



# Construire l'éducation à la santé ensemble L'exemple du “ passeport santé ”

Maryvette Balcou-Debussche

## ► To cite this version:

Maryvette Balcou-Debussche. Construire l'éducation à la santé ensemble L'exemple du “ passeport santé ”. Education à la santé dans et hors l'école: recherches et formations. Actes du 3ème colloque d'UNIRÉS, pp.215-224, 2012. <hal-01227012>

**HAL Id: hal-01227012**

**<http://hal.univ-reunion.fr/hal-01227012>**

Submitted on 8 Jun 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Construire l'éducation à la santé ensemble

## L'exemple du « passeport santé »

**Maryvette Balcou-Debussche\***

*\* Maître de conférences, Université de La Réunion - IUFM  
Allée des aigues marines – Bellepierre – 97 400 Saint-Denis  
[maryvette.balcou-debussche@univ-reunion.fr](mailto:maryvette.balcou-debussche@univ-reunion.fr)*

*RÉSUMÉ. L'expérimentation du « passeport santé » à l'île de La Réunion a permis de questionner la façon de construire ensemble un projet d'ampleur en éducation à la santé. Au-delà du nombre important d'élèves concernés, le projet « passeport santé » a permis à des acteurs ayant des représentations différentes de l'éducation à la santé de construire des supports pédagogiques en équipe tout en s'interrogeant sur les dimensions sociale et scolaire de l'éducation à la santé, l'hétérogénéité des acteurs, le lexique à mobiliser dans les livrets, les priorités à établir, les rapports à l'évaluation. Sur les trois années d'expérimentation, l'ensemble du projet a permis de rapprocher des acteurs qui, parce qu'ils tendaient vers un objectif commun, ont réussi à saisir la complexité de l'objet et des pratiques mises en œuvre, ainsi que la nécessité de construire un référent commun tout en continuant à valoriser les variations des pratiques pédagogiques. Le projet entre actuellement dans sa phase d'extension, avec près de 8 000 élèves concernés en 2011.*

## 1. Introduction

À La Réunion, la plupart des problèmes majeurs de santé publique se posent avec plus d'acuité qu'en métropole ou dans les autres départements et territoires d'outre-mer. Dans ce contexte général, le projet « passeport santé » a visé plusieurs objectifs complémentaires. D'une part, aider à construire, dynamiser et valoriser la continuité et la complémentarité du travail réalisé par les enseignants et les élèves de la maternelle au CM2. D'autre part, associer étroitement les familles au travail d'éducation à la santé en partageant avec elles un outil commun qui circule régulièrement entre l'école et la famille. Trois entrées thématiques ont été travaillées, pour chaque cycle : éducation nutritionnelle, éducation à la sexualité et prévention des conduites à risques. Actuellement, le contenu se présente à travers deux supports pédagogiques de 12 pages chacun : l'un pour les cycles 1 et 2, l'autre pour le cycle 3. La démarche expérimentale constitue le fil conducteur des activités proposées.

En juin 2009, l'équipe a produit une première version du livret, suivie d'une seconde version au cours du premier trimestre de l'année 2009-2010. Cette version a été soumise à une phase expérimentale qui s'est déroulée dans 5 écoles de l'Académie (1 157 élèves, 570 familles et 55 enseignants questionnés). L'expérimentation a mis l'accent sur un accueil très favorable du livret « passeport santé » par les enseignants, les familles et les élèves, mais elle a aussi permis de prendre conscience des problèmes liés à l'inscription sociale et culturelle d'un produit pédagogique en éducation à la santé. Les différentes étapes du processus ont montré la nécessité de se questionner ensemble sur divers éléments mis en jeu dans les pratiques pédagogiques relevant de l'éducation à la santé : les représentations des acteurs, l'hétérogénéité des pratiques, la diversité sociale et culturelle, les savoirs mouvants, les relations entre les pratiques sociales et les pratiques enseignantes. Une troisième version a vu le jour en juin 2010 : elle a été validée par les différentes instances et constitue désormais la version de référence. Actuellement, le support pédagogique est prêt à être partagé à plus large échelle : il va constituer une pièce maîtresse dans la phase d'extension du dispositif, soit 8 000 élèves à partir de février 2011. Cependant, il y a lieu de considérer que le processus est encore à construire avec les nouveaux acteurs qui devront à leur tour appréhender la complexité de l'objet. Le travail sur l'ouverture à l'autre, le respect de la diversité sociale et culturelle, l'inscription des actions sur un temps long, la prise en compte du contexte, le rapport aux normes et à l'évaluation, la volonté de construire ensemble et de maintenir les dynamiques impulsées sont autant d'éléments à prendre en compte pour la suite du travail à engager auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

## 2. Un projet qui tient compte du contexte

L'Académie de La Réunion comprend 23 circonscriptions qui regroupent 538 écoles (dont 26 privées sous contrat), soit un total de 122 600 élèves (45 200 en maternelle, 77 400 en élémentaire) auxquels il faut ajouter 6 434 personnels<sup>1</sup>. Le projet académique Santé-Social en faveur des élèves (2009-2012) fait de l'éducation à la santé l'une de ses priorités, en mettant en avant la nécessité d'assurer une éducation pour tous les élèves et en leur permettant d'acquérir des connaissances en lien avec des pratiques favorables à leur santé. Parmi les objectifs prioritaires, apparaissent l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites addictives (notamment l'alcool et les poly-toxicomanies), l'interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants. La perspective est de développer l'éducation nutritionnelle et de favoriser l'amélioration de l'offre alimentaire collective en n'oubliant pas la promotion de l'activité physique et l'adaptation des activités physiques pour les jeunes obèses.

Dans la population réunionnaise, la classe d'âge des 14 ans et moins représente une part importante puisqu'elle compte plus de 190 000 enfants en 2005, soit un quart de la population totale. Selon l'enquête Santé scolaire 2003-2004<sup>2</sup>, 11,8 % des adolescents scolarisés en troisième sont traités pour asthme (7,5 % sur le plan national) et 20,7 % sont en surpoids, dont 5,4 % d'obèses (16,7 % en surpoids sur le plan national, 4,3 % d'obèses). Ces prévalences sont les plus élevées de l'enquête Santé scolaire. En 1999-2000, 15,9 % des enfants scolarisés en grande section présentaient un surpoids ou une obésité ; en 2001-2002, ce pourcentage était de 26,5 % parmi les enfants scolarisés en classe de CM2 et en 2002-2003, de 20,7 % pour les adolescents en classe de troisième. En moins de 20 ans, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes Réunionnais de 6 ans a été multipliée par 2,2 pour les garçons et par 3,6 pour les filles. Ces changements sont à considérer dans un contexte de mutations sociales rapides qui ont traversé la société réunionnaise durant les 50 dernières années et ont provoqué d'importantes modifications dans les façons de s'approvisionner, de manger, de consommer et de se déplacer (Balcou-Debussche, 2010). Les pathologies les plus fréquentes (obésité, asthme, addictions...) touchent des publics de plus en plus jeunes alors que la densité médicale, bien qu'en augmentation depuis quelques années, reste plus faible qu'en France métropolitaine, notamment pour les médecins spécialistes. Le problème de la consommation de tabac et de produits stupéfiants reste préoccupant, avec des usages précoces qui débutent entre 8 et 14 ans

<sup>1</sup> <http://www.ac-reunion.fr/index.php?id=chiffre-cles>.

<sup>2</sup> [http://www.urml-reunion.net/prof-sante/TDB\\_SANTE\\_ENF\\_1-14ans.pdf](http://www.urml-reunion.net/prof-sante/TDB_SANTE_ENF_1-14ans.pdf).

et des usagers hétérogènes qui se caractérisent souvent par une poly-consommation. La prévention n'est pas simple à mettre en œuvre puisque, dans la plupart des cas, les pathologies ont à voir avec des excès importants (notamment dans la consommation d'alcool, de stupéfiants, de produits très gras et/ou sucrés) et l'expression d'insuffisances ou de manques qui sont tout autant à mettre en relation avec l'histoire politique, culturelle et humaine de l'île qu'avec sa situation sociale et économique actuelle (Wolff et Watin, 2010).

En s'inscrivant dans ce cadre général, le projet de « passeport santé » vise plusieurs objectifs complémentaires. En premier lieu, il s'agit de faire valoir l'idée d'un travail continu intégré aux pratiques pédagogiques de l'ensemble des enseignants d'un même établissement sur le long terme, plutôt que de manière épisodique ou ponctuelle. Depuis l'entrée en maternelle jusqu'au CM2, le travail est partagé et géré en cohérence, en prenant soin d'impliquer les différents acteurs de proximité qui, d'une manière ou d'une autre, sont concernés par la santé des élèves. Il s'agit d'aider à élargir la réflexion en associant aussi bien les conseillers pédagogiques, les coordonnateurs de réseau que les responsables de municipalité, les cantinières ou les personnels de surveillance. En second lieu, le projet aspire à faire valoir l'idée d'un travail transversal et pluridisciplinaire qui ne doit pas être pensé « en plus » de ce que les enseignants font déjà dans leur classe, mais plutôt « autrement ». En pratique, cela signifie qu'il faut accompagner les enseignants dans la structuration du travail qu'ils mettent en œuvre dans les classes, en valorisant dès le départ les pratiques qui fonctionnent et produisent des résultats. En troisième lieu, il s'agit de faire prendre conscience que le travail autour de la santé n'est pas nécessairement un travail lourd et difficile à mettre en place avec les élèves. Souvent simples et attractives, les activités menées constituent une occasion privilégiée de tisser de nouveaux liens avec l'enfant, la famille et la vie sociale en général. Elles conduisent à faire réfléchir les enfants (et, si possible, leurs familles) aux incidences des actions menées dans la vie quotidienne (alimentation, déplacements, activités physiques, poly-consommations). Elles permettent aussi d'identifier les principaux obstacles à la prévention, ainsi que les points sur lesquels les acteurs de proximité peuvent prendre appui pour aider les enfants à trouver de nouvelles cohérences (notamment entre la maison et l'école).

Le projet de « passeport santé » vise ainsi à créer une dynamique collective au niveau de l'IUFM-Université et de l'Académie. S'il s'agit d'amener progressivement tous les enseignants du 1<sup>er</sup> degré à intégrer l'éducation à la santé dans leurs pratiques pédagogiques, le projet doit aussi permettre d'instaurer de nouvelles dynamiques dans les écoles, en s'articulant avec ce que les enseignants développent déjà dans les classes. La mise à disposition de nouveaux supports pédagogiques

doit faciliter le travail de formation initiale qui s'enclenche désormais au niveau des futurs enseignants, ainsi que le développement de la formation continue, en collaboration avec les circonscriptions. Le développement progressif de ce passeport prend appui sur un travail continu dans le champ de l'éducation à la santé depuis la maternelle jusqu'au CM2. Le « passeport santé » complète le travail qui est déjà réalisé, en accord avec les orientations ministérielles, dans le champ de l'éducation à la sécurité routière<sup>3</sup> et les gestes de premiers secours<sup>4</sup>. La mise en place d'un 3<sup>e</sup> élément (le « passeport santé ») constitue ainsi un projet-pilote dans le champ de l'éducation à la santé.

Durant la première phase du projet, l'objectif principal a été de proposer un accompagnement des enseignants impliqués dans le dispositif expérimental, en travaillant avec cinq écoles présentant des profils différents (situation géographique, nombre de classes, moyens matériels et humains disponibles). Ces cinq écoles avaient en commun d'avoir déjà intégré l'éducation à la santé dans leur projet d'école. L'accompagnement de ces écoles a pris plusieurs formes. D'une part, des actions de formation ont été menées par différents partenaires (chargée de mission de l'IUFM, infirmières scolaires, IREPS, responsables d'associations...) sur les temps de concertation dont l'équipe disposait ou sur les temps de classe lorsqu'il s'agissait d'interventions auprès des élèves. D'autre part, un apport d'outils et de ressources pédagogiques a été prévu pour aider à la mise en œuvre des actions déjà programmées : une valise pédagogique a notamment été mise à disposition de chaque circonscription, afin de faciliter l'accès aux ressources en proximité. Ces accompagnements (humains et matériels) devaient notamment permettre aux enseignants de développer de nouvelles activités ou thématiques qui ne leur étaient pas familières. Les coordonnateurs du projet (IUFM, équipes de circonscription, infirmières...) ont aidé à la structuration des activités et à l'obtention de résultats (sur le plan de la santé des élèves, sur le plan personnel, sur le plan social). Les interventions de personnes extérieures à l'équipe ont permis d'amener les élèves (et les enseignants) à bénéficier d'un regard différent sur le corps, la nutrition, les pathologies les plus courantes, la santé, la sexualité, la qualité de vie, les différences culturelles, les pratiques sociales. La valorisation des actions menées a été envisagée à travers la constitution d'une banque de ressources pédagogiques. Dans les classes des enseignants volontaires,

---

<sup>3</sup> En 2006 à La Réunion, 101 enfants de moins de 14 ans ont été victimes d'accidents de la route : ils représentaient 1,4 % des tués, 6,3 % des blessés hospitalisés et 12,5 % des blessés non hospitalisés. Les enfants victimes d'accidents de la route sont dans plus de 50 % des cas des piétons.  
Source : [http://www.urml-reunion.net/prof-sante/TDB\\_SANTE\\_ENF\\_1-14ans.pdf](http://www.urml-reunion.net/prof-sante/TDB_SANTE_ENF_1-14ans.pdf).

<sup>4</sup> Les attestations de première éducation à la route (APER) et apprendre à porter secours (APS) font partie du livret scolaire de l'élève.

des pratiques pédagogiques spécifiques ont été filmées, l'objectif étant de récolter des images de séances simples, efficaces, réalisées dans des contextes différents (situation géographique, effectifs, niveaux...). La perspective était bien de constituer un vivier de ressources pédagogiques diversifiées qui permettrait de montrer que, quels que soient les lieux et les circonstances, l'éducation à la santé peut prendre des formes diverses sans pour autant perdre son intérêt ou son impact sur la santé des élèves et des familles. Il ne s'agissait pas d'homogénéiser les pratiques, mais à l'inverse de faire état des variations et des déclinaisons particulières qui peuvent se mettre en place, en tenant compte des atouts, des contraintes des différents contextes. La constitution de ces supports a aussi permis de diffuser et de valoriser les actions auprès des familles et de tous les interlocuteurs qui, d'une manière ou d'une autre, sont en mesure d'accompagner le processus enclenché par l'école.

### **3. L'expérimentation et l'analyse du processus**

Un ensemble de ressources humaines et financières<sup>5</sup> a été mis à disposition par les partenaires impliqués dans le projet<sup>6</sup>. Un comité de pilotage comprenant les représentants des institutions partenaires impliquées dans le projet a pu se réunir quatre fois en deux années (2008-2010). Parallèlement, un comité technique comprenant des représentants des professionnels impliqués dans le travail de formation des enseignants et/ou de proximité avec les élèves (inspecteur, conseillère pédagogique, médecin et infirmière de l'Education nationale, directeur d'école et enseignant, enseignant-chercheur de l'IUFM) se réunissait environ une fois par mois.

En juin 2009, l'équipe a produit une première version du livret qui a été distribuée en tant que document de travail provisoire à tous les stagiaires de l'IUFM. Au premier trimestre de l'année 2009-2010, une seconde version a été élaborée et soumise à une phase expérimentale qui s'est déroulée dans 5 écoles de l'Académie (une école dans chaque bassin de formation). Les résultats récoltés auprès de 570 élèves de cycle 3 répartis dans les 5 écoles expérimentales montrent que le livret a circulé sans problèmes majeurs entre l'école et la famille, ce qui constitue un premier résultat intéressant. 64 % des élèves ont montré le livret à leur maman, 50 % à leur papa, 25 % à leurs frères, 14 % à leurs

---

<sup>5</sup> Le passeport santé a notamment bénéficié d'un financement du Groupement Régional de Santé Publique (il n'existe plus en tant que tel depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, date de la mise en place des ARS – Agences Régionales de Santé –).

<sup>6</sup> Que soient remerciés, ici, tous les professionnels qui ont soutenu le dispositif et aidé à sa mise en œuvre.

sœurs et 8 % à d'autres personnes extérieures. Les élèves ont montré le livret en arrivant de l'école (29 %), en faisant les devoirs (29 %), le soir (37 %), le dimanche (20 %), le matin (14 %), pendant un repas (5 %). Dans la majorité des cas, ce sont les élèves eux-mêmes qui ont présenté le livret (68 %, contre 20 %). Dans la famille, le livret a été regardé pendant un long moment (45 %), quelques minutes (22 %), vite fait (18 %). Il a été regardé une fois (35 %), deux fois (29 %), trois fois (17 %), plus de trois fois (15 %). La majorité des élèves signalent que c'était un bon moment (85 %) durant lequel « *au moins, on pouvait parler de ce qu'on pense* » (Téo, CE2). Dans la plupart des cas (63 %), les élèves ont considéré que le livret était intéressant, ennuyeux (16 %), attirant (17 %), compliqué (15 %), incomplet (6 %), instructif (19 %), inutile (7 %), pratique (26 %). Les élèves préfèrent le livret aux autres documents pédagogiques mis à leur disposition (58 %, contre 7 %) et ont envie d'en savoir plus sur leur santé (56 %, contre 12 %).

Du côté des enseignants, le livret a été (très) bien accueilli dans les cinq écoles expérimentales, même si certains enseignants ont considéré que certains sujets pouvaient être encore plus développés. Dans l'ensemble, le livret est considéré comme un outil opérationnel, au service du projet d'école : c'est une aide précieuse pour faciliter les échanges autour des sujets délicats.

Les parents ont répondu en nombre au questionnaire qui leur a été adressé, ce qui rend compte de leur intérêt pour l'éducation à la santé et la santé de leur enfant. Dans la première école, le taux de retour a été de 68 %, dans la seconde 65 %, la troisième 55 %, la quatrième 66 %. Dans l'ensemble, le livret a été bien accueilli par les parents, même s'ils ont parfois eu des difficultés à le remplir. Les parents ont apprécié de voir le travail qui se fait à l'école en dehors des disciplines qu'ils connaissent mieux (lecture, mathématiques...). Ils découvrent l'intérêt de l'école pour la santé de leur enfant et apprécient la volonté de créer du lien entre l'école et la famille. Plusieurs d'entre eux voient dans le livret un moyen de renforcer leur action (sur la nourriture, le sommeil, la télévision...). Les réserves et les critiques portent sur quelques points qu'il est intéressant de questionner. Le fait que le livret soit nominatif, avec des données personnelles, ne constitue-t-il pas un « fichage » de plus ? Le coût du livret (papier glacé) n'est-il pas trop important par rapport aux priorités de l'école ? Enfin, parler de sentiment amoureux, nommer les parties intimes du corps, faire découvrir des situations ou des produits dangereux n'est-il pas trop précoce ?

Ces résultats et ces questions ont servi de base aux réflexions menées au cours de la seconde année de l'expérimentation. Ils ont été pris en compte pour appuyer le développement du dossier, mais aussi pour ajuster les contenus et les façons de présenter l'outil pédagogique. La



troisième version a été élaborée dans cette perspective, avec une prise en compte effective des résultats issus du travail de terrain. Pour autant, cette question n'a pas été simple à gérer pour deux raisons au moins. La première est que dans les deux instances (comité de pilotage et comité technique), certains acteurs avaient des difficultés à se départir de leurs points de vue, lesquels n'étaient pas nécessairement en phase avec les résultats de l'expérimentation. La seconde est que dans les critiques émises par les acteurs (enseignants, élèves, parents, partenaires...), les avis étaient souvent contradictoires, ce qui obligeait de nouveau l'équipe décisionnelle à clarifier, argumenter et justifier ses choix, en partant de l'idée que le nombre ne faisait pas nécessairement autorité. C'est ainsi que certains avis très minoritaires ont été pris en compte, tout simplement parce qu'ils soulevaient une question qui appelait à la vigilance et méritait d'être travaillée.

Le travail d'équipe en vue de l'élaboration des livrets et l'expérimentation ont ainsi mis l'accent sur un accueil très favorable du livret « passeport santé » par les enseignants, les familles et les élèves, mais ils ont aussi permis de prendre conscience des problèmes liés à l'inscription sociale et culturelle d'un support pédagogique commun. Sur les deux années de construction du processus, tous les énoncés proposés dans les livrets ont été discutés afin de questionner les différences potentielles de réception. La mise en page a été travaillée à la faveur d'une lisibilité optimale et le document initial a été découpé en deux livrets distincts afin d'assurer un meilleur maintien du livret dans le temps. Des photos ont été ajoutées et les espaces réservés à l'expression de l'enfant ont été accompagnés de consignes clarifiées. De nombreux échanges ont permis de se questionner ensemble sur la manière d'impliquer le sujet sans qu'il se sente prisonnier d'un contrôle social qui le conduirait à se taire plutôt qu'à dire. Tout ce qui aurait pu inciter l'élève à évoquer des situations très précises dans lesquelles il aurait pu être amené à faire un aveu a été progressivement éliminé du livret. En effet, face à un aveu (en l'occurrence, écrit), l'institution scolaire aurait été contrainte de considérer qu'il y avait là un signalement qu'elle devait ensuite prendre à sa charge en engageant les procédures adéquates. Les livrets « passeport santé » ne pouvaient être considérés comme des espaces pouvant offrir de telles possibilités, notamment du fait de la circulation du document entre différentes instances, mais aussi de leur inscription sur un temps long (de la maternelle au CM2).

La question du rapport à l'évaluation a fortement nourri les débats qui ont eu lieu dans les différentes instances (comité technique, comité de pilotage, conseils des maîtres, conseils d'école). L'évaluation est souvent vécue de façon problématique si bien que les équipes éducatives peuvent avoir tendance à rejeter d'emblée toute intrusion dans leur univers pédagogique, en lien avec la crainte d'un contrôle social et

d'un regard normatif porté sur les pratiques enseignantes qu'ils mettent en œuvre. Souvent à juste titre, les enseignants pointent les dangers d'évaluations individuelles des performances qui, lorsqu'elles sont répétées et systématiques, nuisent à la coopération et à la construction du travail collectif.

Au fil des trois années d'expérimentation des livrets dans les cinq écoles, les acteurs des deux instances (comité de pilotage et comité technique) ont ainsi été amenés à prendre en compte les observations émises par l'ensemble de la communauté éducative (enseignants, parents, élèves, autres acteurs). L'expérimentation a aussi et surtout permis d'anticiper sur des réceptions différenciées d'un produit dans lequel les prochains bénéficiaires n'ont pas eu l'occasion de travailler directement. Elle a permis de déconstruire l'idée selon laquelle il suffirait de mettre un support à disposition des équipes pédagogiques pour que les actions de terrain se mettent en place. La question n'est pas aussi simple et il y a lieu de mettre l'accent sur la nécessité de poursuivre les actions de formation à engager avec des acteurs qui n'auront pas réalisé un tel parcours : le support pédagogique est une aide au développement de l'action, mais il ne peut pas se suffire à lui-même.

#### **4. Conclusion**

L'expérience relatée ici montre comment le projet de conception commune des livrets « passeport santé » a conduit les acteurs du projet à se questionner ensemble et à différents niveaux sur divers éléments mis en jeu dans les pratiques pédagogiques relevant de l'éducation à la santé : les représentations des acteurs, l'hétérogénéité des pratiques, la diversité sociale et culturelle, les relations entre les pratiques sociales et les pratiques enseignantes. À l'heure actuelle, les supports pédagogiques sont prêts à être partagés à plus large échelle, mais le processus de formation à l'éducation à la santé est encore à construire avec les nouveaux acteurs qui devront à leur tour appréhender la complexité de l'objet. Quelle que soit la qualité du produit pédagogique conçu par l'équipe, la réussite du développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire reste donc fortement dépendante de la pertinence des formations qui seront dispensées pour appuyer le dispositif et des ressources (humaines, matérielles) qui seront allouées pour y parvenir. Le travail sur l'ouverture à l'autre, le respect de la diversité sociale et culturelle, l'inscription des actions sur un temps long, la prise en compte du contexte, le rapport aux normes et à l'évaluation, la volonté de construire ensemble et de maintenir les dynamiques impulsées sont autant d'atouts qui contribuent, de façon durable, à la réussite de telles entreprises. En prenant en compte l'ensemble de ces questions,

les pratiques enseignantes pourront s'articuler sur les enseignements disciplinaires tout en respectant les habitudes des uns et des autres, les réseaux sociaux en présence, les valeurs et les cultures, aussi différentes soient-elles. La construction plurielle des pratiques d'éducation à la santé pourra ainsi apporter des résultats durables, tant du côté de l'école que des familles et des partenaires qui s'investissent dans les actions menées à l'école et hors l'école. Le travail mené à l'université de La Réunion au sein des masters de l'enseignement et de la formation prépare les futurs enseignants à ces perspectives de collaboration, d'échanges et de respect des différences, mais cela ne signifie pas pour autant que tous les problèmes soient résolus. La diffusion élargie des livrets « passeport santé » est donc encore à analyser de près et à poursuivre, en étudiant plus particulièrement les conditions durables de son développement et en associant étroitement la recherche aux actions sur le terrain. L'équipe qui s'est construite autour du « passeport santé » est pleinement engagée dans cette voie : les prochains résultats seront analysés du point de vue de leur efficacité sur un temps plus long (trois années), mais aussi du point de vue de l'équité, notamment en questionnant l'inscription des pratiques pédagogiques dans les secteurs où les familles sont les plus fragilisées, en lien avec les inégalités sociales qui caractérisent l'île et sa population.

### **Bibliographie**

- Balcou-Debussche, M. (2010). « Manger et se soigner : entre manques et excès ». In E. Wolff & M. Watin (dir), *La Réunion : une société en mutation*, Univers créoles 7. Paris : Anthropos-Économica, 187-210.
- Wolff, E. & Watin, M. (2010). *La Réunion : une société en mutation*, Univers créoles 7. Paris : Anthropos-Économica.