

## EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE ET SANTE.

Didier Delignières  
Laboratoire de Psychologie  
INSEP

### **Introduction.**

La santé, qu'il s'agisse de sa préservation, de sa restauration ou de son dépassement, a toujours constitué une préoccupation centrale pour l'éducation physique. Marquée dès l'origine par des finalités hygiéniques, voire eugéniques, elle conserve encore dans ses directives officielles les plus récentes ce type d'objectif. Ainsi les Instructions Officielles de 1967, bien que consacrant l'importance de l'appropriation de la culture sportive rappelle dès la première page que "l'éducation physique constitue aussi la condition et l'accompagnement de toute éducation, car elle se donne pour objet l'acquisition de la santé". Cet objectif est repris dans les Instructions Officielles de 1985/86, où il est indiqué que l'éducation physique "contribue au développement de l'élève, à son équilibre, à l'amélioration de sa santé et vise donc à offrir à chacun les meilleures conditions de réussite".

Une série de textes semi-officiels, depuis 1991, ont dénoté une évolution marquée des objectifs de la discipline (Pineau, 1991; Hébrard & Pineau, 1994). Le premier renvoie au développement des capacités organiques, foncières et motrices. Même si le terme n'est pas explicitement utilisé, cet objectif rappelle les finalités d'entretien de la santé précédemment évoquées. Le troisième objectif assigné à la discipline est d'offrir à chacun les connaissances concernant l'entretien de ses potentialités et l'organisation de sa vie physique aux différents âges de la vie. Un tel objectif ne peut évidemment pas se résumer à une *éducation à la santé*, et ouvre de nombreuses perspectives qui demeurent à explorer (Delignières & Garsault, 1993). Néanmoins il réaffirme et inscrit clairement dans le champ de l'E.P.S. une préoccupation qui était en germe dans les "thèmes transversaux" des Instructions pour les Collèges de 1985, et l'éducation à la santé tient une place de premier plan dans ce que l'on pourrait appeler globalement une formation de la citoyenneté. Notons cependant l'évolution qui marque le passage d'un strict entretien ou développement de la santé dans l'ici et maintenant, à l'acquisition de compétences visant à gérer, sur le long terme, son capital santé.

En se positionnant aussi clairement sur le créneau de la santé, l'éducation physique tente d'apporter sa contribution vis-à-vis d'un ensemble de problèmes représentant des coûts sociaux importants. Des affections telles que l'athérosclérose, l'arthrose ou l'ostéoporose touchent des franges de plus en plus larges de la population, notamment à cause de l'évolution des modes de vie et de l'accroissement de longévité (Renault, 1990); or il apparaît que la pratique régulière d'activités physique constitue sinon une panacée, du moins un complément hautement salutaire à leur prévention. On peut citer également l'ensemble des pathologies liées au travail (lombalgies, ténosynovites, cervicalgies, etc...), représentant un coût important en termes d'invalidité partielle ou totale, temporaire ou permanente, et qui peuvent être directement liées à une insuffisante préparation physique (Chaouat, 1980).

De nombreuses expériences de promotion des activités physiques à but hygiéniques ont été réalisées à l'étranger. Se sont notamment illustrés dans ce type de démarche les pays scandinaves, le Québec et les USA (Rieu, 1991). En France, malgré un rapport officiel sur ce sujet publié voici une quinzaine d'années (Ministère de la Jeunesse et des Sports, 1980), aucune politique globale n'a été définie. L'introduction, pour l'éducation physique scolaire, d'un objectif de préparation à la vie physique d'adulte évoquant explicitement la problématique de la gestion de la santé, permet de combler partiellement, du moins sur le plan des principes, cette carence. Nous reviendrons en conclusion sur l'intérêt stratégique de ce positionnement.

Avant d'aller plus en avant dans le traitement de ce thème, il nous semble nécessaire d'en discuter de manière plus profonde la pertinence et le positionnement dans cette épreuve de l'Agrégation. On a souvent présenté le second écrit du concours comme un écrit "scientifique", le premier étant qualifié de "socio-historique" et le troisième de "professionnel". Ceci nous apparaît comme une conception singulièrement restrictive, notamment par rapport à l'intitulé général de l'épreuve, "Education Physique et Sportive et développement de la personne". De fait, ni l'éducation physique ni la santé ne renvoient directement à un discours scientifique, mais davantage à des pratiques d'intervention pouvant en partie s'appuyer sur un savoir scientifique constitué par ailleurs. Il nous paraît donc difficilement envisageable de ne traiter ce thème qu'au travers des données de la littérature scientifique, tant les problématiques axiologiques, professionnelles où plus pratiquement matérielles qui s'y rapportent sont prégnantes.

Nous envisagerons dans une première partie le problème de la définition de la santé, des diverses conceptions qui s'y rattachent. Nous nous appuierons à ce niveau sur un ensemble d'approches épistémologiques, socio-historiques qui montrent qu'il est difficile de donner de la santé une définition universelle et atemporelle. Dans une seconde partie, nous tenterons une revue des effets sur la santé, sur les plans physique et psychologique, de la pratique d'activités physiques. Il s'agira d'argumenter de la manière la plus objective possible les liens, positifs ou négatifs, que l'on peut tisser entre A.P.S. et santé. Une troisième partie nous permettra de traiter des problèmes liés à la motivation à s'engager dans une pratique de type hygiénique et à persister à long terme dans ce choix. On verra alors que la connaissance des bienfaits de l'exercice et des règles fondamentales de l'hygiène est loin de constituer un ancrage motivationnel suffisant pour soutenir une adhésion réelle à la pratique. Enfin nous envisagerons l'hypothèse d'une éducation à la santé dans le cadre de l'Ecole, et notamment la contribution que l'Education Physique pourrait y apporter.

### **1. La santé: définitions et représentations.**

L'Organisation Mondiale de la Santé a fourni une définition fameuse, selon laquelle "la santé n'est pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités, mais un état de total bien-être physique, mental et social". Cette énoncé, bien qu'idéaliste et en définitive peu fonctionnel, apporte deux idées fondamentales: la première est que la santé ne peut être envisagée uniquement selon la dimension somatique. La seconde est que l'on ne peut pas définir la santé uniquement comme la non-maladie: la santé est au-delà, et proche, selon Koralsztein (1986), du concept d'épanouissement de la personnalité.

Chaque époque, chaque groupe social véhicule en fait sa propre conception de la santé, conforme à ses attentes et à ses intérêts. Ainsi Perrin (1991) évoque les multiples définitions du concept de santé, entre la conception courante, axée sur conservation la plus

tardive possible de l'intégrité corporelle, la conception médicale visant le bon fonctionnement de la machine physique et mentale, et les conceptions sportives définies par l'atteinte, généralement sur une temporalité courte, d'un état de forme permettant la réalisation d'une performance maximale. A ce niveau chaque A.P.S. véhicule sa propre définition de la santé, renvoyant à des normes et des valeurs pouvant coïncider ou entrer en contradiction avec celles de la société dans laquelle elle est pratiquée.

Rauch (1986) met de son côté l'accent sur les divergences entre les élèves et leurs parents, en ce qui concerne leurs conceptions et de leurs attentes en matière de santé. Les parents demandent avant tout à l'E.P.S. de donner à leurs enfants un corps résistant à la maladie, robuste et harmonieux. Leurs enfants justement ont une toute autre idée de la santé: "être en bonne santé se traduit par l'amélioration d'une performance. Battre un record, voilà pour la population "sportive" de la jeunesse, le signe véritable de santé et son objectif principal" (Rauch, 1986, p. 199).

On retrouve dans les analyses de Canguilhem (1966) des oppositions de même nature au niveau de l'évolution des conceptions médicales de la santé. La conception traditionnelle, positiviste, illustrée notamment par Broussais, définit la maladie comme un dérèglement dans le fonctionnement d'un organe, c'est-à-dire une modification quantitative caractérisée par un hypo- ou un hyperfonctionnement. Cette théorie trouve un appui retentissant quand C. Bernard met en évidence la fonction glycogénique du foie, c'est-à-dire le fait que la production hépatique de sucre est présente chez tous les individus, et pas seulement chez les sujets diabétiques. De ce fait le diabète ne peut plus être considéré comme un état de fonctionnement aberrant du foie, mais comme l'hyperfonctionnement d'une fonction naturelle. Dans cette conception, la santé est une norme de fonctionnement, dont la maladie ne dérive que de manière quantitative. De ce fait, la santé peut devenir un objet d'étude pour la physiologie.

On peut noter que ce type de conception a été longtemps actif au niveau de l'Education Physique, notamment dans l'entre-deux-guerres où plusieurs médecins ont proposé des procédures d'évaluation des qualités physiques, associées de normes décrivant un idéal morphologique ou fonctionnel vers lequel la discipline devait s'efforcer de faire tendre les élèves. (Bellin du Coteau, 1920; 1930; Chailley-Bert, Fabre & Merkel, 1943). Un ouvrage plus tardif d'Encausse (1951) se réfère encore à une santé définie comme "la résultante du parfait équilibre des grandes fonctions vitales" (p. 15).

Petit à petit au cours du 20<sup>e</sup> siècle une nouvelle conception de la santé va émerger et devenir dominante. C'est dans les capacités d'adaptation de l'organisme à ses conditions de vie que l'on va caractériser son état de santé. La santé n'est plus considérée comme une norme absolue, mais comme la capacité à être normatif, c'est-à-dire à dépasser ses normes actuelles pour en créer de nouvelles. Dans cette logique, l'individu malade est celui qui a perdu de son pouvoir normatif. On peut donner l'exemple du handicapé, qui va devoir s'adapter en suivant de nouvelles normes, notamment de mobilité, plus restrictives que celles qu'il pouvait envisager avant son handicap. Alors que l'individu sain reste capable d'innover, de changer ses normes de vie, le malade n'a plus que des possibilités réduites d'innovation, et la réduction plus ou moins grande de ces possibilités mesure la gravité de la maladie. L'auteur a quelques expressions significatives: "La santé, c'est une marge de tolérance aux infidélités du milieu. [...] On peut mesurer la santé à sa capacité de surmonter les crises organiques pour instaurer un nouvel ordre. [...] L'abus possible de santé fait partie de la santé" (Canguilhem, 1966). Dans cette perspective, la santé devient imperméable à l'investigation physiologique. C'est dans une

perspective clinique qu'il devient possible de discerner le normal et le pathologique, chaque individu véhiculant en fonction de son histoire et de son appartenance socio-économique ses propres normes de santé.

Comprise en tant que capacité normative, la santé inclut son perpétuel dépassement, même jusqu'à l'excès. On retrouve ce type d'argumentation dans les Instructions Officielles contemporaines, ainsi que dans certains textes qui les ont directement inspirées. Ainsi pour Ulmann (1967, p. 11), "la santé ne consiste pas à vivre une vie rabougrie et chétive mettant tous ses soins à se protéger des cataclysmes [...]. L'homme en bonne santé est celui qui affronte des problèmes ou des difficultés qu'il n'a pas encore rencontrés, trouve en lui de quoi les surmonter" (Ulmann, 1967, p.11). Les Instructions Officielles de 1967 reprennent en écho: "Plus que le simple maintien du corps et de l'esprit dans un équilibre satisfaisant, (la santé) paraît devoir être considérée comme la capacité, pour un individu, d'ajuster en permanence ses réactions et comportements aux conditions du monde extérieur, de s'accoutumer à l'effort, bref de se dépasser soi-même". Hébrard dans son ouvrage retraçant les délibérations de la Commission Verticale E.P.S., conserve cette ligne de raisonnement: "Le développement de chacun visé au travers de l'accès aux pratiques sociales est ce que l'on peut appeler le maintien et l'enrichissement de la "nature" biologique et psychologique de l'individu. C'est dans ce sens que peut être précisée la notion de santé qui n'est pas seulement liée à la transmission de règles d'hygiène corporelle mais qui est aussi le résultat d'une mise en jeu permanente des fonctions organiques dans le but [...] d'une meilleure adaptation à l'environnement" (Hébrard, 1986, p. 29).

Ces citations convergent vers l'idée d'une santé en perpétuel dépassement, supposant une possible hiérarchie des états de santé. C'est une conception de ce type que défend Koralsztein (1986), au travers du concept de "santé positive": si la santé est autre chose que l'absence d'affection et si l'on peut définir des niveaux de gravité de la maladie, alors on peut supposer qu'il est possible d'identifier, de manière symétrique une suite d'états positifs de santé. L'auteur demeure cependant peu disert sur la définition de ces états.

Les définitions de la santé sont donc diverses et ont évolué de manière notoire. Il est cependant clair que les conceptions les plus récentes s'écartent d'une optique strictement médicale.

## **2. Activité physique et santé.**

Il y a deux manières d'envisager les rapports de l'activité physique et de la santé. Selon la première, l'activité physique constitue le résultat, le reflet de la santé: elle constitue un indice de l'état de santé positive de l'individu. Selon la seconde, l'activité physique est considérée comme un facteur de lutte contre la maladie: elle acquiert de ce fait le statut de médecine préventive (Stromme *et al.*, 1984), voire parfois curative quoique le plus souvent à titre de traitement complémentaire. Un certain nombre de données scientifiques permettent d'étayer ce second point de vue. Pour des commodités d'exposition, on distinguera premièrement les effets corporels de la pratique, puis les effets psychologiques.

### **2.1. Effets corporels de la pratique physique.**

Les effets physiologiques de l'exercice sont en général bien connus des enseignants E.P.S.. Il est peut-être plus intéressant de les appréhender non à partir des grandes fonctions,

mais à partir des maladies auxquelles elles semblent contribuer à apporter remède. Les affections les plus fréquemment évoquées (peut être parce qu'elles représentent aussi des faits de société de première importance, ne serait-ce que par leur coût humain et financier) sont l'athérosclérose, l'ostéoporose et l'arthrose.

L'exercice physique constitue un facteur de prévention des maladies coronariennes. Ces maladies cardiovasculaires constituent une cause majeure de décès en France avec 60 000 cas annuels (Renault, 1990). Elle ne représentent en outre qu'un cas particulier d'athérosclérose, celle-ci pouvant également se manifester par des accidents cérébro-vasculaires, ou par l'insuffisance artérielle des membres inférieurs.

Les effets protecteurs de l'exercice physique contre l'athérosclérose ne peuvent être réduits à un simple "entraînement cardiaque", c'est-à-dire un effet anatomique et physiologique direct sur l'efficacité cardiaque et la circulation coronarienne (Stromme *et al.*, 1984). En fait l'exercice semble affecter de manière simultanée la plupart des grands facteurs de risque. Une cause majeure des maladies coronariennes est l'hypercholestérolémie. D'une manière générale le traitement est avant tout de nature diététique. On relève cependant que l'exercice favorise l'élimination du cholestérol-LDH. En outre l'exercice induit un accroissement du taux de cholestérol-HDL plasmatique, qui constitue lorsqu'il est trop faible un facteur de risque majeur (Hostmark, 1982).

En second lieu l'exercice présente un effet bénéfique sur l'hypertension artérielle, qui constitue également un des facteurs principaux des maladies cardio-vasculaires. La pratique régulière d'activités aérobies permet à ce niveau de compléter les mesures diététiques généralement entreprises (réduction de la surcharge pondérale et de l'obésité, diminution de la consommation d'alcool et de tabac). L'effet de l'exercice demeure cependant modeste à ce niveau (Renault, 1990; Stromme *et al.*, 1984). L'exercice provoque en outre une diminution de la viscosité sanguine. En troisième lieu l'exercice peut participer, à titre de complément, au contrôle et à la réduction de la surcharge pondérale. On suppose que l'augmentation du niveau métabolique consécutif à l'entraînement régulier est à la base de cet effet facilitateur (Hamborg, 1982).

Enfin au-delà de toute thérapeutique la pratique régulière d'activités physiques s'accompagne le plus souvent de l'abandon d'habitudes de vie réputées représenter des facteurs importants de risque (consommation de tabac et d'alcool, alimentation déséquilibrée). L'engagement dans une pratique régulière s'accompagne (sans présumé sur le sens du lien causal) d'une modification de l'image de soi et d'une attitude plus attentive vis-à-vis de l'hygiène de vie (Stromme *et al.*, 1984). Ces aspects plus psychologiques seront plus largement développés plus bas.

L'activité physique a des effets protecteurs contre l'ostéoporose. L'ostéoporose est caractérisée par une diminution de la quantité de tissu osseux par unité de volume d'os. Cette perte de tissu débouche sur une fragilisation de la charpente osseuse, cause de tassement vertébraux et de fractures, notamment chez les personnes âgées. Les deux sexes sont concernés, mais cette déperdition est accentuée lors de la ménopause chez la femme, suite à une déficience en oestrogènes. D'une manière générale, la pratique physique, par les stimulations mécaniques du système osseux qu'elle occasionne, a un impact sur l'ostéogénèse. L'exercice permet donc de retarder, voire de prévenir les manifestations cliniques de l'ostéoporose. Renault (1990) note que la minéralité osseuse de sportifs vétérans est de 20% supérieure à celle de groupes contrôle. On peut également noter que les dégradations sont

d'autant plus faibles que le "capital osseux" initial est important. D'où l'intérêt d'une pratique précoce et régulière, surtout chez la femme qui possède une masse osseuse de départ moins importante.

L'activité physique a des effets favorables sur le cartilage articulaire. Selon Renault (1990) l'arthrose touche au moins 10 millions de personnes en France. Cette affection est liée à une usure du cartilage. Or, il faut savoir que le mouvement est indispensable à la nutrition du cartilage hyalin: c'est par la compression répétée du cartilage qu'une circulation aqueuse peut s'y établir et drainer les produits nutritifs vers les cellules qui le constituent (*chondrocytes*). L'inactivité affaiblit le cartilage en privant ses cellules des nutriments nécessaires. Enfin l'exercice physique permet la conservation et l'amélioration de la souplesse des structures ligamentaires des articulations (Staff, 1982).

Au-delà de ces effets les plus connus et médiatisés, on relève dans la littérature d'autres pistes: par exemple, la pratique régulière permet de réduire la dégradation liée à l'âge des aptitudes psychomotrices telles que l'équilibre postural, la coordination motrice, le temps de réaction ou la vitesse de mouvement (Waerhaug, 1982). Selon Joos (1991), l'activité physique stimulerait le système immunitaire. On note à ce niveau qu'immédiatement après un effort physique la résistance de l'organisme est diminuée: on observe alors une plus grande sensibilité aux infections, surtout virales. Par contre l'entraînement régulier semble stimuler l'immunité et donner une protection contre les infections. Enfin l'exercice physique pourrait avoir des effets protecteurs contre le cancer. A ce niveau les données sont cependant loin d'être définitives. Il a été démontré que l'exercice offrait une protection réelle contre le cancer du colon, et chez la femme, contre les cancers du sein et du système de reproduction (Joos, 1991). Outre d'éventuels effets directs dont la nature demeure à déterminer, on peut supposer que l'adoption d'habitude de vie plus saines suite à l'engagement dans la pratique physique est un facteur déterminant.

Il convient sans doute de nuancer ce tableau idyllique par le fait que les A.P.S. véhiculent leur propre pathologie. Au-delà de l'accident sportif, visible et souvent dans la logique de l'activité, certains aspects traumatiques sont plus pernicioeux. On peut citer par exemple l'arthrose précoce, due à la sollicitation intense et répétée de certaines articulations, chez les coureurs sur route ou les gymnastes. On peut citer également les accidents cardiaques chez les sujets hypertendus liés au travail musculaire isométrique intense (Lund-Johansen, 1982).

## **2.2. Effets psychologiques de la pratique physique.**

Nous n'avons envisagé dans la partie précédente que les effets somatiques de l'exercice. De nombreux auteurs ont par ailleurs mis en évidence que la pratique d'activités physiques avait de réelles retombées d'ordre psychologique. Divers travaux ont pu par exemple montrer que des programmes d'entraînement aérobique permettaient une réduction significative de l'anxiété (Bahrke et Morgan, 1978; Fasting, 1984; Fasting et Gronningsaeter, 1986; Hayden & Allen, 1984; Hayden, Allen et Camaione, 1986; McGlynn *et al.*, 1983).

Pour certains auteurs, c'est l'adaptation physiologique à l'effort qui est responsable de l'amélioration du bien-être psychologique (Merzbacher, 1979; Michael, 1957). Ces propositions ont été infirmées par des travaux plus récents, qui montrent à l'inverse que l'adaptation physiologique n'a pas d'influence directe sur le fonctionnement psychologique: on

ne met en général pas en évidence de corrélation significative entre l'amélioration objective des capacités fonctionnelles et la réduction de l'anxiété. Par contre, la réduction de l'anxiété semble liée de manière significative à l'accroissement de la condition physique perçue (Hayden, Allen et Camaione, 1986; Fasting et Gronningsaeter, 1986). De tels résultats ont amené plusieurs auteurs à estimer que les profits psychologiques de tels programmes sont davantage liés à la perception de l'amélioration de la condition physique qu'à son amélioration objective (Abadie, 1988a, 1988b; Heaps, 1978; Leonardson, 1977; Leonardson et Garguilo, 1978).

Ces constatations ont amené certains auteurs à approfondir l'étude des processus d'auto-évaluation de la condition physique. Il a été montré que la condition physique perçue, et plus largement l'évaluation de capacités physiques telles que la force ou l'endurance, constituaient une spécification, dans le domaine corporel, de l'estime de soi (Fox & Corbin, 1989; Delignières *et al.*, 1994): en d'autres termes l'évaluation de ces qualités physiques est profondément influencée par l'estime de soi, si bien que la réponse qu'un individu apporte à la question "êtes-vous endurant?" constitue un meilleur indice de son niveau d'estime de soi que de son endurance réelle. Ces études corrélationnelles ne permettent évidemment pas de déterminer de lien causal, mais on peut supposer qu'une forte estime de soi entraîne une sur-estimation de la condition physique, et qu'en retour une estimation positive de la condition physique débouche sur un renforcement de l'estime de soi. Etant donné les rapports étroits que l'estime de soi entretient avec l'anxiété, on peut aisément expliquer l'effet observé sur le bien-être psychologique de la sensation d'avoir progressé sur le plan physique. Delignières *et al.* (1994) montrent également que la condition physique perçue est étroitement liée à la masculinité des sujets, dimension qui dans son acception moderne apparaît comme un déterminant fondamental du bien-être psychologique (Allgood-Merten & Stockard, 1991).

Il est à noter cependant que l'étroitesse des relations entre estime de soi, anxiété et auto-évaluation des capacités est variable en fonction de la nature des qualités physiques auxquelles on s'intéresse. Si l'estime de soi est fortement liée à l'auto-évaluation de l'endurance et de la force, ses liens avec l'auto-évaluation de la composition corporelle semblent moins marqués, et la souplesse perçue est apparue comme rigoureusement indépendante des variables psychologiques (Delignières *et al.* (1994). On peut supposer que la force et l'endurance sont considérées comme des dimensions actives, impliquant la responsabilité de l'individu. Ceci semble également être vrai, à un moindre niveau, pour la composition corporelle. Par contre la souplesse semble considérée comme une dimension subie, génétiquement déterminée.

Ce type d'hypothèse peut avoir des conséquences importantes sur la conception des programmes d'activité physique. On peut notamment envisager de centrer les exercices sur les dimensions les plus en rapport avec l'estime de soi, afin d'optimiser les bénéfices psychologiques de la pratique. C'est une idée de ce type que développe Balogun (1986): cet auteur montre que l'estime de soi, chez des sujets féminins et jeunes, est significativement liée à la force des membres supérieurs, et propose donc de focaliser l'entraînement, dans des programmes visant le bien-être psychologique, sur des protocoles anaérobiques permettant un développement musculaire ciblé.

Enfin il est intéressant de noter que condition physique perçue et santé perçue ne se superposent pas nécessairement (Brodie, Lamb & Roberts, 1988). On a pu montrer qu'à l'inverse de la condition physique perçue, l'auto-évaluation de la santé était indépendante de l'estime de soi et de l'anxiété (Delignières *et al.*, 1993). On peut supposer que ceci est dû au

fait que les sujets se sentent responsables de leur condition physique, mais subissent leur état de santé.

Si l'intérêt des chercheurs s'est surtout focalisé ces dernières années sur les relations entre activité aérobie, anxiété et estime de soi, les effets psychologique de l'activité sportive ne peuvent se résumer à ce niveau. Au delà de sa dimension physique, le sport est pour la pratiquant également un lieu de rencontre, un moyen d'inclusion au sein d'un groupe, d'une équipe, de relations amicales, d'affirmation de soi. Les bénéfices psychologiques qui en découlent expliquent l'utilisation massive des activités physiques dans les programmes de lutte contre l'alcoolisme, la drogue et les programmes de réinsertion (Railo, 1984).

Enfin, comme nous avons alerté le lecteur précédemment sur les pathologies propres aux A.P.S., il est possible de se poser la question également sur le plan psychologique. Perrin (1991) s'interroge sur la signification psychologique de certaines pratiques sportives obsessionnelles et compulsives (par exemple les raids trans-sahariens en course à pied): "Remplir tout le temps libre par de l'activité physique solitaire intense, éviter d'affronter des questions existentielles sur l'amour, la sexualité, le travail, le sens de la vie, s'effondrer de fatigue et sombrer dans un sommeil de plomb permet de conserver un équilibre psychologique fragile. Toute rupture, toute interruption de l'entraînement quotidien pour cause de blessure même superficielle fait émerger des signes de déséquilibre psychologique et physiologique grave" (Perrin, 1991, p. 27). On se trouve ici face à un cas limite. Il n'en demeure pas moins que par le caractère extrême des sensations qu'il procure, en termes d'enjeux, de souffrances ou de risques, le sport peut contribuer à fragiliser et désadapter certains individus.

D'une manière générale, l'ensemble de ces données, qu'elles concernent les aspects biologiques ou psychologiques, tendent à démontrer les effets néfastes de la sédentarité et des modes de vie, de travail et de consommation qui y sont associés (Rieu, 1991; Stromme *et al.*, 1984)). La mise en accusation de l'organisation et de l'évolution qualitative du travail, classiquement évoquée, doit cependant être relativisée: la plupart des travaux cherchant à comparer, en dehors de tout a priori idéologique, l'impact des conditions traditionnelles et modernes de travail sur la capacité physique n'ont pas mis en évidence de différences significatives (Edholm, 1970; Lange-Andersen & Hermansen, 1965). En d'autres termes le caractère majoritairement sédentaire des conditions actuelles de travail ne constituerait pas en soi une variable clé dans l'évolution des facteurs de risque pour la santé. C'est sans doute dans l'association de la sédentarité, des nouveaux modes de consommation et des rythmes de vie, et également de l'accroissement de l'espérance de vie qu'il faut chercher à conceptualiser les causes et la nature des besoins actuels en matière de santé publique.

Les prescriptions généralement avancées par les médecins sont extrêmement concordantes: on préconise la pratique d'exercice mobilisant de larges masses musculaires, telles que la course à pied ou la bicyclette, sur une périodicité d'au moins deux ou trois séances par semaine, d'une durée minimum de 20 à 30 minutes. L'intensité de l'effort doit dépasser 50% de la puissance maximale aérobie (Rieu, 1991). Ajoutons que les auteurs insistent sur la nécessité d'un contrôle médical serré et individualisé de ces programmes d'activité physique. Reste à savoir si le public est disposé à suivre ce type de prescriptions.

### 3. Les facteurs de l'adhésion à la pratique physique.

Il ne suffit en effet pas de définir savamment les contenus d'une pratique de prévention efficace. Encore faut-il que les gens acceptent de s'y adonner. Dishman (1984) insiste à ce niveau sur l'importance de bien distinguer l'*implication*, c'est-à-dire le fait de commencer à pratiquer une activité physique, et l'*adhésion*, caractérisée par la persistance sur le long terme de la pratique. Si l'implication peut être fréquente, et massive, notamment sous l'influence de la pression médiatique (supposant par ailleurs un investissement non négligeable en matériels sportifs), l'adhésion à long terme repose sur des motifs différents.

Les principes les plus souvent développés pour prévenir l'abandon de la pratique reposent sur l'adaptation optimale des objectifs aux besoins des pratiquants, et sur les techniques de *goal setting* visant à contrôler la nature des buts que se fixent les pratiquants (Dishman, 1984; Rejeski & Kenney, 1988). Il est nécessaire dans un premier temps de clarifier au maximum les motivations ayant incité les sujets à s'engager dans la pratique. D'un individu à l'autre, ces motivations peuvent être extrêmement diverses: perdre du poids, augmenter sa masse musculaire, accroître ses capacités d'endurance, améliorer ses capacités psychomotrices, etc... Ces motivations peuvent surtout demeurer extrêmement vagues ("améliorer sa condition physique"), et reposer sur des croyances irrationnelles sur les effets à court ou long terme de l'exercice. L'abandon viendra le plus souvent d'un écart entre les bénéfices escomptés et les résultats réellement obtenus. Il est alors nécessaire de modifier les représentations initiales des pratiquants, de les inciter à prendre en compte des buts réalistes, quitte à segmenter les attentes initiales en une série d'étapes à terme plus court. Les buts initiaux souvent généraux doivent être spécifiés afin de pouvoir donner lieu à une évaluation précise et objective pour le sujet. La problématique du *goal setting* est suffisamment connue pour qu'il soit superflue de la développer davantage ici. Notons simplement qu'elle semble avoir une importance particulière dans la conduite des programmes de remise en condition physique, à cause de la diversité et de la fragilité des motivations des pratiquants.

Les perspectives précédentes concernent le maintien en pratique des individus ayant déjà fait la démarche de s'y impliquer. Un problème plus crucial est certainement de comprendre pourquoi certains pratiquent et d'autres pas. Perrin (1993) propose une analyse des relations entre le rapport aux A.P.S. et les conceptions de la santé. Une analyse factorielle des correspondances met en évidence quatre tendances opposées deux à deux. Un premier axe oppose une perspective hédonique et une perspective hygiéniste. Dans le premier cas l'état de santé est vécu de manière positive, et les A.P.S. sont investies sur un mode ludique, centré sur la recherche du plaisir. Dans le second l'état de santé est vécu de manière négative et le rapport aux A.P.S. est de nature utilitaire: la pratique est conçue comme un devoir hygiénique envers le corps. L'enquête indique en outre, et ce n'est pas son moindre paradoxe, que les sujets à profil hygiénique, bien que poussés par un sentiment de devoir, ne pratiquent en fait pas d'activité physique: "tout se passe comme si les règles de l'éducation sanitaire étaient assimilées et vécues comme des impératifs, sans pour autant passer dans les conduites, entraînant de ce fait une culpabilisation" (Perrin, 1993, p. 27). Sur cet axe s'opposent les hommes et les jeunes, majoritairement sur le pôle hédoniste, et les femmes et les personnes âgées, sur le pôle hygiéniste.

Certains travaux anglo-saxons peuvent à ce niveau être rapprochés de cette étude. Selon Janz et Becker (1984), l'engagement dans des pratiques physiques à visée hygiénique suppose que soient réunies plusieurs conditions: notamment les sujets doivent posséder une certaine information sur les effets de l'exercice sur la santé, ils doivent également se sentir

concernés par ces problèmes, c'est-à-dire potentiellement vulnérables, ils doivent néanmoins avoir l'impression de pouvoir garder le contrôle de la situation, c'est-à-dire de considérer être en mesure d'améliorer réellement leur état de santé au travers de la pratique. Ce modèle n'a été que partiellement validé par Biddle et Ashford (1988), qui ont montré que les pratiquants se distinguent en effet des non-pratiquants par des connaissances plus assurées sur les bénéfices de l'exercice et un sentiment de contrôlabilité des problèmes cardiaques. Les non-pratiquants se perçoivent par contre plus vulnérables à la maladie en général, et à l'accident cardiaque en particulier. Encore une fois le fait de sentir en mauvaise condition physique et d'être "sujet à risque" ne constitue pas un facteur clé de l'entrée en pratique.

Un second axe, dans l'étude de Perrin (1993) oppose une perspective fataliste et une perspective volontariste. Dans le premier cas le corps est conçu comme un outil volontiers négligé. Ces sujets ne se considèrent pas responsables de leur état de santé, et ne se préoccupent ni de leur hygiène de vie, ni de la pratique A.P.S.. Chez les sujets de type volontaristes, on observe à l'inverse une grande attention portée au corps et à son entretien. Portés à l'usage des médecines douces, des pratiques de relaxation, ils recherchent de manière active un idéal de santé, tant physique que mental. Sur cet axe s'opposent notamment les ouvriers, caractérisés par une attitude fataliste, et les cadres supérieurs sur le pôle volontariste. Les employés se situent en position médiane, et sur la branche "hygiéniste" du premier axe. On retrouve dans ces positionnements sociologiques les analyses de Boltanski (1971) sur les différences constatées entre classes sociales dans la sensibilité à la morbidité.

Fondamentalement, cette étude montre que ceux qui pratiquent des activités physiques et sportives ne le font pas pour des raisons hygiéniques, mais pour le plaisir qu'ils en tirent. A l'inverse ceux qui mettent en avant la nécessité médicale de l'exercice physique ne le pratiquent pas. L'auteur débouche sur une conclusion radicale, qui à notre avis est en mesure de renverser toutes les perspectives d'éducation à la santé: si l'on veut favoriser l'engagement dans la pratique et sa persistance, il conviendrait de substituer, si besoin est, un motif de recherche de plaisir au "devoir de bonne santé". "Ainsi, les A.P.S. de loisir apparaissent-elles comme offrant une possibilité toute particulière dans le cadre de l'éducation pour la santé: celle de permettre aux personnes de passer de l'action à l'acte par décision subjective. Elles pourraient alors être considérées comme de véritables outils de prévention dans la mesure où elles constituent un point d'ancrage pour une stratégies d'engagement par le corps, devenant un lieu privilégié pour permettre de transférer aux usagers la responsabilité de leur santé" (Perrin, 1993, p. 29). Ces conclusions doivent de toutes évidence être prises en compte dans la discussion des apports que l'Education Physique pourrait avoir dans le cadre d'une éducation à la santé.

#### **4. L'éducation à la santé à l'école.**

Quelles conclusions permettent les développements précédents sur l'éducation à la santé à l'école et sur le rôle que l'Education Physique pourrait y jouer? Nous envisagerons successivement trois questions. Tout d'abord, sur le plan des finalités, il est important de positionner une éducation à la santé parmi les autres missions de l'Ecole. Une telle action, qui touche fondamentalement aux styles de vies, et aux valeurs est-elle réellement légitime? Dans un second temps nous proposerons une analyse critique des propositions actuelles, en Education Physique, pour une éducation à la santé. Enfin nous essayerons d'envisager cette dernière dans une perspective plus large, faisant participer en synergie l'ensemble du système scolaire.

#### 4.1. L'école doit-elle transmettre des valeurs?

Une éducation à la santé, visant à orienter les habitudes de vie des individus a-t-elle sa place à l'école? Leselbaum (1989) évoque la question en termes clairs: "Agir sur le comportement des jeunes pour qu'ils vivent mieux fait-il partie du contrat que le personnel (instituteurs, enseignants, administrateurs) a passé avec l'école?" (p. 39). L'auteur avance trois arguments fondamentaux pour intégrer à l'école ce type de formation. En premier lieu, c'est la reconnaissance que la problématique de la santé s'inscrit dans une perspective socio-économique: l'éducation à la santé participe à la réduction des inégalités sociales. Un second argument tient à l'influence fondamentale de l'enseignant, en tant que personne de référence, dans la structuration des habitudes de vie chez l'enfant. Enfin l'auteur insiste sur la fonction critique de l'Ecole à l'égard des normes et valeurs sociales. L'Ecole fonde la légitimité des savoirs qu'elle véhicule sur les avancées de la science: à ce titre elle a vocation à porter un regard critique sur les modes et habitudes de vie.

Dans cette optique, l'importance des objectifs de santé justifie que l'école, et les disciplines qui y sont représentées, prennent quelque recul vis-à-vis de leurs finalités traditionnelles. Mérand et Dhellemmes (1988) argumentent dans ce sens: "En milieu scolaire, la santé pour tous semble une priorité au regard de la recherche de performances dans un contexte de compétitions sélectives. Ce choix inspire une prise de distance envers les savoirs constitutifs des prescriptions de l'entraînement sportif" (p. 30).

Tant que cette formation à la santé est considérée comme un apport d'information sur le fonctionnement de l'organisme et les règles d'hygiène, on peut supposer que le seul problème qui se pose est celui de déterminer quels enseignants sont les plus compétents pour faire passer ce type de message et au détriment de quels enseignements cette formation aura lieu. Mais on a vu que l'éducation à la santé renvoyait de manière plus fondamentale à une transformation des habitudes de vie, des attitudes vis-à-vis du corps, vis-à-vis de soi-même et de ses relations avec autrui. Mérand et Dhellemmes (1988) sont dans cette logique quand ils proposent pour objectif à leur approche la construction d'un *habitus-santé*. Ce concept est élaboré à partir de la définition de l'*habitus* proposée par Bourdieu, en tant que "système de dispositions durables et transposables qui, intégrant toutes les expériences passées fonctionne à chaque moment comme une matrice de perceptions, d'appréciation et d'action". (Bourdieu, 1979). L'*habitus-santé* serait identifié à l'aide d'un ensemble d'observables, tels qu'une attitude joyeuse, l'acceptation réjouie de responsabilités, le refus du tabagisme, la diminution de l'absentéisme et des incidents ou accidents consécutifs à l'agressivité, la capacité à l'effort physique (Mérand & Dhellemmes, 1988).

Si l'on reconnaît que l'Ecole est un lieu privilégié pour la formation des *habitus*, ou peut-être plus précisément des attitudes, on est souvent plus réticent à envisager de manière organisée leur enseignement. Morissette et Gingras (1989) adoptent à ce niveau une position claire: si l'Ecole, de toute façon, fait acquérir ou transforme des attitudes, si l'Ecole est de toutes façons un lieu de transmission de normes et de valeurs, autant concevoir et organiser cette transmission (cet enseignement) le plus consciemment et le plus rationnellement possible.

## 4.2. La santé et E.P.S..

Bien qu'indiquant explicitement que l'éducation à la santé ne saurait s'y réduire, les didacticiens de E.P.S. centrent le plus souvent son approche sur la didactique des courses en durée (Herrera Cazenave & Bessy, 1991; Mérand & Dhellemmes, 1988). Le fait est que si l'on se réfère aux prescriptions généralement formulées par les médecins, ce choix semble entièrement justifié. Il faut dire que les enseignants n'ont par ailleurs guère d'autres possibilités. Si certaines pratiques se développent à l'heure actuelle, offrant une alternative au "traditionnel" jogging (aerodance, step, cardio-stretching, gym tonic, fitness,...), force est de constater que les cinq "domaines d'action" récemment définis ne laissent pas de place à ce type d'activité. Il y a là, dans le champ des activités corporelles culturellement signifiantes, un ensemble de pratiques orientées essentiellement vers l'entretien de la condition physique, et que E.P.S. semble ignorer, du moins au niveau de son organisation institutionnelle. C'est d'autant plus surprenant que ces domaines d'action sont sensés servir l'ensemble des finalités assignées à la discipline.

Au-delà du problème des A.P.S. supports de l'enseignement, deux axes de travail peuvent être envisagés: ou bien, dans l'optique du premier objectif assigné à l'éducation physique, on essaie d'améliorer dans l'immédiat l'état de santé et de condition physique des élèves, ou bien dans une optique de préparation à la gestion de la vie physique d'adulte on tente de modifier les attitudes et habitudes de vie des élèves.

D'une manière générale les enseignants ne se font guère d'illusion sur les possibilités d'amélioration des capacités fondamentales au travers de E.P.S.. L'amélioration, par exemple, de la capacité aérobie requiert un investissement quantitatif que la discipline ne peut se permettre, ne serait-ce que parce qu'elle poursuit parallèlement d'autres objectifs. Lors des cycles de course en durée, les enseignants préfèrent d'ailleurs se centrer sur des objectifs de méthode (régularité de la course, gestion des intensités et des durées) et d'attitude (accepter l'effort prolongé) plutôt que d'envisager une amélioration effective des capacités physiologiques (Herrera Cazenave & Bessy, 1993). Durand (1993) s'étonne du délaissement actuel des visées d'amélioration des ressources: "Pour gérer sa vie physique d'adulte, encore faut-il avoir une vie physique et pouvoir l'avoir. Et là, la question porte beaucoup moins sur les apprentissages que sur le développement et l'entretien des aptitudes qui constituent le fondement de la motricité. Cette composante est à peu près ignorée aujourd'hui et la réflexion sur les contenus est organisée par rapport aux seuls apprentissages [...] Si les aptitudes physiques et psychomotrices n'ont pas été développées durant l'enfance et l'adolescence, comment avoir un engagement physique régulier, gratifiant et ne mettant pas en péril la santé et l'intégrité physique de l'adulte?" (Durand, 1993, pp. 101-102). On peut argumenter à ce niveau sur l'existence de périodes critiques, lors de l'enfance et de l'adolescence, au cours desquelles on peut agir de manière optimale sur les aptitudes, mais au-delà desquelles l'efficacité du travail devient moindre (Famose & Durand, 1988). Cette argumentation, pour intéressante qu'elle soit, est confrontée au problème de la durée du travail nécessaire à un développement significatif des aptitudes, et également à celui de la stabilité des progrès enregistrés: à quoi sert de se battre pour améliorer au cours d'un cycle de 12 séances les capacités aérobie des élèves, si ces bénéfiques objectifs disparaissent au bout de quelques semaines d'inactivité relative?

La distinction des deux axes de travail, telle que nous l'avons proposée plus haut, est par ailleurs totalement artificielle. L'atteinte d'objectifs d'attitude et de méthode, relatifs à la gestion de l'activité ne peut se concevoir que dans le cadre d'un développement objectivable

des ressources qui lui donne du sens. Herrera Cazenave et Bessy (1991) argumentent dans ce sens: "inscrire l'élève dans une démarche de progrès favorise son investissement dans l'activité et dans une dynamique d'apprentissage qui permettent l'actualisation progressive des objectifs d'attitude et de méthode. Ces derniers ne peuvent à notre avis être atteints de façon abstraite mais seulement s'ils prennent du sens pour l'élève c'est-à-dire s'il peut les raccrocher à un niveau de pratique qui les rend nécessaire" (p. 22). Cette remarque est vraie en ce qui concerne l'éducation à la santé, mais on peut également la reprendre pour l'ensemble de thématiques qui gravitent autour de la préparation à la vie physique d'adulte, et notamment la sécurité (Delignières, 1993).

On peut rebondir, à ce niveau de l'argumentation, sur les conditions nécessaires à la transformation des attitudes. La modification des attitudes est une problématique centrale en psychologie sociale. Divers auteurs ont recherché les principes d'efficacité de diverses méthodes, telles que la persuasion, l'autorité, etc... D'une manière générale, les psychosociologues tendent à montrer que si l'attitude constitue le soubassement motivationnel du comportement, la manière la plus efficace de la modifier consiste à modifier dans un premier temps le comportement, le changement d'attitude intervenant par la suite comme une justification a posteriori du nouveau comportement adopté. Brouillet *et al.* (1990) estiment ainsi que "pour amener une personne à changer d'attitude [...] il n'est pas nécessaire de lui administrer, à forte dose, des informations nouvelles. Il serait certainement plus efficace de l'amener à prendre une part active dans des réflexions, des rôles ou des pratiques qui feraient naître une certaine dissonance" (p. 208). Le changement d'attitude a pour fonction de réduire la dissonance induite par l'adoption de nouveaux types de comportement. Les fondements de l'attitude apparaissent relativement imperméables à la rationalité consciente. C'est ce qui explique en partie la résistance de l'attitude à la persuasion.

L'étude déjà citée de Perrin (1993) interroge néanmoins grandement les conceptions "classiques" de l'éducation à la santé en E.P.S.. On peut notamment se demander si une approche trop "sérieuse", supportée des activités essentiellement hygiéniques, orientée délibérément et explicitement vers l'acquisition de connaissances plus ou moins savantes sur l'exercice et l'hygiène de vie, est la stratégie la plus efficace. L'essentiel est peut-être de cultiver, chez les élèves, un enthousiasme pour l'activité physique, en leur faisant vivre et ressentir le plaisir d'une pratique régulière. Cette remarque peut paraître décevante à plus d'un titre: l'apprentissage de méthodes de travail et de gestion rationnelle de l'activité physique constitue sans doute un cadre plus sécurisant pour l'enseignant (tant au niveau de la définition des contenus de formation que des facilités de gestion des groupe-classe), et plus "présentable" pour E.P.S. en tant que discipline d'enseignement. Une didactique du plaisir et de la convivialité, au travers des A.P.S., est encore à inventer et les mentalités scolaires ne sont sans doute pas prêtes à accepter ce type d'approche. L'amélioration effective des capacités physiques ou l'apprentissage de méthodes de gestion de l'activité physique sont en outre certainement plus objectivables, évaluables, et peuvent mieux constituer des supports de certification. Néanmoins l'éducation physique doit-elle limiter son enseignement à ce qu'elle est capable d'évaluer?

Ces remarques ne visent en aucun cas à conclure de manière définitive sur la nature des contenus susceptibles de concourir à une éducation à la santé. Mais elles incitent, d'une manière générale, à dépasser les évidences premières et à questionner réellement l'utilité des savoirs dispensés par l'Education Physique.

### 4.3. La santé et l'Ecole.

Nous n'avons envisagé dans la partie précédente que la contribution de E.P.S. à une éducation à la santé. Il est néanmoins évident que les problèmes de santé débordent largement du cadre restreint de l'activité physique et de l'hygiène corporelle. Les Programmes et Instructions pour les Collèges (Ministère de l'Education Nationale, 1985), présentant le thème transversal "santé", évoquent notamment les problèmes liés à l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène du sommeil, la toxicomanie, l'alimentation et la diététique, la vie sexuelle et les MST. Si E.P.S. veut contribuer à la construction d'un habitus-santé, elle doit sans doute chercher à s'intégrer dans un projet à spectre large, mobilisant l'ensemble des disciplines et multipliant les lieux de convergence.

Mérand et Dhellemmes (1988) insistent sur l'importance de la *vie scolaire*, c'est-à-dire l'ensemble des lieux et des moments permettant de supporter le développement d'activités périscolaires, pour l'optimisation des objectifs de santé. En se cantonnant au problème de la pratique physique, les auteurs proposent notamment de dissocier la pratique régulière d'exercices physiques et les cycles d'enseignement de l'entraînement. L'horaire officiel de la discipline ne permettant pas de satisfaire aux exigences quantitatives du développement de la capacité aérobie, il est nécessaire de prévoir une organisation de l'espace et du temps scolaire permettant une pratique régulière en dehors des cours officiels. Herrera Cazenave et Bessy (1993) proposent dans cette optique l'aménagement d'une heure hebdomadaire par le biais d'un PAE santé, visant à offrir une heure de course en durée par semaine sur toute l'année.

Au-delà, l'inscription de E.P.S. dans un ensemble de démarches transversales, dont les Clubs Santé constituent l'illustration la plus significative, semble nécessaire pour la cohérence globale de tout projet visant l'éducation à la santé. Les analyses de Soussan (1988) permettent de mieux cerner le rôle de la vie scolaire dans l'action éducative des établissements. La vie scolaire assure notamment une "fonction transitionnelle, qui a pour but de faciliter le passage de l'élève de l'école à la vie et de la vie à l'école en lui aménageant un sas où il construit le lien entre le scolaire et le social, de le préparer par l'apprentissage des valeurs prônées par la vie scolaire [...] à sa vie ultérieure d'adulte de sa classe sociale et de citoyen" (p. 48). L'E.P.S. ne peut espérer seule, et peut-être aussi parce qu'elle est discipline d'enseignement, avoir auprès des élèves une résonance suffisante pour influencer largement et durablement leurs attitudes vis-à-vis de la santé. Il s'agit d'une mission trop fondamentale pour n'envisager de la traiter qu'au travers de contenus dispensés dans le cadre des plages d'enseignement.

#### **Conclusion.**

Ce cours n'avait pas pour objectif de proposer une démarche didactique définitive pour l'éducation à la santé, mais de proposer des éléments argumentaires permettant d'en discuter la pertinence et la possibilité. Nous souhaiterions en conclusion ajouter un argument supplémentaire, sans doute plus polémique, mais intéressant à verser au dossier. Pourquoi, en 1991, envisage-t-on l'introduction du troisième objectif, visant à donner aux élèves les connaissances et savoirs nécessaires à la gestion de leur future vie physique? Nous avons développé récemment l'hypothèse selon laquelle l'introduction de nouveaux objectifs correspondait à un effort de légitimation de la discipline au sein du système scolaire (Delignières & Garsault, 1993). C'est parce qu'à un moment donné l'évolution de la société affaiblit la pertinence des objectifs qui ont un temps justifié son existence, que E.P.S. doit périodiquement afficher des finalités nouvelles qui régénèrent sa légitimité.

L'introduction des finalités culturelles, dans les années 60, peut être analysée selon cette hypothèse. Encore faut-il noter qu'alors les Instructions Officelles avalisent un objectif déjà entré dans les pratiques depuis quelques années. L'apparition de l'objectif de gestion de la vie physique, en 1991, est plus surprenante dans la mesure où aucun signe avant-coureur, sur le plan des pratiques, ne permettait *a priori* de la prévoir. Nous n'avons pas encore le recul nécessaire pour affirmer que son introduction peut être expliquée au travers de l'hypothèse précédente. Certains arguments peuvent néanmoins être avancés dans ce sens (voir à ce sujet Delignières & Garsault, 1993, p. 10).

Reste à savoir si cet objectif est destiné à être réellement intégré dans la pratique de E.P.S. (et nous pensons alors qu'il sera en mesure de déclencher une rupture profonde dans la définition des contenus de la discipline), ou ne vise qu'à asseoir, sur le plan institutionnel, la légitimité de E.P.S. dans le cadre scolaire. Notons qu'il s'agit d'un questionnement ni entièrement nouveau, ni spécifique à la France. Lagarde, en 1984, posait des questions similaires, au niveau des orientations de l'Education Physique au Québec: "Bien que cette orientation (l'éducation à la santé) ait pour but social de mener la population vers un mieux-être global, on peut se demander si elle est formulée et articulée de façon à servir davantage les intérêts corporatistes des éducateurs physiques que la raison sociale qui est à son origine" (Lagarde, 1984, p. 7).

E.P.S. doit maintenant faire la preuve que l'introduction du troisième objectif ne correspondait pas uniquement à un effet d'affichage, mais était réellement destinée à prendre en compte un besoin clairement identifié. Nous avons déjà évoqué la logique de définition des domaines d'action, qui nous paraît peu à même de favoriser la prise en compte des problématiques relevant de ce troisième objectif. Les procédures d'évaluation proposées pour les examens (circulaire n°94007 du 12-1-1994), mettant avant tout l'accent, tant au niveau du pourcentage de la note terminale que sur les raffinements techniques de la démarche, sur l'évaluation des conduites motrices (zones et coefficients de performance, maîtrise de l'exécution) et n'envisageant que de manière allusive l'évaluation des "connaissances et savoirs liés à la pratique des activités physiques et à la gestion de la vie physique", ne nous paraissent pas plus rassurantes. Il est certain que le traitement didactique d'objectifs tels que l'apprentissage de la santé demeure balbutiant, et que le caractère d'urgence de l'élaboration des programmes et des procédures d'évaluation n'autorisait pas le recul nécessaire pour en envisager de manière significative la prise en compte.

## Références

- Abadie, B.R. (1988a). Construction and validation of a perceived physical fitness scale. *Perceptual and Motor Skills*, **67**, 887-892.
- Abadie, B.R. (1988b). Relating trait anxiety to perceived physical fitness. *Perceptual and Motor Skills*, **67**, 539-543.
- Allgood-Merten, B., & Stockard, J. (1991). Sex role identity and self-esteem: a comparison of children and adolescents. *Sex Roles*, **25**, 129-139.
- Bahrke, M.S., & Morgan, W.P. (1978). Anxiety reduction following exercise and meditation. *Cognitive Therapy and Research*, **3**, 323-334.
- Balogun, J.A. (1986). Muscular strength as a predictor of personality in adult females. *Journal of Sports Medicine*, **26**, 377-383.

- Bellin du Coteau, D<sup>r</sup> M. (1920). *L'Education Physique, obligation nationale*. Nancy; Paris; Strasbourg: Berger-Levrault.
- Bellin du Coteau, D<sup>r</sup> M. (1930). *Le sport au secours de la santé*. Paris: H. Dangles.
- Biddle, S.J.H. & Ashford, B. (1988). Cognition and perceptions of health and exercise. *British Journal of Sport Medicine*, **22**, 135-140.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, **1**, 205-233.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction, critique sociale du jugement*. Paris: Minuit.
- Brodie, D.A., Lamb, K.L., & Roberts, K. (1988). Body composition and self-perceived health and fitness among indoor sports participants. *Ergonomics*, **31**(11), 1551-1557.
- Brouillet, D., Domalain, G., Guimelli, C. & Eisenbeis, J. (1990). Education à la sécurité dans les pratiques physiques et sportives. *Bulletin de Psychologie*, **44**, 400, 209-214.
- Canguilhem, C. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chailley-Bert, D<sup>r</sup> P., Fabre, D<sup>r</sup> R., Merkel, D<sup>r</sup> L. (1943). *Biologie de l'éducation physique et contrôle médical*. Paris: J.B. Baillière.
- Chaouat, Y. (1980). L'impréparation physique, facteur de risque professionnel. In *Activités physiques, sport et santé* (pp. 28-33). Paris: La Documentation Française.
- Delignières, D. (1993). Risque préférentiel, risque perçu et prise de risque. In J.P. Famose (Ed.), *Cognition et performance* (pp. 79-102). Paris: Publications INSEP.
- Delignières, D., & Garsault, C. (1993). Objectifs et contenus de l'EPS: Transversalité, utilité sociale et compétence. *EPS*, **242**, 9-13.
- Delignières, D., Marcellini, A., Legros, P. & Brisswalter, J. (1994). Self-perception of fitness and personality traits. *Perceptual and Motor Skills*, **78**, 843-851.
- Delignières, D., Marcellini, A., Legros, P., & Brisswalter, J. (1993). *Les déterminants psychologiques de l'auto-évaluation de la condition physique*. Rapports du Laboratoire de Psychologie du Sport de l'I.N.S.E.P., n°2.
- Dishman, R.K. (1984). Qu'est-ce qui motive les gens à être actifs? In F. Lagarde (Ed.), *Santé et Activité Physique* (pp. 83-96). Québec: Service d'Édition du Collège Edouard-Montpetit.
- Durand, M. (1993). Entretien avec Marc Durand. Actes de l'Université d'Été 1993 EPS (pp. 101-104). Marseille: AEEPS/Université Aix-Marseille II.
- Edholm, O.G. (1970). The changing pattern of human activity. *Ergonomics*, **13**, 625-643.
- Encasse, D<sup>r</sup> Ph. (1951). *Sport et santé*. Paris: Legrand.
- Famose, J.P. & Durand, M. (1988). *Aptitude et performance motrice*. Paris: Revue EPS.
- Fasting, K. (1984). L'activité physique et la santé chez les chômeurs. In F. Lagarde (Ed.), *Santé et Activité Physique* (pp. 119-127). Québec: Service d'Édition du Collège Edouard-Montpetit.
- Fasting, K., & Gronningsaeter, H. (1986). Unemployment, trait anxiety and physical exercise. *Scandinavian Journal of Sports Science*, **8**, 99-103.
- Fox, K.H. & Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, **11**, 408-430.
- Hamborg, B. (1982). Obesity and physical activity. *Scandinavian Journal of Social Medicine, supplementum* **29**, 217-220.

- Hayden, R.A. & Allen, G.J. (1984). Relationship between aerobic exercise, anxiety, and depression: convergent validation by knowledgeable informants. *Journal of Sports Medicine*, **24**, 69-74.
- Hayden, R.A., Allen, G.J., & Camaione, D.N. (1986). Some psychological benefits resulting from involvement in an aerobic fitness program from the perspective of participants and knowledgeable informants. *Journal of Sports Medicine*, **26**, 67-76.
- Heaps, R.A. (1978). Relating physical and psychological fitness: a psychological point of view. *Journal of Sports Medicine*, **18**, 399-408.
- Hébrard, A. (1986). *L'éducation physique et sportive, réflexions et perspectives* (pp. 199-201). Paris: STAPS/EPS.
- Hébrard, A. & Pineau, C. (1994). Schéma directeur du programme d'éducation physique et sportive. *Revue EPS*, **247**, 49-51.
- Herrera Cazenave, S. & Bessy, O. (1991). *Une démarche d'enseignement de la course en durée*. Paris: Editions Revue EPS.
- Herrera Cazenave, S. & Bessy, O. (1993). Le développement des ressources aérobies en EPS: illusion ou réalité? In G. Bui-Xuân & J. Gleyse (Eds.), *Enseigner l'Education Physique et Sportive* (pp. 265-273), Clermond-Ferrand: AFRAPS.
- Hotsmark, A.T. (1982). Physical activity and plasma lipids. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, supplementum **29**, 83-91.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, **11**, 1-47.
- Joos, E. (1991). L'activité physique comme facteur de prévention des maladies. In N. Midol (Ed.), *Performance & Santé* (pp. 113-116). Nice: AFRAPS-LANTAPS.
- Koralsztein, J.P. (1986). *La santé à l'épreuve du sport*. Grenoble: P.U.G.
- Lagarde, F. (1984). A qui revient-il de définir les besoins en activité physique? In F. Lagarde (Ed.), *Santé et Activité Physique* (pp. 7-12). Québec: Service d'Édition du Collège Édouard-Montpetit.
- Lange-Andersen, K. & Hermansen, L. (1965). Aerobic work capacity in middle-aged Norwegian men. *Journal of Applied Physiology*, **20**, 432-436.
- Leonardson, G.R. (1977). Relationship between self-concept and perceived physical fitness. *Perceptual and Motor Skills*, **44**, 62.
- Leonardson, G.R., & Garguilo, R.A. (1978). Self-perception and physical fitness. *Perceptual and Motor Skills*, **46**, 338.
- Leselbaum, N. (1989). Plaidoyer pour une éducation à la santé à l'école. *Cahiers Pédagogiques*, **273**, 39-40.
- Lund-Johansen, P. (1982). Physical activity and hypertension. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, supplementum **29**, 185-194.
- McGlynn, G.H., Franklin, B., Lauro, G., & McGlynn, I. (1983). The effects of aerobic conditioning and induced stress on state-trait anxiety, blood pressure, and muscle tension. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, **23**, 341-350.
- Mérand, R. & Dhellemmes, R. (1988). *Education à la santé, endurance aérobie, contribution de l'EPS*. Paris: INRP.

- Merzbacher, C. (1979). A diet and exercise program regimen: its effects upon mental acuity and personality. *Perceptual and Motor Skills*, **45**, 361-371.
- Michael, E.D. (1957). Stress adaptation through exercise. *Research Quarterly*, **28**, 50-54.
- Ministère de la Jeunesse et des Sports (1980). *Activités physiques, sport et santé*. Paris: La Documentation Française.
- Ministère de l'Education Nationale (1985). *Collèges: Programmes et instructions*. Paris: CNDP/Livre de Poche.
- Morissette, D. et Gingras, M. (1989). *Enseigner des attitudes?* Bruxelles: De Boeck.
- Perrin, C. (1993). Analyse des relations entre le rapport aux APS et les conceptions de la santé. *STAPS*, **31**, 21-30.
- Perrin, E. (1991). Sport et médecine ou les mille définitions de la santé. In N. Midol (Ed.), *Performance & Santé* (pp. 25-28). Nice: AFRAPS-LANTAPS.
- Pineau, C. (1991). *Introduction à une didactique de l'EPS*. Paris: Editions EPS.
- Railo, W.S. (1984). La relation entre le sport et la santé menale et sociale chez les enfants et les adolescents. In F. Lagarde (Ed.), *Santé et Activité Physique* (pp. 67-82). Québec: Service d'Édition du Collège Edouard-Montpetit.
- Rauch, A. (1986). La santé. In A. Hébrard, *L'éducation physique et sportive, réflexions et perspectives* (pp. 199-201). Paris: STAPS/EPS.
- Rejeski, W.J., & Kenney, E.A. (1987). *Fitness Motivation: Preventing Participant Dropout*. Champaign, Illinois: Life Enhancement Publications.
- Renault, Dr. A. (1990). *Santé et activités physiques*. Paris: Amphora.
- Rieu, M. (1991). Sport et santé. In N. Midol (Ed.), *Performance & Santé* (pp. 109-112). Nice: AFRAPS-LANTAPS.
- Soussan, M. (1988). Vie scolaire: approche socio-historique. *Revue Française de Pédagogie*, **83**, 39-49.
- Staff, P.H. (1982). The effects of physical activity on joints, cartilage, tendons and ligaments. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, supplementum **29**, 59-63.
- Stromme, S.B., Frey, H., Harlem, O.K., Stokke, O., Vellar, O.D., Aaro, L.E. & Johnsen, J.E. (1984). Santé et activité physique. In F. Lagarde (Ed.), *Santé et Activité Physique* (pp. 15-33). Québec: Service d'Édition du Collège Edouard-Montpetit.
- Waerhaug, O. (1982). The effects of regular physical activity on the nervous system. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, supplementum **29**, 65-68.
- Ulmann, J. (1967). Sur quelques problèmes concernant l'éducation physique. *Revue EPS*, **81**, 7-11. Ce cours a été rédigé en Septembre 1994.