

D'une conception hygiéniste à l'appropriation d'un référentiel de compétences en Education à la Santé : approche systémique au sein de la formation initiale en SVT

Mise en place de contextes de formation assurant le développement de compétences relatives à l'Education à la Santé

Patrice Bonnet*

* ESPE Aix-Marseille Université Aix-Marseille
63 La Canebière
13001 Marseille
Patrice.bonnet@univ-amu.fr

RÉSUMÉ. L'éducation à la santé s'intègre dans une grande dynamique de promotion impliquant de nombreux professionnels, dont les enseignants font partie. Leur formation nécessite donc l'intégration de cette composante, et ainsi une réflexion doit être portée sur les moyens à mettre en œuvre afin de développer des compétences spécifiques. L'existence d'un cadre de référence (projet CompHE) sert d'appui au repérage de ces compétences, et permet d'envisager les contextes les plus favorables à leur développement optimal. L'existence de représentations initiales, très ancrées dans les concepts biologiques pour les enseignants de SVT, nécessite leur prise en compte et leur confrontation au sein d'activités de formation. Ainsi, la construction des compétences relatives à l'intégration d'une éducation à la santé articule représentations, didactique, stage et initiation à la recherche. La présente réflexion cherche à identifier les moyens et les articulations participant à la mobilisation progressive et opérationnelle des différentes compétences visées.

MOTS-CLÉ : représentations initiales, projet, synergie, compétences, formation

1. Introduction

La professionnalisation des masters conduisant aux métiers de l'enseignement et de l'éducation nécessite de réfléchir à l'intégration de l'Éducation à la Santé au sein des composantes de la formation, thématique très ancrée au sein des programmes des Sciences de la Vie et de la Terre (SVT), et ainsi de réfléchir à l'identification et au développement des compétences corrélatives.

De nombreux autres professionnels sont aussi concernés et l'éducation à la santé dans l'enseignement s'intègre dans une grande dynamique de promotion à la santé, dont le concept a émergé de la conférence d'Ottawa en 1986. Depuis, le concept connaît des évolutions en lien avec les différents déterminants de la santé et du bien-être, mais aussi avec les contextes sociétaux, comme les inégalités sociales par exemple, et la prise en compte renforcée de la dimension environnementale (Santé environnementale).

Il apparaît nécessaire :

- *d'identifier un référentiel de compétences, combinaisons de connaissances, d'attitudes et de capacités, ainsi que les modalités de leur construction avec les étudiants,*
- *puis de l'intégrer dans un processus de construction active au sein de la formation initiale.*

Le cadre de référence utilisé ici est le Cadre de Référence des Compétences-clés pour la Promotion de la Santé dans la perspective d'un développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe (projet CompHE).

L'acquisition de connaissances en promotion de la santé et les valeurs éthiques sont au cœur de l'articulation des compétences énoncées et que l'on peut regrouper autour de quatre axes majeurs : l'ancrage social et individuel, l'interdisciplinarité et le partenariat, la méthodologie de projet, la communication et la diffusion.

C'est sur cette proposition de cadrage que s'ancre la recherche ici présentée, en prenant pour appui les observations antérieures réalisées en formation initiale des enseignants de SVT : le concept d'éducation à la santé dans le cadre de la formation en SVT prend un ancrage prépondérant au sein de la discipline, que l'on ne peut ignorer.

2. Méthodologie

On cherche à identifier comment la prise en compte des conceptions des étudiants et leur évolution au cours de l'année de master 2, mène

progressivement à l'appropriation d'un référentiel de compétences transférables.

Les relevés sont qualitatifs ou quantitatifs selon les différentes productions utilisées, et concernent des cohortes suivies sur une année universitaire.

Le travail d'analyse des représentations initiales porte sur un effectif de 44 étudiants de master 2 SVT, répartis sur deux promotions.

Le dispositif de formation mis en œuvre concerne la seconde cohorte, soit 22 étudiants. Ceux-ci ont déjà suivi une formation didactique et professionnelle : en master 1, au sein de deux UE d'encadrement de stage, et en master 2 au sein d'une UE de transposition didactique et de démarche d'investigation. Ainsi, ils ont déjà appréhendé les fondamentaux de l'enseignement des SVT, travaillé sur les programmes scolaires et été confrontés sur le terrain aux dimensions du métier (deux stages de 24 heures). Ainsi, le concept d'éducation à la santé a déjà été évoqué, ne serait-ce que par l'analyse des programmes.

3. Etape initiale : de la santé à l'éducation à la santé

Afin de faciliter l'émergence des représentations sur l'éducation à la santé et l'expression des étudiants, un travail en photo-formation est proposé : il leur est demandé de choisir, parmi le lot de 60 cartes issues du classeur Profédus, la carte qui illustre le mieux le concept de Santé et de justifier par écrit leur choix. A partir de ce choix, les étudiants doivent ensuite proposer un positionnement en tant qu'enseignant au sein de l'éducation à la santé.

Dans le cadre du concept de santé, cinq groupes ont pu être constitués autour de trois grands types de conceptions initiales : un aspect positiviste de la santé (41 %), au travers d'un état de bien-être de l'individu et au travers d'un environnement sain, un aspect préventif (18 %), et un aspect négatif (31 %), au travers de l'expression de dangers et de nécessités de guérison.

On retrouve ce net partage au sein du concept d'éducation à la santé ; les représentations récoltées et analysées peuvent être classées en 3 catégories :

1.1. Les représentations de nature hygiéniste

Pour 28 % des étudiants, la santé est associée à la maladie, et donc à des recommandations, des gestes, des apprentissages de prévention et de guérison :

Une première tendance tend à mettre en avant la maladie et l'atteinte du corps ; qualifiée d'organiciste, elle se rapproche d'une démarche

curative, donnant une place centrale aux maladies : « *Sensibiliser au sujet des maladies infectieuses et les gestes à adopter pour limiter les risques de contamination* » ; « *Apprendre aux populations comment se soigner et se protéger* » ; « *Donner les règles d'hygiène, les conséquences des altérations par différentes substances* ».

On explicite la santé par l'identification de la maladie, donc par une approche négativiste de l'éducation. La sensibilisation se réalise selon une entrée d'alerte, induisant inquiétude dans une optique d'interpellation des élèves. On développe des règles à suivre, des gestes à favoriser afin que l'organisme demeure dans un état correct de fonctionnement. Cet ancrage est fortement sociétal et récurrent, où l'on informe sur les modalités du maintien d'un état de bien-être au travers des conséquences d'un dysfonctionnement (maladie).

Une seconde tendance met en avant les interactions homme – environnement dans la relation santé – maladie ; ainsi, cette tendance environnementaliste se rapproche d'une démarche préventive : « *Donner des modes de vie compatibles avec un organisme en bon fonctionnement* » ; « *Faits et gestes à faire adopter à une personne dans le but de maintenir sa santé* » ; « *L'ES vise à faire prendre conscience aux élèves qu'il y a des mesures à prendre afin d'être en bonne santé et préserver celle des autres : cela passe par des informations à donner* ».

Par cette approche est favorisée l'influence de l'environnement dans ses différentes composantes, et ainsi est mise en avant la nécessité de mode de vie adapté. Il s'agit de propositions liées clairement à une approche plutôt négativiste de l'éducation à la santé, dans laquelle on associe la santé à la maladie, et donc à des recommandations, des gestes, des apprentissages de prévention et de guérison. Ce cadre conceptuel constitue un ancrage épistémologique fort, puisqu'au XIX^{ème} – début XX^{ème} siècle, l'enseignement était aussi associé à un message hygiéniste ; le maître avait une place centrale dans le contrôle de l'hygiène, le tout dans une cohérence sociétale et d'acceptation au niveau familial.

D'ailleurs, certaines représentations émergentes qualifient l'Éducation à la Santé de « discipline », l'associant ainsi à un enseignement de la santé et de l'hygiène : « *Discipline dans laquelle des informations sur la santé sont données* ».

1.2. Les représentations scientistes

Pour 28 % des étudiants, l'éducation à la santé est centrée sur un apport d'informations sur la physiologie, les maladies et leur prévention. En effet, l'analyse des représentations initiales montre que l'objet et la maladie sont au centre du propos, plaçant le sujet au second plan :

« Informer à des phénomènes de société actuels : développements de cancers favorisés par le tabagisme, transmission des IST, alcoolisme ; informer sur les techniques et progrès médicaux » ; « Donner aux élèves les informations pour qu'il puisse prendre en charge sa santé » ; « Informer les élèves et leur faire prendre conscience des incidences sur le corps de différentes pratiques ».

De plus, de manière explicite, on insiste sur les nécessités d'apprendre, d'expliquer, le fonctionnement des organes et les processus physiologiques sous-jacents au développement des maladies : « Apprendre le fonctionnement de l'organisme et les conséquences que peuvent avoir sur ce dernier des comportements en termes de nutrition, d'activité physique, d'addiction... » ; « L'ES permet de prévenir les populations des risques de certaines maladies, de leur montrer comment se protéger et comment réagir face aux différentes maladies. On explique les causes des maladies » ; « Enseigner les connaissances et mise en application des connaissances sur tout ce qui touche au bien-être de soi et des autres ».

Par cette approche, on transmet un socle de conduites et de vérités centrées sur le rationnel ; le sujet est souvent soumis, culpabilisé, voire stigmatisé. Dans ce cadre, aucune prise d'autonomie sur son comportement vis-à-vis de la santé n'est possible. Ce cadre conceptuel s'associe ici à un ancrage purement disciplinaire ; la culture scientifique (biologique) des étudiants est mobilisée dans un dispositif informatif et/ou explicatif. C'est d'ailleurs au cours des échanges réalisés que se dégagent des ambiguïtés entre « informer » et « expliquer ». Très souvent, pour les étudiants, c'est au travers d'une approche explicative scientifique que l'information sera la mieux transmise et donc comprise.

1.3. Les représentations axées sur une éducation pour la santé

44 % des étudiants ont déjà une vision relativement claire du contexte « éducation » : connaître la santé et les attitudes à développer pour rester en bonne santé, vision se détachant de l'approche scientifique.

Cependant, l'analyse révèle un premier grand groupe de conceptions identifiant la santé comme un but à atteindre, mettant en avant les moyens nécessaires à l'assurer par l'ensemble des actes quotidiens ; d'où l'utilisation du terme éducation pour la santé : « Education POUR la santé : savoir bien manger, se protéger des IST, des virus par des gestes simples, parler des drogues » ; « Approche de santé publique et de questions telles IST et obésité. Cette approche doit rester neutre et peut mener au début. Le professeur n'est pas un médecin et on est bien dans une approche ». D'ailleurs, dans cette dernière proposition, émerge la notion de complexité, puisque est sous-tendue la non-exclusivité de l'enseignant dans le domaine de l'éducation à la santé.

On distingue ensuite une seconde dynamique, dans laquelle les étudiants mettent en avant une ouverture sur les autres ; en effet, l'éducation à la santé est en lien avec l'éducation à la citoyenneté : il s'agit d'éduquer les élèves à préserver leur santé mais aussi celle des autres : « *Faire appréhender l'importance d'être en bonne santé, aussi bien physique et psychologique, faire apprendre des gestes et attitudes et comportements pour préserver sa santé et celle des autres* » ; « *L'éducation à la santé représente la façon d'agir et de se comporter pour le bien-être d'autrui et de soi-même* ». D'une santé que l'on pourrait qualifier d'individuelle, on identifie les composantes d'une santé collective, dynamique devant être intégrée au sein de l'éducation à la santé.

On retrouve aussi dans les propositions une orientation vers l'aide à la prise de décisions à différents niveaux : dans un premier contexte, l'éducation à la santé doit amener les élèves à s'intéresser aux questions de santé, les informer afin qu'ils puissent alors adopter les comportements les plus propices. C'est donc par l'information que l'élève sera mobilisé : « *Cela passe par des informations à donner afin que chacun, selon sa sensibilité, puisse prendre des décisions en connaissances de cause* » ; « *Discipline qui amène les élèves à s'intéresser, s'informer et s'impliquer dans les domaines de la santé ; ceci afin de mieux la cerner et d'adapter les comportements propices à celle-ci* ». Dans d'autres contextes ; l'éducation à la santé constitue un moyen d'informer et d'accompagner chacun, selon sa sensibilité, à prendre des décisions en tout état de cause. Émerge ici le concept d'autonomie dans la prise de décision, en tant que compétence à développer.

Au travers des propositions et des échanges apparaît aussi l'idée d'une approche neutre de la part de l'enseignant : « *Apprendre, enseigner, éduquer les attitudes, savoir-faire à adopter afin de conserver une bonne santé mais également les situations à risques. Aucun point de vue ne doit être donné, il faut juste exposer les faits aux élèves.* » Ainsi se dégage la nécessité de développer des compétences singulières relatives aux domaines des éducations à la santé, à la citoyenneté et au développement durable.

L'analyse révèle dès lors une explicitation plus claire du concept au sein de cette catégorie. Les étudiants proposent des termes parfois spécifiques, dont la signification ne paraît pas toujours bien maîtrisée. Cela semble montrer qu'une première approche de l'éducation à la santé a précédemment permis l'identification de cette dimension éducative, mais dont les caractéristiques demeurent encore floues.

Certaines propositions se centrent davantage sur la réalisation de l'individu avec prise en compte de ses désirs, ses émotions, et ses perceptions ; ainsi prend-on en considération le développement de compétences psychiques (savoir-être, accomplissement de soi). On se rapproche ici du concept d'empowerment, défini en 1986 à

Ottawa, ancré dans un cadre politique élaboré à différentes échelles (locale, régionale, nationale) et articulant l'éthique, le théorique et la méthodologie : création d'environnements favorables à la santé, d'actions communautaires, et réorientation des services de santé.

En début de formation, le recueil des conceptions des étudiants est nécessaire afin de mobiliser les images cognitives de chacun, de les confronter. L'utilisation des cartes du classeur Profédus a permis à chacun d'exprimer ses idées, en facilitant la verbalisation. Cette modalité d'expression facilite le traitement des productions, plus précises dans la formulation, ainsi que le développement d'un réel échange entre les formés. A été donc favorisé par cette approche un premier niveau d'identification et d'expression des compétences enseignantes à mobiliser dans le cadre de l'éducation à la santé.

4. Une intégration de l'éducation à la santé au sein de la didactique des SVT

L'étape suivante consiste à identifier au sein des programmes de SVT les niveaux potentiels d'intégration d'une éducation à la santé ; cela permet aux étudiants de faire émerger les compétences mobilisées par les élèves dans ces contextes mais on demeure assez centré sur des connaissances et capacités purement disciplinaires.

Dans une première catégorie de production, l'analyse fait ressortir soit un aspect éducatif centré sur les maladies, donc une approche plutôt négativiste de la santé, soit un aspect scientifique de la santé, reliant par exemple les comportements à risque à une explication scientifique.

Est envisagé ici un « enseignement de » centré sur des savoirs à transposer : l'éducation à la santé est souvent proposée comme ouverture terminale dans la démarche ou comme support d'investigation.

Dans une seconde catégorie de productions, est mise en avant une « éducation à » centrée sur l'acquisition de comportements adaptés, et la connaissance des bonnes pratiques. En effet, les risques et la prévention ne sont pas nécessairement reliés à des explications scientifiques mais inclus dans une démarche éducative. Un travail de conseil auprès des élèves est envisagé, comme des propositions autour de la prise de décision, du respect des autres et de soi-même.

De plus, une tendance se dessine à préciser des catégories d'éducation à la santé ; l'éducation à la sexualité semble prendre une place plus importante dans les considérations des étudiants, qui envisagent une collaboration avec l'infirmière et/ou la vie scolaire. La démarche éducative est ici élargie à un travail pluri-catégoriel. Cependant, la dimension psycho-sociale demeure encore trop souvent occultée.

Ce qui est très intéressant, c'est que l'on reste très centré sur la physiologie et les maladies, sans mettre en perspective l'aspect

environnemental. Malgré les étapes précédentes de travail sur les représentations initiales, persistent certaines images ; cela fait émerger ici l'existence de représentations opératives, émergeant dans une mise en situation professionnelle.

Cet axe de formation a été conçu, afin de permettre aux étudiants de confronter leurs représentations avec les programmes ; il s'agissait, au travers de l'étude des programmes de SVT du secondaire, d'identifier des situations favorables à l'émergence d'une éducation à la santé, puis d'envisager la place de l'éducation à la santé au sein du système éducatif.

L'analyse des travaux, mais aussi l'évaluation du module de formation, montrent malgré tout un renforcement de l'approche disciplinaire, donc scientifique, de l'éducation à la santé. Ainsi, d'un simple discours, d'une simple sensibilisation, les étudiants ont restreint l'éducation à la santé dans une démarche explicative scientifique. Le travail parallèle sur l'intégration transversale et partenariale de l'éducation à la santé ne parvient pas à faire évoluer significativement les représentations initiales.

Cependant, cette phase d'intégration au sein de la didactique permet aussi la confrontation des propositions sur différents niveaux de classe et ainsi permet d'amorcer une réflexion sur la progressivité des compétences développées en éducation à la santé.

Un bilan intermédiaire est construit sous une forme schématique (figure 1), mettant en évidence la complexité de la mise en œuvre d'une éducation à la santé. Par cette modalité, on identifie les nombreux concepts devant être mobilisés, expression d'une complexité dans la mise en œuvre d'une réelle éducation à la santé. Cela laisse présager des actions mobilisant des intervenants diversifiés et coordonnés, nécessitant ainsi le développement de compétences professionnelles larges devant être mises en synergie.

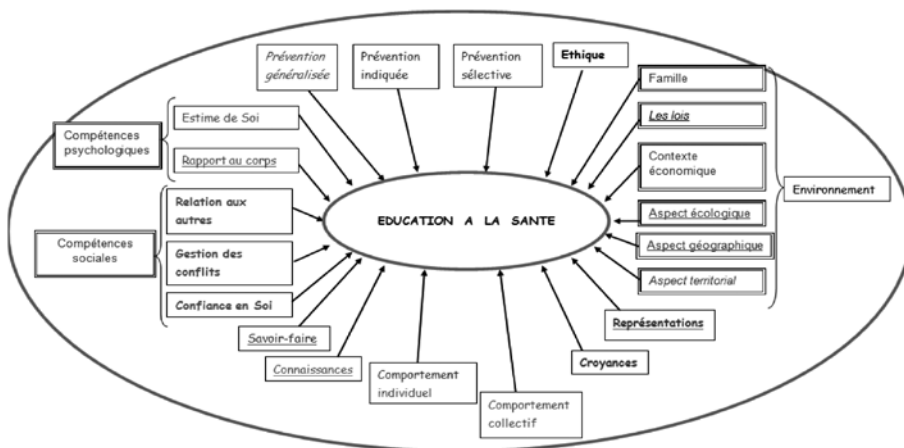


Figure 1. Les dimensions de l'Education à la Santé : complexité et prise en compte

5. Vers une intégration élargie de l'Éducation à la santé pour la construction de compétences opérationnelles.

C'est par le biais d'un travail de recherche et de synthèse sur des circulaires relatives à l'éducation à la santé en milieu scolaire, que les étudiants sont confrontés à nouveau à leurs représentations et à leur nécessaire évolution. Ils proposent alors un nouveau schéma d'éducation à la santé centré sur la responsabilisation des personnes afin de développer leur autonomie et leur respect d'eux-mêmes comme base de l'action promotrice de santé (concept d'empowerment énoncé dans la charte d'Ottawa).

On décentre ici le contexte enseignement de connaissances et de capacités en SVT vers le développement de compétences en éducation à la santé, en mettant l'accent sur les attitudes à construire. Cela permet ainsi d'identifier les compétences de l'enseignant à développer, compétences relatives à des activités mettant au centre les comportements humains, et nécessitant une réflexion particulière :

- sur la mise en œuvre d'un cadre articulant l'éthique, le théorique et la méthodologie, et la création d'environnements favorables à la santé ;
- sur l'établissement de relations particulières élèves – adultes et d'échanges dans un cadre neutre, sur la prise en compte à la fois du collectif et de l'individuel ;
- et tout cela dans un cadre de responsabilisation et de développement de l'autonomie.

C'est ainsi que la conception et la mise en œuvre de projets apparaissent comme une des modalités permettant de coordonner l'ensemble des acteurs autour d'actions répondant aux besoins de la population d'élèves ciblée.

Une dernière étape est nécessaire alors dans la construction de compétences en éducation à la santé. C'est au cours du stage du dernier semestre, d'une durée de quatre semaines, que les étudiants peuvent identifier les besoins d'une population d'élèves. Cependant, le stage étant court, il est impossible de concevoir et de mettre en œuvre un quelconque projet. C'est par un travail autour de projets déjà mis en œuvre que les étudiants identifient les étapes et critères corrélatifs de conception et de mise en œuvre de projets. Cette approche formatrice assure une meilleure appropriation des critères, et donc un premier niveau de développement des compétences corrélatives au diagnostic des besoins, à l'identification d'objectifs, à la coordination des activités, à l'approche partenariale et pluri-catégorielle, à l'évaluation.

Par groupe, et en utilisant l'ensemble des éléments de la formation, les étudiants sont alors invités à construire un projet en éducation à

la santé. Ainsi, ils utilisent les critères pré-établis et mobilisent donc les compétences corrélatives. Afin de renforcer l'appropriation de ces dispositifs, l'évaluation des projets est organisée de manière croisée : les groupes s'échangent les propositions et évaluent le prévisionnel selon une grille critériée préétablie.

L'observation des séances de travail des étudiants en cours de conception révèle la mise en place de réels échanges au sein des groupes, favorisant le développement de compétences liées à la négociation et l'argumentation des choix. Cette mise en situation assure la mobilisation d'attitudes liées au travail en équipe dans un contexte professionnel, attitudes difficiles à développer en formation initiale.

L'analyse des projets conçus met en évidence une organisation très précise des actions proposées : les objectifs sont clairement définis, les actions bien décrites, les besoins correctement identifiés. De plus, une attention particulière a été portée sur la cohérence globale du projet mais aussi sur la précision des actions proposées. Tous les groupes ont envisagé l'intervention de partenaires, ce qui montre une prise de conscience de la nécessité d'un travail inter-catégoriel.

L'étude des grilles d'évaluation croisée montre une certaine rigueur dans l'analyse, révélant une bonne appropriation des compétences liées à l'intégration de l'éducation à la santé au sein de l'Ecole.

Ainsi, au travers d'une réelle mise en activité professionnelle, les étudiants peuvent mobiliser des compétences spécifiques, les développer, et ainsi les confronter avec leurs représentations initiales.

6. Conclusion

L'éducation à la santé ne doit pas être un axe différencié et déconnecté de la formation ; l'intégration à part entière au sein des dispositions disciplinaires, didactiques et de recherche des masters professionnels semble pouvoir répondre à la problématique de construction des compétences nécessaires. Les représentations initiales, liées à la spécificité disciplinaire du groupe d'étudiants en question, semblent, dans une première approche, constituer un frein à l'appropriation de réelles compétences en éducation à la santé. Cependant, leur expression et leur prise en compte, l'accompagnement dans leur évolution par l'alternance du travail individuel, en binôme, en groupe élargi, en autonomie, s'inscrivent dans une approche adaptative et développementale des compétences par interaction étudiant-situation professionnelle (figure 2).

La finalité de l'approche n'est pas la performance, mais la conceptualisation des situations par confrontation et évolution des représentations préexistantes.

Huard Valérie (2011). L'application de la didactique professionnelle dans la formation des enseignants. *Carrefours de l'éducation* n°32 p.133-147

Jourdan Didier (2010). *Éducation à la santé Quelle formation pour les enseignants ?* INPES Coll. Dossiers Santé en action

Siméone Arnaud, Eneau Jérôme, Rink Fanny (2007). Scénario d'apprentissage collaboratif à distance et en ligne : des compétences relationnelles sollicitées et/ou développées *TICE Méditerranée*

Références sur le WEB

Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation à la santé (2011). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. *IUHPE*. http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP/CompHP_competencies_FR.pdf (septembre 2011)