

- page 1 : École et santé : une relation évidente ?
- page 6 : Les facteurs qui influencent le comportement : approches théoriques
- page 10 : La formation des enseignants, emblématique d'une stratégie commune entre École et santé publique
- page 13 : Quelques remarques conclusives
- page 14 : Bibliographie

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ (VOLET 1)

En tant que lieu social de vie et d'apprentissage, l'École semble être le terrain privilégié pour promouvoir auprès des élèves l'importance d'adopter des comportements « sains », d'encourager le développement équilibré de leur personnalité, de leurs aptitudes physiques et de favoriser des comportements propices à une bonne santé. Le programme quinquennal de prévention et d'éducation mis en place en 2003 pour la santé des élèves par le Ministère de l'Éducation nationale définit en ce sens ses objectifs prioritaires et ses stratégies d'action en prenant en compte la dimension multifactorielle de ce domaine. Le premier volet de ce dossier abordera plusieurs facettes des relations entre santé et éducation : quelle légitimité de l'École à transmettre ces savoirs ? Comment faire évoluer les comportements et les savoirs-être ? Quelle formation pour les enseignants et dans quel contexte ? Le deuxième volet (publié ultérieurement) portera sur la problématique des « Écoles Promotrices de Santé » et les approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire.



Par Marie Gausse

Chargée d'études et de recherche au service Veille et Analyses

ÉCOLE ET SANTÉ : UNE RELATION ÉVIDENTE ?

De l'approche sanitaire à la promotion internationale de la santé, l'éducation à la santé repose sur plusieurs concepts qui ont évolué en fonction des contextes politiques, historiques et internationaux. La notion de santé publique apparaît au début du 20^e siècle et place l'institution scolaire, par le biais de l'éducation civique, au centre des dispositifs pouvant dispenser une politique de prévention efficace. On y abordait alors les thèmes d'une propagande hygiéniste, la lutte contre l'alcoolisme, les maladies vénériennes, la tuberculose et la préconisation des comportements sains (Nourrisson, 2002). Le lien entre santé individuelle et santé publique s'est donc tissé en France au sein de l'École dès le début du siècle dernier mais incite aujourd'hui à réfléchir à une approche plus globale de la définition de la santé afin de légitimer l'action de l'école et des enseignants.

« L'éducation et la santé sont des notions proprement humaines qui ne font que rarement l'objet de consensus quant à leur définition, et ce, car elles sont avant tout des notions vulgaires plus que des concepts scientifiques. Les relations qu'elles entretiennent sont de ce fait complexes et leurs articulations ressemblent vite à un puzzle géant de modèles orientés idéologiquement, théoriquement ou normativement. » (Klein, [2010](#))

L'éducation à la santé n'est pas abordée de la même manière selon les pays. En Finlande par exemple, il s'agit d'une discipline scolaire inscrite au curriculum. En France ou au Portugal, elle est enseignée de manière transversale et « rangée » dans les « éducations à », associée à la citoyenneté ou au développement personnel. Au Québec, l'éducation à la santé est considérée comme une matière scolaire mais également transversale, associée le plus souvent à l'éducation physique et sportive. Les pays anglo-saxons ont généralement validé dans les curriculum une démarche de promotion de la santé et de développement des compétences individuelles. L'approche française est ancrée dans une perspective d'apprentissage de l'autonomie et de la vie en communauté (« le bien-vivre ensemble à l'école ») et inclut une dimension physiologique ainsi que le respect de soi et des autres personnes. On est loin encore de la transmission de principes de comportements normatifs et de la modification des comportements en matière de santé (Bizzoni-Prévieux *et al.*, [2010](#)).

Descarpentries attache également une fonction sociale à l'éducation à

la santé qui va au-delà du principe de précaution. Participant aux valeurs d'une société contemporaine l'École forme des citoyens responsables, autonomes et libres de faire des choix pour favoriser le développement durable de la santé. Ainsi, la fonction sociale de l'éducation rejoint celle de la santé publique ● et partage les enjeux du développement d'une éducation pour la santé tout au long de la vie (Descarpentries, [2008](#)). Pour Eymard, la qualité même de ces liens soulève de nombreuses interrogations au sein du monde de la recherche jusqu'à débattre des diverses appellations langagières qui caractérisent l'éducation à la santé (« pour la santé », « en santé », etc) et déterminent ainsi le champ (sanitaire ? social ? scolaire ?) auquel elle appartient. Quant aux conceptions de la santé, Eymard distingue trois modèles qui permettent d'établir un parallèle entre les modèles de santé et ceux de l'éducation.

Pour la santé :

- le modèle linéaire ou organiciste de la santé négative (centré sur l'absence de maladie)
- le modèle global de la santé positive par adaptation individuelle et ajustement social (centré sur la personne)
- le modèle de la santé conçue comme l'existence d'un sujet responsable ouvert sur le monde (centré sur un sujet autonome).

Pour l'éducation :

- le modèle de l'instruction (transmettre une culture scientifique)
- le modèle du développement du sujet (centré sur le sujet)
- le modèle de l'interaction sociale (savoir-être, relation du soi au monde)

Le croisement de ces modèles sert à caractériser des liens théoriques et concevoir concrètement des modèles d'éducation à la santé. Par exemple, l'association des théories organiciste et d'interaction sociale se traduirait par un modèle qui amènerait « le sujet à s'interroger par lui-même dans une perspective de maîtrise de la non maladie,

Ressources en ligne pour la santé publique : [BDSP](#), [Cité de la santé](#), [Pédagogie](#)

pour le bien de soi et celui des autres » en « développant une conscience individuelle des problèmes de lutte contre la maladie. » Bien sur, modéliser la relation entre santé et éducation n'incite pas forcément le récepteur à agir d'une certaine façon mais cela permet à l'éducateur de définir une action éducative personnalisée en fonction du public et des attentes ou besoins de celui-ci (Eymard [2004](#)).

Pour Eide et Showalter ([2011](#)), économistes américains, le lien empirique entre santé et éducation (un niveau d'éducation élevé améliore la santé) a été clairement démontré mais l'impact causal de la santé sur l'éducation, beaucoup moins. Leur étude s'attache à mettre en valeur ces liens et en particulier à montrer comment le niveau de santé ou les particularités physiques liées à la grossesse et la naissance de l'enfant ou de l'adolescent influent sur le bon déroulement de son éducation (le poids et la taille, les chocs physiques ou psychologiques, les conditions de santé des parents,...). Leur analyse va jusqu'à examiner les relations entre le capital humain, la santé et le marché du travail.

L'IMPACT SANITAIRE DE L'ÉDUCATION ●

A contrario, selon une étude de l'OCDE ([2010](#)), la santé des enfants agit sur leur éducation mais l'inverse s'avère également vrai. La question est posée en ces termes : en quoi l'éducation peut-elle contribuer à réduire les risques et les inégalités en matière de santé ? En effet, diminuer les problèmes de santé publique et les inégalités qui s'y rattachent devient une des priorités des politiques publiques (la santé coûte cher). L'étude considère les effets de l'éducation, et leurs mécanismes, afin d'identifier les approches les plus efficaces pour la promotion de la santé. Il manque aujourd'hui de données suffisantes pour déterminer le niveau d'enseignement qui aura le plus de répercussions sur la san-

té. Par ailleurs, les recherches et les enquêtes réalisées jusque là (Meara, Richards, and Cutler, [2008](#) ; Brønnum-Hansen et Baadsgaard, [2008](#) ; Ferrie *et al.*, [2009](#) ; Denney, *et al.*, [2010](#)) indiquent une forte corrélation entre le niveau d'instruction et trois indicateurs de santé (tabagisme, alcoolisme et obésité) qui se traduisent par une espérance de vie supérieure (de 3 à 7 ans en moyenne pour des individus de 25–30 ans ayant suivi des études supérieures aux États-Unis et au Danemark), l'écart continuant d'augmenter, de 30% en moyenne depuis 20 ans.

Autre constat : les compétences cognitives des individus, en général développées dans le contexte scolaire (littératie, numératie en particulier) semblent réduire les risques liés à une mauvaise hygiène de vie. Également les personnes possédant un niveau de connaissances de base limité souffrent plus souvent et plus tôt de maladies chroniques, respiratoires et coronariennes (Ferrie, *et al.*, [2009](#)). Ces éléments sont confirmés dans une enquête canadienne qui estime qu'il existe une forte incidence entre le niveau de scolarité et les problèmes de santé, en particulier quand il s'agit d'identifier et d'utiliser les sources d'information concernant la santé publique. L'étude conclue que trois Canadiens sur cinq (60 %) n'ont pas le niveau de littératie en santé nécessaire pour gérer adéquatement leurs besoins en santé et en soins de santé (Conseil canadien sur l'apprentissage, [2008](#)).

Ces tendances sont confirmées dans l'article de Cutler et Lleras-Muney ([2010](#)) qui ont analysé la relation comportements « sains »/niveau d'éducation, à partir de données nord-américaines et britanniques. Ils montrent comment le niveau de revenu, le contexte familial et le type de mutuelle d'assurance influent sur les comportements en matière de santé avec un gradient de 30% : plus le niveau d'éducation est élevé, moins l'individu risque de devenir alcoolique, de conduire

Dans les pays de l'OCDE, les individus instruits ont en moyenne plus de chances que les autres d'être en bonne santé, même lorsque l'on tient compte de diverses caractéristiques individuelles (Cutler et Lleras-Muney, [2010](#)). (OCDE, [2010](#))



dangereusement, de devenir obèse, de fumer. Il va au contraire utiliser des moyens de préventions efficaces et habiter dans un environnement sécurisé. Enfin, le niveau d'éducation augmente les compétences cognitives qui à leur tour permettent de mieux comprendre les enjeux : tout le monde sait que fumer est mauvais pour la santé mais certaines personnes le conçoivent plus que d'autres.

Un rapport récent de l'Organisation Mondiale pour la Santé (Suhrcke et de Paz Nieves, [2011](#)) propose une revue de littérature des recherches (entre 1995 et 2008) qui questionnent la relation inverse et évaluent les liens entre une mauvaise santé pendant la période prénatale et la petite enfance avec les performances scolaires, ou encore l'impact des comportements non sains pendant l'adolescence avec le niveau d'éducation atteint (dans les pays développés).

QUE SIGNIFIE ÊTRE EN « BONNE SANTÉ » ?

Pilier fondamental des principes de promotion pour la santé publique, la Charte d'Ottawa ([1986](#)) prône plusieurs méthodes qui permettraient de lutter plus efficacement en faveur d'une véritable politique de santé publique. ● La charte définit ainsi les conditions préalables et garantes d'une « bonne santé » : l'individu doit pouvoir vivre en paix, se loger, se nourrir, accéder à l'éducation, disposer d'un revenu minimum, bénéficier d'un environnement social et économique viable et stable, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Améliorer la santé des personnes, c'est maintenir ces conditions de base. Évoquant une approche un peu démodée et parfois mal adaptée, Deschamps ([2003](#)) rappelle que cette charte permet néanmoins d'afficher l'importance d'associer des mesures de soins préventifs aux mesures des soins curatifs grâce au concept de promotion de la santé.

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ». (Charte d'Ottawa, [1986](#)).

Dans le même esprit, l'étude de l'OCDE sur le bien-être des enfants ([2009](#)) identifie six dimensions à prendre en compte pour déterminer les indicateurs du bien-être : le logement, l'environnement, l'éducation, la santé, les comportements à risque et la qualité de la vie scolaire. Basée largement sur les concepts démontrés par la pyramide de Maslow, la promotion de la santé dans son sens le plus large pousse chaque individu à satisfaire des besoins considérés comme vitaux tout au long de sa vie.

● Lire aussi : ([2006](#)).
What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen : World Health Organization, Health Evidence Network.

Selon Maslow, ces besoins sont classés hiérarchiquement sous la forme d'une pyramide à cinq niveaux constituant la base des motivations des individus :

- Niveau 1 : besoin lié à la survie (faim, soif, reproduction) ;
- Niveau 2 : besoin de sécurité afin de se protéger contre tout danger extérieur (logement) ;
- Niveau 3 : besoin d'appartenance à un réseau social, une communauté ;
- Niveau 4 : besoin d'estime et de reconnaissance ;
- Niveau 5 : besoin d'accomplissement, d'épanouissement.

Cette pyramide représente, dans cet ordre décroissant, les différents besoins des personnes (dans une société occidentale et instruite) et invite les individus à agir sur les déterminants de la santé liés à ces besoins, comme le souligne le guide d'intervention en milieu scolaire publié par le Ministère de l'Éducation nationale (2011). Promouvoir la santé, c'est agir sur les déterminants de chaque individu liés aux habitudes de vie, aux compétences, à l'environnement familial, scolaire, socio économique, aux valeurs sociales, culturelles et politiques. Plusieurs programmes de prévention des conduites addictives en milieu scolaire ont ainsi pu être élaborés à partir de recherches basées sur les modèles valorisant les influences sociales dans la vie quotidienne (expériences dans le volet 2 ●).

Responsabilisation des citoyens

La notion « **d'empowerment** », difficilement traduisible en français (le pouvoir de prendre des initiatives, d'influencer ses propres décisions et d'agir sur les déterminants de ses conditions de vie et de santé) représente un des concepts les plus importants pour la promotion de la santé (Deschamps, 2003). Cependant, le système de santé français est basé sur un système curatif et ne s'intéresse que très peu aux approches préventives. Centré sur les mesures d'urgence sanitaire plus que sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, notre système est encore moins investi dans la prévention collec-

tive comme l'éducation à la santé dans les établissements scolaires (Fayard, Marchand, 2008).

Pour Bandura, un système basé sur la promotion de la santé, le changement des comportements et la prévention, devrait prédominer sur un système encore trop orienté sur la maladie et les traitements médicaux. La promotion de la santé doit permettre aux personnes d'exercer plus de contrôle sur leur propre santé et sur leur environnement, de faire des choix pertinents efficaces, apprendre tout au long de leur vie et faire face aux maladies chroniques et aux accidents. Cet apprentissage doit faire partie des actions promues au sein du milieu scolaire, familial, professionnel et communautaire. Aujourd'hui, les pratiques liées à la santé sont orientées vers l'offre médicale et médicamenteuse. Avec des budgets de plus en plus restreints et une population de plus en plus vieillissante, la demande dépasse l'offre (Bandura, 2004). ●

Un constat d'insuffisance en France

On observe depuis les années 1990 et 2000 l'implantation de Programmes Régionaux de Santé (PRS) au sein des régions françaises dont l'objectif est d'identifier les problèmes prioritaires et de les traiter localement ou encore de mettre en place des Ateliers Santé Ville (ASV). Malheureusement, la recherche et la formation dans le domaine de la promotion et de l'éducation à la santé restent très modestes. On déplore en particulier une faible articulation entre recherche et programmes de formation. Le peu de recherches sur les modalités d'intervention et le manque de recul sur l'efficacité des actions de préventions freinent la mise en commun de bonnes pratiques.

Pour favoriser une synergie des efforts et lancer des appels d'offres orientés vers la prévention en matière de santé, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES),

« Près de 30 % des programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes au cours des 25 dernières années ont produit des effets iatrogènes, c'est-à-dire qu'ils ont entraîné une augmentation de plusieurs, sinon de la majorité des comportements qu'ils visaient à prévenir ou à faire diminuer » (Ministère de l'Éducation nationale, 2011)

Lire aussi : Gori, Roland, Del Volgo, Marie-José (2005). « La Santé totalitaire » : La médicalisation infinie au service de l'idéologie et des industries néolibérales. Paris : Denoël



l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale ([INSERM](#)), la [Haute Autorité de Santé](#), la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques ([DREES](#)) du Ministère de la Santé et [l'Institut National du Cancer](#) se sont associés en 2007 pour former l'Institut de Recherche en Santé Publique ([IRESP](#)).

Pour Tubiana, la situation actuelle de l'éducation à la santé en milieu scolaire en France est inquiétante car nous ne disposons pas de dispositifs cohérents ni de suivis des actions mises en place. Malgré les préconisations de la charte d'Ottawa en 1986 qui introduisaient le concept de promotion de la santé, les applications pratiques sont encore balbutiantes, en particulier dans le domaine de la petite enfance (Tubiana, [2010](#)).

« La promotion de la santé qui vise à intervenir de manière planifiée sur l'environnement sociopolitique et les comportements individuels ayant un impact sur la santé afin de faciliter l'adoption de comportements plus favorables à la santé ne figure ni dans le code de santé publique ni dans la nomenclature budgétaire ». (Fayard, Marchand, [2008](#))

De nombreux chercheurs semblent cependant d'accord : une des clés pour mieux promouvoir la santé réside dans la capacité des personnes à changer et adapter leur comportement en fonction des informations et des innovations que les responsables de la santé publique leur proposent. Les comportements en matière de santé demeurent un sujet privilégié des chercheurs du domaine notamment au regard des *Health Behavior Theories* (HBT). ●

LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LE COMPORTEMENT : APPROCHES THÉORIQUES

Les références théoriques se situant principalement dans les pays anglo-saxons, il nous est difficile de confronter les réflexions et les pratiques. Néanmoins, il reste intéressant de s'interroger sur les différentes approches issues des recherches psychosociales. On distingue trois niveaux d'interactions et d'influence : intra personnel (l'individu et son comportement, ses connaissances, sa personnalité), interpersonnel (la famille, les proches, les pairs) et collectif (réseaux sociaux, politiques publiques, structures institutionnelles).

LES THÉORIES QUI S'APPARENTENT À UN MODÈLE INTRA PERSONNEL

Le « *health Belief Model* » (HBM) (Rosenstock, et al., [1988](#))

Ce modèle développé dans les années 1950 et porté par les psychologues Hochbaum et Rosenstock et Kegels est un des premiers qui soit issu des sciences du comportement et transposé aux problèmes de santé. C'est le modèle le plus utilisé pour appréhender et expliquer les comportements en matière de santé. Ce modèle a été originellement conçu pour tenter d'expliquer pourquoi les gens utilisent ou non des services de prévention tels que les radios ou les vaccins. Les scientifiques qui travaillent avec ce modèle supposent que les comportements des individus en matière de santé sont basés sur le sentiment et le niveau de peur face à certains symptômes ou maladies.

● Lire aussi : Jourdan Didier & Berger Dominique ([2005](#)). « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé ». La santé de l'homme, n° 377, mai.

Le modèle HBM utilise quatre types de perception des dangers et des bénéfices pour la personne concernée :

- Les probabilités de souffrir d'une certaine condition ;
- La gravité de cette condition ;
- L'efficacité d'une conduite ou d'actions réduisant les risques ;
- La gravité de cette condition et les « coûts » psychologiques ou réels des actions envisagées pour combattre ou améliorer cette condition.

Le concept d'auto efficacité développé par Albert Bandura dans sa théorie sociale cognitive (le degré d'une personne à apprécier ses capacités à réussir telle ou telle action) a été inclus dans le modèle HBM en 1988. Ce modèle conçu pour expliquer les comportements liés à la santé, sert également à comprendre pourquoi ces comportements existent et comment identifier les éléments éligibles au changement. Le HBM sert également à persuader les individus que certains types de conduites sont dangereux pour la santé ou encore à les aider à prendre la bonne décision, à les éduquer. Cependant, ce modèle reste imparfait car les recherches en sciences du comportement n'ont jamais réussi à prouver que les convictions en matière de santé précédaient le changement de comportement (il se passe même parfois l'inverse). ●

Le modèle transthéorique du changement (TTM) (Prochaska et DiClemente, 1982)

Ce modèle initialement mis au point dans les années 1980 met en avant les étapes qui caractérisent le changement, notamment dans le domaine de la santé et en particulier en rapport avec les addictions aux drogues. Le changement de comportement envers les conduites à risques est considéré comme un processus (et non pas une seule action) balisé par les différents degrés de motivation et de volonté démontrés par la personne. On identifie six étapes dans ce modèle :

- La précontemplation : la personne n'est pas au courant du problème ou n'a pas pensé sérieusement à changer ;
- La contemplation : la personne a sérieusement envisagé de changer (dans un

proche avenir) ;

- Préparation : la personne a l'intention de prendre des mesures et fait des ajustements finaux avant de changer de comportement ;
- Action : la personne met en œuvre certaines actions destinées à modifier les comportements concrètement ;
- Entretien : la personne répète les étapes recommandées tout en luttant pour prévenir les rechutes ;
- Résiliation : la personne a la capacité de résister à une rechute.

Ce modèle est giratoire et n'exclut pas le retour arrière à n'importe quelle étape du processus.

Consumer Information Processing Model (Bettman, 1971)

Le modèle du sujet informé montre comment développer des stratégies de communication qui permettront à l'individu d'ajuster son comportement en fonction des informations qu'il reçoit. La recherche d'information est au centre du processus autour duquel gravitent l'évaluation, la motivation, les capacités d'appropriation et de décision (l'information doit être disponible, utile et conviviale).

Théorie « Reasoned Action » ou Action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 2009)

Cette théorie a été conçue pour expliquer les comportements liés à la volition des individus et comprendre les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et ces comportements. Selon ce modèle, le comportement d'une personne serait déterminé par sa volonté et ses intentions subjectives relatives au comportement en question. Les attitudes étant liées aux convictions ressenties envers tel ou tel comportement, la personne adoptera une attitude positive si elle pense que le comportement prescrit est efficace. Cette théorie fait référence aux croyances comportementales (*behavioral beliefs*). Ce modèle montre également l'importance de la pression sociale et du rattachement à un groupe de référence auquel la personne peut s'identifier et s'approprier

● Lire aussi : Gordon Joye C. (2002). « Beyond Knowledge: Guidelines for Effective Health Promotion Messages ». *Journal of Extension*, vol. 40, n° 6.



les comportements « normaux » définis par ce groupe. On parle alors de croyances normatives. Ces croyances influent donc également, en plus de l'attitude personnelle, sur l'intention de changer ou non, et sur le comportement à adopter ou non.

LES THÉORIES QUI S'APPARENTENT À UN MODÈLE INTERPERSONNEL

Théorie du « *social learning* » ou théorie sociale cognitive (Bandura, 1977, Rotter, 1945)

La théorie sociale cognitive s'insère dans une conception à multiple facettes dans laquelle le sentiment d'efficacité personnelle interagit avec les buts, la motivation, les attentes, l'environnement et le bien être des personnes. Cette théorie est basée sur la notion d'interaction et de bi-directionnalité : la personne influe sur l'environnement qui influe sur le comportement qui influe sur la personne, etc. Dans notre société, promouvoir la santé est un processus qui confère aux individus les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de l'améliorer. Les questions de santé ne sont plus seulement un sujet individuel mais également collectif qui requiert que l'on adapte les systèmes sociaux aux questions liées à la santé des individus. Pour changer les comportements psychosociaux selon la théorie sociale cognitive, il s'agit de concevoir des programmes fonctionnels, largement diffusés au-delà du niveau individuel. Il faut d'abord mettre au point un modèle théorique qui spécifie les déterminants psychosociaux du changement et les mécanismes mis en œuvre. Il est nécessaire ensuite d'opter pour une stratégie translationnelle (très utilisée en médecine) qui applique les principes théoriques en modèle pratique opérationnels en précisant le contenu, les stratégies du changement, et leur mode d'application. Enfin, il s'agit de diffuser ces pratiques au niveau de la société dans son ensemble afin de promouvoir l'adoption de ces nouvelles pratiques par l'ensemble des milieux socio culturels concernés.

Théories des Réseaux sociaux ou de soutien

On distingue quatre types de soutien ou d'actions permettant d'influencer les comportements et le changement d'attitude : le soutien émotionnel ou affectif (de l'écoute, de la confiance, etc.), le soutien logistique (plus concret avec de l'argent, du travail, du temps), le soutien informationnel (des conseils, des suggestions, des référents, etc.) et le soutien d'évaluation (de l'expertise, une validation). L'environnement social aide, ou au contraire dessert la personne pour faire face aux événements liés à ses problèmes de santé.

LES THÉORIES QUI S'APPARENTENT À UN MODÈLE COMMUNAUTAIRE

Une personne impliquée dans l'organisation de la communauté (municipalité, voisinage, associations, etc.) reçoit un soutien social plus important qu'une personne isolée. Ce soutien apporte un sentiment de contrôle qui lui-même a un effet positif sur la santé car « *la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, les bonnes relations de travail et des collectivités qui se tiennent résultent en une société solidaire qui réduit ou évite de nombreux risques potentiels menaçant la santé* » (Agence de la santé publique du Canada, 2003). Le niveau de compétences en matière de santé de la communauté s'apparente au sentiment d'efficacité personnelle mais au niveau collectif.

La théorie de la diffusion des innovations (Rogers, 2003)

Partant du principe qu'il existe une rupture entre les savoirs en matière de santé (en particulier « *evidence-based* ») et la pratique, cette théorie développée à l'origine par Rogers est basée sur des modèles de diffusion et une dissémination active (planifiée, formalisée, centralisée). Les étapes qui caractérisent cette théorie sont : l'innovation, la dissémination, l'adoption, l'implémentation, la mainte-

nance, la durabilité et l'institutionnalisation. Par exemple, une étude menée par Wiecha *et al.* (2004) avait pour objectif de déterminer les barrières à l'implémentation d'un programme de prévention de l'obésité dans un collège américain via le curriculum de façon interdisciplinaire (Planet Health). Les résultats ont montré qu'il était tout à fait possible d'instaurer un modèle participatif viable au delà de l'expérience. Le processus de dissémination nécessite une planification précise et adaptée, destinée à persuader le groupe cible à adopter les nouveaux comportements qui vont améliorer leur santé ou prévenir les risques. La décision d'adopter la nouvelle posture dépend principalement de trois types de savoirs. Avoir pris conscience de l'existence d'un comportement « meilleur », comprendre comment adopter le nouveau comportement et comprendre comment il « fonctionne » (Rogers, 2003). L'étape très importante se situe au niveau de la diffusion (comment et par qui) et de la façon dont les avantages sont présentés (les bénéfiques, la compatibilité, les essais possibles, l'observabilité). Pour une dissémination efficace vers les publics scolaires, tous ces éléments doivent être réunis et soutenus par des moyens financiers et humains adéquats. Chacune de ces caractéristiques prise seule n'est pas suffisante pour prédire l'adoption d'un comportement mais des études ont démontré qu'une combinaison de ces caractéristiques facilite les chances d'adoption du nouveau comportement.

Beaucoup de théories, peu de consensus

Laquelle de ces théories est-elle la mieux adaptée pour expliquer les comportements en matière de santé ? C'est la question que posent Noar et Zimmerman (2005) qui ont étudié ces théories et leur prolifération au sein du monde de la recherche. Le meilleur moyen « d'avancer dans la bonne direction » reste la comparaison de ces théories en menant des méta recherches empiriques et comparatives et d'en tester les résultats.

Trois concepts clés sont néanmoins communs aux théories du changement :

- Le comportement est conditionné par la cognition : ce que sait et pense un individu influe sur son comportement ;
- La connaissance est nécessaire mais pas suffisante pour amorcer un changement ;
- La perception, la motivation, les compétences et l'environnement social de l'individu sont des facteurs d'influence déterminants pour le changement de comportement (Theory at a glance, 2005).

L'éducation thérapeutique : stratégie d'information, prévention ou promotion ?

Au croisement de la médecine et des sciences de l'éducation, l'éducation à la santé s'apparente au concept d'éducation tout au long de la vie et de la responsabilisation des individus envers leur état sanitaire.

« L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une pratique et un domaine scientifique jeune, évolutif, qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales (psychologie de la santé, sociologie, anthropologie, etc.). Cette démarche éducative, qui repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée, inscrite dans la durée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé », définition de la haute autorité de santé (HAS) qui propose sur son site des recommandations de bonnes pratiques à visée pédagogique.



L'information seule ne suffit pas à aider les individus à gérer leurs problèmes de santé ni même à les éviter. La question de l'accessibilité à l'offre éducative en santé est primordiale. En dehors des structures scolaires classiques, les associations ont un rôle stratégique tout comme les actions de prévention et/ou de promotion. Les « sciences de l'action », comme les définit Potevin, professeure en médecine préventive, consistent à établir une convergence entre les recherches scientifiques sur un problème sanitaire identifié avec un mode d'intervention efficace et les représentations des personnes vis à vis de ce problème, ses causes, ses effets et leurs conséquences, le tout dans un contexte spécifique (Potevin, [2007](#)).

Nous avons vu plus haut que l'école reste un cadre privilégié pour préparer les élèves à leur vie d'adulte et de citoyens. C'est « dans cette perspective que trois objectifs prioritaires sont à prendre en compte : favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé des élèves, repérer et suivre les problèmes de santé et développer un environnement propice à l'épanouissement des élèves » (Fayard, Neulat, [2005](#)). Dès lors qu'une mauvaise santé peut entraîner des problèmes d'apprentissage et engendrer des situations d'échec scolaire, la participation à la promotion de la santé dans les sphères éducatives en général et des enseignants en particulier devient essentielle.

LA FORMATION DES ENSEIGNANTS, EMBLÉMATIQUE D'UNE STRATÉGIE COMMUNE ENTRE ÉCOLE ET SANTÉ PUBLIQUE

Les recherches en éducation à la santé s'articulent autour des sciences de l'éducation et des principes théoriques de santé publique avec une attention particulière aux perceptions individuelles et sociales propres à chaque enseignant et

à leurs interprétations face à des élèves. L'articulation entre les niveaux politique et éducatif liés à la promotion de la santé passe par la mise en place d'une « éducation à » et son insertion dans le curriculum mais également une réévaluation des pratiques de formation ●. Plusieurs obstacles se dressent face à l'instauration de cadres des pratiques professionnelles et curriculaires, en particulier dus au manque de véritable matrice disciplinaire et de la formation ciblée pour les enseignants.

« Il n'est possible d'avancer sur la question de l'éducation à la santé à l'École qu'à la condition de prendre conscience, d'une part, de la complexité de l'acte éducatif qui résiste à tous les raccourcis et à toutes les recettes miracles et, d'autre part, du fait que la mission première de l'École n'est pas de lutter contre tel ou tel fléau social, mais bien de former les citoyens de demain et de permettre la réussite de tous » (Jourdan, [2010](#))

« Lorsque deux mondes se rapprochent et se côtoient, ici ceux de la santé et de l'éducation, les questions portant sur la formation des acteurs se multiplient » (Dominicé, Jacquemet, [2009](#)).

L'AUGMENTATION DES PRESCRIPTIONS INSTITUTIONNELLES

L'éducation à la santé symbolise parfaitement l'élargissement des sphères d'enseignement confiées à l'école et des responsabilités qui incombent aux enseignants. La diversité des thématiques à aborder, les compétences individuelles mais également sociales à développer, requièrent une réévaluation de leurs pratiques et des méthodologies de transmission des savoirs. Pour Pizon *et al.*, ([2010](#)) qui ont interrogé une trentaine d'enseignants du premier degré, la redéfinition des activités éducatives se place dans un « contexte de surprescription d'objectifs » qui semble parfois conduire

Le concept « d'école promotrice de santé » est issu de ce modèle.

les enseignants à exprimer un sentiment d'incompétence et d'inefficacité. Les enseignants identifient les « éducations à » comme en marge de leur pratiques venant se placer en position périphérique de leurs activités pédagogiques. Cette position les amène à adopter trois types de posture où l'éducation à la santé :

- est située au sein des pratiques professionnelles ;
- est constituée d'actions ponctuelles avec une finalité pédagogique spécifique ;
- est à la fois intégrée dans les pratiques et définie par des projets spécifiques, nécessitant alors l'engagement personnel de l'enseignant (observée dans la classe de maîtres expérimentés) (Pizon, *et al.*, [2010](#)).

Un des obstacles principaux est identifié par Cardot ([2010](#)) comme étant le manque de formation des formateurs d'enseignants eux-mêmes qui, pour la plupart, sont influencés par leurs conceptions personnelles et leur identité professionnelle auxquelles viennent se superposer les prescriptions institutionnelles. En partant du cadre théorique des concepts psychologiques mis au point par Fortin ([2004](#)), Cardot propose des modèles d'éducation à la santé destinés à mettre au point des outils pour guider les formateurs dans leur démarche d'accompagnement :

- Un modèle rationnel centré sur la connaissance des maladies et des risques, s'appuyant sur une conduite raisonnée dictée par les professionnels de la santé ayant pour objectif l'adoption d'un nouveau comportement mais ne prenant pas en compte ni la motivation ni la responsabilisation des individus (démarche béhavioriste);
- Un modèle humaniste centré sur la personne, sa propre perception des risques et ses compétences psychosociales, ayant pour objectif le bien-être physique, psychique et social de l'individu et l'adoption d'un comportement responsabilisant, choisi de façon autonome qui prend en compte les désirs et les émotions de l'individu (démarche du bien-être complet) ;
- Un modèle écologique centré sur la personne et ses interrelations avec

son environnement physique et social ayant pour objectif le développement global de la personne et son aptitude à adopter un comportement favorable à sa santé basé sur des connaissances et des compétences cognitives personnelles et favorisant une analyse systémique (démarche socioconstructiviste). ●

Jourdan ([2010](#)) en analyse un quatrième : un modèle social qui dépasse le développement personnel pour s'intéresser aux rapports entre l'Homme et le contrôle de son environnement, tout en questionnant son degré de liberté au sein d'un groupe. On revient ici à la notion d'*empowerement* qui permet à l'individu de maîtriser son existence et de contrôler son environnement.

L'éducation à la santé « *implique des pratiques pédagogiques invoquant un corpus d'interventions, de postures, voire de valeurs qui déstabilisent la forme scolaire traditionnelle. Les enseignants sont confrontés à des tâches multiformes dans un contexte mouvant de pratiques sociales de référence.* » (Pizon, *et al.*, [2010](#))

Du point de vue des enseignants, engagement personnel et frontière de l'intime

Pour qualifier les attitudes professionnelles des enseignants, Berger, *et al* ([2010](#)) invoquent une « proximité entre l'intime et le social » qui teinte les représentations didactiques et pédagogiques. Cette nouvelle posture à mettre en œuvre devra se traduire par une offre de formation qui prendra en compte ces dimensions. Des [expériences](#) en France montrent que des formations, même au stade expérimentales, peuvent légitimer la transmission d'un savoir dans le domaine de la santé tout en développant les compétences



nécessaires pour organiser des actions éducatives efficaces. Une condition reste incontournable cependant : l'accompagnement sur le terrain par des professionnels, des partenaires locaux, associatifs ([Codes](#), [Anpaa](#), [Usep](#), [Ades](#), [Ares](#)) ou institutionnels (santé scolaire, formateurs en IUFM et conseillers pédagogiques) ainsi que la mise à disposition de ressources adéquates (Pizon, *et al.*, [2010](#)).

NOUVELLE FORME SCOLAIRE ?

Les comportements en santé ne peuvent être assimilés à des savoirs à des savoirs-faire ou savoirs-être sur lesquels l'enseignement peut agir directement. Son champ d'action réside au niveau de leur appropriation par l'élève. (Perrenoud, [2011](#)). Pour Jourdan, apprendre à faire des choix libres et responsables en formant les élèves à agir sur leur propre santé est l'enjeu principal de l'éducation à la santé (Jourdan, [2007](#)). Dans cette optique, il faut agir sur les comportements et sur l'environnement en organisant les activités pédagogiques autour de trois pôles :

- développer des compétences individuelles qui permettent à l'élève de gérer son stress, d'agir, de faire face aux conflits et de devenir autonome (en particulier dans la prise de décision) ;
- transmettre des connaissances scientifiques sur les conduites, les maladies et produits afin d'assoir un jugement sur des éléments rationnels ;
- prendre en compte l'environnement social (aide médicale, soutien, influence des médias) et développer le regard critique de l'élève.

La formation des enseignants ne se limite pas qu'à une question de pédagogie car elle intègre une dimension politique et technique (Jourdan, [2010](#)). L'École devra adapter les programmes scolaires, les méthodes d'enseignement et les modes d'accueil des élèves

pour mieux répondre aux enjeux éducatifs et remplir le rôle de médiateur pour la diffusion d'un message sanitaire.

Être responsable de sa santé entraîne une rupture avec la démarche habituelle de l'école et une réorganisation de l'approche scolaire nécessitant une méthodologie et une didactique appropriées : le programme n'est pas centré autour d'une discipline mais sur des objectifs (Avanzini, [2010](#)).

Conceptualiser les interventions éducatives

Les modèles théoriques sont fondateurs pour à l'éducation à la santé mais si les praticiens doivent maîtriser les théories de l'apprentissage, ils doivent également prendre du recul par rapports à leurs propres pratiques (Jourdan, [2005](#)).

Goigoux ([2010](#)) s'interroge lui aussi sur la finalité de l'éducation à la santé dans le cadre scolaire et comment la recherche en éducation va pouvoir participer à l'élaboration d'un outil d'aide destiné aux formateurs, PROFEDUS. ● Cet outil, « *vise à jouer un rôle majeur sur l'axe de la socialisation et celui de la subjectivation (au sens de développement de l'esprit critique, autonomie, épanouissement personnel, etc.)* ». Il s'agit donc pour l'enseignant de travailler autour de trois axes :

- La transmission de connaissances relatives à la santé ;
- Le développement des compétences individuelles, sociales et civiques ;
- L'acquisition d'un regard critique vis à vis de l'environnement social.

● [Profedus](#), (Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé) outil d'aide à la formation de formateurs en éducation à la santé, réalisé sous la direction de Didier Jourdan et développé par le réseau des IUFM et de l'INPES.

Le développement personnel

Alors que les disciplines actuelles sont centrées sur un champ de savoir et figurent au programme de l'enseignement obligatoire dans la majorité des pays, les « éducatrices à » s'adressent au développement de la personne, de ses valeurs et de l'adaptabilité de ses comportements face à des situations de la vie courante, familiale, scolaire ou professionnelle. Il s'agit de savoir conduire sa vie, prendre des décisions et développer des compétences sociales nécessaires à la vie en communauté dans une démocratie. Au Québec par exemple le développement personnel est abordé dans les [curriculum](#) via l'éducation physique avec des concepts comme « l'estime de soi » ou encore « la sensibilisation aux valeurs du vivre-ensemble ». Turcotte (2007) aborde ces questions sous l'angle du bien-être dans l'environnement scolaire en parallèle avec le développement de l'autonomie et de la responsabilisation individuelle en matière de santé en tenant compte des quatre dimensions de l'apprentissage : cognitive (savoir théorique), affective, sociale et motrice (savoir-faire). Il analyse deux types d'interventions, l'une prescriptive agissant sur l'amélioration de l'état de santé physiologique et l'autre plus informationnelle destinée à encourager l'autonomie individuelle après transfert d'informations. La dimension cognitive favorise l'acquisition de compétences. La dimension sociale sert à identifier l'utilité d'un changement de comportement au sein d'un environnement donné (pressions sociales). La dimension affective est en liaison avec le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation. La dimension motrice vise à constituer des valeurs promouvant la santé via le développement des habiletés motrices. La mise en accord de ces dimensions concourt à la mise en place de démarches efficaces.

Faut-il fixer des standards d'éducation à la santé ?

Depuis plus de soixante ans, le [CDC](#) (*Centers for Disease Control and Prevention*), prône aux États-Unis une politique de prévention en matière de santé et consacre une partie de ses activités à la mise en

place de curriculum, du préscolaire à la fin de la scolarité obligatoire. Les [NHES](#) (*National Health Education Standards*) ont été pensés pour cadrer les interventions scolaires et guider les enseignants. Publiés la première fois en 1995, ces standards ● continuent d'être développés conjointement avec [l'American Cancer Society](#).

QUELQUES REMARQUES CONCLUSIVES

La charte d'Ottawa a attiré l'attention sur l'importance de promouvoir la santé au sein des écoles et de développer les compétences nécessaires qui rendraient responsables les individus en matière de santé. En 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié des [directives](#) indiquant les concepts de santé et « de bien vivre ensemble » devant être abordés à l'école. De nombreux réseaux se sont développés, en particulier le *Schools for Health in Europe* ([SHE](#)) ou encore *Australian Health Promoting Schools Association* ([AHPSA](#)). Les recherches dans le monde médical portant sur l'éducation du patient montrent l'importance pour les professionnels de la santé de communiquer sur les maladies mais surtout sur la prévention des risques. Cependant, si les relations entre santé et école restent encore floues dans beaucoup de pays, de nombreuses initiatives, modèles ou pratiques sont innovées. Nous parlerons de ces expériences dans le volet 2 de ce dossier et nous verrons pourquoi « *la position d'une finalité dite éducative -ici la promotion de la santé- n'a en effet de pertinence que dans la mesure où l'éducation peut en être le moyen approprié. Or c'est précisément là une hypothèse qui ne va nullement de soi et qui appelle d'être justifiée* » (Avanzini, 2010).

- Standard 1: Les élèves devront apprécier les concepts liés à la promotion de la santé et la prévention des maladies en vue d'améliorer leur santé ;
- Standard 2: Les élèves devront analyser l'influence de la famille, des pairs, des médias, des technologies, et d'autres facteurs contextuels sur les comportements de santé ;
- Standard 3: Les élèves montreront leur capacité à trouver et analyser des informations fiables et pertinentes sur les sujets de santé ;
- Standard 4: Les élèves montreront leur capacité à utiliser les techniques de communication interpersonnelle pour améliorer leur santé et réduire les risques de maladies ;
- Standard 5: Les élèves montreront leur capacité à prendre des décisions pour adapter leur comportement en matière de promotion de la santé ;
- Standard 6: Les élèves montreront leur capacité à poursuivre des objectifs pré établis pour améliorer la santé ;
- Standard 7: Les élèves montreront leur capacité à observer des comportements favorables à la santé et réduire ainsi les risques de maladies ;
- Standard 8: Les élèves montreront leur capacité à plaider en faveur de ces comportements dans leur cercles personnels, familiaux et communautaire.



BIBLIOGRAPHIE

La plupart des liens figurant dans ce Dossier renvoient vers les fiches correspondantes de notre [bibliographie collaborative](#), qui comprennent les références complètes et, le cas échéant, des accès aux articles cités (en accès libre ou en accès payant, selon les cas et selon les abonnements électroniques souscrits par votre institution).

- Avanzini Guy (dir.) (2010). « Education à la santé : Défi pour les sciences de l'éducation ? ». In Congrès International d'Actualité de la Recherche en Education et en Formation (AREF 2010), Genève.
- Bandura Albert (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs : Prentice Hall, Cambridge.
- Bandura Albert (2004). « Health Promotion by Social Cognitive Means ». *Health Education & Behavior*, vol. 31, n° 2, p. 143-164.
- Beillerot Jacky (dir.) (2004). *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle : Autour de l'œuvre d'Albert Bandura*. Paris : L'Harmattan.
- Berger Dominique, Pizon Frank, Bencharif Léla & Jourdan Didier (2009). « Education à la santé dans les écoles élémentaires. Représentations et pratiques enseignantes ». *Didaskalia*.
- Berger Dominique, Broussouloux Sandrine & Houzelle Nathalie (2010). « L'éducation pour la santé requiert des compétences spécifiques pour les enseignants ». *La santé de l'homme*, n° 407.
- Bettman James R. (1970). « Information processing models of consumer behavior ». *Journal of Marketing Research*, vol. 7, n° 3.
- CCL (2008). *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding*. Ottawa, Canada : Canadian Council on Learning.
- Cardot Jean-Pierre (2010). « La formation des enseignants en éducation à la santé : Quels déterminants pour les pratiques des formateurs ». In AREF. Congrès International d'Actualité de la Recherche en Education et en Formation (AREF 2010), Genève 2010
- Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (CERI) (2007). *Comprendre l'impact social de l'éducation*. Paris : OCDE.
- Cutler David M. & Lleras-Muney Adriana (2010). « Understanding differences in health behaviors by education ». *Journal of Health Economics*, vol. 29, n° 1, p. 1-28.
- DeBarr Kathy A. (2004). « A Review of Current Health Education Theories ». *Californian Journal of Health Promotion*, vol. 2, n° 1, p. 74-87.
- Descarpentries Jacqueline (2008). « Conceptualisation de l'intervention éducative en santé publique ». *Promotion & Education*, vol. 15, n° 1.
- Deschamps Jean-Pierre (2003). « Une relecture de la charte d'Ottawa ». *Santé publique*, vol. 15, n° 3, p. 313-325.
- Dominicé Pierre & Jacquemet Stéphane (2009). « Formation et santé ». *Savoirs*, n° 19, p. 7-36.
- Eide Eric R. & Showalter Mark H. (2011). « Estimating the relation between health and education: What do we know and what do we need to know? ». *Economics of Education Review*, vol. 30, n° 5, p. 778-791.
- Eymard Chantal (2004). « Essai de modélisation des liens entre éducation et santé ». *Questions vives, recherches en éducation*, vol. 3, n° 5, p. 13-34.
- Fayard Annick & Marchand Annie-Claude (2008). « La place de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé dans le système de santé français ». *Promotion & Education*, vol. 15, n° 5.
- Ferrie Joseph, Rolf Karen & Troesken Werner (2009). *Healthy, Wealthy, and Wise? Physical, Economic and Cognitive Effects of Early Life Conditions on Later Life Outcomes in the U.S., 1915-2005*. Ann Harbor : National Poverty Center.
- Fishbein Martin & Ajzen Icek (2009). *Predicting and Changing Behavior : The Reasoned Action Approach*. New-York : Routledge.
- Fortin Jacques (2004). « Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé ». In La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Toulouse : Editions Universitaires du Sud.
- Glanz Karen, Rimer Barbara K. & Viswanath K. (dir.) (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Goigoux Roland (2010). « Analyse didactique d'un instrument de formation de formateurs en éducation à la santé ». *Travail et formation en éducation, Varia*, n° 6.
- Gordon Joye C. (2002). « Beyond Knowledge: Guidelines for Effective Health Promotion Messages ». *Journal of Extension*, vol. 40, n° 6.
- (2001). *Health education behavior models and theories*. Lincoln : Mississippi State University Extension Service.
- INSERM (2009). *Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Jeanneret O (2003). « Santé à l'école ou Écoles en santé? ». *Santé publique*, vol. 15, n° 2, p. 167-180.

- Jourdan Didier & Berger Dominique (2005). « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé ». *La santé de l'homme*, n° 377.
- Jourdan Didier (2007). « L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables ». *Les Tribunes de la santé*, n° 19, p. 53-59.
- Jourdan Didier (2010). *Éducation à la santé Quelle formation pour les enseignants ?* Saint Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de la recherche médicale, Santé en action.
- Klein Alexandre editor (dir.) (2010). « L'éducation en santé au secours des Sciences de l'éducation : prémisses à un essai d'épistémologie croisée ». In AREF, Congrès International d'Actualité de la Recherche en Education et en Formation (AREF 2010), Genève.
- Lange Jean-Marc & Victor Patricia (2006). « Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? ». *Didaskalia*, n° 28.
- Mérini Corinne, Victor Patricia & Jourdan Didier (2010). « Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école ». *Travail et formation en éducation, Varia*, n° 6.
- Miyamoto Koji & Chevalier Arnaud (2009). « *Éducation et santé* ». In L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale. Paris : OCDE.
- Morin Réal (2007). « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé ». *Santé publique*, vol. 19, n° 5, p. 439-445.
- NIH (2005). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. Bethesda : National Institutes of Health.
- Noar Seth M. & Zimmerman Rick S. (2005). « Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? ». *Health Education Research : Theory & Practice*, vol. 20, n° 3, p. 275-290.
- Nourrisson Didier (dir.) (2002). *Éducation à la santé XIXe-XXe siècle*. Rennes : Ecole nationale de santé publique.
- OCDE (2009). *Assurer le bien-être des enfants*. Paris : OCDE.
- O'Neil Michel, Dupéré Sophie, Pederson Ann & Rootman Irving (dir.) (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Laval : Presses de l'université Laval.
- Perrenoud Philippe (2011). *Quand l'école prétend préparer à la vie... Développer des compétences ou enseigner d'autres savoirs ?* Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Pizon Frank, Jourdan Didier, Simard Carine & Berger Dominique (2010). « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants ». *Travail et formation en éducation, Varia*, n°6.
- Pizon Frank, Jourdan Didier & Simard Carine et al. (2010). « Les enseignants, entre quotidien et compétences en éducation pour la santé ». *La santé de l'homme*, n° 407, p. 23-24.
- (2011). *Prévention des conduites addictives, Guide d'intervention en milieu scolaire*. Paris : Ministère de l'Éducation nationale.
- Potevin Louise (2007). « Évaluer, pour soutenir l'innovation ». *La santé de l'homme*, n° 390, juillet.
- Prochaska James O. & DiClemente Carlo C. (1982). « Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change ». *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, vol. 19, n° 3, p. 276-288.
- Rogers Everett. M. (2003). *Diffusion of Innovations*. New York : Free Press.
- Rotter Julian B. (1945). *Social learning and clinical psychology*. Upper Saddle River : Prentice-Hall.
- Suhrcke Marc & de Paz Nieves Carmen (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen : World Health Organization.
- Tubiana Maurice (2010). « L'éducation pour la santé à l'école élémentaire, une nécessité ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 194, n° 3, p. 647-662.
- Turcotte Sylvain, Gaudreau Louise & Otis Joanne (2007). « Démarche de modélisation de l'intervention en éducation à la santé incluse en éducation physique ». *STAPS*, n° 77.
- Wiecha Jean L., El Ayadi Alison M. & Fuemmeler Bernard F. et al. (2004). « Diffusion of an Integrated Health Education Program in an Urban School System: Planet Health ». *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 29, n° 6, p. 467-474.
- WHO (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach ?* Copenhagen : World Health Organization, Health Evidence Network.
- WHO (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhagen : World Health Organization.





▶ **Pour citer ce dossier :**

Marie Gausse (2011). « *Éducation à la santé : vers une démocratie sanitaire* ». Dossier d'actualité Veille et Analyses, n°69, décembre.

En ligne : <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=69&lang=fr>

▶ **Retrouvez les derniers Dossiers d'actualité :**

● *Regards d'aujourd'hui sur l'enfance*

<http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=68&lang=fr>

● *Inspection scolaire : du contrôle à l'accompagnement*

<http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=67&lang=fr>

● *Pisa, ce que l'on en sait, ce que l'on en fait*

<http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=66&lang=fr>

▶ **Abonnez-vous aux Dossiers d'actualité :**

<https://listes.ens-lyon.fr/sympa/info/veille.analyses>

© École normale supérieure de Lyon
Institut français de l'Éducation
Agence Qualité Éducation – Veille et Analyses
15 parvis René-Descartes BP 7000 – 69342 Lyon cedex 07
veille.scientifique@ens-lyon.fr
Standard : +33 (04) 26 73 11 24
Télécopie : +33 (04) 26 73 11 45