèves. Ainsi, les élèves sont caractérisés par leur niveau scolaire mais aussi leur stade de développement, ce qui participe à la réorientation de leur tâche afin de proposer une pratique au plus près des besoins du terrain. On pourrait ici faire un parallèle avec les travaux de Maslow à propos des besoins humains dans la lignée des théories générales du besoin et de la motivation (Maslow, 2008). Tout se passe comme-ci les enseignants adaptent leurs buts en éducation à la santé en fonction des besoins identifiés en matière de santé chez l'élève. Ainsi, les enseignants en contexte défavorisé investissent-ils plus de temps à l'éducation à la santé et tendent à se fixer comme buts initiaux, des objectifs de base en matière de santé (état de satiété de l'élève, lavage des mains ...). La santé est perçue ici comme condition de possibilité de la réussite éducative, elle est perçue comme pouvant contribuer à lutter contre les inégalités sociales et de santé (Arcand, 2009; Ridde, 2007; Ridde & Guichard, 2008).

5. Conclusion et enjeux

Cette étude a montré que les buts fixés par les enseignants oscillent entre objectifs immédiats (assurer la protection physique de l'élève, assurer ses besoins physiologiques, hygiène corporelle ...) de ceux, dits futurs, qui visent à préparer le futur citoyen à être en mesure de faire des choix éclairés en matière de santé (connaissances en matière de santé, développement des compétences psycho sociales ...). La façon dont la pratique s'équilibre entre ces deux pôles diffère d'un enseignant à un autre en fonction des ressources à disposition et des contraintes imposées. Ainsi, des facteurs institutionnels (programme d'enseignement, politique d'école, formations et politique de santé nationale), personnels (rapport des enseignants à l'éducation à la santé et plus généralement à leur métier) et publics (caractéristiques des élèves, de la relation école / famille et des partenaires de santé) ont été mis en avant. Ces différents éléments sont très proches de ceux identifiés à la suite d'études de même type réalisées auprès d'enseignants français (Simar &

Jourdan, 2009, 2010). C'est leur dosage qui diffère avec notamment une place plus grande laissée aux aspects institutionnels en Irlande. La disciplinarisation de l'éducation à la santé contribue à la structuration des pratiques (contenus déterminés, objectifs à atteindre par niveau, formation systématique ...). Il n'en reste pas moins que, pour les enseignants, la pression des matières fondamentales (le cœur de métier) qui relègue l'éducation à la santé au second plan et la difficulté à articuler les enseignements dispensés en SPHE avec les autres dimensions de l'éducation à la santé restent de réelles sources de tension. Créer une discipline « éducation à la santé » déplace les équilibres mais ne conduit pas pour autant à son insertion simple dans la vie de l'école. La grande proximité des propos tenus par les enseignants français et irlandais quand bien même le cadre institutionnel de leur exercice soit différent montre qu'au delà des différences culturelles entre les deux systèmes éducatifs c'est l'objet « en soi » qui pose problème au milieu scolaire. L'éducation à la santé, comme toutes les « éducations à », interroge fondamentalement l'organisation scolaire fondée sur « l'enseignement de ».

6. Références et bibliographie

- Arcand, L. (2009). Inégalités de santé. *Education Santé*, 245(Mai).
- Bardin, L. (Ed.). (2001). *L'analyse du contenu* (PUF ed.): Presses Universitaires de France.
- Creswel, J.-W. (2009). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (Vol. 3rd ed.). Thousand Oaks, Californie: Sage publications.
- Fullan, M. (Ed.). (2001). *Leading in a culture of change*. San Francisco: CA: Jossey Bass.
- Goigoux, R. (2005). Contribution de la psychologie ergonomique au développement de la didactique du français : A. Mercier & C. Margolinas (Eds). *Balises en didactique des mathématiques*. 2005 pp. 17 - 39, Grenoble : La pensée sauvage.
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Education et didactique* N°3.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.-L., Laquet-Riffaud, A., et al. (2002). *Education à la santé à l'école : Pratiques et représentations des enseignants du primaire*. *Santé Publique*, Volume 14 N° 4, P 403-423.
- Jourdan, D., & Simar, C. (2008). Réussite et promotion de la santé. *Ville Ecole Intégration Diversité*, N°152(Mars), 179 - 185.
- Lavin, A.-T., Shapiro, G.-R., & Weill, K.-S. (1992). Creating an agenda for school-based health promotion: a review of 25 selected reports. *Journal of school health*, 62(6), 212-228.
- Mérini, C., Victor, P., & Jourdan, D. (2009). Analyse des dynamiques collectives de travail des écoles impliquées dans le dispositif "Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école". IUFM Auvergne - laboratoire PAEDI, Inspection académique du Puy-de-Dôme.
- Mukoma, W., & Flisher, A.-J. (2004). Evaluations of health promoting schools : a review of nine studies. *Health promotion international*, 3(19), 357-368.
- Ombredane, A., & Faverge, J.-M. (Eds.). (1955). *L'analyse du travail*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé: santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promotion & Education*, XIV(2), 111-114.
- Ridde, V., & Guichard, A. (2008). Réduire les inégalités sociales de santé: aporie, épistémologie et défis. In C. Niwiadomski & P. Aiach (Eds.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, Politiques publiques et pratiques professionnelles* (pp. 281). Rennes, France: Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- Rivard, M.-C., & Beaudoin, C. (2009). Les visages multiples de l'éducation à la santé en milieu scolaire. *Bulletin du Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante*, 16(2), 29-32.
- Simar, C., & Jourdan, D. (2009). French primary school teachers and health promotion: factors influencing health promoting practices. Paper presented at the Third European conference on health promoting school "Better schools through health", 15 - 17 June, Vilnius, Lituania.

- Simar, C., & Jourdan, D. (2010). Education et santé à l'école : étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé. *Recherches & éducations - Dossier : Education et santé* dirigé par Jacqueline Descarpentries, N° 3.
- St Leger, L. (2005). Protocols & Guidelines for Health Promoting Schools *Promot Educ*, 3-4, 145-147.
- St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., Mc Call, D., & Young, I. (2007). School Health Promotion - Achievements, Challenges and Priorities. In *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 107-124). New York: Springer Science & Business Media.