



HAL
open science

Du partenariat à une coéducation : quels points d'appui, quelles limites ?

Jessica Caroupin

► To cite this version:

Jessica Caroupin. Du partenariat à une coéducation : quels points d'appui, quelles limites ?. Éducation, Santé, Sociétés, 2016, 3 (1). hal-01639475

HAL Id: hal-01639475

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-01639475v1>

Submitted on 20 Nov 2017

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.

Du partenariat à une coéducation : quels points d'appui, quelles limites ?

Jessica Caroupin Soupoutevin

Université-ESPé de La Réunion

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 3, No 1 | pp. xx-xx

Reçu le : 08/03/2016 | Accepté le : 12/10/2016

Résumé : En légitimant le parcours éducatif de santé pour l'ensemble des élèves scolarisés en France, les nouveaux cadrages ministériels encouragent le renforcement des partenariats entre tous les acteurs du monde éducatif avec la volonté affirmée d'y inclure les familles. L'hypothèse de rapports à l'éducation à la santé différenciés selon les positions et les rôles des acteurs permet néanmoins d'interroger les atouts et les limites des constructions collaboratives dans un contexte de légitimation institutionnelle valorisant la complémentarité des actions en éducation à la santé. La contribution prend appui sur deux corpus complémentaires composés d'entretiens semi-directifs : vingt-cinq chez les enseignants et dix chez des accompagnateurs scolaires du premier degré. L'article montre que la perspective de coéducation entre les acteurs ne va pas de soi et que des obstacles se dressent dans sa mise en œuvre. Il montre aussi les possibilités de travail visant une harmonisation des interventions en éducation à la santé. La contribution s'inscrit ainsi dans un questionnement d'actualité qui envisage les difficultés du travail partenarial, les développements à réaliser en termes de formation des acteurs, les interrogations à poursuivre sur les interventions éducatives auprès des élèves et la mise en place d'un partenariat école / famille où chacun trouverait sa place.

Mots-clés : coéducation, accompagnateurs scolaires, enseignants, éducation à la santé, partenariat.

Introduction

En France, les formes de transmission et d'appropriation des savoirs ne cessent d'être réinterprétées au sein des institutions scolaires. Dans ce cadre mouvant et dynamique, l'éducation à la santé fait l'objet d'importants développements depuis une dizaine d'années, ouvrant ainsi sur tout un ensemble de réflexions qui portent à la fois sur la place des disciplines scolaires, sur la complexité des rapports que l'élève peut avoir avec l'école, mais aussi sur les atouts et les limites des partenariats entre les acteurs. À un moment où l'actualité exige de tenir compte des nouveaux cadres institutionnels, dont la légitimation récente du « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves¹, ces analyses prennent tout leur sens puisqu'elles contribuent à nourrir la réflexion en puisant dans les ressources d'un travail scientifique qui invite à la mise à distance.

Le propos que nous développons ici vise à analyser les rapports à l'éducation à la santé d'enseignants et d'accompagnateurs scolaires qui exercent dans des établissements du premier degré à l'île de La Réunion et la relation établie ou à établir avec les familles. La contribution interroge le rapport à l'éducation à la santé en et hors temps scolaire en partant de l'idée que, selon les missions qui leur sont confiées et les cadres dans lesquels ils exercent, les acteurs ne répondent pas des mêmes cultures professionnelles et ne pensent pas l'objet « éducation à la santé » de la même façon. Par ailleurs, la contribution questionne également les liens entre ces acteurs éducatifs² et les familles en dressant un état des lieux du partenariat existant ou à construire. La recherche vise à apporter de nouveaux éléments de connaissance et de réflexion eu égard à plusieurs questions. S'agissant de l'éducation à la santé, les enseignants formés à la transmission et à l'appropriation des savoirs sont-ils « outillés » autrement que les accompagnateurs scolaires ? Les accompagnateurs scolaires en charge de l'aide aux devoirs voient-ils l'importance et les avantages qu'ils auraient à insérer des actions éducatives à la santé dans leurs séances de travail ? Ces acteurs travaillent-ils déjà ensemble ou souhaitent-ils le faire ? Comment, à partir de logiques éducatives *a priori* différentes est-il possible de penser une certaine transversalité entre les valeurs, méthodes d'apprentissage de l'école et celles de l'accompagnement scolaire ? De ces pratiques que nous supposons différentes, quelle est la place accordée aux parents ? Comment sont considérées les familles de part et d'autres ? Comment sont-elles intégrées aux actions d'éducation à la santé ?

Dans un département, La Réunion, où les problématiques de santé sont posées notamment en terme de diabète³, de surpoids voire d'obésité⁴, de grossesses précoces⁵, de

1. La circulaire relative au « Parcours éducatif de santé » a été publiée au BO n° 5 du 4 février 2016 : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990.

2. Nous limitons ici le terme « acteurs éducatifs » aux enseignants et aux accompagnateurs scolaires du premier degré.

3. En 2009, le taux standardisé de prévalence du diabète est de 8,8 % à La Réunion, soit deux fois supérieur au taux national (4,4 %). Source : http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/tb_diabete_2012.pdf.

4. Chez les enfants, 12 à 27 % des jeunes entre 5 et 15 ans sont en surpoids (obésité comprise). 26,5 % des enfants scolarisés en classe de CM2 présentaient un surpoids ou une obésité (19,6 % au niveau national). Source : http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_obesite_juin_2009.pdf.

5. À La Réunion, près de six cents enfants naissent chaque année d'une mère mineure, ce qui représente près de 5 % des naissances totales, soit une proportion bien plus importante qu'en métropole. Source : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/gross_precoc_a_la_run_n_21.pdf.

consommation de produits illicites⁶, notre propos prend appui sur l'analyse de vingt-cinq entretiens réalisés en 2012 auprès d'enseignants⁷ et de dix entretiens réalisés en 2015 auprès d'accompagnateurs scolaires⁸ du premier degré. Les actions en éducation à la santé reçoivent ici un accueil favorable. Différents dispositifs existent dans les établissements et agissent en faveur de la santé des élèves⁹. Notre propos présentera le cadre actuel dans lequel s'inscrit l'éducation à la santé dans le premier degré. Les conceptions en éducation à la santé et les représentations des enseignants et des accompagnateurs seront ensuite énoncées. La dernière partie traitera des partenariats existants ou à construire avec les familles au regard des rapports qu'ont les enseignants et les accompagnateurs scolaires avec l'éducation à la santé.

1 Des cultures professionnelles différentes

Comme l'indique la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016, la santé représente un « enjeu primordial au sein du système éducatif dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale, est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescents. Elle constitue un facteur important de leur réussite éducative. En effet, les données disponibles montrent que les inégalités de santé s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Ainsi, la promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie ». Dès lors, l'éducation à la santé n'est pas uniquement basée sur l'aspect médical, clinique ou sanitaire, mais également sur le développement de soi, l'estime de soi, la confiance en soi, la capacité d'analyse, le développement du sens critique, ce qui en fait un outil potentiel de développement personnel. Du fait de cette complexité, les pratiques enseignantes ne se font pas de façon aussi « naturelle » que lorsqu'il s'agit de suivre un programme scolaire établi (Mérini, Victor et Jourdan, 2010). Selon « l'idéologie professionnelle » des acteurs, les pratiques s'en trouvent nécessairement diversifiées (Monceau, 2006). Des tensions permanentes existent entre d'une part, une conception prescriptive et hygiéniste dans laquelle le maître enseigne et l'élève met en œuvre les enseignements reçus, et d'autre part, une conception constructiviste dans laquelle l'élève est associé à un projet, à travers une participation active et un engagement dans un processus de construction de savoirs qui passe par le développement de compétences psychosociales (Cardot, 2012). Ces tensions entre les approches soulignent une difficulté intrinsèque dans l'élaboration d'une pratique professionnelle de l'éducation à la santé, y compris parce qu'elle exige une cohérence entre les actions éducatives et les cadres institutionnels et sociaux, dont

6. L'alcool : le produit psychoactif le plus expérimenté à 17-18 ans, sans différence entre les sexes (83 %), un quart des jeunes de 17-18 ans fument quotidiennement en 2011, davantage les garçons (28 %), expérimentation du cannabis : 40 % des jeunes réunionnais de 17-18 ans en 2011. Source : http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/TB_addictions_2012.pdf.

7. Ces entretiens ont été menés en 2012 par des étudiants en master PE 2 dans le cadre de l'évaluation d'une UE.

8. Ces entretiens ont été menés en 2015 dans le cadre de l'écriture d'un mémoire en recherche en éducation portant sur les représentations et les rapports à l'éducation à la santé chez les enseignants et les accompagnateurs scolaires du premier degré.

9. Le « passeport-santé » pour le premier degré a été créé en 2008 par Maryvette Balcou-Debussche (ESPé de La Réunion) en tenant compte des critères suivants : intégration de l'éducation à la santé dans le projet d'école, participation des enseignants, des équipes de circonscription et des infirmières scolaires.

les fonctionnements des établissements. L'équipe éducative doit mettre en corrélation les pratiques scolaires et les pratiques sociales puisque la finalité n'est pas que l'élève imite l'adulte dans ses « bonnes » pratiques, mais qu'il mette en œuvre les principes étudiés en classe et qu'il puisse en voir l'utilité, afin de les inscrire dans ses pratiques quotidiennes. Sur les plans didactiques et pédagogiques, l'éducation à la santé n'entre donc pas dans un cadre univoque et clairement défini, ce qui en fait un espace qui reste largement tributaire des conceptions des maîtres. L'alternance et l'intrication des différentes perspectives se fait parfois sans réelle cohérence, ce qui, selon Roland Goigoux (2004), donne parfois le sentiment d'un véritable « bricolage » didactique et pédagogique.

Les accompagnateurs scolaires ne bénéficient pas de la même formation que les enseignants. Leurs missions empruntent à l'éducation populaire bon nombre de ses fondements : renforcer et soutenir une éducation parentale qui peut être jugée insuffisante, améliorer la santé des enfants, soutenir et accompagner selon une perspective laïque, citoyenne, équitable (Douard, 2010). Dès 1866, la Ligue de l'enseignement a été porteuse du courant qui consiste à faire émerger en France une école de la République, obligatoire, gratuite et laïque, tout en construisant et en mettant à disposition des moyens supplémentaires et nécessaires en complément de l'école, afin de parfaire et prolonger de façon permanente l'éducation de chacun¹⁰. Inscrites en complémentarité avec l'école publique, les conceptions socioéducatives et socioculturelles de l'éducation populaire marquent donc les courants de pensée à travers lesquels s'inscrit l'accompagnement scolaire. En lieu et place de l'instruction et/ou de l'enseignement, l'accompagnement et l'animation apparaissent alors comme des éléments qui structurent les pratiques des accompagnateurs scolaires. L'objectif est de permettre à chacun d'accéder à un moyen de transformation sociale en mesurant l'environnement qui l'entoure en étant outillé pour faire face au monde. La participation des enfants conduit à une prise d'autonomie contribuant à une émancipation individuelle et collective qui s'articule autour de l'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. C'est le travail d'une mutuelle confrontation, selon une éthique qui réside dans la profonde conviction que tout être humain détient les moyens de se construire une compréhension du monde à condition qu'il puisse entrer en relation avec ses semblables dans un rapport de coopération, même conflictuel. Les processus qu'elle développe et les méthodes qu'elle utilise se fondent sur une conception de l'éducation comme un échange réciproque « entre savoir et savoir-faire égaux en dignité¹¹ ». Dans ses fondements, une telle définition de l'éducation populaire fait donc écho aux principes de l'éducation à la santé (Lemonnier, Housseau et Le Grand, 2010).

Le schéma ci-après [fig. 1] présente les deux types d'organisation tels qu'ils devraient être selon que l'on soit enseignant ou accompagnateur scolaire, afin de favoriser la mise en place d'actions en éducation à la santé. Ces deux types d'acteurs, à la fois proches et différents, relèvent de mondes qui diffèrent dans leur organisation et leurs modalités de fonctionnement.

10. O. Douard (2010). Éducation populaire, éducation pour la santé : quels liens. *La Santé de l'homme*, n° 405, p. 15.

11. Charte de l'éducation populaire, CNAJEP, 15 décembre 2005.

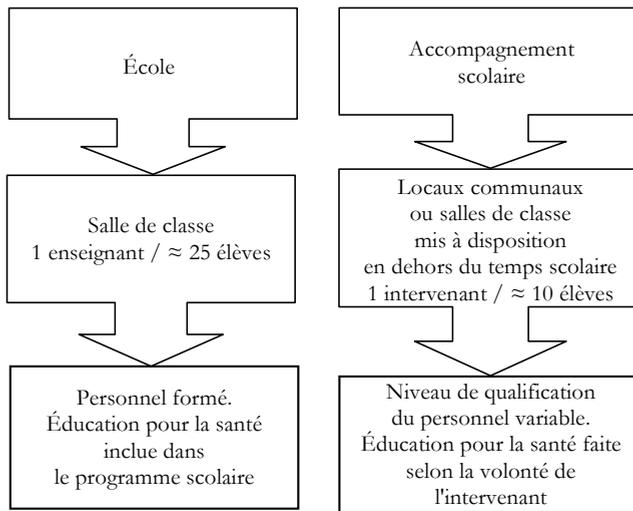


FIGURE 1 – Des cadres de fonctionnement différents pour les accompagnateurs scolaires et les enseignants

Dans cette contribution, nous partons de l'hypothèse selon laquelle les différences de rapport à l'éducation à la santé impactent la mise en place du partenariat entre acteurs éducatifs et qu'ainsi la coéducation école / famille dépend des représentations en éducation à la santé qu'ont ces acteurs. Dès lors, l'éducation à la santé peut-elle devenir un espace possible à investir en commun et à travailler en partenariat? Comment l'éducation à la santé est-elle envisagée ensemble, ou isolément? Comment est alors considérée la place des familles? Les pratiques supposées différentes en éducation à la santé de part et d'autre favorisent-elles une coéducation entre les acteurs éducatifs et les familles? En répondant à une demande croissante des parents d'élèves en difficulté ou ne bénéficiant pas de conditions optimales capables de favoriser leur réussite scolaire, les dispositifs d'accompagnement scolaire sont-ils un espace de développement possible de l'éducation à la santé?

1.1 Méthodologie

La recherche prend appui sur deux corpus complémentaires. Le corpus 1 est composé de vingt-cinq entretiens semi-directifs réalisés auprès d'enseignants de l'île de La Réunion. Le corpus 2 est constitué de dix¹² entretiens semi-directifs réalisés auprès d'accompagnateurs scolaires. Ces deux types d'acteurs interviennent auprès d'élèves du premier degré.

Le profil des personnes interviewées est le suivant :

- Les enseignants sont en grande majorité des femmes (21 F, 4H) qui ont entre trois et plus de vingt ans d'ancienneté. Neuf exercent en école maternelle, six en CP ou CE1, dix en CE2, CM1 ou CM2. Sept d'entre eux disent avoir bénéficié d'une

12. La différence en nombre d'entretiens menés auprès des accompagnateurs scolaires vient du fait de la difficulté à obtenir à la fois les autorisations d'accès aux établissements, d'une part des employeurs de ces accompagnateurs scolaires et d'autre part, des chefs d'établissements des écoles accueillant le dispositif d'accompagnement scolaire.

formation en éducation à la santé au cours de leur formation initiale. Le nombre d'élèves dans leurs classes va de vingt à vingt-neuf.

- Les accompagnateurs scolaires sont en majorité des femmes (8F, 2H) et sont âgés de 21 à 40 ans (âge moyen 23,5 ans). Ils exercent tous en REP. Leur ancienneté dans le métier va de deux mois à dix-huit ans (moyenne de 32,7 mois). Ils sont employés par une association qui dépend en partie financièrement de la municipalité et ne sont pas soumis aux directives de l'Éducation nationale. Cependant, les compétences 6 et 7 du socle commun de compétences et de connaissances¹³ sont un point d'appui essentiel dans la conduite des séances d'accompagnement scolaire. L'éducation à la santé ne fait pas partie des missions principales telle qu'elle est présentée dans les cadrages ministériels, en revanche, l'aspect « préventif » est fortement présent sous différentes formes (violences physiques ou verbales, prévention du risque suicide, des jeux dangereux, des conduites alimentaires dites à risques...). En terme de formation et selon le cahier des charges établi par la Caisse d'Allocations Familiales qui finance également en partie le dispositif d'accompagnement à la scolarité¹⁴, les accompagnateurs sont titulaires *a minima* d'un diplôme de niveau bac+2 (4 d'entre eux sont titulaires d'un bac+5), Ils interviennent soit sur des classes à plusieurs niveaux, soit sur l'ensemble des niveaux de l'école primaire (une seule intervient uniquement en CM2). Les effectifs de leurs groupes vont de dix à cinquante élèves (moyenne de vingt élèves). Sur les dix, deux d'entre eux disent avoir bénéficié d'une formation en éducation à la santé reçue en formation initiale ou en interne¹⁵.

Sur la base du volontariat et de la disponibilité des personnes interrogées, les entretiens ont été menés en face à face (un seul a été réalisé via une demande par mail, avec retour écrit par mail) dans l'enceinte de l'école ou au domicile des professionnels. Durant une trentaine de minutes, les enquêtés ont été interrogés sur leurs représentations en éducation à la santé.

S'agissant de l'analyse, elle porte sur le contenu des discours. Ainsi, nous avons privilégié la méthode d'analyse thématique. Selon le modèle énoncé par Negura (2006), l'analyse de contenu consiste à repérer des idées significatives et leur catégorisation et à « repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé¹⁶ ». Ce travail de catégorisation a été fait en trois étapes : (1) relever les termes et expressions en lien avec la mise en place d'actions en éducation à la santé ; (2) catégoriser les réponses des enquêtés selon des champs lexicaux des termes utilisés en entretien ; (3) faire correspondre entre eux des extraits d'entretiens permettant d'illustrer les différentes catégories. Cette catégorisation nous a permis de définir à travers les discours des deux terrains investigués, les représentations en éducation à la santé et les rapports entretenus avec cette discipline. La mise en relation des cultures professionnelles et des cadres de fonctionnement « dans »

13. Compétence 6 : les compétences sociales et civiques ; compétence 7 : l'autonomie et l'initiative. Source : <http://cache.media.education.gouv.fr/file/51/3/3513.pdf>.

14. Dispositif CLAS (« Contrat local d'accompagnement à la scolarité »).

15. Formations proposées au sein d'une des associations proposant le dispositif CLAS dans les écoles portant sur la prévention des addictions, les grossesses précoces, les violences intrafamiliales, les violences conjugales, la prévention du suicide, la prévention des IST, l'égalité filles / garçons...

16. Lilian Negura (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies, Théories et recherches* : <http://sociologies.revues.org/993> (consulté le 17 juillet 2016).

et « hors » l'école permet d'interroger ici les possibilités d'un travail partenarial de co-éducation entre des acteurs qui ont chacun leurs spécificités tout en prenant en compte les familles dans un contexte national qui invite désormais à travailler ensemble en faveur de la santé des élèves.

1.2 Des conceptions différentes de l'éducation à la santé

Les analyses des discours montrent que les conceptions de l'éducation à la santé des accompagnateurs scolaires relèvent véritablement d'une démarche d'émancipation de l'enfant. Ainsi, qu'il s'agisse de mener des actions de prévention en lien avec les violences, les incivilités, la protection de l'environnement ou l'hygiène alimentaire, la finalité est bien de faire prendre conscience à l'enfant des risques mais aussi des bénéfices à appliquer les conseils relatifs au sujet traité : « Je pense avant tout qu'il faut sensibiliser, dire un peu le pourquoi, amener la personne à réfléchir sur le pourquoi. » (Bruno, 43 ans, accompagnateur scolaire depuis dix-huit ans en charge de la coordination, tous niveaux.) L'accompagnement scolaire est pris comme prétexte pour diffuser des messages de prévention sur des thèmes précis que les accompagnateurs scolaires auront relevés au fil des séances d'aide aux devoirs. Suite à l'identification du problème, ils mettent en place une ou plusieurs séances, afin de sensibiliser les élèves ou de résoudre le problème qu'ils auront identifié par ailleurs : « On était obligé en même temps de faire un travail avec les enfants sur la mixité à l'école. » (David, 26 ans, accompagnateur scolaire depuis trois mois en charge de la coordination, tous niveaux.)

En matière d'éducation à la santé, les accompagnateurs scolaires souhaitent rendre les élèves autonomes et responsables de leurs choix. Ainsi, les élèves sont souvent les instigateurs des débats lancés en classe sur des préoccupations naissantes (les dangers d'internet, les comportements à risque, les addictions...), l'accompagnateur scolaire n'agissant plus que comme un « maître du temps » en distribuant la parole entre les élèves. Du fait de la spontanéité des situations, les accompagnateurs scolaires ne sont pas toujours en mesure de répondre immédiatement aux interrogations des élèves. Dans les actions préparées, les élèves sont placés au centre de l'activité, comme en témoigne Hermione (27 ans, accompagnatrice scolaire depuis dix mois, classe à plusieurs niveaux), qui a aidé les élèves à construire une charte de leurs droits et devoirs dans le but de faire adhérer le plus grand nombre aux règles de l'école. L'activité a été discutée, les propositions ont émané des élèves et la publication de la charte a été validée puis signée par les élèves et les accompagnateurs scolaires. La question de l'hygiène est également abordée, mais les accompagnateurs ne s'inscrivent pas vraiment dans une démarche de prévention : ils réagissent plutôt à ce qu'ils constatent. Sur de telles questions, l'aspect prescriptif reste dominant, la nécessité d'être propre étant la seule raison évoquée par les accompagnateurs scolaires : « On avait instauré un rituel avec l'association, et du coup, ils prenaient le goûter tous les soirs donc obligatoirement avant il fallait qu'ils aillent se laver les mains avec du savon et on contrôlait que les mains étaient bien lavées. » (Hermione, 27 ans, accompagnatrice scolaire depuis dix mois, classe à plusieurs niveaux.) Il n'y a pas, dans ce cas, d'explication supplémentaire à propos de la nécessité d'avoir une « bonne » hygiène corporelle. Ainsi, la majorité des actions développées en éducation à la santé relèvent de situations en relation directe avec des cas concrets qui viennent potentiellement perturber la scolarité de l'élève. L'éducation à la santé apparaît alors comme une réponse à des

attitudes pouvant nuire à « l'adoption de comportements favorables à la santé » comme l'indique l'OMS¹⁷ (Ottawa, 1986). La volonté de faire prendre conscience aux élèves de certains phénomènes en les rendant acteurs pour qu'ils s'approprient les informations transmises conduit alors à travailler « les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité », comme le prévoit le « Plan national d'éducation pour la santé¹⁸ » (PNEPS, 2001, p. 4)

Chez les enseignants, les rapports à l'éducation à la santé sont différents. L'éducation à la santé étant inscrite dans les recommandations du ministère et incluse dans le programme, les enseignants ont connaissance de son existence, contrairement aux accompagnateurs scolaires. Ainsi, les enseignants s'appuient essentiellement sur ce qui est prescrit dans les textes afin de s'assurer d'être en adéquation avec les objectifs et les compétences que les élèves doivent acquérir : « Mes objectifs sont ceux du BO, enfin le programme et du socle. » (Adèle, quinze ans d'ancienneté.) De ce fait, l'appui sur les textes officiels permet aux enseignants d'avoir une idée précise sur ce qui est attendu en éducation à la santé. Ils citent notamment l'éducation à la santé comme moyen de permettre aux élèves d'avoir une prise de conscience de leurs choix au quotidien et des conséquences qu'ils peuvent entraîner, ce que Jourdan et Victor nomment « la capacité de faire des choix, raisonnés et raisonnables » (Jourdan et Victor, 1998, p. 32). Les enseignants voient également en l'éducation à la santé, l'occasion de faire de la prévention, de la sensibilisation sur les risques de la vie quotidienne, sur les dangers que pourraient rencontrer le jeune enfant ou le pré-adolescent.

L'analyse des discours souligne cependant une large tendance à considérer les objectifs prioritaires de l'éducation à la santé, comme l'acquisition d'une « bonne » hygiène corporelle et alimentaire. Ainsi, dans tous les cycles de l'enseignement primaire, le lavage des mains, le brossage des dents, l'équilibre alimentaire font partie des incontournables compétences à faire acquérir : « À propos du lavage des mains par exemple, on a dans la classe un petit coin lavabo et les enfants ont du savon. » (Manon, âge non communiqué, enseignante depuis quinze ans, CE1.) « Ça va être sur des apprentissages plutôt théoriques sur les comportements à avoir et par exemple qu'il faut se brosser les dents pour préserver ses dents et avoir de bonnes dents. » (Jérôme, 28 ans, Enseignant depuis six ans, CE1.) « Alors tout commence bien sûr au niveau des sciences avec l'éducation à la santé avec l'hygiène alimentaire, l'alimentation équilibrée, les familles d'aliments. » (Nathalie, 35 ans, enseignante depuis huit ans, CM2.)

Les investigations menées dans les deux domaines professionnels de notre étude font apparaître des similitudes et des contrastes. Ainsi, dans les deux domaines observés, l'éducation à la santé est un moyen pour l'enfant de prendre conscience de ses choix et de la conséquence de ceux-ci. Les aspects d'émancipation de l'enfant dans ses décisions, l'amélioration de son bien-être et sa réussite éducative sont des objectifs reconnus et visés par tous. De façons différentes dans les pratiques, les trois axes du parcours éducatif de santé sont abordés : l'éducation, la prévention et la protection. Cependant, l'axe de la prévention est plus travaillé chez les accompagnateurs scolaires que chez les enseignants qui abordent

17. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa (1986). Promotion de la santé : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (25/02/2016).

18. Ministère délégué de la Santé (2001). L'éducation pour la santé : un enjeu pour tous : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf> (26/02/2016).

davantage l'axe d'éducation à la santé. Cependant, le développement des compétences psychosociales telles que les définit l'OMS¹⁹ apparaît être un objectif commun visé par les actions en éducation à la santé.

Le tableau [tab. 1] ci-après met en évidence le nombre de fois où les catégories identifiées dans les entretiens ont été citées par les accompagnateurs scolaires et par les enseignants :

Tableau 1 – Conceptions et définitions de l'éducation à la santé chez les accompagnateurs scolaires et les enseignants

Catégories	Accompagnateurs scolaires	Enseignants
Partenariat	8/10	8/25 (partenariat inter-équipe) 20/25 (partenaires extérieurs)
Engagement	6/10	Non renseigné
Hygiène corporelle	4/10	21/25
Respect de soi et des autres	3/10	Non renseigné
Responsabilisation / Autonomisation de l'élève dans ses actes	5/10	Non renseigné
Évocation des objectifs officiels	Non renseigné	20/25
Hygiène alimentaire	Non renseigné	25/25
Travail en transversalité	Non renseigné	14/25
Coéducation avec les parents	Non renseigné	12/25
Respect des prescriptions de l'Éducation nationale	Non renseigné	11/25

2 Un possible ou impossible partenariat ?

2.1 Des accompagnateurs scolaires engagés

Les notions de partenariat et d'engagement sont présentes dans les discours des accompagnateurs scolaires interrogés. Ces derniers évoquent diverses formes d'investissement et de partenariats à instaurer, de prises de position ou de conscience en relation avec les différentes situations rapportées. Ainsi que le soulignent Jourdan et Bourgeois-Victor (1998), le travail partenarial fait partie des trois pôles méthodologiques pour la mise en place d'actions en éducation à la santé. Il nécessite l'implication des acteurs (parents, professionnels...). Du point de vue de l'engagement, l'éducation à la santé place l'individu dans un processus de changement et de transformation (Vandoorne, 2007). Ce processus doit tenir compte du contexte culturel et social, des valeurs de l'individu. En travaillant sur plusieurs possibilités de développement et d'émancipation, les sujets peuvent mieux

19. Définition de l'OMS en 1993 : « La capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/026-competences-psycho-sociales-enfants.asp>.

comprendre leurs comportements et constater comment ces comportements influent sur leur état de santé (Berger *et al.*, 2009). Ils sont placés en situation d'autonomie face à des choix qui rendraient leur vie plus saine. Cette prise de décision doit venir d'eux-mêmes ; de cette façon, l'éducation à la santé remplit ses fonctions de participation active et de choix raisonné. Partant de ce constat, l'engagement constitue une preuve de responsabilisation et d'autonomisation de l'élève en le rendant acteur de ses choix²⁰. Les entretiens menés avec les accompagnateurs scolaires montrent que pour eux, cette notion est incontournable car elle est exprimée dans la volonté de mener à bien le travail en éducation à la santé.

Pour autant, le partenariat ne va pas de soi. Les conditions de son instauration, la volonté de chaque acteur à collaborer, la confrontation de deux terrains différents, sous-entendant des pratiques et des approches différentes ne sont pas des facteurs facilitateurs de la mise en place d'un travail partenarial : « C'est établi depuis longtemps qu'il y a de l'accompagnement dans l'école et ils (les enseignants) ne sont pas au courant qu'on est là du coup c'est un peu difficile de discuter [...]. Enfin moi j'aurais plus vu ça comme un prolongement plutôt qu'un handicap mais bon peut être pour eux c'est ça. » (Gwen, 31 ans, accompagnatrice scolaire depuis deux ans et demi, classe à plusieurs niveaux.) « Avec les enseignants oui, il [le partenariat] est très difficile à instaurer parce qu'il dépend vraiment de la volonté de chaque enseignant à mettre du temps supplémentaire au service d'un projet. » (Hermione, 27 ans, accompagnatrice scolaire depuis dix mois, classe à plusieurs niveaux.) Alors que le dispositif CLAS est considéré comme le dispositif français de soutien à la parentalité qui se rapproche le plus de l'école, il lui est également reconnu sa non articulation avec les mesures prises par l'Éducation nationale (Feyfant, 2006). Ainsi, ce sont différentes acceptions du partenariat qui se retrouvent en jeu. Kellerhals et Montandon (1991) considèrent la coopération dès lors qu'il y a un accord entre deux acteurs et que ces derniers se coordonnent afin de faire aboutir une mission. La délégation permet la cession d'un « secteur d'influence bien délimité à un autre agent sans se mêler de ce que fait ce dernier ». Enfin, l'opposition « ne reconnaît aux influences extérieures qu'une vocation très étroite et que l'on ne cherche guère à les relayer » (Kellerhals et Montandon, 1991, p. 317).

2.2 Des enseignants relativement isolés

Chez les enseignants, le partenariat est présenté autrement.

Au sein de l'équipe enseignante, la tendance serait davantage au travail individuel. Les concertations sont rares et les projets menés en commun sont inexistantes dans les entretiens réalisés. Les enseignants évoquent la difficulté de s'harmoniser avec leurs collègues au niveau de la méthodologie ou des pratiques, et justifient cela par la volonté de ne pas imposer une façon de faire à l'autre. « Le travail qu'on fait reste toujours sur un niveau parallèle, mais l'étaler sur un cycle on ne peut pas le dire, on n'arrive pas et il est difficile d'assurer la continuité puisqu'on respecte quand même les choix pédagogiques des collègues, on ne peut pas obliger au collègue de faire ce que nous on a commencé [...] le travail en équipe est très difficile car chacun conçoit sa pédagogie et sa façon de voir les choses. » (Blandine, quatorze ans d'ancienneté.) Lorsqu'il y a collaboration, elle

20. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, BO n° 17 du 23 avril 2015 : http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html&cid_bo=87834 (25/02/2016).

prend plutôt la forme d'échanges de documents ou d'exemples de pratiques : mise à disposition d'affiches, de classeurs, de fiches pédagogiques, d'outils divers... Les enseignants énoncent parfois un climat « propice » au partenariat entre collègues lorsqu'il existe des dynamiques de travail similaires autour d'un projet : « On partage quand même beaucoup ce qu'on fait. On a un classeur dans l'école spécial "éducation à la santé et à la sécurité", on articule nos activités. » (Carole, trente-six ans d'ancienneté.) De même, lorsque la direction de l'école est impliquée et est partie prenante de la mise en place d'actions en éducation à la santé, le travail à engager dans le domaine est alors facilité, notamment lorsque les actions en éducation à la santé sont inscrites dans le projet d'école : « Je sais par exemple que l'alimentation est un des axes développés dans le projet d'école. [...] C'est dans le projet d'école et on doit respecter ça. Chacun va travailler cet axe à sa manière mais tout le monde le fera. » (Marina, trois ans d'ancienneté.)

2.3 Entre les deux, les parents ?

En nous appuyant sur les travaux de Kellerhals et Montandon (1991) qui énoncent les trois types de partenariats que sont la coopération, la délégation et l'opposition, nous pouvons considérer que de part et d'autre des acteurs rencontrés, le partenariat avec les parents est différencié. Alors que les accompagnateurs scolaires considèrent être en coopération avec les parents : « Il y a un café-parents qui a été organisé afin qu'ils (les parents) soient plus impliqués dans la scolarité, et l'association organise parfois des vacances parents / élèves... Plus particulièrement les élèves en difficultés, un moyen pour eux de se rapprocher pendant les vacances. » (Irène, 26 ans, accompagnatrice scolaire depuis deux ans, classe à plusieurs niveaux.) Les enseignants le considèrent davantage sous la forme d'une délégation : « Les parents sont au courant, ils sont d'accord, ils jouent bien le jeu d'ailleurs. » (Isabelle, âge non communiqué, enseignante depuis seize ans, CE1.) Les accompagnateurs scolaires intègrent les parents dans leurs actions dès qu'ils en ont l'occasion et souvent de façon informelle : « Les parents viennent chercher l'enfant, on peut discuter dans la cour, les parents appellent parce qu'on fait des sorties culturelles, là on voit des parents qui viennent accompagner [...], là j'ai pu voir des parents, échanger avec des parents [...] l'aide aux devoirs c'est une excuse, c'est une amorce on va dire plutôt, on parle des devoirs et ensuite on va parler de tout ce qui dit prévention, le comportement de l'enfant, ce qui se passe vraiment, on essaie de voir le contexte familial, la famille tout ça, donc oui cette année les parents sont impliqués, pas tous, mais une grande majorité. » (Candide, 27 ans, accompagnatrice scolaire, depuis deux ans, classe à plusieurs niveaux.) Les enseignants déclarent vouloir intégrer les parents dans leurs actions en éducation à la santé mais le partenariat voulu serait compromis par le fait de la non-continuité des actions démarrées en classe : « Mais après à la maison on ne pourra pas agir [...] il peut y avoir une méconnaissance de la part des parents. » (Jérôme, 28 ans, enseignant depuis six ans, CE1). Alors que la coéducation engagerait une relation permanente de type interactif où la modification des acteurs serait à considérer et à accepter (Sellenet, 2008). De la même façon, Feyfant et Rey (2006) nous indiquent que « l'équipe éducative a un rôle moteur dans tout processus coopératif avec les parents ».

Les enseignants considèrent parfois que l'école n'a pas à s'immiscer sur des sujets liés à l'hygiène et à la sécurité et qu'elle devrait intervenir davantage en complément de l'éducation parentale : « Après, j'estime que beaucoup de choses doivent être vues à

la maison c'est avant tout aux parents de transmettre les bases de l'hygiène et de la sécurité, cela fait partie de l'éducation parentale. [...] À l'école j'essaie de compléter et apprendre aux enfants de nouvelles choses. » (Odile, âge non communiqué, enseignante depuis quinze ans, grande section.) Les parents sont sollicités par les enseignants dans des actions précises et souvent en lien avec l'hygiène alimentaire (respecter le fait de donner un goûter équilibré plutôt que des chips ou une boisson gazeuse par exemple). Une enseignante a évoqué le fait de faire intervenir un parent infirmier dans sa classe, afin qu'il parle des risques liés à l'obésité et au diabète. Les enseignants indiquent souvent que la santé est un sujet qui relèverait davantage de la sphère privée et qu'il est parfois difficile pour eux d'intervenir (Balcou-Debussche, 2015) : « Certains parents nous disaient que leurs enfants mangeaient très bien et qu'il n'était pas question que l'école intervienne dans l'alimentation de leurs enfants. » (Karine, âge non communiqué, enseignante depuis vingt-cinq ans, moyenne section.) Ils ne s'attarderaient alors, que sur des aspects biologiques et prescriptifs, des recommandations, des conseils pour un bien-être général de l'enfant.

Bien que différents partenaires aient été cités dans les entretiens des accompagnateurs scolaires et des enseignants, le partenariat institué avec les parents est celui qui est le plus cité par les deux acteurs. D'un côté comme de l'autre, il reste sujet à discussions. Comme l'indique Jourdan *et al.* (2002), « le développement du partenariat avec les familles représente un enjeu important dans l'évolution du métier d'enseignant ». Ainsi, la coéducation dans le champ scolaire intègre les enfants / élèves, les enseignants et autres personnels et les parents (Mackiewicz, 2010). La relation entre les professionnels et les parents se voudrait coopérative, mais comme le souligne Schmidt (1994), cela demande des efforts : « Le terme de coopération aux situations professionnelles pour lesquelles les acteurs sont mutuellement dépendants dans leur travail et pour qui il est nécessaire d'agir ensemble, autrement dit de partager leur espace de travail. » (Schmit, 1994, p. 346.) Les parents sont invités à participer aux projets de l'école (considérant dans et hors temps scolaire), mais, leur degré d'implication varie selon que l'on se place dans le temps scolaire ou hors du temps scolaire. En effet, il existe au sein de la coéducation, trois axes de mobilisation : l'axe d'implication, de remédiation et l'objectif de l'ouverture (Mackiewicz, 2010). Si ces trois degrés de mobilisation se retrouvent dans les discours des accompagnateurs scolaires et des enseignants, la relation de coéducation se situe du côté de l'axe de l'implication chez les enseignants, plaçant le parent en position auxiliaire : « Avec les parents [...], on les a invités lors de la journée préparation du petit-déjeuner équilibré pour qu'ils puissent par la suite le reproduire chez eux. » (Laurence, 26 ans, enseignante depuis trois ans, CP.) Cet axe expose parfois la difficulté du parent à prendre en charge un groupe d'enfants ou de mener une activité de type pédagogique par peur de ne pas savoir ou de mal faire. Ainsi, tel qu'indiqué par Le Pape (2010), « plusieurs circulaires insistent sur l'importance d'associer davantage les familles aux actions de prévention menées à l'école. Les modalités de cette collaboration restent cependant imprécises et dépendent de l'appréciation de chaque chef d'établissement ». De même, la loi d'orientation de 1989 considère les parents comme des membres de la communauté éducative et leur participation à la vie scolaire et le dialogue avec les enseignants et les autres personnels sont assurés dans chaque école et dans chaque établissement²¹. Comme il a été déclaré durant les entretiens avec les

21. Loi d'orientation, juillet 1989. Source : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000509314&pageCourante=08861.

enseignants et les accompagnateurs scolaires, les parents auraient toute leur place au sein des actions en éducation à la santé. Pour autant, lorsque l'on parle du rôle que pourrait tenir les parents, les propos se limitent à décrire le parent « usager » plutôt qu'un parent partenaire de l'école²² (Feyfant et Rey, 2006).

Ainsi, le partenariat école / famille n'est pas un questionnement nouveau. Pour autant, à l'heure de la mise en œuvre du parcours éducatif de santé pour tous les élèves, le contexte institutionnel se veut favoriser le travail partenarial en coéducation à différentes échelles, en considérant le cadre inter-degré (école-collège).

Conclusion

Les analyses présentées ici soulignent qu'il n'existe pas de partenariat officiellement instauré entre les accompagnateurs scolaires et les enseignants, où chacun trouverait sa place et serait dans une situation de coéducation en planifiant des moments co-construits. En effet, les actions menées en éducation à la santé sont conduites parallèlement en et hors temps scolaire, avec parfois un effet redondant auprès des élèves et non de continuité comme une coéducation pourrait le permettre. Des traces de partenariat subsistent et s'intègrent dans une démarche de délégation à l'accompagnateur scolaire. Dans cette situation, la demande émane de l'enseignant et l'accompagnateur scolaire intervient le plus souvent selon ses recommandations sans avoir la possibilité ou la légitimité d'y participer à part entière.

Les « idéologies professionnelles » propres à chaque espace ne pourraient-elles pas entrer en convergence dans le but d'un mieux-faire pédagogique ? La libération de la parole, la volonté de laisser interagir les élèves entre eux à l'oral, les situations permettant l'écoute de ce que l'autre a à dire sont autant de formes de pratiques mises en place par les accompagnateurs scolaires, qui restent souvent le fruit d'improvisations face à l'urgence d'une problématique à traiter. En éducation à la santé, les enseignants développent un travail de transversalité entre les disciplines, incluant les savoirs et les compétences psychosociales par touches, dans les différents enseignements. Ce travail est facilité par la connaissance des directives nationales et par la formation antérieure qui leur a été dispensée. La formation reste donc un trait de différenciation entre les acteurs interrogés. Les profils des accompagnateurs scolaires sont variés et il s'agit pour la plupart d'entre eux d'une première expérience professionnelle. Leur confrontation avec le terrain leur permet de voir que les missions d'accompagnement scolaire ne sont finalement qu'un prétexte afin de connaître l'enfant et le considérer dans sa globalité, ce qui invite à prendre en compte sa famille et son environnement comme l'envisage le dispositif CLAS. En ce sens, ils réservent un accueil favorable aux actions en éducation à la santé.

Les parents apparaissent comme le chaînon manquant à la création de liens entre accompagnateurs scolaires et enseignants. En effet, sollicités de part et d'autre, les parents pourraient permettre que les acteurs se rencontrent. Une coéducation intégrant les parents, l'enseignant et l'accompagnateur scolaire dans une perspective d'éduquer ensemble permettrait d'œuvrer au bénéfice de l'élève. Les résultats présentés ici ouvrent ainsi sur la perspective d'un partenariat construit où chacun trouverait sa place dans le but de

22. La lettre d'information de la VST, n° 22, novembre 2006 : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA-Veille/22-novembre-2006.pdf>.

favoriser les apprentissages de l'élève et de participer au développement des compétences psychosociales comme le prévoit les objectifs visés par l'éducation à la santé, en instaurant un climat propice à l'acquisition ou au renforcement de ces compétences.

Références bibliographiques

- Balcou-Debussche, M. et Rogers, C. (2015). Promoting health and education in a context of strong social and cultural heterogeneity : the case of Reunion Island. In V. Simovska et P. Mannix McNamara (éds.), *School for Health and Sustainability* (pp. 291-312). Netherlands : Springer.
- Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L. et Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires. . . Représentations et pratiques enseignantes, *Didaskalia*, 34, 35-66.
- Cardot, J.-P. et Berger, D. (2012). L'éducation à la santé à travers le discours des formateurs d'enseignants, De leurs conceptions à leur identité professionnelle. In D. Berger, D. Loizon, M. Balcou-Debussche, Y. Léal, G. Sidéris et M.-P. Mackiewicz (éds.), *Éducation à la santé et complexité : recherches, formations, pratiques* (pp. 181-192). Paris : MGEN.
- Douard, O. (2010). Éducation populaire, éducation pour la santé : quels liens ? *La Santé de l'homme*, 405, 15-19.
- Dupont, N. (2010). Les partenariats écoles / institutions culturelles : des passages entre cultures juvéniles, cultures artistiques et cultures scolaires ? *Les Sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle* 2010/4, vol. 43, 95-121.
- Goigoux, R. (2004). L'étude du travail de l'enseignant en didactique du français : le cas du maître de lecture. In A. Mercier (éd.), *Balises pour la didactique des mathématiques* (pp. 17-39). Grenoble : La Pensée sauvage.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : INPES.
- Jourdan, D. et Bourgeois-Victor, P. (1998). La formation des enseignants du primaire en éducation à la santé dans les IUFM. *Recherche et formation*, 28, 29-46.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M. L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. et Glanddier, P. Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 4/2002, vol. 14, 403-423.
- Kellerhals, J., Montandon, C., Ritschard, G. et Sardi, M. (1992). Le style éducatif des parents et l'estime de soi des adolescents. *Revue française de sociologie*, 33-3, 313-333.
- Lemonnier, F., Housseau, B. et Le Grand, É. (2010). Éducation populaire et éducation pour la santé. *La Santé de l'homme*, 405, 13-14.
- Le Pape, M.-C. (2010). Familles et école : un partenariat éducatif ? La prévention des conduites à risque juvéniles en milieu scolaire vue par les familles. *Agora débats / jeunesse*, 2010/1, 54, 47-59.
- Mackiewicz, M.-P. (2010). Coéducation à l'école maternelle et engagement parental en Réseau d'éducation prioritaire. *La Revue internationale de l'éducation familiale*, 2010/2, 28, 73-91.
- Marcel, J. F., Dupriez, V., Périsset Bagnoud, D. et Tardif, M. (dir.) (2007). *Coordonner, collaborer, coopérer, de nouvelles pratiques enseignantes*. Bruxelles : De Boeck.
- Mérini, C., Victor, P. et Jourdan, D. (2012). L'éducation à la santé à l'école : regards sur les pratiques enseignantes. In D. Berger, D. Loizon, M. Balcou-Debussche, Y. Léal, G. Sidéris et M.-P. Mackiewicz (éds.), *Éducation à la santé et complexité : recherches, formations, pratiques* (pp. 193-208). Paris : MGEN.
- Monceau, G. (2006). Éthique et idéologie professionnelle. *Recherche et formation*, 52, 55-70.
- Sellenet, C. (2006). Parents-professionnels : une co-éducation en tension. In C. Deana et G. Greiner, *Parents-professionnels à l'épreuve de la rencontre* (pp. 29-48). ERES (« Petite enfance et parentalité »).
- Schmit, K. (1994). Cooperative work and its articulation. *Le Travail humain*, vol.57, 4, 345-366.
- Vandoorne, C. (2007). Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ? *La Santé de l'homme*, 390, 17-21.

Références sur le Web

Cardot, J.-P. (2011). *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : analyse des représentations et identité professionnelle*. Thèse de doctorat. Université Blaise-Pascal – Clermont-Ferrand II : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00751865/document> (27/02/2016).

Feyfant, A. (2015). *Coéducation : quelle place pour les parents ?* Dossier de veille de l'IFÉ, n° 98, janvier. Lyon : ENS de Lyon : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=98&lang=fr> (16/07/2016).

Feyfant, A. et Rey, O. (2006). *Les parents et l'école*. Lettre d'information de la Veille scientifique et technologique n° 22 : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA-Veille/22-novembre-2006.pdf> (18/07/2016).

Mérini, C., Victor, P., Jourdan, D. (2010). Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif. *Travail et formation en éducation*, 6 : <http://tfe.revues.org/13344> (27/02/2016).

Negura, L. (2006). *L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales* : <http://sociologies.revues.org/993> (17/07/2016).