

ÉDUCATION À LA SANTÉ ET DISCIPLINES SCOLAIRES RÉFLEXIONS SUR LES EXPÉRIENCES ANGLO-SAXONNES

DANIEL MOTTA*

Résumé

La politique du ministère français de l'Éducation nationale pour la santé scolaire prévoit une contribution des disciplines scolaires à l'éducation à la santé. L'article vise à signaler l'importance des travaux disponibles sur l'expérience des États-Unis et du Royaume-Uni dans ce domaine, et à en dégager les principaux thèmes. L'intégration de l'éducation à la santé aux disciplines scolaires est examinée sous différents angles : les enjeux, les dispositifs, les acteurs et les contenus. Un consensus semble acquis pour la référence à une acception élargie de la santé (aux dimensions psychologique et sociale). Par contre, la variété des intervenants et de leurs formations est très grande, ainsi que celle des champs et disciplines d'enseignement impliqués et de leurs modalités d'implication. L'indétermination qui en résulte nuit aux mises en œuvre. Il est souhaité que des recherches en didactiques accompagnent les nouveaux enseignements et les formations.

79

Abstract

The policy of the French Ministry of Education as regards school health, includes a contribution of school subjects to health education. This paper aims at emphasizing the importance of the existing research on the American and British experience in this field and at drawing their main points. The integration of health education into school subjects has been examined from different viewpoints: stakes, settings, actors and contents. Everyone seems to agree on the reference to a wider acceptation of health that comprehends the psychological and social dimensions. On the other hand, there is a great

* - Daniel Motta, INRP (Didactiques des disciplines).

variety of contributors who have very different backgrounds; it is also the case of the implied fields and subjects and their modes of implementation. The vagueness which results from this variety, makes the implementations difficult. It is recommended that research in didactics accompany this new teaching and training.

En France, l'éducation pour la santé, malgré sa désignation officielle comme thème transversal (MEN, 1985), peine à prendre place dans les enseignements disciplinaires. La relance récente de la demande institutionnelle (MENRT, 1998), qui fait écho à la mise en garde du Haut Comité de la Santé publique (1997) à propos de l'état de santé des jeunes français, s'accompagne d'une incitation au développement de formations d'enseignants. Des formations initiales se mettent en place dans certains IUFM (1) et l'Inspection générale organise des stages nationaux de formation de formateurs. Ces initiatives peuvent tirer parti des travaux et réflexions sur les approches de l'éducation pour la santé dans son ensemble (par exemple, Manderscheid, 1994), mais ceux-ci sont principalement inspirés par des actions et des modèles développés en dehors des institutions scolaires et le plus souvent en dehors des disciplines scolaires, alors que la contribution des enseignements scolaires à l'éducation pour la santé est de plus en plus sollicitée.

Il nous a donc semblé utile d'amorcer une réflexion spécifique sur la relation que l'éducation pour la santé (ES) entretient avec les disciplines scolaires et sur celle vers laquelle elle pourrait tendre, passant peut-être ainsi de la « finalité d'objectif » (formulée par l'institution) à la « finalité réelle » (inscrite dans les enseignements et les apprentissages), selon les expressions de Chervel (1988, p. 77).

80

Le recul temporel étant insuffisant, nous ne bénéficions pas pour engager cette réflexion de travaux d'histoire des disciplines susceptibles de nous aider à comprendre leur « efficacité réelle et concrète » (Chervel, *op. cit.*, p. 70) en matière d'éducation pour la santé en France. La rupture est de toute façon récente et brutale, au moins en apparence, avec les pédagogies hygiénistes du XIX^e siècle, « faisant de l'éducation pour la santé un objet totalement nouveau » (Vigarello, 1997, p. 74). Nous nous tournerons par contre vers des systèmes éducatifs de pays industrialisés principalement les États-Unis d'Amérique et, dans une moindre mesure, le Royaume-Uni, dont la tradition d'éducation pour la santé est ancienne et documentée, et qui proposent différents modes d'ancrage, disciplinaire ou non, de l'éducation à la santé, et connaissent des évolutions significatives.

1 - Cf. l'article de Didier Jourdan et Patricia Bourgeois-Victor dans ce numéro.

Nous nous intéresserons principalement aux questions stratégiques qui semblent déterminantes pour l'intégration des contenus d'enseignement de l'éducation à la santé dans des disciplines et pour les formations d'enseignants, soit successivement : les enjeux psychosociaux, voire politiques des enseignements, les dispositifs institutionnels et les acteurs qui les prennent en charge, enfin et surtout l'organisation et la ventilation des contenus. Notre approche sera plus didactique que sociologique et nous nous interrogerons en particulier sur les références des enseignements, sur la sélection et l'organisation des savoirs, sur leur transposition, sur leur place hors ou dans les disciplines et sur les compétences visées. Dans l'espace dont nous disposons, nous nous contenterons de signaler les grandes questions et quelques réponses apportées par les systèmes américain et britannique, telles qu'elles apparaissent dans quelques textes extraits d'une littérature considérable.

LES ENJEUX DE L'INTÉGRATION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ AUX DISCIPLINES SCOLAIRES

Le degré de réalisation de cette intégration semble fonction du jeu entre besoin social de santé d'une part et besoin de légitimation sociale des disciplines d'autre part. Les besoins de santé des populations, et en particulier de la jeunesse, sont l'objet d'une surveillance épidémiologique de plus en plus serrée par des organismes officiels et, surtout, engendrent une sollicitation croissante des systèmes éducatifs ; l'obligation scolaire et la prolongation de la scolarité désignent l'école comme le seul lieu où une éducation pour la santé peut s'exercer sur de longues périodes auprès de la totalité d'une classe d'âge (US Department of Health and Human Services, 1996 ; Department of Health, 1993 ; Haut Comité de Santé publique, 1997). Ainsi Girard (1998) (2) appelle de ses vœux « une culture de la santé » qui s'appuierait sur « une culture de la prévention » pour laquelle l'Éducation nationale serait « un espace privilégié ». Il considère qu'actuellement « la contribution [des enseignants] à l'éducation pour la santé est très déficiente – à la mesure de l'indigence des programmes scolaires, qui rejettent de manière choquante la santé du champ de la connaissance transmise aux jeunes. » Il souhaite qu'un « socle de savoir commun » permette « une prise de pouvoir des citoyens-usagers comme véritables acteurs dans la relation de santé » et élève « la qualité du débat public sur ces enjeux majeurs » (p. 238). Pourtant, l'initiative politique en la matière ne semble pas partir de cette préoccupation. Selon Ziglio (1997), en Europe, dans le secteur de la santé comme dans celui de l'éducation, « le débat est d'abord centré sur la dépense publique », sur les moyens, alors qu'il devrait porter en priorité sur les finalités. L'enjeu est vaste car l'éducation « non seulement peut, mais doit permettre aux gens d'acquérir la capacité de résoudre les problèmes personnels, sociaux et environnementaux. En outre, c'est un vecteur essentiel de diffusion des valeurs par le moyen du curriculum officiel et du

2 - J.-F. Girard a été Directeur général de la santé en France de 1986 à 1997.

curriculum caché ». Elle doit donc au moins être considérée comme un investissement pour un « développement durable » et non comme une dépense (p. 18). Mais même en se plaçant de ce point de vue, la vivacité de l'injonction économique risque d'autant plus d'entacher de suspicion les appels à une éducation scolaire pour la santé aux yeux des acteurs du système éducatif que les dépenses de prévention (en France) tournent autour de 2,5 % de la dépense de santé totale (Vatimbella, 1993 ; Bouchet, Caprioli, 1996, p. XII). Les enseignants peuvent en effet percevoir les exhortations officielles au développement d'une éducation pour la santé dans les enseignements comme un palliatif à un engagement insuffisant de la société et comme une surcharge à bon compte des missions de l'école.

Avec la crise internationale, la pression sur les systèmes éducatifs se fait d'autant plus forte que le développement de la précarité a des répercussions négatives sur la santé des élèves. En outre, les effets de cette précarité sur la santé de milliers d'enfants, dans la mesure où ils compromettent leurs apprentissages et aggravent les inégalités sociales devant la scolarité (Langouët, 1997 ; World Health Organisation, 1996), engendrent un besoin d'ES à l'intérieur même du système éducatif.

Par ailleurs, les disciplines scolaires entretiennent avec les finalités du système éducatif des rapports ambigus ; la finalisation de contenus d'enseignement par l'utilité sociale ou par le développement personnel des élèves est souvent tenue pour incompatible avec la poursuite d'objectifs disciplinaires. L'éducation pour la santé semble entravée par cette difficulté déjà présente dans des disciplines ou des domaines au statut instable, telles l'éducation civique, l'éducation physique et plus récemment l'éducation à l'environnement (Colomb, 1996).

82

Enfin, l'ES touchant souvent à l'intime et à des tabous (la mort, la sexualité...) pose en termes spécifiques la question des valeurs et des limites entre l'intervention de l'école et celle de la « société civile », en particulier de la famille. Les combats qui se mènent aux États-Unis autour de l'éducation à la sexualité en témoignent (Emihovich, Herrington, 1997).

LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS ET LES ACTEURS

Il semble que les actions d'ES soient longtemps restées très dépendantes de l'existence dans l'école de dispositifs de surveillance et de soin. Ceci tient peut-être à la prévalence d'une vision « médicalisée » de l'intervention en santé chez les décideurs, ce que pourrait confirmer la relance officielle en France de l'ES consécutivement au rapatriement dans l'Éducation nationale et à la réorganisation de la santé scolaire (Indjéagopian, Vigarello, 1996). À cet égard, le succès aux États-Unis de l'expérience des centres de santé implantés dans des établissements scolaires depuis vingt ans mériterait d'être prise en compte dans les réflexions en cours sur la vie lycéenne (Thévenard, 1997, pp. 61-63).

L'identification des personnes, des groupes et des professions vecteurs de l'ES en milieu scolaire est un élément d'appréciation important de son rapport aux disciplines scolaires. La diversité des intervenants en ES en milieu scolaire semble être une caractéristique commune aux pays où elle existe; la réalité en est difficile à saisir avec précision, faute de données disponibles (et l'écart peut être vertigineux entre les intentions des textes officiels et les moyens humains et matériels effectifs).

Aux États-Unis, il est cependant possible de repérer une structuration du champ professionnel selon des masses critiques, ainsi que des éléments d'explicitation de leur positionnement. L'approche « promotion de la santé » permet de loger sous une appellation unique une variété de fonctions (enquêtes, dépistage, soins, sensibilisation, éducation...), une variété de secteurs et d'institutions (secteur santé, entreprises, communautés et habitats, médias, formation, système scolaire...) et d'y mettre en œuvre une stratégie politique dont le pilotage est le plus souvent assuré par le monde médical. Dans cette stratégie, les enseignants ont rarement l'initiative et les enseignements sont la cible d'incitations financières publiques (aux États-Unis, elles sont relayées par les parents dans les conseils d'écoles) ou administratives (comme celle, en France, du Conseil national des programmes).

La situation actuelle aux États-Unis semble résulter d'une pénétration progressive du secteur de la santé dans l'école jusqu'à une phase plus récente de scolarisation. Cette évolution a été principalement portée par les milieux progressistes et par trois professions : les infirmières, les enseignants d'éducation physique et les éducateurs de santé. Les premières se sont imposées depuis la fin du XIX^e siècle, après chaque vague d'immigration et chaque conflit mondial, dans la lutte contre la malnutrition, les maladies infectieuses, l'alcoolisme, pour l'hygiène dentaire... (Bremner, 1971). La puissante association des médecins américains commence par les appuyer, avant de s'opposer, entre les deux guerres, au développement des soins médicaux dans l'école (afin de préserver les intérêts des médecins libéraux). À partir des années 30, seules la prévention et l'information peuvent être menées dans l'école auprès des élèves et des personnels (Thévenard, *op. cit.*, pp. 55-56). Les infirmières scolaires (qui ne relèvent pas forcément de la santé scolaire) sont aujourd'hui environ 30 000 ; comme tous les intervenants sur les questions de santé à l'école, elles entreprennent de redéfinir leur rôle, dans le sens, en particulier, d'une responsabilité accrue en matière d'ES (Bradley, 1997).

Selon une enquête réalisée au Texas, les deux-tiers des intervenants en ES ont une formation combinée en éducation physique et en ES ; 10 % n'ont aucune formation en ES, la moitié a reçu une certification de l'État, 10 % ont une maîtrise, un seul (sur 205 questionnaires exploités) est accrédité CHES (voir ci-après).

Plus de la moitié exerce en outre des fonctions d'entraîneur sportif (*coach*). Les intervenants sont pour moitié à plein temps, la moitié à temps partiel étant la moins qualifiée (Jacobs, Wylie, 1995).

La dénomination « éducation à la santé » recouvre donc aux États-Unis une grande diversité d'interventions, d'intervenants, de secteurs d'intervention et de formations. Au début des années 90, environ trois cents établissements d'enseignement supérieur offraient des formations d'éducateur de santé, en plus de celles offertes dans les départements de santé publique (Drolet, 1994, p. 803). Ces formations sont souvent dépréciées et souffrent d'un défaut d'identité (*ibid.*, p. 805). Une association, la SOPHE (*Society of Public Health Education*), tente de fédérer les intervenants en ES et d'obtenir leur reconnaissance comme profession appuyée sur une discipline universitaire « éducation à la santé » (Livingood, 1996). Celle-ci serait « une science appliquée interdisciplinaire » (*ibid.*, p. 426) échappant à l'emprise de la santé publique et « reliée, entre autres, aux sciences du comportement, de la santé et de la communication » (*ibid.*, p. 427). La profession aurait en fait vocation, non seulement à l'éducation pour la santé, mais à l'organisation de la promotion de la santé au niveau communautaire. La SOPHE a adopté un code d'éthique et, depuis 1988, délivre une accréditation de *Certified Health Education Specialist* (CHES), acquise au terme d'une formation universitaire d'environ un semestre à temps plein, réservée aux titulaires d'un *bachelor's degree* et exclusive d'une formation d'infirmière, de travailleur social ou d'éducateur physique (Taub, 1994). Pour Varnes (1994, p. 777), des titulaires d'une maîtrise et accrédités CHES pourraient également participer à la formation d'enseignants.

Malgré ces efforts, il semble que l'unification et la reconnaissance d'une profession, si elle aboutit jamais, demanderont encore de nombreuses années (Cissell, 1992). La prolifération et la disparité des statuts dominant et, sur le terrain, l'accréditation d'un intervenant en milieu scolaire peut aller de l'aptitude établie sur simple entretien avec un membre du conseil d'école jusqu'à l'exigence du CHES délivré par la commission nationale, en passant par l'inscription sur une liste d'aptitude locale ou de l'état concerné, sur dossier.

84

Enfin, nous verrons que l'ES est de plus en plus souvent prise en compte dans les programmes d'enseignement de thèmes interdisciplinaires, ce qui a pour effet d'augmenter le nombre d'enseignants impliqués dans l'ES, qui n'est pas chiffré. De plus, le développement en milieu scolaire de programmes d'éducation à la santé par les pairs et de médiation, surtout dans les actions de prévention du sida et de résolution de conflits (Powell et *al.*, 1995) génère une catégorie d'élèves dont le statut hiérarchique acquis et le poids dans la vie scolaire mériteraient d'être précisés.

LES CONTENUS DE L'ÉDUCATION SCOLAIRE POUR LA SANTÉ

Le découpage des programmes et la ventilation des thèmes et objets d'enseignement de l'ES en milieu scolaire dépendent évidemment des acceptions de la santé en vigueur dans un pays ou une communauté donnée, mais aussi de positionnements propres au système scolaire et aux disciplines et qui nous intéressent ici. Aussi

important que soit le besoin d'ES, il n'est qu'un des nombreux aspects de l'éducation que le système éducatif a en charge, et les difficultés de son intégration aux enseignements ne peuvent être attribuées à la seule subjectivité des enseignants. Nous examinerons donc prioritairement les débats et les évolutions des disciplines qui, aux États-Unis et au Royaume-Uni, ouvrent des perspectives de scolarisation d'une ES répondant aux acceptions les plus récentes.

Une reconsidération de la relation des enseignements aux « problèmes de société »

Les attentes sociales d'une contribution accrue de l'école à la résolution des grands problèmes de société marquent la réflexion internationale sur les programmes scolaires. Celle-ci s'est intensifiée depuis une vingtaine d'années « dans le contexte d'une crise de la société (...) qui ne concerne pas simplement l'école, mais toute la trame de nos sociétés (...). Alors que nos exigences et nos situations étaient autrefois définies dans un cadre de vie plus réduit et plus intime, elles sont de plus en plus façonnées par l'environnement plus largement conçu qu'elles contribuent à leur tour à façonner » (Hughes, 1994, pp. 256-257). De nombreux rapports officiels américains exigent le renforcement de l'enseignement des sciences (*science education*) mais recommandent qu'il « s'harmonise avec la vie telle qu'on la vit dans le monde réel », qu'il « rende la science plus productive dans la vie des élèves », et qu'il s'ouvre à l'exploration sociale (*social inquiry*), « une démarche pour utiliser les concepts scientifiques dans les activités personnelles, sociales et économiques » (Hurd, 1997, pp. 14-20) et qui « cherche des moyens pour combler le fossé entre le laboratoire et le monde dans lequel vivent les étudiants » (p. 83).

En France, si les administrations peuvent rapidement produire des textes sur de nouveaux sujets, le cas de l'environnement (Bourgeois-Victor, Lang, 1998; Giolitto, Clary, 1994) et, *a contrario*, celui des incivilités suggèrent que le temps de réponse des enseignements (enseignants, inspections, concepteurs de programmes et de manuels...) est d'autant plus court que les enjeux sont perçus comme moins privés, et que sont visibles des solutions matérielles et des points d'insertion du thème considéré dans les disciplines et les programmes existants. S'agissant de la santé comme finalité des enseignements de SVT et d'EPS, on pourrait montrer que depuis une quinzaine d'années elle connaît dans les programmes des bonnes fortunes et des éclipses. Alors que les recherches en santé publique mettent l'accent sur la responsabilité humaine dans la résurgence de pathologies connues et l'émergence de nouvelles pathologies (Gautier, 1998), c'est principalement dans les programmes de biologie que la santé est évoquée, malgré son identification comme thème transversal (3) au collège depuis 1985. Au niveau européen, la finalisation de

3 - Une circulaire en préparation devrait mettre largement à contribution l'EPS et l'éducation civique.

l'enseignement de la biologie (notamment) par l'éducation à la santé, à la responsabilité parentale, à l'environnement et à la responsabilité (bioéthique) fait l'objet d'un consensus entre les associations de spécialistes (4) (ECBA, 1994/1997).

La situation est différente aux États-Unis, où pourtant, des enquêtes convergentes constatent pour la première fois la dégradation de la santé des jeunes par rapport aux générations précédentes, et où certains considèrent (Hurd, pp. 65-74) que les enseignements scientifiques devraient notamment « répondre aux besoins du développement des adolescents » en visant l'acquisition de « compétences de vie » (*life skills*). Bien que la question soit posée depuis le milieu du XIX^e siècle (*ibid.*, p. 72), cette préoccupation semble peu prise en compte dans les projets de réforme des sociétés scientifiques et associations professionnelles dominantes (par exemple, on trouve une seule référence relative à la santé – une présentation physiologique du sida – parmi les nombreuses publications de l'association américaine des enseignants de sciences) (5). Sans doute cette indifférence est-elle encouragée par le développement de la filière autonome des interventions en éducation pour la santé, mais on est en droit de s'interroger sur les raisons de la perpétuation de cette situation (Hurd l'attribue au fait que « les adolescents et les scientifiques vivent dans des mondes différents et perçoivent les problèmes de la vie dans des contextes différents »). Une de ces raisons peut être la stratégie de défense des biologistes américains, qui déplorent le statut secondaire de l'enseignement de la biologie dans l'entité « enseignement scientifique » (dont le statut et les horaires sont eux-mêmes considérés comme insuffisants par les scientifiques et les enseignants) : dans le cadre d'un horaire étriqué, privilégier la diffusion des connaissances fondamentales présentée comme cruciale pour le développement économique (au détriment des finalités sociales). Au contraire, le programme innovant (mais toujours très minoritaire) « *Insights in Biology* » veut faire « d'une robuste base de connaissances en biologie une contribution critique à la santé et au bien-être de l'individu et de la société » (6).

L'éducation physique américaine est dans une position inverse de celle de la biologie : son association d'enseignants a conclu depuis 1974 une « alliance » avec des intervenants en éducation pour la santé. Surtout, elle revendique une place de premier ordre dans l'ES. Elle est reconnue comme une des huit composantes des programmes « globaux » (*comprehensive*) ou « intégrés » de santé scolaire, avec les services de santé scolaire (7), les services de restauration, les services sociaux et psychologiques,

4 - Cf. la plate-forme commune publiée dans *Biologie Géologie* (APBG), n° 3, 1997, p. 420.

5 - <http://www.nsta.org>

6 - *Insights in Biology* (<http://www.edc.org/CSE/IIB>). « *Insights* » est le programme dont s'inspire en France « La Main à la Pâte ».

7 - L'appellation « Programme *intégré* de santé scolaire » est maintenant préférée à l'ancienne « Programme global de santé scolaire » pour éviter les confusions avec les « Programmes globaux *d'éducation* pour la santé » n'en sont qu'une composante.

la qualité sanitaire des locaux et de l'environnement scolaires, la promotion de la santé des personnels, la participation des familles et de la communauté et l'éducation globale pour la santé (Allensworth, Kolbe, 1987; McKenzie, Richmond, 1998). De plus, l'état fédéral formule à son égard des attentes de plus en plus importantes et précises en matière d'éducation pour la santé, pendant le temps scolaire et « pour toute la vie » (*Healthy People 2000*, 1991, pp. 307-308). Pour les enseignants d'éducation physique américains, la question ne se pose plus de savoir s'ils doivent ou non finaliser leur enseignement par l'ES. Leurs débats portent sur la place à lui accorder (Pancrazi, Corbin, 1993; Corbin, Pancrazi, 1996), sur les modèles auxquels se référer (Kimiechik, Lawson, 1996) et sur les contenus à mettre en œuvre.

Une reconsidération de la relation des contenus disciplinaires aux thèmes transversaux

Aucun document ne permet, à notre connaissance, de se faire une idée d'ensemble de la réalité de l'ES aux États-Unis et des contenus effectivement enseignés tant elle est diversifiée, voire anarchique, dans un système scolaire lui-même éclaté. Il nous semble pourtant possible de relever quelques problèmes et évolutions qui semblent travailler les contenus de l'ES et peuvent éclairer les réflexions françaises en cours. Le cas du Royaume-Uni, après le passage (officiel) au *National curriculum*, offre des observations complémentaires utiles dans un contexte culturel et institutionnel plus proche du nôtre.

L'éducation scolaire pour la santé s'est diversifiée, depuis les premières campagnes hygiénistes du XIX^e siècle, autour de fonctions (nutrition, hygiène dentaire, exercice, sommeil...), de maladies ou de consommations (maladies infectieuses, cancers, tabac, alcool...) abordés au moyen d'informations physiologiques et de préceptes moraux. Aux États-Unis, les pratiques d'enseignement et de formation semblent encore marquées par cette tradition et ses découpages. Si la « coordination » entre les composantes des programmes de santé scolaire est recherchée, elle n'est pas encore prioritaire pour les contenus de l'ES. Elle est cependant en perspective, au moins dans les textes, et en voie de réalisation par accumulation ou recombinaison, en intégrant une conception élargie de la santé, une collaboration croissante entre disciplines scolaires et des méthodes plus actives d'enseignement.

Une conception élargie de la santé

La définition de l'OMS élargie au psychologique et au social, voire au spirituel, a déjà un demi-siècle, mais sa prise en compte dans les programmes scolaires et son opérationnalisation sont plus récentes. Pour Greenberg (1985), l'acception holiste réunit sous le terme « santé » cinq santé différentes : physique, mentale, sociale (relationnelle), émotionnelle (contrôle et expression appropriés des émotions) et spirituelle (liée à la croyance en une force unificatrice, comme Dieu, la nature ou la

science). Il définit le bien-être comme l'intégration de ces cinq composantes à son meilleur niveau d'ensemble possible, un bien-être satisfaisant pouvant être atteint malgré un handicap physique ou mental. Répondant aux objections selon lesquelles cette acception risque de se limiter à une quête béate et d'entraîner l'ignorance de pathologies organiques réelles ou potentielles, Greenberg précise que cette intégration doit être significative pour la personne et équilibrée : elle doit rechercher l'amélioration dans les cinq dimensions et pouvoir décider consciemment et librement du prix qu'elle consent à payer pour chacune d'elles. À l'inverse des pratiques prescriptives dominantes, l'ES doit ainsi permettre à cette personne de se comporter en harmonie avec ses propres valeurs tant qu'elle ne nuit pas à autrui (*ibid.*, p. 405). Les notions de stress et d'estime de soi permettent de décliner le bien-être au niveau personnel. D'abord popularisées dans l'analyse des situations de travail puis de chômage, elles sont de plus en plus étudiées dans les situations scolaires, en liaison notamment avec la compétition scolaire et universitaire (Berger, 1994; Fox, 1988; Hayes, Fors, 1990; Johansson, 1991). Lawson (1992) poursuit l'élargissement de l'acception de la santé et en propose une conception « socioécologique » qui la ferait passer d'un niveau subordonné aux autres finalités sociales et économiques à un niveau supérieur à ces finalités : il inclut ainsi dans l'ES, outre la réflexion et l'action sur l'environnement, l'intervention sur les institutions qui président à sa gestion et la participation politique (p. 110).

La prise en compte de ces conceptions élargies de la santé dans l'ES scolaire a au moins deux conséquences : la première est d'inscrire l'ES dans le débat renouvelé sur le rôle des enseignements scolaires dans l'éducation à la responsabilité sociale et aux valeurs, qui est généralement rabattue sur l'instruction civique (*civics*) et autres sciences sociales (*social studies*). La seconde est de solliciter les disciplines « classiques » pour qu'elles intègrent les savoirs récents issus de la psychologie qui ouvrent à une connaissance objective du subjectif, à sa mise à distance et à sa malléabilité. La réponse formelle dominante, déjà signalée, est de renvoyer l'ensemble à deux entités d'enseignements : l'éducation physique et l'éducation globale pour la santé.

L'éducation physique est une discipline scolaire bien circonscrite qui s'est longtemps identifiée à l'entretien de la santé, définie par la condition physique (*fitness*), au moyen de l'activité physique et/ou sportive. Or cette capacité est fortement contestée (aux États-Unis et au Royaume-Uni) par ceux qui dénoncent la nocivité organique et psychique d'enseignements calqués sur les pratiques sociales compétitives et lui demandent de reconsidérer ses contenus en conséquence (Waddington et al., 1997). Par contre, elle bénéficie des résultats des recherches qui permettent d'explicitier les bénéfices qui résultent de l'activité physique pour la gestion du stress et la prévention de la dépression et de certains cancers, ainsi que de celles qui permettent de déterminer les conditions dans lesquelles elle contribue à prévenir l'obésité et les maladies cardio-vasculaires (8).

8 - Cf. le compte rendu de la conférence internationale de consensus sur « Activité physique, santé et bien-être » in *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66, 4, 1995 ainsi que

Quant à l'éducation globale pour la santé, au statut disciplinaire mal défini, elle a été redéfinie aux États-Unis en une dizaine de domaines de contenus (*content areas*) : la santé personnelle, la santé familiale, la santé communautaire, la santé et l'environnement, la croissance et la sexualité, la santé mentale et émotionnelle, la prévention des accidents, la nutrition, la prévention et le contrôle des maladies, et la prévention des consommations de produits toxiques (*National Professional School Health Education Organizations*, 1984).

Depuis peu, aux États-Unis, différentes commissions ont produit pour l'éducation physique et l'éducation globale pour la santé des batteries de niveaux et de compétences, dans le cadre d'un effort national pour suggérer (le pouvoir de décision reste toujours local) ce que les élèves américains devraient acquérir dans tous les domaines et toutes les disciplines, tout au long de la scolarité obligatoire. Outre les connaissances biologiques, ces textes consacrent les connaissances et les compétences psychosociales ainsi que de nombreux savoir-faire (*health skills*) censés témoigner de la capacité de l'élève à diriger au mieux (et durablement) sa santé (Haber, Blaber, 1995, p. 104; *Joint Committee on National Health Education Standards*, 1995; Kendall, Marzano, 1996).

Au Royaume-Uni où s'imposent officiellement depuis 1988 des programmes scolaires nationaux (*national curriculum*) pendant la scolarité obligatoire, l'ES ne figure pas comme discipline scolaire mais comme thème transversal (avec la citoyenneté, l'environnement, l'orientation professionnelle et la compréhension économique et industrielle). Cependant, la santé est explicitement mentionnée et déclinée, à chacun des quatre niveaux de la scolarité, en éducation physique et en sciences, dans une acception restreinte. En éducation physique, les sujets évoqués correspondent essentiellement à la condition physique et à l'adoption d'un style de vie physiquement actif (Harris, 1997); en sciences, les sujets correspondent à l'étude des grandes fonctions physiologiques, avec cependant une visée pragmatique repérable à des insertions dans les rubriques « La science dans la vie de tous les jours », « Santé et sécurité » et « L'application de la science » (<http://www.dfec.gov.uk/nc/>). La référence principale de ce programme vertical reste, en sciences, l'étude des pathologies et non, comme le souhaite Tones (1993), l'étiologie des comportements à l'origine des pathologies, qui ne peut être abordée que transversalement.

Une collaboration croissante entre disciplines scolaires

Selon Siskin, Little (1995), la recherche américaine a récemment découvert l'importance de l'organisation de l'école secondaire en disciplines qui constituent la principale référence identitaire, épistémologique et fonctionnelle des enseignants

Physical activity and cardiovascular health, Draft of the National Institute of Health (NIH) consensus statement, december 1995. <http://text.nlm.nih.gov/tempfiles/is>.

(pp. 5-9). Pour Talbert (1995), le rôle des disciplines aurait été jusque-là occulté par la tradition de recherche privilégiant « l'effet-école » et en raison des effectifs statistiques trop petits constituant les équipes disciplinaires (p. 70). Elle énonce trois facteurs lourds de remise en question de l'organisation en disciplines : la multiplicité des buts éducatifs assignés à l'école américaine, les différences de spécialisation entre enseignants d'une même discipline et les réformes des programmes. Ces trois facteurs concernent l'ES et en font une source de perturbation du fonctionnement disciplinaire. D'abord, sa composante biologique renvoie à l'objectif prestigieux d'excellence scolaire alors que sa composante sociale renvoie aux objectifs moins valorisés (compétences relationnelles, citoyenneté, valeurs), la composante psychologique dépendant de l'objectif de développement personnel dont le statut est intermédiaire dans l'échelle des objectifs (pp. 77-78) ; encore cette hiérarchie des objectifs varie-t-elle beaucoup de l'enseignement général à l'enseignement professionnel et des établissements élitistes aux établissements dits alternatifs. Ensuite, et comme nous l'avons vu, les enseignants et intervenants chargés partiellement ou totalement de l'ES ont des formations et des statuts très inégaux.

Enfin, les contenus de l'ES sont en mutation rapide, au moins dans les textes administratifs et professionnels. Elle est également de plus en plus incluse dans des « curriculum intégrés », cursus d'enseignements centrés sur des thèmes fédérateurs ou mobilisateurs « qui ne rentrent pas gentiment dans une seule discipline » (Brandt, 1991). Selon leurs promoteurs, ils ne tendent pas à faire disparaître les disciplines mais visent à réaliser une véritable interdisciplinarité qui aide les élèves à conférer un sens à leurs apprentissages (Beane, 1991 ; Jacobs, 1991 et 1997). D'après Sadowski (1995), les études comparant (autant qu'il est possible de le faire) les effets des curriculum non-intégrés et intégrés sur l'apprentissage donnent globalement l'avantage aux seconds. Mais leurs avantages les plus visibles sont un attachement plus grand des élèves de milieux défavorisés à l'école et à leurs enseignants et, pour les enseignants, une atténuation de leur stress et un sentiment accru de professionnalisme grâce au travail en équipe rendu nécessaire par la transversalité (pp. 2-3). Haber, Blaber (1995) rapportent que cinquante heures d'enseignement au moins sont nécessaires pour produire des changements d'attitudes chez les élèves sur un risque donné ; considérant qu'il est rare que les écoles atteignent cet horaire, elles voient dans l'intégration de l'ES dans l'ensemble des disciplines une nécessité pour qu'un volume total suffisant soit atteint, à condition toutefois qu'un spécialiste de l'ES se charge de la coordination entre les disciplines (elles ne précisent pas si c'est un enseignant). Les études sur l'intégration sont nombreuses et le plus souvent favorables, mais elles restent à un niveau de généralité qui ne permet pas d'appréhender avec la précision et la théorisation nécessaires les questions relatives au découpage, à la ventilation et à la séquentialisation des objets à enseigner et à intégrer, comme si ces questions ne se posaient pas ou relevaient de la présentation directe des innovations.

Beane (1995) construit avec les élèves les thèmes à étudier en partant des questions qu'ils se posent « sur eux-mêmes » et « sur le monde » ; il regroupe par exemple les questions telles que « serai-je en bonne santé plus tard ? » et « est-ce qu'on trouvera un traitement contre les cancers et le sida ? » pour bâtir un module sur la santé. Cependant, des tenants du curriculum intégré en pointent les dangers tels le risque de confusion entre les thèmes importants et d'autres plus triviaux. Sadowski préconise la structuration des unités thématiques autour de « puissants concepts organisateurs » issus des disciplines qu'il ne nomme cependant pas (*ibid.*, p. 4). Jacobs (1997) propose de mettre en cartes les curriculum existants, d'une école ou d'un district, en identifiant les « questions essentielles » (par exemple « le changement », « la multiplication », « le sida... ») qu'elle oppose aux objectifs « militaristes et directifs » des programmes fourre-tout (pp. 26-33). Sa définition de ce qui est essentiel est pragmatique : c'est ce que chaque enseignant juge essentiel dans son enseignement et qui est progressivement synthétisé, harmonisé, au niveau de l'établissement puis du district, dans des cartes curriculaires. Celles-ci permettent de communiquer plus facilement sur les contenus (*ibid.*, p. 61) en présentant sur une page, selon les besoins, l'ensemble des sujets à traiter dans une année scolaire, discipline par discipline et mois par mois ; ou l'ensemble des questions à aborder chaque trimestre dans le cadre de thèmes larges tels la santé ou la condition physique ; ou l'ensemble des questions à aborder pour l'ensemble des niveaux et pour toute l'année, etc. Si cette démarche a le mérite de partir de la pratique de chaque enseignant et de la représentation qu'il en a (et non de la vision de la hiérarchie du district), elle n'implique toujours pas l'analyse épistémologique des contenus ni le contrôle de leurs mises en œuvre. Les termes de « thème » et « objet » sont d'ailleurs à sens et à géométrie variables d'une carte à l'autre, d'une discipline à l'autre et plus généralement d'un article à l'autre.

À propos de la prévention du sida, Kirby et al. (1994) analysent vingt-trois études ayant porté sur trente-deux programmes implantés dans des établissements scolaires et tentent de caractériser les programmes efficaces (qui permettent d'infléchir les attitudes et les comportements des élèves et pas seulement leur niveau d'information). Au terme de cette méta-analyse, ils insistent notamment sur la nécessité de mener de front le travail sur, d'une part, les enjeux éthiques, les normes et le sens des prises de risque et sur, d'autre part, les connaissances biologiques précises (particulièrement celles qui ont une portée pratique pour l'élève). Si on étend ce raisonnement à l'ensemble des huit à dix rubriques classiques de l'ES (nutrition, sexualité, activité physique, tabac...), leur intégration dans le curriculum se joue en de multiples sites disciplinaires et à de nombreux niveaux. La situation se complique si, comme le suggère Fetro (1992), on prend prioritairement en considération la dizaine de domaines de compétences psychosociales jugées nécessaires pour qu'un élève puisse mettre en œuvre des comportements salubres (évaluation des risques, résistance à la pression des pairs, etc.) ; Fetro propose d'ailleurs de s'en tenir à quatre dont la portée dépasse d'ailleurs les seules questions de santé : la prise de décision, la communication, la gestion du stress et l'élaboration des buts. Cette question du

global et du spécifique, ou du « macro » et du « micro », et de leur optimisation dans l'économie des contenus se pose pour l'ES comme pour les autres domaines et disciplines et il semble que les chercheurs et les décideurs se désintéressent de la façon dont les praticiens s'accommodent de cette complexité dans les interventions et les enseignements, ou la considèrent comme allant de soi. Certains tentent tout de même de faire des propositions de contenus en confrontant les directives et les résultats des recherches.

Au Royaume-Uni, Harrison, Edwards (1994) constatent que « Les publications traitant de l'intégration et de la cohérence d'ensemble du curriculum sont rares » et réunissent un ensemble de propositions en un livre qui « vise à faciliter la compréhension de l'éducation à la santé et de sa relation aux autres composantes du curriculum » (pp. 2-3). Elles notent au passage que les premiers allègements du curriculum suggérés par les administrations après quelques années de mise en œuvre visent notamment l'ES, et que de toute façon beaucoup d'enseignants qui ne se sentent pas compétents dans ce qu'ils pensent être des « matières médicales » s'y soustraient d'eux-mêmes. Toutes les autres composantes du curriculum, dont les douze disciplines de la première version du *National Curriculum*, sont ensuite abordées succinctement par différents auteurs qui s'efforcent de préciser leurs contributions potentielles à l'ES. L'originalité de l'entreprise tient en particulier aux propositions en mathématiques (traitement de données), en anglais (normes et textes de la publicité alimentaire ; le corps, les relations, les maladies, etc., dans les textes littéraires), en histoire (histoire des relations entre la maladie et la société ; histoire des rôles sociaux respectifs des hommes et des femmes), dans les autres sciences sociales (géographie, sociologie) et les disciplines littéraires (langues vivantes) et artistiques (arts plastiques, musique). Si les propositions restent relativement générales, leur mérite est d'ouvrir des pistes sans toutefois qu'aucune vision ou stratégie curriculaire d'ensemble soit jamais esquissée, malgré les constats d'incohérence à l'origine de l'ouvrage. Mais elles laissent un fort sentiment d'accumulation et de juxtaposition et on est tenté d'en conclure que, pour les auteurs, la cohérence initialement souhaitée ne tiendra pas tant dans les savoirs eux-mêmes mais qu'elle résultera plutôt soit d'une sorte de capacité immanente des disciplines à réaliser spontanément cette cohérence à partir des incursions thématiques multiples, soit, comme nous allons le voir, dans l'implication personnelle des élèves.

L'aspiration à des méthodes plus actives d'enseignement

Dans le même ouvrage, Kitson (1994) rappelle en effet les « stratégies d'apprentissage actif » préconisées dans le *National Curriculum* pour l'ES. Certaines sont classiques : les discussions, les exercices basés sur la résolution de problèmes, l'étude de cas, le projet personnel. D'autres sont moins courantes : les jeux, les simulations et, surtout, les jeux de rôles et le jeu dramatique (p. 49). Ces propositions doivent probablement un peu à la pénétration des options constructivistes dans la littérature

(sinon dans les pratiques) sur l'enseignement scientifique (Sandoval, 1995) et dans les programmes d'innovation : par exemple, le programme *Insights In Biology*, déjà cité, préconise de « développer la pensée critique et les compétences de résolution de problèmes par l'expérience directe en laboratoire, par des activités de recherche et d'enquête, par le jeu de rôles et les études de cas ». Mais elles ont sans doute leur principale origine dans les techniques de prévention mises au point pour des actions de santé publique sur des thèmes spécifiques, hors de l'école, et fondées sur diverses théories du changement social ou personnel qui tendent à responsabiliser le sujet (Wallerstein, Sanchez-Merki, 1994 ; Labonte, Robertson, 1996). Aux États-Unis, certains comme Greenberg (1985) n'hésitent pas à dénoncer des démarches d'ES « iatrogènes » fondées sur la pression morale et normative (p. 405). L'enseignement dominant de l'éducation physique se voit également reprocher ses méthodes prescriptives, voire infantilisantes et doloristes (issues de la préparation militaire et du football américain). Il est sommé d'en changer pour des approches plus propices à l'intégration par l'élève d'attitudes et de compétences propices à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif (Kimiecik, Lawson, 1993). Au Canada, Anderson, Weber (1997) proposent une approche « vie saine et active » pour l'enseignement secondaire incluant « jeux de rôle, théâtre, photographie, danse, poésie, nouvelles, musique et dispositifs artistiques [qui] sont des moyens puissants pour produire le changement » (p. 58). Cette évolution répond notamment à la recherche d'une efficacité fondée plus sur l'adoption d'attitudes salubres et de compétences que sur l'élévation du niveau des connaissances. Les techniques de mise en activité ont connu un développement accéléré pour les actions de prévention du sida, y compris en milieu scolaire (Hillman et al., 1991 ; Boudin, 1993 ; Motta, 1992). Le jeu dramatique et le jeu de rôles ont effectué une percée et sont mis en œuvre pour traiter d'autres problèmes de société tels le racisme (McGregor, 1993) ou pour faciliter des apprentissages disciplinaires plus communs. Ainsi Duveen, Salomon (1994) recourent au jeu de rôles en cours d'histoire pour susciter chez les élèves l'éprouvé d'une « empathie historique » et faciliter la compréhension du rôle de la théorie darwinienne de l'évolution : ils les mettent pour cela en situation d'incarner les différents points de vue qui se sont affrontés à l'époque en valorisant les éléments du contexte intellectuel et historique.

ÉLÉMENTS DE DISCUSSION ET DE CONCLUSION

Les questions d'ES telles qu'elles se présentent à l'étranger ont parfois une allure exotique. Ainsi, de la mesure américaine de 1996 due à l'administration démocrate (et à la pression républicaine) qui réserve les financements fédéraux aux actions de prévention du sida en milieu scolaire exclusivement vouées à l'abstinence de rapports sexuels avant le mariage. On aurait tort d'en tirer des conclusions trop rapides : d'autres financements publics sont passibles, des ripostes se sont organisées (Collins, 1997) et les établissements scolaires mènent des actions de prévention dans une proportion qui, si elle est difficile à préciser, laisse sur place ce qui se fait en France. Le

cas de l'éducation à la santé illustre bien « l'instabilité » à laquelle, selon Martinand (1992), sont soumises certaines disciplines, du fait notamment de « la pression externe à la rénovation, qui résulte des évolutions sociales, techniques, culturelles » (p. 26). À ceci près, dans le cas de l'ES, qu'elle se présente tantôt comme une discipline, tantôt comme un domaine d'interventions, tantôt comme un thème transversal, tantôt comme des « infusions » dans d'autres disciplines; que les évolutions culturelles qu'elle traduit ne sont ni linéaires, ni univoques; que les acceptions sous-jacentes de la santé sont diverses, etc. Malgré cela, l'expression « éducation à la santé » a un pouvoir d'évocation de prime abord assez clair et compact : on sait à peu près où on veut en venir, les décideurs décident de plus en plus qu'il faut y venir et on veut bien y aller, pour peu qu'on sache comment. Ce que Martinand ajoute pour l'ensemble physique-chimie-technologie vaut *a fortiori* pour l'ES : « Mieux penser cette variabilité des disciplines est une ambition fondamentale, mais trop négligée de la recherche didactique aujourd'hui; cette négligence affaiblit par ailleurs la formation des maîtres (...) il y a besoin de recherches (...) sur les programmes, les méthodes, les moyens, les démarches, en un mot, les curriculum ». On note, à cet égard, l'intérêt que présente, en France, la possibilité d'accompagner – voire de précéder, dans certains cas (Mérand, Dhellemmes, 1988; Motta, 1998) – la mise en place de l'ES en milieu scolaire d'une recherche sur les curriculum, comme c'est déjà le cas pour les actions et projets (Leselbaum, 1992; de Peretti et al., 1993) (9). Les travaux anglophones sur les programmes sont marqués par l'approche positiviste des apprentissages scolaires et des comportements qui tend à ignorer la singularité et la vivacité des savoirs en jeu. Malgré l'abondance des études et recherches, des incises fréquentes (et quelques enquêtes) font régulièrement état de la vulnérabilité des mises en œuvre, aux États-Unis comme au Royaume-Uni, liée à la faiblesse du statut de l'ES, au déficit de formation des intervenants et, sans doute plus fondamentalement, au flou épistémologique qui caractérise son insertion dans les enseignements. On peut légitimement considérer qu'il y a urgence à prévenir cette situation en France et que des recherches en didactiques peuvent y contribuer. L'application à l'ES de la notion de matrice curriculaire qui fixe « l'ensemble des éléments constitutifs d'une discipline scolaire qui font l'objet de macrodécisions pour leur définition ou de microdécisions pour leur mise en œuvre » (Lebeaume, 1998) semble à cet égard ouvrir une perspective intéressante à condition de lui donner une dimension transversale (inter- sinon a-disciplinaire).

Un intérêt de l'ES pour les réflexions actuelles sur les programmes réside notamment dans le fait qu'en raison de sa visée d'efficacité et des références dont elle est nourrie, elle porte d'emblée la question du sens des apprentissages pour le sujet et pour la communauté (Lebrun, Gaudreau, 1993), question qui est depuis quelques années au cœur de ces réflexions (Rochex, 1995; Develay, 1996; Ferry, 1997). En outre, l'ampleur du champ couvert par l'ES et sa capacité à drainer ou à se joindre à

9 - Encore ces travaux ne sont-ils rendus possibles que par le soutien du secteur de la Santé.

d'autres problèmes de société (comme l'environnement, la violence et la précarité) autorise à prévoir une forte tension à son entrée dans les pratiques des enseignants. Par contre, on peut espérer un retour salutaire des démarches participatives de l'ES sur les disciplines à condition que les investissements nécessaires soient faits dans les formations.

Si nous avons privilégié l'examen des publications scientifiques, nous n'ignorons pas pour autant l'abondante production de ressources professionnelles anglophones destinées à soutenir les interventions des praticiens. Mais nous avons signalé que les premières semblent ignorer les secondes comme objet d'étude, ainsi que les contenus réels des mises en œuvre sur le terrain. Ce hiatus constitue un vaste espace de recherches pour les didactiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLENSWORTH D., KOLBE L. (1987). – « The comprehensive school health program : exploring an expanded concept », *Journal of School Health*, 57, 10, pp. 409-412.
- ANDERSON A., WEBER E. (1997). – « A multiple intelligence approach to healthy active living in highschool », *Journal of Physical Education Recreation and Dance*, 68, p. 4.
- BEANE J. (1991). – « The middle school : the natural home of school curriculum », *Educational Leadership*, 49, 2, pp. 9-13.
- BEANE J. (1995) [entretien avec]. – « Knowing no boundaries : a conversation with James Beane », *The Harvard Education Letter*, XI, 5, pp. 5-7.
- BERGER B.C. (1994). – « Coping with stress : the effectiveness of exercise and other techniques », *Quest*, 46, pp. 100-119.
- BOUCHARD A.-M., IAHNS N. (1996). – « Une politique et des instruments pour l'éducation pour la santé », *Actualité et Dossier en Santé publique*, 16, pp. XVI-XXI.
- BOUCHET C., CAPRIOLI A. (1996). – « État des lieux », dossier « L'éducation pour la santé », *Actualité et Dossier en Santé publique*, n° 16, pp. VII-XV.
- BOUDIN K. (1993). – « Participatory literacy education behind bars : AIDS opens the door », *Harvard Educational Review*, 63,2, pp. 207-232.
- BOURGEOIS-VICTOR P., LANG J.-M. (1998). – *Comment peut-on lier l'éducation relative à la santé et l'éducation relative à l'environnement dans la formation des enseignants ?* Journées Internationales de l'Enseignement scientifique, Chamonix.
- BOYER E.-L. (1998). – Préface à Marx et al.
- BRADLEY B. J. (1997). – « The school nurse as health educator », *Journal of School Health*, vol. 67, n° 1, pp. 3-8.
- BRANDT R. (1991). – « On interdisciplinary curriculum : a conversation with Heidi Hayes Jacobs », *Educational Leadership*, 49, 2, pp. 24-26.
- BREMNER R.,H. (ed.) (1971). – *Children and Youth in America : a Documentary History*, Cambridge, MA, Harvard University Press, vol. 2.

- CHERVEL A. (1988). – « L'histoire des disciplines scolaires-Réflexions sur un domaine de recherche », *Histoire de l'Éducation*, n° 38, pp. 59-119.
- CISSELL W.B. (1992). – « Health educators as professionals in the year 2000 – a prediction », *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, may-june, pp. 27-28.
- COLLINS C. (1997). – *Do as I say... Should we teach only abstinence in sex education?* San Francisco, The Center for AIDS Prevention Studies, University of California.
- COLOMB J. (1996). – Conclusions des Journées d'étude « Éducation pour la Santé : Recherches et Innovation », Paris, INRP, non publié.
- CORBIN C., PANCRAZI R.P. (1996). – « How much physical activity is enough? » *Journal of Physical Education Recreation and Dance*, 67, 4, pp. 33-37.
- CORTESE P., MIDDLETON K. (eds.) (1994). – *The Comprehensive School Health Challenge*, Santa Cruz, ETR (Education, Training and Research) Associates.
- DENSCOMBE M. (1993). – « Personal health and the social psychology of risk taking », *Health Education Research*, 8, 4, pp. 505-517.
- Department of Health (1993). – *The Health of the Nation : a Strategy for Health in England*, Londres, HMSO.
- DEVELAY M. (1996). – *Danner du sens à l'école*, Paris, ESF.
- DROLET J.-C. (1994). – « Professional preparation », in Cortese, Middleton, pp. 801-834.
- DUVEEN J., SOLOMON J. (1994). – « The great evolution trial : use of role-play in the classroom », *Journal of Research in Science Teaching*, 31, 5, pp. 575-582.
- EMHOVICH C., HERRINGTON C.D. (1997). – *Sex, Kids and Politics*, New-York, Teachers' College Press.
- ENHPS (European Network of Health Promoting Schools) (1997). – *Report of the First Conference of the European Network of Health Promoting Schools*, Copenhagen, World Health Organization-Regional office for Europe.
- FERRY L. (1997). – « Donner sens et autorité à la culture scolaire », *Pouvoirs*, n° 80.
- FETRO J.V. (1992). – *Personal and social skills : understanding and integrating competencies across health content*, Santa Cruz, Calif., ETR Associates.
- FOX K.R. (1988). – « The self-esteem complex and youth fitness », *Quest*, 40, pp. 230-246.
- GAUTIER D. (1998). – « Maladies et risques émergents », *Actualité et Dossier en Santé publique*, n° 23, p. 1.
- GIOLITTO P., CLARY M. (1994). – *Éduquer à l'Environnement*, Paris, Hachette.
- GIRARD J.-F. (1998). – *Quand la santé devient publique*, Paris, Hachette.
- GLATTHORN A.A. (ed.) (1995). – *Content of the Curriculum*, Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria VA (2nd édition).
- GREENBERG J.-S. (1985). – « Health and wellness : a conceptual differentiation », *Journal of School Health*, 55, 10, pp. 403-406.
- HABER D., BLABER C. (1995). – « Health education : a foundation for learning », in Glatthorn A.A., pp. 99-129.
- HARRIS J. (1997). – « A health focus in physical education », in Almond L. (ed.), *Physical Education in Schools*, London, Kogan Page (2nd édition).

- HARRISON J., EDWARDS J. (1994). – *Developing Health Education in the Curriculum*, London, David Fulton Publishers.
- HAYES D.M., FORS S.W. (1990). – « Self-esteem and health instruction : challenges for curriculum development », *Journal of School Health*, 60, 5, pp. 208-211.
- Haut Comité de la Santé publique (1997). – *Rapport à la Conférence nationale de santé*, Paris.
- Healthy People 2000 (1991). – « Healthy People 2000 : national health promotion and disease prevention objectives and healthy schools », *Journal of School Health*, 61, 7, pp. 298-321.
- HILLMAN E., MELBOURNE F.H., WILLIAMS L., HOFSTETTER R., BURDYSHAW C. (1991). – « Pregnancy, STDs and AIDS prevention : evaluation of New Image teen theatre », *AIDS, Education and Prevention*, 3, 4, pp. 328-340.
- HUGHES P. (1994). – « Sept aspects de l'évolution des programmes scolaires : un point de départ pour l'action future », in OCDE, *Redéfinir le Curriculum : un Enseignement pour le XX^e siècle*, Paris, Documents OCDE.
- HURD P.D. (1997). – *Inventing Science Education for the New Millenium*, New-York, Teachers College Press.
- INDJAGOPIAN M.-N., VIGARELLO G. (1996). – « Les médecins nouveaux acteurs de l'école », *Revue Française de Pédagogie*, n° 114, pp. 19-27.
- JACOBS H. H. (1991). – « Planning for Curriculum Integration », *Educational Leadership*, 49, 2, pp. 27-28.
- JACOBS H. H. (1997). – *Mapping the Big Picture : Integrating Curriculum and Assessment K-12*, Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria, VA.
- JACOBS W.J., WYLIE W.E. (1995). – « Who teaches health education in Texas secondary schools? » *Journal of School Health*, 65, 9, pp. 365-368.
- JOHANSSON N. (1991). – « Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students », *Journal of American College Health*, 40, pp. 125-129.
- Joint Committee o National Health Éducation Standards (1995). – *Achieving health literacy : An investment in the future*, Atlanta, GA, American Cancer Society.
- KENDALL J.-S., MARZANO R.J. (1996). – *Content Knowledge : A Compendium of Standards and Benchmarks for K-12 Education*, Aurora CO, Mid-continent Regional Educational Laboratory Inc.
- KIMIECIK J.-C., LAWSON H.A. (1996). – « Toward new approaches for exercise behavior change and health promotion », *Quest*, 48, pp. 102-125.
- KIRBY D., SHORT L., COLLINS J., RUGG D., KOLBE L., HOWARD M., MILLER B., SONENSTEIN F., ZABIN L.S. (1994). – « School-based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness », *Public Health Reports*, 109, 3, pp. 339-360.
- KITSON N. (1994). – Active learning strategies, in Harrison, Edwards, pp. 47-51.
- LABONTE R., ROBERTSON A. (1996). – « Delivering the goods, showing our stuff : the case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice », *Health Éducation Quarterly*, 23, 4, pp. 431-447.

LANGOUËT G. (dir.) (1997). – *L'État de l'enfance en France : réalités et difficultés*, Paris, Hachette.

LAWSON H.A. (1992). – « Toward a socioecological conception of health », *Quest*, 44, 1, pp. 105-121.

LEBEAUME J. (1998). – « Présentation à la journée du LIREST sur les matrices disciplinaires » (résumé par M. Coquidé), *La Lettre du LIREST*, n° 34.

LEBRUN M., GAUDREAU L. (1993). – « La quête du sens : entre l'objet de savoir et l'objet d'apprentissage », in Jonnaert P., Lenoir Y. (éds), *Sens des didactiques et didactiques du sens ?* Université de Sherbrooke, Éditions du CRP, pp. 175-204.

LESELBAUM N. (dir.) (1992). – *La prévention à l'école*, 2 – « Contribution à la mise en place d'actions pour la santé au collège et au lycée », Paris, INRP.

LIVINGOOD W.C. (1996). – « Becoming a health education profession : key to societal influence-1995 », SOPHE Presidential address, *Health Education Quarterly*, vol. 23,4, pp. 421-430.

MANDERSCHIED J.-C. (1994). – « Modèles et principes en éducation pour la santé », *Revue Française de Pédagogie*, n° 107, pp. 81-96.

MARTINAND J.-L. (1992). – « Intervention à la table ronde », in Colomb J. (éd.), *Recherches en Didactiques : Contribution à la Formation des Maîtres*, Paris, INRP.

MARX E., WOOLEY S.F. with NORTHOP D. (1998). – *Health is Academic - A Guide to Coordinated School Health Programs*, New-York and London, Teachers College Press.

MCGREGOR J. (1993). – « Effectiveness of role playing and antiracist teaching in reducing student prejudice », *The Journal of Educational Research*, 86, 4, pp. 215-226.

MCKENZIE F.D., RICHMOND J.-B. (1998). – « Linking health and learning : an overview of coordinated school health programs », in Marx et al., pp. 1-14.

MEN, ministère de l'Éducation nationale (1985). – *Collèges : Programmes et Instructions*, Paris, CNDP-B.O.

MENRT (ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie) (1998). – *Plan de Relance pour la Santé Scolaire*, Paris, MENRT (Mission de la communication).

MERAND R, DHELLEMMES R. (1988). – *Éducation à la Santé*, Paris, INRP.

MOTTA D. (1992). – *Construction d'un module interdisciplinaire pour la prévention du sida*, Projet pour l'appel d'offre de l'Agence nationale de recherches sur le sida, ronéoté, Paris, INRP.

MOTTA D. (1998). – « Éducation pour la santé et didactiques disciplinaires : propositions pour l'enseignement, la formation et la recherche », Communication à La Biennale de l'Éducation et de la Formation 98 in APRIEF, *Le CD-ROM de l'éducation et de la formation*, Paris, Efficiencie Multimédia, 1998.

National Professional School Health Education Organizations (1984). – « Comprehensive school health education », *Journal of School Health*, 54, 8, pp. 312-315.

PANCRAZI P., CORBIN C. (1993). – « Physical fitness : questions teachers ask », *Journal of Physical Education Recreation and Dance*, 64, 9, pp. 14-19.

PERETTI (de) C., KARSENTI M., LESELBAUM N. (1993). – *La prévention du sida en milieu scolaire*, Paris, INRP.

- POWELL K.E., MUIR-McCLAIN L., HALASYAMANI L. (1995). – « A review of selected school-based conflict resolution and peer mediation projects », *Journal of School Health*, 65, 10, pp. 426-431.
- ROCHEX J.-Y. (1995). – *Le sens de l'expérience scolaire*, Paris, PUF.
- SADOWSKI M. (1995). – « Moving beyond traditional subjects requires teachers to abandon their "comfort zones" », *The Harvard Education Letter*, XI, 5, pp. 1-5.
- SANDOVAL J. (1995). – « Teaching in subject matter areas : Science », *Annual Review of Psychology*, 1995, 46, pp. 355-374.
- SISKIN L.S., LITTLE J.W. (1995). – *The Subjects in Question-Departmental Organization and the High School*, New-York, Teachers College Press.
- TALBERT J.E. (1995). – « Boundaries of teachers' professional communities in U.S. high schools – Power and precariousness of the subject department », in Siskin, Little, pp. 68-93.
- TAUB A. (1994). – « Credentialing : assuring quality in school health education », in Cortese, Middleton, pp. 835-858.
- THEVENARD E. (1997). – « Éducation et santé : quelle place pour les services de santé scolaire ? », *Revue française d'études américaines*, n° 74, pp. 53-64.
- TONES K. (1993). – « The importance of horizontal programmes in health education », *Health Education Research*, 8, 4, pp. 455-459.
- US Department of Health and Human Services (1996). – *Physical activity and health : A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- VARNES J.W. (1994). – « Preservice education : providing health knowledge for all teachers », in Cortese, Middleton, pp. 763-782.
- VATIMBELLA A. (1993). – *Santé et Économie*, Paris, Syros.
- VIGARELLO G. (1997). – « L'éducation pour la santé, une nouvelle attente scolaire », *Esprit*, n° 2.
- WADDINGTON I., MALCOLM D., GREEN K. (1997). – « Sport, health and physical education : a reconsideration », *European Physical Education Review*, 3 (2), pp. 165-182.
- WALLERSTEIN N., SANCHEZ-MERKI V. (1994). – « Freirian praxis in health education : research results from an adolescent prevention program », *Health Education Research*, 9, 1, pp. 105-118.
- World Health Organisation (1996). – *Promoting Health Through Schools*, Geneva, World Health Organisation.
- ZIGLIO E. (1997). – « The contribution of the health promoting school to the current role of education in society today » (compte rendu), in ENHPS, pp. 17-19.