

Chapitre 3

UNE EDUCATION POUR LA SANTE : INCITER A LA PRATIQUE

Nous avons dans le chapitre précédent insisté sur les ruptures et les oppositions qui marquent l'histoire de l'Education Physique. Cette histoire révèle aussi certaines permanences, et notamment le thème de la santé qui semble avoir traversé depuis les origines l'évolution de la discipline. Permanence de surface, car en fait cette thématique a connu des mutations majeures, accompagnant l'évolution des conceptions dont nous avons parlé précédemment. Mais s'il est actuellement de bon ton de renier un hygiénisme qui porte les relents d'une préhistoire de l'Education Physique, on peut a contrario se demander si les orientations citoyennes actuelles de la discipline ne constituent pas une relecture, mâtinée de modernité, de l'éducation pour la santé. C'est du moins l'hypothèse que nous tenterons de défendre dans cette partie, où l'argumentation nous mènera à proposer pour finalité ultime de l'Education Physique d'inciter les futurs adultes à pratiquer, tout au long de leur vie, des activités de loisir sportif.

L'éducation pour la santé

La santé, qu'il s'agisse de sa préservation, de sa restauration ou de son dépassement, a toujours constitué une préoccupation centrale pour l'Education 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, rappellent 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 ».

Les textes officiels des années 90 ont amené une évolution marquée des objectifs de la discipline. Parmi les trois finalités assignées à l'Education Physique, deux semblent liées de manière explicite aux objectifs de santé. La première 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. La troisième finalité assignée 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'Education Physique 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'Education 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 physiques 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 buts 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; voir pour un exemple Larouche, 1996). En France, malgré un rapport officiel sur ce sujet publié voici une vingtaine 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 avons évoqué dans la partie précédente l'idée selon laquelle l'introduction de nouvelles finalités en Education Physique pouvait être analysée comme une mesure politique de sauvegarde de la discipline au sein du système scolaire. On peut se demander si ce troisième objectif est destiné à être réellement intégré dans la pratique de l'Education Physique, ou ne vise qu'à asseoir, sur le plan institutionnel, sa légitimité dans le cadre scolaire. Notons qu'il s'agit d'un questionnement ni entièrement nouveau, ni spécifique à la France. Lagarde (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 ».

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 ». Cet énoncé, bien qu'idéaliste et en définitive peu fonctionnel, apporte cependant deux idées fondamentales: la première est que l'on ne peut pas définir la santé uniquement comme un état de non-maladie: la santé est au-delà, et proche, selon Koralsztein (1986), du concept d'épanouissement de la personnalité. La seconde est que la santé ne peut être envisagée uniquement selon la dimension somatique. La santé physique est évidemment l'acception la plus fréquente, et l'idée de bien-être physique a constitué de longue date une référence essentielle pour l'Education Physique. La « santé mentale » semble également bien identifiée, renvoyant à un bien-être psychologique dont les déterminants sont de mieux en mieux connus. Le concept de « santé sociale » est peut-être plus difficile à cerner. En première approche, nous le définirons comme la capacité à s'investir dans des projets communautaires, et dans ce sens la santé sociale nous semble proche du concept de citoyenneté. Nous évoquerons évidemment plus longuement ce concept dans la suite de ce chapitre et dans les chapitres ultérieurs.

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 la 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 parfois 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'Education Physique 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 Claude 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 l'on a vu précédemment que les 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). Encausse (1951) se réfère encore à une santé définie comme « la résultante du parfait équilibre des grandes fonctions vitales ».

Petit à petit au cours du 20ème siècle une nouvelle conception de la santé va émerger et devenir dominante. C'est sur la base des 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), « 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 ». 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, 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).

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.

L'éducation à la santé à l'école

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? » 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 ».

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.

Dans le domaine de l'éducation à la santé, deux axes de travail peuvent être envisagés: ou bien, dans l'optique du premier objectif assigné à l'Education 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 l'Education Physique. L'amélioration, par exemple, de la capacité aérobie requiert un investissement quantitatif que la discipline peut difficilement se permettre, ne serait-ce que parce qu'elle poursuit parallèlement d'autres objectifs (on pourra cependant trouver une argumentation contraire dans Pradet, 1996). 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). 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 aérobies des élèves, si ces bénéfiques objectifs disparaissent au bout de quelques semaines d'inactivité relative (Van Praagh & Léger, 1996)?

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 ».

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... (voir, par exemple, Leyens, 1979 ; Thomas & Alaphilippe, 1983). 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, Domalain, Guimelli et Eisenbeis (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 ». 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.

Les réflexions développées dans les parties précédentes interrogent néanmoins grandement les conceptions « classiques » de l'éducation à la santé en Education Physique. 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 classes), et plus "présentable" pour l'Education Physique en tant que discipline d'enseignement. Une didactique du plaisir et de la convivialité, au travers des activités sportives, 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?

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.

Les effets physiologiques de l'exercice sont en général bien connus des enseignants d'Education Physique. 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'obésité, 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). Elles 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, 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 développés plus loin.

Nous avons précédemment évoqué le rôle indirect que l'exercice pouvait revendiquer pour la prévention des maladies coronariennes, par sa participation à la réduction de la surcharge pondérale. La prévalence de l'obésité est devenue si importante dans les sociétés occidentales que cette affection doit maintenant être considérée en soi comme un fléau majeur pour la santé publique. L'obésité est évaluée par l'indice de masse corporelle (IMC), calculé en rapportant le poids de corps (en kilogrammes) au carré de la taille (en mètre). Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². A l'heure actuelle, c'est surtout l'accroissement de la prévalence de l'obésité chez l'enfant qui inquiète les pouvoirs publics. Aux Etats-Unis, on considère que plus de 20% des enfants de moins de 10 ans sont obèses. On assiste en France à un accroissement régulier du nombre d'enfants obèses : une série d'études ont ainsi montré que l'on passe de pourcentages aux alentours de 3% vers 1965, à 6% vers 1980, et 12% en 1995 (INSERM, 2000).

L'obésité est associée à un certain nombre de complications susceptibles de compromettre à long terme l'état de santé. Les obèses souffrent de problèmes orthopédiques, de troubles respiratoires (apnée du sommeil), de diabète et d'hypertension artérielle. On note surtout un accroissement des risques de mortalité liés aux accidents cardiovasculaires. L'obésité est considérée comme une maladie épidémique, liée à l'évolution de modes de vie. D'une manière générale, l'obésité semble renvoyer à un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. D'un côté, une nourriture de plus en plus riche, abondante et facile d'accès, de l'autre, une sédentarisation de plus en plus marquée des modes de vie. On a ainsi montré pu montrer que l'accroissement du pourcentage d'obèses dans la population était corrélée au nombre moyen de voitures possédées par chaque foyer, ou avec le temps passé à regarder la télévision (Prentice et Jebb, 1995). Il faut évidemment de garder de conclusions hâtives : les facteurs génétiques ne sont pas à négliger, et installent chez certains sujets un terrain favorable que les variables environnementales ne viendront ensuite qu'exploiter. Il n'en demeure pas moins que la réduction de l'activité physique et de la dépense énergétique semble un facteur particulièrement déterminant de l'installation de l'obésité. La promotion des activités sportives, chez les enfants et les adultes qu'ils deviendront, apparaît dès lors comme une mesure essentielle de santé publique.

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. Cette perte de tissu débouche sur une fragilisation de la charpente osseuse, cause de tassements 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 les cartilages articulaires. 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 cependant 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'habitudes 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 activités sportives véhiculent leur propre pathologie. Au-delà de l'accident sportif, visible et souvent dans la logique de l'activité, certains aspects traumatiques sont plus perniciose. 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).

Les 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 aérobie 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, Franklin, Lauro, & McGlynn, 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; Delignières, Marcellini, Legros, & Brisswalter, 1994; Heaps, 1978).

Ce type de constat a été interprété au travers des modèles récents de l'estime de soi, développés notamment par Fox et Corbin (1989). L'estime de soi est définie comme « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important » (Coopersmith, 1984). Une haute estime de soi est considérée comme un des déterminants essentiels du bien-être psychologique, et est associée à de faibles niveaux d'anxiété. On a longtemps considéré l'estime de soi comme un trait de personnalité extrêmement stable, déterminant une certaine invariance dans les évaluations que l'individu porte à l'égard de sa propre personne. Certaines études récentes ont cependant mis en évidence que l'estime de soi était influencée par les événements marquants de la vie de l'individu, et était susceptible d'évoluer dans le temps de manière significative (Ninot, Fortes et Delignières, 2001 ; voir Figure 3.1.).

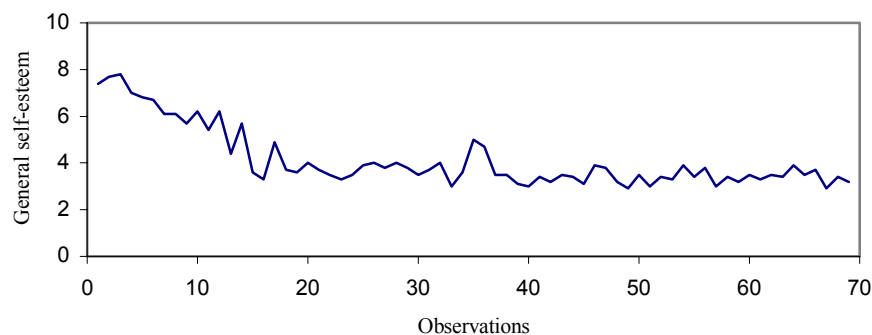


Figure 3.1. : Evolution temporelle de l'estime de soi (70 évaluations bi-quotidiennes, d'après Ninot, Fortes et Delignières, 2001).

Fox et Corbin (1989) avancent un modèle qui permet d'expliquer comment les événements positifs ou négatifs que traverse l'individu peuvent affecter son estime de soi. Ce modèle hiérarchique suggère que l'estime globale de soi est le résultat de l'agrégation de sentiments de compétence relatif à des domaines variés, tels que le domaine scolaire ou professionnel, le domaine social, le domaine familial et évidemment le domaine physique. Chacun de ces domaines est à son tour conçu comme l'agrégation de sous-domaines plus spécifiques. Fox et Corbin travaillent plus spécifiquement sur le domaine physique, qu'ils dénomment « valeur physique perçue », composé de quatre sous-domaines : la condition physique perçue, la compétence sportive perçue, la force perçue et l'apparence perçue (Figure 3.2.). Selon ce modèle, des événements tels que la réussite ou l'échec dans une situation donnée modulent le sentiment de compétence dans le sous-domaine correspondant, puis irradient au domaine, puis à l'estime globale de soi. Cette logique de diffusion ascendante permet d'expliquer comment l'estime de soi peut connaître des évolutions aussi marquées que celles décrites en Figure 3.1., sous l'influence des événements de vie.

L'influence réelle d'un événement donné sur le système est cependant relative à l'importance subjective du sous-domaine correspondant. Fox (1990) suppose que certains domaines sont particulièrement valorisés, et que les événements qui les concernent ont dès lors une grande influence sur l'estime globale de soi. Biddle et Goudas (1994) montrent notamment que le domaine physique est généralement survalorisé chez l'enfant, et de ce fait on peut supposer les activités sportives pourront avoir chez les jeunes un impact important sur l'estime de soi. A l'inverse, certains domaines ou sous-domaines sont minorés, et on suppose que ces importances relatives correspondent à des stratégies de préservation, de la part des sujets: une dimension perçue comme déficiente est minorée, de manière à protéger l'estime

globale de soi. Harter (1985) a montré que les enfants qui n'avaient pas recours à ces mécanismes d'auto-promotion de soi tendaient à présenter de faibles niveaux d'estime de soi.

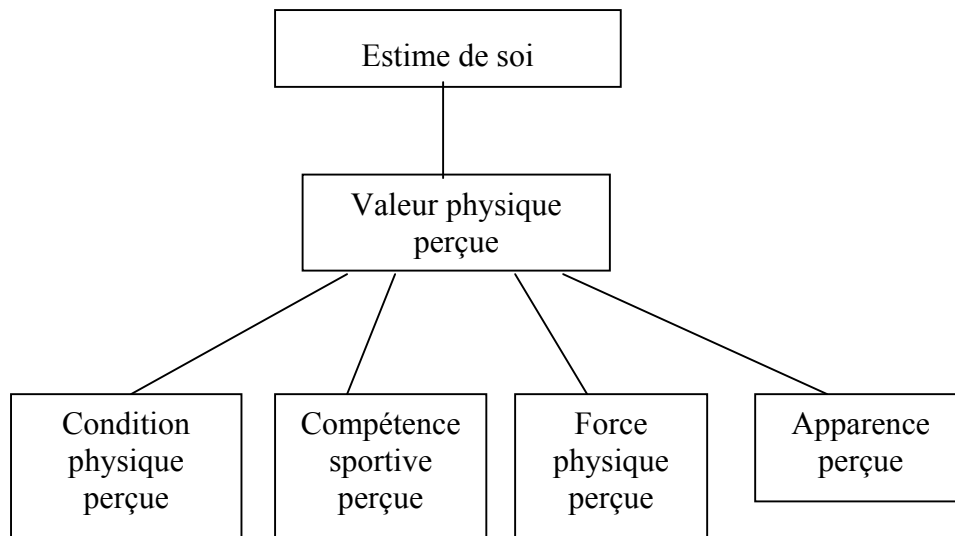


Figure 3.2.: Le modèle hiérarchique de l'estime de soi (adapté de Fox et Corbin, 1989).

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 permettant un développement musculaire ciblé.

Un certain nombre d'études ont montré que le renforcement du sentiment de compétence, lors de la pratique des activités sportives, participait directement à l'élévation du niveau général d'estime de soi (Iso-Ahola, LaVerde & Graefe, 1989; Marsh, Richards & Barnes, 1986). Le modèle de Fox et Corbin suggère une diffusion de ces effets dans l'ensemble des domaines du soi (voir aussi à ce niveau Marsh, 1994; Sonstroem, Harlow & Josephs, 1994). Le sentiment de compétence ne génère donc pas qu'une satisfaction fugace, mais peut s'inscrire, pour peu que son expérience soit suffisamment répétée, de manière durable et transversale dans l'estime globale de soi du sujet. De nombreux travaux ont ainsi pu montrer l'influence bénéfique des loisirs sportifs sur le bien-être psychologique, la réduction de l'anxiété et la résistance au stress (Coleman & Iso-Ahola, 1993; Fasting et Gronningsaeter, 1986; Hull, 1990). Biddle et Goudas (1994) nous rappellent à ce niveau qu'un des objectifs prioritaires de l'Education Physique en Grande-Bretagne est le renforcement de l'estime de soi des élèves.

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 le 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).

Activités sportives et santé sociale

Ce dernier versant de la thématique de la santé est plus rarement évoqué. Mais si l'on se conforme à cette idée moderne de la santé, qui renverrait moins à un état de non-maladie, que plus généralement à la capacité à aller de l'avant, à avoir des projets, à entreprendre, on conçoit aisément la dimension sociale que peut revêtir le concept de santé. Comme nous le disions précédemment, il nous semble que la santé sociale est très proche de ce que l'on désigne, du moins dans les sphères éducatives, sous le terme de citoyenneté (Delignières, 2001b).

Il nous faut avant tout revenir rapidement sur ce concept de citoyenneté que nous avons mis depuis quelques années au centre de nos réflexions. Nous l'avons longtemps évoqué sans chercher à en donner une définition précise. Il nous semblait en fait dommage de cristalliser ce concept dans une définition hâtive, et nous avons préféré travailler quelque temps à son élaboration. Nous pensons que la citoyenneté peut être utilement conçue comme *la capacité à s'engager positivement dans des projets communautaires* (Delignières, 2003). Une société qui fonctionne est en effet une société dans laquelle des citoyens parviennent à s'associer durablement sur la base de projets communs. De telles associations reposent sur un partage librement consenti des tâches, et une solidarité entre les membres du groupe, du moins dans le cadre des activités suscitées par le projet fondateur de l'association.

Les formes que peuvent revêtir ces associations sont multiples. Les plus simples sont des regroupements plus ou moins informels, souvent autour de projets relatifs aux loisirs. De tels regroupements peinent cependant à s'inscrire dans la durée. A un niveau plus élevé d'institutionnalisation, on trouve évidemment les multiples associations locales, créées sur le principe de la loi de 1901 : clubs, foyers, amicales, sections locales, etc... Ces groupes fonctionnent selon une logique de proximité : les contacts sont directs, et les solidarités immédiates. Enfin un autre niveau est celui des associations nationales ou internationales : partis politiques, syndicats, fédérations, sociétés savantes, organisations non-gouvernementales. A ce niveau les associations se situent dans la dialectique des pouvoirs et contre-pouvoirs, et visent à peser sur le fonctionnement global de la société. On le voit les objets de ces associations sont divers : promotion d'idéaux politiques, défense de corporations, organisation de solidarités, organisation de pratiques culturelles, scientifiques, artistiques ou sportives.

Un nombre important de ces associations est dédié à la pratique des activités physiques, sportives et artistiques. Les clubs locaux, le plus souvent affiliés à des fédérations disciplinaires ou affinitaires, se donnent pour objectif de promouvoir la pratique de ces activités par le plus grand nombre. C'est ce qui représente pour nous l'essence fondamentale du mouvement sportif : des individus qui se regroupent, s'associent pour permettre à leurs concitoyens de se réaliser et de prendre du plaisir dans la pratique d'une activité sportive ou artistique.

Dumazedier (1962) a longuement analysé l'émergence du temps libre et du loisir dans nos sociétés industrielles et postindustrielles. La réduction massive du temps de travail, l'extinction progressive de l'encadrement rituel des modes de vie, ont entraîné la libération d'espaces de vie que chacun peut occuper à sa guise. Ce temps libre, dans nos sociétés, est

largement dédié à la pratique de loisirs physiques et sportifs. Pour reprendre les définitions de l'auteur, nous entendons par loisir une activité libératoire, au sens où elle sous-tend l'auto-détermination de l'individu, une activité désintéressée dans la mesure où elle n'est pas pratiquée à fins lucratives, une activité hédonique, finalisée par la recherche du bien-être et de la satisfaction, et enfin une activité personnelle, au sens où elle doit permettre la réalisation et le dépassement de soi. Le terme de loisirs physiques et sportifs ne renvoie donc pas uniquement, comme certains ont pu l'entendre, à des pratiques non institutionnalisées, non compétitives. De manière large, il désigne l'ensemble des activités physiques, sportives, artistiques, dont les individus peuplent leur temps libre. Le jogging du dimanche matin, la randonnée en famille y ont autant leur place que l'entraînement compétitif.

Toutes ces activités ne se déroulent pas dans le cadre des associations que nous évoquons précédemment. Les loisirs sont également une marchandise, et souvent la pratique sportive ne représente plus qu'un objet de consommation, un produit vendu au coup par coup dans des clubs de vacances ou des agences de tourisme. Il n'est généralement pas question dans ce cas d'engagement à long terme, mais d'expériences ponctuelles, encadrées par un personnel qualifié.

Ces loisirs physiques et sportifs représentent aussi la raison d'être de milliers de clubs, associations, ou foyers ruraux. Au-delà de la vitrine des événements compétitifs, spectacles ou galas, il faut prendre en compte l'engagement quotidien des pratiquants, mais aussi des bénévoles qui organisent, planifient, des entraîneurs salariés dont l'investissement va souvent au-delà des revenus que la structure peut leur accorder, des parents, amis et supporters qui encadrent, accompagnent, convoient et soutiennent. Le mouvement sportif représente ainsi un espace conséquent de convivialité, de solidarité, et d'initiative citoyenne. Les loisirs physiques et sportifs, par la logique d'association, et d'identification qu'ils induisent, sont un élément fondamental du tissu social, notamment dans des lieux où des institutions plus traditionnelles (écoles, églises, cafés, commerces,...) ont cessé d'exister. Ils sont souvent le seul lieu de projet communautaire, dans certaines zones rurales ou certains quartiers difficiles. Ils contribuent à ce que nos sociétés ne soient pas qu'une agrégation d'individus aux existences parallèles, mais des lieux de débat et de rencontre. Les loisirs physiques et sportifs constituent en définitive un lieu majeur d'expression de la citoyenneté dans nos sociétés modernes (Delignières, 2001a).

Il nous semble donc raisonnable d'avancer qu'une des expressions de la santé sociale, telle que nous l'avons définie plus haut, renvoie à l'investissement actif, volontaire et durable des individus dans des groupes finalisés par l'organisation et la pérennisation de la pratique des activités sportives. On conçoit le caractère militant de cette proposition. D'autres modes d'organisation de la pratique pourraient être envisagés, et notamment dans l'optique d'une consommation plus ou moins passive de produits mis à disposition du public. Les loisirs physiques et sportifs représentent un potentiel citoyen qu'il convient de faire fructifier. L'Éducation Physique, parce qu'elle touche l'ensemble des jeunes à un moment clé de leur développement personnel, a une mission essentielle dans la formation des futurs citoyens, et dans le formatage de leurs attitudes vis-à-vis de la pratique sportive.

L'éducation à la santé : une incitation à la pratique

D'une manière générale, l'ensemble de ces données, qu'elles concernent les aspects biologiques, psychologiques, ou sociologiques, tend 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.

Encore une fois, l'Education Physique n'a pas à prendre en charge tous les vices de l'évolution de nos sociétés. Elle n'a pas à pallier les insuffisances de l'éducation hygiénique ou les mauvaises habitudes alimentaires. La discipline tire sa pertinence d'un ensemble de pratiques sociales, les loisirs physiques et sportifs, et c'est à ce niveau avant tout que son action dans le domaine de la santé doit être définie. Si l'on peut s'accorder à estimer que les loisirs physiques et sportifs constituent un élément déterminant de l'insertion sociale, de la qualité de vie, de la santé et du bien-être psychologique, il semble logique que l'Education Physique s'assigne comme mission fondamentale d'inciter les élèves à s'engager dans ces activités, et à poursuivre cet engagement tout au long de leur vie.

On pourra objecter que la pratique en elle-même n'est pas le garant de l'installation et du maintien de la santé, et qu'il est nécessaire de rationaliser les durées, les niveaux d'engagement, les formes de motricité requises. Les médecins ont à ce niveau défini de manière assez concordante les canons d'une pratique idéale, du point de vue de la santé : on préconise généralement la pratique d'exercices 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.

Deux problèmes doivent être envisagés : le premier est celui de l'entrée en pratique, et le second celui de l'organisation et du suivi de cette pratique. D'une manière générale les propositions didactiques en Education Physique n'envisagent que ce second aspect, considérant pour acquis que les individus pratiquent, et que le seul problème est de rendre cette pratique raisonnée, efficace et sécuritaire. On a notamment mis en avant l'importance de l'acquisition de "principes de gestion", de "règles d'hygiène" et de "règles de sécurité". Ce type de proposition pose par principe que les individus gèrent leur vie physique et sportive sur la base d'une planification rationnelle, explicite, et en outre "raisonnable". Cette conception prescriptive de la cognition est sans doute bien éloignée du fonctionnement des individus en situation réelle.

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 termes plus courts. Les buts initiaux souvent généraux doivent être spécifiés afin de pouvoir donner lieu à une évaluation précise et objective pour le sujet.

Plus généralement, il est important de comprendre pourquoi certains pratiquent et d'autres pas. Perrin (1993) propose une analyse des relations entre le rapport aux activités sportives et les conceptions de la santé. L'auteur met notamment en évidence une opposition entre deux conceptions contrastées de la pratique sportive (voir Figure 3.3., axe horizontal). Dans la première, qualifiée d'*hédoniste*, les A.P.S. sont investies sur un mode ludique, centré sur la recherche du plaisir. L'état de santé est dans ce cas généralement vécu de manière positive, et ne constitue en tout état de cause pas le motif d'entrée en pratique. Dans la seconde conception, qualifiée d'*hygiéniste*, le rapport aux activités sportives est de nature utilitaire: la pratique est conçue comme un devoir hygiénique envers le corps. Dans ce cas l'état de santé est plutôt vécu de manière négative.

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). 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. Bousquet (1997) a décrit des résultats similaires à propos d'adolescents d'âge scolaire.

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). Ces conclusions doivent de toute 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.

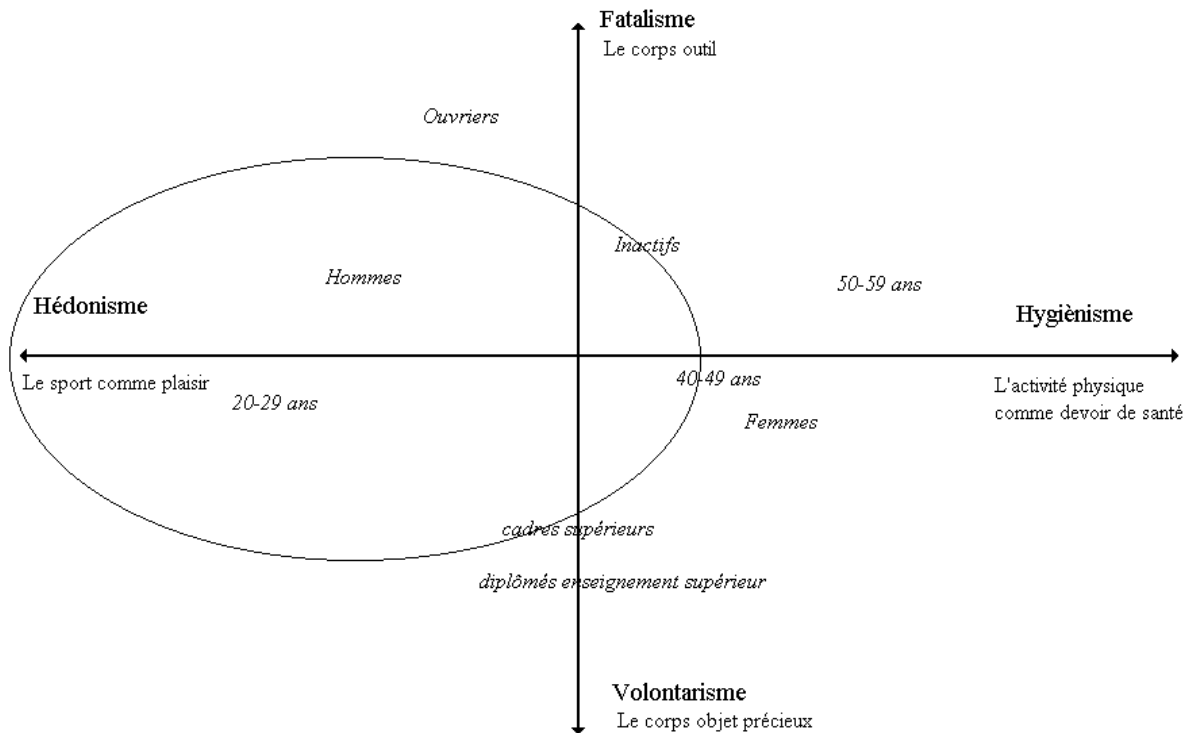


Figure 3.3. : Les usages sociaux du corps et de la santé (d'après Perrin, 1993). Voir commentaires dans le texte. L'ellipse représente de manière approximative les pratiquants.

L'incitation à la pratique: une didactique du plaisir?

Le problème fondamental de l'éducation à la santé semble donc de favoriser une adhésion à la pratique, c'est à dire une persistance sur le long terme dans l'engagement dans les loisirs physiques et sportifs. On a vu que l'adhésion à la pratique ne repose pas sur l'acquisition de règles et de principes raisonnables, mais sur la construction d'une relation de plaisir aux activités physiques et sportives (Dishman, 1984; Goudas & Biddle, 1994; Perrin, 1993). Sous une prime apparence de trivialité, ce principe interroge sévèrement l'Education Physique actuelle. A trop rechercher l'identification des savoirs, des compétences qui fondent son enseignement, la discipline n'évacue-t-elle pas l'essence même de ses activités de références, c'est-à-dire le plaisir de la pratique physique? L'enseignant d'Education Physique entretient avec le plaisir des relations ambiguës. D'un côté le plaisir est pensé comme une motivation fondamentale, et naturellement partagée par les élèves. Dans ce sens, il n'a pas à être construit: il constitue une donnée de départ, susceptible de favoriser les apprentissages. D'un autre côté, le plaisir est considéré comme suspect, donnant de la discipline une image négative de défouloir, et contraire à l'orthodoxie de rigueur et de travail qui sied à une discipline scolaire. Le plaisir est au mieux un moyen, au pire une concession (on pourra consulter à ce sujet Haye, 1995 ; Liotard, 1997; Marie, 1997).

Nous pensons au contraire que le plaisir, et plus précisément cette relation de plaisir à la pratique des APS, doit être considéré comme l'acquisition fondamentale en Education Physique, conditionnant toutes les autres acquisitions, leur réinvestissement, et en définitive leur utilité sociale (Delignières & Garsault, 1996). Cette proposition pose aux enseignants et aux didacticiens un challenge inédit. Comment l'enseignant peut-il favoriser l'accès de ses élèves, de tous ses élèves, à cette relation de plaisir à la pratique sportive?

Paradoxalement il n'existe que peu de travaux s'intéressant de manière spécifique à la satisfaction que les élèves tirent des cours d'Education Physique (Biddle & Goudas, 1994). Quelques enquêtes ont confirmé l'opinion largement répandue chez les enseignants, selon laquelle les élèves ont dans l'ensemble une bonne opinion de l'Education Physique notamment parce qu'elle se démarque des autres disciplines (Goudas & Biddle, 1993). Cependant la « bonne image » de l' Education Physique est trop souvent dessinée en opposition à celle des autres disciplines pour que ce type d'étude puisse être considéré comme attestant du plaisir que les élèves ressentent en Education Physique. Par ailleurs un certain nombre d'auteurs se sont émus des laissés pour compte de la discipline (Davisse & Louveau, 1991). Il semble en fait qu'il n'y a pas de relation évidente, essentielle, entre Education Physique et plaisir. Cette relation est à construire, dans la logique didactique de la conception des contenus, et dans la gestion pédagogique des séances.

Motivation intrinsèque et plaisir

Un certain nombre d'auteurs s'est intéressé aux facteurs susceptibles d'affecter la satisfaction ressentie lors de la pratique sportive. Notamment un courant important de recherche associe plaisir et motivation intrinsèque (Deci & Ryan, 1985). Même s'il est clair que le plaisir est un concept beaucoup plus large que celui de motivation intrinsèque (Goudas & Biddle, 1993), cette dernière nous paraît constituer une entrée privilégiée pour intégrer la problématique du plaisir dans le contexte de l'Ecole. Les travaux ayant analysé les relations entre motivation intrinsèque et plaisir ont notamment mis l'accent sur le rôle des sentiments de compétence et d'auto-détermination (Csikszentmihalyi, 1975; Deci & Ryan, 1985).

L'influence du sentiment de compétence sur le plaisir et la motivation intrinsèque, dans le domaine de la pratique sportive, a été démontrée à plusieurs reprises (voir notamment Goudas & Biddle, 1994). La nature de cette influence reste cependant complexe. Harter (1978) a montré dans des situations non-motrices (résolution d'anagrammes) que le plaisir ressenti par les sujets croît avec la difficulté des tâches qu'ils réalisent, mais est cependant pondéré par la quantité d'effort qui a été nécessaire pour réussir. Au-delà d'un certain niveau de difficulté, et bien que les sujets soient toujours en réussite, le plaisir tend à décroître. Le sentiment de compétence dépend donc de la difficulté de la tâche réalisée, mais également de l'impression d'avoir pu la maîtriser dans un délai et avec un coût raisonnables. L'auteur insiste donc sur l'intérêt de proposer des tâches de difficulté optimale, nécessairement individualisées.

La question de la gestion de la difficulté est suffisamment connue pour que l'on n'y revienne pas ici (voir notamment Famose, 1990). Notons seulement que la problématique du challenge optimal renvoie à nouveau à celle de l'individualisation de l'enseignement. Mais au-delà de l'adaptation des exigences objectives des tâches, le plaisir ressenti par les sujets semble lié à la manière dont la tâche est présentée et les buts spécifiés. Harter (1978) note à ce niveau que le plaisir est davantage prédit par la difficulté perçue que par la difficulté objective des tâches. Divers travaux ont montré que la nature des buts qui sont proposés au sujet

(précision, clarté, terme) a un impact direct sur sa motivation et son investissement. Plus spécifiquement Burton (1989) montre que la satisfaction que les individus tirent de leur pratique est liée à la précision des buts qu'ils se fixent.

L'influence du sentiment de compétence sur le plaisir et la motivation intrinsèque, dans le domaine de la pratique sportive, a été démontrée à plusieurs reprises (voir par exemple Goudas & Biddle, 1994). En outre, il faut rappeler que le renforcement du sentiment de compétence, lors de la pratique des activités sportives, participe directement à l'élévation du niveau général d'estime de soi (Iso-Ahola, LaVerde & Graefe, 1989). Le sentiment de compétence ne génère donc pas qu'un plaisir fugace, mais peut s'inscrire, pour peu que son expérience soit suffisamment répétée, de manière durable et transversale dans l'estime globale de soi. De nombreux travaux ont ainsi pu montrer l'influence bénéfique des loisirs sportifs sur le bien-être psychologique, la réduction de l'anxiété et la résistance au stress (Coleman & Iso-Ahola, 1993; Fasting et Gronningsaeter, 1986; Hull, 1990). Biddle et Goudas (1994) nous rappellent à ce niveau qu'un des objectifs prioritaires de l'Education Physique en Grande-Bretagne est le renforcement de l'estime de soi des élèves.

Le plaisir que le sujet tire de l'activité physique est également étroitement lié au sentiment d'auto-détermination qui accompagne sa pratique. Il s'agit d'un concept relativement complexe, renvoyant à un sentiment d'autonomie dans le choix et la conduite de l'activité, et également à une sensation de contrôle des événements et du résultat (Deci & Ryan, 1985). Il est délicat de parler d'auto-détermination à l'école, du fait même du caractère obligatoire des activités scolaires. Or Coleman et Iso-Ahola (1993) estiment que la liberté du pratiquant (dans le choix de ses activités et l'importance de son investissement), constitue la source principale de l'auto-détermination. Il est remarquable que malgré son souci de ne pas dénaturer la logique des activités sportives, l'Education Physique en supprime le plus souvent une des caractéristiques les plus marquantes, à savoir l'adhésion volontaire. Il n'y a pas de solution simple à ce paradoxe, sinon une modification profonde des fondements de la discipline et de son insertion dans le système scolaire. D'une manière générale, une prise en compte plus attentive des projets des élèves semble nécessaire.

Au-delà du libre choix, le sentiment de contrôle est une variable plus aisément manipulable. Divers travaux ont montré que lorsque les sujets avaient l'impression d'être capables de peser de manière significative sur les résultats, ils tiraient une satisfaction plus grande de leur pratique (Jourden, Bandura & Banfield, 1991). Enfin, Coleman et Iso-Ahola (1993) estiment que les relations entre les activités de loisir (et notamment de loisir sportif) et l'auto-détermination sont à double sens: la pratique des activités de loisir renforce les dispositions à l'auto-détermination, qui en retour favorisent l'investissement dans ces activités.

L'importance relative des sentiments de compétence et de l'auto-détermination reste à déterminer. Goudas, Biddle et Fox (1994) montrent que des élèves ressentent davantage de plaisir dans la pratique des sports collectifs (football et netball) que de la gymnastique, et que cette différence s'explique davantage par l'auto-détermination que par la compétence perçue. D'autres recherches semblent néanmoins nécessaires pour conclure sans ambiguïté à ce sujet. Dans le cadre de l'Ecole, l'auto-détermination reste cependant limitée, ne serait-ce que par le caractère obligatoire de l'enseignement, et par sa nature collective. Il est difficile de laisser à chaque élève le choix de l'activité qu'il désire pratiquer, même si certaines formules (alignement des classes, propositions d'options, menus différenciés) sont envisageables pour optimiser le respect du projet de l'élève. Il nous semble que le renforcement du sentiment de

compétence est le principal vecteur sur lequel l'enseignant peut s'appuyer pour installer chez l'élève cette relation de plaisir aux APS.

Orientation motivationnelle et plaisir

Ces influences conjointes des sentiments de compétence et d'auto-détermination sont en mesure de procurer un cadre interprétatif aux travaux récents montrant qu'un facteur clé du plaisir, dans la pratique des activités physiques et sportives, réside dans la nature des buts motivationnels retenus par le sujet (Duda, Fox, Biddle & Armstrong, 1992; Delignières & Perez, 1998; Goudas, Biddle & Fox, 1994; Goudas & Biddle, 1994).

Rappelons que l'on distingue deux grands types d'orientations motivationnelles (pour une présentation en français, voir Cury et Sarrazin, 2001): l'orientation de maîtrise (ou *investissement sur la tâche*), caractérisée par la recherche de progrès, de dépassement de standards personnels, et l'orientation compétitive (ou *investissement sur l'ego*), au niveau de laquelle le sujet cherche avant tout à montrer sa supériorité par rapport à autrui. L'orientation motivationnelle, dans une situation donnée, est déterminée d'une part par une tendance dispositionnelle du sujet à opter pour l'un ou l'autre type de buts, et d'autre part par le climat motivationnel (de maîtrise ou de compétition), instauré par l'enseignant.

Un certain nombre de travaux lie sans équivoque plaisir et buts de maîtrise (Duda *et al.*, 1992; Delignières & Perez, 1998; Goudas *et al.*, 1994; Goudas & Biddle, 1994): le plaisir ressenti par les élèves en cours d'EPS est plus d'autant plus important que leur orientation de maîtrise est prononcée (Figure 3.4.) et qu'ils perçoivent le climat de la classe comme orienté vers la maîtrise. Par ailleurs Seifriz, Duda et Chi (1992) montrent que si l'orientation de maîtrise constitue le principal déterminant du plaisir, le climat motivationnel instauré par l'enseignant est une variable modulatrice importante.

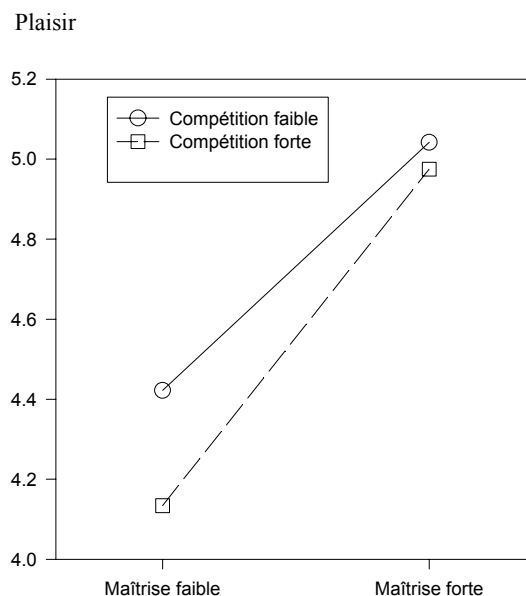


Figure 3.4.: Effet de l'orientation motivationnelle sur le plaisir ressenti par les élèves en EPS (d'après Delignières & Pérez, 1998).

Les buts de maîtrise présentent des caractéristiques susceptibles d'éclairer ce constat. Premièrement, ils induisent chez le sujet un sentiment de contrôle plus élevé: alors que dans un cadre compétitif le résultat est dépendant de facteurs extérieurs au sujet (la force de l'adversaire, les décisions de l'arbitre, la chance), dans un contexte de maîtrise la performance demeure sous le contrôle du sujet et dépendant de son habileté et des efforts qu'il consent à investir. Deuxièmement les buts de maîtrise se révèlent particulièrement flexibles, le sujet pouvant à loisir les faire évoluer en fonction de son état de forme ou de l'évolution de la situation. A l'inverse les buts compétitifs, évalués de manière strictement binaire, ne se prêtent pas à ce type d'ajustement. Ces caractéristiques permettent aux buts de maîtrise de préserver le sentiment de compétence des sujets, et de réduire l'anxiété et la peur de l'échec. Dans une recherche de terrain, Burton (1989) a montré que des sportifs qui étaient incités à opter pour des buts de maîtrise présentent une satisfaction plus élevée vis-à-vis de leur pratique, mais également un sentiment de compétence plus élevé, une meilleure confiance en soi, un niveau d'anxiété plus bas, une meilleure concentration. Cette hypothèse liant climat motivationnel et plaisir nous semble particulièrement attractive. Elle offre une entrée, appliquée mais conceptuellement cohérente, au problème du plaisir en Education Physique. Il va de soi qu'il ne s'agit dans l'état que d'une hypothèse, que des recherches de terrain devront valider et optimiser.

Le plaisir : amusement ou satisfaction ?

Pour avoir évoqué depuis quelques années cette thématique du plaisir devant des publics variés, nous savons que ce concept prête le flanc à des interprétations très contrastées. Le plus souvent cependant, l'idée de plaisir est associée en Education Physique au jeu, aux sensations, ou encore aux relations entre pairs. Le plaisir serait ainsi dans le « petit match » concédé à la classe au terme d'une séance de travail, dans le vertige d'un balancement de corde au-dessus d'épais tapis de chute. Il est dans la jouissance facile, immédiate, gratuite et insouciant. Dans ce sens le plaisir est aux antipodes de toute idée de contrainte, d'effort, de travail et d'apprentissage. Le plaisir est avant tout amusement, ou distraction.

Le concept de plaisir dont nous avons tenté d'esquisser les contours, et qui semble au principe de l'adhésion à long terme à la pratique, est lié avant tout au sentiment de maîtrise et de compétence dans une activité librement choisie. Paradoxalement le plaisir ainsi conçu est sous-tendu par le travail, l'effort, la recherche de progrès. Il s'agit moins d'amusement que de satisfaction, ou de fierté. Cette satisfaction n'est pas donnée, elle se conquiert par la confrontation aux difficultés et leur surpassement. Certains, suivant en cela les analyses de Snyders (1999), jugent utile de distinguer plaisir et joie. Ainsi Ubaldi et Philippon (2003) affirment que « si le plaisir peut se trouver dans une activité ponctuelle, la joie ne s'éprouvera que dans un apprentissage réussi grâce à un travail bien fait, et une assiduité sans faille. Il est fondamental qu'un élève ait l'occasion de ressentir cette « joie » du travail bien fait, fût en EPS, au moins une fois dans sa scolarité. Le plaisir n'est pas interdit mais il ne peut pas fonder une démarche en EPS. Il s'agit donc de faire passer l'élève du plaisir de s'éprouver ou de se perdre, à la joie de progresser, d'apprendre, de se transformer ». Nous acceptons volontiers cette distinction conceptuelle, et quand nous parlons de plaisir c'est bien à cette joie liée à l'accomplissement que nous pensons.

Ces réflexions nous amènent à une conclusion qui pourrait paraître surprenante de prime abord : nous faisons l'hypothèse que l'éducation à la santé, dans le domaine de l'Education Physique, repose avant tout sur la quantité et la qualité des apprentissages que

l'élève réalisera dans les APS enseignées. C'est parce qu'il aura appris, parce qu'il aura été capable, au cours de sa scolarité, de maîtriser des situations difficiles et qu'il percevra comme telles, parce qu'il aura atteint un niveau de compétence dont il pourra être fier, que l'élève pourra construire une attitude positive à l'égard des loisirs physiques et sportifs, et persister dans sa pratique tout au long de sa vie.