

AFAE

LE - 3EN1 -

– ÉDITO –

Santé et réussite scolaire. Comment mieux ouvrir la question qu'en interrogeant la relation qu'entretiennent les deux termes de notre nouvelle thématique, santé, d'une part et réussite scolaire d'autre part ? André Canvel se livre à cet exercice salutaire. Il a travaillé sur les questions de santé et de bien-être à l'école lorsqu'il pilotait la mission interministérielle de lutte et de prévention des violences en milieu scolaire de 2015 à 2017 ; mais aussi en lien avec sa discipline de référence, l'éducation physique et sportive.

Cette exploration de la thématique se poursuit avec l'approche que nous propose Michel Nicolas qui s'intéresse à l'évolution de la notion de réussite scolaire et aux préoccupations qui ont été celles de l'École à l'égard de la santé des élèves depuis le XIXe siècle jusqu'à nos jours.

Matthieu Coste-de-Bagneaux, Dominique Procureur, Jacques Sesboué



André Canvel
est inspecteur général de l'éducation, du sport et de la recherche.

SANTÉ ET REUSSITE SCOLAIRE

Les dessous cachés d'une relation qui sonne trop comme une évidence

Quand on associe pour l'occasion « santé et réussite scolaire » ; on a parfois le sentiment de revisiter à moindre frais l'expression des vœux que l'on ne manque pas de s'adresser à chaque nouvelle année, bien certains toutefois que la réalité ne manquera pas de nous rappeler aux accroc d'une réalité plus incertaine.

En effet l'usage du « et » n'est pas anodin et mériterait qu'on s'y arrête pour ne pas nous laisser abuser par des évidences voire des vérités qui n'en sont pas mais qui bien au contraire doivent nous interroger. Par exemple, la seule inversion des termes entre santé et réussite scolaire ou réussite scolaire et santé ne fait pas raisonner les mêmes représentations, les mêmes imaginaires. Dans le premier cas de figure, on entend que la santé pourrait être une condition de la réussite scolaire ; dans le second cas

que la réussite scolaire serait une composante active de la santé.

Cette simple inversion des termes implique des champs des possibles scolaires différents.

Dans le premier cas, la réussite scolaire est pour partie dépendante de la santé des élèves ce qui ne manque pas de remettre en cause le principe même d'égalité si cher à notre institution scolaire, dans la mesure où nous le savons depuis presque un siècle, la santé dépend d'une multitude de facteurs internes et externes (génétique, environnementaux, sociaux, médicaux, ...) qui contribuent à accentuer les différences interindividuelles et donc les inégalités. Qui plus est, la santé n'est pas un état stable, elle est soumise aux aléas et aux tourments de la vie qui peuvent, dans certaines circonstances et pour une durée plus ou moins longue, vous retirer partiellement ou totalement tout pouvoir d'agir et tout particulièrement d'apprendre. La réussite scolaire devient donc tributaire d'une composante instable et inégalitaire et la santé devient non plus un objectif mais une condition préalable intangible et indispensable. L'école avant de faire réussir doit s'assurer que toutes les conditions sont réunies en son sein pour garantir, conserver, restaurer la santé des enfants et des adolescents dont elle a la charge. On voit tout de suite que ce n'est pas le chemin pris par notre institution qui a trop souvent considéré la santé comme une affaire trop sensible et éloignée de ses canons pour laisser le soin aux familles et au corps médical d'en assumer la pleine responsabilité avec le risque d'ignorer la fabrique des inégalités.

Dans le second cas de figure, la réussite scolaire rentrerait dans la

composition complexe de la santé de l'individu. Sans en être l'ingrédient principal, elle apporterait pour autant sa contribution rejoignant ainsi les autres composantes actives. Là également, il est communément admis que la réussite en général produit toute une série de satisfactions internes et externes qui sont essentielles pour incarner le sens de nos actions et permettre de persévérer dans la durée. C'est le *conatus* de Spinoza, concept clé de sa philosophie qui nous en donne l'expression la plus aboutie : « l'effort par lequel « *chaque chose, autant qu'il est en elle, s'efforce [conatur] de persévérer dans son être* » (*Éthique*), le *conatus* permet à Spinoza de caractériser l'homme par le désir qui devient volonté et source de joie quand, par la connaissance adéquate de ce qui nous détermine, il augmente notre puissance d'être. Ce serait donc cela la santé, la nécessité sans cesse renouvelée de persévérer dans son être compris ici comme un tout. On voit tout de suite, la responsabilité politique et morale exorbitante de l'École qui n'a d'autre alternative que de faire réussir tous les élèves afin de contribuer activement au déploiement complet de leur santé. L'École n'est alors plus tributaire d'une inégalité construite en dehors d'elle, mais le lieu même où se construit cette inégalité si elle ne parvient pas à faire réussir tous les élèves.

Au-delà des relations entre ces deux notions et de leurs effets sur l'École ; force est de reconnaître que nous sommes en grande partie démunis face aux nuances de tonalités que peuvent prendre ces deux notions et qui pourtant ne manquent pas non seulement d'exister mais qui en fait occupent tout notre quotidien. En effet, si ces deux concepts sont des marqueurs structurants de l'École, ils

n'en sont pas moins l'expression d'un idéal-type théorique qui nourrit une méthodologie pour analyser nos réalités éducatives et scolaires aux différents âges de son déploiement. Mais cela ne doit pas servir de modèle de référence pour juger la réalité du travail qui est mené sur le terrain et tenter d'imposer un formalisme qui nierait les contingences, les arrangements et les arbitrages qu'impliquent l'action éducative qui tente, au quotidien, de conjuguer d'un côté une théorie sur les liens irréfutables entre santé et réussite scolaire et de l'autre les différentes caractérisations pratiques, les différentes conduites que l'on peut observer sur le terrain lorsqu'on tente de faire dialoguer réussite scolaire et santé des élèves.

C'est la raison pour laquelle nous proposons une autre approche de la relation entre santé et réussite scolaire qu'il faut envisager non pas comme un nouveau formalisme mais comme un souci de construire une méthode d'analyse rigoureuse des dynamiques à l'œuvre dans le quotidien scolaire pour appréhender les relations en train de se faire entre un état de santé et une réussite scolaire qui sont non plus compris comme des produits ou des causes mais comme des processus en cours.

Cela peut donc nous inviter à considérer la santé comme la réussite scolaire de façon dynamique selon un continuum évoluant en permanence entre deux états opposés. Pour résumer notre point de vue, il ne s'agit plus de partir des définitions des deux concepts et de rendre compte rationnellement de leurs interactions ; mais de partir de constats empiriques qui qualifient à un moment donné les formes ou les expressions que peuvent prendre la santé et la réussite scolaire puis d'en analyser les conséquences

sur l'organisation du travail scolaire. Faire ce choix c'est changer le point de vue précédent sur les rapports entre santé et réussite scolaire. Il ne s'agit plus de partir d'une définition théorique préalable des notions pour en déduire des implications possibles sur leurs interactions. Il s'agit plutôt de partir de la façon dont répond le terrain face à une donnée empirique sur l'état de santé et de réussite scolaire pour analyser les conséquences possibles sur l'évolution de ces deux marqueurs. Il s'agit pour le dire autrement de mesurer les écarts entre les standards théoriques qui étudient les relations entre santé et réussite scolaire à partir d'une définition de ces deux concepts et ce qu'il se passe concrètement quand on étudie les pratiques qui sont mobilisées par les acteurs quand ils sont confrontés aux différents états que peuvent prendre la santé de l'élève et sa réussite scolaire. Ce modèle peut aisément s'appliquer à un individu comme un collectif voire, mais plus difficilement, une institution.

André Canvel



Santé et réussite scolaire : une évolution conceptuelle conjointe ?

Depuis la fin du XIX^{ème} siècle et plus précisément depuis l'instauration de l'école de la III^{ème} République, la préoccupation pour la santé des élèves est une constante. Il s'agit alors de lutter contre les conséquences de l'insalubrité des locaux scolaires, contre la malnutrition, le manque d'hygiène, les maladies comme la tuberculose. Ce combat est conduit par les médecins, affolés par l'état sanitaire de la jeunesse. Ils défendent l'idée qu'une amélioration de la santé des élèves favorise les résultats scolaires. L'enjeu est de faire de l'École un lieu exemplaire sur le plan de l'hygiène et du redressement corporel. Les références scientifiques de l'époque, appuyées pour l'essentiel sur l'anatomie et la physiologie, conduisent ces médecins à préconiser un redressement anatomique pour corriger les dysmorphies anatomiques et un contrôle de l'effort visant à éviter le surmenage physiologique et scolaire. Le Dr Lagrange¹ parle de « fatigue nerveuse ». Durant l'entre-deux-guerres, plusieurs expérimentations scolaires émergent pour démontrer le bénéfice de l'activité physique, accompagnée d'un suivi médical, sur les résultats scolaires. Le professeur Latarjet à Lyon, durant les années 1930, conduit ce type d'expérimentation. E.Godeau² réfléchit à l'intérêt de revisiter les écoles de plein air de la même période qui associent climatothérapie (exposition à l'air, au soleil...) et exercices physiques pour s'en inspirer aujourd'hui. Tout d'abord, ces écoles s'adressent aux élèves présentant des déficiences de toute nature puis se généralisent ensuite à

destination de tous les élèves. En 1932, 450 à 500 écoles fonctionnent sur ce modèle. L'objectif est que les enfants puissent avoir du temps pour apprendre, sans se fatiguer, en évoluant dans un milieu propice. Les effets de cette approche sanitaire et pédagogique se mesurent à l'aune des résultats scolaires d'une part et de l'état de santé des élèves d'autre part. Durant cette période qui se décline de la fin du XIX^{ème} siècle jusqu'aux années 1950, la santé à l'école est pensée comme un préalable à la réussite scolaire et pour répondre à des urgences sanitaires à partir de conceptions anatomo-fonctionnelles. Durant la période du Front Populaire, Léo Lagrange et Jean Zay vont impulser une politique scolaire visant à favoriser l'accès de davantage d'élèves à l'École. Une politique sanitaire à l'École accompagne cette orientation, tournée vers l'accès aux activités sportives, de plein air en particulier et par le choix préférentiel de la Méthode Hébert.

La streptomycine découverte en 1944 et la pénicilline en 1928, mais utilisée comme antibiotique à partir de 1943, contribueront largement à faire reculer les maladies les plus problématiques. Pour la tuberculose, l'utilisation de la streptomycine fait passer le nombre de morts de 85000 en 1920, à 42000 en 1945. L'amélioration de la nutrition, après les carences alimentaires subies sous l'Occupation et après la Libération, favorise peu à peu une réorientation de la question sanitaire à l'École.

Le début des années 1960 voit émerger une autre conception de la santé : elle passe du statut de condition nécessaire à celui de capacité d'adaptation à différents champs de contraintes. Cette volonté de développer l'adaptabilité répond à une attente sociale tournée vers la modernité, l'efficacité, la



Michel Nicolas,
Professeur agrégé
honoraire,
formateur EPS à
INSPE de
l'Université Rouen
Normandie pour
les formations
qualifiantes 1^{er} et
2nd degré
jusqu'en 2023, jury
CAPEPS, ancien
chargé de mission
d'inspection

¹ *Physiologie des exercices du corps*, Alcan, 1888

² « Les écoles de plein air : une utopie à revisiter ? », revue Rhizome n° 78, avril 2020, p 10-11

performance. Cette santé « adaptative » vise la réussite scolaire qui consiste alors à obtenir une qualification qui permette une intégration sociale et professionnelle dans une France qui se développe principalement autour des activités économiques du secteur tertiaire.

Le système scolaire, quant à lui, déploie des moyens humains, matériels, financiers pour faire face à l'explosion démographique à l'École. Cet accueil quantitatif se double d'une volonté méritocratique de permettre à chacun d'atteindre au plus haut niveau de réussite scolaire en fonction de ses potentialités afin de réduire l'influence du déterminisme social. On parle d'une égalité des chances. La réussite scolaire est alors définie par l'obtention de diplômes, hiérarchiquement organisés dont le point d'orgue est le baccalauréat, premier diplôme universitaire. Au début des années 1960, seuls 4% d'une classe d'âge atteint le niveau du baccalauréat. Le système scolaire est organisé autour de cette logique sélective à l'intérieur du cursus scolaire. Comme le précisent M. Attali et J. St Martin³, s'appuyant sur le modèle proposé par Guy Brucy et Françoise Recopé⁴, un enfant sur deux ne fréquente pas l'école. Les autres se distribuent selon quatre variantes au moins, déclinant des cursus plus ou moins longs et plus ou moins professionnalisants. Cette « distribution » dans la hiérarchie scolaire est corrélée à l'origine sociale des élèves. Cette École privilégie un enseignement théorique, fondé sur l'abstraction, l'encyclopédisme, la spéculation intellectuelle. L'enseignement y est frontal, descendant, distributif. Réussir à l'École, à l'aune de l'élitisme scolaire, se décline donc selon des acceptions multiples pour les élèves. Quoi qu'il en soit, durant ces années 1960/1970

l'attente d'une population scolaire plus qualifiée et plus diplômée est forte de la part des décideurs comme des parents d'élèves. Cette exigence nécessite donc d'élever le niveau scolaire moyen des élèves. Le certificat d'études primaire ne suffit plus à garantir les compétences nécessaires à une bonne intégration sociale et professionnelle.

Les années 1980 élargissent le concept de santé à la dimension psychosociale et à la notion de bien-être, à l'instar de ce que disait déjà l'OMS en 1946 : « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La référence scientifique qui accompagne cette prise en compte de l'individu dans sa totalité passe d'une référence aux sciences biologiques à celle des sciences humaines, notamment la psychologie. La notion de prévention accompagne également ce changement de paradigme. R. Mérand, et R. Delhemmes⁵ développent le concept « d'habitus santé » en référence à Bourdieu pour défendre l'idée d'une nécessaire prise en charge par l'élève lui-même de sa vie physique et selon la conception que la santé s'apprend tout au long de la vie. La santé devient un capital à préserver et entretenir. De plus, l'objectif sanitaire est individualisé dans la mesure où chaque élève est amené à appréhender les conditions nécessaires à la gestion de sa vie physique et psychologique.

On commence à réfléchir à la réussite scolaire selon des perspectives différentes : la stricte obtention de résultats scolaires ne suffit plus à qualifier la réussite qui devient « éducative ». Le concept de réussite s'élargit à la question du bien-être à l'École dans laquelle l'élève doit trouver à s'épanouir dans ses relations à lui-même, aux autres et aux savoirs.

³ *L'éducation physique de 1945 à nos jours Les étapes d'une démocratisation*, Colin, 2004

⁴ *Suffit-il de scolariser ? L'Atelier*, 2000

⁵ *Éducation à la santé Endurance aérobie, contribution de l'EPS*, INRP, 1988

Le changement de perspective, pour l'époque contemporaine, peut se situer dans les années 2000 dès lors qu'en termes de santé, nous passons d'un objectif sanitaire, condition nécessaire à la réussite scolaire, à une « éducation à la santé en 1998⁶.⁶ Ce changement de terminologie n'est pas qu'une acrobatie sémantique. Dès lors qu'il s'agit de mettre en œuvre une « éducation à », cela doit se traduire par : un contenu spécifique de nature transversale, enseigné durant tout le « parcours scolaire », une individualisation et une responsabilisation de l'élève visant à une autonomie dans la gestion de sa santé par l'acquisition d'outils et de méthodes. Cette individualisation tente de répondre à la grande diversité de cas, concernant la question sanitaire. Les addictions diverses, la sédentarité, l'obésité ou la surcharge pondérale, les troubles de l'attention, le mal-être déclinent les nouveaux enjeux sanitaires comme autant d'obstacles à la réussite éducative.

La réussite éducative, concept plus large que celui de réussite scolaire, traduit l'idée que réussir à l'École implique que les problématiques articulant réussite scolaire, santé et bien-être ne peuvent trouver de réponse en se limitant à la sphère de l'École puisqu'il s'agit de viser le bien-être global de l'élève, dans l'École, et de l'enfant, hors de l'École⁷.

Désormais, réussir à l'École ne se valide plus seulement à l'aune des diplômes obtenus mais, par exemple, peut se qualifier à travers une orientation choisie et non subie en cohérence avec ses appétences et capacités.

Au bilan, nous pouvons dire que l'évolution de l'École depuis la fin du XIX^e siècle sur la question sanitaire, articulée à celle de la réussite scolaire, se décline suivant plusieurs étapes. Nous sommes passés d'une santé collective et globale, validée par une

amélioration des caractéristiques anatomique et physiologique des élèves permettant une amélioration des conditions d'hygiène et du travail scolaire à une santé performative construisant une adaptabilité sociale acquise à l'école par des qualifications scolaires accrues. Plus tard, ces questions sanitaires et scolaires se sont individualisées, responsabilisées à l'échelle de l'élève et élargies à des interventions extra-scolaires à la recherche d'un élargissement de la réussite scolaire vers la réussite éducative. Chacune de ces orientations n'a pas fait disparaître la précédente. Elles se sont succédé les unes aux autres selon une logique cumulative pour aboutir aujourd'hui à la notion de réussite éducative d'une part et à celle de santé (bien-être) individuelle et responsabilisée d'autre part. La seconde reste la condition nécessaire de la première. La recherche, cependant, montre les difficultés récurrentes, notamment méthodologiques, à rendre efficaces les différents dispositifs.

Michel Nicolas



⁶ Éducation à la santé, B.O n° 45 du 03/12/1998

⁷ Circulaire n° 2001-12 du 12/01/2001 et Pacte pour la réussite scolaire, B.O n° 41 du 07/11/2013

Comité de rédaction du 3 en 1



Vous souhaitez nous faire part de vos réactions à la suite de la lecture de l'un ou de plusieurs articles parus dans le 3 en 1 ? nous poser des questions ? nous suggérer des sujets pour des numéros à venir ? nous proposer des contributions ?

Ecrivez-nous à l'adresse suivante :

ac-normandie@afae.fr

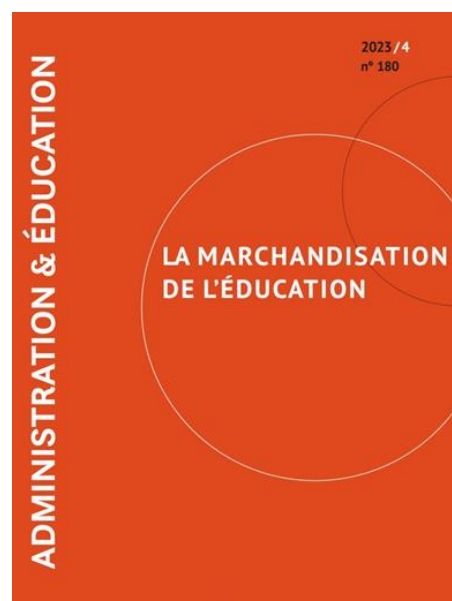
L'association publie une revue dont chaque numéro est centré sur une thématique précise en lien avec les grandes questions qui se posent au service public d'éducation. Elle édite également un ouvrage de référence ([le Système Éducatif Français et son administration](#)) dont le contenu est régulièrement actualisé.

L'Association française des acteurs de l'éducation (AFAE) est depuis 46 ans un espace d'échanges, de libre expression et de propositions.

L'AFAE rassemble, en dehors de tout dogmatisme et de toute préoccupation politique ou syndicale, des personnels qui exercent des fonctions de responsabilité à tous les échelons du système éducatif, des enseignants et des chercheurs, qui, par leur action, leur engagement ou leurs recherches, veulent concourir à la qualité, à l'efficacité et au renouveau du service public d'éducation.

L'AFAE est présente en académie avec le réseau de ses responsables académiques et de ses adhérentes et adhérents qui la font vivre à travers divers événements et publications.

Nous vous invitons à nous [rejoindre](#).



Revue trimestrielle de l'Association française des acteurs de l'éducation