



HAL
open science

Parcours de formation initiale en éducation à la santé et développement professionnel des enseignants débutants : études transversales et suivi longitudinal d'une cohorte

Philippe Cury

► To cite this version:

Philippe Cury. Parcours de formation initiale en éducation à la santé et développement professionnel des enseignants débutants : études transversales et suivi longitudinal d'une cohorte. Education. Université Clermont Auvergne [2017-2020], 2017. Français. NNT : 2017CLFAL003 . tel-01978602

HAL Id: tel-01978602

<https://theses.hal.science/tel-01978602>

Submitted on 11 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Clermont Auvergne – Clermont Ferrand
Ecole Doctorale de Lettres, Sciences Humaines et Sociales (ED 370)

Thèse de doctorat de l'Université Clermont Auvergne
Mention : Sciences de l'Éducation (70^{ème} section)

**Parcours de formation initiale en éducation à la santé et
développement professionnel des enseignants débutants :
Etudes transversales et suivi longitudinal d'une cohorte**

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2017 par
Philippe CURY

Laboratoire ACTé (EA 4281), ESPE Clermont Auvergne (UCA)

Composition du jury :

David AUTHIER (Examinateur)
Maître de Conférences, Université de Limoges
Antonio IANNACCONE (Rapporteur)
Professeur des Universités, Université de Neuchâtel
Didier JOURDAN (Directeur de thèse)
Professeur des Universités, Université de Clermont - Ferrand
Denis LOIZON (Rapporteur)
Maître de conférences HDR, Université de Bourgogne
Carine SIMAR (Co - directrice de thèse)
Maître de Conférences, Université de Clermont - Ferrand
Marie-Christine TOCZEK (examinatrice)
Professeur des Universités, Université de Clermont-Ferrand

Titre de la thèse

**Parcours de formation initiale en éducation à la santé et
développement professionnel des enseignants débutants :
Etudes transversales et suivi longitudinal d'une cohorte**

Remerciements

Je dédie ce travail de doctorat à mon épouse Françoise et à mes filles Margaux et Mathilde et les remercie pour leur patience et leur soutien sans faille tout au long de cette aventure.

Je tiens à remercier particulièrement le Professeur Jourdan qui l'a initiée, il y a déjà longtemps, et l'a accompagnée ainsi que le Docteur Simar pour son acuité scientifique et sans qui elle n'aurait pu être menée à bien. Je n'oublie pas Julie Pironom pour son aide et ses conseils toujours précieux.

Je remercie tous mes collègues formateurs, en particulier Evelyne, et tous les enseignants débutants pour leur disponibilité et leur implication dans la construction de nos corpus de données et nos échanges toujours très instructifs.

Je remercie enfin tous mes amis qui de près ou de loin ont apporté leur pierre à l'édifice d'une façon ou d'une autre. Ils sauront me pardonner de ne pas tous les citer puisque ce sont mes amis ...

Sommaire

Titre de la thèse
Remerciements
Sommaire
Liste des figures
Liste des tableaux

Chapitre 1 : Introduction

1	Education, santé, école	17
1.1	L'éducation comme condition de la santé des élèves.....	17
1.1	La santé comme condition de la réussite et du bien-être des élèves	18
1.2	La place de l'éducation à la santé dans les textes juridiques de l'éducation nationale	19
2	La place des enseignants pour éduquer à la santé.....	20
3	L'étude des pratiques ordinaires des enseignants en éducation à la santé révèlent des difficultés	20
4	Une réforme de la formation initiale et des réalités hétérogènes en France.....	22

Chapitre 2 : Etat des lieux des savoirs en lien avec l'éducation à la santé en formation initiale

1	Education à la santé en formation initiale en France	23
2	Education à la santé en formation initiale à l'international.....	24
3	Identification de notre question de départ.....	30

Chapitre 3 : Cadres conceptuel et théorique

1	Contexte de recherche.....	32
1.1	Des travaux organisés autour de deux postulats	32
1.2	Des travaux organisés autour de trois objectifs.....	32
2	Approche conceptuelle des objets	33
2.1	Education à la santé	33
2.2	Enseignant débutant	37
2.3	Formation initiale et finalité : professionnaliser	37
3	Le développement professionnel comme cadre conceptuel.....	38
3.1	Deux perspectives de développement professionnel	38
3.2	Plusieurs « modèles » de développement professionnel.....	39

3.3	Construction des pratiques enseignantes en éducation à la santé : un processus inscrit dans une temporalité « longue » qui débute avant la formation initiale et se poursuit après	39
3.4	Un processus dépendant de situations formelles, informelles et non formelles ...	40
3.5	Une importance des dynamiques collectives	40
3.6	Inscrire le bien-être et la réussite de tous les élèves au cœur de l'identité professionnelle enseignante	40
3.7	Eduquer à la santé : de la nécessité à développer la capacité à s'adapter à son territoire d'exercice, son contexte d'école et les caractéristiques de son public afin d'agir au service du parcours éducatif de santé de l'élève et sur le gradient des inégalités sociales et de santé.....	41
3.8	D'une préoccupation centrée sur la « réussite du concours » et du lien entre EPS et santé, au développement d'une identité professionnelle en éducation à la santé	41
3.9	Une proposition de modélisation du développement professionnel en éducation à la santé	42
4	La psychologie ergonomique comme cadre théorique pour opérationnaliser le développement professionnel	44
4.1	La nécessité de conduire des études en contexte ici de formation initiale.....	45
4.2	La prise en compte de l'activité des enseignants en formation	46
4.3	La prise en compte de l'activité des enseignants débutants en formation initiale	47
4.4	Identifier les produits de la redéfinition de la tâche en formation initiale	48
5	En résumé.....	51
Chapitre 4 : Problématique, questions et stratégie de recherche		
1	Problématique.....	52
2	Questions de recherche	53
3	Méthodologie	53
3.1	Prendre en compte la diversité parcours de formation initiale en France en éducation à la santé.....	53
3.2	Prendre en compte les significations des sujets	54
3.3	Enjeux d'une méthode mixte de recherche et choix d'un devis « convergent »....	54
4	Justification du choix des outils de recueil de données.....	56

4.1	Justification du choix de recueil par questionnaire.....	57
	Arrière-plan scientifique du questionnaire.....	57
4.2	Justification du choix du recueil par recueil de traces de l'activité par « journal de bord »	57
	Arrière-plan scientifique du journal de bord.....	58
4.3	Justification du choix de l'étude par « instruction au sosie ».....	58
	Arrière-plan scientifique de l'instruction au sosie.....	58
4.4	Convergence des résultats des différentes études.....	59
5	Synthèse de la stratégie de recherche et temporalité des études.....	59

Chapitre 5 : Résultats des différentes études

	Analyse quantitative des produits du processus de redéfinition de la tâche en éducation à la santé en formation initiale et étude des facteurs corrélés	62
1	Modalités du recueil par questionnaire.....	62
1.1	Description du questionnaire.....	63
1.2	Critères de validité du questionnaire	65
2	Sélection de la population.....	66
2.1	Caractéristiques du recueil de données	66
2.1.1	Taux de retour.....	66
2.1.2	Répartition des questionnaires en fonction de la filière, du site de formation, de l'année du cursus et du temps de recueil	67
2.1.3	Caractéristiques sociodémographiques des enseignants débutants ayant participé à l'étude.....	68
2.1.4	Identification des temps de recueil sur la temporalité du dispositif de recherche	69
2.2	Plan d'analyse	70
2.2.1	Analyses conduites.....	70
2.2.2	Synthèse du plan d'analyse	74
3	Résultats.....	74
3.1	Exploration et description des finalités de la tâche comprise	74

3.1.1	Analyse lexicale exploratoire des objets santé et éducation à la santé	74
3.1.2	Analyse lexicale de l'objet santé	75
3.1.3	Identification des formes lexicales associées pour l'objet santé	76
3.1.4	Analyse des facteurs corrélés à la perception de l'objet santé	77
3.1.5	Analyse lexicale de l'objet éducation à la santé	83
3.1.6	Identification des formes lexicales associées pour l'objet éducation à la santé	86
3.1.7	Analyse des facteurs corrélés à la perception de l'objet éducation à la santé...	86
3.1.8	Une diversité de façons de penser la santé et les finalités de l'éducation à la santé	93
3.2	Exploration et description des raisons justifiant la place de l'éducation à la santé dans la future pratique	95
3.2.1	Catégories identifiées.....	95
3.2.2	Répartition quantitative des catégories	100
3.3	Principaux résultats	101
3.4	Analyses univariées des variables corrélées aux dimensions de la tâche comprise initiale ou finale en éducation à la santé	103
3.4.1	Analyse sur les objets de la tâche comprise initiale et finale	103
3.4.2	Analyse sur les buts de la tâche comprise initiale et finale	115
3.4.3	Analyse sur les propriétés de la tâche comprise initiale et finale.....	120
3.4.4	Synthèse des analyses univariées sur les dimensions de tâche comprise	127
3.4.5	Analyses univariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants	128
3.4.6	Synthèse des analyses univariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants	159
3.5	Analyses multivariées des variables corrélées aux dimensions de la tâche comprise initiale ou finale en éducation à la santé	159
3.5.1	Analyses multivariées concernant les objets de la tâche comprise.....	159
3.5.2	Analyses multivariées concernant le but prioritaire de la tâche comprise initiale et finale	169

3.5.3	Analyses multivariées concernant la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale et finale.....	171
3.5.4	Synthèse des facteurs identifiés dans les analyses multivariées concernant les caractéristiques de la tâche comprise	173
3.5.5	Analyses multivariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants	174
3.5.6	Synthèse des facteurs identifiés dans les analyses multivariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants	182
3.5.7	Analyse longitudinale de l'intérêt pour l'éducation à la santé	183
3.6	Discussion	185
3.7	Principaux résultats.....	188
3.8	Perspectives.....	190
	Caractéristiques qualitatives des tâches comprises en éducation à la santé et facteurs corrélées	191
1	Méthodologie.....	191
1.1	Le journal de bord comme outil de recueil.....	191
1.2	Choix de la population.....	192
1.3	Analyses conduites	192
1.4	Résultats	193
1.4.1	Reconstruction a priori du parcours de formation	193
1.4.2	Taux de retours des journaux de bord	193
1.4.3	Caractéristiques du discours.....	194
1.4.4	Elaborations relatives aux tâches comprises en éducation à la santé	194
1.4.5	Définition de trois indices pour rendre compte de l'élaboration de la tâche comprise	203
1.4.6	Discussion : Facteurs influençant l'élaboration de la tâche comprise voire appropriée	209
1.5	Principaux Résultats	211
1.6	Perspectives	212

Caractéristiques qualitatives des tâches appropriées en éducation à la santé et facteurs corrélés	213	
1 Méthodologie	213	
1.1 Population.....	213	
1.2 Caractéristiques du parcours en lien avec éducation à la santé	214	
1.3 Caractériser les tâches appropriées en éducation à la santé	215	
1.3.1 Caractéristiques des propriétés des tâches appropriées en éducation à la santé	216	
1.3.2 Caractéristiques des objets des tâches appropriées en éducation à la santé ..	218	
1.3.3 Caractéristiques des buts des tâches appropriées en éducation à la santé	219	
1.3.4 Profil de la tâche appropriée	221	
1.3.5 Profils des tâches appropriées en fonction parcours de formation.....	230	
1.3.6 Profils des tâches appropriées en fonction du volume de formation.....	232	
1.4 Identification de facteurs d’appropriation	235	
1.4.1 Facteurs individuels influençant la tâche appropriée en éducation à la santé	236	
1.4.2 Facteurs liés aux expériences professionnelles et de formation influençant la	tâche appropriée en éducation à la santé.....	238
1.4.3 Rapport à la formation initiale : Second niveau d’analyse par identification du	degré d’appropriation de la tâche	239
1.5 Discussion	240	
1.6 Principaux résultats	242	
Chapitre 6 : Discussion générale et conclusion		
1 Discussion générale des résultats des différentes études	243	
1.1 Premier résultat : les effets des parcours de formation en éducation à la santé sur	l’élaboration des tâches comprises et appropriées.....	245
1.2 Second résultat : les effets des parcours de formation en éducation à la santé sur	les caractéristiques des enseignants débutants.....	247
1.3 Troisième résultat : les processus d’élaboration des tâches comprises et	appropriées en éducation à la santé dans les parcours de formation :.....	248

1.4	Quatrième résultat : les facteurs des parcours de formation en éducation à la santé qui sont corrélés à la tâche comprise :	248
1.5	Quatrième résultat : la nécessité d'accompagner les enseignants débutants	250
1.6	En résumé	251
2	Suggestions pour une formation initiale en éducation à la santé dans une perspective de développement professionnel.....	253
2.1	Première suggestion : investir pleinement le caractère alternatif et intégrant de la formation	253
2.2	Seconde suggestion : différencier les parcours de formation en prenant en compte le statut des enseignants débutants	253
2.3	Troisième suggestion : rendre explicite la cohérence globale des maquettes de formation	254
2.4	Quatrième suggestion : permettre et accompagner l'activité des enseignants débutants pour soutenir l'intérêt pour l'éducation à la santé.....	254
2.5	Cinquième suggestion : penser la suite de l'accompagnement et du développement professionnel	255
3	Conclusion	255
4	Références bibliographiques.....	259
	Résumé	272
	Abstract	273

Liste des figures

Chapitre 3 : Cadres conceptuels et théorique

Figure 1 - Proposition de modélisation du développement professionnel (DP) dans une perspective de promotion de la santé

Figure 2 - Processus et produits en éducation à la santé en formation initiale (inspiré de Falzon (2004) et Veyrac (2011))

Chapitre 4 : Problématique, questions et stratégie de recherche

Figure 3 - Devis de la recherche « convergent » d'après Crewell et Plano Clark (2011)

Figure 4 - Temporalité des différentes études conduites

Chapitre 5 : Résultats de chacune des études

Figure 5 - Nuage de mots représentant la fréquence des formes associées à l'objet santé

Figure 6 - Formes associées pour l'objet santé

Figure 7 - Catégorisation des formes de l'objet santé par analyse factorielle des correspondances

Figure 8 - Représentation graphique des différentes perceptions de l'objet « santé » à l'échelle de la population de l'étude

Figure 9 - Nuage de mots représentant la fréquence des formes associées à l'objet éducation à la santé

Figure 10 - Formes associées pour l'objet éducation à la santé

Figure 11 - Catégorisation des formes de l'objet éducation à la santé par analyse factorielle des correspondances

Figure 12 - Représentation graphique des différentes perceptions de l'objet éducation à la santé à l'échelle de la population de l'étude

Figure 13 - représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants pour chaque classe de l'objet santé de la tâche comprise initiale et finale

Figure 14 - Synthèse des facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale et finale

Figure 15 - représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants pour chaque classe de l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

Figure 16 - Synthèse des facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

Figure 17 - Représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants relative au choix du but prioritaire en éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

Figure 18 - Synthèse des facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise initiale et finale

- Figure 19 - Représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants relative au choix de la propriété « place du travail collectif » en éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale
- Figure 20 - Synthèse des facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale et finale
- Figure 21 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en début et en fin de formation
- Figure 22 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves en début et en fin de formation
- Figure 23 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en début et en fin de formation
- Figure 24 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en début et en fin de formation
- Figure 25 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en début et en fin de formation
- Figure 26 - facteurs corrélés aux caractéristiques de la tâche comprise initiale et finale
- Figure 27 - Synthèse des variables liées au parcours de formation influençant la tâche comprise et les caractéristiques des enseignants débutants en éducation à la santé en fin de formation
- Figure 28 - Caractéristiques des indices 1, 2 et 3, profil « régression » pour l'indice 1 (sujet E4)
- Figure 29 - Caractéristiques des indices 1, 2 et 3 profil « stabilité » pour l'indice 1 (sujet E20)
- Figure 30 - Caractéristiques des tâches appropriées en fonction du parcours de l'enseignant débutant
- Figure 31 - Caractéristiques des tâches appropriées en fonction du volume de formation
- Figure 32 – Nombre de catégories pour chaque groupe selon le niveau d'appropriation et selon le type de facteurs

Chapitre 6 : Discussion générale et conclusion

- Figure 33 - Synthèse présentant le processus, les facteurs impliqués et les différents niveaux de la tâche en éducation à la santé

Liste des tableaux

Chapitre 2 : Etat des lieux des savoirs en lien avec l'éducation à la santé en formation initiale

Tableau 1 - Revue de littérature concernant l'éducation à la santé en formation initiale des enseignants

Chapitre 4 : Problématique, questions et stratégie de recherche

Tableau 2 - Présentation synthétique de la stratégie de recherche

Chapitre 5 : Résultats de chacune des études

Tableau 3 - Présentation hiérarchisée des critères de sélection de la population

Tableau 4 - Répartition des questionnaires en fonction du temps de recueil et de la temporalité du dispositif pour la population globalisée

Tableau 5 - Répartition des questionnaires en fonction de la filière, du site de formation et de l'année du cursus et du temps de recueil

Tableau 6 - Caractéristiques sociodémographique des enseignants

Tableau 7 - Répartition de la population en fonction du temps de recueil dans le dispositif

Tableau 8 - Répartition de la population en fonction du temps de passation et de la filière

Tableau 9 - Présentation des variables dépendantes de l'étude, des auteurs de référence et des questions

Tableau 10 - Synthèse du plan d'analyse

Tableau 11 - Caractéristiques du recueil pour les objets de la tâche comprise santé et éducation à la santé

Tableau 12 - Fréquence des formes associées à l'objet santé

Tableau 13 - Formes caractéristiques de l'objet santé dans une perspective holistique

Tableau 14 - Facteurs corrélés à l'objet santé dans une perspective holistique

Tableau 15 - Formes caractéristiques de l'objet santé par les thématiques

Tableau 16 - Facteurs corrélés à l'objet santé par les thématiques

Tableau 17 - Formes caractéristiques de l'objet santé dans une approche biomédicale

Tableau 18 - Facteurs corrélés à l'objet santé dans une approche biomédicale

Tableau 19 - Fréquence des formes associées à l'objet éducation à la santé

Tableau 20 - Formes caractéristiques de l'objet éducation à la santé par la prévention et l'apport d'information

Tableau 21 - Facteurs corrélés pour l'objet éducation à la santé par la prévention et l'apport d'information

- Tableau 22 - Formes caractéristiques de l'objet éducation à la santé par la prise en compte de l'élève et de son bien-être
- Tableau 23 - Facteurs corrélés pour l'objet éducation à la santé par la prise en compte de l'élève et de son bien-être
- Tableau 24 - Formes caractéristiques de l'objet éducation à la santé par les thématiques
- Tableau 25 - Facteurs corrélés pour l'objet éducation à la santé par les thématiques
- Tableau 26 - Répartition des six catégories d'indexation de la question 25 (raison de la place de l'éducation à la santé dans la future pratique)
- Tableau 27 - Synthèse des principaux résultats
- Tableau 28 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale
- Tableau 29 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise finale
- Tableau 30 - Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale
- Tableau 31 - Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale
- Tableau 32 - Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise initiale
- Tableau 33 - Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise finale
- Tableau 34 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale
- Tableau 35 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale
- Tableau 36 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en début de formation
- Tableau 37 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en fin de formation
- Tableau 38 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves en début de formation
- Tableau 39 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves en fin de formation
- Tableau 40 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en début de formation
- Tableau 41 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en fin de formation
- Tableau 42 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en début de formation
- Tableau 43 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en fin de formation
- Tableau 44 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en début de formation
- Tableau 45 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en fin de formation
- Tableau 46 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale
- Tableau 47 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise finale
- Tableau 48 - Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale
- Tableau 49 - Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale
- Tableau 50 - Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise initiale

- Tableau 51 - Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise finale
- Tableau 52 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale
- Tableau 53 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale
- Tableau 54 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en début de formation
- Tableau 55 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en fin de formation
- Tableau 56 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien – être des élèves en début de formation
- Tableau 57 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien – être des élèves en fin de formation
- Tableau 58 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en début de formation
- Tableau 59 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en fin de formation
- Tableau 60 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en début de formation
- Tableau 61 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en fin de formation
- Tableau 62 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en début de formation
- Tableau 63 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en fin de formation
- Tableau 64 - Synthèse des facteurs corrélés aux caractéristiques des enseignants débutants en début et fin de formation
- Tableau 65 - Analyse longitudinale de l'intérêt pour l'éducation à la santé et facteurs corrélés
- Tableau 66 - Synthèse des résultats de l'étude 1
- Tableau 67 - Questions de recherche, population et perspectives de l'étude 2
- Tableau 68 - Reconstruction a priori du parcours de formation en éducation à la santé issue de la maquette année M2 parcours B, ESPE du site B (année universitaire 2016/2017)
- Tableau 69 - Nombre de verbatim et fréquence de chacune des conceptualisations de la tâche comprise en éducation à la santé pour l'ensemble de la population
- Tableau 70 - Synthèse des résultats de l'étude 2
- Tableau 71 - Questions de recherche, population et perspectives de l'étude 3
- Tableau 72 - Appartenance des enseignants débutants de l'étude en fonction du site, du parcours de formation et identification du numéro de codage et du sosie
- Tableau 73 - Reconstruction du volume horaire global en éducation à la santé et détails des dispositifs pour chaque enseignant débutant de la population
- Tableau 74 - Caractéristiques de la tâche appropriée de l'enseignant débutant M1.2.
- Tableau 75 - Caractéristiques de la tâche appropriée de l'enseignant débutant M2A7
- Tableau 76 - Caractéristiques de la tâche appropriée pour chaque enseignant débutant de la population

Tableau 77 - Caractéristiques de la tâche appropriée en fonction du volume de stage

Tableau 78 - Caractéristiques de la tâche appropriée en fonction du volume de formation

Tableau 79 - Degré d'appropriation et facteurs d'appropriation identifiés

Tableau 80 - Synthèse des principaux résultats de l'étude 3

Chapitre 1 : Introduction

Nos travaux s'intéressent à la formation d'enseignants débutants en éducation à la santé. Plus particulièrement, nous cherchons à comprendre la façon dont la formation initiale permettrait aux étudiants de comprendre leur rôle et développer des ressources pour éduquer à la santé.

Nous présenterons d'abord les enjeux, le contexte, les apports de la revue de littérature pour ce qui est de l'éducation à la santé à l'école et en formation initiale afin de définir le champ de notre étude. Nous expliciterons alors la façon dont nous avons conceptualisé ce champ de pratique en champ de recherche et présenterons le cadre théorique retenu pour le rendre intelligible dans le cadre de ces travaux.

Nous expliciterons ensuite nos questions de recherche ainsi que la stratégie, la méthodologie et les outils de recueil pour y répondre.

Nous présenterons alors les principaux résultats de nos études qui permettront d'éclairer la question des processus et des produits ainsi que les facteurs qui ont une influence sur la façon dont les étudiants comprennent et s'approprient l'éducation à la santé en formation initiale.

Les données exposées dans notre thèse sont issues à la fois de la revue de littérature et des études que nous avons réalisées. Nous avons essayé dans un mouvement itératif de faire des va-et-vient de l'une aux autres même si la présentation nuit à notre volonté de favoriser la cohérence de l'ensemble. Ceci sera plus particulièrement l'enjeu de la discussion générale.

1 Education, santé, école

1.1 L'éducation comme condition de la santé des élèves

L'éducation est présentée comme un facteur de protection pour ce qui concerne la santé des individus. A ce titre, la déclaration d'Incheon (UNESCO, 2015)¹a pour finalité la mise en œuvre d'une politique « *vers une éducation inclusive et équitable de qualité et un apprentissage tout au long de la vie pour tous* ». Elle repose sur le postulat selon lequel l'éducation est au cœur des objectifs de développement durable. L'inclusion et l'équité sont alors définies comme un horizon à atteindre pour ce qui concerne l'éducation. L'inclusion met la focale sur les publics possiblement exclus ou marginalisés et l'équité met la focale sur les conditions d'accès et la qualité de l'apprentissage pour tous et ceci tout au long de la vie.

¹<http://fr.unesco.org/world-education-forum-2015/declaration-dincheon>

L'éducation est ici un objectif de développement en tant que tel mais également un levier de premier ordre pour « *transformer la vie* ». Le texte avance que la capacité des systèmes éducatifs à assurer le développement, l'apprentissage et la santé des enfants sur le long terme (p 7) est essentielle. La déclaration rappelle plus particulièrement que l'éducation est l'un des plus puissants moyens pour ce qui concerne l'amélioration de la santé des individus (p 8). La question d'environnements favorables au développement et au bien-être des enfants dès le plus jeune âge y compris en termes de services de santé (offre de soin), la prise en compte des inégalités sociales et l'acquisition des compétences de base qui conditionnent l'état de santé des individus sont mentionnées parmi les axes de réflexion prioritaires. Par ailleurs, en France, au niveau de la politique de santé publique, un rapport de 2011² notait que « *Le niveau d'éducation atteint par un enfant peut réduire l'impact des caractéristiques sociales et de l'état de santé de ses parents sur son propre état de santé, et donc avoir un rôle protecteur* ». L'éducation est donc un facteur de protection qui contribue à réduire l'impact des inégalités de santé.

1.1 La santé comme condition de la réussite et du bien-être des élèves

Par ailleurs, parmi les sources d'échec scolaire, le travail de Neville Postlethwaite (cité par Bantuelle et Demeulemeester, 2008), place en première position un état de santé dégradé et ceci avant les facteurs sociaux, culturels et individuels. Depuis les travaux de l'OMS³ de 1946, la santé est définie comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité* ». S'il n'en demeure pas moins que la santé est un concept polysémique et multidimensionnel, cette définition lui donne une valence positive (Sherlaw et Lacouture, 2017) en l'associant au bien-être des individus et par là-même aux conditions favorables à son atteinte. L'état de santé est l'une de ces conditions. En conséquence, l'école est donc à considérer comme un milieu de vie favorable à la prise en charge des questions de santé et de bien-être des élèves, entendu comme l'appréciation subjective de leur expérience à l'école (Sauneron, 2013). Plusieurs arguments sont régulièrement avancés. Ils concernent pour l'essentiel le fait que l'école scolarise et ceci de manière précoce l'ensemble d'une génération permettant ainsi d'intervenir le plus tôt possible sur la lutte contre les inégalités sociales de santé (Arcand, 2009) et que les élèves y passent un tiers de leur vie.

²Rapport à la ministre de la santé « les inégalités sociales de santé dans l'enfance », mai 2011

³ O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

Education et santé sont donc étroitement liées. L'une est la condition de l'autre (Langford et coll., 2014) dans une dialectique certes complexe mais que l'on peut résumer de la façon suivante : des élèves en bonne santé réussissent et se sentent mieux à l'école et l'éducation est un facteur de protection pour ce qui concerne l'état de santé des individus.

1.2 La place de l'éducation à la santé dans les textes juridiques de l'éducation nationale

Parmi les missions qui sont celles des enseignants français, la question des liens entre santé et éducation est présentée comme un enjeu majeur pour le système éducatif (MEN, 2016)⁴. Concernant l'école, la circulaire de préparation de la rentrée 2010 (MEN, 2010)⁵ associait déjà réussite éducative, bien-être et projet des établissements concernant la santé : « *Pour la réussite scolaire et le bien-être des élèves, il est nécessaire de mettre en œuvre dans chaque école et établissement un projet éducatif de santé construit et structuré.* ». La perspective alors retenue est dite de promotion de la santé. Elle consiste en une perspective large qui cherche à prendre en compte le contexte de l'école et intègre l'éducation à la santé centrée sur le développement des compétences de base en santé (Whitehead, 2004). Penser les actions dans le cadre de cette approche « holistique » consiste à agir sur les déterminants clés de la réussite, de la santé et du bien-être à l'école, et auprès des jeunes, de la famille et de la communauté pour contribuer à réduire les inégalités sociales de santé (Porcherie et coll., 2015). Les programmes d'éducation à la santé identifient sept priorités. Elles concernent les thématiques de santé que sont l'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique, l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites addictives, la prévention des "jeux dangereux", du mal-être et la lutte contre le harcèlement, la formation aux gestes de premier secours (circulaire du MEN « Politique éducative de santé dans les territoires académiques », 2011). L'OMS (1986) recommande par ailleurs de développer chez les jeunes les compétences psychosociales dont les enjeux sont l'adoption de comportements sains et la protection contre les comportements à risque. Ces compétences, au nombre de 10 associées par deux (la capacité à prendre des décisions et à résoudre des problèmes, le raisonnement créatif et la réflexion critique, la conscience de soi et l'empathie, les compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles, la capacité à faire face à ses émotions et à maîtriser le stress) sont également présentées comme une condition de la santé des élèves (Luis et Lamboy, 2015) et un objet d'intervention pour les professionnels.

⁴ Circulaire du MEN « Mise en œuvre du Parcours Educatif de Santé », 2016

⁵Circulaire n° 2010-038 du 16-3-2010

Les travaux de Morlaix (2015) ont démontré un effet indirect positif de ces compétences, par le biais de variables médiatrices comme le bien-être, sur les résultats scolaires des élèves à l'école primaire. L'analyse des textes législatifs de l'éducation nationale réalisée pour le CNESEO⁶ par Phuong et coll. (2016) relève que depuis 2012, le terme bien-être, s'il reste rattaché à la question de la santé, en particulier physique, connaît un élargissement avec la question du climat scolaire et du bien-être subjectif des élèves prenant en compte ainsi les dimensions environnementales et psychologiques. Ce glissement sémantique ne constitue pas, selon nous, une évolution conceptuelle qui l'éloignerait des questions de santé au regard de la définition de l'OMS mais un indice de la prise en compte d'une perspective promotrice de santé qui est l'arrière-plan des politiques éducatives de santé en France.

2 La place des enseignants pour éduquer à la santé

Plusieurs auteurs se sont attachés à modéliser la façon dont l'Ecole concourt à la promotion de la santé (St Leger, 2005 ; St Leger & Young, 2009). L'efficacité de cette approche a été démontrée sous certaines conditions à savoir que les actions soient globales, multifactorielles, sur le long terme, basées sur le développement des compétences psychosociales, qu'elles prennent en compte l'environnement, qu'elles mobilisent des acteurs gravitant autour des personnes et convergent avec les politiques en place (Langford et coll., 2014 ; Stewart-brown, 2006). Un autre rapport du CNESEO (Pinel-Jacquemin, 2016) identifie plusieurs acteurs clés susceptibles de mener des actions en faveur du bien-être des jeunes et de leur santé, à savoir : les personnels de santé des établissements (Gindt-Ducros, 2013), les psychologues scolaires, les enseignants à côté des familles (Sormunen et coll., 2011) et des jeunes eux-mêmes. Si la participation de nombreux acteurs est évidente, la place des enseignants à travers leur compréhension des enjeux est centrale quand il s'agit d'implanter ce type d'approche « promotrice de santé » à l'école (St Léger et coll., 2000 ; Jourdan, 2005). Par ailleurs, si la question de la compréhension des enjeux est centrale, la façon dont ils s'opérationnalisent à travers les pratiques enseignantes ordinaires est également à prendre en compte.

3 L'étude des pratiques ordinaires des enseignants en éducation à la santé révèlent des difficultés

De façon générale, plusieurs études soulignent la difficulté pour les enseignants à s'emparer pleinement de la promotion de la santé dans le cadre de leurs pratiques ordinaires (Jourdan et

⁶ CNESEO : Conseil National d'Evaluation du Système Scolaire

coll., 2002 ; Simar et Jourdan, 2010 ; Gaborit, 2015). En effet, une certaine diversité a été observée depuis une centration sur des thèmes de santé souvent marquée par une entrée disciplinaire, à des approches systémiques référencées à la promotion de la santé à l'école (Berger et coll, 2009).

Les travaux de Mérini et coll. (2010) mettent quant à eux en exergue un point particulier de la promotion de la santé à savoir, les dynamiques collectives de travail, avec une diversité de fonctionnement d'équipe depuis une résistance jusqu'à une réelle créativité dans le champ de la promotion de la santé.

Enfin, dès lors que les enseignants sont impliqués dans un dispositif de formation continue en promotion de la santé, des impacts ont été démontrés, favorables au développement de pratiques effectives promotrices de santé (Jourdan et coll., 2016 ; Guével, Jourdan, Pommier, 2013 ; Simar, 2010).

Cet impact concerne la compréhension qu'ils ont de leur métier (Simar, 2010), des dispositifs et de leur capacité à les développer (St léger, 2000 ; Darlington et coll., (2017), Violon et coll., (2016)).

Pour autant, les arguments figurant ci-dessus confirment la complexité des questions éducatives et de santé et la difficulté pour les enseignants Français à s'emparer de ces objets dans le cadre de leurs pratiques professionnelles ordinaires. Si la participation à un dispositif de formation continue constitue une stratégie efficace, on sait peu de choses sur la façon dont ils tirent parti de ces formations pour développer des pratiques effectives (Guével, 2012).

Par ailleurs, les travaux évoqués jusque-là concernent essentiellement des enseignants expérimentés en poste que ce soit dans le premier ou le second degré. Partant du postulat qu'il est important que les enseignants soient « préparer » à cette partie de leurs missions, il est nécessaire d'investir cette question dans le contexte de la formation initiale. Des travaux ont pointé l'importance de celle-ci quant aux représentations du métier qui s'y construisent (Roux-Pérez, 2006). Par ailleurs, la formation initiale en France a récemment connu des changements.

4 Une réforme de la formation initiale et des réalités hétérogènes en France

La loi de refondation de l'école de la République (MEN, 2013)⁷ avec la création des ESPE⁸ a récemment modifié le contexte de la formation initiale en France avec une formation toujours au niveau Master⁹. Ces écoles accueillent une diversité d'étudiants (1^{er} et 2nd degré, enseignants et éducateurs) qui ont également des statuts différents suite à la réussite ou à l'échec au concours de recrutement en fin de première année. Cette modification s'est par ailleurs accompagnée d'une inscription des questions d'éducation à la santé tant dans le référentiel de compétences professionnelles (« *Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques* » *l'enseignant / le Conseiller Principal d'Education doit « apporter sa contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé, l'éducation à la citoyenneté, l'éducation au développement durable et l'éducation artistique* » (compétence 6 du référentiel du 01/07/2013)) que potentiellement dans les maquettes de formation (« *La formation permet également une appropriation des thèmes d'éducation transversaux et des grands sujets sociétaux ...notamment l'éducation à la santé* » (article 2 de l'arrêté du 27/08/2013)). Cette inscription confirme la place de ces questions dans les missions des enseignants en en faisant un objectif de professionnalisation attendu. Pour autant, un rapport de la commission du Réseau des ESPE¹⁰ qui dressait un état des lieux du tronc commun mettant en avant les thématiques transversales liées au contexte du métier pointait un écart quantitatif important (de 60h à 187h consacrées sur les 2 années du Master) suivant les ESPE. Le rapport identifiait également une multiplicité de thématiques abordées (36). Les quatre domaines repérés concernent à priori notre objet (« Se positionner comme acteur du service public d'éducation », « Agir au service de la réussite de tous les élèves », « Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques », « Agir au sein de la communauté éducative et en relation avec ses partenaires »). Les « éducations à » (Lange et Victor, 2006) dont l'éducation à la santé sont citées explicitement en lien avec le domaine « Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques » qui constitue 21% du volume horaire moyen du tronc commun.

⁷Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. [En ligne]<http://www.education.gouv.fr/cid72962/publication-au-journal-officiel-de-la-loi-d-orientation-et-de-programmation-pour-la-refondation-de-l-ecole-de-la-republique.html>. (26/06/2017)

⁸ Ecole Supérieure du Professorat et de l'Éducation

⁹ Master Métier de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation (M.E.E.F.)

¹⁰ « La formation à la culture commune dans les masters MEEF » RESPé, 2015

Chapitre 2 : Etat des lieux des savoirs en lien avec l'éducation à la santé en formation initiale

Nous souhaitons donc comprendre la façon dont la formation initiale des enseignants peut préparer les étudiants à promouvoir la santé et le bien-être de leurs élèves. Nous avons donc mené une revue de littérature qui a cherché à identifier les travaux scientifiques qui se sont intéressés à l'éducation à la santé en formation initiale des enseignants. En particulier, nous nous sommes attachés à identifier les facteurs impliqués, les difficultés relevées et les effets mesurés suite à l'exposition des étudiants à des dispositifs de formation en éducation à la santé.

Pour ce faire, la revue de littérature a été conduite en interrogeant plusieurs bases de données (Erudit, Persée, Eric, Pascal et Francis). Les équations de recherche étaient les suivantes : (« éducation à la santé » OU « promotion de la santé » OU « bien-être ») ET « formation initiale des enseignants » ET formation ou son adaptation anglo-saxonne : (« health education » OR « health promotion » OR well-being) AND (« pre-service teacher education » OR « initial teacher education ») AND training.

1 Education à la santé en formation initiale en France

Nous avons identifié peu de travaux disponibles dans notre contexte institutionnel et culturel au regard de l'objet éducation à la santé dans la formation initiale des enseignants. Ils se répartissent comme suit :

Des travaux ont été conduits en lien avec une discipline particulière, l'EPS. Les travaux de Loizon (2009) ont montré que bien que les situations en Education Physique et Sportive sont propices pour éduquer à la santé (estime de soi, règles, échauffement, gestion des risques, ...), cet enjeu est peu explicité aux enseignants débutants. Ils ont également montré que le pôle « transmission » est privilégié et que les formateurs interrogés ont des difficultés à définir l'éducation à la santé alors qu'il s'agit là d'un objectif de leur discipline ;

- Les travaux de Léal (2012), dans une perspective clinique, ont montré la diversité des pratiques pour éduquer à la santé en lien avec l'expérience des enseignants interrogés ;
- Les travaux de Cardot (2011) se sont intéressés à la formation initiale à partir des conceptions des formateurs en I.U.F.M.¹¹ ;
- Calas et coll. (2012) ont quant à eux démontré au cours de leurs travaux que les pratiques enseignantes étaient parfois marquées par une vision biomédicale de la santé alors même que

¹¹ I.U.F.M. : Institut Universitaire de Formation des Maîtres (avant la loi de 2013)

le cadre législatif à l'heure actuelle, appelle une conception de l'objet relevant du paradigme de la pensée complexe (Morin, 1988).

De façon générale, ces travaux s'ils sont en lien avec l'éducation à la santé sont plus ou moins proches de nos préoccupations et en particulier ne concernent pas la formation initiale après la réforme du système de formation de 2013.

2 Education à la santé en formation initiale à l'international

Plusieurs travaux ont été, par ailleurs, localisés dans des contextes différents du nôtre. Cette recherche a été conduite en juin 2017. L'exploration systématique des bases de données a permis d'identifier 22 documents après sélection et lecture des résumés pour ce qui concerne l'évaluation ou l'analyse de dispositifs en formation initiale d'enseignants en éducation à la santé. Un précédent travail de revue systématique conduit par Shepherd et coll. (2016) qui concernait 20 documents publiés entre 1997 et 2010 a en particulier attiré notre attention. 12 nouveaux documents correspondant à nos critères ont été identifiés depuis celui-ci. Les textes sélectionnés sont essentiellement en langue Anglaise (n=21/22). Plusieurs documents concernent l'évaluation des effets de cette introduction de l'éducation à la santé en formation initiale (n=10/22). Ces études concernent aussi bien des étudiants à différents moments de l'empan de formation que le suivi de ces étudiants à la prise de responsabilité. L'ensemble des documents a été lu et les références des articles, l'objectif principal de recherche, la méthode ainsi que les principaux résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Articles retenus par ordre chronologique	Objectif de recherche et méthode	Principaux résultats
Walsh, S., & Tilford, S. (1998).	Etude de la perception de la préparation lors de la formation initiale (paradigmes de santé, thématiques de santé, option ou inclus dans le curriculum...) auprès d'étudiants de 82 instituts de formation. Etude réalisée par questionnaire avant la création de la discipline PSHE	Effet : Perception de la préparation aux questions d'éducation et de promotion de la santé qualifiée de « superficielle ». Facteur : Importance de la durée de la formation et de la médiation de formateurs « engagés » sur ces questions
McKay, A., & Barrett, M. (1999).	Evaluation de dispositifs de formation initiale centrés sur l'éducation à la sexualité. Questionnaire auprès de 84 étudiants.	Facteur : importance de la forme de la formation (obligatoire ou optionnelle) et grande variabilité du volume horaire. Effet : la formation permet l'accroissement des savoirs, de la motivation et le développement de compétences des étudiants.
Mead, N. (2003).	Etudiants futurs enseignants en fin de formation initiale (Discipline PSHE) Etude de la compréhension du rôle des enseignants dans le cadre de l'éducation aux valeurs par questionnaire	Effet : la discipline PSHE permet aux étudiants de comprendre la nécessité d'une éducation aux valeurs et leur rôle en tant que futurs enseignants
Mead, N. (2004).	Etudiants futurs enseignants en fin de formation initiale (Discipline PSHE) Etude par questionnaire des liens entre les valeurs d'une école inclusive et l'expression de ces valeurs à travers l'éducation à la santé et la citoyenneté	Difficultés : manque de visibilité dans l'emploi du temps lors des stages ou sacrifiés sous la pression des autres matières. Manque de temps pour mettre en œuvre la discipline et pas d'accompagnement effectif de la part du tuteur de stage
Vamos, S., & Zhou, M. (2007).	Etude du sentiment de préparation à l'enseignement de l'éducation à la santé et identification de facteurs corrélés. Etude par questionnaire auprès de 166 enseignants débutants et 78 étudiants Canadiens.	Facteur : corrélation entre la pratique effective et savoirs, compétences et sentiment de préparation en éducation à la santé.

Davidson, B., Telljohann, S. K., Dake, J. A., & Price, J. H. (2010).	Evaluation de dispositifs de formation en éducation et promotion de la santé (volume, intensité et ressources mises à disposition). Enquête par questionnaire auprès des responsables de formation	Facteur : nécessité de former les étudiants à l'utilisation des ressources (en particulier les curricula en lien avec l'objet).
Eisenberg, M. E., Madsen, N., Oliphant, J. A., Sieving, R. E., & Resnick, M. (2010).	Analyse du ressenti d'enseignants quant à leur préparation en formation initiale pour ce qui concerne l'éducation à la sexualité. 7 Focus groupes de 41 sujets.	Effet : sentiment d'incompétence lié au fait que les dispositifs de formation sont identifiés comme ne préparant pas assez à ces questions.
Lynagh, M., Gilligan, C., & Handley, T. (2010).	Etude de l'effet d'un dispositif de formation initiale centré sur l'éducation à la santé. Questionnaires proposés à 139 étudiants 1 ^{er} et 2 nd degré.	Effet : augmentation du sentiment de compétence à prendre en charge les thématiques de santé.
Speller, V., Byrne, J., Dewhirst, S., Almond, P., Mohebati, L., Norman, M., ... & Roderick, P. (2010).	Suivi longitudinal d'étudiants en début et fin de formation initiale dans 3 instituts de formation par questionnaire (Discipline PSHE) Etude des savoirs, compétences et attitudes des étudiants en lien avec la promotion de la santé.	Difficultés : recentrage des étudiants sur la transmission des savoirs en lien avec la santé et moins sur une vision systémique des liens entre éducation et santé, hétérogénéité des contenus de formation dispensés, peu de liens explicites entre les questions de santé et d'éducation. Facteur : approche cumulative de ces questions en formation.
Plouffe, G., Otis, J., & Bizzoni-Prévieux, C. (2011).	Etude de la perception du sentiment d'auto efficacité en éducation à la santé auprès de 19 étudiants Québécois suite à leur participation à un dispositif de formation initiale. Etude par entretien et questionnaire (mixte).	Effet : amélioration du sentiment d'auto efficacité suite à la mise en œuvre de projet en éducation à la santé lors du stage.
Byrne, J., Speller, V., Dewhirst, S., Roderick, P., Almond, P., Grace, M., & Memon, A. (2012).	Evaluation de l'effet d'un dispositif de formation. Méthodologie mixte incluant des focus – groupe auprès de	Effet : impact positif de la formation sur les pratiques effectives en promotion de la santé

	165 étudiants 2 nd degré	Variabilité du sentiment de compétence en fonction des thématiques (sexualité notamment) Facteur : cohérence de la formation et soutien des pairs au moment de l'insertion professionnelle
Mannix McNamara, P., Moynihan, S., Jourdan, D., & Lynch, R. (2012).	Etude par questionnaire en ligne auprès de 1105 étudiants Irlandais en formation initiale afin de mesurer leur rapport et leurs expériences relatifs à l'enseignement de la discipline SPHE. Les étudiants n'ont pas bénéficié de formation au-delà de la troisième année de formation.	Facteur : influence du genre corrélé à leur rapport à la discipline SPHE
Paakkari, L. (2012).	Etude qualitative de l'évolution des conceptions de l'éducation à la santé auprès de 20 étudiants 1 ^{er} degré en formation initiale.	Effet : évolution des perceptions des étudiants de leur rôle avec une prise en compte plus ou moins effective de la complexité Facteur : impact de la formation et cohérence du lien entre santé et éducation gage de compréhension de cette complexité
Dewhirst, S., Pickett, K., Speller, V., Shepherd, J., Byrne, J., Almond, P., ... & Roderick, P. (2013).	Etude des caractéristiques de la formation en réponse à la prescription primaire (Public healthworkforce). Enquête auprès des formateurs.	Difficulté : manque de visibilité en formation initiale et en stage. Effet : centration sur l'instruction et peu sur la promotion. Facteur : importance d'une vision cohérente avec la complexité de l'objet (prise en compte des données de santé au niveau du territoire par exemple) Importance de la prise en compte de ces priorités dans la prescription secondaire.
Byrne, J., Shepherd, J., Dewhirst, S., Pickett, K., Speller, V., Roderick, P., ... & Almond, P. (2015).	Méthodologie mixte par questionnaire et entretiens semi-structurés auprès	Difficulté : manque de visibilité dans la formation et importance de relayer

	d'une population de 220 étudiants afin d'identifier la place de la santé et du bien-être dans les représentations du métier.	l'objet dans les pratiques en stage. Nécessité d'un accompagnement à l'entrée dans le métier sur ces questions.
Byrne, J., Pickett, K., Rietdijk, W., Shepherd, J., Grace, M., & Roderick, P. (2016).	Suivi longitudinal des étudiants (n=1014) (formation initiale et insertion professionnelle (à 2 ans)) afin de documenter les savoirs construits. Méthodologie par questionnaire.	Effet de la prise de fonction sur la qualité du jugement par rapport à la formation reçue (baisse) Des effets y compris sur la façon dont les enseignants prennent soin de leur santé Plusieurs facteurs corrélés : Importance du climat scolaire des établissements où ils seront placés Le facteur le plus important : la pratique effective en classe et les occasions pour les stagiaires d'observer des pratiques d'éducation à la santé : gagner en expérience et réfléchir sur sa pratique Difficulté : le nombre de priorités élevées à l'école
Laursen, P. F., & Nielsen, A. M. (2016).	Enquête qualitative auprès de 12 étudiants Danois en formation initiale ayant participé à un dispositif visant le développement des compétences relationnelles avec les élèves (CARE project)	Effet sur la représentation du métier en lien avec la vision de la relation enseignant – élève qui est décrite comme plus approfondie
Shepherd, J., Pickett, K., Dewhirst, S., Byrne, J., Speller, V., Grace, M., ... & Roderick, P. (2016).	Revue systématique de la littérature cherchant à examiner les facteurs d'efficacité, les obstacles et les facilitateurs de la promotion de la santé et du bien-être dans les écoles en formation initiale.	Effet : accroissement des savoirs en lien avec les thématiques de santé, du sentiment de compétence à enseigner l'éducation à la santé et à accompagner les élèves autour des problématiques de santé. Accroissement de la vision de leur rôle en tant que promoteur de

		santé. La formation est jugée de façon globalement positive.
Fane, J., & Schulz, S. (2017).	Etude d'écrits réflexifs de 31 étudiants Australiens en formation initiale concernant leur vision de la santé et la façon d'enseigner l'éducation à la santé à l'école.	Effet : contradictions relevées dans l'analyse des écrits entre vision de la santé et ce que sous-entend l'éducation à la santé pour ce qui concerne la santé.
Pickett, K., Rietdijk, W., Byrne, & Grace, M. (2017).	Etude qualitative de la perception des novices sur leurs pratiques promotrices de santé suite à un dispositif en formation initiale. Recherche de facteurs contextuels. 14 étudiants du premier et du second degré interviewés.	Effet : les pratiques se développent par l'interaction entre formation et expériences en classe et à l'école. La formation fournit une compréhension des problématiques de santé à l'école qui doit être alors contextualisée en lien avec les pratiques.
Scandurra, C., Picariello, S., Valerio, P., & Amodeo, A. L. (2017).	Etude de l'impact des facteurs sociodémographiques dans la vision du rôle des étudiants futurs enseignants comme facteur de protection dans l'éducation des élèves LGBT. Etude par questionnaires auprès de 483 étudiants.	Facteurs : genre, orientation sexuelle, pratique de la religion Nécessité en formation de déconstruire les conceptions qui concernent le genre et les représentations sexuelles.
Schwartz, T., Dinnen, H., Smith-Millman, M. K., Dixon, M., & Flaspohler, P. D. (2017).	Evaluation par étude qualitative de l'efficacité d'un programme de formation initiale à la préparation à l'enseignement en milieu urbain défavorisé centré sur le bien-être des élèves. Focus groupe.	Effet sur la représentation du métier avec une perception approfondie de leur rôle quant aux relations avec les élèves et la promotion de la justice sociale dans la classe et l'école.

Légende *PSHE/Ct*: Personnel, Social, Health and Economic Education (Angleterre). *SPHE* : Social, Personal and Health Education (Irlande)

Tableau1 - Revue de littérature concernant l'éducation à la santé en formation initiale des enseignants

La revue de littérature permet de mettre en évidence un effet de la formation initiale sur les étudiants pour ce qui concerne la perception de leur rôle en lien avec la santé des élèves au niveau de la classe mais aussi de l'école et un accroissement des connaissances en lien avec les thématiques de santé. Elle montre également un accroissement du sentiment de compétence pour enseigner l'éducation à la santé mais ceci de façon non systématique. On note également un effet sur la façon dont les étudiants prennent soin de leur santé. Les études longitudinales qui ont consisté à suivre les étudiants lors de la prise de responsabilité confirment un effet sur les pratiques effectives d'éducation à la santé. Les facteurs avancés concernent le volume, l'intensité, la forme et la cohérence de la formation ainsi que le lien avec leur vision de la santé. Le fait d'avoir mené ou observé des séances d'éducation à la santé et d'avoir bénéficié d'un accompagnement en classe ou dans l'école influence la mise en œuvre de pratiques effectives. La prise de responsabilité impacte de façon générale la perception de l'éducation à la santé. Les caractéristiques personnelles des étudiants ont également une influence (genre, orientation sexuelle, pratique de la religion) au regard de certaines thématiques (éducation à la vie affective et sexuelle). Enfin, le sentiment de préparation ou d'impréparation lors de la formation initiale est également identifié.

Pour autant, ces travaux ont été menés dans des contextes où l'objet « éducation à la santé » figurait en général de façon systématique dans les maquettes de formation voir dans les programmes scolaires des pays considérés en tant que discipline scolaire (*PSHE*, *SPHE*, ...)¹².

3 Identification de notre question de départ

Nous avons pointé les enjeux qui lient éducation et santé et la place de l'école dans la lutte contre les inégalités sociales de santé identifiée comme favorable pour ces questions au regard d'une perspective de promotion de la santé. Nous avons souligné les difficultés des enseignants expérimentés à mettre en œuvre des pratiques effectives d'éducation à la santé et le levier que constitue la formation continue. La revue de littérature a permis de confirmer l'influence positive de la formation initiale sous certaines conditions lorsque l'éducation à la santé est incluse de manière systématique dans les maquettes de formation et dans les programmes scolaires. Nous avons également rappelé que le contexte de la formation initiale a récemment connu des évolutions en France concernant l'éducation à la santé bien que celles-ci soient hétérogènes.

¹²*PSHE: Personal, Social, Health and Economic Education (Angleterre). SPHE : Social, Personal and Health Education (Irlande)*

Ces considérations nous permettent de préciser notre question de départ comme suit :

En quoi les parcours de formation initiale en France en éducation à la santé (filiale d'insertion professionnelle, volume, nature, durée de la formation) auraient-ils une influence sur la professionnalisation des enseignants débutants ?

Chapitre 3 : Cadres conceptuel et théorique

1 Contexte de recherche

Les travaux menés ici participent aux recherches menées au sein de notre laboratoire (ACTé EA4281) et plus particulièrement ceux de l'axe 3 qui s'intéressent à la professionnalisation. Les théories de l'activité sont au centre des préoccupations du laboratoire et font donc l'objet des développements suivants principalement en référence aux travaux de Barbier (2001, 2009 et 2011).

1.1 Des travaux organisés autour de deux postulats

Ces travaux reposent sur deux postulats :

- Postulat n°1 : Nous faisons le choix de concilier visée épistémique et visée transformative. Nous souhaitons ainsi comprendre au sens d'enrichir les connaissances pour mieux accompagner une activité professionnelle au sens d'avancer des propositions pour aider les professionnels (Gal-Petitfaux et Saury, 2002). Nous cherchons ici à comprendre comment la formation initiale en éducation à la santé participerait à la professionnalisation des enseignants débutants pour éventuellement permettre de concevoir des parcours de formation plus efficaces.

- Postulat n°2 : Nous choisissons également de retenir une entrée par l'activité des enseignants débutants qui implique certaines conditions qui sont autant de préoccupations à prendre en compte. Elle est d'abord à appréhender de façon systémique et située dans les parcours de formation qui leur sont offerts. Elle implique une prise en compte de l'ensemble des espaces et des temps de la formation initiale et le caractère nécessairement subjectif du et des sujets.

1.2 Des travaux organisés autour de trois objectifs

Ces deux postulats permettent de définir trois priorités :

- Priorité 1 : la nécessité d'articuler la construction des objets de recherche en référence à des activités et à des théories de l'activité. Nous avons retenu le concept mobilisateur de développement professionnel (que nous définissons ensuite) car il permet de prendre en compte tant les enjeux de la formation initiale que ceux de la formation des enseignants débutants en éducation à la santé. Sa formulation sous la forme de concept d'intelligibilité à l'aide de la psychologie ergonomique (leplat, 2005) se justifie pour comprendre la façon dont se déroule l'activité, source potentielle de développement.

- Priorité 2 : la nécessité de construire des outils de pensée cohérents en prenant en compte : la question des contextes dans lesquels se déroulent l'activité (quels parcours de formation ?), la question des transformations affectant l'activité et les individus (Quelles perceptions de la tâche, quel intérêt, quel sentiment de compétences, quel développement ?), la question de la coordination de l'activité de plusieurs acteurs (formateurs-étudiants) et la question de la transformation continue de l'activité (Quelle temporalité ?).
- Priorité 3 : la nécessité de penser le processus de recherche lui-même en termes d'activité : l'activité de recherche n'est pas neutre et impacte potentiellement l'activité des enseignants débutants en éducation à la santé.

De par la multiplicité des éléments figurants ci-dessus, notre recherche s'inscrit de fait dans une perspective complexe (Morin, 1988).

2 Approche conceptuelle des objets

Partant de ces considérations, nous souhaitons ici préciser nos choix des principaux termes que nous utiliserons dans la suite de ce texte et les significations que nous leur donnons alors.

2.1 Education à la santé

La lutte contre les inégalités sociales de santé est un enjeu majeur pour les politiques de santé publique (Marmot, 2010). La santé des individus est en effet dépendante des interactions entre des déterminants biologiques, environnementaux, culturels, institutionnels et sociaux qui prennent place dans les écosystèmes de vie des individus (Bronfenbrenner, 1977). Concernant l'efficacité des stratégies mises en œuvre, les actions qui ciblent les déterminants sociaux de la santé (OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009) sont repérées par la littérature scientifiques comme autant de leviers pour garantir la promotion de la santé des individus ainsi que leur bien-être en luttant contre les inégalités sociales de santé.

Concernant la santé et dans une perspective historique, les travaux de Breton et coll. (2017) identifient trois modèles apparus successivement :

- Le modèle biomédical et organiciste dit de la « santé négative » qui définit la santé comme l'absence de maladie du corps et/ou de l'esprit ;
- Le modèle global de la santé positive, basé sur la définition de 1946 de l'OMS, et qui définit la santé comme un processus dynamique concernant un sujet socialement situé et acteur de sa propre santé ;

- Le modèle holistique de l'existence d'un sujet autonome ouvert sur la monde reposant sur une vision multifactorielle de la santé (par la prise en compte des déterminants de santé).

Cette dernière perspective correspond au concept de promotion de la santé qui fait de la lutte contre les inégalités sociales de santé son objectif premier. La Charte d'Ottawa (OMS, 1986) définit la promotion de la santé « comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Les travaux de Downie et Tannahill (1996) ont formalisé la façon dont l'école participe à la promotion de la santé des élèves. Cette approche des écoles promotrices de santé est qualifiée de prometteuse par les travaux issus de la revue de littérature (Langford et coll., 2014). Le parcours éducatif de santé (MEN, 2016) renvoie également à ce type d'approche. Les actions qui ont démontré une certaine efficacité sont multifactorielles (St Leger et Young, 2009), multi niveaux (Bond et coll., 2004), globales et pensées sur le long terme.

De façon générale, elles visent à développer un environnement protecteur par une réflexion sur la politique de l'école en matière de santé et l'environnement tant physique que social mais également la collaboration avec les familles ou les partenaires (St Leger et Young, *ibid.*). La participation des élèves est également considérée comme centrale. Les travaux issus de la littérature scientifique ont permis de démontrer des effets positifs sur les élèves (niveau de satisfaction, de motivation, d'appartenance et développement des compétences psychosociales et des comportements de santé) (Griebler et coll., 2014 ; John-Akinola et coll., 2014). La politique de santé développée concerne alors aussi bien la prévention (actions en amont de la maladie, travail sur les facteurs de risque), la protection (travail sur les facteurs de protection) que l'éducation (amélioration du bien-être) voire combine ces différents axes.

Travailler à la protection à l'école, c'est avoir une attention à l'environnement scolaire dans une perspective de bien-être social de l'ensemble des acteurs (élèves, enseignants, personnels, familles). Le respect et la sécurité de tous doivent être assurés. Cela passe par une réflexion sur l'aménagement des locaux (hygiène des toilettes) mais aussi sur l'identification de personnes ressources à même d'accompagner les élèves pour les aider à résoudre les problèmes qu'ils peuvent rencontrer dans leur vie à l'école (enseignant, conseiller principal d'éducation, infirmière scolaire, assistant d'éducation). C'est aussi travailler au lien avec les

services de restauration pour veiller à la qualité des repas ou permettre les conditions de l'hygiène de vie des élèves dans les temps périscolaires (brossage des dents).

Travailler à la prévention, c'est mettre en œuvre des actions centrées sur les différentes thématiques de santé (sommeil, activité physique, alimentation) et les comportements à risque (harcèlement, addictions).

Travailler à l'éducation, c'est permettre l'acquisition et la mise en œuvre des compétences individuelles des élèves tant dans les activités de classe (leçon centrée sur différents thèmes, projet transversal) que dans le quotidien de la vie de l'établissement (passage aux toilettes).

Les facteurs favorables à la mise en œuvre de ce type d'approche au niveau d'une école sont un état des lieux des actions déjà conduites, une formation de l'équipe d'école ou l'état de santé des élèves (Macnab, 2013). Concernant les obstacles à la mise en œuvre, une étude récente (Darlington et coll., 2017) a mis en évidence le niveau d'adéquation avec la politique locale, une équipe ressource non constituée ou non reconnue, l'absence de diagnostic permettant l'identification de priorités de santé ou des changements fréquents au niveau des membres de l'équipe éducative.

Depuis les années 1990, concernant l'axe éducatif, trois notions se sont développées à la suite des travaux de l'OMS sur la promotion de la santé : celle de compétence psychosociale, d'empowerment et de littératie en santé.

La notion de compétence psychosociale est en lien avec les dimensions individuelles de la promotion de la santé. Les compétences psychosociales sont définies comme des aptitudes permettant à l'individu de faire face aux situations de la vie qu'il rencontre. Au nombre de dix, regroupé par deux, elles sont en lien avec la conscience de soi et des autres, la gestion du stress et des émotions, l'acquisition d'une pensée critique et créative, la communication et le développement de relations interpersonnelles harmonieuses, la démarche de résolution de problèmes et la prise de décisions.

La notion d'empowerment est définie comme la prise de conscience et les démarches qui doivent permettre à l'individu de développer sa capacité d'action sur sa propre santé dans une perspective de justice sociale. La notion s'appuie selon Nutbeam (2008) sur celle de littératie en santé qui est définie comme la motivation et les compétences des individus à accéder,

comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Les travaux scientifiques ont montré des corrélations entre faible niveau de littératie en santé et mauvais état de santé (Parker, 2000).

L'éducation à la santé est donc partie intégrante de cette perspective plus large de promotion de la santé. Elle est centrée sur le développement et le renforcement des aptitudes individuelles dans une visée éducative qui cherche à prendre en compte les notions de compétences psychosociales, d'empowerment et de littératie en santé.

L'approche historique permet d'identifier là aussi plusieurs évolutions significatives qui conduisent à cette insertion. Les travaux de Nourrisson (2000) distinguent :

- L'approche prescriptive, normative et hygiéniste du début du XXIème siècle. En lien avec les progrès scientifiques sur la compréhension des maladies infectieuses, l'éducation à la santé est alors caractérisée par un ensemble de prescriptions relatives à l'hygiène et aux conduites à risque qui sont alors à proscrire. Le sujet est alors absent de la réflexion sur les principaux problèmes de santé de même que les dimensions éthiques des interventions de prévention ;
- L'approche informative, biomédicale et préventive de la période qui suit l'après-guerre est caractérisée par la transmission des savoirs des professionnels à la population. Il s'agit alors de permettre la diffusion de « vérités » qui doivent s'imposer à tous pour éviter les conduites à risque et être ainsi en « bonne santé ». Le sujet informé est alors nécessairement tenu de mettre en œuvre ces prescriptions ;
- La dernière approche, la plus récente, s'inscrit dans le cadre de la définition de la promotion de la santé de 1986. Elle est centrée sur l'accompagnement des individus afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées pour ce qui concerne leur santé et leur vie ainsi que celle de la collectivité. En étant accessible au plus grand nombre, elle permet de lutter contre les inégalités sociales de santé. Elle s'adresse également à tous les professionnels qui par leurs décisions et interventions ont une influence sur la santé des populations.

Les travaux de Grabowski et coll. (2017) énoncent les principes qui sont partagés par l'ensemble de ces interventions. Ils reposent sur une définition holistique de la santé qui dépasse la présence ou l'absence de maladie, une attention au contexte dans lequel vivent les individus, leur participation dans le cadre des interventions sur la base d'un dialogue avec un

professionnel, l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires pour la prise en charge de leur santé et la prise en compte des inégalités de santé.

Au final, nous retenons donc l'expression éducation à la santé car il s'agit là de celle qui figure dans le référentiel de compétences professionnelles des professionnels de l'éducation nationale (MEN, 2013)¹³ et que nous situons dans une perspective éducative qui englobe l'environnement de vie et ce qui est transmis et qui vise à donner les moyens à chacun de prendre en charge sa santé de façon responsable et autonome.

2.2 Enseignant débutant

L'organisation actuelle de la formation initiale depuis la réforme de 2013 (MEN, 2013) a fortement différencié la population des étudiants. Un rapport du Réseau des ESPE¹⁴ (2016) fait apparaître la multiplicité des parcours possibles en fonction des caractéristiques des étudiants. Les étudiants de M1 (première année de Master) sont issus de différentes licences, voire de différents Masters ou en reprise d'étude. Les étudiants de M2 (seconde année de Master) proviennent du M1 MEEF ou d'un autre Master, voire sont dispensés de titre. Certains sont lauréats du concours de recrutement ou non. Ils ont un double statut, celui d'étudiant-stagiaire. D'autres ont bénéficié du dispositif EAP (Emploi Avenir Professeur) et expérimentent l'alternance depuis la dernière année de licence. Certains étudiants effectuent une troisième année en ESPE dans le cadre des Diplômes d'Université (DU). On ajoutera à cet ensemble hétérogène, que plusieurs mentions de Master MEEF ont été créées en fonction de la filière professionnelle d'insertion. Ainsi, en France, d'un point de vue institutionnel, les ESPE accueillent des étudiants, futurs professeurs des écoles, futurs professeurs de lycées et collèges et futurs conseillers principaux d'éducation. Nous nommons dans ce texte « enseignant débutant » des étudiants inscrits en formation initiale en ESPE et qui remplissent tout ou partie des caractéristiques présentées en amont.

2.3 Formation initiale et finalité : professionnaliser

Nous considérons que la finalité de la formation initiale en éducation à la santé consiste à professionnaliser les enseignants débutants. La professionnalisation est définie par Wittorski et coll. (2010) comme une injonction adressée aux individus en formation qui doivent alors construire ou transformer leur activité afin de la rendre plus efficace et plus lisible. Samurçay

¹³ Référentiel des compétences des métiers du professorat et de l'éducation MEN, 2013

¹⁴ « La prise en compte de la diversité des publics en formation » RESPé, 2016

et Rabardel (2004) distinguent deux types d'activités que sont les activités constructives et productives. Elles reposent sur le postulat que le développement humain permet au sujet d'augmenter et de modifier ses ressources pour agir efficacement (activité productive) tout en entraînant une transformation de celui-ci (activité constructive) (Pastré, 2011). L'activité constructive est la cible privilégiée de la formation initiale qui a comme enjeu premier la construction du futur professionnel et de son identité professionnelle (Beckers, 2007). Pour autant, elle est aussi au service de l'activité productive en permettant l'acquisition de capacités qui conditionneront l'efficacité de l'action à venir. Former des enseignants débutants en éducation à la santé consiste alors à leur permettre de se construire une vision de ce qu'est éduquer à la santé à l'école mais aussi développer leur sentiment de compétence et leur intérêt pour l'éducation à la santé (Bandura, 1986).

3 Le développement professionnel comme cadre conceptuel

Afin de répondre à notre question de départ, nous avons fait le choix de retenir le développement professionnel comme référence pour penser la formation initiale des enseignants en éducation à la santé.

Ce choix sera justifié au regard de la revue de littérature effectuée. Nous en reprenons dans la suite du propos les principaux arguments en les contextualisant à l'éducation à la santé.

3.1 Deux perspectives de développement professionnel

L'expression « développement professionnel » est tout d'abord un concept pragmatique qui recouvre, dans le champ scientifique, de multiples définitions et donc de significations (Altet, 2010). Le développement professionnel peut être défini comme une dynamique mise en œuvre par un individu en fonction des situations de travail ou de formation qu'il traverse (Briquet-Duhazé, 2015). La revue de littérature permet d'identifier deux principales perspectives (Uwamriya et Mukamurera, 2005). Ces deux perspectives répondent à la question de « comment se professionnalise – t – on ? » mais de manière différente.

La première perspective qualifiée de développementale renvoie à des stades du développement qui se réaliseraient de façon linéaire selon une temporalité plus ou moins longue. Villegas-Reimers (2003) indique que le développement professionnel des enseignants est un processus « tout au long de la vie » qui commence lors de la formation initiale et se poursuit jusqu'à la retraite. Certains auteurs le font commencer avant (Nault, 1999).

La seconde perspective qualifiée de professionnalisante remet la focale sur les interactions entre la singularité du sujet et les contextes qui constituent les milieux au sein desquels il

œuvre. Dans cette perspective, en référence aux travaux de Vygotski, l'apprentissage est une condition du développement. Les auteures indiquent que quel que soit la perspective retenue, il s'agit d'un processus graduel plus ou moins profond qui vise à permettre aux enseignants de maîtriser leur travail afin de s'y sentir à l'aise. Jorro (2014) recommande de prendre en compte ces deux perspectives car selon elle la frontière entre les deux est floue et il peut être également intéressant de combiner ces deux approches pour décrire de façon plus approfondie les phénomènes étudiés.

3.2 Plusieurs « modèles » de développement professionnel

Ces modèles se réclament généralement ou peuvent se rattacher à une des deux grandes perspectives décrites. Leur originalité et leur pertinence viennent du fait qu'ils « éclairent » généralement un aspect du développement professionnel. A la suite de Jorro (ibid.), nous souhaitons retenir ici en les justifiant les modèles qui apportent des arguments à notre projet de compréhension du développement professionnel en lien avec l'éducation à la santé et la formation initiale.

3.3 Construction des pratiques enseignantes en éducation à la santé : un processus inscrit dans une temporalité « longue » qui débute avant la formation initiale et se poursuit après

Le développement professionnel est à rattacher à la notion de processus et en particulier de processus tout au long de la vie professionnelle. Ceci renvoie à la définition des enseignants comme étant des apprenants et ceci tout au long de leur carrière. Selon Hargreaves (1994), les enseignants sont considérés comme ayant des besoins professionnels tout au long de leur vie professionnelle et sont à ce titre mis en situation d'apprendre sur le long terme. Ceci implique, en termes de processus, que le développement professionnel doit être pensé de façon continue afin que les enseignants puissent se « mettre à jour » quant aux changements, aux connaissances, aux compétences et aux conceptions liés à l'enseignement. Dans la littérature de langue Française, l'expression développement professionnel est d'ailleurs souvent associée à celle d'offre de formation continue (Brodeur et coll., 2005). Concernant les facteurs qui impactent le développement professionnel des enseignants expérimentés, Flores (2006) identifie une influence de l'histoire personnelle (effets des socialisations primaire et secondaire), de la formation initiale (effets de la socialisation professionnelle), des expériences en lien avec la pratique (effets du contexte professionnel) que ce soit au niveau de la classe mais aussi au niveau de l'école. Le développement professionnel est donc un

processus singulier qui impacte à la fois l'identité de l'enseignant en tant que personne mais aussi en tant que professionnel.

3.4 Un processus dépendant de situations formelles, informelles et non formelles

Le développement professionnel est associé aux types de situation qui permettent ce développement soit lors de situations formelles (par exemple des cours à l'université) ou lors de situations informelles ou non formelles (par exemple des discussions avec ses collègues, les expériences vécues en classe ou en-dehors de l'école, etc.) c'est-à-dire des actions planifiées et intentionnelles ou au contraire opportunistes. Le développement professionnel peut être également défini selon le public cible de ce développement à différents moments de la carrière soit des enseignant débutant (la formation initiale est alors le média privilégié), soit des enseignants expérimentés à différentes étapes de leur carrière (la formation continue est alors le média privilégié) (Birman, 2000).

3.5 Une importance des dynamiques collectives

Le développement professionnel peut être caractérisé comme un processus d'abord individuel en ce sens que ce processus dépend avant tout du sujet cible du développement. Pour autant, l'influence du collectif des pairs est reconnue comme favorable dans une perspective socioconstructiviste (Fullan, 1992). La notion « d'établissement formateur » considérant les contextes professionnels voir « d'organisations apprenantes » nous semble renvoyer à ce dernier argument (Ria, 2015) en mettant l'accent sur la place du collectif de l'école ou de l'établissement.

3.6 Inscrire le bien-être et la réussite de tous les élèves au cœur de l'identité professionnelle enseignante

Day (1999) considère que les enseignants ne peuvent « être développés passivement ». Ils se développent de manière active et la décision « in fine » n'en appartient qu'à eux. Ainsi lorsqu'il n'est pas internalisé, le changement risque d'être « superficiel et provisoire ». Un changement profond implique une modification ou une transformation des valeurs, attitudes, émotions et perceptions sur la pratique. Cet engagement serait également en lien avec la responsabilité qui incombe aux enseignants. En ce sens, Eraut (1995) indique que, concernant leur engagement, c'est leur responsabilité morale et professionnelle qui doit en être le moteur. Ainsi, d'un point de vue moral, les enseignants doivent porter attention aux besoins des élèves en termes d'apprentissage et de bien-être et d'un point de vue professionnel, ils doivent

réviser périodiquement l'efficacité de leur pratique afin de l'améliorer et continuer à développer leurs savoirs professionnels à la fois par la réflexion personnelle et par l'interaction avec les pairs. Selon Guskey (2002), la plupart des dispositifs de formation échoue parce qu'ils oublient de prendre en compte deux facteurs cruciaux à savoir ce qui motive les enseignants à s'engager dans le changement et le processus par lequel ce changement survient chez eux.

3.7 Eduquer à la santé : de la nécessité à développer la capacité à s'adapter à son territoire d'exercice, son contexte d'école et les caractéristiques de son public afin d'agir au service du parcours éducatif de santé de l'élève et sur le gradient des inégalités sociales et de santé

Tochon (2000) définit la pensée enseignante comme un ensemble de savoirs, de représentations sur la profession en lien avec leur discipline et leur activité mais aussi de capacités à résoudre les problèmes quotidiens dans le cadre de leurs activités d'enseignement et qui les implique également en tant que personne. Cette définition pour le moins systémique justifie le fait que les enseignants sont décrits comme des apprenants. Elle permet de préciser les dimensions de cet apprentissage et son caractère professionnel comme personnel. Selon Fullan et Hargreaves (2012), il s'agit de développer le capital professionnel des enseignants qui est constitué selon les auteurs du capital humain (savoirs et compétences nécessaires pour enseigner), du capital social (relations et interactions, normes professionnelles, pratiques collaboratives et partenariales) et du capital décisionnaire (habilité à prendre des décisions autonomes dans des situations complexes). Ce dernier type de capital serait caractéristique de la professionnalité enseignante.

3.8 D'une préoccupation centrée sur la « réussite du concours » et du lien entre EPS et santé, au développement d'une identité professionnelle en éducation à la santé

Selon Bourdoncle (1991) la professionnalité est le produit du développement professionnel. Lang (1996) dans une revue de littérature donne à voir différents modèles ou typologies de ce que peut être la professionnalité enseignante. Il en conclut qu'il n'y a pas une professionnalité définie une fois pour toute et qui ferait consensus mais un équilibre à trouver entre différents pôles qui éclairent autant de facettes du métier. Philippot (2010) définit la professionnalité comme un état instable et évolutif. Pour Lantheaume (2012), la question de la professionnalité est à considérer entre autres avec les attentes de la société au regard des

missions et donc de la prescription qui est adressée aux enseignants et à l'évolution des environnements de travail. Or, la profession enseignante a connu en quelques années des évolutions majeures. Hargreaves et Moore (2000) identifient 4 périodes qui constituent autant d'évolutions et de visions non exclusives de ce qu'est un professionnel de l'enseignement. Si ces travaux sont le résultat de l'analyse de systèmes éducatifs anglo-saxons pour l'essentiel, les auteurs indiquent que la réflexion doit pouvoir être étendue à l'ensemble des autres systèmes éducatifs. La période actuelle dit du postmodernisme est marquée par la mondialisation et par l'essor des nouvelles technologies qui ont permis la diffusion des connaissances dont l'école n'aurait plus le monopole. La conséquence en est une porosité aux questions socialement vives, une demande de coopération avec les parents et des professionnels de plus en plus variés, la prise en compte des besoins particuliers des élèves, de nouvelles façons de concevoir tant les pratiques de classe que les pratiques de formation. Par ailleurs, le développement professionnel est lié à la construction et à la clarification de l'identité professionnelle (Donnay et Charlier, 2008) en tant qu'incorporation de la professionnalité.

3.9 Une proposition de modélisation du développement professionnel en éducation à la santé

Sur la base des conceptualisations figurant ci-dessus, nous proposons une modélisation du développement professionnel. Celle - ci repose sur plusieurs postulats :

- Le premier tient à la vision de l'apprentissage professionnel tout au long de la vie c'est-à-dire en tant que processus graduel avec une temporalité longue.
- Le second met au centre du développement l'enseignant débutant en tant que personne et en tant que professionnel et dans les différents contextes qui jalonnent sa vie professionnelle.
- Le troisième pose la professionnalité et l'identité professionnelle comme les finalités du développement professionnel.
- Le quatrième définit la formation initiale comme une étape de ce continuum et devant permettre la transition vers les étapes ultérieures. Selon Zuzovsky (2001), chaque étape du développement intègre les facteurs qui permettent l'émergence de la suivante.

Au final, la référence au développement professionnel qui centre l'action de formation sur la personne s'ancre dans une perspective de professionnalisation et donne toute sa place aux différentes expériences éducatives et à la place des enseignants débutants et offre des

perspectives scientifiques intéressantes, selon nous, pour offrir un modèle adapté à la formation initiale et aux spécificités de l'éducation à la santé.

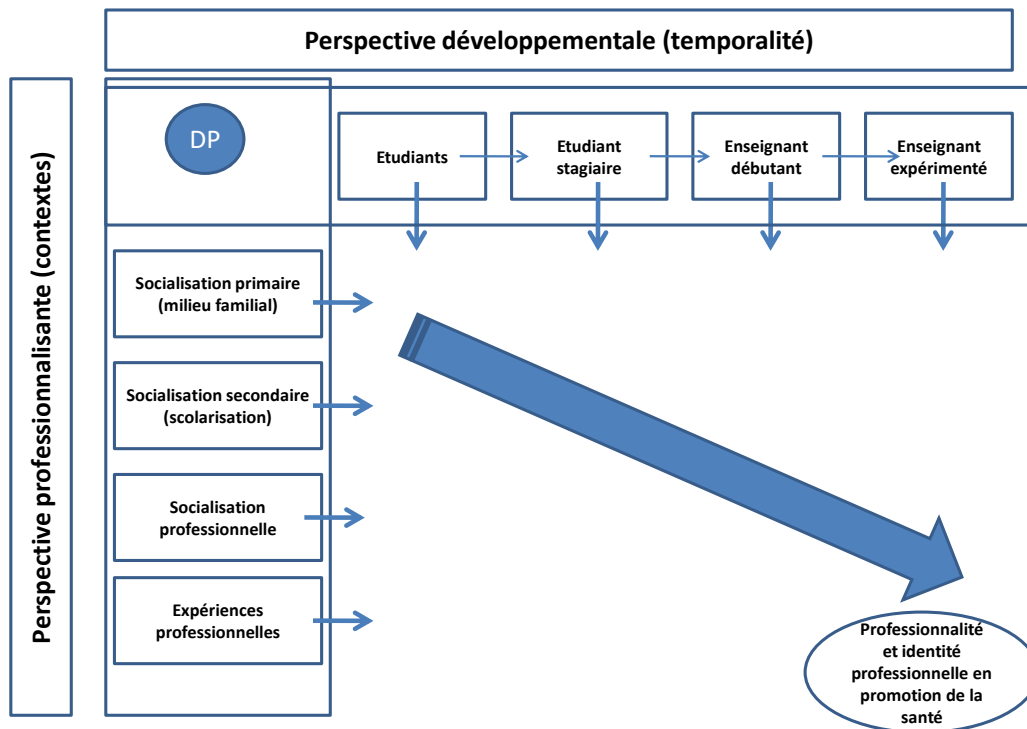


Figure 1 – Proposition de modélisation du développement professionnel (DP) dans une perspective de promotion de la santé

La compréhension du développement professionnel des enseignants débutants en formation initiale constitue le but de nos travaux. A la suite de Cattonar (2006), nous nous plaçons dans le cadre d'une approche biographique et contextuelle.

S'agissant de documenter à la fois des produits et un processus qui implique à la fois la prise des parcours de formation et de la temporalité du développement professionnel, nous justifions, dans la suite du propos, le choix de la psychologie ergonomique (Leplat, 1980) comme cadre théorique de la thèse.

4 La psychologie ergonomique comme cadre théorique pour opérationnaliser le développement professionnel

La psychologie ergonomique (ou psychologie du travail dans la tradition Française) appartient à la psychologie et est une composante de l'ergonomie (Leplat, 2005). Selon Falzon (2004), il s'agit de l'étude des relations entre l'homme et les méthodes et milieux de travail à des fins de compréhension. Le travail y est défini comme une activité spécifiquement humaine, acquise par apprentissage et tenue de s'adapter aux exigences d'une tâche. Analyser le travail consiste alors à distinguer et articuler à la fois ces deux notions importantes que sont la tâche et l'activité (Leplat, 2005).

La tâche répond la question du « Quoi ? » c'est-à-dire ce qu'il y a à faire et l'activité à la question du « Comment ? » c'est-à-dire ce qui est fait. Dans les situations de travail, la tâche est fixée par l'institution ou l'organisation et s'imposerait à celui qui doit l'exécuter. Définir la tâche consiste alors à déterminer les buts, les objets et les propriétés pertinentes des objets nécessaires à la mise en œuvre.

L'étude de l'activité en situation de travail consiste à examiner le passage de la tâche prescrite à la tâche effectivement réalisée et à son résultat. Selon Leplat (2000) l'agent construit à partir de la tâche prescrite sa propre tâche, celle qu'il exécute et qu'il contrôle c'est-à-dire que qu'il se donne à faire et fait. Ce dernier niveau correspond à la tâche redéfinie par lui c'est-à-dire le modèle qu'il donne à son activité à venir et qui précède la tâche effective c'est-à-dire le modèle de l'activité qui sera effectivement réalisée. Les travaux de Clot (1999) ont également introduit l'idée que l'activité n'est pas limitée à ce qui se fait mais également ce qui ne se fait pas, ce qu'on voudrait faire, ce qu'on aurait pu faire Alors que le couple agent-tâche permet de définir la situation de travail dans le cas d'une tâche prescrite et redéfinie, le triplet tâche-agent-activité définit la situation de travail dans le cas d'une tâche effective.

La notion d'écart est également centrale dans l'analyse de l'activité. Les écarts entre la tâche prescrite et la tâche réalisée peuvent s'expliquer par une hypothèse centrée sur la tâche qui serait alors trop complexe ou une hypothèse relative au sujet qui manquerait alors des compétences nécessaires voire est le résultat des deux hypothèses.

Concernant les enseignants expérimentés, les travaux de Goigoux (2007) dans le champ de la didactique du Français ont mis en évidence que leur activité dépendait de plusieurs déterminants ou facteurs qui conditionnaient les pratiques de ces professionnels. Ces facteurs appartiennent tant au niveau institutionnel (programmes, projets, circulaires, ...) qu'au niveau personnel (représentations de l'enseignant quant à ses missions, histoire personnelle) ou aux caractéristiques du public (les élèves, leurs besoins et attentes). Ces différents facteurs influencent la redéfinition de la tâche et au final l'activité qui sera mise en œuvre, ici en didactique de la lecture. Concernant des enseignants, le choix de l'analyse de l'activité permet de sortir d'une vision purement didactique ou pédagogique du métier en essayant de prendre en compte les multiples contraintes et compromis liés à ces différents déterminants.

Concernant les enseignants expérimentés en éducation à la santé, les travaux de Simar et Jourdan (2010, 2011) ont permis de mesurer une diversité de pratiques reposant sur un large processus de redéfinition de la tâche et une diversité de facteurs corrélés. Ces facteurs renvoient en particulier à des dimensions personnelles. Parmi celles-ci, ces études relèvent une influence de la formation initiale, du volume de formation reçue plus globalement, de la place du travail collectif et de l'intérêt pour l'éducation à la santé.

Nous précisons, à la suite, les principales considérations à prendre en compte pour spécifier nos hypothèses.

4.1 La nécessité de conduire des études en contexte ici de formation initiale

Suite à la réforme de 2013, la formation initiale en ESPE a été repensée autour de l'objectif de permettre une formation par la recherche et par une alternance qualifiée d'intégrative (Charlot, 2017). La notion d'alternance renvoie aux lieux de formation que sont le site ESPE et les établissements scolaires. La notion d'intégration renvoie au fait qu'il s'agit « d'articuler » les savoirs théoriques et les savoirs de la pratique afin de professionnaliser les enseignants débutants. La réforme a profondément renouvelé la formation initiale des futurs enseignants et éducateurs. En particulier, la mise en œuvre d'un concours de recrutement en fin de première année de Master MEEF a recentré celle-ci sur la préparation des étudiants aux épreuves du concours et fortement différencié la population de seconde année en fonction de la réussite ou de l'échec à ses épreuves. Considérant cette seconde année, la forme et le volume du stage dans les établissements constituent sans doute la variable qui distingue le

plus les différents parcours de formation. Les étudiants qui ont réussi les épreuves du concours sont nommés en responsabilité à $\frac{1}{2}$ temps en tant qu'enseignant stagiaire alors que les étudiants ayant échoué à ces épreuves bénéficient de l'équivalent de 5 semaines de stage d'observation et de pratique accompagnée. En résumé, les parcours de formation qui visent tous le même objectif à savoir la formation de futurs professionnels de l'éducation nationale, traduisent cette adaptation de la formation aux caractéristiques des enseignants débutants. Pour autant, la volonté du législateur a été de fournir un certain nombre de directives pour uniformiser ces parcours. Parmi celles-ci, la nécessité de mettre en œuvre une formation commune à tous les métiers (Professeur des écoles, Professeur de lycée et collège, Conseiller Principal d'éducation) n'est pas la moindre des nouveautés. Un rapport du réseau des ESPE suite à une enquête menée de 2013 à 2014 auprès des 30 ESPE. Académiques constatait qu'une vingtaine d'ESPE avaient mis en place, même partiellement, un tronc commun (p. 6). Ce tronc commun permettait un mélange des étudiants des trois mentions (1(professeur des écoles), 2 (professeur de lycée et collège) et 3 (conseiller principal d'éducation)) dans 44 % des ESPE, un mélange des étudiants de différents parcours des mentions 2 et 3 dans 50 % des ESPE. Dans 6 % des ESPE., les cohortes d'étudiants n'étaient pas mélangées. 17% de l'horaire global de la maquette de formation était consacré à ce tronc commun.

Au final, les parcours de formation diffèrent assez sensiblement non seulement d'une ESPE à l'autre mais également entre parcours au sein d'une même ESPE. Nous faisons l'hypothèse qu'en conséquence la nature du couplage s'en trouve impactée. Par ailleurs, ce parcours de formation est à concevoir de manière large et compris comme toutes les expériences de formation.

4.2 La prise en compte de l'activité des enseignants en formation

Selon Barbier (2011), la formation a pour intention l'acquisition de capacités qui feront l'objet de transfert en situation de travail. Les dispositifs de formation sont alors conçus comme des espaces - temps de transformation des capacités des apprenants en vue de leur transfert dans d'autres espaces d'activité (la classe, l'école, la société). Les travaux de Borko (2004) mettent en avant le terme de programme qui est caractérisé par le contexte où prennent place, de façon située, les enseignants débutants, cibles du programme, les formateurs qui ont la charge de le mettre en œuvre et le programme lui-même. Si cette définition du programme nous semble utile pour identifier la structure même du parcours de formation au travers de ses éléments constitutifs ainsi que l'intention qui se rattache à l'aspect programmatique et que

nous avons défini avec Barbier, il n'en demeure pas moins que la notion de dispositif ne peut être comprise elle comme un synonyme de celui-ci. Selon Albéro (2010), un dispositif n'est jamais totalement normalisable, consensuel, réalisé comme il a été prévu c'est-à-dire qu'il n'obéit jamais totalement à la logique programmatique qui tente de le résumer. Les travaux de Peeters et Charlier (1999) définissent le dispositif comme un cadre qui doit permettre la construction de significations par l'utilisateur et qui sont alors autant de ressources pour la mise en œuvre de façon autonome. Il invite alors celui-ci à prendre l'initiative en s'appropriant les ressources mises à sa disposition pour construire un « projet personnel ». Par ailleurs, les travaux de Nagels (2017) militent pour une finalité des environnements de formation organisée autour de la prise de conscience de l'activité du sujet par le sujet. Il définit celui-ci comme un acteur qui explore et analyse son environnement et en retient les éléments qui y font sens pour lui et selon lui que ces éléments soient matériels ou immatériels. Reprenant les propos de Bandura (2003, cité par Nagels (ibid.)), il indique que ce n'est pas tant la présence d'éléments dans l'environnement qui suscite l'activité du sujet que le traitement cognitif par le sujet des caractéristiques de ces éléments.

Nous faisons l'hypothèse que le couplage dans les parcours de formation en éducation à la santé génère un processus de nature cognitive qui implique l'identification des ressources reconnues comme pertinentes. Nous utilisons dans ce texte l'expression parcours de formation à la fois pour désigner ses éléments constitutifs au sens de Borko et la notion de mise à disposition de ressources et d'activité des enseignants.

4.3 La prise en compte de l'activité des enseignants débutants en formation initiale

Les travaux de Clot (1999) ont introduit les notions de genre et de style professionnels. En analyse du travail, le genre professionnel renvoie à l'histoire collective dont chaque opérateur peut disposer comme instrument psychologique (Clot, 2008) dans le cadre de son activité professionnelle. La formation a alors comme intention la transmission de ce genre professionnel aux sujets qui lui sont confiés. Cette transmission si elle est synonyme d'apprentissage n'est pas pour autant synonyme de développement. Ce développement se produit essentiellement lorsque ceux-ci prennent des libertés par rapport au genre en développant leur propre style, c'est-à-dire en « stylisant » le genre. Le style est alors assimilable à une transgression de la tâche prescrite et le phénomène de stylisation est alors le moyen du développement professionnel. Autrement dit, l'apprentissage relève de la

transmission de la culture professionnelle c'est-à-dire de la transmission d'artefacts (connaissances, concepts, outils, règles) ou de l'usage de ces artefacts. Le développement relève lui de l'appropriation subjective par le sujet de ces artefacts. L'activité du sujet dans une perspective développementale consisterait alors à rendre le genre lacunaire. D'après Clot, les professionnels expérimentés produisent en permanence des « élagages » dans le genre en fonction des situations rencontrées et de l'expérience acquise. A l'opposé, les prescriptions sont des sources et des ressources importantes pour le débutant pour s'approprier le métier (Clot, 2013). Ce processus est qualifié par Leplat (2000) p17-19) de redéfinition de la tâche ici processus de redéfinition de la tâche prescrite. Dans le modèle développé par l'auteur, ce processus dépend des caractéristiques de la tâche et des caractéristiques propres au sujet et relève de son activité.

Concernant les enseignants en formation initiale, Mayen et Savoyant (2002) considèrent que c'est effectivement un travail qui leur est proposé même s'il s'agit là d'un travail particulier en l'occurrence l'apprentissage du prescrit. Selon Savoyant (2006), la formation doit alors proposer aux enseignants débutants la construction d'une compétence particulière à savoir celle qui consiste à analyser la tâche c'est-à-dire caractériser les conditions de la tâche, les objets et les propriétés pertinentes et leurs relations. Pour ce faire, l'auteur indique que la formation doit viser l'élaboration de la base d'orientation rationnelle qui correspond à la partie cognitive de l'action à venir et qui peut être dissociée de la réalisation de l'action. Il s'agit alors de faire travailler les sujets sur les conditions de la tâche sans obligatoirement la réaliser.

Nous faisons l'hypothèse que ce processus cognitif qui prend la forme d'une redéfinition de la tâche prescrite en éducation à la santé traduit l'activité des enseignants débutants en formation initiale. L'accès aux dimensions de la tâche représentée en éducation à la santé constitue alors un enjeu important de notre travail. Par ailleurs, puisque cette activité dépend du couplage entre tâche et sujet (Leplat, *ibid.*) dans le parcours de formation considéré et a des conséquences en retour, les effets de la formation concerneront potentiellement tant les caractéristiques de la tâche que les caractéristiques des enseignants débutants.

4.4 Identifier les produits de la redéfinition de la tâche en formation initiale

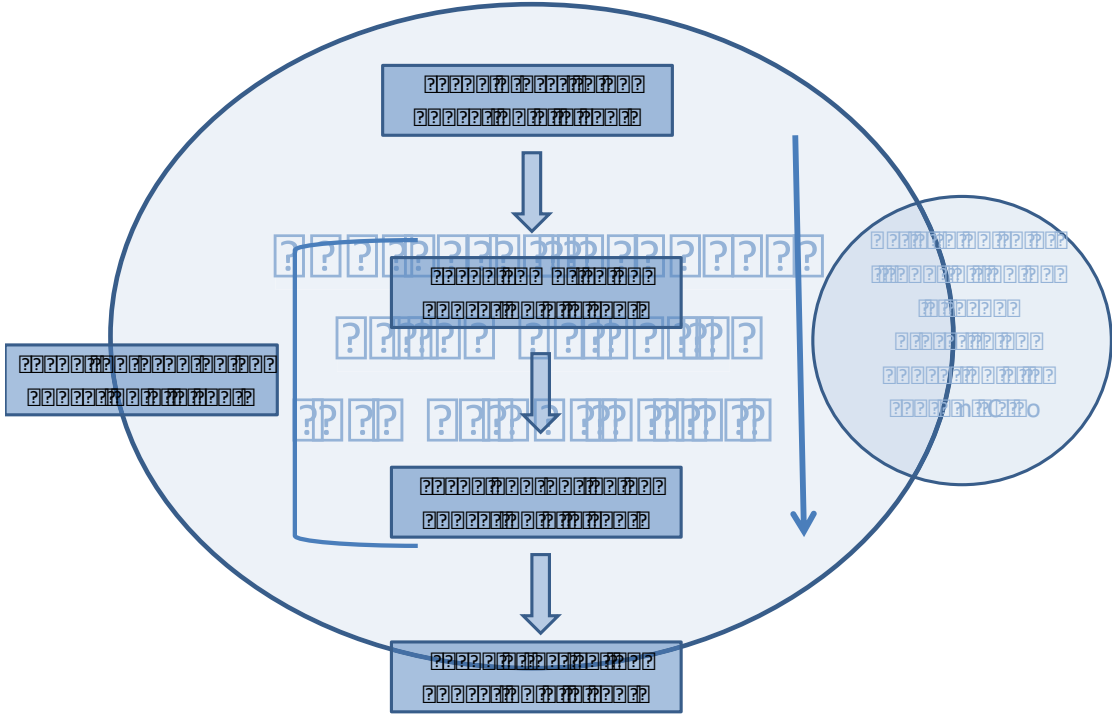
Selon Veyrac (2011) l'analyse de l'activité est particulièrement adaptée à la compréhension de l'activité des enseignants débutants en formation initiale. Plusieurs arguments plaident en

ce sens. Ils tiennent, pour l'essentiel, à la place de la prescription en formation initiale. Celle-ci est en effet caractérisée à la fois par la place de la prescription secondaire, émanant de l'organisme de formation et par la multiplicité des processus de redéfinition de la prescription primaire en lien avec la pluralité des acteurs rencontrés (Inspecteur de l'Education Nationale, Conseiller Pédagogique, tuteur, collègues) (Daguzon, 2010). Ces arguments justifient le fait qu'ils doivent s'approprier un prescrit multi forme en formation initiale d'autant plus que la part de l'action en classe à travers la rencontre avec les élèves est souvent peu présente pour la majorité d'entre eux et ne constituerait donc pas un facteur qui influencerait l'activité de ces débutants autant qu'il le ferait pour un enseignant expérimenté (Guskey, 2002). Veyrac (ibid.) distinguent deux produits liés à la redéfinition de la tâche qui participent de la tâche représentée. Le premier est déterminé par la tâche comprise c'est-à-dire ce que le futur enseignant comprend de la tâche prescrite soit les buts, les moyens et les contraintes issus de la prescription que ce soit au niveau macro (les textes officiels du ministère) ou au niveau méso (provenant de l'activité des différents formateurs ou acteurs rencontrés). C'est en résumé, ce qu'il pense qu'on lui demande de faire. Le second est déterminé par la tâche appropriée. C'est en résumé, ce que le futur enseignant pense approprié de ce qu'il comprend qu'on lui demande de faire ou ce qu'il s'est approprié. Cette notion d'appropriation est issue du champ de la sociologie (Bernoux, 2002). Elle peut être définie de façon plurielle par le niveau de maîtrise de l'action à venir, le sens construit ou par l'écart à la tâche prescrite (Bernoux, 2004, pp.56-57). Elle traduit donc l'implication subjective des acteurs en lien avec les pratiques, les représentations ou les dispositifs de formation par exemple.

La notion de tâche et en particulier, considérant l'importance et la diversité du prescrit en formation initiale, celle de tâche représentée est alors intéressante pour approcher la compréhension de l'activité des enseignants débutants en formation initiale en éducation à la santé. Il s'agit alors selon nous, au regard des dimensions de ces tâches comprises et appropriées, de mesurer le processus d'élaboration de la partie cognitive de l'action en éducation à la santé que construisent les enseignants débutants. Cette perspective nous écarte de celle de la didactique professionnelle (Pastré, 2011) qui cherche à identifier les compétences des professionnels en vue de la formation mais nous ramène ici vers les conditions qui permettront la construction de ces compétences après transfert lors de la prise de responsabilité.

Nous faisons l'hypothèse que la redéfinition de la tâche en formation initiale en éducation à la santé est accessible par l'identification des produits de ce processus que sont la tâche

comprise et la tâche appropriée. Ces deux niveaux de la tâche représentée sont à distinguer potentiellement car ils constituent des indicateurs qui nous permettent de remettre la focale sur la temporalité nécessaire, celle du développement, et sur la subjectivité des enseignants débutants. L'appropriation, au sens de Clot relevant plus particulièrement du développement.



Légende : $f(T,S)$ = l'activité dépend et influence les caractéristiques de la tâche et les caractéristiques des enseignants débutants

Figure 2 –Processus et produits en éducation à la santé en formation initiale (inspiré de Falzon (2004) et Veyrac (2011))

5 En résumé

Nous avons explicité l'approche conceptuelle de la thèse permettant d'investiguer en France la formation initiale en éducation à la santé. La perspective de développement professionnel retenue permet, selon nous, de répondre à la complexité de l'éducation à la santé et à la diversité des publics et des parcours de formation. Ce travail a fait l'objet d'une publication soumise dans la revue « Education, Santé, Société » (volume 3) qui figure en annexe (cf. annexe 1) de ce manuscrit. Cette publication a été acceptée le 20 septembre 2017. Nous la présentons intégralement avec l'aimable autorisation de l'éditeur. Cet article résume la trame générale de la thèse, précise les modèles de développement professionnel adaptés à la formation initiale en éducation à la santé et les choix qui ont été les nôtres au regard de l'objet.

Chapitre 4 : Problématique, questions et stratégie de recherche

1 Problématique

Les questions qui lient éducation et santé sont l'enjeu aussi bien des politiques éducatives que des politiques de santé. Dans le système éducatif Français, ces politiques prennent la forme d'une approche systémique dite de promotion de la santé que nous désignons sous l'expression éducation à la santé.

Si la dynamique d'implantation de programmes de promotion de la santé est bien décrite dans la littérature scientifique, force est de constater que peu de choses ont été publiées pour ce qui concerne la façon dont les enseignants tirent parti des formations qui leur sont proposées dans le cadre de cette implantation. Cette dernière question est encore plus aiguë quand on s'intéresse aux enseignants débutants et à la formation initiale. S'approprient-ils ces objets complexes ? Quelles représentations de leur rôle construisent-ils ? Quelles pratiques envisagent-ils alors que les études qui ciblent les enseignants expérimentés ont démontré des difficultés ?

Par ailleurs, au niveau de la France, la formation initiale des enseignants vient d'être réformée et l'introduction de l'éducation à la santé dans les référentiels de compétences mais également dans les maquettes de formation est maintenant potentiellement effective dans un certain nombre d'ESPE. Pour autant, ces contextes sont marqués par une diversité de publics et de parcours de formation.

La revue de littérature, essentiellement à l'international, pour ce qui est des effets de l'introduction de dispositifs d'éducation à la santé démontre une influence. Cette influence dépend des caractéristiques des enseignants débutants mais aussi des caractéristiques du parcours de formation en particulier des interactions entre les dispositifs et les expériences vécues par les étudiants dans la temporalité des études.

Considérant notre volonté de « tenir » ensemble la place des enseignants débutants, le parcours de formation et la temporalité de la formation, une perspective de développement professionnel a été adoptée.

Au regard de la diversité posée en amont suite à la réforme en France, cette question est un enjeu scientifique important.

Afin de comprendre le processus de ce développement professionnel, la psychologie ergonomique de par la place de la prescription et le processus de redéfinition de la tâche en formation initiale a été choisie pour opérationnaliser notre étude.

Les notions de tâche comprise et de tâche appropriée ont été retenues pour rendre compte du processus de développement professionnel en formation initiale.

2 Questions de recherche

Deux questions de recherche ont été formulées :

- En quoi les parcours de formation initiale favoriseraient-ils le développement de tâches comprises et de tâches appropriées en éducation à la santé chez les enseignants débutants ?
- Quels sont les processus et les facteurs liés à ce développement ?

Afin d'y répondre trois études ont été conduites :

- La première cherche à faire un « état des lieux » des effets des parcours de formation initiale en éducation à la santé, en identifiant les produits du processus de redéfinition et les variables corrélées.
- La seconde cherche à comprendre le processus par lequel les enseignants débutants élaborent une tâche comprise en éducation à la santé et les facteurs qui l'influencent.
- La troisième cherche à mesurer s'ils élaborent une tâche appropriée en éducation à la santé et les facteurs qui entrent en jeu.

3 Méthodologie

Nous détaillons à la suite le choix la stratégie pour répondre à nos questions de recherche pour ce qui concerne les implications méthodologiques, les méthodes et les techniques mobilisées.

3.1 Prendre en compte la diversité parcours de formation initiale en France en éducation à la santé

Les travaux de Barbier (2001) ont cherché à répondre à la question de savoir si et comment un champ de pratique (les pratiques de formation concernant l'éducation à la santé) peut constituer en tant que tel un champ de recherche. Selon lui, afin de répondre à cette question, plusieurs conditions doivent être réunies. La première condition renvoie aux caractéristiques des pratiques de formation qui doivent être situées c'est-à-dire centrées sur des objets professionnels prescrits.

Notre projet de recherche vise à comprendre comment la diversité des parcours de formation influence le processus et les produits de redéfinition de la tâche. Afin de garantir cette

diversité, nos études prennent place dans le système éducatif Français et plus spécifiquement, suite à la loi de refondation de l'école de la république (MEN, 2013) dans trois sites de formation des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education (ESPE) : les sites A et B appartiennent à la même ESPE académique dont le siège centrale correspond à la ville où se trouve le site A. Le site C est un site départemental d'une autre ESPE académique. Ces composantes universitaires disposent toutes dans les maquettes de formation de dispositifs d'éducation à la santé de volume et d'intensité variables en première ou en seconde année de Master voir pendant les deux années. Les enseignants débutants sont inscrits, sur le site A, dans trois mentions du Master MEEF qui se différencient essentiellement par le contexte professionnel visé (1^{er} degré, 2nd degré (Professeur et Conseiller Principal d'Education)). Les sites B et C ne proposent que la mention préparant au Professorat des écoles (MEEF mention 1). Nous avons indiqué par ailleurs combien la prescription était importante en formation initiale.

3.2 Prendre en compte les significations des sujets

Toujours selon Barbier (ibid.), la seconde condition renvoie à la place des enseignants débutants afin de s'appuyer sur leurs significations dans les situations de production considérées pour délimiter les contours de ces objets professionnels. Nous avons indiqué que les tâches comprise et appropriée relèvent du processus de redéfinition et donc de l'activité des enseignants débutants. Elles sont caractérisées par leur(s) but(s) ainsi que les objets et les propriétés reconnus comme pertinents pour atteindre ces but(s) (Leplat, ibid.). L'accès à ces dimensions au travers des significations offertes pour expliciter leur perception de l'éducation à la santé doivent donc nous permettre d'atteindre l'objectif de délimitation des contours de l'objet. Ces significations sont toujours liées à la subjectivité des enseignants débutants à un instant T de la temporalité du parcours de formation dans le parcours de formation considéré. Concernant plus particulièrement la tâche appropriée, les travaux de Pastré (2011) ou de Vanhulle (2013) ont pointé que les discours en « je » (ou l'usage d'un possessif) sont un indicateur discursif d'un rapport d'appropriation.

3.3 Enjeux d'une méthode mixte de recherche et choix d'un devis « convergent »

Notre stratégie de recherche repose sur notre volonté de comprendre comment la formation initiale professionnaliserait les enseignants débutants en éducation à la santé. Nous avons

indiqué que nous souhaitons vérifier nos hypothèses découlant du choix de notre cadre théorique pour décrire les effets des parcours de formation en éducation à la santé. Nous avons également indiqué que nous souhaitons prendre en compte la subjectivité des enseignants débutants pour approcher le processus en jeu dans des parcours donnés. Les notions de tâche et d'activité sont communes à ces deux perspectives de recherche. La stratégie a donc cherché à mettre en parallèle perspective considérée et sélection du moyen le plus approprié pour y répondre. Cette centration repose selon Creswell (2013) sur le paradigme pragmatique qui est caractéristique d'une approche par méthode mixte. Selon Johnston, cité par Guével et Pommier (2012), la recherche par méthode mixte consiste à associer des éléments issus des méthodes qualitatives et quantitatives pour améliorer la compréhension des phénomènes étudiés. Ce type d'approche est selon Larue et coll. (2009) de plus en plus utilisé pour comprendre les effets des interventions (ici de santé publique) sur un public cible en tirant partie des forces des méthodes quantitatives et qualitatives (Creswell, *ibid.*).

Notre première question de recherche cherche à identifier les produits du processus de redéfinition de la tâche. Pour ce faire, plusieurs niveaux de focales ont été retenus. L'étude 1 a été choisie pour prendre en compte la multiplicité et la temporalité des parcours de formation offerts aux enseignants débutants ainsi que la nécessité d'un suivi longitudinal. Notre préoccupation première est la représentativité de la population inscrite en ESPE. Une approche quantitative est donc tout indiquée pour satisfaire à ces conditions. Les études 2 et 3 sont pensées à des niveaux plus « micro ». L'étude 2 concerne une population particulière dans un parcours considéré sur une temporalité réduite au regard de l'étude 1 (un semestre). L'étude 3 est conduite à un niveau « intermédiaire » avec la prise en compte d'une seule filière, de cinq parcours de formation, de deux lieux de formation et des rencontres en fin d'année de formation. Concernant ces deux dernières études, notre préoccupation première est la prise en compte des significations des enseignants débutants constituant ces deux populations. Une approche qualitative est alors ici tout indiquée pour satisfaire à ces conditions. Le rapprochement des résultats (données quantitatives et qualitatives) doit nous permettre de répondre de manière plus approfondie à nos questions de recherche en relevant les similitudes et les oppositions.

Notre seconde question de recherche cherche à identifier les facteurs qui influencent le processus de redéfinition. Ils le seront au travers des données là aussi tant de l'étude quantitative que des études qualitatives. Nous recherchons la confrontation des résultats des deux approches.

Pour ce faire un devis « convergent » a été adopté (Creswell, ibid.). Dans ce type de devis, l'objectif est d'obtenir une compréhension approfondie d'un phénomène, de corroborer les résultats avec différentes approches et de prendre en compte différents niveaux au sein d'un même système (celui de la formation initiale en éducation à la santé en France).

Le devis de recherche est formalisé, en adoptant les normes de ce type d'approche, de la façon suivante :

- **QUAN + QUAL=** améliorer la compréhension

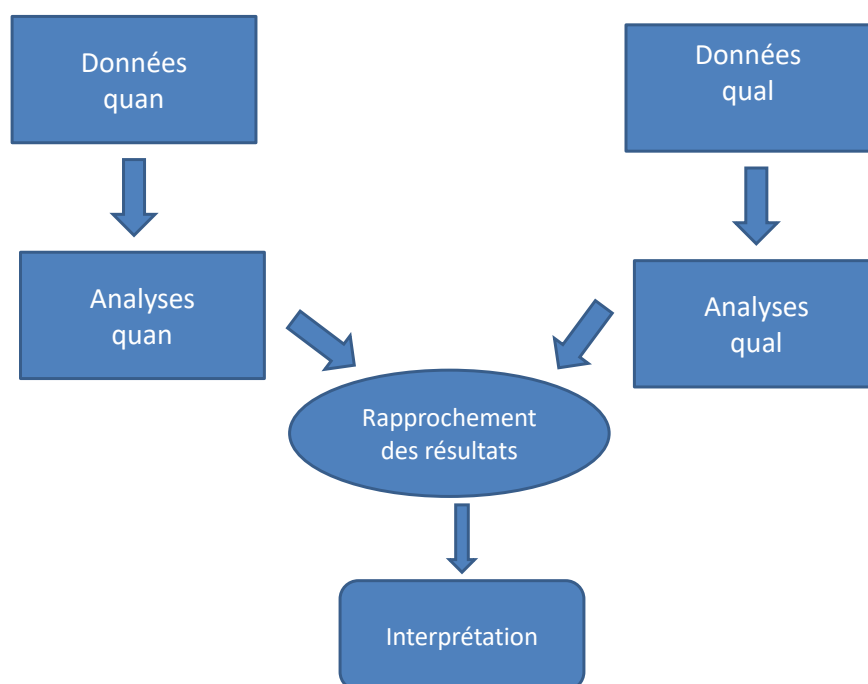


Figure 3 – Devis de la recherche « convergent » d'après Crewell et Plano Clark (2011)

4 Justification du choix des outils de recueil de données

La recherche comporte 3 outils de recueil principaux qui se veulent complémentaires. Nous avons donc retenu :

- un questionnaire construit à partir des études qualitatives de l'analyse de l'activité des enseignants expérimentés en éducation à la santé (Simar, 2010) ;
- Un recueil de trace de l'activité en formation sous la forme d'un « journal de bord » (Desgagné et coll., 2001 ; Bucheton et Decron, 2003 ; Deum, 2004) ;
- Des entretiens par « instruction au sosie » (Saujat, 2005).

4.1 Justification du choix de recueil par questionnaire

Le choix de l’outil « questionnaire » repose sur la prise en compte de la diversité des parcours de formation. Il nous permet de satisfaire les conditions de représentativité et donc la nécessité d’une population quantitativement importante mais également notre objectif de suivre sur la durée la trajectoire des enseignants débutants et donc la possibilité de multiples mesures. Sa finalité est la vérification de l’influence du parcours de formation à travers les produits du processus de redéfinition de la tâche ainsi que l’identification de variables corrélées.

Arrière-plan scientifique du questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir d’études qualitatives conduites dans le champ de l’analyse de l’activité (Simar et Jourdan, 2010) en lien avec l’objet éducation à la santé et adapté aux caractéristiques de notre population. En particulier, les travaux princeps ayant été conduits auprès d’enseignants expérimentés en poste, les caractéristiques générales de la personne ont été recentrées sur le niveau de formation et non sur le cycle d’enseignement ainsi que sur les caractéristiques personnelles (âge, sexe, etc.). Ces questions ont été renvoyées à la fin du questionnaire afin de garantir au mieux le renseignement de ces questions (cf. annexe 5).

4.2 Justification du choix du recueil par recueil de traces de l’activité par « journal de bord »

Nous avons indiqué que le processus de redéfinition de la tâche dépendait du couplage entre le sujet et la tâche prescrite en éducation à la santé dans le parcours de formation considéré. Partant de là, et au-delà des caractéristiques des enseignants débutants, la forme que prend cette prescription mais également la temporalité nécessaire au processus de redéfinition importe. Nous avons fait le choix de nous intéresser à une population à qui a été offert un volume important de prescriptions en éducation à la santé (21% du volume horaire de la maquette de formation lors de l’année 2016/2017). Afin de mesurer la façon dont la compréhension de l’éducation à la santé évolue sur l’empan du dispositif et les ressources identifiées comme pertinentes par les enseignants débutants, une méthodologie par recueil des traces de l’activité des sujets par « journal de bord » a été retenue (cf. annexe 6). La finalité de l’étude consiste à approcher l’élaboration de tâche comprise et les facteurs qui l’influencent.

Arrière-plan scientifique du journal de bord

Plusieurs écrits permettent de souligner l'intérêt de l'utilisation du journal de bord en formation (Desgagné et coll., 2001 ; Bucheton et Decron, 2003 ; Deum, 2004). Cette utilisation du point de vue de la recherche repose sur le paradigme du praticien réflexif (Schön, 1994). Ce concept qui a pu être présenté comme un enjeu de formation premier (Perrenoud, 2001) renvoie aux travaux piagétiens sur la prise de conscience et l'abstraction réfléchissante. Le sujet prend ainsi sa propre action, ses propres fonctionnements mentaux comme objets d'analyse et essaie de percevoir sa propre façon d'agir. Selon Bouissou et Brau-Antony (2005), les enseignants doivent être des professionnels réflexifs c'est-à-dire devenir aptes à rendre compte de leurs pratiques en les explicitant afin de prendre des décisions adaptées aux situations rencontrées. Cette compétence clé doit donc être développée en formation initiale. Elle constitue d'ailleurs une des activités typiques dans les travaux de Buysse (2016). En fait ce qui est réflexif dans « l'exercice » du journal de bord c'est la pratique d'une écriture qui permet de mettre à distance, de transformer ses perceptions, de se relire et de prendre conscience de son développement (Deum, 2004). En ce sens, on peut également considérer qu'il s'agit là d'un artefact qui participe tout autant à un projet de formation qu'à un projet de recherche. Le projet de formation consiste à permettre aux enseignants débutants de faire fonctionner les conditions de l'acquisition de cette capacité tandis que le projet de recherche cherche à décrire, comprendre et expliquer la façon dont ils construisent la tâche comprise en éducation à la santé à travers les significations qu'ils nous donnent à voir.

4.3 Justification du choix de l'étude par « instruction au sosie »

Par rapport à l'étude précédente, nous nous situons dans une diversité de parcours plus importante (entretien en fin de M1 ou de M2 ou de D.U.). Il s'agit par ailleurs d'approcher la tâche appropriée et les facteurs qui permettent cette appropriation. Pour ce faire, il nous faut retrouver de la diversité au niveau de la population de l'étude (plusieurs parcours à différents moments de l'empan de formation sur plusieurs sites de formation) et sélectionner un outil qui permettrait le recueil d'un discours favorable à l'utilisation du « je » et à l'évocation de la pratique professionnelle. Pour ce faire, « l'instruction au sosie » a été retenue.

Arrière-plan scientifique de l'instruction au sosie

L'instruction au sosie est un récit qui résulte d'une interprétation de la part du chercheur et vise à reconstruire le sens que donne à voir le sujet à partir des événements vécus mis en mémoire (Enriquez, 2003). Trois « sosies » ont œuvré selon un protocole commun (cf. annexe

8). Lors de l’instruction au sosie, le sujet doit répondre à une question de type : « *suppose que je sois ton sosie et que demain je me trouve en situation de devoir te remplacer et de faire ton travail. Quelles sont les instructions que tu devrais me transmettre afin que personne ne s’avise de la substitution ?* ». L’instruction prend en compte quatre dimensions : les rapports à la tâche, les rapports aux pairs, les rapports à la hiérarchie et les rapports aux « organisations formelles ou informelles du monde du travail » (adapté d’Oddone et coll., 1981 et cité par Saujat (2005)). Dans le cadre de l’analyse de l’activité de l’enseignant, Saujat (ibid.) précise que l’instruction au sosie se concentre principalement sur les trois premiers « domaines ». Ainsi il propose de compléter la question précédemment citée de cette façon « *je suis amené à te remplacer demain dans ta classe, donc je vais essayer de me servir de ton expérience pour recueillir le maximum de conseils, de ficelles, ... de manière à me tirer le mieux possible de cette affaire !* ». On s’intéresse ici au travail de l’enseignant en focalisant sur le « comment » plutôt que sur le « pourquoi » (Saujat, ibid.). Philippot (2014) indique que cette méthodologie permet d’**approcher la dimension immatérielle de l’activité**. Est proposée à chaque enseignant débutant une double instruction au sosie, la première concerne le « métier » en général et la seconde le « métier » en lien avec l’éducation à la santé. Notre objectif est de les engager dans un premier temps dans la projection sur les pratiques professionnelles puis dans un second temps en prolongement sur la prise en compte des spécificités de l’éducation à la santé. Les instructions aux sosies proposées sont de deux types en fonction de l’enseignant débutant interviewé. En fonction de son statut, nous avons été amenés à adapter la formulation de la consigne. Nous demandons aux M2A et autres DU (fonctionnaire – stagiaire) : « *Supposons que je sois ton sosie et que demain je me trouve en situation de devoir te remplacer et de faire ton travail exactement comme tu le fais en qualité de professeurs des écoles. Quelles sont les instructions que tu voudrais me transmettre afin que personne ne s’avise de la substitution ?* ». Pour les M1 et les M2B (étudiant) nous avons une approche différente, dans le sens où, n’étant pas en poste, nous les avons encouragés à se projeter dans l’hypothèse où ils sont des professeurs des écoles et donc devant une classe (de leur choix).

4.4 Convergence des résultats des différentes études

A l’issue des différentes études, la discussion visera à rapprocher leurs résultats à des fins d’interprétation en s’appuyant sur leurs similitudes et oppositions ou écarts.

5 Synthèse de la stratégie de recherche et temporalité des études

Numéro de l'étude	Outils et niveau de la tâche investiguée	Finalité de l'étude	Parcours de formation, temporalité
Etude 1	Questionnaire auto administré. Analyse de la tâche comprise.	Identifier les produits processus redéfinition de la tâche et les variables corrélées	les 1 ^{er} degré, 2 nd degré, du éducateurs, enseignants, de suivi longitudinal sur 3 années universitaires, passation en début et fin de chaque année.
Etude 2	Recueil des traces de l'activité « par journal de bord ». Analyse de la tâche comprise.	Identifier la tâche comprise et les facteurs l'influencent	1 parcours de formation, professeur des écoles, qui suivi sur la durée du parcours de formation (M2B).1 seul site de formation et volume important de formation en éducation à la santé.
Etude 3	Instruction au sosie. Analyse de la tâche appropriée.	Identifier la tâche potentiellement appropriée et les facteurs l'influencent	5 parcours de formation (M1, M2B, M2A, DUA, DUB), professeur des écoles, empan de la formation. Entretien en fin d'année universitaire sur plusieurs sites de formation.

Tableau 2 – Présentation synthétique de la stratégie de recherche

Légende : M1 : étudiant inscrit en première année de Master MEEF ; M2B : étudiant inscrit en seconde année de Master MEEF non reçu au concours ; M2A : étudiant fonctionnaire stagiaire inscrit en seconde année de Master MEEF, DUA : étudiant fonctionnaire stagiaire inscrit en diplôme universitaire « enseigner dans le premier degré » ; DUB : étudiant fonctionnaire stagiaire titulaire du Master MEEF.

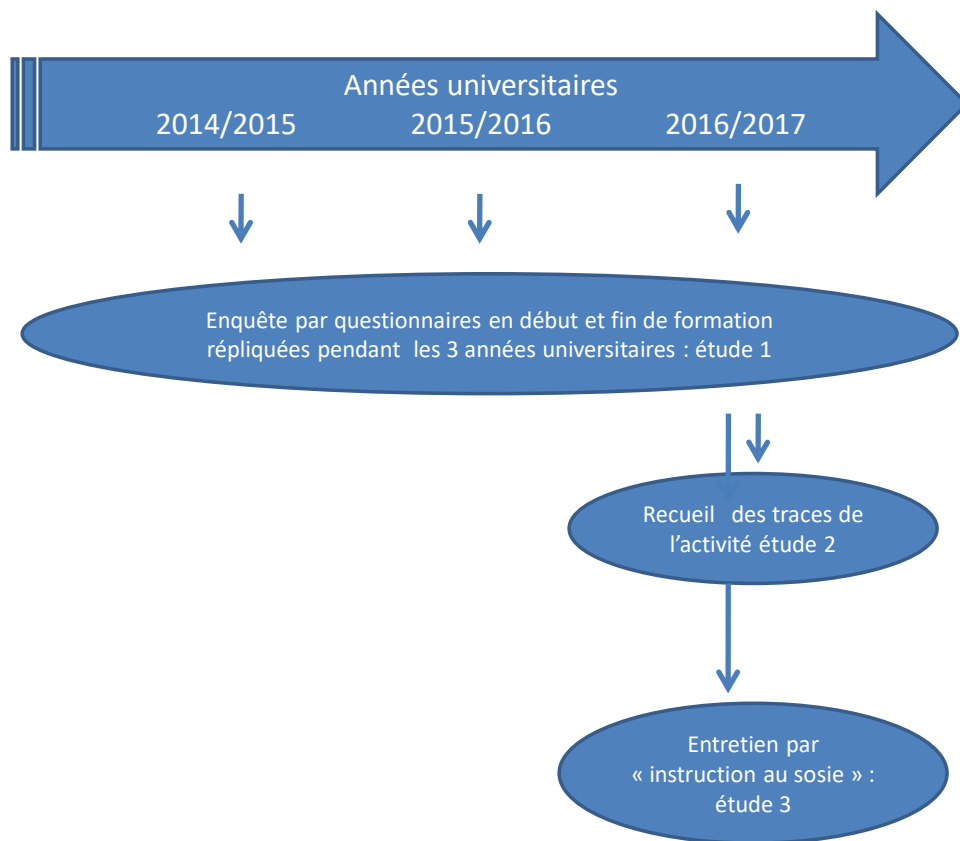


Figure 4 - Temporalité des différentes études conduites

Chapitre 5 : Résultats de chacune des études

Analyse quantitative des produits du processus de redéfinition de la tâche en éducation à la santé en formation initiale et étude des facteurs corrélés

Nous cherchons, lors de cette première étude, à identifier les effets des parcours de formation initiale en éducation à la santé sur les enseignants débutant constituant notre population.

La psychologie ergonomique (Leplat, 1997 ; 2005 ; Falzon, 2004) a été retenue comme cadre théorique. Elle postule que la redéfinition de la tâche prescrite en formation initiale permet l'élaboration d'une tâche représentée en éducation à la santé, en particulier en permettant aux enseignants débutants de comprendre ce qu'on attend d'eux (Veyrac, 2011). Ce processus de redéfinition traduit leur activité en formation initiale et dépend des caractéristiques de la tâche et des caractéristiques des sujets (Leplat, 2008). Cette activité influence potentiellement en retour tant la tâche que la construction de l'enseignant débutant en éducation à la santé. Les caractéristiques de la tâche sont à concevoir comme les but(s), objet(s) et propriété(s) identifiés en éducation à la santé. Les caractéristiques des sujets concernent leur intérêt, sentiment de compétence et la place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique. Nous cherchons à vérifier l'hypothèse selon laquelle le processus de redéfinition doit impacter tout ou partie de ces caractéristiques. Nous souhaitons le faire au niveau d'une population quantitativement importante, représentative de la multiplicité des parcours de formation en ESPE, et en prenant en compte la temporalité de la formation.

1 Modalités du recueil par questionnaire

L'étude a consisté à interroger par questionnaire numérique auto - administré en ligne (via « sondage online ») des enseignants débutant inscrits sur les trois sites ESPE entre 2014/2015 et 2016/2017. La diffusion du lien vers le questionnaire a été assurée par les responsables de formation suivant deux modalités soit en présentiel lors des cours à l'ESPE ou soit par courriel. Le questionnaire était mis à leur disposition à différents moments de l'année soit en début et fin de formation en fonction des différents lieux de formation. Le temps de remplissage moyen est de 25 minutes par questionnaire. Les enseignants débutants disposaient de 20 jours pour le compléter. Une relance par courriel a été systématiquement

effectuée pour chaque étape de collecte. Le recueil était anonyme, basé sur le volontariat. Un retour était possible à leur demande.

1.1 Description du questionnaire

Le questionnaire est composé de six parties (cf. annexe 5). Chaque partie est identifiée par un objectif de l'étude.

La première question (Question 1 = Q1) du questionnaire consistait au renseignement par l'enseignant débutant de son numéro d'étudiant. Le recueil de cette information a uniquement servi à identifier et reconstruire le parcours au regard de la maquette du lieu considéré de formation. Une opération d'anonymat du questionnaire avait ensuite lieu.

La première partie du questionnaire vise à recueillir leurs perceptions à un moment T du parcours de formation. Elle est constituée de trois questions. Les deux premières questions (Q2 et Q3), dans l'ordre de présentation du questionnaire, cherchent à faire caractériser le concept de santé par la proposition de trois mots –clés évoqués et la notion d'éducation à la santé par la proposition de deux mots – clés évoqués en positif (« c'est ») et en négatif (« ce n'est pas »). La troisième question (Q4) concerne le choix de l'objectif principal en éducation à la santé. Il s'agit de choisir celui-ci parmi une proposition de sept items dont un item « ouvert ».

La seconde partie du questionnaire cherche à identifier les justifications mises en avant par les enseignants débutants pour ce qui est de la place de l'éducation à la santé en milieu scolaire que cette place soit justifiée ou pas de leur point de vue. La cinquième question (Q5) demande à l'enseignant débutant de se positionner parmi un choix de quatre items hiérarchiquement répartis pour ce qui concerne la place de l'éducation à la santé en milieu scolaire depuis « certainement » à « certainement pas ». Les questions suivantes (Q6 à Q8) qui comportent de neuf à douze items demandent un choix de trois de ces items maximums parmi ceux proposés et correspondant aux justifications prioritaires de leur point de vue quand ils ont répondu positivement à la question cinq (« certainement » ou « probablement »). La question neuf (Q9) est une question « ouverte » qui vise à recueillir les justifications qui ne correspondraient pas à celles proposées aux questions précédentes. Les questions dix à treize (Q10 à Q13) sont le « miroir » des questions six à neuf pour ceux ayant répondu négativement à la question cinq (« probablement pas » ou « certainement pas »)

La troisième partie du questionnaire correspond à la question quatorze (Q14) et vise à recueillir l'avis des enseignants débutants sur différentes dimensions de l'éducation à la santé

en lien avec les pratiques scolaires. Ils doivent se positionner sur une échelle à quatre points pour chacun de items (18 items) depuis « d'accord » jusqu'à « pas d'accord ».

La quatrième partie du questionnaire consiste à recueillir leur avis sur des points précis et leur expérience en lien avec l'éducation à la santé. Elle est composée de sept questions (Q15 à Q21). La question Q15 vise à identifier des expériences éventuelles en milieu scolaire (AED, AESH, ...) où l'éducation à la santé a pu être abordée. La question seize (Q16) demande de se positionner sur une échelle à quatre points pour ce qui est de l'intérêt de travailler collectivement autour des questions d'éducation à la santé depuis « certainement » jusqu'à « certainement pas ». La question dix-sept (Q17) les invite à nommer les partenaires connus qui peuvent participer aux interventions éducatives en éducation à la santé. La question dix-huit (Q18) vise à identifier si des ouvrages ou des circulaires ministérielles en lien avec l'éducation à la santé ont été lus. La question dix-neuf (Q19) vise à identifier si des informations en lien avec l'éducation à la santé ont été recherchées. La question vingt (Q20) restreint la question précédente à des recherches conduites sur internet. La question vingt et un (Q21) vise l'identification des lieux et des personnes mobilisées pour effectuer ces recherches.

La cinquième partie du questionnaire est constituée de cinq questions (Q22 à Q26). Elles invitent les enseignants débutants à se positionner de façon personnelle sur différents indicateurs identifiés dans les travaux qualitatifs dans le champ (Simar et Jourdan, 2010) et ayant un rôle sur les pratiques effectives. Les deux premières questions (Q22 et Q23) demandent de se positionner sur une échelle de 1 à 10 pour ce qui concerne le niveau d'intérêt (Q22) et le sentiment de compétence (Q23) relatif à l'éducation à la santé et au bien-être des élèves. La question vingt-quatre (Q24) demande de positionner un curseur sur une échelle ouverte pour ce qui concerne la place qu'occupera l'éducation à la santé dans sa future pratique (d'absente à très présente). La question vingt-cinq (Q25) demande de renseigner les raisons du choix à la question précédente. La question vingt-six (Q26) demande de renseigner les difficultés quant aux situations éventuelles en éducation à la santé et pour lesquelles un besoin de formation ou d'accompagnement serait nécessaire.

La sixième partie est la partie descriptive du questionnaire. Elle est constituée de dix-huit questions (Q27 à Q44). Elles cherchent à identifier le sexe (Q27), l'âge (Q28), la discipline suivie lors du cursus antérieure (Q29), l'année d'étude universitaire en cours (Q30), le contexte professionnel visé (Q31), le statut par rapport au concours (Q32), les expériences scolaires et le statut afférent (Q33), le type d'établissement dans lesquelles ces fonctions prennent place (Q34), le fait d'avoir déjà suivi des cours en éducation à la santé ou pas (Q35),

le volume approximatif estimé (Q36), les enseignements qui devraient structurer la maquette de formation (Q37), le fait d'avoir réalisé ou pas un mémoire en lien avec l'éducation à la santé (Q38), le fait d'avoir bénéficié d'un stage en lien avec l'éducation à la santé (Q39), le type de commune dans laquelle l'enseignant débutant a passé son enfance (Q40), le domaine d'activité professionnel du responsable légal (Q41), le type d'établissement de l'exercice professionnel espéré (Q42), les questions ou sujets qui pourraient être proposés dans l'UE (Unité d'enseignement) recherche (Q43). Cette partie se conclue par une question (Q44) qui laisse la possibilité à l'enseignant débutant de formuler des questions ou des remarques sur le questionnaire.

1.2 Critères de validité du questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir de travaux qualitatifs et quantitatifs conduits dans le champ de l'éducation à la santé et auprès d'un public cible constitué certes de professionnels expérimentés mais qui étaient aussi des enseignants (Simar et Jourdan, 2010). Il repose donc sur une base scientifique solide et valide et permet d'assurer ainsi la validité de contenu de l'outil de recueil.

De plus un pré-test a été effectué en mai 2014 lors d'un travail de recherche de Master (Robert, 2013) conduit auprès de 89 enseignants débutants. Ce pré-test a permis de faire évoluer le questionnaire en reformulant les items pouvant poser des problèmes de compréhension, de supprimer des items non pertinents ou au contraire d'en ajouter des manquants. Cela a également permis d'appréhender la faisabilité du questionnaire ainsi que son acceptabilité (taux de non réponse faible pour l'ensemble des items).

La validité de construit n'a pu être étudiée à l'aide de tests statistiques dû à la structure du questionnaire qui, par exemple, ne présente pas d'échelle de mesure sur laquelle la validité interne aurait pu être vérifiée. Cependant, les enseignants débutants ont répondu de manière cohérente sur des questions ayant un sens proche.

D'autre part, des résultats « attendus » au regard de la littérature et d'études précédentes se sont vérifiés ici : nous pouvons citer par exemple une forte corrélation entre le sentiment de compétence et l'intérêt porté à l'éducation à la santé ou encore des différences selon l'expérience en milieu scolaire et/ou le métier visé (enseignant du premier degré, du second degré ou conseiller principal d'éducation).

Enfin, le recueil de données longitudinal a montré une sensibilité du questionnaire au changement. Là aussi des effets sur l'empan de formation également attendus se sont produits : augmentation de l'intérêt et surtout du sentiment de compétence, des réponses pour

justifier la place de l'éducation à la santé à l'école davantage centrées sur le métier en fin de recueil.

2 Sélection de la population

Les critères de sélection de la population ont été les suivants :

Critères de sélection	
Critère 1	Diversité des contextes professionnels visés : 1er et 2 nd degré, Professeur des écoles, Professeur de lycée professionnel et Conseiller Principal d'Education
Critère 2	Interaction effective avec un dispositif de formation en éducation à la santé au cours de la formation
Critère 3	Plusieurs sites de formation : A, B et C
Critère 4	Plusieurs années du cursus de formation : année 1 (M1), année 2 (M2) et année 3 (DU) (suivi longitudinal)

Tableau 3- Présentation hiérarchisée des critères de sélection de la population

Les enseignants débutants interrogés sont ceux qui suivent les enseignements en éducation à la santé sur les sites définis dans le critère 3 ci-dessus.

2.1 Caractéristiques du recueil de données

Suite au recueil, 71 questionnaires ont été exclus de la base (11,73 %). Les raisons de cette exclusion tenaient essentiellement au non renseignement de tout ou d'une partie importante des questions. Finalement, 534 questionnaires ont été retenus pour l'analyse sur l'empan de l'étude.

2.1.1 Taux de retour

Le taux de retour sur les 3 années universitaires du suivi longitudinal en fonction du temps de recueil (début ou fin de formation) est le suivant :

	Nombre de questionnaires renseignés	Nombre d'enseignants débutants potentiel	Taux de retour
Année universitaire 2014 / 2015 (Année 1)			
Début d'année	145	194	74,74%
Fin d'année	33	102	32,35%
Année universitaire 2015 / 2016 (Année 2)			
Début d'année	120	271	44,28%
Fin d'année	71	271	26,20%

Année universitaire 2016 / 2017 (Année 3)			
Début d'année	114	260	43,85%
Fin d'année	44	149	29,53%

Tableau 4- Répartition des questionnaires en fonction du temps de recueil et de la temporalité du dispositif pour la population globalisée

Les taux de retour diffèrent selon les années de recueil et on notera la tendance à une baisse du taux de retour pour le recueil réalisé en fin d'année et ceci pour toutes les années du suivi longitudinal.

2.1.2 Répartition des questionnaires en fonction de la filière, du site de formation, de l'année du cursus et du temps de recueil

La répartition des questionnaires en fonction de la filière (1^{er} ou 2nd degré), du site de formation et de l'année du cursus et du temps de recueil est la suivante :

	Année 1		Année 2		Année 3		Total
	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	
Filière							
1 ^{er} degré (Professeur des écoles)	108	19	90	56	78	44	395
2 nd degré (Professeur de lycée professionnel, Conseiller Principal d'Education)	37	14	31	21	36	0	139
Site de formation							
A	80	33	72	47	44	0	276
B	46	0	0	13	55	7	121
C	19	0	48	18	15	37	137
Année du cursus							
Master 1	58	27	51	29	36	16	217
Master 2	87	6	59	45	76	25	298
DU	0	0	10	4	2	3	19
Total	145	33	120	78	114	44	534

Tableau 5- Répartition des questionnaires en fonction de la filière, du site de formation et de l'année du cursus et du temps de recueil

2.1.3 Caractéristiques sociodémographiques des enseignants débutants ayant participé à l'étude

Les données issues de la sixième partie du questionnaire nous ont permis de résumer les caractéristiques sociodémographiques de nos sujets. Ces caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous :

		Fréquence	
		n	%
Sexe			
	Homme	64	12%
	Femme	463	88%
	Non Réponse	7	
Age			
	Moyenne	25,61	
	Ecart-type	5,30	
	Minimum	20	
	1er quartile	22	
	Médiane	23	
	3ème quartile	27	
	Maximum	50	
Catégorie socioprofessionnelle des parents			
	Agriculteurs	10	2%
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	25	5%
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	102	20%
	Professions intermédiaires	163	32%
	Employés	92	18%
	Ouvriers	108	21%
	Sans activité professionnelle et retraités	9	2%
	Non Réponse	25	
Cursus antérieur			
	Droit, économie, gestion	59	11%
	Lettres et Sciences Humaines	250	48%
	Sciences	101	20%
	Santé	18	3%
	Education	72	14%
	Commerce	10	2%
	Autres	6	1%
	Non Réponse	18	
Cursus M2/DU (n=317)			
	M2A	166	52%
	M2B	151	48%
Expérience dans le domaine scolaire			

Aucune	188	41%
Enseignant contractuel	52	11%
AED (Assistant d'éducation)	85	18%
AVS (Auxiliaire de vie scolaire)	20	4%
EAP (Emploi d'avenir professeur)	44	9%
FSE (Fonctionnaire stagiaire)	84	18%
Soutien scolaire	16	3%
Animateur en milieu scolaire	19	4%
Autres	14	3%
Non Réponse	70	

Légende/Note : Les professions des parents ont été catégorisées selon la nomenclature de l'INSEE¹⁶

Tableau 6- Caractéristiques sociodémographique des enseignants débutants

2.1.4 Identification des temps de recueil sur la temporalité du dispositif de recherche

L'un des objectifs étant d'étudier si les réponses des enseignants débutants évoluent au cours de leur formation grâce à un recueil longitudinal, un « temps de recueil » a été affecté à chaque questionnaire. Ainsi un questionnaire rempli au début de la première année de présence de l'enseignant débutant correspondra à un « Temps 1 » (T1). De même un questionnaire complété à la fin de la deuxième année de présence correspondra à un « Temps 4 » (T4). Le codage complet est donné dans le tableau ci-dessous :

Année de présence dans le dispositif	Recueil de début d'année	Recueil de fin d'année
1ère année de présence	Temps 1 (T1)	Temps 2 (T2)
2ème année de présence	Temps 3 (T3)	Temps 4 (T4)
3ème année de présence	Temps 5 (T5)	Temps 6 (T6)

Tableau 7- Répartition de la population en fonction du temps de recueil dans le dispositif

Même si c'est le cas pour un grand nombre d'enseignants débutants, il est important de noter que l'année de présence dans le dispositif n'est pas synonyme de l'année dans le cursus. Par exemple, la première année de présence correspond généralement à l'année de M1 mais cela peut être l'année de M2 pour un enseignant débutant venu d'un autre site de formation ou d'un autre cursus ou à une reprise d'étude suite à l'obtention du concours. De même la deuxième année de présence correspond souvent à l'année de M2, mais cela peut être une deuxième année de M1. Il existe ainsi une multitude de possibilités de parcours au sein de

¹⁶ INSEE. (2003). Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS)

cette formation (DU, plusieurs M1 et/ou M2, M2A/M2B, année d'absence...). Cependant, pour ce recueil, il n'y a pas d'enseignant débutant présent plus de trois ans (et il n'y a aucun questionnaire correspondant à un T6).

	T1	T2	T3	T4	T5
1ère année de Master (M1)	142 (77 1er degré + 65 2nd degré)	70 (43 1er degré + 27 2nd degré)	1 (1 1er degré + 0 2nd degré)	1 (1 1er degré + 0 2nd degré)	0
2nde année de Master (M2)	109 (89 1er degré + 20 2nd degré)	32 (32 1er degré + 0 2nd degré)	111 (94 1er degré + 17 2nd degré)	45 (37 1er degré + 8 2nd degré)	4 (2 1er degré + 2 2nd degré)
3ème année (DU= diplôme d'université)	10 1er degré	5 1er degré	2 1er degré	2 1er degré	0

Tableau 8 - Répartition de la population en fonction du temps de passation et de la filière

Sur les 534 questionnaires, 332 ont été complétés par un enseignant débutant n'ayant participé qu'une seule fois. Les 202 questionnaires restants correspondent à 89 enseignants débutants ayant répondu à différents moments de leur formation : 69 l'ont complété deux fois, 16 l'ont fait trois fois et 4 l'ont fait quatre fois.

Les questionnaires ont également été répartis en deux groupes « Début » et « Fin ». Le groupe « Début » est composé des questionnaires avant toute formation dans le dispositif c'est à dire les questionnaires « Temps 1 » (T1) (n=261). Dans « Fin » sont regroupés les questionnaires complétés après au moins une année de formation (T2 à T5). Dans le cas où l'enseignant débutant a répondu plusieurs fois entre T2 et T5, seul le questionnaire rempli lors du dernier temps a été conservé (n=231).

2.2 Plan d'analyse

2.2.1 Analyses conduites

Dans un premier temps, une analyse lexicale a été conduite sur l'ensemble de la population et l'ensemble des temps de recueil pour les questions concernant les perceptions (Barbier, 2011)

des enseignants débutants sur la santé et l'éducation à la santé (Q2 et Q3 : questions « ouvertes »).

L'analyse lexicale, comme son nom l'indique est fondée sur les proximités entre les mots employés et la statistique fréquentielle (test de Khi-2) pour mettre en évidence les classes, les catégories ou les oppositions (Fallery et Rodhain, 2007). Parmi les analyses de données textuelles, l'analyse lexicale a été retenue car elle repose sur une faible implication du chercheur dans le recueil et l'analyse des données et la possibilité d'être conduite sur la temporalité du dispositif de recherche. Elle concerne l'ensemble des sujets constituant notre population avec un nombre important d'individus et un corpus avec une forte lisibilité et une faible expression du langage (expression de mots – clés). Ces différents critères correspondent aux contraintes de notre dispositif de recherche. L'intérêt concerne essentiellement l'objectivité de l'analyse liée au fait que celle - ci se fait sans « a priori » sur les catégories à découvrir. Cette analyse consiste à faire un inventaire lexical du corpus traité, un calcul des fréquences d'occurrence des mots, l'élaboration d'un réseau graphique de différentes notions, l'élaboration de classes qui permettra in fine l'interprétation (Salone, 2013). Trois algorithmes ont été retenus :

- Une Analyse Des Similitudes (ADS) qui consiste en une approche locale du corpus reposant sur des propriétés de connexité et générant une représentation graphique en arbre avec apparition de communautés lexicales ;
- Une analyse par Classification Hiérarchique Descendante (CDH) qui consiste en une approche globale du corpus, l'identification de classes de mots statistiquement indépendantes et interprétables grâce à leur profil (formes spécifiques corrélées entre elles) en générant un dendrogramme ;
- Une Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) qui consiste en une approche globale du corpus, des oppositions et rapprochements des formes et qui détermine des espaces sur lesquels se distribuent les formes en générant un nuage de points.
- L'objectif de ces analyses est de savoir comment les enseignants débutants de notre population conceptualisent les objets des questions concernées (santé et éducation à la santé à l'école). La conceptualisation selon Barbier (2011) correspond à des « constructions mentales et/ou discursives relatives à un ensemble d'objets de pensée ». Nous cherchons ainsi à identifier les constructions mentales qui circulent dans notre population concernant la santé et l'éducation à la santé à l'école à travers les éléments discursifs proposés ainsi que les facteurs corrélés. Ce processus de catégorisation au plan méthodologique vise à identifier des classes

qui permettront les analyses quantitatives en tant que variables dépendantes dans les phases suivantes.

Ces analyses ont permis de quantifier les réponses des enseignants débutants (en affectant une catégorie aux réponses données) et ainsi de pouvoir les inclure dans les analyses quantitatives menées ensuite. La question 25 (Q25) qui correspond aux raisons évoquées pour justifier la place de l'éducation à la santé dans leur future pratique a également été analysée manuellement par analyse du contenu et catégorisation (Bardin, 2001). Il s'agissait là aussi d'identifier des catégories permettant de quantifier cette question ouverte.

Dans un second temps, une analyse de l'ensemble des questions a été réalisée, toujours en séparant les réponses du « Début » et celles de la « Fin ». Des analyses descriptives, univariées puis multivariées ont été menées. Les tests ont été choisis en fonction de la nature des variables et des conditions d'application de ceux-ci (paramétriques et non paramétriques). Ainsi ont été utilisés les tests du Khi-2 ou exact de Fisher, t de Student ou Wilcoxon, ANOVA ou Kruskal-Wallis, coefficient de corrélation de Pearson ou Spearman pour les analyses univariées et des modèles linéaires généralisés et régressions logistiques (binaires et multinomiales) pour les analyses multivariées. Seules les variables significatives au seuil de 20% dans l'analyse univariée ont été introduites dans les modèles multivariés. De plus pour ces modèles, les variables quantitatives ont été centrées-réduites.

Enfin, dans un troisième temps, une analyse longitudinale a été menée sur les 202 questionnaires des enseignants débutants ayant répondu plusieurs fois à l'enquête (n=89). Une modélisation à l'aide d'équations d'estimation généralisée (GEE pour Generalized Estimating Equations) a permis de prendre en compte le caractère répété des mesures (Twisk, 2003).

Le logiciel IRaMuTeQ (version 0.7) (Ratinaud, 2009) a été utilisé pour les analyses lexicales et le logiciel SAS 9.4 pour les analyses quantitatives. Un seuil de risque (alpha) à 5% a été retenu.

L'analyse quantitative conduite se déroulera de la façon suivante :

- 1) Analyse des finalités assignées à la tâche comprise en éducation à la santé : de la santé à l'éducation à la santé.
- 2) Analyse des composantes (but, objets et propriétés) de la tâche comprise en éducation à la santé et des facteurs corrélés.

Les variables dépendantes ont été définies « a priori » sur la base de la revue de littérature. Nous présentons dans le tableau ci-dessous ces références.

Variable dépendante	Descripteur	Auteur(s) de référence	Numéro de la question du questionnaire
VD1	Objet santé	Calas et coll. (2012) Paakkari (2012)	Q2
VD2	Objet éducation à la santé	Berger (2011), Jourdan (2002)	Q3
VD3	But prioritaire en éducation à la santé	Berger (2009)	Q4
VD4	Propriété « travail collectif » en éducation à la santé	Mérini et coll. (2010), Darlington (2016)	Q16
VD5	Intérêt pour l'éducation à la santé	Simar et Jourdan (2010)	Q22
VD6	Intérêt pour le bien-être des élèves	Schwartz (2017)	Q22
VD7	Sentiment de compétence pour éduquer à la santé	Bandura (1986), Shepherd (2016)	Q23
VD8	Sentiment de compétence pour prendre en charge le bien-être des élèves	Bandura (1986), Shepherd (2016)	Q23
VD9	Place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique	Guével (2013)	Q24
VD10	Justifications de la place de l'éducation à la santé dans la future pratique	Pizon et coll. (2010)	Q25

Tableau 9-Présentation des variables dépendantes de l'étude, des auteurs de référence et des questions

2.2.2 Synthèse du plan d'analyse

Question de recherche spécifique	Analyse conduite	Dimension de la tâche comprise en éducation à la santé analysée	Méthode d'analyse
Quelles sont les différentes perceptions de la santé et les variables corrélées ?	Analyse quantitative 1	Objet santé	Analyses lexicales exploratoires
Quelles sont les différentes perceptions de l'éducation à la santé et les variables corrélées ?	Analyse quantitative 1	Objet éducation à la santé	Analyses lexicales exploratoires
Quelles sont les différents arguments pour justifier la place de l'éducation à la santé dans la future pratique ?	Analyse qualitative	Justification de la place de l'éducation à la santé dans la future pratique	Analyse qualitative
Comment les dimensions de la tâche comprise évoluent-elles entre le début et la fin de la formation ? Quelles sont les variables corrélées ?	Analyses quantitatives 2 et 3	Objets, but, propriété travail collectif en éducation à la santé, intérêt, sentiment de compétence, place déclarée dans la future pratique	Analyses descriptives, univariées et multivariées
Comment évolue l'intérêt pour l'éducation à la santé sur la temporalité de la formation et quelles sont les variables corrélées ?	Analyse quantitative 4 (mesures répétées)	Intérêt pour l'éducation à la santé	Analyse longitudinale

T
 ablea
 u 10-
 Synth
 èse
 du
 plan
 d'ana
 lyse

de l'étude 1

3 Résultats

3.1 Exploration et description des finalités de la tâche comprise

Cette première phase d'analyse nous permet d'identifier à partir des catégorisations les classes qui serviront à définir les variables dépendantes pour nos analyses quantitatives de seconde phase. En effet, l'analyse lexicale est exploratoire et ce au niveau global de notre population.

3.1.1 Analyse lexicale exploratoire des objets santé et éducation à la santé

Santé

L'éducation à la santé

L'éducation à la santé

		... c'est	... ce n'est pas
Nombre de mots ou expressions demandées	3	2	2
Nombre d'individus (textes)	526	523	455
Nombre d'occurrences	2179	3486	2705
<i>Dont actives (%)</i>	<i>1908 (87,56%)</i>	<i>2017 (57,86%)</i>	<i>1503 (55,56%)</i>
Nombre de formes	280	520	584
<i>Dont actives (%)</i>	<i>235 (83,92%)</i>	<i>438 (84,23%)</i>	<i>495 (84,76%)</i>
Nombre d'hapax	138	242	300
% des formes	49,29%	46,54%	51,37%
% des occurrences	6,33%	6,94%	11,09%
Moyenne occurrences / texte	4,14	6,67	5,95

Légende : le nombre d'occurrences renvoie au nombre de mots total sur l'ensemble des réponses ; le nombre de formes correspond au nombre de mots (lemmatisés) différents ; les hapax sont les formes n'apparaissant qu'une seule fois dans les réponses ; les formes actives correspondent aux noms, adjectifs, adverbes, verbes et formes reconnues ; la moyenne d'occurrences / texte est le nombre moyen de mots donné par chaque individu.

Tableau 11-Caractéristiques du recueil pour les objets de la tâche comprise santé et éducation à la santé

3.1.2 Analyse lexicale de l'objet santé

Le tableau ci-dessous donne la fréquence à laquelle apparaît chaque forme. Ici, nous n'avons gardé que les formes apparaissant 5 fois ou plus, soit un total de 52 formes.

Le « bien-être » est la forme la plus citée (n=377), suivi par « physique » (n=142). Viennent ensuite « maladie » (n=93), « prévention » (n=91), « hygiène » (n=71), « mental » (n=64), « éducation » (n=52), « vie » et « sport » (n=51).

Rang	Forme	Fréquence	Catégorie	Rang	Forme	Fréquence	Catégorie
1	bien-être	377	nom	27	état	13	nom
2	physique	142	adj	28	sécurité	12	nom
3	maladie	93	nom	29	promotion	11	nom
4	prévention	91	nom	30	sexualité	10	nom
5	hygiène	71	nom	31	hôpital	9	nom
6	mental	64	adj	32	protection	8	nom
7	éducation	52	nom	32	estimer	8	ver
8	vie	51	nom	32	environnement	8	nom
9	sport	51	nom	32	bonheur	8	nom
10	alimentation	47	nom	36	équilibré	7	adj
11	médecin	43	nom	36	épanouissement	7	nom
12	forme	38	nom	36	sommeil	7	nom
13	social	36	adj	36	science	7	nom
14	santé	35	nom	36	handicap	7	nom
15	corps	31	nom	41	sportif	6	adj
16	nutrition	29	nom	41	oms	6	nr
17	soin	26	nom	41	médicament	6	nom

18	psychologique	24	adj	41	information	6	nom
19	équilibre	22	nom	41	esprit	6	nom
20	absence	20	nom	46	qualité	5	nom
21	psychique	19	adj	46	psychologie	5	nom
22	activité	18	nom	46	nourriture	5	nom
23	sain	16	adj	46	important	5	adj
23	moral	16	nom	46	complet	5	adj
25	morale	15	nom	46	besoin	5	nom
26	médical	14	adj	46	addiction	5	nom

Tableau 12- Fréquence des formes associées à l'objet santé

Un nuage de mots permet également visualiser ces résultats :

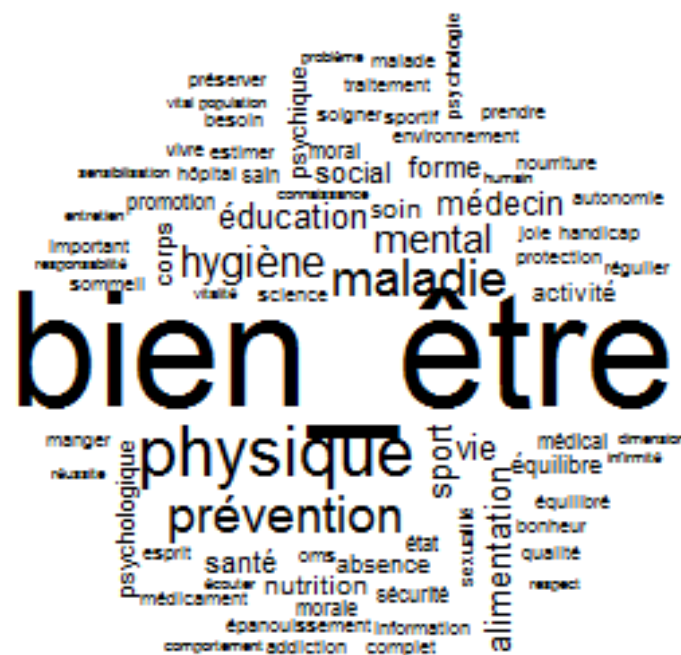


Figure 5- Nuage de mots représentant la fréquence des formes associées à l'objet santé

3.1.3 Identification des formes lexicales associées pour l'objet santé

Il s'agit d'une analyse des cooccurrences présentée sous forme de graphique. Cette analyse met en œuvre les concepts de la théorie des graphes utilisés en analyse des données relationnelles (analyse de réseaux). Plus deux formes sont associées fréquemment, plus le trait entre ces formes sera épais.

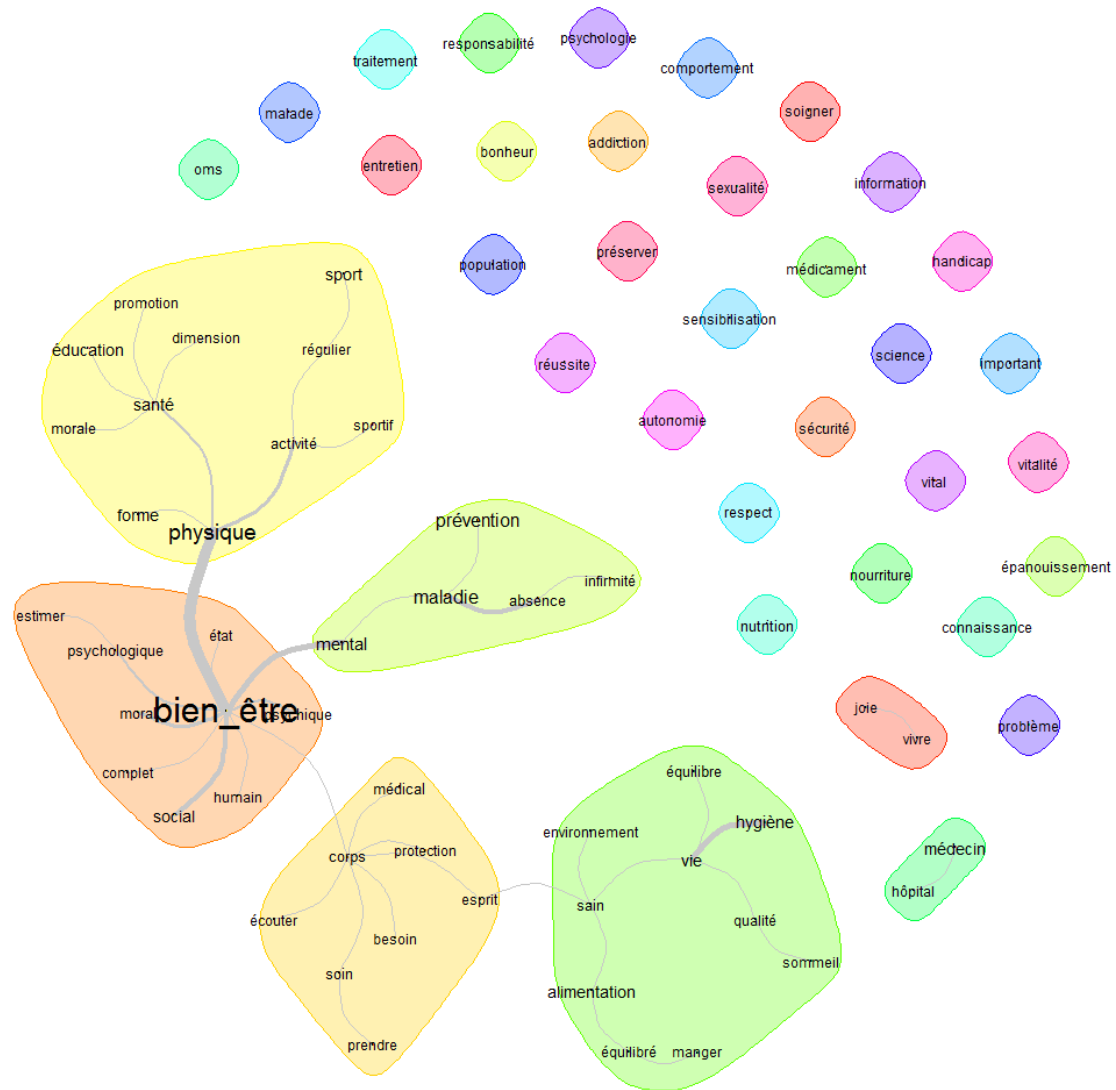


Figure 6- Formes associées pour l'objet santé

3.1.4 Analyse des facteurs corrélés à la perception de l'objet santé

L'analyse factorielle des correspondances (AFC) permet d'étudier les associations de mots à partir d'un tableau de contingence et de les représenter graphiquement grâce à la construction d'axes factoriels (dimensions). Les résultats sont interprétés selon la position relative des mots sur le graphique ; plus deux mots sont proches, plus ils ont été associés dans les réponses des individus (adapté de Costa, 2013). La classification opérée ici est une classification descendante hiérarchique et plus spécifiquement la classification « Alceste » ou méthode « Reinert », développée par Reinert (1990). La classification a pour objectif de créer des classes de mots souvent associés.

L'AFC permet de construire 2 axes factoriels, expliquant respectivement 50,25% et 49,75% de la variance. La classification suggère une répartition en 3 classes, qui permet de classer 73,32% des textes.

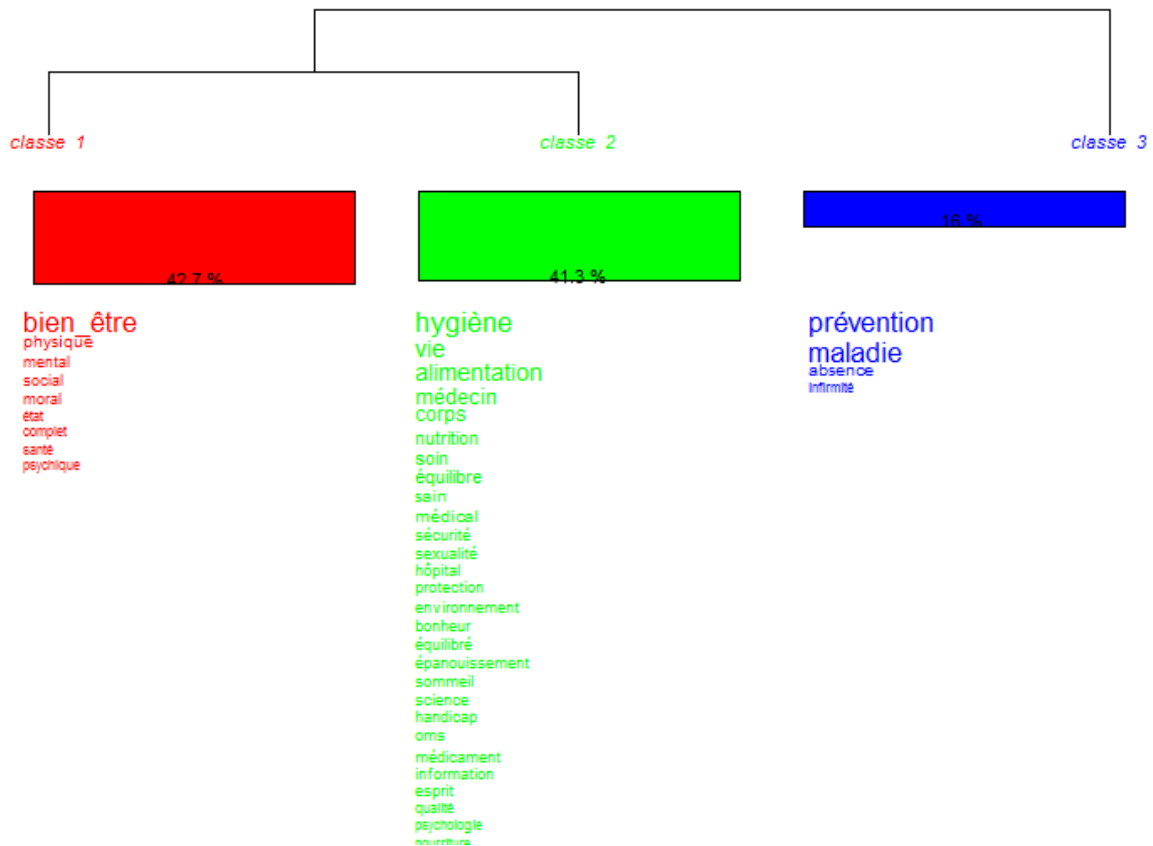


Figure 7- Catégorisation des formes de l'objet santé par analyse factorielle des correspondances

3.1.4.1 Classe 1 : perspective holistique de santé

Caractéristiques de l'objet santé dans une perspective holistique

Les mots associés à cette classe renvoient à une perception holistique de la santé : « bien-être », « physique », « mental », « social », « moral » ...

Classe 1 (42,7%) : perspective globale de santé				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
bien-être	364	365	100	<0,0001
physique	118	121	98	<0,0001
mental	61	61	100	<0,0001
social	35	35	100	<0,0001
moral	16	16	100	<0,0001
état	8	8	100	0,0010
complet	5	5	100	0,0094
santé	4	4	100	0,0203
psychique	3	3	100	0,0445

Tableau 13- Formes caractéristiques de l'objet santé dans une perspective holistique

Facteurs corrélés à l'objet santé dans une perspective holistique

Caractéristiques				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
*TER_1	186	347	54	<0,0001
*Form_1	341	705	48	<0,0001
*DebFin_2	161	309	52	0,0001
*M1M2_2	317	668	47	0,0001
*PubPriv_3	20	29	69	0,0038
*AdmEcr_1	211	440	48	0,0045
*Annee_3	172	352	49	0,0049
*Theme_2	92	176	52	0,0052
*Concours_1	121	244	50	0,0141

Légende : TER_1 : travail de recherche en éducation à la santé effectué en formation ; Form_1 : formation spécifique en éducation à la santé ; DebFin_2 : recueil de fin d'année ; M1M2_2 : enseignant débutant de M2 ; PubPriv_3 : expérience scolaire dans le public et le privé ; AdmEcr_1 : admis à l'écrit du concours ; Concours_1 : admis au concours ; Annee_3 : recueil de 3^{ème} année ; Theme_2 : Unité d'Enseignement en lien avec l'éducation à la santé

Tableau 14- Facteurs corrélés à l'objet santé dans une perspective holistique

Les mots appartenant à cette catégorie correspondent davantage au recueil de la troisième année (2016/2017) et aux recueils de fin d'année. Ils sont également davantage cités par les enseignants débutants : en M2, ayant fait un mémoire en éducation à la santé, ayant suivi une formation en éducation à la santé, ayant abordé l'éducation à la santé dans le cadre de l'Unité d'Enseignement « ouverture professionnelle » et ayant une expérience scolaire dans le public et le privé. Ils ont déjà passé le concours et sont admis à l'écrit.

3.1.4.2 Classe 2 : santé par les thématiques de santé

Caractéristiques de l'objet santé par les thématiques

Les mots associés à cette classe renvoient essentiellement aux thématiques de santé : « hygiène », « alimentation », « corps », « nutrition », « sexualité », « sommeil » ; la forme « vie » renvoie généralement à l'hygiène de vie. Les autres termes caractéristiques de cette classe précisent ces thématiques : alimentation saine, équilibrée ; prendre soin du corps, les besoins du corps...

Classe 2 (41,3%)				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p

hygiène	71	71	100	<0,0001
vie	51	51	100	<0,0001
alimentation	47	47	100	<0,0001
médecin	43	43	100	<0,0001
corps	31	31	100	<0,0001
nutrition	29	29	100	<0,0001
soin	26	26	100	<0,0001
équilibre	22	22	100	<0,0001
sain	15	15	100	<0,0001
médical	14	14	100	<0,0001
sécurité	12	12	100	<0,0001
sexualité	10	10	100	0,0002
hôpital	9	9	100	0,0003
protection	8	8	100	0,0007
environnement	8	8	100	0,0007
bonheur	8	8	100	0,0007
équilibré	7	7	100	0,0016
épanouissement	7	7	100	0,0016
sommeil	7	7	100	0,0016
science	7	7	100	0,0016
handicap	7	7	100	0,0016
OMS	6	6	100	0,0034
médicament	6	6	100	0,0034
information	6	6	100	0,0034
esprit	6	6	100	0,0034
qualité	5	5	100	0,0075
psychologie	5	5	100	0,0075
nourriture	5	5	100	0,0075
important	5	5	100	0,0075
besoin	5	5	100	0,0075
addiction	5	5	100	0,0075
vivre	4	4	100	0,0169
traitement	4	4	100	0,0169
soigner	4	4	100	0,0169
préserver	4	4	100	0,0169
prendre	4	4	100	0,0169
manger	4	4	100	0,0169
malade	4	4	100	0,0169
joie	4	4	100	0,0169
autonomie	4	4	100	0,0169

Tableau 15- Formes caractéristiques de l'objet santé par les thématiques

Facteurs corrélés à l'objet santé par les thématiques

Caractéristiques				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
*TER_0	354	750	47	<0,0001
*Form_0	214	424	50	<0,0001
*Theme_3	85	151	56	0,0001
-*sante_3	47	76	62	0,0002
*DebFin_1	368	834	44	0,0014
*Filiere_1	367	833	44	0,0019
*AdmEcr_0	215	460	47	0,0022
*Lieu_2	137	286	48	0,0088
*PubPriv_0	187	408	46	0,0202
*M1M2_1	213	475	45	0,0400

Légende : TER_0 : pas de travail de recherche en éducation à la santé effectué en formation ; Form_0 : pas de formation spécifique en éducation à la santé ; DebFin_1 : recueil de début d'année ; Filiere_1 : MEEF 1^{er} degré ; M1M2_1 : enseignant débutant de M1 ; PubPriv_0 : pas d'expérience scolaire ; AdmEcr_0 : non admis à l'écrit du concours ; Lieu_2 : C ; Theme_3 : pas d'Unité d'Enseignement en lien avec l'éducation à la santé

Tableau 16 - Facteurs corrélés à l'objet santé par les thématiques

Les mots appartenant à cette catégorie correspondent davantage aux recueils de début d'année et au troisième mot (ou expression) donnés. Ils sont également davantage cités par les enseignants débutants : en M1, en MEEF 1^{er} degré, scolarisés sur le lieu C, en parcours « lambda », non admis à l'écrit. Ils n'ont pas d'expérience en milieu scolaire et n'ont fait ni travail de recherche, ni stage en lien avec l'éducation à la santé.

3.1.4.3 Classe 3 : perspective biomédicale de la santé

Caractéristiques de l'objet santé dans une perspective biomédicale

Les mots associés à cette classe renvoient au modèle biomédical de la santé : « Prévention », « maladie », « infirmité » (« absence » de).

Classe 3 (16,0%)				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
prévention	91	91	100	<0,0001
maladie	92	93	99	<0,0001
absence	20	20	100	<0,0001
infirmité	3	3	100	0,0001

Tableau 17- Formes caractéristiques de l'objet santé dans une approche biomédicale

Facteurs corrélés à l'objet santé dans une approche biomédicale

Caractéristiques				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
*Filiere_2	76	310	25	<0,0001

*Theme_1	146	816	18	0,0061
*M1M2_1	91	475	19	0,0144
*Annee_1	76	390	19	0,0211
*PubPriv_1	109	604	18	0,0469

Légende : *Filiere_2 : MEEF 2nd degré ; Theme_1 : UE recherche ; M1M2_1 : enseignant débutant de M1 ; Annee_1 : recueil de l'année 2014/2015 ; PubPriv_1 : expérience scolaire dans le public*

Tableau 18 - Facteurs corrélés à l'objet santé dans une approche biomédicale

Les mots appartenant à cette catégorie correspondent davantage au recueil de la première année (2014/2015). Ils sont également davantage cités par les enseignants débutants : en M1, en MEEF 2nd degré, où l'éducation à la santé est abordée par la recherche, ayant eu une expérience dans l'éducation, dans le public. Ils ont tendance à être inscrit sur le lieu A.

3.1.4.4 Opposition et rapprochement entre les différentes perceptions de l'objet santé

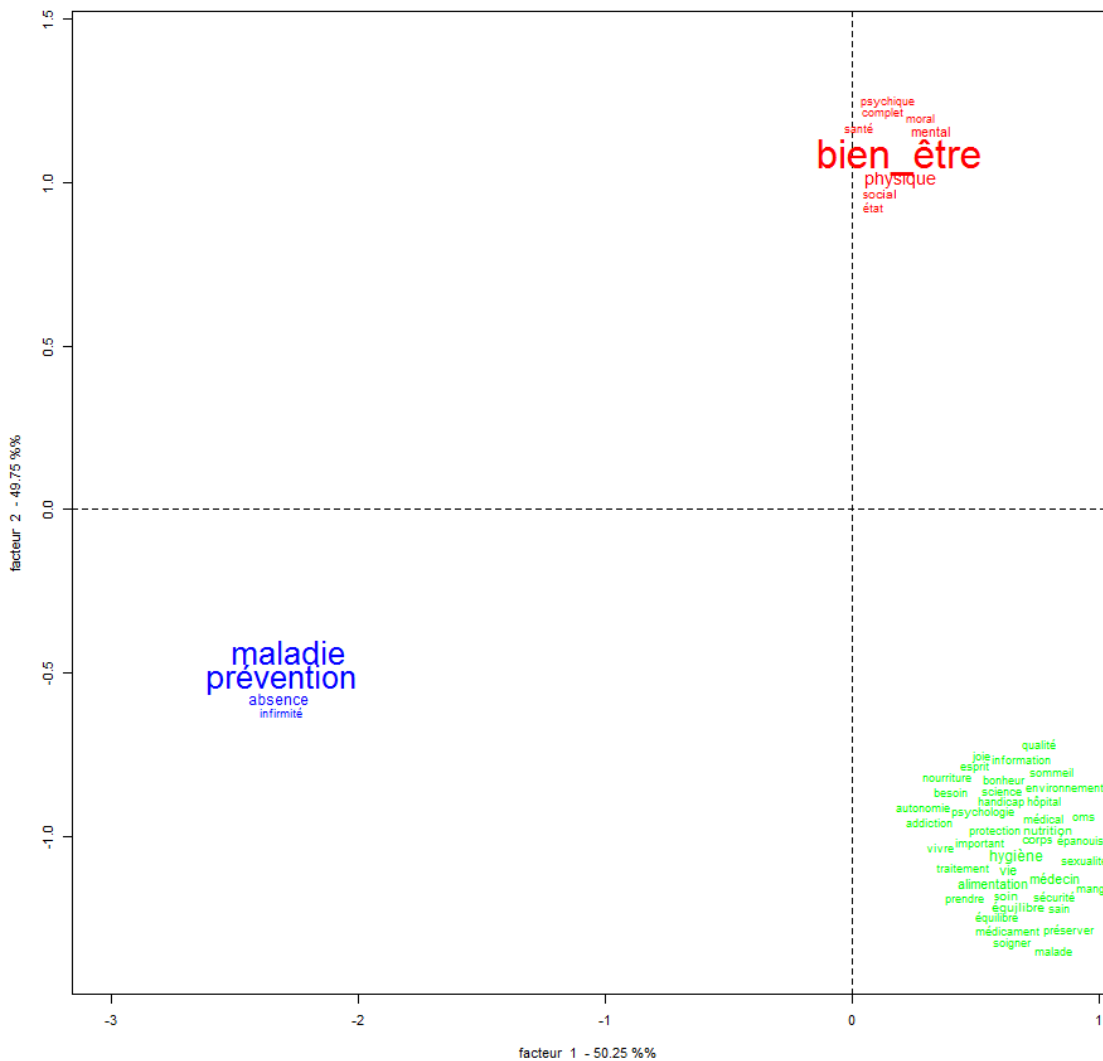


Figure 8 - Représentation graphique des différentes perceptions de l'objet « santé » à l'échelle de la population de l'étude

La représentation graphique de l'AFC fait apparaître les oppositions et les rapprochements. A la notion d'appartenance, elle substitue la notion de distance par rapport à un axe d'inertie (Salone, 2013). Le premier axe sépare la classe 3 (sur la gauche) des autres, le deuxième axe oppose la classe 1 (en haut) aux deux autres. Ces axes renvoient chacun à une perception de la santé (biomédicale ou globale). La classe 2 se situe en bas à droite du graphique, elle est à la croisée des deux axes. Elle ne renvoie pas à une vision à proprement parler de la santé mais aux thématiques relatives à celle-ci. Ces thématiques n'appartiennent pas exclusivement à l'une ou l'autre des deux visions.

3.1.5 Analyse lexicale de l'objet éducation à la santé

Le tableau ci-dessous donne la fréquence à laquelle apparaît chaque forme. Ici, nous n'avons gardé que les formes apparaissant 10 fois ou plus, soit un total de 46 formes.

Le terme « prévention » est celui qui revient le plus souvent (n=183), suivi par « élève » (n=102). Viennent ensuite « santé » (n=71), « bien-être » (n=64), « hygiène » (n=56), « apprendre » (n=46), « comportement » (n=33), « information » (n=32) et « éducation » (n=31).

Rang	Forme	Fréquence	Catégorie	Rang	Forme	Fréquence	Catégorie
1	prévention	183	nom	22	sport	14	nom
2	élève	102	nom	22	physique	14	adj
3	santé	71	nom	22	donner	14	ver
4	bien-être	64	nom	22	apprentissage	14	nom
5	hygiène	56	nom	28	nécessaire	13	adj
6	apprendre	46	ver	28	EPS	13	nr
7	comportement	33	nom	28	conscience	13	nom
8	information	32	nom	28	compétence	13	nom
9	éducation	31	nom	32	règle	12	nom
10	vie	29	nom	32	geste	12	nom
11	sensibilisation	27	nom	32	connaître	12	ver
11	informer	27	ver	32	activité	12	nom
13	corps	23	nom	36	soin	11	nom
14	prendre	22	ver	36	sain	11	adj
15	connaissance	19	nom	36	quotidien	11	adj
16	risque	18	nom	36	obligation	11	nom
16	important	18	adj	36	enfant	11	nom
18	alimentation	17	nom	41	écouter	10	ver
19	développer	16	ver	41	transmettre	10	ver
20	sensibiliser	15	ver	41	scolaire	10	adj
20	climat	15	nom	41	promotion	10	nom
22	éduquer	14	ver	41	projet	10	nom
22	transversal	14	adj	41	pratique	10	nom

Tableau 19 - Fréquence des formes associées à l'objet éducation à la santé

Un nuage de mots permet également visualiser ces résultats :



Figure 11 - Catégorisation des formes de l'objet éducation à la santé par analyse factorielle des correspondances

3.1.7.1 Classe 1 : éducation à la santé par la prévention et l'apport d'information

Caractéristiques de l'objet éducation à la santé par la prévention et l'apport d'information

Cette classe renvoie à la « prévention » et la « protection », passant par de l'« information », de la « sensibilisation », de la « transmission » et de l'« écoute ».

Classe 1 (36,1%)				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
prévention	124	161	77	<0,0001
information	26	30	87	<0,0001
sensibilisation	16	22	73	0,0002
transmission	4	4	100	0,0075
écouter	7	9	78	0,0085
protection	3	3	100	0,0208

Tableau 20 - Formes caractéristiques de l'objet éducation à la santé par la prévention et l'apport d'information

Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé par la prévention et l'apport d'information

Caractéristiques				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
*Filiere_2	60	108	56	<0,0001
*AdmEcr_0	68	151	45	0,0037
*Lieu_1	102	246	41	0,0044
*TER_1	53	114	46	0,0063
*DebFin_2	45	99	45	0,0256
*M1M2_1	72	173	42	0,0447

Légende : Filiere_2 : MEEF 2nd degré ; AdmEcr_0 : non admis à l'écrit du concours ; Lieu_1 : Lyon ; TER_1 : travail de recherche en éducation à la santé ; DebFin_2 : recueil de fin d'année ; M1M2_1 : enseignants débutants de M1

Tableau 21- Facteurs corrélés pour l'objet éducation à la santé par la prévention et l'apport d'information

Les mots appartenant à cette catégorie correspondent davantage aux recueils de fin d'année. Ils sont également davantage cités par les enseignants débutants : en M1, en MEEF 2nd degré, sur le lieu A, ayant fait un travail de recherche en éducation à la santé et qui ne sont pas admis à l'écrit.

3.1.7.2 Classe 2 : éducation à la santé par la prise en compte de l'élève et de son bien-être

Caractéristiques de l'objet éducation à la santé par la prise en compte de l'élève et de son bien-être

Cette classe est associée au « bien-être » de l'« élève », avec l'idée de lui apporter des connaissances et de le sensibiliser sur les « risques » afin qu'il puisse devenir acteur de sa santé pour qu'il adopte un « comportement favorable et responsable ».

Classe 2 (34,9%)				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
élève	65	72	90	<0,0001
santé	50	59	85	<0,0001
prendre	21	21	100	<0,0001
comportement	24	29	83	<0,0001
conscience	13	13	100	<0,0001
risque	15	18	83	<0,0001
soin	10	10	100	<0,0001
bien-être	32	53	60	<0,0001
lier	8	8	100	0,0001
donner	11	13	85	0,0001
développer	7	7	100	0,0003
responsable	7	7	100	0,0003
connaissance	13	18	72	0,0007
sensibiliser	11	15	73	0,0014
comprendre	7	8	88	0,0016
thème	5	5	100	0,0021
aider	5	5	100	0,0021
veiller	5	5	100	0,0021

sentir	5	5	100	0,0021
permettre	5	5	100	0,0021
apporter	5	5	100	0,0021
quotidien	6	7	86	0,0044
conduite	6	7	86	0,0044
adopter	6	7	86	0,0044
promouvoir	4	4	100	0,0060
état	4	4	100	0,0060
sujet	4	4	100	0,0060
responsabiliser	4	4	100	0,0060
propre	4	4	100	0,0060
enfant	6	8	75	0,0161
réfléchir	6	8	75	0,0161
habitude	6	8	75	0,0161
acteur	3	3	100	0,0175
école	3	3	100	0,0175
favorable	3	3	100	0,0175
mettre	3	3	100	0,0175
préserver	3	3	100	0,0175
façon	3	3	100	0,0175
agir	3	3	100	0,0175
<i>important</i>	3	4	75	0,0904
<i>favoriser</i>	3	4	75	0,0904
<i>question</i>	3	4	75	0,0904
<i>violence</i>	3	4	75	0,0904
<i>transmettre</i>	5	8	63	0,0974

Tableau 22 - Formes caractéristiques de l'objet éducation à la santé par la prise en compte de l'élève et de son bien-être

Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé par la prise en compte de l'élève et de son bien-être

Les mots appartenant à cette catégorie correspondent à ceux choisis par les enseignants débutants en M2, admis à l'écrit (tendance).

Caractéristiques				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
*M1M2_2	87	220	40	0,0279
*AdmEcr_1	61	151	40	0,0688

Légende : M1M2_2 : enseignants débutants de M2 ; AdmEcr_1 : admis à l'écrit du concours

Tableau 23 - Facteurs corrélés pour l'objet éducation à la santé par la prise en compte de l'élève et de son bien-être

3.1.7.3 Classe 3 : éducation à la santé par les thématiques

Caractéristiques de l'objet éducation à la santé par les thématiques

Les mots associés à cette classe renvoient essentiellement aux thématiques de santé : « hygiène », « règles », « activité », « alimentation », « manger », « nutrition », « corps », « sexualité », la forme « vie » renvoie généralement à l'hygiène de vie et aux règles de vie.

Les autres termes caractéristiques de cette classe précisent ces thématiques : alimentation saine, équilibrée ; respecter, sport, physique, ...

Classe 3 (29,0%)				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
hygiène	54	55	98	<0,0001
apprendre	27	35	77	<0,0001
vie	20	26	77	<0,0001
EPS	12	12	100	<0,0001
règle	12	12	100	<0,0001
activité	12	12	100	<0,0001
alimentation	14	17	82	<0,0001
connaître	11	12	92	<0,0001
sport	12	14	86	<0,0001
manger	8	8	100	<0,0001
nutrition	8	9	89	0,0001
physique	10	13	77	0,0001
équilibré	5	5	100	0,0004
alimentaire	5	5	100	0,0004
importance	7	9	78	0,0011
sportif	4	4	100	0,0017
préventif	4	4	100	0,0017
partager	4	4	100	0,0017
corps	12	21	57	0,0035
équilibre	3	3	100	0,0065
bouger	3	3	100	0,0065
éducation	13	25	52	0,0088
respecter	4	6	67	0,0405
sexualité	5	9	56	0,0758
sain	4	7	57	0,0979

Tableau 24 - Formes caractéristiques de l'objet éducation à la santé par les thématiques

Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé par les thématiques

Caractéristiques				
Forme	Effectif (classe)	Effectif total	% classe	p
*Filiere_1	101	285	35	<0,0001
*TER_0	90	265	34	0,0018
*Lieu_2	39	98	40	0,0066
*Form_0	53	154	34	0,0579

Légende : *Filiere_1 : MEEF 1^{er} degré ; TER_0 : pas de travail de recherche en éducation à la santé ; Lieu_2 : C ; Form_0 : pas de formation spécifique en éducation à la santé*

Tableau 25 - Facteurs corrélés pour l'objet éducation à la santé par les thématiques

Les mots appartenant à cette catégorie correspondent davantage aux enseignants débutants : en MEEF 1er degré, sur le lieu C, qui n'ont pas eu de formation en éducation à la santé (tendance), ni fait de travail de recherche dans ce domaine.

3.1.7.4 Opposition et rapprochement entre les différentes perceptions de l'objet éducation à la santé

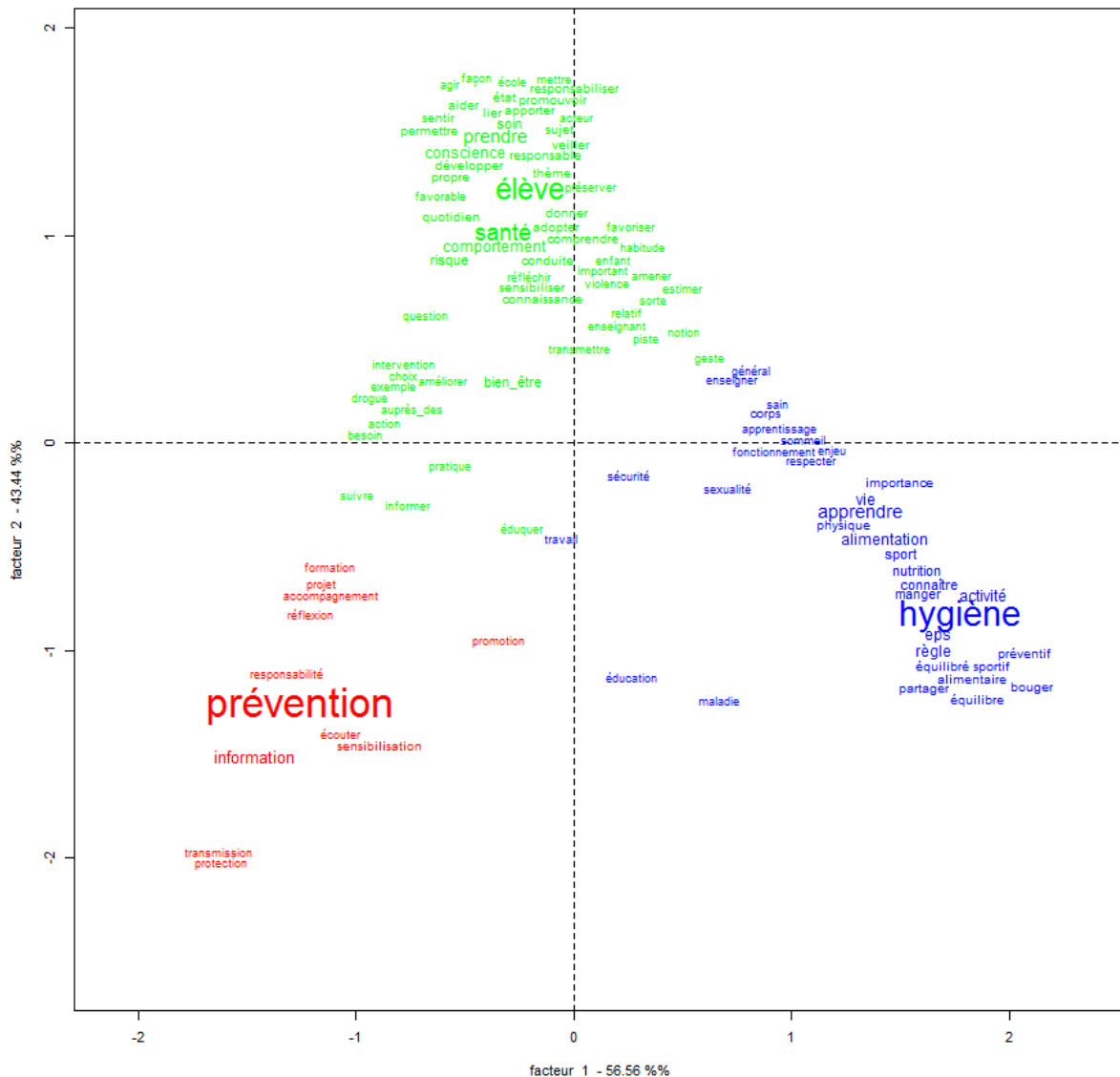


Figure 12 - Représentation graphique des différentes perceptions de l'objet éducation à la santé à l'échelle de la population de l'étude

Le premier axe sépare la classe 1 (sur la gauche) à la classe 3 (sur la droite), le deuxième axe oppose la classe 2 (en haut) aux deux autres (plus spécialement la classe 1). L'axe 2 sépare deux visions de l'éducation à la santé : l'une basée sur la prévention par l'apport d'information, l'autre visant à faire de l'élève un acteur de sa santé en étant attentif à son bien-être. La classe 3 se situe à droite du graphique, elle ne renvoie pas à une vision de l'éducation à la santé mais aux thématiques, communes aux deux visions.

3.1.8 Une diversité de façons de penser la santé et les finalités de l'éducation à la santé

Concernant les objets de la tâche comprise, l'analyse descriptive montre un nombre d'hapax plus élevé pour la question 3 relative à l'éducation à la santé que pour la question 2 relative à la santé et ceci quand bien même le nombre de propositions possibles plus élevé pour la question 2. Nous faisons l'hypothèse que la question 3 qui met en relation les termes d'éducation et de santé a généré mécaniquement plus d'hapax. Cette hypothèse est confirmée par le nombre d'occurrence moyen par texte qui est plus élevé pour la question 3. Les nuages de mots réalisés à partir de la fréquence des formes relatives à chacune des questions montrent une vision dominante de la santé associée au bien-être et une vision dominante de l'éducation à la santé à l'école associée à la prévention au niveau globale de la population.

Les analyses de similitude (ADS) qui font apparaître les formes statistiquement associées donnent à voir des profils différents. L'ADS pour la question de la santé permet d'identifier deux ensembles. Un ensemble de formes plus ou moins isolées (partie droite de la représentation graphique) et un ensemble de formes regroupées entre elles, ces ensembles étant à leur tour reliés entre eux. Les formes de la première catégorie renvoient à des propositions qui sont caractéristiques de différentes notions en lien avec le concept de santé (OMS, addiction, sexualité, médicament, ...). Les formes de la seconde catégorie sont organisées autour de la notion de bien-être et d'un « squelette » autour des formes physique-corps-hygiène de vie-maladie.

L'ADS pour la question de ce qu'est l'éducation à la santé à l'école présente un profil différent. La grande majorité des formes sont regroupées et les ensembles reliés entre eux. Elles sont organisées autour de la forme « élève » avec un squelette autour des formes prévention-santé-bien-être-apprendre. Peu de formes sont isolées.

Cette analyse au niveau local du corpus donne à voir les associations et les mises en lien réalisées par les enseignants débutants au cours du processus de conceptualisation (Barbier, 2011). Cette conceptualisation ne se traduit pas de la même façon suivant les objets considérés. A la suite, si ces analyses témoignent d'un processus, elles ne permettent pas une identification des différentes constructions mentales présentes chez les sujets constituant notre population.

L'analyse factorielle des correspondances (AFC) nous permet d'approcher cet objectif.

L'AFC pour ce qui est de la question de la santé permet l'identification de trois classes. La classe 1 renvoie à une vision holistique de la santé avec les principaux mots-clés que sont le bien-être comme finalité de la santé et les différents états qui en constituent les dimensions (physique, mental, social) en accord avec la définition de l'OMS (1946). La classe 2 renvoie à

une vision de la santé essentiellement définie par les thématiques de santé (hygiène, alimentation, sommeil, ...). La classe 3 renvoie à une vision biomédicale de la santé centrée sur la maladie et l'absence d'infirmité et où la prévention permet d'éviter ces fléaux.

La classification descendante hiérarchique (CDH) montre que les classes 1 et 3 s'opposent suivant l'axe des ordonnées alors que la classe 2, relative aux thématiques est distincte mais commune aux deux visions. Les facteurs corrélés indiquent que la classe 1 (vision holistique centrée sur le bien-être) correspond aux recueils réalisés en fin d'année de M2 c'est-à-dire après exposition des sujets aux dispositifs de formation, en particulier les sujets ayant fait un mémoire de recherche en éducation à la santé ou ayant bénéficié d'une UE spécifique (ouverture professionnelle) et admis à l'écrit du concours. La classe 3 (vision biomédicale centrée sur l'absence de maladie) correspond aux enseignants débutants inscrits en M1, en particulier ceux inscrits en MEEF second degré et ayant bénéficié d'un mémoire de recherche en éducation à la santé et d'une expérience dans le domaine de l'éducation. Ces enseignants débutants sont majoritairement inscrits sur le lieu A. La classe 2 (vision centrée sur les thématiques) correspond aux recueils de début d'année, en particulier pour les enseignants débutants inscrits en M1 qui n'ont pas bénéficié d'expériences en lien avec l'éducation à la santé dans leur parcours de formation. Ils sont majoritairement inscrits sur le lieu C.

L'AFC pour ce qui est de la question de ce qu'est l'éducation à la santé à l'école permet également l'identification de trois classes. La classe 1 est centrée sur la prévention comprise comme la transmission d'informations. La classe 2 est centrée sur la santé de l'élève dans des dimensions éducatives (prendre conscience, développer, responsabiliser, sensibiliser, sujet, ...). La classe 3 correspond aux thématiques de santé (alimentation, sexualité, ...) et est identique à la classe 2 de la question relative à la santé. La classification descendante hiérarchique (CDH) montre une opposition relative entre les classes 1 et 2 et une classe 3 distincte mais commune à ces deux visions. Les facteurs corrélés montrent que la classe 1 correspond aux sujets ayant renseigné le recueil de fin d'année et d'avantage inscrits en M1, dans la parcours MEEF second degré, sur le site A et ayant fait suivi un séminaire mémoire en éducation à la santé.. La classe 2 correspond aux sujets inscrits en seconde année de Master et admis à l'écrit du concours. La classe 3 correspond aux sujets inscrits en MEEF 1^{er} degré, sur le site C et qui n'ont pas eu de formation en éducation à la santé.

Au final, l'analyse lexicale nous permet de cartographier les conceptualisations des enseignants débutants relatives à la santé et à l'éducation à la santé à l'école à travers les éléments discursifs recueillis. Ces constructions montrent, à l'échelle globale de la population, deux visions de la santé qui s'opposent, une vision holistique centrée sur le bien-être et une

vision biomédicale que nous qualifions de « profane » au regard de ce qu'elle nous révèle quant à l'influence des dispositifs de formation. Elles montrent aussi deux visions de l'éducation à la santé à l'école avec une vision centrée sur la prévention à travers la transmission d'informations et une vision centrée sur l'élève dans une perspective émancipatrice. Les thématiques si elles sont une des dimensions de ces constructions ne sont pas spécifiques d'une de ces visions et sont communes aux deux objets santé et éducation à la santé.

Les facteurs corrélés à chacune des classes soutiennent l'hypothèse, au niveau exploratoire, d'un effet de l'exposition aux parcours et à la temporalité de la formation, qui se traduirait, en particulier, par un déplacement tant pour ce qui concerne la vision de la santé que pour ce qui concerne les moyens et finalités d'une éducation à la santé à l'école.

Ces premiers résultats donnent à voir une diversité potentielle de tâches comprises à l'échelle de notre population. Ces tâches comprises se caractérisent par la diversité des façons de percevoir la santé et l'éducation à la santé. Nous souhaitons préciser dans quelle mesure les facteurs identifiés sont explicatifs ou corrélés ou non selon le moment du recueil (début ou fin) et le parcours et de formation.

3.2 Exploration et description des raisons justifiant la place de l'éducation à la santé dans la future pratique

Là encore, il s'agit d'une analyse exploratoire qui vise à permettre l'identification de classes préalable à la constitution d'une variable dépendante pour l'analyse quantitative en phase 2. La question 25 a pour objectif de recueillir les justifications des enseignants débutants pour ce qui concerne leur réponse à la question 24 (question à curseur pour ce qui concerne la place de l'ES dans la future pratique). Il s'agit d'une question ouverte où à travers le discours produit il donne à voir les justifications qui sont les siennes. L'analyse de contenu a été conduite selon un double encodage par classification hiérarchique descendante (Bardin, *ibid.*). Le corpus de données est composé des verbatim des 486 réponses effectives à la question 25 figurant dans les 534 questionnaires. Ils sont numérotés de [VB 001] à [VB 486]. Tous les verbatim ont été catégorisés et aucun n'a été indexé dans deux catégories. Ils se répartissent en 6 catégories.

3.2.1 Catégories identifiées

La catégorie 1 correspond au domaine « cœur de métier ». Les justifications qui sont regroupées dans cette catégorie font explicitement référence au métier visé en lien avec des

éléments relevant de la prescription qui expliquent la place accordée dans la future pratique. L'éducation à la santé y est identifiée comme une mission explicite des enseignants (VB 358 « *Nous avons un rôle d'accompagnement et de permettre le bien - être de l'élève, cette mission fait entièrement partie de notre fonction. Nous devons aborder l'élève dans sa globalité, cela passe donc par l'éducation à la santé* » ; VB387 « *L'éducation à la santé est une mission de l'école. Offrir aux élèves la chance de pouvoir comprendre leur corps et leur donner les clés pour en prendre soin, mais aussi prendre soin des autres, les respecter. Il est pour moi primordial de l'inclure dans ma future pratique* »). La référence au référentiel de compétences professionnelles est mise en avant (VB 413 « *L'éducation à la santé est présente dans le référentiel de compétences et peut être abordé dans toutes (ou presque) les matières. Ce n'est pas un enseignement cloisonné* ») ainsi que des textes juridiques spécifiques (VB278 « *Le parcours éducatif en santé des élèves instauré par la loi du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé implique l'ensemble de la communauté éducative des établissements scolaires, dont les enseignants* »). Enfin, les enseignants débutants font également référence aux programmes scolaires où l'éducation à la santé est identifiée comme tâche explicite (VB 189 « *En série ST2S (sciences et technologies de la santé et du social), que ce soit en lycée technologique ou professionnel, l'éducation à la santé fait partie intégrante du programme scolaire* » ; VB326 « *l'éducation à la santé revêt un enjeu important en matière de santé publique, c'est pourquoi elle doit faire l'objet d'enseignement de manière régulière. C'est un enseignement qui peut s'intégrer dans diverses disciplines (SVT, EPS...) c'est pourquoi il est possible de lui donner une place importante* »).

La catégorie 2 correspond au domaine « finalités ». Les verbatim font référence aux finalités de l'éducation à la santé en milieu scolaire qui justifient la place dans la future pratique. Ces finalités sont diverses et variées. Elles concernent de façon générale, les conditions du bien-être de l'élève (VB439 « *L'éducation à la santé me semble être un enseignement indispensable au bien - être des élèves et pour éviter de futures conduites à risques. Elle a tout à fait sa place à l'école* ») que celui-ci soit lié à la question de l'estime de soi (VB161 « *l'éducation à la santé permet de développer chez les élèves un sentiment de bien - être et donc de favoriser l'estime de soi* »), à la prise en compte des inégalités sociales et de santé (VB257 « *L'éducation à la santé est nécessaire pour les élèves. En effet, certains élèves ne peuvent pratiquer de sport ou ne sont pas sensibilisés à l'éducation à la santé en dehors du cadre scolaire, il est donc nécessaire de leur apporter les connaissances nécessaires pour leur bien - être et leur sécurité ainsi que de les responsabiliser* ») ou en tant que condition de

la réussite des élèves (VB 110 « *L'école est attentive à la santé des élèves. La santé est un facteur de bien - être pour les enfants ainsi qu'un facteur de réussite scolaire* » ; VB406 « *Je pense que l'éducation à la santé est importante car le bien - être des élèves favorise leurs apprentissages et il est important que les élèves se sentent bien à l'école* »). Concernant l'élève, sont également mises en avant les finalités qui sont liées à son émancipation (VB346 « *Je trouve qu'il est important d'éduquer les élèves afin qu'ils puissent se gérer seul par la suite, c'est au professeur de lui donner toutes les cartes pour que celui-ci devienne autonome et s'émancipe* ») en particulier dans une perspective citoyenne (VB309 « *former un citoyen de demain passe également par l'éducation à la santé* » VB105 « *Importance d'informer les élèves et de leur permettre de se former leur propre jugement sur les questions de santé* ») ou l'adoption de comportements en santé favorables (VB209 « *Ils doivent connaître les comportements à risques et les comportements favorables à leur santé et leur bien – être* »). L'apprentissage des élèves est également évoqué (VB320 « *Il ne s'agira que de leur transmettre les connaissances élémentaires sur la santé comme l'alimentation équilibrée, l'importance de "bouger", les risques de la violence etc...* » ; VB 402 « *Important de mettre au courant les élèves sur des thèmes important comme la nutrition ou encore le brossage des dents* »). Enfin, l'éducation à la santé est également présentée comme une condition d'un climat scolaire favorable (VB 018 « *Je pense que l'éducation à la santé a une place importante à prendre dans un établissement scolaire et qu'elle peut favoriser le développement d'un climat scolaire favorable et l'épanouissement des élèves* »).

La catégorie 3 correspond au domaine « intérêt ». Les justifications avancées témoignent d'un intérêt qui légitime la place dans la future pratique. Cet intérêt peut être qualifié selon les verbatim. Il peut être personnel (VB010 « *J'ai toujours été particulièrement curieuse sur toutes ces questions sur le climat scolaire, le bien - être des élèves à l'école. Cela vient de mon propre vécu à l'école (enfant/ado assez stressée) mais aussi simplement de mes centres d'intérêts personnels (sciences humaines, enfance, adolescence...).* J'aurai à cœur si un jour j'exerce dans un établissement scolaire que les élèves s'y sentent bien (que ce soit de façon plus ou moins consciente) afin de leur permettre de se concentrer sur leurs apprentissages, mais aussi de se respecter les uns et les autres »), en lien avec les socialisations professionnelles antérieures (VB020 « *Diététicienne de formation, puis professeur de PSE (prévention santé environnement), je n'envisage pas ma future pratique professionnelle sans éducation à la santé* » ; VB440 « *J'ai été infirmière avant d'être enseignante donc je suis très sensibilisée par ce sujet* »), en lien avec la forme de l'éducation à la santé en formation

(VB095 « *Le fait d'avoir fait un mémoire dans ce domaine va forcément sensibiliser ma pratique professionnelle* ») ou les expériences vécues en stage (VB388 « *J'effectue mon stage de PES dans une école où il y a eu des cas de harcèlement scolaire signalés l'an passé, ce qui me rend particulièrement vigilante sur ce point* »).

La catégorie 4 correspond au domaine « Ressources ». Les justifications regroupées dans cette catégorie font référence à des dimensions plus ou moins spécifiques de l'éducation à la santé qui sont considérées comme favorables à la mise en œuvre dans la pratique. Ces justifications concernent tout d'abord des facteurs d'efficacité des actions d'éducation à la santé. Ces facteurs d'efficacité renvoient à la place de l'école en tant que milieu de vie qui scolarise l'ensemble d'une génération de façon précoce (VB162 « *L'éducation à la santé est une affaire importante, qui doit être introduite à l'école dès le plus jeune âge* » ; VB116 « *Je trouve que l'éducation à la santé est très importante pour la santé et qu'il faut commencer cette éducation très tôt, ne serait-ce que pour l'hygiène. Il faut aussi penser aux autres, notion de vivre-ensemble* »), au rôle partagé avec les familles en la matière (VB072 « *Tout simplement, l'éducation à la santé doit être un travail réalisé en amont par la famille et ensuite à travers l'école nous nous devons de consolider ce travail afin qu'il devienne quelque chose de primordial chez les enfants* ») ou à la place du collectif (VB382 « *On en discute, des actions pour aider les élèves souffrant de « dys » et les « décrocheurs »* ») ou du partenariat (VB5 « *je souhaite mettre en place beaucoup d'activités dans ce domaine en rassemblant différents corps de métier, les élèves* »). Le caractère pluridisciplinaire ou l'importance de la notion de projet sont également mis en avant (VB146 « *En tant que CPE, je pense qu'il est intéressant de mettre en œuvre des projets surtout pour apporter plus d'informations sur les thématiques nutritionnelles, les pratiques addictives et l'éducation à la sexualité* » ; VB254 « *Je pense qu'il est important que l'éducation à la santé passe par plusieurs disciplines comme le sport, les sciences,...* » ; VB059 « *Plusieurs disciplines permettent une approche de l'éducation de la santé : les sciences, EPS, l'IMC* ») dans les verbatim. Enfin, les opportunités du quotidien sont identifiées comme favorables à la place dans la future pratique (VB262 « *Etant enseignante en maternelle, l'éducation à la santé tient une place omniprésente au quotidien (hygiène, corps humain). C'est donc quotidiennement que je travaille l'éducation à la santé* » ; VB414 « *En plus des cours purement théoriques, l'éducation à la santé est présente tout au cours de la journée dans les pratiques de l'enseignant. (Exemple : un goûter équilibré, jeter les déchets à la poubelle ...)* » ; VB452 « *Elle aura une place, mais difficile de déterminer clairement. Je*

pense que c'est aussi des messages qu'on fait passer au quotidien, au sein d'une conversation ou quand l'occasion se présente (je partirai de situations vécues par les élèves) »).

La catégorie 5 correspond au domaine « contraintes ». Les verbatim font référence à des contraintes identifiées en lien avec l'éducation à la santé et qui influencent sa place dans la pratique. Parmi ces contraintes, les caractéristiques de la forme scolaire sont avancées. Ces caractéristiques concernent le manque de temps nécessaire (VB024 « *L'éducation à la santé est importante, et j'aimerais l'intégrer de manière importante à mes cours, mais l'organisation et l'emploi du temps permettent de laisser peu de temps à autre chose que l'étude des programmes* »; VB082 « *Avec un programme déjà très chargé, on a peu de temps de traiter en permanence de ce sujet* »; VB088 « *L'éducation à la santé n'est pas forcément pris en compte dans le temps scolaire, bien que cela soit important je crois que le temps est l'obstacle* ») et la pression des disciplines scolaires (VB101 « *Je pense qu'il s'agit d'un des thèmes les plus importants à l'école. Il me semble essentiel de pouvoir donner aux enfants les connaissances nécessaires pour qu'ils puissent adopter ensuite une bonne conduite en termes de santé. Cependant, je n'ai pas placé le curseur au maximum car il me semble qu'il ne s'agit pas d'une des priorités de l'école. Les matières plus classiques sont largement prioritaires* »). D'autres verbatim font référence aux caractéristiques des enseignants débutants eux-mêmes. Elles concernent leur statut de débutant (VB199 « *N'étant qu'au début de ma pratique, j'ai encore du mal à dégager autant de temps que je souhaiterais, d'autant plus que je ne suis en établissement qu'à mi-temps* »; VB434 « *Ayant encore peu de pratique enseignante, je ne sais pas si j'arriverai à donner une place importante à l'éducation à la santé* »), la manque de formation (VB315 « *Je n'ai aucune information et très peu de formation dans ce domaine et ne saurai pour le moment pas comment l'aborder* » VB463 « *Je pense qu'avant tout j'ai besoin d'être formé, guidé pour être plus performant* »). Certains verbatim font état d'un sentiment d'incompétence en la matière (VB217 « *Je ne me sens pas très compétente, en dehors de l'instauration de lavage de main et d'EPS, je ne vois pas ce que je peux faire* »). Enfin, les caractéristiques du territoire dans lequel est implanté l'école conditionnent la place dans la future pratique (VB323 « *Dépendra aussi du milieu où j'exerce : des milieux ont plus besoin que d'autres d'être accompagnés dans ce domaine donc dans certains milieux, je mènerai des projets spécifiques* »).

La catégorie 6 correspond au domaine « compromis ». Les justifications avancées dans les verbatim se réfèrent à l'idée d'un compromis qui expliquerait la place de l'éducation à la

santé dans la future pratique. Ces compromis concernent par exemple l'importance accordée au bien-être des élèves au regard de la pression des disciplines scolaires (VB415 « *L'éducation à la santé, me semble essentielle puisqu'elle renvoie à la bienveillance. Elle ne peut pas avoir une place aussi importante que les autres enseignements mais elle sera transversale et quotidienne puisque le rôle de l'enseignant est de veiller au bien - être des élèves* » ; VB165 « *L'Ecole et l'enseignant se doivent d'œuvrer au maximum pour le bien - être des élèves. L'éducation à la santé est une clé dans ce domaine. Même si cela peut-être parfois très difficile selon l'influence des médias, la culture de l'entourage et aussi les prérogatives en matière d'instruction (enseignements de base : maths, français...)* »), la limite entre sphère publique et sphère privée (VB483 « *Même s'il est difficile d'aborder ce sujet avec les enfants vis à vis des parents et de l'éducation qu'ils donnent à leurs enfants, je pense quand même que c'est important. De plus le professeur a un rôle à jouer dans l'éducation des enfants* ») ou la temporalité des actions d'éducation à la santé (VB122 « *Des "petits" gestes de la vie quotidienne de la classe peuvent contribuer à l'éducation à la santé, mais certaines actions (intervenants, sensibilisation) ont besoin de temps et de moyens pour être réalisées, ce qui peut être un frein à leur mise en place* »).

3.2.2 Répartition quantitative des catégories

Les 486 verbatim se répartissent suivant les 6 catégories de la façon suivante :

Catégorie	Nombre de verbatim	Fréquence (%)
Cœur de métier	71	14,61%
Finalités	195	40,12%
Intérêt	28	5,76%
Ressources	50	10,29%
Contraintes	69	14,20%
Compromis	73	15,02%

Tableau 26 - Répartition des six catégories d'indexation de la question 25 (raison de la place de l'éducation à la santé dans la future pratique)

On observe une prédominance des raisons relatives aux finalités de l'éducation à la santé pour ce qui est de la place de l'éducation à la santé dans la future pratique (40,12%). La catégorie « intérêt » est la moins représentée (5,76%). Les autres catégories (4) sont relativement équilibrées et varient entre 10,29% (ressources) et 15,02% (compromis). Les six catégories d'analyse obtenues à l'issue de la phase exploratoire constitueront des variables dépendantes de la seconde phase d'analyse.

3.3 Principaux résultats

Nous souhaitons dans les analyses conduites jusqu'ici explorer les différentes perceptions des objets santé et éducation à la santé ainsi qu'identifier les variables corrélées et ceci au niveau global de notre population. Nous souhaitons, par ailleurs, identifier les différents types d'arguments qui justifient la place de l'éducation à la santé dans la future pratique.

Nos résultats montrent deux visions de la santé (holistique et biomédicale) ainsi que deux visions de l'éducation à la santé (prévention et centrée sur l'élève). Les thématiques sont communes à ces différentes visions tant de l'objet santé que de l'objet éducation à la santé. Les variables corrélées concernent le parcours et la temporalité de la formation.

Les arguments avancés par les enseignants débutants pour justifier la place de l'éducation à la santé dans la future pratique appartiennent à des références au métier, aux finalités, à l'expression d'un intérêt ou à l'identification de ressources, contraintes et compromis en éducation à la santé.

Question de recherche spécifique	Analyse conduite	Dimension de la tâche comprise en éducation à la santé analysée	Méthode d'analyse	Résultats
Quelles sont les différentes perceptions de la santé et les variables corrélées ?	Analyse quantitative 1	Objet santé	Analyses lexicales exploratoires	2 visions de la santé (holistique et biomédicale) Thématiques partagées Parcours et temporalité de la formation
Quelles sont les différentes perceptions de l'éducation à la santé et les variables corrélées ?	Analyse quantitative 1	Objet éducation à la santé	Analyses lexicales exploratoires	2 visions de l'éducation à la santé (prévention et centrée sur l'élève) Thématiques partagées Parcours et temporalité de

Quels sont les différents arguments pour justifier la place de l'éducation à la santé dans la future pratique ?	Analyse qualitative	Justification de la place de l'éducation à la santé dans la future pratique	Analyse qualitative	la formation 6 catégories d'indexation (cœur de métier, finalités, intérêt, ressources, contraintes, compromis)
--	---------------------	---	---------------------	--

Tableau 27- Synthèse des principaux résultats de l'analyse lexicale exploratoire

3.4 Analyses univariées des variables corrélées aux dimensions de la tâche comprise initiale ou finale en éducation à la santé

Les analyses conduites ici reposent sur le postulat d'un phénomène de couplage (Leplat, 2000) entre les caractéristiques de la tâche et les caractéristiques du sujet en formation initiale en éducation à la santé. L'activité a des conséquences, en retour, à la fois sur les composants de la tâche et sur le sujet lui-même. Nous cherchons donc à voir si ces différentes caractéristiques évoluent entre le début et la fin de la formation et à identifier les variables corrélées qui ont une influence sur la tâche comprise.

Remarque : pour l'ensemble des analyses univariées, l'astérisque sur les p-values signifie que c'est p-value pour le test du Khi-2 alors que la condition sur les effectifs théoriques n'est pas respectée, le recours au test exact de Fisher n'a pu être envisagé à cause du nombre important de modalités pour chacune des variables.

3.4.1 Analyse sur les objets de la tâche comprise initiale et finale

3.4.1.1 L'objet santé en début et en fin de formation

La répartition des trois classes définies lors de l'étude exploratoire en début de formation est la suivante : la classe « perspective holistique » représente 24% (n=62), la classe « perspective biomédicale » représente 15% (n=40) et la classe « thématiques de santé » 61% (n=158). En fin de formation ces trois classes représentent respectivement 32% (n=75), 58% (n=134) et 10% (n=22).

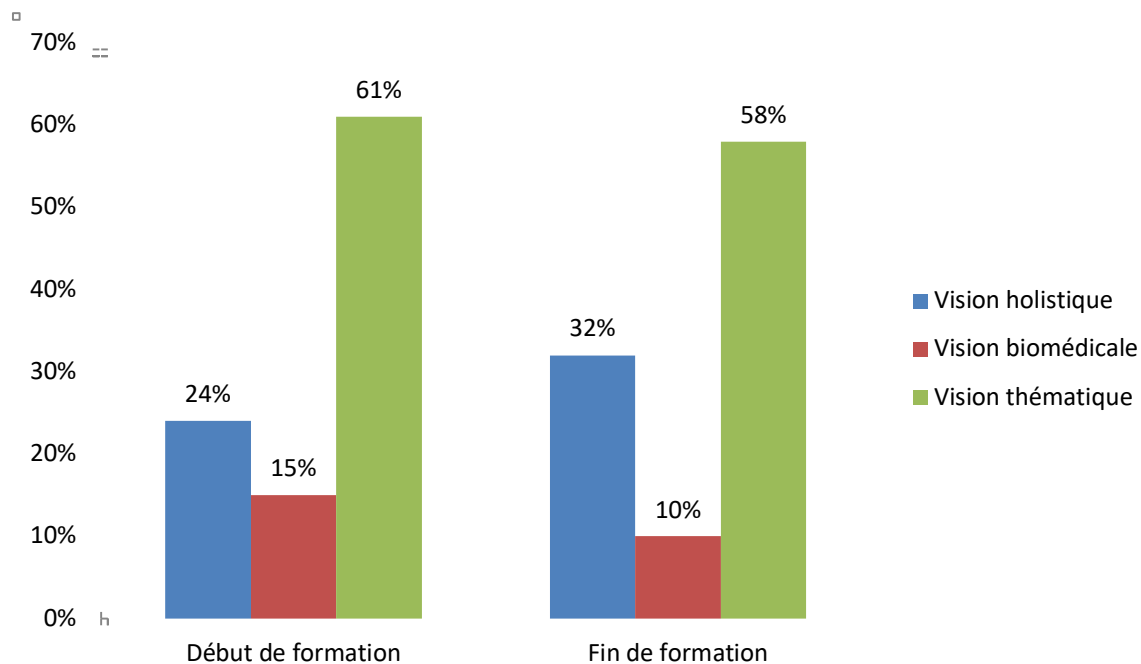


Figure 13 - Représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants pour chaque classe de l'objet santé de la tâche comprise initiale et finale

La classe « thématique » est celle qui est la plus représentée (entre 58% et 61%) suivi par la classe « perspective holistique » (entre 24% et 32%) et enfin la classe « perspective biomédicale » (entre 10% et 15%). Les deux classes « thématique » et « perspective biomédicale » voient leur proportion diminuée entre le début et la fin de la formation au bénéfice de la classe « perspective holistique ». Cette évolution entre le début et la fin de la formation est significative ($p=0,0343$) lors de l'analyse univariée.

3.4.1.1.1 Les facteurs corrélés à l'objet santé en début et en fin de formation

Nous indiquons, à la suite, les facteurs corrélés à l'objet santé en début et en fin formation. Nous ne présentons que les variables pour lesquelles le test de Khi2 est significatif (seuil de 5%). L'ensemble des résultats est cependant accessible en annexe (cf. annexes 10 et 11).

En début de formation, les facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale sont donc les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q2_ Objet santé (tâche comprise initiale)			p
		n	%	%holistique	% thématique	% biomédical	
Filière	1er degré	176	67%	21%	67%	12%	0,0058
	2nd degré	85	33%	31%	47%	22%	
L'ES à sa place parce que	Ce domaine est inscrit dans la plupart des projets d'école (ou de cycle ou	68	26%	22%	52%	25%	0,0316

	de classe) ou des projets d'établissement						
	Je dispose de ressources pédagogiques scolaires dans ce domaine	6	2%	33%	17%	50%	0,0312*
	Autre que précédentes	27	10%	19%	48%	33%	0,0249
7. L'éducation à la santé est l'apprentissage de certains comportements favorables à l'épanouissement tant au plan personnel que social	D'accord	133	59%	26%	64%	10%	0,0398*
	Plutôt d'accord	86	38%	21%	56%	23%	
	Plutôt pas d'accord	6	3%	50%	50%	0%	
	Pas d'accord	1	0%	100%	0%	0%	
13. Il est impossible d'associer les enfants comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation	D'accord	10	4%	10%	90%	0%	0,0391*
	Plutôt d'accord	8	4%	12%	38%	50%	
	Plutôt pas d'accord	96	42%	24%	64%	12%	
	Pas d'accord	112	50%	29%	56%	15%	
14. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé	D'accord	31	14%	45%	52%	3%	0,0310*
	Plutôt d'accord	126	56%	26%	56%	17%	
	Plutôt pas d'accord	58	26%	14%	72%	14%	
	Pas d'accord	11	5%	18%	64%	18%	
Pour mener une action d'éducation à la santé à l'école, il est préférable de travailler collectivement	Certainement	172	66%	29%	55%	16%	0,0223
	Probablement	88	34%	15%	72%	14%	
	Probablement pas	0	0%	-	-	-	
	Certainement pas	0	0%	-	-	-	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages,	Non	125	48%	17%	70%	13%	0,0118
	Oui	135	52%	31%	53%	17%	

revues, articles							
Recherche d'informations sur internet	Non	112	54%	19%	68%	13%	0,0380
	Oui	97	46%	30%	51%	20%	
Filière d'étude	PE	175	67%	21%	68%	11%	0,0007
	CPE	56	22%	34%	52%	14%	
	PLC/PLP	29	11%	24%	38%	38%	
Expérience dans établissements	Pas d'expérience dans le domaine scolaire	96	40%	22%	57%	21%	0,0079*
	Publics	133	55%	22%	66%	12%	
	Privés	5	2%	0%	80%	20%	
	Les deux	6	3%	83%	17%	0%	
Réalisation d'un TER/mémoire/séminaire recherche relatif à l'ES	Non	218	85%	22%	64%	14%	0,0464
	Oui	37	15%	38%	43%	19%	
Lieu d'habitation durant l'enfance	Campagne rurale	102	39%	26%	69%	5%	0,0276*
	Petite ville	97	37%	21%	57%	23%	
	Centre-ville d'une grande ville	21	8%	33%	52%	14%	
	Banlieue d'une grande ville	29	11%	18%	61%	21%	
	Autre	10	4%	30%	40%	30%	
Type d'établissement souhaité lors de l'insertion professionnelle	Elémentaire	147	57%	21%	69%	10%	0,0046
	LGT	62	24%	33%	44%	23%	0,0058

Tableau 28 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale

L'objet santé de la tâche comprise initiale est donc corrélé lors de l'analyse univariée à la filière choisie (1^{er}/2nd degré), aux justifications de la place de l'éducation à la santé à l'école (inscription dans les projets d'école ou d'établissement, disponibilité de ressources pour la mise en œuvre ou une autre raison que celles proposées), aux perceptions individuelles qui concernent tant les objectifs de l'éducation à la santé (apprentissage de comportements favorables) que la place de l'élève (acteur dans un projet d'éducation à la santé) ou le rapport à l'école (pression des matières fondamentales) et aux partenaires (place du travail collectif). L'objet est également corrélé aux socialisations antérieures (habitat durant l'enfance, expérience en établissement) ou à la socialisation préprofessionnelle (lecture d'ouvrage,

recherche d'information sur internet, filière d'étude, type d'établissement souhaité (école élémentaire ou lycée générale et technologique) ainsi qu'à la réalisation d'un travail de recherche en éducation à la santé préalable à l'entrée en formation initiale

En fin de formation, les facteurs corrélés à l'objet santé sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q2_ Objet santé (tâche comprise finale)			p
		n	%	% holistique	%thématiques	% biomédicale	
Forme de l'ES dans le parcours de formation	Recherche	143	62%	36%	55%	9%	0,0455*
	UE	51	22%	39%	53%	8%	
	Ouverture						
	Lambda	37	16%	11%	76%	14%	
L'ES à sa place parce que	Ce domaine est inscrit dans la plupart des projets d'école (ou de cycle ou de classe) ou des projets d'établissement	48	21%	33%	45%	21%	0,0078
	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	62	27%	42%	55%	3%	0,0494
	L'idée de développer des actions éducatives en lien avec les différents thèmes de santé (hygiène, nutrition, etc.) ne me pose pas de difficultés particulières	55	24%	29%	69%	2%	0,0432
	L'Ecole peut apporter des réponses aux besoins spécifiques de santé identifiés chez les élèves	73	32%	27%	55%	18%	0,0127
6. L'éducation à la santé doit se limiter à donner des	D'accord	10	5%	10%	40%	50%	0,0001*
	Plutôt d'accord	34	16%	24%	68%	9%	

informations sur les conséquences de l'usage de la violence, les méfaits des drogues, la loi etc.	Plutôt pas d'accord	72	33%	26%	63%	11%	
	Pas d'accord	102	47%	39%	57%	4%	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	1	0%	0%	100%	0%	0,0345*
	Plutôt d'accord	2	1%	0%	100%	0%	
	Plutôt pas d'accord	55	25%	22%	58%	20%	
	Pas d'accord	161	74%	35%	60%	6%	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	62	27%	23%	71%	6%	0,0454
	Oui	167	73%	37%	53%	11%	
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	61	29%	16%	74%	10%	0,0079
	Oui	151	71%	38%	52%	10%	
Recherche d'informations sur internet	Non	54	28%	24%	76%	0%	0,0035
	Oui	136	72%	35%	53%	12%	
Expériences antérieures	Animateur périscolaire	6	3%	83%	17%	0%	0,0235*
Réalisation d'un TER/mémoire/séminaire recherche relatif à l'ES	Non	112	51%	23%	71%	5%	0,0009
	Oui	109	49%	41%	47%	12%	
Stage directement en lien avec l'ES	Non	216	96%	32%	59%	8%	0,0005*
	Oui	8	4%	25%	25%	50%	

Tableau 29 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise finale

L'objet santé de la tâche comprise finale est donc corrélé lors de l'analyse univariée à la forme que prend l'éducation à la santé dans le parcours de formation (recherche, cours et travaux dirigés dédiés, cours magistraux). Il est également corrélé à certaines justifications de la place de l'éducation à la santé à l'école. Ces justifications concernent l'inscription dans les projets d'école ou d'établissement, l'importance accordée à l'éducation à la santé par rapport

aux matières dites fondamentales, la capacité des enseignants débutants à mettre en œuvre dans la pratique et le rôle de l'école en matière de prise en charge de la santé des élèves. Il est également corrélé à la perception individuelle pour ce qui concerne la place de l'apport d'information sur les conduites à risque (violence, usage des drogues) et la place de l'enseignant. Enfin, la perception de l'objet santé est lié aux expériences antérieures (avoir fait fonction d'animateur périscolaire) et à la socialisation professionnelle en cours (recherche d'information sur internet, lecture d'ouvrages, lecture des textes juridiques, avoir effectué un stage en lien avec l'éducation à la santé ou un travail de recherche).

3.4.1.1.2 Synthèse des facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale et finale

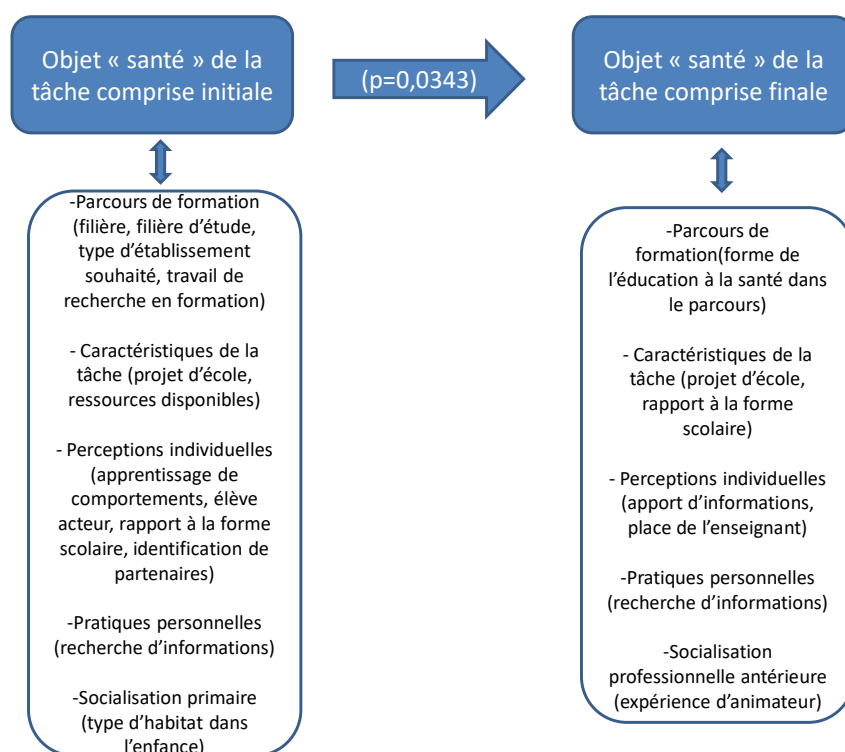


Figure 14 - Synthèse des facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale et finale

3.4.1.2 L'objet éducation à la santé en début et en fin de formation

En début de formation, les enseignants débutants qui font partie de la classe « prévention » représentent 36% (n=94) de la population contre 32% (n=73) en fin de formation. Les enseignants débutants qui font partie de la classe « éducation » représentent 38% (n=98) en début de formation contre 50% (n=116) en fin de formation. Les enseignants débutants de la classe « thématique » représentent 26% (n=66) en début de formation contre 18% en fin de formation (n=41).

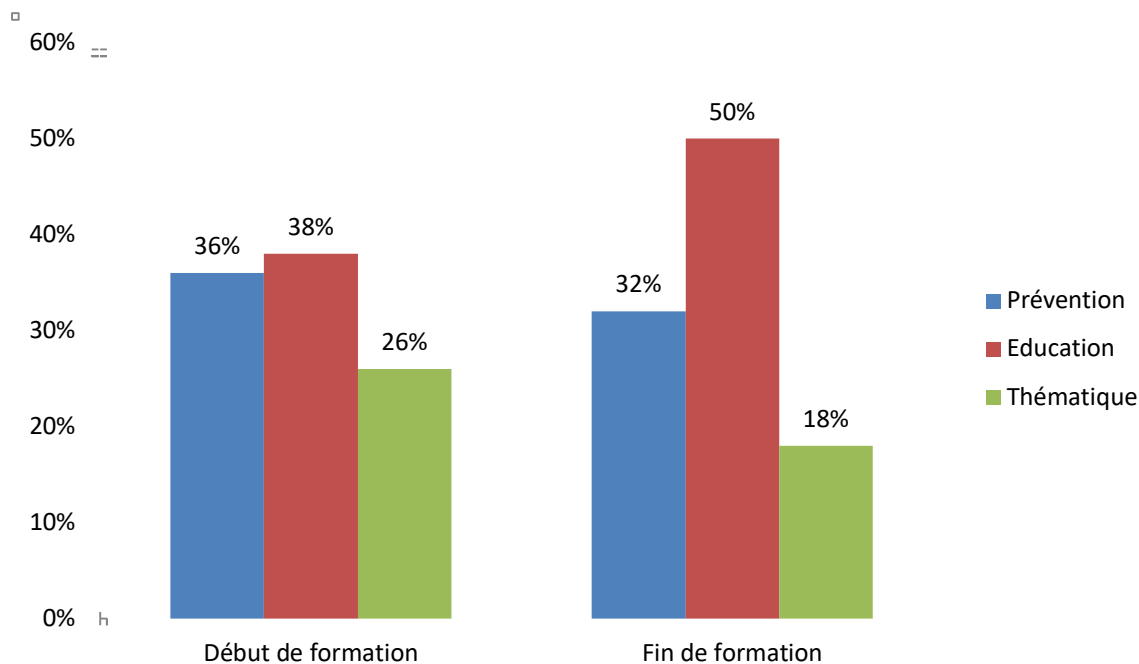


Figure 15 - représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants pour chaque classe de l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

La proportion des différentes classes correspondant aux différentes visions de ce qu'est l'éducation à la santé à l'école montre une évolution entre le début et la fin de la formation qui se traduit par une augmentation de la fréquence de la classe « éducation » qui est celle qui est la plus représentée en fin de formation (de 38% à 50%). Celle-ci se fait au détriment des classes « prévention » et « thématique ». Cette évolution entre le début et la fin de la formation est significative ($p=0,0149$) lors de l'analyse univariée.

3.4.1.2.1 Les facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé en début et en fin de formation

En début de formation, les facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q3_Objet "éducation à la santé" (Tâche comprise initiale)			p
		n	%	% prévention	% éducation	% thématique	
Niveau	M1	144	55%	45%	29%	26%	0,0012
	M2 + DU	117	45%	26%	49%	25%	
Filière	1er degré	176	67%	26%	44%	30%	<0,0001
	2nd degré	85	33%	58%	26%	15%	
Lieu d'étude	A	154	59%	46%	34%	21%	<0,0001
	B	62	24%	10%	48%	42%	
	C	45	17%	42%	38%	20%	
Forme de l'ES dans le parcours de	Recherche	202	77%	41%	33%	26%	0,0018
	UE	19	7%	42%	47%	11%	
	Ouverture						

formation	Lambda	40	15%	10%	58%	32%	
Réponses multiples au questionnaire	Non	189	72%	32%	44%	24%	0,0058
	Oui	72	28%	48%	22%	30%	
L'ES à sa place parce que	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	57	22%	49%	23%	28%	0,0198
	C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	105	40%	44%	38%	17%	0,0226
	Les personnels médicaux et sociaux de l'école sont actifs dans le domaine	27	10%	70%	22%	7%	0,0005
	Autre que précédentes	27	10%	63%	26%	11%	0,0089
10. Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux enfants de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables	D'accord	152	68%	39%	42%	19%	0,0164*
	Plutôt d'accord	60	27%	22%	38%	40%	
	Plutôt pas d'accord	12	5%	42%	25%	33%	
	Pas d'accord	1	0%	0%	0%	1%	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	125	48%	31%	34%	35%	0,0037
	Oui	135	52%	41%	41%	17%	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	142	56%	36%	32%	32%	0,0305
	Oui	112	44%	39%	43%	18%	
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	141	56%	38%	28%	34%	0,0003
	Oui	111	44%	32%	51%	16%	
Recherche	Non	112	54%	37%	30%	33%	0,0097

d'informations sur internet	Oui	97	46%	34%	48%	18%	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	7,78 (1,57)		8,12	7,65	7,51	0,0318
Parcours	M1	144	55%	45%	29%	26%	0,0038
	M2	107	41%	25%	51%	24%	
	DU (A et B)	10	4%	30%	30%	40%	
	M2A	68	26%	16%	51%	32%	
	M2B	49	19%	40%	46%	15%	
Filière d'étude	PE	175	67%	26%	44%	30%	<0,0001
	CPE	56	22%	64%	25%	11%	
	PLC/PLP	29	11%	47%	29%	25%	
Formation antérieure en ES	Non	146	56%	35%	33%	31%	0,0352
	Oui	113	44%	38%	44%	18%	
Nombre d'heure de formation	Pas de formation	146	59%	36%	33%	31%	0,0403*
	≤10h	37	15%	27%	57%	16%	
	Entre 11 et 20h	8	3%	50%	12%	37%	
	≥ 21	56	23%	37%	46%	16%	
Type d'établissement souhaité	Maternelle	121	47%	25%	45%	30%	0,0013
	Elémentaire	147	57%	25%	43%	32%	<0,0001
	Collège	42	16%	60%	29%	12%	0,0026
	LGT	62	24%	69%	20%	11%	<0,0001
	Lycée Pro	54	21%	66%	21%	13%	<0,0001

Tableau 30 - Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale

L'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale est donc corrélé lors de l'analyse univariée à un ensemble de variables liées au parcours de formation (niveau, filière d'étude, lieu d'étude, forme de l'éducation à la santé dans le parcours de formation). Concernant cette dernière variable (forme de l'éducation à la santé dans le parcours de formation), elle est à relier avec l'influence du lieu de formation car ces différentes formes correspondent pour l'essentiel aux différents sites ESPE. Il est également corrélé à la fréquence de renseignement du questionnaire dans le parcours de formation. Il est corrélé aux justifications de sa place à l'école, en particulier, celles qui concernent l'importance accordée à l'éducation à la santé par rapport aux matières dites fondamentales, la cohérence avec la représentation du métier, l'identification des partenaires actifs dans ce domaine. Il est également corrélé aux perceptions individuelles de l'objectif à atteindre (émancipation des élèves). Il est corrélé au fait d'avoir recherché des informations concernant l'éducation à la santé (ouvrages, articles,

internet, textes juridiques) et d'avoir eu une formation antérieure en éducation à la santé. Il est enfin corrélé à l'intérêt pour l'éducation à la santé.

En fin de formation, les facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale sont les suivants :

Variable	Modalité	Descriptif		Q3_Objct « éducation à la santé » (tâche comprise finale)			
		n	%	% prévention	% éducation	% thématique	p
"L'éducation à la santé", ce n'est pas :	Classe 1 « conditions éthiques »	86	42%	36%	56%	8%	0,0276
	Classe 2 « forme scolaire »	116	58%	29%	49%	22%	
L'ES à sa place parce que	C'est nécessaire pour l'École d'intégrer les recommandations nationales de santé	82	35%	35%	40%	24%	0,0443
	Cela figure dans les programmes scolaires	25	11%	24%	72%	4%	0,0468
	Des intervenants extérieurs peuvent être mobilisés dans ce domaine	72	31%	47%	41%	11%	0,0023
	Autre que précédentes	19	8%	68%	26%	5%	0,0015
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	61	29%	26%	44%	30%	0,0048
	Oui	151	71%	36%	52%	11%	
Niveau d'intérêt	Pour le bien-être des élèves	9,31 (0,96)		9,56	9,27	9,17	0,0254
Raisons place ES	Cœur de métier	27	13%	38%	62%	0%	0,0129*
	Compromis	27	13%	48%	44%	7%	
	Contraintes	22	11%	5%	77%	18%	
	Finalités	101	50%	29%	43%	29%	
	Intérêt	7	3%	15%	60%	25%	
	Ressources	20	10%				
Cursus universitaire	Droit Eco Gestion	25	11%	24%	52%	24%	0,0048

	Lettres et Sciences humaines	112	51%	42%	38%	20%	
	<i>Autre</i>	7	3%				
	<i>Psychologie</i>	24	11%				
	<i>Langues</i>	25	11%				
	<i>Lettres</i>	19	9%				
	<i>STAPS</i>	4	2%				
	<i>Art/Musique</i>	6	3%				
	<i>Histoire/Géographie</i>	15	7%				
	<i>Info/Comm</i>	2	1%				
	<i>Langages</i>	4	2%				
	<i>Sociologie</i>	6	3%				
	Sciences	41	19%	32%	56%	12%	
	<i>Autre</i>	23	10%				
	<i>Biologie</i>	18	8%				
	Santé/Médical	6	3%	0%	80%	20%	
	Sciences de l'éducation	31	14%	6%	84%	10%	
	Commerce	4	2%	25%	50%	25%	
	<i>Autre</i>	2	0%	50%	0%	50%	
Expérience	Assistant Bibliothèque	3	1%				0,0475*
Type d'établissement souhaité	Maternelle	130	57%	25%	54%	21%	0,0068
	<i>Autre</i>	7	3%	0%	100%	0%	0,0288

Tableau 31- Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale

L'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale est corrélé à la façon de définir ce que n'est pas l'éducation à la santé à l'école (les deux classes qui correspondent aux modalités de la variable sont pour la classe 1 la nécessité d'une attention aux conditions éthiques associées à l'éducation à la santé et à la distinction entre sphère publique et privée (ne pas juger, ne pas stigmatiser, ne pas prendre la place des parents) ; la classe 2 renvoie au rapport à la forme scolaire (pas uniquement des cours, pas uniquement dans les disciplines scolaires)). L'objet est également corrélé aux justifications de sa place à l'école, en particulier, pour ce qui concerne la nécessité d'intégrer les recommandations de santé, la place dans les programmes et l'identification de partenaires actifs dans le domaine. Il est, par ailleurs, lié aux raisons avancées par les enseignants débutants pour justifier la place de l'éducation dans leur future

pratique et leur niveau d'intérêt pour le bien-être des élèves. Le fait d'avoir recherché des informations, d'avoir une expérience en milieu scolaire en tant qu'assistant bibliothécaire ou le type d'établissement souhaité (maternelle en particulier) ainsi que le cursus universitaire ont une influence sur la façon de percevoir l'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale.

3.4.1.2.2 Synthèse des facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

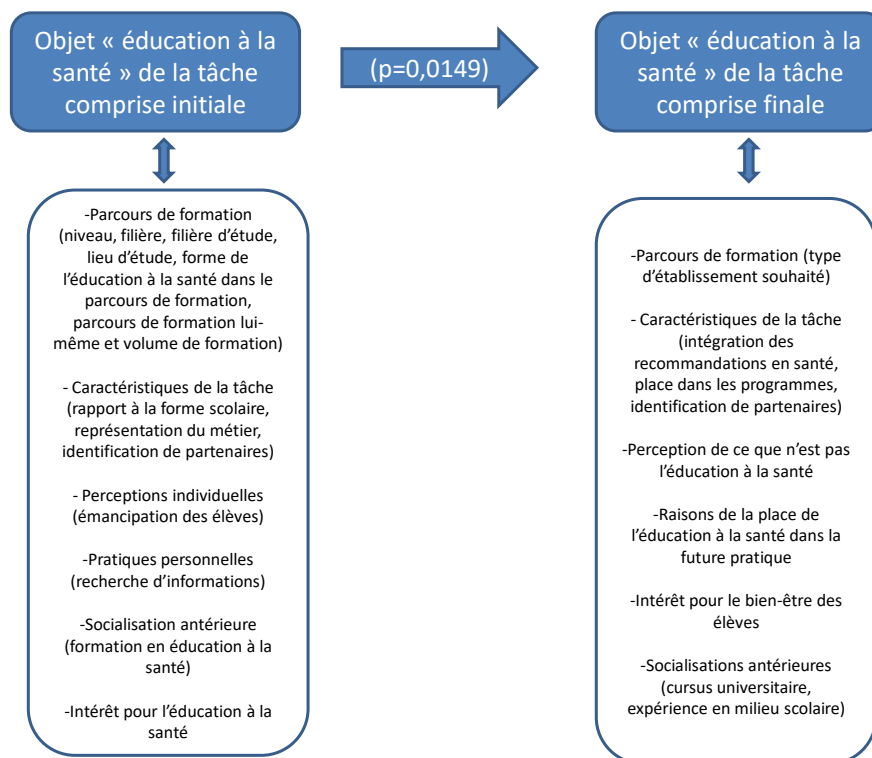


Figure 16 - Synthèse des facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

3.4.2 Analyse sur les buts de la tâche comprise initiale et finale

En début de formation, le but prioritaire déclaré par les enseignants débutants concerne en premier lieu « transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé » (36% (n=94)), suivi de « favoriser le bien-être de l'élève » (26% (n=69)), « préparer l'élève à une citoyenneté active et responsable » (15% (n=38)), « développer les compétences des élèves en matière de santé » (14% (n=37)), « assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves » (7% (n=19)). 1% (n=3) des sujets citent un autre objectif, 1(0%) sujet retient la proposition « ne sais pas » et aucun ne retient la proposition « Aucun, l'éducation à la santé n'est pas efficace ». En fin de formation, « favoriser le bien-être de l'élève » est l'objectif prioritaire le plus souvent retenu (32% (n=73)), suivi de « transmettre les connaissances liées

aux bons comportements de santé » (27% (n=62)), suivi de « préparer l'élève à une citoyenneté active et responsable » (22% (n=50)), puis « développer les compétences des élèves en matière de santé » (13%(n=30)), suivi de « assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves » (6% (n=14)). Un sujet (0%) a retenu la proposition « ne sais pas » et un a retenu la proposition « autre ». Aucun n'a retenu la proposition « Aucun, l'éducation à la santé n'est pas efficace ».

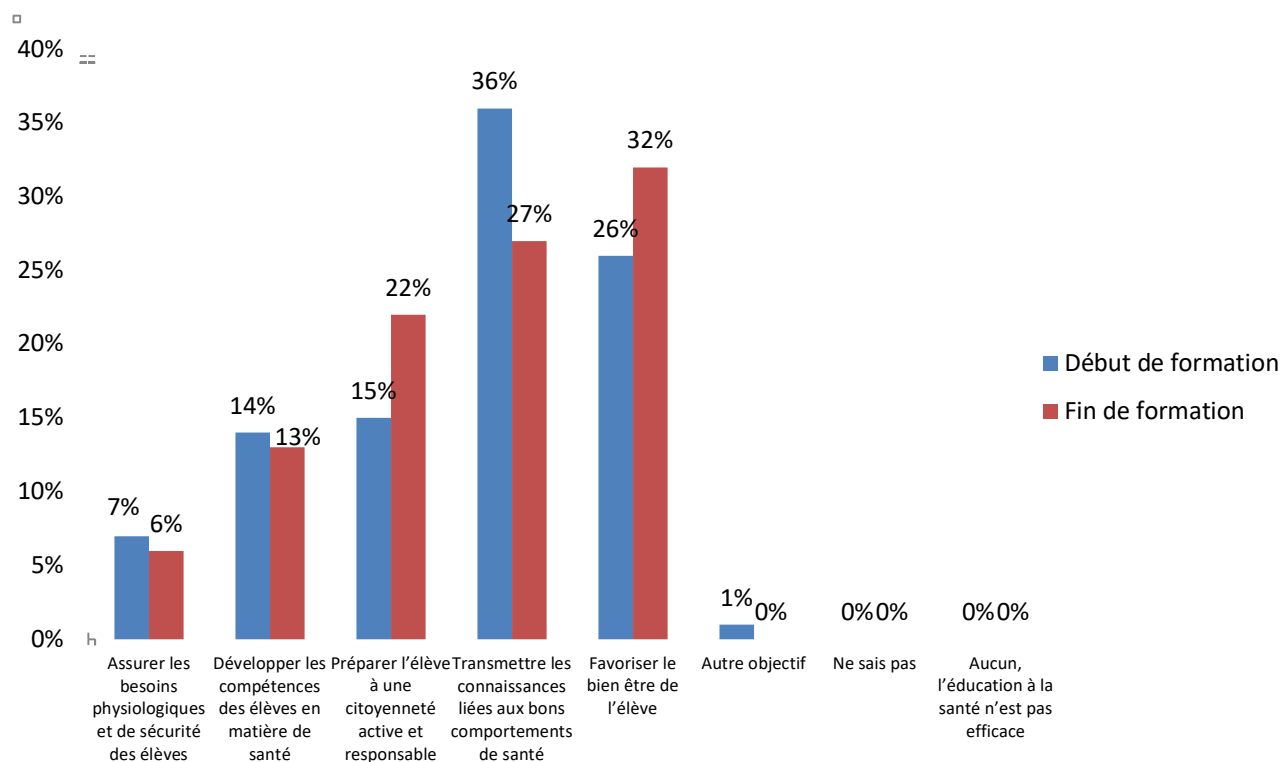


Figure 17 - Représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants relative au choix du but prioritaire en éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

Entre le début et la fin de la formation, on note une augmentation de la fréquence du choix pour les objectifs « préparer l'élève à une citoyenneté active » et « favoriser le bien-être des élèves ». On note une diminution de la fréquence du choix des autres objectifs retenus. Cette évolution entre le début et la fin de la formation n'est pas significative ($p=0,0840$) lors de l'analyse univariée.

3.4.2.1 Les facteurs corrélés au but prioritaire en éducation à la santé en début et en fin de formation

En début de formation, les facteurs corrélés au choix du but prioritaire de la tâche comprise sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q4_But prioritaire (tâche comprise initiale)					p
		n	%	%Obj1	%Obj2	%Obj3	%Obj4	%Obj5	

Forme de l'ES dans le parcours de formation	Recherche	202	77%	9%	17%	12%	36%	27%	0,0448
	UE Ouverture	19	7%	11%	11%	11%	47%	21%	
	Lambda	40	15%	0%	5%	31%	33%	31%	
L'ES à sa place parce que	C'est nécessaire pour l'École d'intégrer les recommandations nationales de santé	103	40%	5%	15%	10%	47%	24%	0,0397
	Ce domaine est important pour le développement des élèves	151	58%	8%	16%	16%	28%	32%	0,0317
	Des intervenants extérieurs peuvent être mobilisés dans ce domaine	84	32%	10%	8%	19%	45%	18%	0,0244
Lieux de recherche et personnes mobilisées	Formateurs ESPE	32	27%	3%	19%	19%	12%	47%	0,0099
Niveau d'intérêt	Pour le bien-être des élèves	9,10 (1,09)		9,16	8,81	8,89	9,03	9,41	0,0420
Expérience	Aucune	94	41%	14%	14%	10%	40%	23%	0,0220
	Enseignant contractuel	17	7%	0%	6%	37%	50%	6%	0,0080*

Légende : Obj1 = assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves ; Obj2 = développer les compétences des élèves en matière de santé ; Obj3 = préparer l'élève à une citoyenneté active et responsable ; Obj4 = transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé ; Obj5 = favoriser le bien-être de l'élève.

Tableau 32 - Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise initiale

Le but prioritaire de la tâche comprise initiale est corrélé à la forme de l'éducation à la santé structurant le parcours de formation de l'enseignant débutant. Il est également lié aux justifications qui concernent la place de l'éducation à la santé à l'école, en particulier celles qui sont liées à la nécessité d'intégrer les recommandations nationales de santé, l'importance de l'éducation à la santé pour le développement des élèves et l'identification de partenaires

actifs dans le domaine. Il est également corrélé au fait d'avoir fait des recherches auprès de formateur, au fait d'avoir de l'expérience (enseignant contractuel) ou pas en milieu scolaire et au niveau d'intérêt pour le bien-être des élèves.

En fin de formation, les facteurs corrélés au choix du but prioritaire de la tâche comprise sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q4_But prioritaire (tâche comprise finale)					p
		n	%	%Obj1	%Obj2	%Obj3	%Obj4	%Obj5	
L'ES à sa place parce que	Ce domaine figure dans le socle commun de connaissances et de compétences	83	36%	9%	16%	30%	12%	33%	0,0021
	L'Ecole peut apporter des réponses aux besoins spécifiques de santé identifiés chez les élèves	73	32%	10%	10%	12%	34%	34%	0,0442
	Cela favorise l'apprentissage des élèves	68	29%	6%	7%	31%	12%	43%	0,0012
	Cela favorise une approche globale de la santé des élèves	63	27%	5%	24%	21%	27%	24%	0,0458
	Des intervenants extérieurs peuvent être mobilisés dans ce domaine	72	31%	9%	8%	21%	39%	23%	0,0237
3. L'éducation à la santé concerne exclusivement l'éducation familiale car le travail sur les valeurs ou l'estime de soi relève de la sphère privée	D'accord	4	2%	0%	0%	25%	0%	75%	0,0385*
	Plutôt d'accord	3	1%	0%	0%	0%	67%	33%	
	Plutôt pas d'accord	80	37%	11%	9%	14%	33%	33%	
	Pas d'accord	130	60%	3%	16%	29%	22%	29%	
6. L'éducation à la santé doit se limiter à donner des informations sur les conséquences de l'usage de la violence, les méfaits des drogues, la loi etc.	D'accord	10	5%	10%	0%	30%	30%	30%	0,0198*
	Plutôt d'accord	34	16%	18%	6%	21%	18%	36%	
	Plutôt pas d'accord	72	33%	5%	11%	15%	37%	31%	
	Pas d'accord	102	47%	2%	18%	28%	22%	31%	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	8,03 (1,39)		8,14	7,93	8,58	7,84	7,88	0,0420

Sentiment de compétence	Pour le bien-être des élèves	6,58 (1,47)	6,86	6,73	7,00	6,13	6,62	0,0317
Formation dans le cursus universitaire actuel	Proche (GAP, Autres QP...)	9,85 (16,65)	4,29	10,13	16,32	7,67	8,49	0,0300

Légende : *Obj1 = assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves ; Obj2 = développer les compétences des élèves en matière de santé ; Obj3 = préparer l'élève à une citoyenneté active et responsable ; Obj4 = transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé ; Obj5 = favoriser le bien-être de l'élève.*

Tableau 33 - Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise finale

Le but prioritaire de la tâche comprise finale est corrélé aux justifications qui concernent la place de l'éducation à la santé à l'école, en particulier celles qui sont liées au fait que l'éducation à la santé figure dans le socle commun, au rôle de l'école dans la prise en compte de l'état de santé des élèves, au fait qu'il s'agit d'une condition de l'apprentissage et dans une perspective holistique de santé. L'identification de partenaires actifs dans le domaine est également une justification retenue. Le type de formation reçue proche de l'éducation à la santé (analyse de pratique ou autre thématique de recherche voisine) a également une influence. Les perceptions individuelles relatives au rôle de l'école et des familles ainsi qu'à la place de l'apport d'information sur les conduites à risque ont également une influence. Enfin, le niveau d'intérêt pour l'éducation à la santé ainsi que le sentiment de compétence pour le bien-être des élèves sont également liés avec le but prioritaire de la tâche comprise finale.

3.4.2.2 Synthèse des facteurs corrélés au but prioritaire en éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

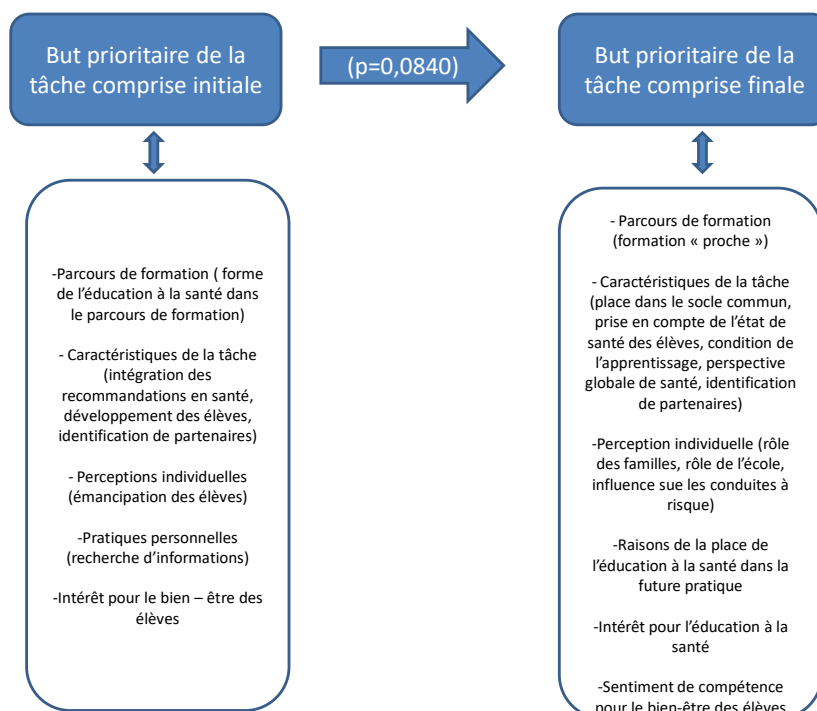


Figure 18 - Synthèse des facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise initiale et finale

3.4.3 Analyse sur les propriétés de la tâche comprise initiale et finale

La propriété de la tâche comprise retenue concerne ici la place du travail collectif en éducation à la santé (Question 16= Q16).

3.4.3.1 Propriété « place du travail collectif » de la tâche comprise en éducation à la santé en début et en fin de formation

Les enseignants débutants devaient répondre à la question suivante : « Pour mener une action d'éducation à la santé à l'école, il est préférable de travailler collectivement » en positionnant sur une échelle de quatre propositions depuis « certainement » jusqu'à « certainement pas ». Seuls deux en fin de formation n'ont pas choisi les propositions « certainement » et « probablement ». Ils sont un tiers à être « certain » qu'il est préférable de travailler collectivement : 66% (n=172) en début de formation et 68% (n=159) à la fin (p=0.2667). La temporalité n'influence pas de manière significative ce choix (p=0,2667).

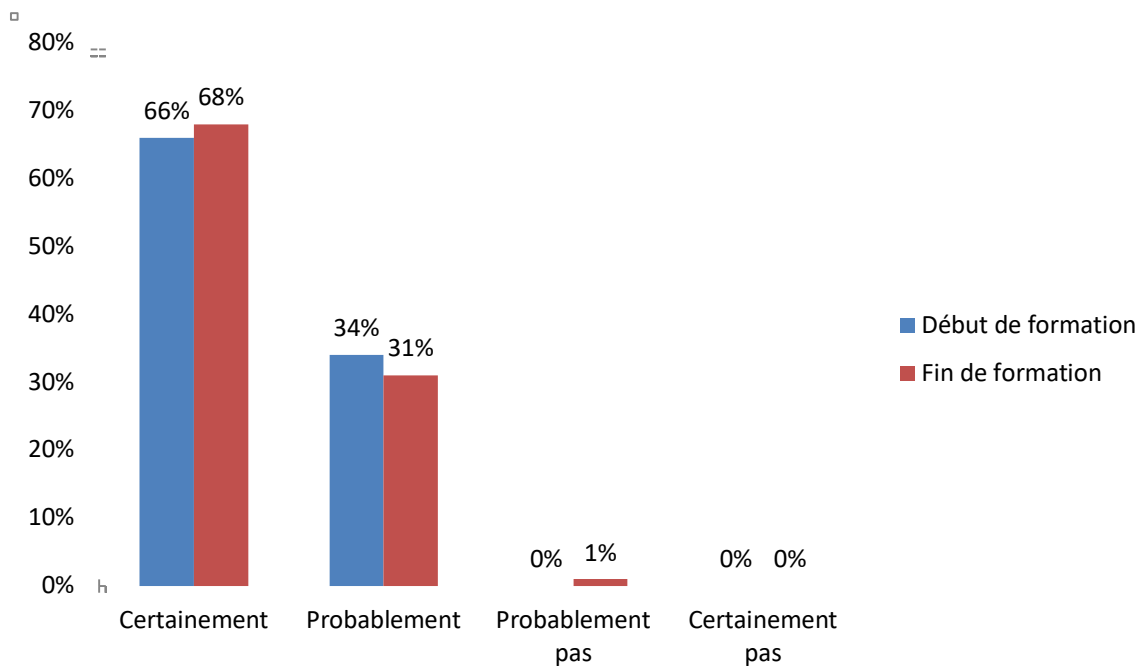


Figure 19 - Représentation graphique de la proportion d'enseignants débutants relative au choix de la propriété « place du travail collectif » en éducation à la santé de la tâche comprise initiale et finale

3.4.3.2 Les facteurs corrélés à la propriété de la tâche comprise « place du travail collectif » en début et fin de formation

En début de formation, les facteurs liés à la propriété « place du travail collectif » de la tâche comprise sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q16_Propriété « travail collectif (tâche comprise initiale)		p
		n	%	%certain.	%probable.	
Filière	1er degré	176	67%	57%	43%	<0,0001
	2nd degré	85	33%	86%	14%	
Lieu d'étude	A	154	59%	74%	26%	0,0030
	C	62	24%	50%	50%	
	B	45	17%	62%	38%	
Perception de la "santé "	Classe 1 - Globale	62	24%	79%	21%	0,0223
	Classe 2 - Thématiques	158	61%	60%	40%	
	Classe 3 - Biomédicale	40	15%	70%	30%	

L'ES à sa place parce que	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	57	22%	77%	22%	0,0462
	Cela figure dans les programmes scolaires	19	7%	37%	63%	0,0050
	Ce domaine ne me pas de problèmes éthiques ou s'il y en a je sais / saurais les gérer	7	3%	29%	71%	0,0460
	L'Ecole peut apporter une plus-value à la santé des élèves	64	25%	81%	19%	0,0023
1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	158	70%	75%	25%	0,0008*
	Plutôt d'accord	66	29%	48%	52%	
	Plutôt pas d'accord	3	1%	67%	33%	
	Pas d'accord	0	0%	-	-	
2. L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents	D'accord	121	53%	73%	27%	0,0490*
	Plutôt d'accord	83	37%	61%	38%	
	Plutôt pas d'accord	21	9%	48%	52%	
	Pas d'accord	2	1%	100%	0%	
5. L'enseignant doit être un exemple	D'accord	114	50%	73%	27%	0,0305*
	Plutôt d'accord	96	42%	63%	37%	
	Plutôt pas d'accord	15	7%	40%	60%	
	Pas d'accord	2	1%	100%	0%	
12. Une action en éducation à la santé ne peut être efficace qu'avec un travail avec des partenaires extérieurs à l'école	D'accord	26	12%	81%	19%	0,0017
	Plutôt d'accord	91	41%	70%	30%	
	Plutôt pas d'accord	88	39%	67%	33%	
	Pas d'accord	18	8%	28%	72%	
13. Il est impossible	D'accord	10	4%	70%	30%	0,0018*

d'associer les enfants comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation	Plutôt d'accord	8	4%	50%	50%	
	Plutôt pas d'accord	96	42%	54%	46%	
	Pas d'accord	112	50%	79%	21%	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	142	56%	60%	40%	0,0208
	Oui	112	44%	74%	26%	
Lieux de recherche et personnes mobilisées	Autres	41	35%	85%	15%	0,0063
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	7,78 (1,57)		7,97	7,41	0,0068
	Pour les bien-être des élèves	9,10 (1,09)		9,25	8,79	0,0013
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	63,64 (18,90)		67,02	57,01	<0,0001
Raisons place ES	Cœur de métier	33	13%	88%	12%	0,0233
	Compromis	37	15%	59%	41%	
	Contraintes	43	17%	51%	49%	
	Finalités	86	35%	65%	35%	
	Intérêt	20	8%	65%	35%	
	Ressources	28	11%	75%	25%	
Genre	Homme	30	12%	83%	17%	0,0463
	Femme	229	88%	64%	36%	
Age	Moyenne	25,62 (5,37)		26,16	24,55	0,0227
Filière d'étude	PE	175	67%	57%	43%	<0,0001
	CPE	56	22%	88%	12%	
	PLC/PLP	29	11%	82%	18%	
Type d'établissement souhaité	Maternelle	121	47%	59%	41%	0,0105
	Elémentaire	147	57%	58%	42%	0,0005
	Collège	42	16%	86%	14%	0,0042
	LGT	62	24%	87%	13%	0,0001
	Lycée Pro	54	21%	85%	15%	0,0016

Tableau 34 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale

La propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale est corrélée au parcours de formation (filière, lieu de formation, filière de formation, type d'établissement souhaité). Elle est également influencée par les caractéristiques personnelles des sujets (genre, âge). Elle est liée aux perceptions individuelles qui concernent la santé, le rôle de l'enseignant dans le développement des enfants, son devoir d'exemplarité, la place des familles, la place du

partenariat, la place des élèves dans la pédagogie de projet. Elle est corrélée avec les justifications de la place de l'éducation à la santé pour ce qui concerne la place de celle-ci par rapport aux matières fondamentales et l'identification dans les programmes. La résolution des éventuels problèmes éthiques et le fait que l'école peut apporter une réelle plus-value à la santé des élèves font également partie de ces justifications. Le fait d'avoir lu des textes juridiques et d'avoir mené des recherches concernant l'éducation à la santé sont également corrélés. Le niveau d'intérêt pour l'éducation à la santé et pour le bien-être des élèves, la place de l'éducation à la santé de même que les raisons qui la justifient ont également une influence.

En fin de formation, les facteurs corrélés à la propriété « place du travail collectif » de la tâche comprise sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q16_Propriété « travail collectif (tâche comprise finale)		p
		n	%	%certain.	%probable.	
Filière	1er degré	195	84%	65%	35%	0,0016
	2nd degré	36	16%	91%	9%	
L'ES a sa place dans le milieu scolaire	Certainement	225	97%	70%	30%	0,0122
	Probablement	6	3%	17%	83%	
	Probablement pas	0	0%	-	-	
	Certainement pas	0	0%	-	-	
L'ES à sa place parce que	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	62	27%	80%	20%	0,0280
	Cela favorise l'apprentissage des élèves	68	29%	80%	20%	0,0160
3. L'éducation à la santé concerne exclusivement l'éducation familiale car le travail sur les valeurs ou l'estime de soi relève de la sphère privée	D'accord	4	2%	50%	50%	0,0002*
	Plutôt d'accord	3	1%	667%	33%	
	Plutôt pas d'accord	80	37%	51%	49%	
	Pas d'accord	130	60%	80%	20%	
9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent	D'accord	140	64%	75%	25%	0,0085
	Plutôt d'accord	69	32%	59%	41%	

toute modification de comportement	Plutôt pas d'accord	10	5%	40%	60%	
	Pas d'accord	0	0%			
10. Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux enfants de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables	D'accord	169	77%	72%	28%	0,0175*
	Plutôt d'accord	48	22%	57%	43%	
	Plutôt pas d'accord	2	1%	0%	100%	
	Pas d'accord	0	0%	-	-	
11. Pour être efficace, une action en éducation à la santé doit durer tout au long de la scolarité de l'enfant	D'accord	136	63%	76%	24%	0,0082*
	Plutôt d'accord	65	30%	56%	44%	
	Plutôt pas d'accord	15	7%	53%	47%	
	Pas d'accord	1	0%	0%	100%	
12. Une action en éducation à la santé ne peut être efficace qu'avec un travail avec des partenaires extérieurs à l'école	D'accord	19	9%	95%	5%	<0,0001
	Plutôt d'accord	97	44%	79%	21%	
	Plutôt pas d'accord	76	35%	56%	44%	
	Pas d'accord	27	12%	44%	56%	
17. L'éducation à la santé à l'école primaire peut permettre de prévenir des conduites à risques ultérieures	D'accord	122	56%	73%	27%	0,0051*
	Plutôt d'accord	93	42%	65%	35%	
	Plutôt pas d'accord	4	2%	0%	100%	
	Pas d'accord	0	0%	-	-	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	52	23%	46%	54%	<0,0001
	Oui	175	77%	76%	24%	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	62	27%	50%	50%	0,0001
	Oui	167	73%	76%	24%	
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	61	29%	49%	51%	0,0002
	Oui	151	71%	76%	24%	
Recherche d'informations sur internet	Non	54	28%	52%	48%	0,0007
	Oui	136	72%	77%	23%	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	8,03 (1,39)		8,18	7,66	0,0086
	Pour les bien-être des élèves	9,31 (0,96)				0,3732
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	66,86 (17,17)		68,36	62,79	0,0284
Filière d'étude	PE	191	84%	65%	35%	0,0146
	CPE	19	8%	95%	5%	

	PLC/PLP	17	7%	82%	18%	
Expérience	AED	31	15%	87%	13%	0,0186
Réalisation d'un TER/mémoire/séminaire recherche relatif à l'ES	Non	112	51%	59%	42%	0,0040
	Oui	109	49%	81%	19%	
Type d'établissement souhaité	Elémentaire	167	74%	65%	35%	0,0184
	Lycée Pro	32	14%	91%	9%	0,0046

Tableau 35 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale

La propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale est corrélée au parcours de formation (filière, réalisation d'un travail de recherche, type d'établissement souhaité). Elle l'est également aux perceptions individuelles qui concernent la place de l'éducation à la santé dans le milieu scolaire, la différence entre sphère privée et sphère publique, la place de la lutte contre les stéréotypes, l'émancipation des élèves et l'efficacité des actions d'éducation à la santé ainsi que les conditions de cette efficacité (long terme, place des partenaires). Elle est liée avec les justifications de la place de l'éducation à la santé pour ce qui concerne la place de celle-ci par rapport aux matières fondamentales et comme condition de l'apprentissage des élèves. Le fait d'avoir mené des recherches (ouvrages, articles, textes juridiques) en lien avec l'éducation à la santé a également une influence. Au niveau des caractéristiques des enseignants débutants, le fait d'avoir une expérience en tant qu'AED (Assistant d'Education) mais aussi l'intérêt pour l'éducation à la santé ou le bien-être des élèves ou la place de l'éducation à la santé dans la future pratique ont une influence sur la propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale.

3.4.3.3 Synthèse des facteurs corrélés à la propriété de la tâche comprise « place du travail collectif » en début et fin de formation

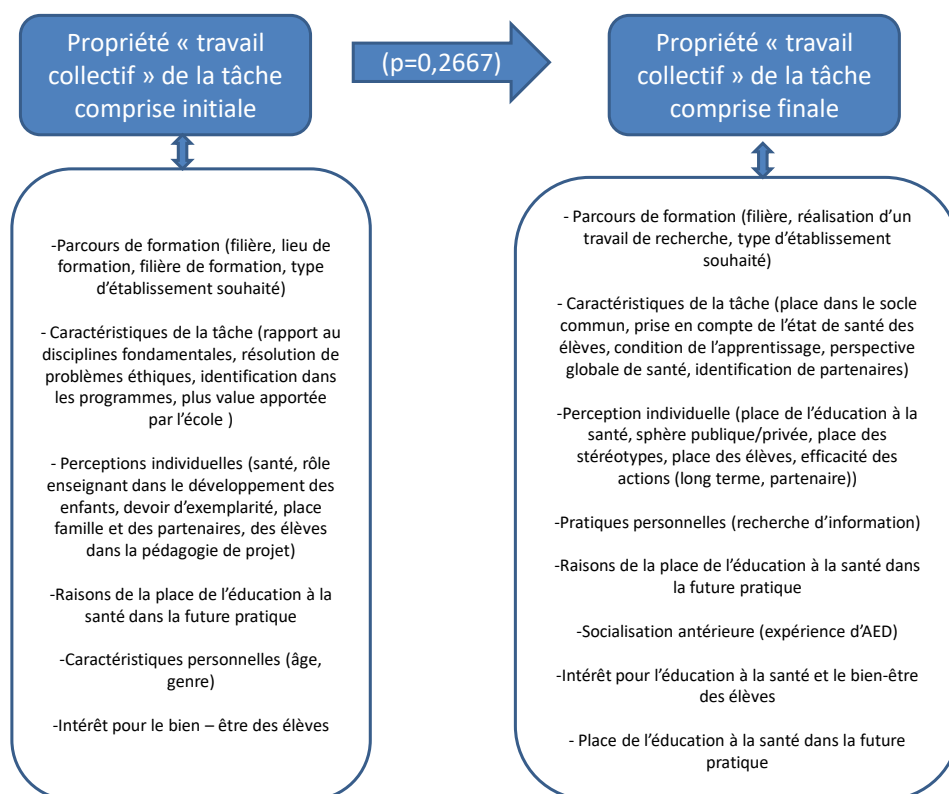


Figure 20 - Synthèse des facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale et finale

3.4.4 Synthèse des analyses univariées sur les dimensions de tâche comprise

De façon générale, la temporalité a un effet sur les objets (santé et éducation à la santé) mais pas sur le but ni sur la place de la propriété « travail collectif » de la tâche comprise. Cet effet concerne plus particulièrement l'objet éducation à la santé. Les autres variables corrélées renvoient tant au parcours de formation qu'aux caractéristiques de la tâche comprise. Par ailleurs, plusieurs variables se rapportent aux caractéristiques des sujets que ce soit des caractéristiques personnelles (âge, genre, intérêt, sentiment de compétence, pratique de recherche en lien avec l'objet) ou préprofessionnelles (effet des socialisations antérieures, expériences professionnelles antérieures) et ceci quelles que soient les dimensions de la tâche comprise considérées qu'elle soit initiale ou finale. Les variables liées au parcours de formation et qui influencent les caractéristiques de la tâche comprise finale renvoient à la forme qu'a pris l'éducation à la santé, en particulier quand celle-ci correspond à un travail de recherche, le cadre de professionnalisation (filière, type d'établissement souhaité) ainsi que le fait d'avoir suivi des formations « proches » (analyse de pratique ou autre thématique de recherche voisine).

3.4.5 Analyses univariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants

Nous avons cherché ici à conduire le même type d'analyse sur les caractéristiques des enseignants débutants en éducation à la santé pour ce qui concerne leur niveau d'intérêt, leur sentiment de compétence et la place qu'il déclare accorder à l'éducation à la santé dans leur future pratique. Selon Barbier (2011), l'intérêt correspond à l'inférence qui peut être faite sur un sujet à partir du constat de ses préférences d'activités. Il traduit une spécification du rapport d'activité entre ce sujet et son environnement. Le sentiment de compétence est une construction mentale et/ou discursive sur des éprouvés considérés comme présentant une certaine stabilité (Barbier, *ibid.*). Les travaux de Bandura (1986) ont montré qu'il agit positivement sur la performance et a un rôle indirect en influençant le choix des objectifs et des actions. La place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique serait donc au final influencée par cet intérêt et ce sentiment de compétence.

3.4.5.1 Concernant l'intérêt

L'évolution de la moyenne de l'intérêt déclaré pour l'éducation à la santé entre le début (7,78 (+/-1,57)) et la fin de la formation (8,03 (+/-1,39)) n'est pas statistiquement significative mais traduit une tendance ($p=0,0651$). Par contre, c'est le cas pour l'évolution de la variable intérêt pour le bien-être des élèves dont la moyenne (sur 10) passe de 9,10 (+/- 1,09) en début de formation à 9,31 (+/- 0,96) en fin de formation ($p=0,0259$).

3.4.5.1.1 Pour l'éducation à la santé

En début de formation, les facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q22_intérêt_ES (début)	
		n	%	m	p
Filière	1er degré	176	67%	7,65	0,0464
	2nd degré	85	33%	8,06	
"L'éducation à la santé", c'est :	Classe 1	94	36%	8,12	0,0318
	Classe 2	98	38%	7,65	
	Classe 3	66	26%	7,51	
L'ES a sa place dans le milieu scolaire	Certainement	237	91%	7,92	<0,0001
	Probablement	24	9%	6,42	
	Probablement pas	0	0%	-	
	Certainement pas	0	0%	-	

L'ES à sa place parce que	C'est une des missions de l'École	186	72%	7,94 / 7,40	0,0129
	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	57	22%	8,33 / 7,63	0,0027
	Ce domaine m'intéresse professionnellement	53	20%	8,28 / 7,66	0,0017
	C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	105	40%	8,12 / 7,55	0,0023
	J'ai été formé(e) dans ce domaine	8	3%	9,13 / 7,74	0,0140
	Ce domaine est important pour le développement des élèves	151	58%	7,97 / 7,53	0,0264
1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	158	70%	7,98	0,0018
	Plutôt d'accord	66	29%	7,44	
	Plutôt pas d'accord	3	1%	5,33	
	Pas d'accord	0	0%	-	
2. L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents	D'accord	121	53%	8,06	<0,0001
	Plutôt d'accord	83	37%	7,78	
	Plutôt pas d'accord	21	9%	6,38	
	Pas d'accord	2	1%	6,50	
3. L'éducation à la santé concerne exclusivement l'éducation familiale car le travail sur les valeurs ou l'estime de soi relève de la sphère privée	D'accord	0	0%	-	0,0311
	Plutôt d'accord	8	4%	6,88	
	Plutôt pas d'accord	81	36%	7,52	
	Pas d'accord	136	60%	7,99	
6. L'éducation à la santé doit se limiter à donner des informations sur les conséquences de l'usage de la violence, les méfaits des drogues, la loi etc.	D'accord	11	5%	7,82	0,0416
	Plutôt d'accord	36	16%	7,28	
	Plutôt pas d'accord	87	39%	7,64	
	Pas d'accord	91	40%	8,12	
8. Eduquer à la santé c'est prendre en compte les rythmes de vie à	D'accord	130	58%	8,07	0,0033
	Plutôt d'accord	84	37%	7,52	

l'école, l'organisation des activités, l'environnement architectural, le bien-être des élèves ...	Plutôt pas d'accord	12	5%	6,75	
	Pas d'accord	0	0%	-	
9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	115	51%	8,06	0,0015
	Plutôt d'accord	94	41%	7,69	
	Plutôt pas d'accord	17	7%	6,47	
	Pas d'accord	1	0%	8,00	
10. Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux enfants de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables	D'accord	152	68%	7,99	0,0035
	Plutôt d'accord	60	27%	7,60	
	Plutôt pas d'accord	12	5%	6,33	
	Pas d'accord	1	0%	7,00	
14. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé	D'accord	31	14%	7,42	0,0027
	Plutôt d'accord	126	56%	7,65	
	Plutôt pas d'accord	58	26%	8,43	
	Pas d'accord	11	5%	7,09	
17. L'éducation à la santé à l'école primaire peut permettre de prévenir des conduites à risques ultérieures	D'accord	115	51%	8,11	0,0210
	Plutôt d'accord	108	48%	7,45	
	Plutôt pas d'accord	3	1%	7,67	
	Pas d'accord	1	0%	7,00	
18. L'éducation à la santé pose de sérieux problèmes éthiques	D'accord	11	5%	6,45	0,0353
	Plutôt d'accord	53	23%	7,79	
	Plutôt pas d'accord	107	47%	7,80	
	Pas d'accord	55	24%	8,00	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	164	63%	7,60	0,0029
	Oui	95	37%	8,18	

Pour mener une action d'éducation à la santé à l'école, il est préférable de travailler collectivement	Certainement	172	66%	7,97	0,0068
	Probablement	88	34%	7,41	
	Probablement pas	0	0%	-	
	Certainement pas	0	0%	-	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	125	48%	7,35	<0,0001
	Oui	135	52%	8,18	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	142	56%	7,43	<0,0001
	Oui	112	44%	8,30	
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	141	56%	7,33	<0,0001
	Oui	111	44%	8,32	
Recherche d'informations sur internet	Non	112	54%	7,40	<0,0001
	Oui	97	46%	8,26	
Niveau d'intérêt	Pour le bien-être des élèves	9,10 (1,09)		0,44	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour l'ES	5,08 (1,72)		0,38	<0,0001
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	63,64 (18,90)		0,42	<0,0001
Genre	Homme	30	12%	6,70	0,0054
	Femme	229	88%	7,93	
Formation en ES	Non	146	56%	7,57	0,0112
	Oui	113	44%	8,07	
Nombre d'heure de formation	Pas de formation	146	59%	7,58	0,0186
	≤10h	37	15%	7,81	
	Entre 11 et 20h	8	3%	8,00	
	≥ 21	56	23%	8,34	
Type d'établissement souhaité	Elémentaire	147	57%	7,61 / 8,02	0,0385
	LGT	62	24%	8,19 / 7,66	

Tableau 36 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en début de formation

En fin de formation, les facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q22_intérêt_ES (fin)	
		n	%	m / r	p
Objectif de l'ES	D'assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves	14	6%	8,14	0,0420
	De développer les compétences des élèves en matière de santé	30	13%	7,93	
	De préparer l'élève à une citoyenneté active et responsable	50	22%	8,58	
	De transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé	62	27%	7,84	
	De favoriser le bien-être de l'élève	73	32%	7,88	
	Autre objectif	1	0%	-	
	Ne sais pas	1	0%	-	
	Aucun, l'éducation à la santé n'est pas efficace	0	0%	-	
L'ES à sa place parce que	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	62	27%	8,52 / 7,86	0,0015
	C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	106	46%	8,24 / 7,85	0,0372
	Les familles et l'Ecole ont chacune un rôle spécifique à jouer dans ce domaine	85	37%	8,30 / 8,88	0,0263
	Autre que précédentes	19	8%	8,78 / 7,97	0,0175
1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	160	73%	8,22	0,0002
	Plutôt d'accord	57	26%	7,39	
	Plutôt pas d'accord	2	1%	9,50	
	Pas d'accord	0	0%	-	

2. L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents	D'accord	132	60%	8,26	0,0121
	Plutôt d'accord	73	33%	7,68	
	Plutôt pas d'accord	12	5%	7,50	
	Pas d'accord	2	1%	7,00	
9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	140	64%	8,21	0,0223
	Plutôt d'accord	69	32%	7,67	
	Plutôt pas d'accord	10	5%	7,60	
	Pas d'accord	0	0%	-	
10. Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux enfants de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables	D'accord	169	77%	8,15	0,0278
	Plutôt d'accord	48	22%	7,53	
	Plutôt pas d'accord	2	1%	8,00	
	Pas d'accord	0	0%	-	
14. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé	D'accord	32	15%	7,13	0,0021
	Plutôt d'accord	115	53%	8,17	
	Plutôt pas d'accord	58	26%	8,16	
	Pas d'accord	14	6%	8,15	
15. L'éducation à la santé est inutile car généralement inefficace du fait du poids des médias et des lacunes de l'éducation parentale	D'accord	1	0%	10,00	<0,0001
	Plutôt d'accord	13	6%	8,30	
	Plutôt pas d'accord	70	32%	7,68	
	Pas d'accord	133	61%	6,69	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	1	0%	10,00	<0,0001
	Plutôt d'accord	2	1%	6,50	
	Plutôt pas d'accord	55	25%	7,24	
	Pas d'accord	161	74%	8,29	
17. L'éducation à la santé à l'école primaire peut permettre de prévenir des conduites à risques ultérieures	D'accord	122	56%	8,28	0,0071
	Plutôt d'accord	93	42%	7,71	
	Plutôt pas d'accord	4	2%	7,25	
	Pas d'accord	0	0%	-	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	114	50%	7,75	0,0030
	Oui	114	50%	8,30	
Pour mener une action d'éducation à la santé à l'école, il est préférable de travailler collectivement	Certainement	159	68%	8,18	0,0284
	Probablement	71	31%	7,66	

	Probablement pas	2	1%	8,50	
	Certainement pas	0	0%		
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	52	23%	7,37	<0,0001
	Oui	175	77%	8,26	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	62	27%	7,54	0,0039
	Oui	167	73%	8,21	
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	61	29%	7,46	0,0002
	Oui	151	71%	8,25	
Recherche d'informations sur internet	Non	54	28%	7,71	0,0203
	Oui	136	72%	8,23	
Lieux de recherche et personnes mobilisées	Tuteurs de stage	24	14%	8,71 / 8,05	0,0278
Niveau d'intérêt	Pour le bien-être des élèves	9,31 (0,96)		0,53	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour l'ES	5,74 (1,51)		0,32	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour le bien-être des élèves	6,58 (1,47)		0,20	0,0023
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	66,86 (17,17)		0,43	<0,0001
Raisons place ES	Cœur de métier	27	13%	8,35	<0,0001
	Compromis	27	13%	7,26	
	Contraintes	22	11%	7,27	
	Finalités	101	50%	8,38	
	Intérêt	7	3%	8,29	
	Ressources	20	10%	7,40	
Age	Moyenne	25,60 (5,29)		0,22	0,0009
Expérience	Animateur périscolaire	6	3%	9,33 / 8,02	0,0248
Formation en ES	Non	46	20%	7,60	0,0187
	Oui	182	80%	8,14	
Réalisation d'un TER/mémoire/séminaire recherche relatif à l'ES	Non	112	51%	7,81	0,0327
	Oui	109	49%	8,21	
Stage directement en lien avec l'ES	Non	216	96%	8,00	0,0260
	Oui	8	4%	9,13	

Tableau 37 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en fin de formation

3.4.5.1.2 Synthèse des facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en début et fin de formation

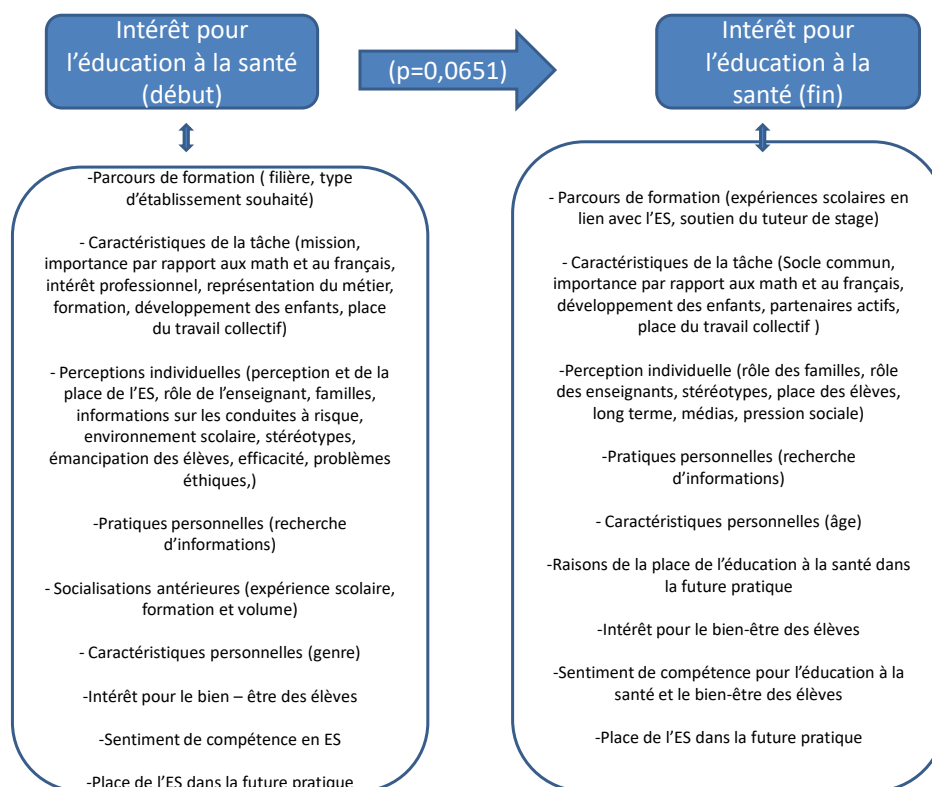


Figure 21- Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en début et en fin de formation

3.4.5.1.3 Pour bien-être des élèves

En début de formation, les facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q22_intérêt_BE (début)	
		n	%	m	p
Année de recueil	2014/2015	126	48%	8,93	0,0090
	2015/2016	82	31%	9,13	
	2016/2017	53	20%	9,47	
Objectif de l'ES	D'assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves	19	7%	9,16	0,0420
	De développer les compétences des élèves en matière de santé	37	14%	8,81	

	De préparer l'élève à une citoyenneté active et responsable	38	15%	8,89	
	De transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé	94	36%	9,03	
	De favoriser le bien-être de l'élève	69	26%	9,41	
	Autre objectif	3	1%	-	
	Ne sais pas	1	0%	-	
	Aucun, l'éducation à la santé n'est pas efficace	0	0%	-	
L'ES a sa place dans le milieu scolaire	Certainement	237	91%	9,14	0,0384
	Probablement	24	9%	8,65	
	Probablement pas	0	0%		
	Certainement pas	0	0%		
L'ES à sa place parce que	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	57	22%	9,35 / 9,03	0,0464
	C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	105	40%	9,28 / 8,97	0,0286
	Aucun des items de ce groupe	3	1%	9,11 / 7,50	0,0374
1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	158	70%	9,38	<0,0001
	Plutôt d'accord	66	29%	8,63	
	Plutôt pas d'accord	3	1%	7,33	
	Pas d'accord	0	0%		
2. L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents	D'accord	121	53%	9,34	0,0132
	Plutôt d'accord	83	37%	8,99	
	Plutôt pas d'accord	21	9%	8,58	

	Pas d'accord	2	1%	9,00	
3. L'éducation à la santé concerne exclusivement l'éducation familiale car le travail sur les valeurs ou l'estime de soi relève de la sphère privée	D'accord	0	0%	-	<0,0001
	Plutôt d'accord	8	4%	8,75	
	Plutôt pas d'accord	81	36%	8,69	
	Pas d'accord	136	60%	9,44	
6. L'éducation à la santé doit se limiter à donner des informations sur les conséquences de l'usage de la violence, les méfaits des drogues, la loi etc.	D'accord	11	5%	9,36	0,0203
	Plutôt d'accord	36	16%	8,72	
	Plutôt pas d'accord	87	39%	9,08	
	Pas d'accord	91	40%	9,36	
7. L'éducation à la santé est l'apprentissage de certains comportements favorables à l'épanouissement tant au plan personnel que social	D'accord	133	59%	9,26	0,0360
	Plutôt d'accord	86	38%	8,92	
	Plutôt pas d'accord	6	3%	9,83	
	Pas d'accord	1	0%	8,00	
8. Eduquer à la santé c'est prendre en compte les rythmes de vie à l'école, l'organisation des activités, l'environnement architectural, le bien-être des élèves ...	D'accord	130	58%	9,45	<0,0001
	Plutôt d'accord	84	37%	8,77	
	Plutôt pas d'accord	12	5%	8,58	
	Pas d'accord	0	0%	-	
9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	115	51%	9,26	0,0103
	Plutôt d'accord	94	41%	9,12	
	Plutôt pas d'accord	17	7%	8,31	
	Pas d'accord	1	0%	10,00	
10. Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux enfants de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables	D'accord	152	68%	9,29	0,0150
	Plutôt d'accord	60	27%	8,93	
	Plutôt pas d'accord	12	5%	8,75	
	Pas d'accord	1	0%	7,00	

13. Il est impossible d'associer les enfants comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation	D'accord	10	4%	8,90	0,0028
	Plutôt d'accord	8	4%	8,75	
	Plutôt pas d'accord	96	42%	8,87	
	Pas d'accord	112	50%	9,41	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	1	0%	10,00	0,0019
	Plutôt d'accord	8	4%	8,63	
	Plutôt pas d'accord	62	27%	8,73	
	Pas d'accord	155	69%	9,32	
Pour mener une action d'éducation à la santé à l'école, il est préférable de travailler collectivement	Certainement	172	66%	9,25	0,0032
	Probablement	88	34%	8,79	
	Probablement pas	0	0%	-	
	Certainement pas	0	0%	-	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	125	48%	8,88	0,0021
	Oui	135	52%	9,30	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	142	56%	8,94	0,0028
	Oui	112	44%	9,34	
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	141	56%	8,95	0,0148
	Oui	111	44%	9,29	
Recherche d'informations sur internet	Non	112	54%	8,92	0,0396
	Oui	97	46%	9,24	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	7,78 (1,57)		0,44	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour le bien-être des élèves	6,10 (1,54)		0,31	<0,0001
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	63,64 (18,90)		0,29	<0,0001
Formation en ES	Non	146	56%	8,97	0,0335
	Oui	113	44%	9,26	

Tableau 38-Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves en début de formation

En fin de formation, les facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves sont les suivants :

Variable	Modalités	Descriptif		Q22_intérêt_BE (fin)	
		n	%	m	p
"L'éducation à la santé", c'est :	Classe 1	73	32%	9,56	0,0254
	Classe 2	116	50%	9,17	
	Classe 3	41	18%	9,26	
L'ES à sa place parce que	C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	106	46%	9,46 / 9,18	0,0261
	J'ai été formé(e) dans ce domaine	13	6%	8,77 / 9,34	0,0359
	Autre que précédentes	19	8%	9,83 / 9,26	0,0003
1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	160	73%	9,47	0,0001
	Plutôt d'accord	57	26%	8,88	
	Plutôt pas d'accord	2	1%	10,00	
	Pas d'accord	0	0%	-	
15. L'éducation à la santé est inutile car généralement inefficace du fait du poids des médias et des lacunes de l'éducation parentale	D'accord	1	0%	10,00	0,0046
	Plutôt d'accord	13	6%	9,08	
	Plutôt pas d'accord	70	32%	9,01	
	Pas d'accord	133	61%	9,49	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	1	0%	10,00	0,0002
	Plutôt d'accord	2	1%	7,50	
	Plutôt pas d'accord	55	25%	8,96	
	Pas d'accord	161	74%	9,46	
17. L'éducation à la santé à l'école primaire peut permettre de prévenir des conduites à risques ultérieures	D'accord	122	56%	9,45	0,0266
	Plutôt d'accord	93	42%	9,18	
	Plutôt pas d'accord	4	2%	8,50	
	Pas d'accord	0	0%	-	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	114	50%	9,09	0,0005
	Oui	114	50%	9,54	

Niveau d'intérêt	Pour l'ES	8,03 (1,39)		0,53	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour l'ES	5,74 (1,51)		0,16	0,0128
Sentiment de compétence	Pour le bien-être des élèves	6,58 (1,47)		0,32	<0,0001
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	66,86 (17,17)		0,39	<0,0001
Raisons place ES	Cœur de métier	27	13%	9,46	0,0154
	Compromis	27	13%	9,22	
	Contraintes	22	11%	8,91	
	Finalités	101	50%	9,49	
	Intérêt	7	3%	9,43	
	Ressources	20	10%	8,80	
Expérience	Animateur péri-scolaire	6	3%	9,83 / 9,29	0,0207
Stage directement en lien avec l'ES	Non	216	96%	9,75 / 9,30	0,0302
	Oui	8	4%		

Tableau 39 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves en fin de formation

3.4.5.1.4 Synthèse des facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves en début et fin de formation

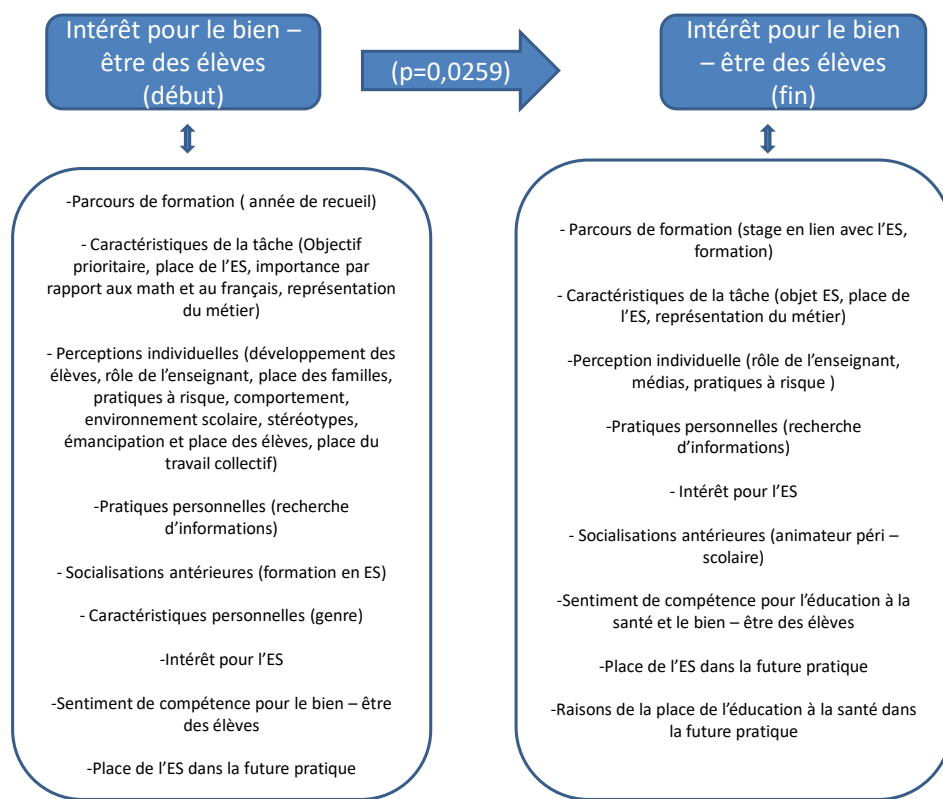


Figure 22-Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien-être des élèves en début et en fin de formation

3.4.5.1.5 Synthèse des facteurs corrélés à l'intérêt en début et fin de formation

La variable temporalité influence l'intérêt pour le bien-être des élèves mais pas l'intérêt pour l'éducation à la santé, malgré une tendance. Là-aussi, on notera la complexité des variables qui sont corrélées à l'intérêt aussi bien pour l'éducation à la santé que pour le bien-être des élèves. Ces variables relèvent aussi bien du parcours de formation que des caractéristiques de la tâche comprise mais également des caractéristiques des enseignants débutants. Par ailleurs, on remarquera l'influence de réalisation d'un stage en lien direct avec l'éducation à la santé pour le niveau d'intérêt en fin de formation et ceci aussi bien pour l'intérêt pour l'éducation à la santé que pour l'intérêt au bien-être des élèves. Concernant l'intérêt pour l'éducation à la santé, le fait d'avoir réalisé un mémoire de recherche en éducation à la santé a également une influence en fin de formation ainsi que le soutien de la part du tuteur de stage. On notera également que l'intérêt pour l'une des dimensions est toujours corrélé à l'autre.

3.4.5.2 Concernant le sentiment de compétence

L'évolution de la variable « sentiment de compétence » pour l'éducation à la santé mais aussi le bien-être des élèves, entre le début et la fin de la formation, est statistiquement significative ($p < 0,0001$ et $p = 0,0006$ respectivement). La moyenne (sur 10) du sentiment de compétences en éducation à la santé est de 5,08 (+/-1,72) en début de formation contre 5,74 (+/-1,51) en fin de formation. La moyenne (sur 10) du sentiment de compétences pour le bien-être des élèves passe de 6,10 (+/-1,54) en début de formation à 6,58 (+/-1,47) en fin de formation.

3.4.5.2.1 Pour l'éducation à la santé

En début de formation, le sentiment de compétence en éducation à la santé est corrélé aux variables suivantes :

Variable	Modalités	Descriptif		Q23_compétence_ES (début)		
		n	%	m	p	
Niveau	M1	144	55%	4,88	0,0345	
	M2 + DU	117	45%	5,33		
L'ES a sa place dans le milieu scolaire	Certainement	237	91%	5,19	0,0026	
	Probablement	24	9%	4,08		
	Probablement pas	0	0%	-		
	Certainement pas	0	0%	-		
L'ES a sa place parce que	L'idée de développer des actions éducatives en lien avec les différents thèmes de santé (hygiène, nutrition, etc.) ne me pose pas de difficultés particulières	73	28%	5,49 / 4,95	0,0198	
	J'ai été formé(e) dans ce domaine	8	3%	6,63 / 5,05		0,0099
	Aucun des items de ce groupe	3	1%	2,67 / 5,13		0,0125
14. La pression sociale sur les matières fondamentales	D'accord	31	14%	4,10	<0,0001	
	Plutôt d'accord	126	56%	4,98		

laisse peu de place à l'éducation à la santé	Plutôt pas d'accord	58	26%	5,97	
	Pas d'accord	11	5%	4,55	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	1	0%	1,00	0,0035
	Plutôt d'accord	8	4%	3,37	
	Plutôt pas d'accord	62	27%	5,26	
	Pas d'accord	155	69%	5,14	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	164	63%	4,87	0,0017
	Oui	95	37%	5,52	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	125	48%	4,60	<0,0001
	Oui	135	52%	5,54	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	142	56%	4,77	0,0005
	Oui	112	44%	5,50	
Recherche d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Non	141	56%	4,68	<0,0001
	Oui	111	44%	5,52	
Recherche d'informations sur internet	Non	112	54%	4,66	0,0001
	Oui	97	46%	5,57	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	7,78 (1,57)		0,38	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour le bien-être des élèves	6,10 (1,54)		0,48	<0,0001
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	63,64 (18,90)		0,25	<0,0001
Statut	M2A	68	26%	5,53	0,0368
	M2B	49	19%	5,06	
Formation en ES	Non	146	56%	4,77	0,0003
	Oui	113	44%	5,54	
Nombre d'heure de formation	Pas de formation	146	59%	4,80	0,0007
	≤10h	37	15%	5,11	
	Entre 11 et 20h	8	3%	6,50	
	≥ 21	56	23%	6,68	

Tableau 40 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en début de formation

En début de formation, le sentiment de compétence pour l'éducation à la santé est corrélé à la place de l'enseignant débutant dans le parcours de formation, à la perception de la place de l'éducation à la santé à l'école et aux justifications de cette place (position par rapport aux actions éducatives, avoir été formé). Il est également influencé par différentes perceptions individuelles (pression des matières fondamentales, compétence de l'enseignant). De nombreuses variables corrélées renvoient aux socialisations antérieures (expériences de l'éducation à la santé en milieu scolaire, recherche d'informations, volume de formation reçu) et à d'autres caractéristiques des enseignants débutants (intérêt pour l'éducation à la santé, sentiment de compétence pour prendre en charge le bien-être des élèves, place déclarée dans la future pratique).

En fin de formation, le sentiment de compétence en éducation à la santé est corrélé aux variables suivantes :

Variable	Modalités	Descriptif		Q23_compétence_ES (fin)	
		n	%	m	p
Filière	1er degré	195	84%	5,62	0,0047
	2nd degré	36	16%	6,40	
L'ES à sa place parce que	C'est une des missions de l'École	173	75%	5,96 / 5,09	0,0001
	Aucun des items de ce groupe	2	1%	6,00 / 5,74	0,0094
	Cela favorise une approche globale de la santé des élèves	63	27%	6,06 / 5,62	0,0452
9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	140	64%	5,88	0,0121
	Plutôt d'accord	69	32%	5,74	
	Plutôt pas d'accord	10	5%	4,40	
	Pas d'accord	0	0%		
14. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé	D'accord	32	15%	4,87	0,0016
	Plutôt d'accord	115	53%	5,77	
	Plutôt pas d'accord	58	26%	6,12	
	Pas d'accord	14	6%	6,21	
15. L'éducation à la santé est inutile car généralement inefficace du fait du poids des médias et des lacunes de l'éducation parentale	D'accord	1	0%	7,00	<0,0001
	Plutôt d'accord	13	6%	3,84	
	Plutôt pas d'accord	70	32%	5,61	
	Pas d'accord	133	61%	6,04	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire	D'accord	1	0%	7,00	0,0003
	Plutôt d'accord	2	1%	5,00	

de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	Plutôt pas d'accord	55	25%	5,04	
	Pas d'accord	161	74%	6,02	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	114	50%	5,44	0,0028
	Oui	114	50%	6,04	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	52	23%	5,23	0,0056
	Oui	175	77%	5,89	
Lieux de recherche et personnes mobilisées	Tuteurs de stage	24	14%		0,0422
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	8,03 (1,39)		0,32	<0,0001
	Pour le bien-être des élèves	9,31 (0,96)		0,16	0,0128
Sentiment de compétence	Pour le bien-être des élèves	6,58 (1,47)		0,56	<0,0001
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	66,86 (17,17)		0,20	0,0025
Raisons place ES	Cœur de métier	27	13%	6,33	0,0470
	Compromis	27	13%	5,11	
	Contraintes	22	11%	5,45	
	Finalités	101	50%	5,82	
	Intérêt	7	3%	5,14	
	Ressources	20	10%	5,85	
Lieu d'habitation durant l'enfance	Campagne rurale	92	41%	5,35	0,0161
	Petite ville	81	36%	6,14	
	Centre-ville d'une grande ville	17	8%	5,88	
	Banlieue d'une grande ville	29	13%	5,72	
	Autre	5	2%	6,00	
Type d'établissement souhaité	LGT	29	13%	6,28 / 5,67	0,0446
	Lycée Pro	32	14%	6,41 / 5,64	0,0078
Formation dans le cursus universitaire actuel	Formation "commun" (CM, EPS...)	7,38 (4,70)		-0,17	0,0099
	Spécifique (Séminaire, QP...)	21,14 (19,73)		0,15	0,0244

Tableau 41 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en fin de formation

En fin de formation, le sentiment de compétence pour l'éducation à la santé est corrélé à la filière d'insertion professionnelle ou au type d'établissement souhaité, à des expériences en milieu scolaire et à la nature de la formation reçue. Il est également influencé par les justifications de la place de l'éducation à la santé à l'école, par les perceptions individuelles

(lutte contre les stéréotypes, pression des matières fondamentales, poids des médias, compétence de l'enseignant). Il est pour finir corrélé au niveau d'intérêt pour l'éducation à la santé et pour le bien-être des élèves, au sentiment de compétence pour prendre en charge ce bien-être et à la place déclarée dans la future pratique et aux arguments avancés. Il est également corrélé au lieu d'habitation durant l'enfance.

3.4.5.2.2 Synthèse des facteurs corrélés au sentiment de compétence en éducation à la santé en début et fin de formation

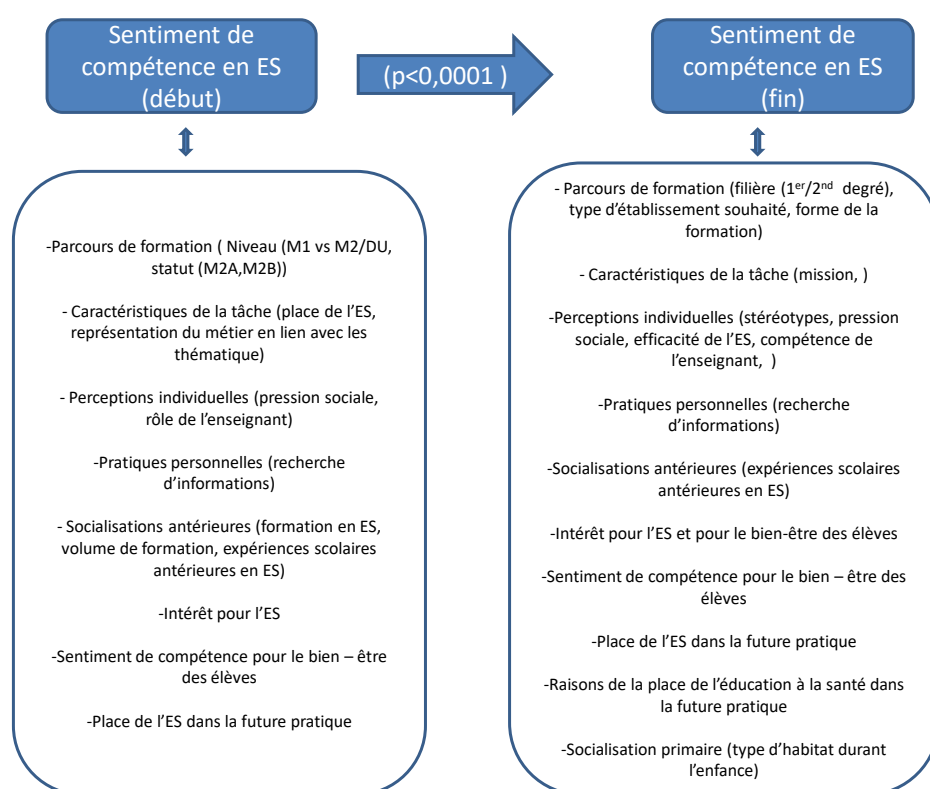


Figure 23- Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en début et en fin de formation

3.4.5.2.3 Pour le bien-être des élèves

En début de formation, le sentiment de compétence pour le bien-être des élèves est corrélé aux variables suivantes :

Variable	Modalités	Descriptif		Q23_compétence_BE (début)	
		n	%	m	p

L'ES à sa place parce que	C'est nécessaire pour l'École d'intégrer les priorités locales de santé	54	21%	6,58 / 5,97	0,0098
	L'Ecole peut apporter une plus-value à la santé des élèves	64	25%	6,46 / 5,98	0,0321
	Aucun des items de ce groupe	2	1%	7,00 / 6,09	<0,0001
	Autre que précédentes	27	10%	6,93 / 6,00	0,0031
1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	158	70%	6,26	0,0215
	Plutôt d'accord	66	29%	5,90	
	Plutôt pas d'accord	3	1%	4,00	
	Pas d'accord	0	0%	-	
9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	115	51%	6,17	0,0294
	Plutôt d'accord	94	41%	6,28	
	Plutôt pas d'accord	17	7%	5,00	
	Pas d'accord	1	0%	5,00	
13. Il est impossible d'associer les enfants comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation	D'accord	10	4%	5,70	0,0400
	Plutôt d'accord	8	4%	6,63	
	Plutôt pas d'accord	96	42%	5,80	
	Pas d'accord	112	50%	6,39	
14. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé	D'accord	31	14%	5,58	0,0176
	Plutôt d'accord	126	56%	6,06	
	Plutôt pas d'accord	58	26%	6,63	
	Pas d'accord	11	5%	5,80	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas	D'accord	1	0%	1,00	0,0029
	Plutôt d'accord	8	4%	5,50	

compétent dans ce domaine	Plutôt pas d'accord	62	27%	5,91	
	Pas d'accord	155	69%	6,27	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	164	63%	5,91	0,0062
	Oui	95	37%	6,45	
Recherche d'informations sur internet	Non	112	54%	5,86	0,0499
	Oui	97	46%	6,29	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	7,78 (1,57)		0,10	0,1133
	Pour les bien-être des élèves	9,10 (1,09)		0,31	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour l'ES	5,08 (1,72)		0,48	<0,0001
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle		63,64 (18,90)		0,16	0,0091
Expérience	AED	46	20%	6,57 / 5,95	0,0157

Tableau 42 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en début de formation

En début de formation, le sentiment de compétence pour prendre en charge le bien-être des élèves est corrélé à l'objectif justifiant la place de l'éducation à la santé à l'école. Il est également influencé par les perceptions individuelles qui concernent la lutte contre les stéréotypes, la pression des matières fondamentales, place de l'élève et de la vision des compétences de l'enseignant. Il est également lié à des pratiques personnelles de recherche d'informations, au fait d'avoir bénéficié d'expériences antérieures (AED). Pour finir, il est influencé par le niveau d'intérêt pour l'éducation à la santé et le bien-être des élèves ainsi que par le sentiment de compétence pour l'éducation à la santé et la place déclarée dans la future pratique.

En fin de formation, le sentiment de compétence pour le bien-être des élèves est corrélé aux variables suivantes :

Variable	Modalités	Descriptif		Q23_compétence_BE (fin)	
		n	%	m	p
Lieu d'étude	A	94	41%	6,81	0,0131
	C	66	29%	6,70	
	B	71	31%	6,16	
Forme de l'ES dans le parcours	Recherche	143	62%	6,68	0,0157
	UE Ouverture	51	22%	6,08	
	Lambda	37	16%	0,89	

Objectif de l'ES	D'assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves	14	6%	6,86	0,0317
	De développer les compétences des élèves en matière de santé	30	13%	6,73	
	De préparer l'élève à une citoyenneté active et responsable	50	22%	7,00	
	De transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé	62	27%	6,13	
	De favoriser le bien-être de l'élève	73	32%	6,62	
	Autre objectif	1	0%	-	
	Ne sais pas	1	0%	-	
	Aucun, l'éducation à la santé n'est pas efficace	0	0%	-	
	L'ES a sa place parce que	C'est une des missions de l'École	173	75%	6,79 / 5,97
	C'est nécessaire pour l'École d'intégrer les recommandations nationales de santé	82	35%	6,31 / 6,72	0,0302
	L'idée de développer des actions éducatives en lien avec les différents thèmes de santé (hygiène, nutrition, etc.) ne me pose pas de difficultés particulières	55	24%	6,96 / 6,46	0,0264
2. L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents	D'accord	132	60%	6,80	0,0334
	Plutôt d'accord	73	33%	6,47	
	Plutôt pas d'accord	12	5%	5,75	
	Pas d'accord	2	1%	8,00	
15. L'éducation à la santé est inutile car généralement inefficace du fait du poids des médias et des lacunes de l'éducation parentale	D'accord	1	0%	7,00	0,0122
	Plutôt d'accord	13	6%	5,67	
	Plutôt pas d'accord	70	32%	6,37	
	Pas d'accord	133	61%	6,86	

16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	1	0%	7,00	0,0009
	Plutôt d'accord	2	1%	5,50	
	Plutôt pas d'accord	55	25%	6,00	
	Pas d'accord	161	74%	6,88	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	114	50%	6,37	0,0384
	Oui	114	50%	6,78	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	52	23%	6,18	0,0299
	Oui	175	77%	6,68	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	8,03 (1,39)		0,20	0,0023
	Pour le bien-être des élèves	9,31 (0,96)		0,32	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour l'ES	5,74 (1,51)		0,56	<0,0001
Place de l'ES dans la (future) pratique professionnelle	Echelle	66,86 (17,17)		0,23	0,0004
Age	Moyenne	25,60 (5,29)		0,15	0,0306
Expérience	Aucune	80	38%	6,26 / 6,81	0,0070
Formation dans le cursus universitaire actuel	Formation "commun" (CM, EPS...)	7,38 (4,70)		-0,15	0,0203
	Proche (GAP, Autres QP...)	9,85 (16,65)		0,16	0,0182

Tableau 43 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en fin de formation

En fin de formation, le sentiment de compétence pour prendre en charge le bien-être des élèves est corrélé au parcours de formation (lieu, forme de l'éducation à la santé dans le parcours, nature de la formation). Il est également corrélé à l'objectif qui justifie la place de l'éducation à la santé à l'école, aux perceptions individuelles du rôle des enseignants et des parents et à l'efficacité perçue des actions. On note également une influence des pratiques de recherche d'information et des expériences scolaires antérieures. Il est enfin corrélé au niveau d'intérêt pour l'éducation à la santé ou le bien-être des élèves, au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé et à la place déclarée et aux justifications de l'éducation à la santé dans la future pratique ainsi qu'à l'âge de l'enseignant débutant.

3.4.5.2.4 Synthèse des facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien – être des élèves en début et fin de formation

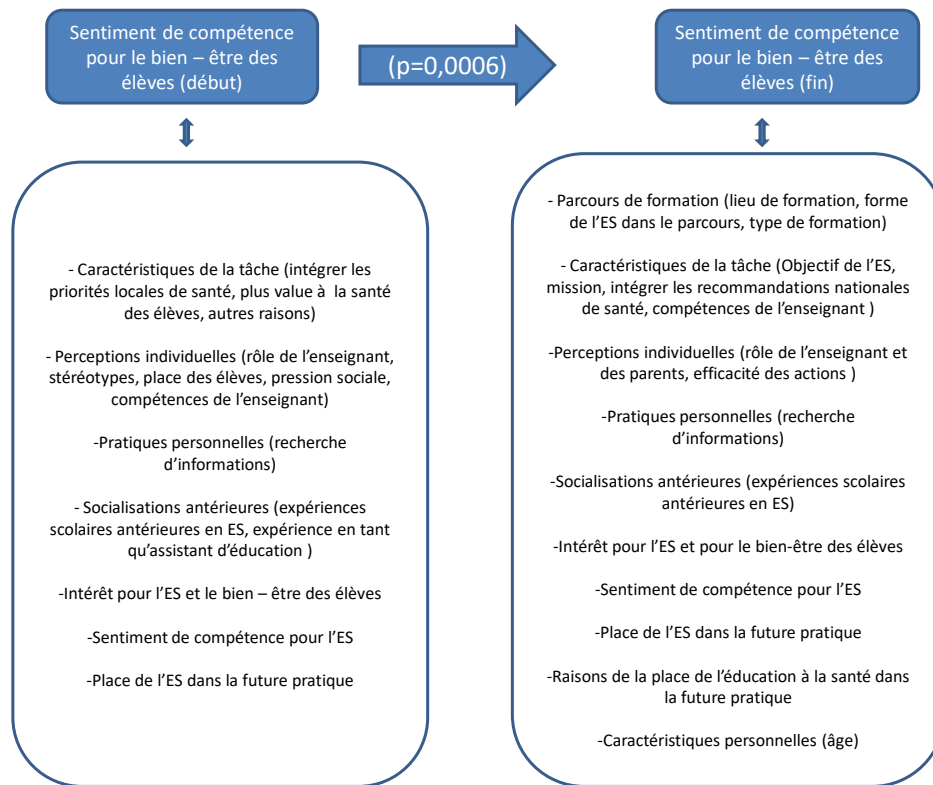


Figure 24 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en début et en fin de formation

3.4.5.2.5 Synthèse des facteurs corrélés au sentiment de compétence en début et fin de formation

Nos résultats confirment que la variable temporalité est corrélée au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé et pour le bien – être des élèves. Ce sentiment de compétence s'accroît avec la durée du dispositif. Là aussi, les variables sont multiples et concernent autant le parcours de formation que les caractéristiques de la tâche ou les caractéristiques des sujets. Ce sentiment de compétence est corrélé à la place de l'éducation déclarée dans la future pratique qui constitue notre prochaine variable dépendante dans la suite des analyses conduites.

3.4.5.3 Concernant la place de l'éducation à la santé dans la future pratique

La moyenne (sur 100) de la « place de l'éducation à la santé dans la future pratique » est de 63,64 (+/-18,90) en début de formation contre 66,86 (+/-17,17) en fin de formation. Si il n'y a pas pour cette variable d'évolution significative, on observe une tendance (p=0,0545) entre le

début et la fin de la formation. Ceci peut sans doute s'expliquer par le fait que la grande majorité de sujets de notre population lui accorde une place à l'école.

En début de formation, la place de l'éducation à la santé dans la future pratique est corrélée aux variables suivantes :

Variable	Modalités	Descriptif		Q24_place_ES_pratique (début)	
		n	%	m	p
Filière	1er degré	176	67%	61,78	0,0225
	2nd degré	85	33%	67,50	
Lieu d'étude	A	154	59%	65,82	0,0432
	C	62	24%	62,89	
	B	45	17%	58,67	
L'ES a sa place dans le milieu scolaire	Certainement	237	91%	64,62	0,0064
	Probablement	24	9%	53,18	
	Probablement pas	0	0%	-	
	Certainement pas	0	0%	-	
L'ES a sa place parce que	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	57	22%	70,00 / 61,84	0,0038
	C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	105	40%	67,14 / 61,24	0,0135
	J'ai été formé(e) dans ce domaine	8	3%	78,75 / 63,16	0,0214
	Aucun des items de ce groupe	3	1%	23,33 / 64,12	0,0002
1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	158	70%	66,28	0,0146
	Plutôt d'accord	66	29%	58,46	
	Plutôt pas d'accord	3	1%	51,67	
	Pas d'accord	0	0%	-	
2. L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents	D'accord	121	53%	67,48	0,0021
	Plutôt d'accord	83	37%	62,07	
	Plutôt pas d'accord	21	9%	50,71	
	Pas d'accord	2	1%	55,00	
3. L'éducation à la santé concerne exclusivement l'éducation familiale car le travail sur les valeurs ou l'estime de soi relève de la sphère privée	D'accord	0	0%	-	0,0037
	Plutôt d'accord	8	4%	42,50	
	Plutôt pas d'accord	81	36%	62,38	
	Pas d'accord	136	60%	65,75	

9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	115	51%	66,33	0,0307
	Plutôt d'accord	94	41%	62,61	
	Plutôt pas d'accord	17	7%	55,63	
	Pas d'accord	1	0%	25,00	
13. Il est impossible d'associer les enfants comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation	D'accord	10	4%	49,44	0,0124
	Plutôt d'accord	8	4%	50,00	
	Plutôt pas d'accord	96	42%	63,26	
	Pas d'accord	112	50%	66,42	
14. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé	D'accord	31	14%	60,54	0,0192
	Plutôt d'accord	126	56%	61,23	
	Plutôt pas d'accord	58	26%	70,60	
	Pas d'accord	11	5%	65,00	
17. L'éducation à la santé à l'école primaire peut permettre de prévenir des conduites à risques ultérieures	D'accord	115	51%	67,08	0,0299
	Plutôt d'accord	108	48%	60,42	
	Plutôt pas d'accord	3	1%	53,33	
	Pas d'accord	1	0%	90,00	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	164	63%	60,75	0,0011
	Oui	95	37%	68,68	
Pour mener une action d'éducation à la santé à l'école, il est préférable de travailler collectivement	Certainement	172	66%	67,02	<0,0001
	Probablement	88	34%	57,01	
	Probablement pas	0	0%	-	
	Certainement pas	0	0%	-	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture d'ouvrages, revues, articles	Non	125	48%	60,04	0,0037
	Oui	135	52%	66,92	
En lien avec l'ES en milieu scolaire, lecture de circulaires ministérielles	Non	142	56%	60,21	0,0007
	Oui	112	44%	68,11	
Recherche	Non	141	56%	60,11	0,0014

d'informations à propos de l'ES en milieu scolaire	Oui	111	44%	67,77	
Recherche d'informations sur internet	Non	112	54%	58,18	0,0001
	Oui	97	46%	68,39	
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	7,78 (1,57)		0,42	<0,0001
	Pour les bien-être des élèves	9,10 (1,09)		0,29	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour l'ES	5,08 (1,72)		0,25	<0,0001
	Pour les bien-être des élèves	6,10 (1,54)		0,16	0,0091
Raisons place ES	Cœur de métier	33	13%	70,00	<0,0001
	Compromis	37	15%	53,78	
	Contraintes	43	17%	46,55	
	Finalités	86	35%	71,51	
	Intérêt	20	8%	70,25	
	Ressources	28	11%	65,71	
Genre	Homme	30	12%	56,55	0,0333
	Femme	229	88%	64,47	
Cursus universitaire	Droit Eco Gestion	30	12%	71,00	0,0097
	Lettres et Sciences humaines	126	50%	61,35	
	Sciences	50	20%	63,54	
	Santé/Médical	8	3%	83,75	
	Sciences de l'éducation	30	12%	64,17	
	Commerce	6	2%	55,83	
	Autre	4	2%	60,00	
Stage directement en lien avec l'ES	Non	238	92%	62,94	0,0374
	Oui	21	8%	71,90	
Type d'établissement souhaité	Elémentaire	147	57%	61,33 / 66,44	0,0314
	Collège	42	16%	70,12 / 62,26	0,0132
	LGT	62	24%	67,87 / 62,19	0,0400
	Lycée Pro	54	21%	68,96 / 62,13	0,0186

Tableau 44 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en début de formation

En début de formation, la place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique est corrélée au parcours de formation (lieu, filière, type d'établissement souhaité). Elle est également corrélée aux justifications de la place de l'éducation à la santé à l'école. Les perceptions individuelles (rôle de l'enseignant, des parents, de la lutte contre les stéréotypes, de la pression des matières fondamentales, de la place de l'élève) ont également une influence. Les pratiques personnelles de recherche d'informations et les expériences antérieures ont aussi une influence tout comme le genre de l'enseignant débutant. Enfin, elle

est corrélée au niveau d'intérêt (éducation à la santé et bien-être) et au sentiment de compétence (éducation à la santé et bien-être) ainsi qu'aux raisons qui justifient cette place.

En fin de formation, la place de l'éducation à la santé dans la future pratique est corrélée aux variables suivantes :

Variables	Modalités	Descriptif		Q24_place_ES_pratique (fin)	
		n	%	m	p
L'ES à sa place parce que	Ce domaine figure dans le socle commun de connaissances et de compétences	83	36%	70,99 / 64,59	0,0090
	C'est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	62	27%	70,75 / 65,48	0,0482
	Les personnels médicaux et sociaux de l'école sont actifs dans le domaine	18	8%	58,24 / 67,56	0,0371
	Ce domaine est important pour le développement des élèves	148	64%	69,79 / 61,65	0,0008
	Autre que précédentes	19	8%	75,26 / 66,10	0,0311
	1. C'est l'un des rôles de l'enseignant que de contribuer au développement personnel de l'enfant	D'accord	160	73%	68,28
	Plutôt d'accord	57	26%	63,60	
	Plutôt pas d'accord	2	1%	90,00	
	Pas d'accord	0	0%	-	
2. L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les parents	D'accord	132	60%	70,16	0,0120
	Plutôt d'accord	73	33%	63,70	
	Plutôt pas d'accord	12	5%	56,67	
	Pas d'accord	2	1%	75,00	
3. L'éducation à la santé concerne exclusivement l'éducation familiale car le travail sur les valeurs ou l'estime de soi relève de la sphère privée	D'accord	4	2%	51,67	0,0387
	Plutôt d'accord	3	1%	70,00	
	Plutôt pas d'accord	80	37%	63,54	
	Pas d'accord	130	60%	69,81	

9. Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	140	64%	70,36	0,0019
	Plutôt d'accord	69	32%	62,16	
	Plutôt pas d'accord	10	5%	58,00	
	Pas d'accord	0	0%	-	
11. Pour être efficace, une action en éducation à la santé doit durer tout au long de la scolarité de l'enfant	D'accord	136	63%	70,23	0,0212
	Plutôt d'accord	65	30%	61,92	
	Plutôt pas d'accord	15	7%	65,33	
	Pas d'accord	1	0%	65,00	
13. Il est impossible d'associer les enfants comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation	D'accord	17	8%	57,94	0,0228
	Plutôt d'accord	9	4%	65,00	
	Plutôt pas d'accord	61	28%	64,51	
	Pas d'accord	129	60%	70,16	
14. La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé	D'accord	32	15%	59,67	0,0027
	Plutôt d'accord	115	53%	66,32	
	Plutôt pas d'accord	58	26%	70,00	
	Pas d'accord	14	6%	79,64	
15. L'éducation à la santé est inutile car généralement inefficace du fait du poids des médias et des lacunes de l'éducation parentale	D'accord	1	0%	0,00	<0,0001
	Plutôt d'accord	13	6%	58,46	
	Plutôt pas d'accord	70	32%	64,64	
	Pas d'accord	133	61%	69,97	
16. L'éducation à la santé n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	1	0%	0,00	<0,0001
	Plutôt d'accord	2	1%	40,00	
	Plutôt pas d'accord	55	25%	61,18	
	Pas d'accord	161	74%	70,13	
Travail dans le domaine de l'ES dans le cadre expériences professionnelles en lien avec le milieu scolaire	Non	114	50%	63,58	0,0052
	Oui	114	50%	70,18	
Pour mener une	Certainement	159	68%	68,35	0,0072

action d'éducation à la santé à l'école, il est préférable de travailler collectivement	Probablement	71	31%	62,79	
	Probablement pas	2	1%	95,00	
	Certainement pas	0	0%	-	
Lieux de recherche et personnes mobilisées	Tuteurs de stage	24	14%	76,25 / 65,70	0,0065
Niveau d'intérêt	Pour l'ES	8,03 (1,39)		0,43	<0,0001
	Pour les bien-être des élèves	9,31 (0,96)		0,39	<0,0001
Sentiment de compétence	Pour l'ES	5,74 (1,51)		0,20	0,0025
	Pour les bien-être des élèves	6,58 (1,47)		0,23	0,0004
Raisons place ES	Cœur de métier	27	13%	76,11	<0,0001
	Compromis	27	13%	57,04	
	Contraintes	22	11%	42,27	
	Finalités	101	50%	73,17	
	Intérêt	7	3%	72,86	
	Ressources	20	10%	61,25	
Age	Moyenne	25,60 (5,29)		0,15	0,0252
Expérience	EAP (Emploi avenir)	19	9%	58,42 / 68,66	0,0155
	Soutien scolaire	7	3%	84,29 / 67,15	0,0112
	Animateur périscolaire	6	3%	87,50 / 67,14	0,0051
Stage directement en lien avec l'ES	Non	216	96%	66,74	0,0092
	Oui	8	4%	83,13	

Tableau 45 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en fin de formation

En fin de formation, la place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique est corrélée au parcours de formation (stage en milieu scolaire en lien avec l'éducation à la santé et soutien des tuteurs de stage). Elle est également corrélée aux justifications de la place de l'éducation à la santé à l'école et aux perceptions individuelles qui concernent le rôle de l'enseignant et des parents et l'efficacité des actions. Elle est également liée aux expériences professionnelles antérieures (EAP, soutien scolaire, animateur périscolaire) et à l'âge de l'enseignant débutant. Enfin, elle est corrélée au niveau d'intérêt (éducation à la santé et bien-être) et au sentiment de compétence (éducation à la santé et bien-être) ainsi qu'aux raisons qui justifient cette place.

Synthèse des facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en début et fin de formation

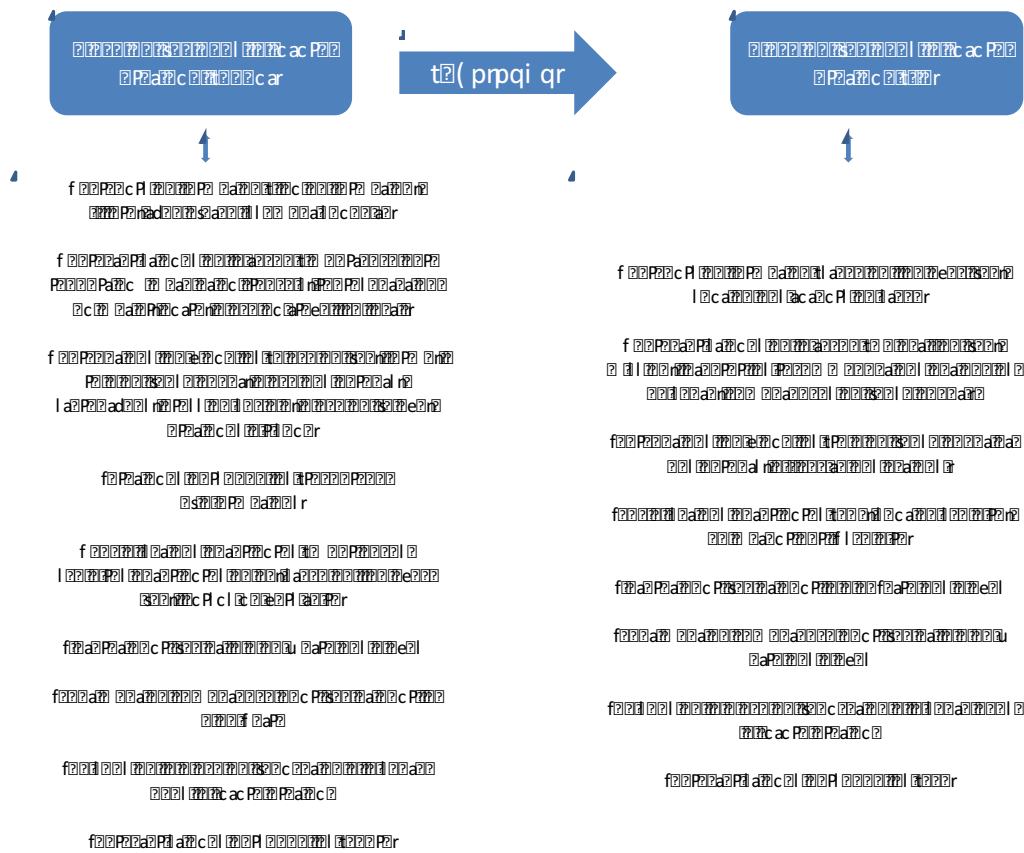


Figure 25- Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en début et en fin de formation

Concernant la variable « place de l'éducation à la santé dans la future pratique » pour laquelle la temporalité traduit une tendance à une évolution significative, nous notons qu'elle est corrélée à l'intérêt et au sentiment de compétence ainsi qu'aux raisons qui justifient cette place du point de vue des sujets. Là aussi, on note une influence des caractéristiques de la tâche comprise et des caractéristiques des sujets. Concernant l'influence du parcours de formation, le fait d'avoir réalisé un stage en lien avec l'éducation à la santé dans le cursus mais également d'avoir été accompagné en la matière par le tuteur de stage à une influence significative pour ce qui concerne la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en fin de formation.

3.4.6 Synthèse des analyses univariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants

Nos résultats montrent là aussi la complexité des variables corrélées. Elles renvoient tant aux caractéristiques de la tâche qu'aux caractéristiques des enseignants débutants ainsi qu'aux caractéristiques du parcours de formation. Concernant ces dernières, la forme que prend l'éducation à la santé dans le parcours de formation (le fait d'avoir mené un travail de recherche en particulier), le cadre de professionnalisation (filière, type d'établissement souhaité), le lieu de formation ainsi que le fait d'avoir suivi un stage en lien avec l'éducation à la santé et d'avoir été accompagné par le tuteur de stage sont les variables corrélées qui influencent les caractéristiques des sujets en éducation à la santé en fin de formation.

3.5 Analyses multivariées des variables corrélées aux dimensions de la tâche comprise initiale ou finale en éducation à la santé

A partir des résultats des analyses univariées, nous avons souhaité savoir quelles étaient les variables corrélées qui ressortaient des analyses lorsqu'elles sont ajustées par rapport aux autres variables significatives en début et en fin de formation. Plusieurs analyses multivariées ont été conduites pour ce faire afin de gagner en précision dans l'identification de ces variables corrélées.

3.5.1 Analyses multivariées concernant les objets de la tâche comprise

3.5.1.1 Analyses multivariées concernant l'objet santé en début de formation

La santé c'est										
$R^2 = 0,39$ $n = 193$		Holistique			Thématiques			Biomédicale		
		OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Filière	PE vs. PLP	0.229	[0.063 ; 0.823]	0.0240	-	-	-	0.075	[0.018 ; 0.314]	0.0004
	CPE vs. PLP	8.984	[1.662 ; 48.562]	0.0108	11.764	[2.472 ; 55.973]	0.0020	-	-	-
ES ce n'est pas	Rapport à la forme scolaire vs. Ethique	-	-	-	2.213	[1.025 ; 4.776]	0.0430	3.068	[0.935 ; 10.064]	0.0643
ES a sa place pour une autre raison	Oui vs. Non	0.104	[0.022 ; 0.498]	0.0047	0.242	[0.066 ; 0.893]	0.0331	-	-	-
Q14_9 : Lutte stéréotypes	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	5.782	[1.707 ; 19.582]	0.0048	3.205	[1.044 ; 9.836]	0.0418	-	-	-
Q14_11 : action longue durée	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	2.540	[1.178 ; 5.476]	0.0174	-	-	-	1.318	[0.474 ; 3.671]	0.5967
Q14_14 : Pression peu de place ES	Pas d'accord vs. D'accord	-	-	-	4.072	[1.672 ; 9.920]	0.0020	3.565	[1.017 ; 12.498]	0.0470
Q14_15 : ES inutile cause média	D'acc + Plutôt pas d'acc vs. Pas d'acc	4.215	[1.098 ; 16.184]	0.0361	4.603	[1.319 ; 16.067]	0.0167	-	-	-
Lecture Article, Revue sur l'ES	Oui vs. Non	3.011	[1.338 ; 6.779]	0.0077	-	-	-	3.418	[1.066 ; 10.957]	0.0387
Formation en ES	Oui vs. Non	3.326	[0.946 ; 11.693]	0.0610	2.136	[0.681 ; 6.697]	0.1929	-	-	-

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 46 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise initiale

Concernant l'objet santé de la tâche comprise initiale, l'analyse multivariée indique un effet de la filière en lien avec le contexte professionnel visé. Par rapport aux enseignants débutants inscrits dans un parcours MEEF mention 2 (Professeur de lycées professionnels), ceux inscrits dans un parcours MEEF 1^{er} degré (Professeur des écoles) associent davantage la santé à des thématiques. En effet, ils ont respectivement 4 et 13 fois moins de chance d'appartenir aux classes « holistique » ($p=0,0240$) et « biomédicale » ($p=0,0004$) qu'à la classe « thématique ». Les enseignants débutants inscrits dans un parcours MEEF mention 3 (Conseiller Principal d'Education) ont quant à eux respectivement 9 et 12 fois plus de chance d'appartenir aux classes « holistique » ($p=0,0108$) et « thématique » ($p=0,0020$) qu'à la classe « biomédicale ».

L'objet santé de la tâche comprise est également corrélé à la perception de ce que n'est pas l'éducation à la santé. Les enseignants débutants qui appartiennent à la classe « éthique » ont davantage une vision globale de la santé que les ceux qui appartiennent à la classe « rapport à la forme scolaire » : ils ont respectivement 2 fois et 3 fois plus de chance d'appartenir à la classe « holistique » qu'aux classes « thématique » ($p=0,0430$) et « biomédicale » ($p=0,0643$).

L'objet est également corrélé avec l'objectif prioritaire de l'éducation à la santé à l'école, en particulier la référence à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les enseignants débutants qui retiennent cette référence ont 10 fois moins de chances d'appartenir à la classe « holistique » qu'à la classe « biomédicale » que ceux qui n'y font pas référence ($p=0,0047$). Ils ont également 4 fois moins de chance d'appartenir à la classe « thématique » ($p=0,0331$).

La vision de la santé est également corrélée à l'avis sur les énoncés 9 (Eduquer à la santé c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement), 11 (Pour être efficace, une action en éducation à la santé doit durer tout au long de la scolarité de l'enfant), 14 (La pression sociale sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la santé) et 15 (L'éducation à la santé est inutile car généralement inefficace du fait du poids des médias et des lacunes de l'éducation parentale)15 (L'éducation à la santé est inutile car généralement inefficace du fait du poids des médias et des lacunes de l'éducation parentale). Les enseignants débutants ayant davantage une vision holistique de la santé sont ceux qui émettent un avis favorable pour les énoncées 9, 11 et 15 (OR=6, OR=3 et OR=4 respectivement).

Le fait d'avoir lu des articles ou des ouvrages sur l'éducation à la santé en milieu scolaire multiplie par 3 fois les chances d'appartenir à la classe « holistique » ($p=0,0077$) ou « biomédicale » ($p=0,0387$) plutôt qu'à la classe « thématique ».

Enfin, l'objet santé est corrélé de manière tendancielle ($p=0,0610$) avec le fait d'avoir reçu une formation antérieure. Les enseignants débutants formés ont 3,3 fois plus de chance d'appartenir

à la classe « holistique » qu'à la classe « biomédicale » par rapport à ceux qui n'ont pas encore bénéficié de formation.

En résumé, en début de formation, l'objet santé de la tâche comprise initiale est corrélé à la filière c'est-à-dire au cadre de professionnalisation auquel appartient l'enseignant débutant, à la perception de ce que n'est pas l'objet éducation à la santé, à l'objectif prioritaire retenu pour l'éducation à la santé à l'école, à la perception de la nécessité de lutter contre les stéréotypes, d'inscrire les actions dans un temps long, à leur vision de la pression sociale sur les disciplines fondamentales qui laisserait peu de place à ces questions éducatives et à l'influence des médias. Les pratiques personnelles de recherche d'information ainsi qu'une formation antérieure ont également une influence.

3.5.1.2 Analyses multivariées concernant l'objet santé en fin de formation

La santé c'est										
$R^2 = 0,28$ $n = 206$		Holistique			Thématiques			Biomédicale		
		OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Entrée dans l'ES	Recherche vs. Lambda	-	-	-	0.167	[0.036 ; 0.779]	0.0227	0.022	[0.002 ; 0.226]	0.0013
	Ouv. Prof. vs. Lambda	-	-	-	0.152	[0.030 ; 0.769]	0.0228	0.019	[0.001 ; 0.239]	0.0022
ES est inscrite dans le projet d'école	Non vs. Oui	0.114	[0.028 ; 0.471]	0.0027	0.105	[0.028 ; 0.396]	0.0009	-	-	-
ES figure dans le socle commun	Non vs. Oui	8.459	[1.436 ; 49.843]	0.0183	7.513	[1.351 ; 41.783]	0.0213	-	-	-
Ecole peut apporter des réponses aux besoins spécifiques de santé	Non vs. Oui	0.220	[0.060 ; 0.806]	0.0222	0.241	[0.072 ; 0.808]	0.0212	-	-	-
Q14_13 : Impossible d'associer les enfants comme partenaires dans un projet	D'acc + Plutôt pas d'acc vs. Pas d'acc	-	-	-	2.156	[1.087 ; 4.279]	0.0280	4.110	[1.136 ; 14.877]	0.0313
Avoir fait un TER, mémoire... en ES	Oui vs. Non	1.850	[0.938 ; 3.648]	0.0757	-	-	-	5.552	[1.199 ; 25.718]	0.0284

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 47 - Facteurs corrélés à l'objet santé de la tâche comprise finale

En fin de formation, l'objet santé de la tâche comprise finale est corrélé à la forme qu'a prise l'éducation à la santé dans le parcours de formation, à l'identification de l'éducation à la santé dans les textes juridiques (socle commun ou projet d'école ou d'établissement) et à la reconnaissance du levier que constitue l'école pour apporter des réponses aux besoins spécifiques de santé des élèves. Il tient également à la perception des enseignants débutants quant à la place des élèves dans les projets à mettre en œuvre. Enfin, le fait d'avoir mené un travail de recherche en éducation à la santé en formation influence également l'objet santé de la tâche comprise finale.

Les modèles analysés ici confirment un changement des facteurs influençant l'objet santé entre le début et la fin de la formation. Ces changements se traduisent par la diminution de l'influence des perceptions individuelles, des pratiques personnelles ou d'une formation antérieure en tant que variables corrélées entre la tâche initiale et finale et par l'augmentation de l'influence des caractéristiques de la tâche comprise. Ils tiennent pour l'essentiel à la forme que prend l'éducation à la santé dans le parcours de formation et en particulier le fait d'avoir mené un travail de recherche en éducation à la santé.

3.5.1.3 Analyses multivariées concernant l'objet éducation à la santé en début de formation

L'éducation à la santé à l'école, c'est :										
$R^2 = 0,61$ $n = 193$		Prévention			Education			Thématiques		
		OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
ES a sa place car aussi important que maths et français	Oui vs. Non	4.140	[1.418 ; 12.086]	0.0093	-	-	-	2.815	[0.977 ; 8.112]	0.0552
ES a sa place car les personnels médicaux et sociaux sont actifs	Non vs. Oui	-	-	-	10.257	[2.500 ; 42.079]	0.0012	23.905	[3.153 ; 181.227]	0.0021
Q14_4 : Enseignant/CPE n'a pas le droit de donner des directives qui touchent la vie personnelle	D'accord vs. Pas d'accord	2.018	[0.173 ; 23.558]	0.5753	3.048	[0.418 ; 22.208]	0.2714	-	-	-
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	10.345	[0.942 ; 113.612]	0.0560	20.129	[2.680 ; 151.177]	0.0035	-	-	-
	Plutôt pas d'accord vs. Pas d'accord	36.415	[3.245 ; 408.613]	0.0036	14.177	[1.815 ; 110.724]	0.0115	-	-	-
Q14_5 : Ens/CPE doit être un exemple	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	-	-	-	2.915	[1.087 ; 7.819]	0.0335	6.111	[1.868 ; 19.988]	0.0028
Q14_10 : Choix éclairés et responsables	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	6.208	[1.806 ; 21.336]	0.0037	3.481	[1.349 ; 8.982]	0.0099	-	-	-
Q14_13 : Pression peu de place ES	Pas d'acc vs. D'acc + Plutôt pas d'acc	4.466	[1.353 ; 14.741]	0.0140	3.085	[1.145 ; 8.308]	0.0259	-	-	-
Recherche infos ES en milieu scolaire	Non vs. Oui	3.891	[1.329 ; 11.389]	0.0132	-	-	-	3.396	[1.262 ; 9.138]	0.0155

L'éducation à la santé à l'école, c'est :										
<i>(suite)</i>		Prévention			Education			Thématiques		
		OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Formation en ES	Aucune vs. >20h	7.662	[1.000 ; 58.713]	0.0500	13.099	[2.376 ; 72.221]	0.0031	-	-	-
	[1h ; 10h] vs >20h	6.099	[0.386 ; 96.323]	0.1990	0.507	[0.030 ; 8.541]	0.6371	-	-	-
	[11h ; 20h] vs >20h	5.399	[1.385 ; 21.050]	0.0151	2.358	[0.740 ; 7.517]	0.1471	-	-	-
Avoir fait un TER, mémoire... en ES	Oui vs. Non	37.641	[5.224 ; 271.226]	0.0003	6.743	[1.100 ; 41.325]	0.0391	-	-	-
Souhaiter enseigner en lycée GT	Oui vs. Non	89.497	[19.167 ; 417.882]	<0.0001	4.157	[1.011 ; 17.089]	0.0482	-	-	-
Intérêt pour le bien-être des élèves		0.488	[0.262 ; 0.907]	0.0233	0.529	[0.311 ; 0.899]	0.0185	-	-	-

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 48 - Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale

En début de formation, l'objet éducation à la santé de la tâche comprise initiale est corrélé aux caractéristiques de la tâche comprise (importance de l'éducation à la santé par rapport aux mathématiques et au français (tendance), identification de partenaires actifs dans le domaine) et aux perceptions individuelles (ingérence dans la vie personnelle, devoir d'exemplarité, émancipation des élèves, pression des disciplines fondamentales sur les actions éducatives). Cet objet est également corrélé aux pratiques personnelles de recherche d'information et au volume de formation antérieure en éducation à la santé, en particulier quand un travail de recherche en éducation à la santé a été fait. Il est, pour finir, corrélé au type d'établissement souhaité lors de l'insertion professionnelle et à l'intérêt pour le bien-être des élèves.

3.5.1.4 Analyses multivariées concernant l'objet éducation à la santé en fin de formation

L'éducation à la santé c'est :										
$R^2 = 0,32$ $n = 209$		Prévention			Education			Thématiques		
		OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Filière	PE vs. PLP	-	-	-	1,717	[0,696 ; 4,238]	0,2407	4,557	[1,350 ; 15,380]	0,0145
	CPE vs. PLP	-	-	-	2,371	[1,021 ; 5,503]	0,0445	1,753	[0,502 ; 6,119]	0,3787
Ecole doit intégrer les priorités nationales de santé	Oui vs. Non	1,323	[0,639 ; 2,740]	0,4515	-	-	-	3,427	[1,344 ; 8,738]	0,0099
ES importante pour le développement des élèves	Oui vs. Non	-	-	-	0,898	[0,453 ; 1,781]	0,7583	3,811	[1,168 ; 12,439]	0,0266
Des intervenants extérieurs peuvent intervenir en ES	Oui vs. Non	3,211	[1,578 ; 6,536]	0,0013	-	-	-	0,360	[0,110 ; 1,183]	0,0924
ES a sa place pour une autre raison	Oui vs. Non	-	-	-	0,156	[0,043 ; 0,564]	0,0046	0,079	[0,008 ; 0,824]	0,0338
Recherche d'informations sur l'ES à l'école	Oui vs. Non	3,639	[1,332 ; 9,942]	0,0118	2,984	[1,228 ; 7,253]	0,0158	-	-	-
Intérêt pour le bien-être des élèves		-	-	-	0,638	[0,424 ; 0,959]	0,0305	0,613	[0,359 ; 1,047]	0,0733

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 49 - Facteurs corrélés à l'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale

En fin de formation, l'objet éducation à la santé de la tâche comprise finale est corrélé à la filière qui constitue le cadre de professionnalisation (PE, PLP ou CPE) et aux caractéristiques de la tâche comprise finale (intégration des priorités nationales de santé, importance reconnue pour le développement des élèves, identification de partenaires actifs, autre raison de la place de l'éducation à la santé que celles proposées). Il est également influencé par les pratiques personnelles de recherche d'informations et l'intérêt porté au bien-être des élèves.

Là aussi, les modèles analysés ici confirment un changement des facteurs influençant l'objet éducation à la santé entre le début et la fin de la formation. Ces changements se traduisent par la diminution de l'influence des perceptions individuelles ou d'une formation antérieure en tant que variables corrélées entre la tâche initiale et finale et par l'augmentation de l'influence des caractéristiques de la tâche comprise. La filière suivie a une influence sur l'objet en fin de formation. Les pratiques personnelles de recherche d'information ou l'intérêt pour le bien-être des élèves sont corrélés que la tâche comprise considérée soit initiale ou finale.

3.5.2 Analyses multivariées concernant le but prioritaire de la tâche comprise initiale et finale

3.5.2.1 Analyses multivariées concernant le but prioritaire de la tâche comprise initiale

		But de l'éducation à la santé		
		Prévention (ref : Autres objectifs)		
$R^2 = 0,22$ $n = 212$		OR	IC 95%	p
Année d'inscription	M1 vs. M2	2.398	[1.172 ; 4.904]	0.0166
Entrée de l'ES	Recherche vs. Lambda	1.237	[0.469 ; 3.262]	0.6672
	Ouv. Prof. vs. Lambda	6.099	[1.417 ; 26.247]	0.0152
ES ce n'est pas	Ne pas imposer vs. Pas que des connaissances	2.047	[1.080 ; 3.880]	0.0282
L'école doit intégrer les priorités locales de santé	Oui vs. Non	2.565	[1.257 ; 5.232]	0.0096
ES important pour le développement des élèves	Oui vs. Non	0.352	[0.187 ; 0.664]	0.0013
Avoir fait un TER, mémoire... en ES	Oui vs. Non	3.202	[1.359 ; 7.543]	0.0078
Place de l'ES dans la future pratique		0.982	[0.966 ; 0.999]	0.0365

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 50 - Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise initiale

En début de formation, le but prioritaire de la tâche comprise initiale est corrélé à l'année d'inscription (M1 ou M2), à la forme qu'a pris l'éducation à la santé dans le parcours de formation antérieur (travail de recherche, cours magistraux ou en lien avec d'autres UE non spécifiques). Nous avons indiqué que cette dernière variable était sans doute à relier au site de formation considéré et qu'il ne s'agit pas d'un effet de la formation avant la formation. Le fait d'avoir mené un travail de recherche antérieur a une influence particulière. Le choix du but prioritaire est également corrélé à la perception de ce que n'est pas l'éducation à la santé et aux caractéristiques de la tâche comprise initiale (intégration des priorités locales de santé, importance pour le développement des élèves). Il est pour finir corrélé à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique.

3.5.2.2 Analyses multivariées concernant le but prioritaire de la tâche comprise finale

But de l'éducation à la santé				
$R^2 = 0,17$ $n = 215$		Prévention (ref : Autres objectifs)		
		OR	IC 95%	p
ES figure dans le socle commun	Oui vs. Non	0,278	[0,135 ; 0,573]	0,0005
Ecole peut apporter des réponses aux besoins spécifiques de santé	Oui vs. Non	2,696	[1,390 ; 5,229]	0,0033
Des intervenants extérieurs peuvent intervenir en ES	Oui vs. Non	3,073	[1,562 ; 6,045]	0,0011
Avoir fait un TER, mémoire... en ES	Oui vs. Non	0,451	[0,238 ; 0,854]	0,0146
Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves		0,782	[0,633 ; 0,967]	0,0232

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 51- Facteurs corrélés au but prioritaire de la tâche comprise finale

En fin de formation, le but prioritaire de la tâche comprise finale est corrélé aux caractéristiques de la tâche comprise finale (identification de l'éducation à la santé dans le socle commun, rôle de l'école concernant les besoins spécifiques de santé, identification de partenaires) et au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves. Le fait d'avoir mené un travail de recherche en éducation à la santé lors de la formation a également une influence.

Les modèles établis ici confirment un changement des facteurs influençant le choix du but prioritaire entre le début et la fin de la formation. Ces changements sont essentiellement corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en fin de formation. Avoir mené un travail de recherche en éducation à la santé a une influence particulière.

3.5.3 Analyses multivariées concernant la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale et finale

3.5.3.1 Analyses multivariées concernant la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale

Il est préférable de travailler collectivement pour mener une action en ES				
$R^2 = 0,55$ $n = 107$		Certainement (réf : Probablement)		
		OR	IC 95%	p
ES a sa place car aussi important que maths et français	Non vs. Oui	16.036	[1.704 ; 150.943]	0.0153
L'école apporte plus-value à la santé des élèves	Oui vs. Non	11.084	[1.945 ; 63.168]	0.0067
Q14_5 : Ens/CPE doit être un exemple	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	3.649	[1.011 ; 13.172]	0.0481
Q14_12 : Action en ES seulement efficace s'il y a des partenaires extérieurs	D'accord vs. Pas d'accord	26.363	[1.557 ; 446.327]	0.0234
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	18.614	[1.612 ; 214.880]	0.0191
	Plutôt pas d'accord vs. Pas d'accord	19.754	[1.762 ; 221.462]	0.0155
Lecture circulaires sur l'ES	Oui vs. Non	5.735	[1.523 ; 21.592]	0.0098
Recherche d'information auprès d'autres personnes	Oui vs. Non	5.564	[1.319 ; 23.460]	0.0194
Place de l'ES dans la future pratique		1.045	[1.008 ; 1.083]	0.0173

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 52 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale

En début de formation, la propriété « travail collectif » de la tâche comprise initiale est corrélée aux caractéristiques de la tâche comprise (importance de l'éducation à la santé par rapport aux mathématiques et au français, rôle de l'école dans une plus-value à la santé des élèves) ainsi qu'aux perceptions individuelles des enseignants débutants (devoir d'exemplarité, efficacité du partenariat). Les pratiques personnelles de recherche d'informations (lecture de circulaires ou auprès d'autres personnes) ont également une influence tout comme la place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique.

3.5.3.2 Analyses multivariées concernant la propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale

Il est préférable de travailler collectivement pour mener une action en ES				
$R^2 = 0,52$ $n = 185$		Certainement (réf. : Probablement)		
		OR	IC 95%	p

Entrée dans l'ES	Recherche vs. Lambda	0,863	[0,245 ; 3,032]	0,8176
	Ouv. Prof. vs. Lambda	5,229	[1,086 ; 25,166]	0,0391
Cela favorise l'apprentissage des élèves	Oui vs. Non	2,606	[0,952 ; 7,135]	0,0624
Q14_3 : ES ne concerne que la sphère familiale	Pas d'accord vs. Plutôt pas d'acc + D'accord	6.125	[2,412 ; 15,551]	0,0001
Q14_5 : Ens/CPE doit être un exemple	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	2,658	[1,077 ; 6,561]	0,0340
Q14_9 : ES vise à lutter contre les stéréotypes	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	2,931	[1,162 ; 7,393]	0,0227
Q14_12 : Action en ES seulement efficace s'il y a des partenaires extérieurs	D'accord vs. Pas d'accord	84,598	[5,534 ; >999,999]	0,0014
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	8,777	[2,467 ; 31,227]	0,0008
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	3,919	[1,077 ; 14,261]	0,0382
Lecture Article, Revue sur l'ES	Oui vs. Non	2,936	[1,057 ; 8,160]	0,0389
Lectures circulaires sur l'ES	Oui vs. Non	4,082	[1,551 ; 10,744]	0,0044
Aucune expérience en milieu scolaire	Non vs. Oui	2,472	[0,966 ; 6,325]	0,0590
Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves		0,694	[0,499 ; 0,966]	0,0304
Temps de formation commune à l'ES dans le cursus		0,877	[0,791 ; 0,973]	0,0130

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 53 - Facteurs corrélés à la propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale

En fin de formation, la propriété « travail collectif » de la tâche comprise finale est corrélée à la forme de l'éducation à la santé dans le parcours de formation et en particulier au fait d'avoir eu une formation spécifique. Ceci est confirmé par l'influence à la baisse de ceux qui ont uniquement eu un temps de formation commune à d'autres disciplines. Elle est également corrélée à la caractéristique de la tâche comprise finale qui identifie l'éducation à la santé comme condition de l'apprentissage des élèves (tendance). Elle est également influencée par les perceptions individuelles qui concernent la place de l'éducation à la santé entre sphère publique et privée, la place de la lutte contre les stéréotypes, le devoir d'exemplarité et le partenariat comme condition de l'efficacité des actions. Les pratiques personnelles de recherche d'information ont une influence tout comme le fait de n'avoir aucune expérience scolaire. Enfin le sentiment de compétence pour le bien-être des élèves.

Ces modèles statistiques confirment un changement des facteurs influençant la propriété « travail collectif » de la tâche comprise entre le début et la fin de la formation. Ces changements se traduisent par une augmentation de l'influence des perceptions individuelles,

essentiellement. Le sentiment de compétence pour le bien-être des élèves a également une influence en fin de formation ainsi qu'un temps de formation spécifique.

bidip □ 2A032y 2222 2222 232. 2222 22322 222 22 2222 2222 2A 22222 . 235 222 2222 2222 22322222
 222222 222222. 2222 2222 22 22222 2 222222

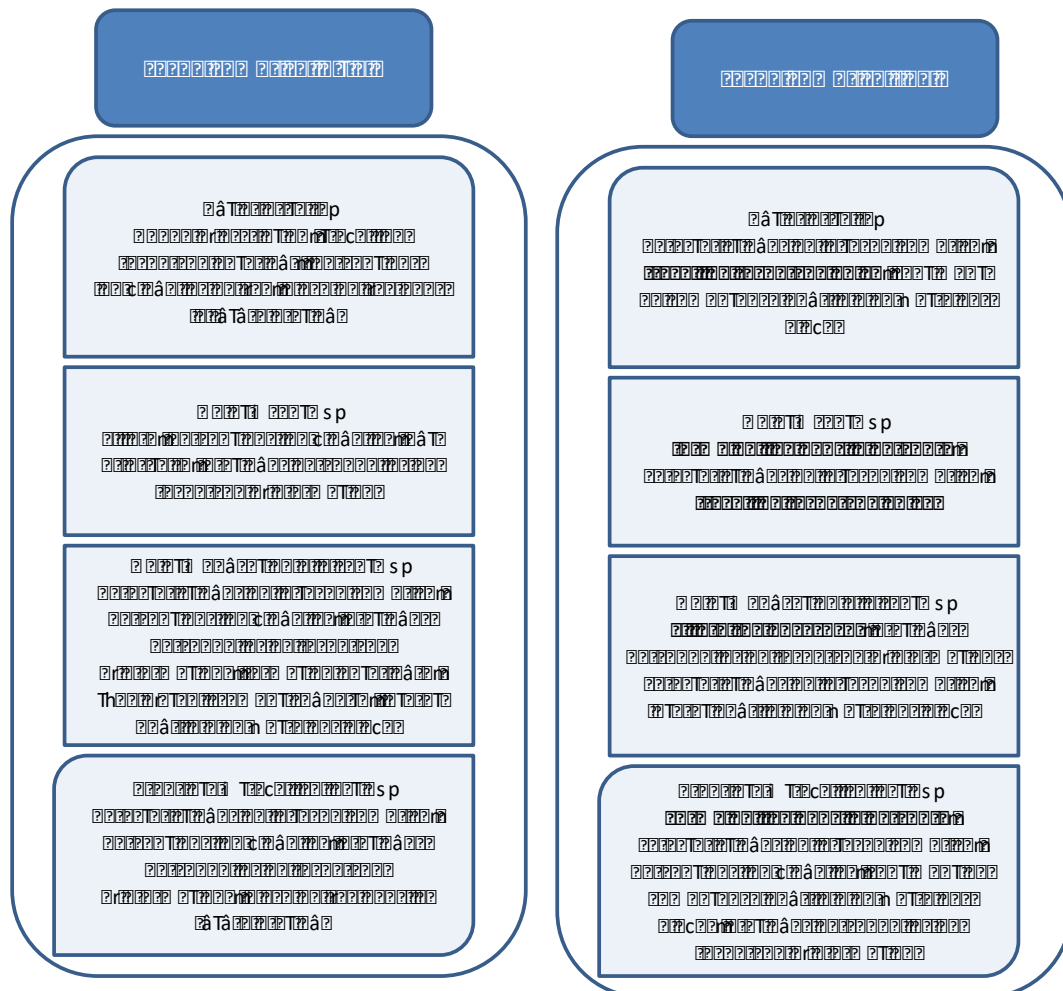


Figure 26 – facteurs corrélés aux caractéristiques de la tâche comprise initiale et finale

Nos modèles identifient les changements concernant les caractéristiques de la tâche comprise initiale et finale et la multiplicité des facteurs corrélés. Ces facteurs corrélés renvoient tant à des caractéristiques du parcours de formation qu'aux caractéristiques de la tâche comprise ainsi qu'aux caractéristiques des enseignants débutants. Pour autant, plusieurs tendances se dégagent de notre étude. La première est la place prépondérante des perceptions individuelles comme facteur influençant les caractéristiques de la tâche comprise initiale alors qu'elles semblent beaucoup moins influencer la tâche comprise finale. Cette dernière est beaucoup plus influencée par les caractéristiques de la tâche comprise elle - même. La seconde tient à la place du sentiment de compétence pour le bien-être des élèves qui est une variable qui

influence les caractéristiques de la tâche comprise finale alors qu'elle n'apparaît pas en tant que variable corrélée aux caractéristiques de la tâche comprise initiale pour lequel seul l'intérêt pour le bien-être des élèves apparaît. L'intérêt ou le sentiment de compétence en éducation à la santé n'apparaissent également pas en tant que variable corrélée influençant les caractéristiques de la tâche comprise. Le parcours de formation influence la tâche comprise finale à travers la filière d'étude (PE, CPE vs PLP), la forme que prend l'éducation à la santé dans le parcours, en particulier le fait d'avoir réalisé un travail de recherche en éducation à la santé.

3.5.5 Analyses multivariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants

3.5.5.1 Concernant l'intérêt

3.5.5.1.1 Pour l'éducation à la santé en début de formation

Intérêt pour l'éducation à la santé					
$R^2 = 0,49$; $n = 214$		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		0,63	0,15	4,27	<0,0001
Filière	1er degré vs. 2nd degré	-0,33	0,10	-3,21	0,0016
Intérêt prof. pour l'ES	Non vs. Oui	-0,37	0,12	-3,07	0,0024
Important pour le développement des élèves	Non vs. Oui	-0,25	0,10	-2,48	0,0140
ES prévention conduites à risque ultérieures	D'accord vs. Plutôt d'acc + Pas d'acc	0,26	0,10	2,6	0,0101
Lecture circulaires sur l'ES	Non vs. Oui	-0,28	0,10	-2,73	0,0069
Intérêt pour le bien-être des élèves		0,33	0,05	6,05	<0,0001
Sentiment de compétence pour l'ES		0,34	0,06	5,75	<0,0001
Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves		-0,18	0,06	-2,99	0,0031
Place de l'ES dans la future pratique		0,20	0,05	3,74	0,0002

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 54 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en début de formation

Concernant l'intérêt pour l'éducation à la santé en début de formation, l'analyse multivariée indique un effet de la filière en lien avec le contexte professionnel visé (1^{er}/2nd degré). Par rapport aux enseignants débutants inscrits dans un parcours MEEF mention 2 ou 3 (Professeur de lycées professionnels ou Conseiller Principale d'Education), ceux d'un parcours MEEF 1^{er} degré (Professeur des écoles) ont moins d'intérêt avec un score moins élevé en moyenne de 0,33 ($p < 0,0001$). Les enseignants débutants qui ne déclarent pas d'intérêt professionnel pour l'éducation à la santé ont moins d'intérêt avec un score moins élevé en moyenne de 0,37 ($p = 0,0016$) et ceux qui n'identifient pas l'importance de l'éducation à la santé dans le

développement des élèves ont moins d'intérêt avec un score moins élevé en moyenne de 0,25 ($p=0,0024$). Ceux qui ont une perception de l'efficacité de l'éducation à la santé dans la prévention des conduites à risque ultérieures ont plus d'intérêt avec un score plus élevé en moyenne de 0,26 ($p=0,0101$). Ceux qui n'ont pas lu de circulaire en lien avec l'éducation à la santé ont moins d'intérêt avec un score moins élevé en moyenne de 0,28 ($p=0,0069$). Ceux qui ont un intérêt pour le bien-être des élèves ont plus d'intérêt pour l'éducation à la santé avec un score plus élevé en moyenne de 0,33 ($p<0,0001$). Les enseignants débutants qui ont déclaré un sentiment de compétence plus élevé pour l'éducation à la santé ont plus d'intérêt avec un score en moyenne plus élevé de 0,33 ($p<0,0001$). Ceux qui ont déclaré un sentiment de compétences pour le bien-être des élèves moins élevé ont moins d'intérêt avec un score en moyenne moins élevé de 0,18 ($p=0,0031$). Enfin, les ceux qui déclarent une place de l'éducation à la santé dans la future pratique plus élevée ont plus d'intérêt avec un score en moyenne plus élevé de 0,20 ($p=0,0002$).

En résumé, l'intérêt pour l'éducation à la santé en début de formation est corrélé à la filière, à l'intérêt professionnel et à l'intérêt pour le bien-être des élèves, aux sentiments de compétence ainsi qu'à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique. Il est également influencé par la perception de l'efficacité sur la prévention des conduites à risques ultérieures et le choix de la contribution de l'éducation à la santé au développement des élèves.

3.5.5.1.2 Pour l'éducation à la santé en fin de formation

Intérêt pour l'éducation à la santé					
$R^2 = 0,55 ; n = 173$		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		0,20	0,29	0,69	0,4909
ES est aussi importante que maths et français	Non vs. Oui	-0,39	0,12	-3,1	0,0023
Les familles et l'Ecole ont chacune un rôle à jouer	Non vs. Oui	-0,33	0,12	-2,85	0,0049
Q14_12 : Action en ES seulement efficace s'il y a des partenaires extérieurs	D'accord vs. Pas d'accord	-0,19	0,24	-0,76	0,4458
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	-0,53	0,18	-2,99	0,0032
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	-0,37	0,18	-2,06	0,0413
Lecture Article, Revue sur l'ES	Non vs. Oui	-0,43	0,14	-3,08	0,0024
Lecture circulaires sur l'ES	Non vs. Oui	-0,31	0,13	-2,38	0,0185
Raison de la place de l'ES dans la future pratique	Contraintes/Compromis vs. Autres raisons	0,54	0,13	4,17	<0,0001
Expérience en tant qu'EAP	Non vs. Oui	0,50	0,21	2,39	0,0181

Intérêt pour le bien-être des élèves	0,44	0,06	7,63	<0,0001
Sentiment de compétence pour l'ES	0,17	0,06	3,1	0,0023

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 55 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé en fin de formation

L'intérêt pour l'éducation à la santé en fin de formation est corrélé à l'intérêt pour le bien-être des élèves et au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé. Il est également corrélé aux caractéristiques de la tâche (importance relative aux mathématiques et au français, place des familles et de l'école) ainsi qu'à la perception individuelle de l'efficacité des actions en lien avec la place des partenaires. Il est influencé par les pratiques personnelles de recherche d'information (lecture d'articles ou de textes juridiques), aux raisons avancées pour justifier la place de l'éducation à la santé dans la future pratique et aux expériences professionnelles en tant qu'EAP (Emploi Avenir Professeur).

3.5.5.1.3 Pour le bien-être des élèves en début de formation

Intérêt pour le bien-être des élèves		Coefficient β	Erreur type	t	p
$R^2 = 0,49$; $n = 213$					
Constante		0,26	0,16	1,61	0,1097
Objectif de l'ES	Besoins physio. vs. Bien-être	-0,24	0,20	-1,17	0,2431
	Développer compétences vs. Bien-être	-0,59	0,17	-3,39	0,0008
	Préparer citoyenneté vs. Bien-être	-0,72	0,16	-4,42	<0,0001
	Connaissances vs. Bien-être	-0,31	0,13	-2,33	0,0207
Role de l'enseignant/CPE de contribuer au développement personnel des élèves	D'accord vs. Plutôt d'acc + Pas d'acc	0,39	0,12	3,19	0,0016
ES ne concerne que la sphère familiale	Plutôt pas d'acc + D'accord vs. Pas d'accord	-0,44	0,11	-3,99	<0,0001
Pour l'ES, il est préférable de travailler collectivement	Certainement vs. Probablement	0,25	0,12	2,13	0,0341
Souhaite enseigner en maternelle	Non vs. Oui	-0,34	0,11	-3,17	0,0018
Intérêt pour l'ES		0,40	0,06	6,92	<0,0001
Sentiment de compétence pour l'ES		-0,21	0,07	-3,13	0,0020
Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves		0,32	0,06	5,42	<0,0001

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 56 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien – être des élèves en début de formation

L'intérêt pour le bien-être des élèves en début de formation est corrélé à l'intérêt pour l'éducation à la santé et au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé et le bien-être des élèves. Il est également lié aux caractéristiques de la tâche (objectif prioritaire, place du travail collectif) ainsi qu'aux perceptions individuelles du rôle de l'enseignant dans le développement des élèves, à sa place à l'école. Il est influencé par le type d'établissement visé lors de l'insertion professionnelle (Maternelle).

3.5.5.1.4 Pour le bien-être des élèves en fin de formation

Intérêt pour le bien-être des élèves					
$R^2 = 0,44 ; n = 189$		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		0,88	0,36	2,44	0,0157
La santé, c'est	Santé globale vs. Profane	-0,32	0,21	-1,54	0,1263
	Thématiques vs. Profane	-0,48	0,19	-2,48	0,0143
Nécessité d'intégrer les priorités locales de santé	Non vs. Oui	-0,36	0,13	-2,72	0,0071
Q14_4 : Ens./CPE n'a pas le droit de donner des directives concernant la vie familiale	D'accord vs. Pas d'accord	-0,44	0,28	-1,6	0,1111
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	-0,58	0,26	-2,19	0,0296
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	-0,72	0,27	-2,67	0,0083
Expérience en tant qu'AED	Non vs. Oui	0,37	0,16	2,34	0,0204
Intérêt pour l'ES		0,41	0,06	6,6	<0,0001
Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves		0,26	0,06	4,07	<0,0001
Place de l'ES dans la future pratique		0,16	0,06	2,45	0,0153

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 57 - Facteurs corrélés à l'intérêt pour le bien – être des élèves en fin de formation

L'intérêt pour le bien-être des élèves en fin de formation est corrélé à l'intérêt pour l'éducation à la santé et au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves ainsi qu'à la place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique. Il est également lié à la vision de la santé et à l'identification de la nécessité d'intégrer les priorités locales de santé. On note également l'influence de la perception du rôle de l'enseignant ou de l'éducateur en lien avec la sphère familiale. Une expérience en tant qu'AED (Assistant d'Education) a également une influence.

3.5.5.2 Concernant le sentiment de compétence

3.5.5.2.1 Pour l'éducation à la santé en début de formation

Sentiment de compétence pour l'éducation à la santé					
<i>R² = 0,43 ; n = 219</i>		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		0,05	0,11	0,47	0,6385
Parcours de formation	M2A vs. M1	0,34	0,12	2,82	0,0053
	M2B vs. M1	0,26	0,15	1,76	0,0805
Pression sociale laisse peu de place à l'ES	(Plutôt) D'accord vs. (Plutôt) Pas d'accord	-0,27	0,12	-2,27	0,0240
Intérêt pour l'ES		0,39	0,06	6,65	<0,0001
Intérêt pour le bien-être des élèves		-0,21	0,06	-3,41	0,0008
Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves		0,49	0,06	8,91	<0,0001

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 58 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en début de formation

Le sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en début de formation est corrélé au parcours de formation (M2A vs M1), à la perception du sujet pour ce qui concerne la pression sociale qui laisserait peu de place aux actions éducatives mêlant la santé. Il est également lié à l'intérêt tant pour l'éducation à la santé que pour le bien-être des élèves. Il est également corrélé au sentiment de compétences pour le bien-être des élèves.

3.5.5.2.2 Pour l'éducation à la santé en fin de formation

Sentiment de compétence pour l'éducation à la santé					
<i>R² = 0,42 ; n = 208</i>		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		0,66	0,17	3,81	0,0002
L'ES est l'une des missions de l'Ecole	Non vs. Oui	-0,35	0,13	-2,7	0,0074
Q14_14 : Pression sociale laisse peu de place à l'ES	Pas d'accord vs. D'accord	-0,25	0,12	-2,13	0,0347
Souhait d'enseigner en lycée professionnel	Non vs. Oui	-0,43	0,16	-2,67	0,0083
Intérêt pour l'ES		0,24	0,06	4,42	<0,0001
Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves		0,45	0,06	7,66	<0,0001
Temps de formation spécifique à l'ES dans le cursus		0,10	0,05	1,81	0,0718

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 59 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en fin de formation

Le sentiment de compétence pour l'éducation à la santé en fin de formation est corrélé à l'identification de l'éducation à la santé comme une mission de l'école, à la perception du sujet pour ce qui concerne la pression sociale qui laisserait peu de place aux actions éducatives mêlant la santé et au souhait d'enseigner en Lycée professionnel. Il est également

lié à l'intérêt pour l'éducation à la santé et au sentiment de compétences pour le bien-être des élèves. Il est également corrélé de manière tendancielle ($p=0,0718$) avec le fait d'avoir reçu un temps de formation spécifique en éducation à la santé.

3.5.5.2.3 Pour prendre en charge le bien-être des élèves en début de formation

Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves					
$R^2 = 0,67$; $n = 90$		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		2,29	0,41	5,65	<0,0001
ES favorise l'apprentissage des élèves	Non vs. Oui	0,32	0,14	2,28	0,0256
ES a sa place pour une autre raison	Non vs. Oui	-0,37	0,17	-2,17	0,0337
Ens./CPE n'a pas le droit de donner des directives concernant la vie familiale	D'accord vs. Pas d'accord	-0,63	0,28	-2,26	0,0269
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	-0,74	0,26	-2,88	0,0052
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	-0,39	0,26	-1,5	0,1377
Pression sociale laisse peu de place à l'ES	(Plutôt) D'accord vs. (Plutôt) Pas d'accord	-0,53	0,15	-3,53	0,0007
L'ES pose des problèmes éthiques	D'accord vs. Pas d'accord	-1,26	0,35	-3,62	0,0005
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	-0,14	0,17	-0,84	0,4009
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	-0,11	0,17	-0,65	0,5194
ES dans expérience en milieu scolaire antérieure	Non vs. Oui	0,37	0,13	2,78	0,0069
Recherche d'information auprès des formateurs	Non vs. Oui	-0,30	0,15	-1,99	0,0500
Recherche d'information auprès d'autres personnes	Non vs. Oui	-0,59	0,15	-3,89	0,0002
Expérience en tant qu'AVS	Non vs. Oui	-0,83	0,25	-3,24	0,0018
Formation en ES	Non vs. Oui	0,26	0,14	1,88	0,0647
Intérêt pour l'ES		-0,16	0,08	-1,97	0,0528
Intérêt pour le bien-être des élèves		0,47	0,08	5,89	<0,0001
Sentiment de compétence pour l'ES		-0,15	0,07	-2,03	0,0464

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 60 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en début de formation

Le sentiment de compétence pour la prise en charge du bien-être des élèves en début de formation est corrélé à l'identification de la santé comme condition de l'apprentissage des élèves ou pour une autre raison, à la perception du sujet pour ce qui concerne la frontière avec la sphère privée, les problèmes éthiques ou la pression sociale qui laisserait peu de place aux questions éducatives mêlant la santé. Il est également influencé par le fait d'avoir eu une

formation ou une expérience scolaire en éducation à la santé ou d'avoir occupé un emploi d'AVS (ancienne appellation des Assistants de Vie Scolaire (AESH)) et par des pratiques personnelles de recherche d'informations. Il est également lié à l'intérêt tant pour l'éducation à la santé que pour le bien-être des élèves. Il est pour finir corrélé au sentiment de compétences pour l'éducation à la santé.

3.5.5.2.4 Pour prendre en charge le bien-être des élèves en fin de formation

Sentiment de compétence pour le bien-être des élèves					
$R^2 = 0,42 ; n = 189$		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		-1,13	0,30	-3,82	0,0002
Ecole doit intégrer les priorités nationales de santé	Non vs. Oui	0,24	0,11	2,09	0,0384
Intérêt professionnel pour l'ES	Non vs. Oui	0,31	0,14	2,26	0,0250
Q14_4 : Ens./CPE n'a pas le droit de donner des directives concernant la vie familiale	D'accord vs. Pas d'accord	0,57	0,26	2,18	0,0307
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	0,52	0,25	2,04	0,0432
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	0,74	0,26	2,84	0,0051
Aucune expérience en milieu scolaire	Non vs. Oui	0,30	0,11	2,66	0,0085
Intérêt pour l'ES		0,24	0,06	4,37	<0,0001
Sentiment de compétence pour l'ES		0,44	0,06	7,89	<0,0001

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 61 - Facteurs corrélés au sentiment de compétence pour le bien-être des élèves en fin de formation

Le sentiment de compétence pour la prise en charge du bien-être des élèves en fin de formation est corrélé à l'identification de la nécessité pour l'école d'intégrer les priorités nationales de santé et à la perception du sujet sur le fait que l'enseignant n'a pas le droit de donner des directives concernant la vie familiale. Il est également corrélé à l'intérêt tant professionnel que personnel pour l'éducation à la santé et au sentiment de compétences pour l'éducation à la santé. Le fait de n'avoir aucune expérience en milieu scolaire a également une influence.

3.5.5.3 Concernant la place de l'éducation à la santé dans la future pratique

3.5.5.3.1 En début de formation

Place accordée à l'ES dans la future pratique					
$R^2 = 0,43 ; n = 213$		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		-0,13	0,17	-0,74	0,4608
Pour être efficace une action d'ES doit durer tout au long de la scolarité	D'accord vs. Plutôt d'acc + Pas d'acc	0,25	0,11	2,26	0,0251
Raison de la place accordée	Cœur de métier vs. Ressources	0,38	0,22	1,75	0,0815
	Compromis vs. Ressources	-0,49	0,21	-2,3	0,0222
	Contraintes vs. Ressources	-0,79	0,21	-3,78	0,0002
	Finalités vs. Ressources	0,40	0,19	2,16	0,0318
	Intérêt vs. Ressources	0,34	0,26	1,31	0,1923
Intérêt pour l'ES		0,37	0,06	6,76	<0,0001

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 62 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en début de formation

La place accordée à l'éducation à la santé dans la future pratique en début de formation est corrélée à l'identification de la temporalité nécessaire pour garantir l'efficacité des interventions éducatives en santé et aux raisons de cette place ainsi qu'à l'intérêt pour l'éducation à la santé.

3.5.5.3.2 En fin de formation

Place accordée à l'ES dans la future pratique					
$R^2 = 0,47 ; n = 181$		Coefficient β	Erreur type	t	p
Constante		1,53	0,41	3,71	0,0003
ES ce n'est pas	Ne pas imposer vs. Pas que des connaissances	-0,27	0,12	-2,27	0,0243
ES figure dans le socle commun	Non vs. Oui	-0,37	0,12	-3	0,0031
Q14_1 : Contribuer au développement de l'enfant	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	-0,43	0,15	-2,88	0,0045
Q14_3 : ES ne concerne que la sphère familiale	Plutôt pas d'acc + D'accord vs. Pas d'accord	-0,35	0,13	-2,66	0,0085
Q14_6 : L'ES doit se limiter à donner des infos sur les conséquences...	D'accord vs. Pas d'accord	-1,13	0,29	-3,85	0,0002
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	0,09	0,18	0,51	0,6090
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	0,02	0,13	0,18	0,8593
Q14_9 : ES vise à lutter contre les stéréotypes	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	0,29	0,13	2,27	0,0243
Q14_11 : Pour être efficace une action d'ES doit durer tout au long de la scolarité	D'accord vs. Plutôt d'acc + Pas d'acc	0,39	0,13	3,04	0,0027

Q14_14 : Pression sociale laisse peu de place à l'ES	Pas d'accord vs. D'accord	-0,38	0,13	-2,98	0,0033
ES dans stage en milieu scolaire	Non vs. Oui	-0,26	0,12	-2,14	0,0342
Stage directement en lien avec l'ES dans cursus actuel	Non vs. Oui	-0,73	0,33	-2,2	0,0288
Intérêt pour l'ES		0,27	0,07	3,88	0,0001
Intérêt pour le bien-être des élèves		0,18	0,07	2,49	0,0137

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 63 - Facteurs corrélés à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique en fin de formation

La place accordée à l'éducation à la santé dans la future pratique en fin de formation est liée à l'identification de ce que n'est pas l'éducation à la santé et au fait qu'elle figure dans le socle commun. Cette place est également influencée par les perceptions individuelles qui concernent la nécessité de contribuer au développement des élèves, la frontière entre sphère publique et privée, le fait de ne donner que des informations sur les conduites à risque, à la lutte contre les stéréotypes, à la temporalité des actions et à la pression sociale. Elle est également corrélée au fait d'avoir fait un stage en éducation à la santé en milieu scolaire ou d'avoir eu une expérience en lien avec l'éducation à la santé lors d'un stage. Enfin, elle est corrélée à l'intérêt pour l'éducation à la santé et pour le bien-être des élèves.

3.5.6 Synthèse des facteurs identifiés dans les analyses multivariées concernant les caractéristiques des enseignants débutants

Les changements concernant les caractéristiques des enseignants débutants (intérêt, sentiment de compétence, place dans la future pratique) entre le début et la fin de la formation se traduisent également par une multiplicité de facteurs corrélés. Ces facteurs renvoient aux caractéristiques de la tâche, aux caractéristiques du parcours de formation mais également à d'autres caractéristiques de l'enseignant débutant que celle retenue dans l'analyse comme variable dépendante. Considérant ces dernières, en début et en fin de formation, l'intérêt pour l'éducation à la santé est toujours corrélé à l'intérêt pour le bien-être des élèves, au sentiment de compétence pour l'éducation à la santé ou le bien-être des élèves et à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique. De façon générale, l'intérêt influence le sentiment de compétence et le sentiment de compétence influence l'intérêt que ce soit pour l'éducation à la santé ou le bien-être des élèves et ceci en début ou en fin de formation. Par contre, le sentiment de compétence n'apparaît pas influencé la place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique. Le parcours de formation en fin de formation influence de façon tendancielle le sentiment de compétence en éducation à la santé à travers l'exposition à

un temps spécifique en éducation à la santé dans le cursus. Les expériences avec les élèves en tant qu'EAP ou en tant qu'AED influencent négativement l'intérêt pour l'éducation à la santé ou le bien-être des élèves à travers. L'opportunité d'avoir eu une expérience en éducation à la santé lors d'un stage ou d'avoir effectué directement un stage en éducation à la santé dans son parcours de formation influence positivement la place déclarée dans la future pratique.

Caractéristique du sujet considérée	Variables corrélées en début de formation	Variables corrélées en fin de formation
Intérêt pour l'éducation à la santé	-Intérêt pour le bien – être des élèves -Sentiment de compétence pour le bien -être des élèves - Sentiment de compétence pour l'ES - Place de l'ES dans la future pratique	-Intérêt pour le bien – être des élèves -Sentiment de compétence pour le bien -être des élèves -Expérience en tant qu'EAP -Raisons de la place de l'ES dans la future pratique
Intérêt pour le bien – être des élèves	-Intérêt pour l'ES -Sentiment de compétence pour le bien -être des élèves -Sentiment de compétence pour l'ES	-Intérêt pour l'ES -Sentiment de compétence pour le bien -être des élèves -Expérience en tant qu'AED - Place de l'ES dans la future pratique
Sentiment de compétence pour l'éducation à la santé	- Intérêt pour l'ES - Sentiment de compétence pour le bien -être des élèves -Intérêt pour le bien – être des élèves	- Intérêt pour l'ES -Sentiment de compétence pour le bien -être des élèves - Formation spécifique en ES dans le cursus
Sentiment de compétence pour le bien – être des élèves	- Intérêt pour l'ES - Sentiment de compétence pour l'ES -Intérêt pour le bien – être des élèves	- Intérêt pour l'ES - Sentiment de compétence pour l'ES
Place de l'éducation à la santé dans la future pratique	- Intérêt pour l'ES	- Intérêt pour l'ES - Intérêt pour le bien – être des élèves -Expérience de l'ES en stage -Stage dédié à l'ES dans le parcours de formation

Légende ES= éducation à la santé

Tableau 64 - Synthèse des facteurs corrélés aux caractéristiques des enseignants débutants en début et fin de formation

3.5.7 Analyse longitudinale de l'intérêt pour l'éducation à la santé

Afin de mesurer les facteurs corrélés à l'intérêt pour l'éducation à la santé et plus particulièrement à son évolution sur la temporalité de l'empan de formation, une analyse multivariée longitudinale a été conduite en sélectionnant les enseignants débutants qui avaient complété à plusieurs reprises notre questionnaire.

Les résultats obtenus s'interprètent aussi bien comme des différences entre les profils des enseignants débutants que comme une évolution chez un même enseignant débutant (ce type

d'interprétation est possible ici car nous avons un suivi longitudinal des enseignants débutants sur l'ensemble des variables).

Intérêt pour l'éducation à la santé					
<i>n = 160</i>		Coefficient	Erreur type	Z	p
Constante		0,26	0,42	0,63	0,5285
Année d'inscription	M2A vs. M2B	1,09	0,16	6,73	<0,0001
	M1 vs. M2B	0,77	0,23	3,31	0,0009
Nécessité d'intégrer les priorités locales de santé	Oui vs. Non	0,63	0,14	4,47	<0,0001
ES figure dans les programmes scolaires	Oui vs. Non	0,62	0,10	6	<0,0001
ES est une dimension du métier	Oui vs. Non	-0,59	0,08	-7,41	<0,0001
Q14_3 : ES ne concerne que la sphère familiale	Pas d'accord vs. Plutôt pas d'acc + D'accord	0,67	0,10	6,65	<0,0001
Q14_9 : ES vise à lutter contre les stéréotypes	D'accord vs. Plutôt d'acc+ Pas d'acc	0,57	0,09	6,49	<0,0001
Q14_18 : L'éducation à la santé pose de sérieux problèmes éthiques	D'accord vs. Pas d'accord	0,88	0,27	3,23	0,0012
	Plutôt d'accord vs. Pas d'accord	0,20	0,10	2,05	0,0407
	Plutôt pas d'acc. vs. Pas d'accord	0,08	0,09	0,94	0,3482
ES dans stage en milieu scolaire	Oui vs. Non	1,06	0,10	11,08	<0,0001
Expérience en tant que fonctionnaire stagiaire	Oui vs. Non	-1,68	0,09	-19,38	<0,0001
Intérêt pour le bien-être des élèves		0,53	0,03	15,7	<0,0001
Place de l'ES dans la future pratique		0,02	0,00	11,4	<0,0001
Temps de formation spécifique à l'ES dans le cursus		0,02	0,00	5	<0,0001
Temps de recueil	T1 vs. T4	-0,19	0,31	-0,61	0,5398
	T2 vs. T4	-0,23	0,23	-1	0,3174
	T3 vs. T4	0,27	0,17	1,55	0,1200

Tableau 65 - Analyse longitudinale de l'intérêt pour l'éducation à la santé et facteurs corrélés

Les enseignants débutants en M1 ou en M2A ont plus d'intérêt pour l'éducation à la santé que ceux de M2B avec, respectivement, un score plus élevé en moyenne de 0,77 ($p=0,0009$) et de 1,09 ($p<0,0001$). La progression dans l'empan de formation (de M1 à M2A) s'accompagne donc d'une augmentation significative de l'intérêt pour l'éducation à la santé. Les enseignants qui choisissent la nécessité d'intégrer les priorités locales de santé ou l'identification de l'éducation à la santé dans le socle commun comme propriétés de la tâche comprise ont plus

d'intérêt pour l'éducation à la santé avec, respectivement, un score moyen plus élevé de 0,63 ($p < 0,0001$) et 0,62 ($p < 0,0001$). Ceux qui choisissent le fait que l'éducation à la santé est une dimension du métier ont un intérêt pour celle-ci moins élevé avec un score moyen moins élevé de 0,59 ($p < 0,0001$). Ceux qui sont en accord avec l'objectif de lutte contre les stéréotypes ont plus d'intérêt pour l'éducation à la santé avec un score moyen plus élevé de 0,57 ($p < 0,0001$). Ceux qui sont en désaccord avec le fait que l'éducation à la santé ne concernerait que la sphère familiale ont un intérêt plus élevé avec un score moyen plus élevé de 0,67 ($p < 0,0001$). Les enseignants débutants qui sont d'accord avec le fait que l'éducation à la santé pose des problèmes éthiques ont un intérêt plus élevé avec un score moyen plus élevé de 0,88 ($p = 0,0012$). Avoir une expérience de l'éducation à la santé lors d'un stage en milieu scolaire fait augmenter en moyenne le score de 1,06 points ($p < 0,0001$). Ce score est moins élevé de 1,68 lorsqu'ils ont eu une expérience en tant que fonctionnaire stagiaire ($p < 0,0001$). Enfin le niveau d'intérêt pour l'éducation à la santé augmente avec l'élévation de l'intérêt pour le bien-être des élèves ($\beta = 0,53$; $p < 0,0001$) et de la place accordée à l'éducation à la santé dans la future pratique ($\beta = 0,02$; $p < 0,0001$).

Ces résultats confirment dans l'ensemble un effet de la temporalité de la formation sur l'intérêt pour l'éducation à la santé des enseignants débutants, en particulier quand ils ont bénéficié d'un temps de formation spécifique (le score d'intérêt augmente de 0,02 pour chaque heure de cours suivie, $p < 0,0001$) ou d'expériences avec l'éducation à la santé en stage. La prise de responsabilité en tant que fonctionnaire stagiaire influence à la baisse cet intérêt pour l'éducation à la santé ($p < 0,0001$).

3.6 Discussion

La méthode de recueil des questionnaires est la principale limite de cette enquête. Dans un premier temps, comme précisé précédemment (paragraphe recueil de données), deux modalités de passation ont été utilisées : soit en présentiel lors des cours à l'ESPE ou par courriel. Le renseignement du questionnaire s'en trouve donc potentiellement impacté. Cependant cela ne concerne qu'un faible effectif (38/534), ce qui limite l'impact de ce biais dans la passation.

Le second biais concerne le temps de formation imputé aux enseignants débutants. Il a été calculé à partir des maquettes de formation et correspond donc à la quantité de formation

qu'ils reçoivent s'ils sont présents à chaque fois. Les absences plus ou moins importantes n'ont donc pas pu être prises en compte dans ce calcul du temps de formation.

Les autres limites méthodologiques de cette étude sont liées au fait que celle-ci ne consiste pas en un suivi individuel des sujets qui constituent notre population (sauf pour l'analyse multivariée longitudinale). De plus les taux de retour du questionnaire différent entre le début et la fin de la formation. Ces arguments impactent donc la portée de nos conclusions au regard de la représentativité de cette population dans la temporalité de l'étude. De plus, étant donné que la participation à l'enquête est basée sur le volontariat, et non sur un échantillonnage sélectif, il y a un contrôle moindre sur le profil des enseignants débutants qui ont répondu. Mais il faut noter que l'objectif n'était pas d'avoir un échantillon représentatif mais plutôt un échantillon prenant en compte la diversité des parcours et notamment de la formation dans le domaine de l'éducation à la santé.

Pour autant, ces résultats mettent en évidence la diversité des tâches comprises qui circulent dans notre population. Cette diversité repose sur les perceptions des enseignants débutants concernant les objets de la tâche comprise que sont la santé et l'éducation à la santé. Ces perceptions évoluent sur la temporalité de la formation vers une vision holistique de la santé et une finalité de l'éducation à la santé centrée sur l'élève dans une perspective de bien-être. Cette diversité concerne, de façon moindre, également le but ainsi que l'importance de la propriété « travail collectif » de la tâche comprise. Les caractéristiques des enseignants débutants évoluent également sur la temporalité de la formation, en particulier le sentiment de compétence, confirmant un effet de la formation initiale. L'analyse longitudinale a démontré une augmentation de l'intérêt pour l'éducation à la santé sur la temporalité de la formation sous certaines conditions qui confirme également un effet du parcours de formation.

Entre le début et la fin de la formation, on mesure un déplacement des équilibres entre caractéristiques de la tâche et perceptions individuelles au profit des premières. Ce résultat confirme, selon nous, le fait que l'avancement des enseignants débutants dans la temporalité de la formation s'accompagne de la compréhension de ce que signifie éduquer à la santé à travers une activité qui deviendrait alors essentiellement productive.

Considérant les facteurs impliqués, la tâche comprise finale est influencée par plusieurs caractéristiques du parcours de formation lors des analyses multivariées. Concernant les caractéristiques de cette tâche comprise finale, la filière (PE, CPE vs PLP), la forme que

prend l'éducation à la santé dans le parcours, en particulier le fait d'avoir réalisé un travail de recherche en éducation à la santé et le volume de formation commune assurée dans d'autres UE non spécifiques ont été identifiés. Concernant l'influence sur les caractéristiques des enseignants débutants en fin de formation, le fait d'avoir eu une formation spécifique en éducation à la santé, une expérience de l'éducation à la santé en stage ou un stage dédié à l'éducation à la santé dans son parcours ont été identifiés. Par ailleurs, l'expérience avec les élèves (en tant que fonctionnaire stagiaire, EAP ou AED) influence ces caractéristiques en fin de formation.

Les dispositifs de formation en éducation à la santé influenceraient donc au final plutôt les caractéristiques de la tâche comprise (activité productive) alors que les expériences de formation influenceraient plutôt les caractéristiques des enseignants débutants (activité constructive).

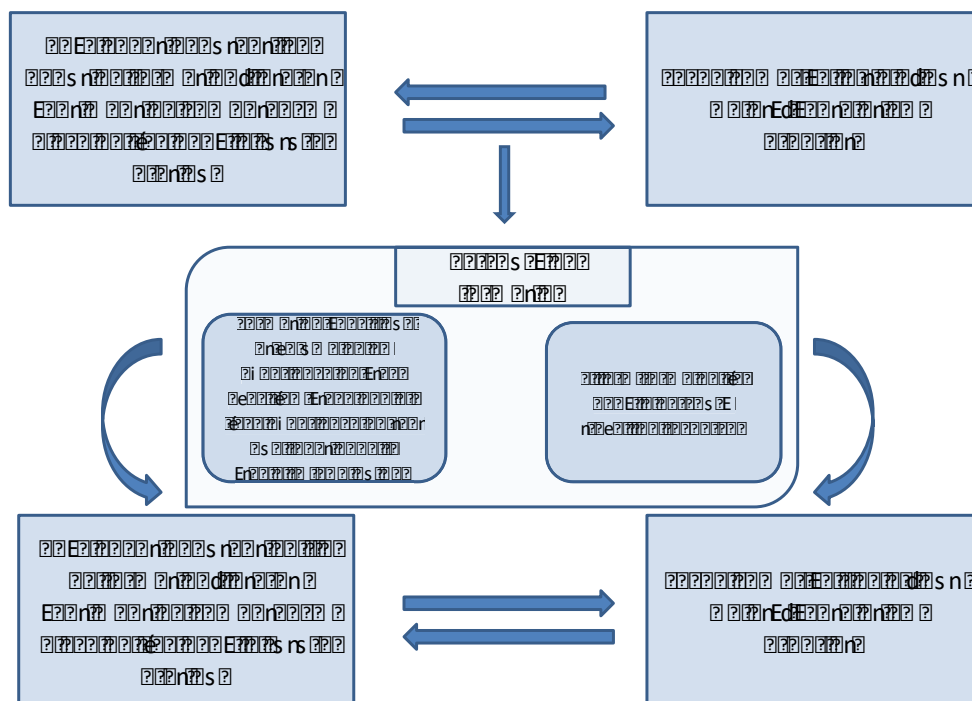


Figure 27 – Synthèse des variables liées au parcours de formation influençant la tâche comprise et les caractéristiques des enseignants débutants en éducation à la santé en fin de formation

3.7 Principaux résultats

Nous reprenons dans le tableau ci-dessous l'ensemble des principaux résultats de l'étude quantitative.

Question de recherche spécifique	Analyse conduite	Dimension de la tâche comprise en éducation à la santé analysée	Méthode d'analyse	Principaux résultats
Quelles sont les différentes perceptions de la santé et les variables corrélées ?	Analyse quantitative 1	Objet santé	Analyses exploratoires lexicales	2 visions de la santé (holistique et biomédicale) Thématiques partagées Parcours et temporalité de la formation
Quelles sont les différentes perceptions de l'éducation à la santé et les variables corrélées ?	Analyse quantitative 1	Objet éducation à la santé	Analyses exploratoires lexicales	2 visions de l'éducation à la santé (prévention et centrée sur l'élève) Thématiques partagées Parcours et temporalité de la formation
Quelles sont les différents arguments pour justifier la place de l'éducation à la santé dans la future pratique ?	Analyse qualitative	Justification de la place de l'éducation à la santé dans la future pratique	Analyse qualitative	6 catégories d'indexation (Cœur de métier, finalités, intérêt, ressources, contraintes, compromis)
Comment les dimensions de la tâche comprise évoluent-elles entre le début et la fin de la formation ? Quelles sont les variables corrélées ?	Analyses quantitatives 2 et 3	Objets, but, propriété travail collectif en éducation à la santé, intérêt, sentiment de compétence, place déclarée dans la future pratique	Analyses descriptives, univariées et multivariées	Confirmation des études exploratoires pour l'évolution des objets santé et éducation à la santé ; Multiplicité des facteurs qui interagissent ; Déplacement des équilibres entre le début et la fin de la formation au bénéfice des caractéristiques de la tâche ; Identification des variables corrélées du parcours de formation : Caractéristiques de la tâche : formation spécifique en ES, expérience en stage avec l'ES, stage dédié à l'ES,

					<p>expérience en tant que fonctionnaire stagiaire, EAP ou AED</p> <p>Caractéristiques des enseignants débutants : Filière, forme de l'ES dans le parcours, travail de recherche,</p>
<p>Comment évolue l'intérêt pour l'éducation à la santé sur la temporalité de la formation et les variables corrélées ?</p>	<p>Analyse quantitative 4 (mesures répétées)</p>	<p>Intérêt pour l'éducation à la santé</p>	<p>Analyse Longitudinale</p>		<p>Evolution positive sur la temporalité de la formation. Variables corrélées du parcours de formation : formation spécifique et volume, expériences de l'ES en stage augmentent l'intérêt. L'expérience en tant que fonctionnaire stagiaire diminue l'intérêt</p>

Tableau 66 - Synthèse des résultats de l'étude 1

3.8 Perspectives

L'étude quantitative s'est intéressée à décrire les effets des parcours de formation sur la façon dont les enseignants débutants élaborent une compréhension de ce qui est attendu d'eux en éducation à la santé.

Nos résultats permettent d'identifier en particulier une influence non seulement des dispositifs spécifiques mais aussi de leur forme et des expériences vécues avec les élèves. Nous souhaitons comprendre comment les enseignants débutants tirent parti de ces ressources pour élaborer une tâche comprise et identifier les facteurs qui influencent cette élaboration.

Questions de recherche	Population	Perspectives de l'étude 2
Comment s'élaborent les tâches comprises dans la temporalité d'un parcours de formation ?	M2B (étudiants n'ayant pas réussi au concours mais engagé dans la poursuite du master)	Caractéristiques qualitatives des tâches comprises en éducation à la santé Evolution de la tâche au cours du temps
Quels sont les facteurs qui influencent cette élaboration ?		Facteurs liés à l'élaboration de tâches comprises en éducation à la santé

Tableau 67 – Questions de recherche, population et perspectives de l'étude 2

Caractéristiques qualitatives des tâches comprises en éducation à la santé et facteurs corrélées

Notre première étude qualitative cherche à mettre l'accent sur le processus à l'origine de l'élaboration d'une tâche comprise en éducation à la santé au cours de la formation. Pour ce faire, elle concerne un parcours de formation (M2B) avec un volume de formation conséquent et diversifié en éducation à la santé. Elle est conduite sur un semestre universitaire et l'outil de recueil (journal de bord) a été retenu pour permettre un suivi sur cette durée de l'élaboration de la tâche comprise. Nous en présentons dans la suite les principales caractéristiques.

1 Méthodologie

1.1 Le journal de bord comme outil de recueil

Le recueil de données est basé sur la collecte de traces de l'activité des enseignants débutants constituant notre population. Chaque « trace » est élaborée de façon graduelle tout au long du dispositif de recherche (1 semestre). Le type de recueil retenu (par journal de bord) présente l'avantage de nous donner accès aux significations construites par la mise en mots des enseignants débutants. Ces significations revêtent de ce fait un caractère important pour eux. Enfin, la mise en mots par écrit nous a évité une transcription des verbatim qui étaient ainsi directement accessibles. Les limites tiennent essentiellement à l'attention nécessaire aux enseignants débutants pour « se tenir » à l'exercice sur la durée.

Notre journal de bord (cf. annexes 6 et 7) est structuré autour de deux entrées. La première entrée (axe vertical) reprend les principaux savoirs théoriques structurant l'objet éducation à la santé. Ces savoirs proviennent d'une étude exploratoire par questionnaire conduite sur les mêmes sites ESPE (Cury et coll., 2014) (cf. annexe 3) et sont donc caractéristiques des dispositifs de formation offerts. La seconde entrée (axe horizontal) reprend les différents espaces – temps du parcours de formation ainsi qu'une place pour les expériences personnelles des sujets. Les verbatim sont issus du croisement d'un savoir théorique avec un espace-temps du parcours de formation ou une expérience personnelle. Le journal de bord « vierge » a été mis à la disposition des enseignants débutants (le 30/09/2016) qui pouvaient le compléter tout ou partie et selon des modalités qui étaient laissées à leur convenance. La consigne donnée était la suivante « *À partir de vos expériences professionnelles (et personnelles) illustrez comment chaque élément en lien avec l'éducation à la santé concourt à l'atteinte de votre projet professionnel* ». A l'issue du semestre (le 13/01/2017), le journal de

bord complété a été transmis aux responsables de formation.

1.2 Choix de la population

Cette étude cible des enseignants débutants inscrits dans un parcours de formation qui peut être défini par leurs caractéristiques communes à savoir des enseignants débutants de seconde année de Master MEEF du site B. Ils (n=46) sont inscrits en 2016/2017 dans le parcours de formation dit M2B, qui s'adressent aux étudiants qui ne sont pas titulaires du concours de professeur des écoles mais qui poursuivent en seconde année de Master dans le cadre d'un parcours adapté. Considérant notre objet (l'éducation à la santé), ce parcours présente plusieurs dispositifs en lien direct à savoir des enseignements spécifiques obligatoires ou optionnels (UE15 et UE16 en autre), un séminaire d'initiation à la recherche dédié (UE17) commun à tous nos sujets et un stage dit « Hors Education nationale » qui se déroule, en général, dans des structures où l'éducation à la santé est au centre des objectifs de stage (stage en collège auprès d'infirmière scolaire par exemple). Il est d'ores et déjà important de noter que ces différentes UE (hors l'UE 16 commune à tous) peuvent structurer ou pas le parcours de l'enseignant débutant en fonction des choix de celui-ci. Par ailleurs, nous avons défini le parcours de formation de façon large. Cette attention trouve sa traduction dans l'outil de recueil qui dépasse la seule mention des dispositifs dédiés en éducation à la santé (cf. annexe 6).

1.3 Analyses conduites

Une première phase a consisté à reconstruire le programme de formation des enseignants débutants. Dans une seconde phase, les analyses ont été conduites sur les journaux de bord transmis par les responsables de formation après avoir été anonymés. Chaque journal de bord a été affecté d'un numéro (De E1 à E48). Nous avons pris connaissance de l'ensemble des verbatim par lecture flottante (Bardin, *ibid.*). Chaque verbatim a ensuite été catégorisé par classification descendante hiérarchique (Bardin, *ibid.*) afin de rendre compte des références élaborées par les sujets et qui constituent la tâche comprise en éducation à la santé. Suite à cette première phase, trois indices ont été construits qui concernent le rapport aux savoirs théoriques, le rapport à la socialisation (professionnelle et personnelle) et les références qui constituent la tâche comprise finale en éducation à la santé. Ils permettent de rendre compte de la façon dont s'élabore cette tâche comprise.

1.4 Résultats

1.4.1 Reconstruction a priori du parcours de formation

Le parcours de formation en lien avec l'éducation à la santé proposé représente 21% de l'horaire total de la maquette (hors les stages). Il s'agit là du critère de sélection de notre population. Ce volume de formation est situé dans la fourchette haute des chiffres d'un rapport du réseau des ESPE publié en 2015¹⁷ et qui concernait alors non seulement l'éducation à la santé mais l'ensemble des « éducations à ». Il est également diversifié au regard du nombre d'UE et de leur nature.

Maquette année M2 parcours B 2016/2017 site de formation B		
Semestre 3	Séminaire « éducation à la santé » (UE17)	18heures/enseignant débutant
Semestre 3 ou 4	Question Professionnelle « éducation et santé » (UE15)	12 heures/enseignant débutant
Semestre3	Ouverture personnelle et professionnelle en « éducation à la santé » (UE16)	24 heures/enseignant débutant
Semestre 4	Séminaire « éducation à la santé » (UE17)	24 heures/enseignant débutant
Semestre 4	Stage hors école en lien avec l'éducation à la santé	8 jours
Semestre 4	EPS (UE12)	18heures/enseignant débutant

Légende : UE : Unité d'Enseignement

Tableau 68 - Reconstruction à priori du parcours de formation en éducation à la santé issue de la maquette année M2 parcours B, ESPE du site B (année universitaire 2016/2017)

1.4.2 Taux de retours des journaux de bord

Le corpus de données est issu des journaux de bord de 48 enseignants débutants sur 56 possibles soit un taux de retour de 86%. Le nombre de verbatim par journal de bord varie de 19 à 100 avec une moyenne de 64 verbatim par journal de bord. Très peu de verbatim n'ont

¹⁷ « La formation à la culture commune dans les masters MEEF » RESPé, 2015

pu être catégorisés (environ 1%). Le fort taux de retour est un critère de représentativité de l'étude.

1.4.3 Caractéristiques du discours

La lecture flottante nous a permis de mesurer la grande richesse des données. Pour autant, l'expression varie considérablement d'un enseignant débutant à l'autre depuis quelques mots-clés avec une mise en forme syntaxique minimale (VE6 « *Missions de l'école concernant la santé des élèves* ») jusqu'à une expression très structurée (VE14 « *La santé a une place première à l'école. Etre en santé peut ne pas avoir la même signification selon les perceptions. L'école participe à l'éducation des enfants et doit par conséquent participer à l'éducation à la santé afin de permettre aux générations d'être en bonne santé, de donner à chacun la possibilité d'accéder à la santé* »). Si cette hétérogénéité de la forme du discours impacte le processus de catégorisation, elle traduit aussi la façon dont l'enseignant débutant développe et met en œuvre ses capacités de réflexion ainsi que la manière dont il investit l'exercice.

1.4.4 Elaborations relatives aux tâches comprises en éducation à la santé

L'analyse du contenu des verbatim a été réalisée manuellement par « catégorisation » ou « rubriques significatives » (Bardin, *ibid.*). Ces opérations ont été réalisées par classification descendante à l'aide d'une procédure par « tas » (Bardin, *ibid.*) après lecture de l'ensemble des verbatim. Nous cherchons à comprendre comment ce parcours de formation permet l'élaboration (Barbier, 2011) de la tâche comprise par les enseignants débutants en éducation à la santé sur la temporalité du dispositif. Cette élaboration est accessible pour le chercheur par les références à l'éducation à la santé que sont les verbatim issus des journaux de bord.

1.4.4.1 Références à la prescription

La catégorie 1 correspond aux verbatim en lien avec la prescription. La forme des verbatim est le plus souvent impersonnelle (« *le PE* », « *l'école* », « *l'enseignant* », « *nous* », « *on* »). Les missions identifiées sont mises en avant (VE28 « *Rôle social de l'école et bénéfices du bien-être à l'école* » ; VE20 « *les élèves ont besoins de sécurités et l'autorité du PE en est garante* », VE 15 « *La bienveillance passe aussi par une autorité statuaire de l'enseignant qui impose une place à tous les acteurs au sein de la classe* »). Les valeurs rattachées au métier transparaissent également (VE18 « *Les adultes sont des modèles pour les enfants* » ; VE2 « *devoir du PE : prise en compte de l'état de santé des élèves* », VE12 « *L'enseignant doit assurer l'égalité entre les élèves* »). Elles correspondent à l'identification du référentiel

de compétences professionnelles (VE41 « *L'éducation à la santé fait partie des missions de l'enseignants. Le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation mentionnent, dans la compétence « Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques » que l'enseignant doit apporter sa contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé* »), des circulaires spécifiques (VE31 « *La politique éducative de santé constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité (circulaire du 2 décembre 2011)* » ; VE5 « *Mise en place du Parcours Educatif de Santé à la rentrée 2016* »), à la loi de santé publique (VE35 « *nouvelle loi de santé 2015. 3 grands enjeux : l'allongement de la durée de vie ; la progression des maladies chroniques ; la persistance des inégalités de santé* »). Les références aux programmes sont également nombreuses dans le discours (VE15 « *L'éducation à la santé fait partie du socle commun elle doit donc aborder les thèmes en s'appuyant sur les enseignements, les actions éducatives et la vie scolaire* » ; VE9 « *L'éducation à la santé est présente dans les programmes scolaires et est travaillée transversalement dans différents enseignements généraux* »). Les disciplines scolaires support sont citées, en particulier l'EPS (Education Physique et Sportive), l'EMC (Education Morale et Citoyenne) et les sciences (VE 12« *Présence des thématiques de santé en EPS, EMC, SVT* »). Mention est faite aux « éducations à » et à plusieurs dispositifs institutionnels de prise en charge des élèves en situation de vulnérabilité (PPS (Projet Personnel de Scolarisation), PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative), PAI (Projet d'accueil individualisé)). Référence est également faite dans cette catégorie aux personnels qui constituent l'équipe éducative (Assistante Maternelle, AESH, psychologue scolaire).

1.4.4.2 Références à des préconisations sociales et sociétales

La catégorie 2 fait référence aux préconisations sociales et sociétales. Il ne s'agit pas là de dimensions spécifiques du métier mais des messages qui circulent dans notre société et des normes qui peuvent y être véhiculées en matière de santé (VE2 « *campagnes de prévention dans les médias* », VE18 « *J'ai déjà recherché des informations sur internet comme par exemple sur le site du PNNS* », VE25 « *recommandations de l'OMS* »). En ce sens même si elles ont un caractère général, nous les différencierons des éléments de discours de la catégorie 1. On trouve également ici des références à des documents issus de travaux de recherche ou à vocation professionnelle fournis en formation (VE10 « *Document sur spiral « Vers des écoles promotrices de santé » : « Une école promotrice de santé promeut la santé et le bien-être de ses élèves, vise à améliorer les résultats scolaires de ses élèves* »).

1.4.4.3 Références aux objectifs de la tâche

La catégorie 3 fait référence aux objectifs de la tâche en éducation à la santé. Ils permettent soit de qualifier le thème retenu (VE21 « *Fondamental pour que les élèves se sentent bien dans leur peau* »(relatif au bien-être) ; VE23 « *Elle ne s'arrête pas aux portes de l'école, cela sert aussi dans la vie quotidienne des élèves* » (relatif à la santé)) soit de le définir en indiquant ses constituants (VE17 « *Infirmières, médecin scolaire, association pour la prévention* » (relatif au partenariat) ; VE10 « *Le déterminant principal de santé des élèves est le milieu social* » (relatif aux déterminants de santé) ; VE42 « *Dépend de plusieurs critères climat de classe, d'école, bienveillance du PE, sa voix et sa posture aussi* »(relatif au bien-être)). Ces verbatim prennent souvent la forme d'un constat posé comme tel (VE37 « *Tous les élèves n'ont pas développé leurs compétences psychosociales de la même façon* » (relatif aux facteurs de protection ou de risque) ; VE43 « *Il existe souvent un projet en EPS chaque année* » (relatif au projet en éducation à la santé)). On trouve également des verbatim qui ne sont pas spécifiques de l'éducation à la santé au sens propre mais qui concernent les connaissances de tout professeur des écoles (VE 34 « *Les évaluations sont souvent faites sous forme de tableau où le PE note les compétences acquises ou non acquises de l'élève* » (relatif à l'évaluation) ; VE26 « *Évaluation positive sous différentes formes (diagnostic, formative, formatrice, bilan) le système d'évaluation par degré de maîtrise (échelle des smileys...)* » (relatif aux disciplines scolaires)).

Les catégories suivantes (4 à 9) font référence à des facteurs contextuels corrélés à la tâche. Ces facteurs sont en général en lien avec les pratiques professionnelles. Celles-ci ont été effectivement conduites par les enseignants débutants dans le cadre des stages (au sein des classes ou des contextes du stage « hors l'éducation nationale ») ou de la formation (construction de projets sur une thématique de santé en M1) soit observées et conduites par d'autres (Maître d'accueil, professionnel de santé), voir en lien avec une pratique personnelle (animateur en CSL, entraîneur dans un club sportif, bénévolat).

1.4.4.4 Références à des facteurs contextuels : l'école

La catégorie 4 fait référence aux contextes ou à des éléments du contexte de l'école qui seraient à prendre en compte dans le travail des enseignants en éducation à la santé. (VE23 « *En maternelle, les parents sont plus présents. Certains laissent même des mots pour que le PE fasse bien attention à leur enfant et donc pour leur bien-être. La communication est plus facile. En élémentaire, les parents parlent rapidement à la sortie de l'école mais pour les*

élèves qui rentrent seuls, il n'y a pas ou peu d'échange avec les parents. Il faut donc prévoir des rendez-vous qu'on propose aux parents pour parler de leur enfant », VE28 « De nos jours les partenariats doivent être pensés au plus près des élèves et des problématiques locales. Aborder des thèmes en accord avec la réalité locale mais surtout en accord avec la sensibilité et les caractéristiques des élèves»)

1.4.4.5 Références à des facteurs contextuels : les partenaires

La catégorie 5 regroupe les verbatim en référence aux partenaires. Les verbatim identifient le type de partenaires (VE19 « *Durant la journée du vivre-ensemble, l'OCCE fût l'un des partenaires, de ce fait il m'a été possible de voir concrètement son implication* » ; VE26 « *Stage chez un partenaire/professionnels de santé : orthophoniste* »). Les partenaires institutionnels sont souvent cités comme ayant une place privilégiée dans ce type de pratique (VE33 « *Collaboration avec les intervenants extérieurs et les partenaires en santé présents dans l'école (infirmière, médecin, psychologue)* »). Les partenaires sont souvent associés à une thématique particulière (VE39 « *Stage à Farnay, en classe de CMI-CM2 : Le cyber harcèlement. Intervention de la gendarmerie pour sensibiliser les élèves à l'usage d'internet et à ses risques* » ; VE32 « *L'O.C.C.E. peut-être un intervenant pour agir sur la santé à l'école puisqu'il met en place des activités de sensibilisation autour du handicap, qu'ils montent des projets autour des droits de l'enfant ainsi que des projets de coopération* »). Les verbatim soulignent les bénéfices liés à ce type de pratique (VE36 « *Important d'avoir des intervenants extérieurs parce que l'enseignant n'est pas toujours qualifié dans tous les domaines* » ; VE40 « *Ils permettent à l'enseignant de pallier des manques de connaissances dans certains domaines ou encore d'apporter un regard extérieur et professionnel sur une situation* ») ou les contraintes (VE34 « *L'autorité du PE n'est pas la même que celle des partenaires et des intervenants. Chacun a son propre rôle* » ; VE1 « *Elaborer des partenariats et donc travailler avec un intervenant sur les questions de santé n'est pas simple car sa mise en place et sa préparation sont parfois lourdes et compliquées (monter un projet, contacter les partenaires spécialisés, avoir un financement, définir les rôles de chacun...)* »). Ils soulignent également, du point de vue des enseignants débutants, les conditions efficaces nécessaires (VE24 « *Le partenariat c'est travailler conjointement, planifier ensemble* » ; VE23 « *Les partenaires qui interviennent dans nos classes ne se substituent pas au PE. Ils doivent être agréés pour faire de l'éducation à la santé* », VE42 « *Prévoir une grande place pour la communication (réunion), surtout pour la mise en place*

d'un projet. Question du financement : l'état, organismes de protection, sociale, collectivités territoriales... »).

1.4.4.6 Références à des facteurs contextuels : les élèves

La catégorie 6 fait référence aux élèves. Les verbatim sont spécifiques des thématiques de santé (VE16 « *En lien avec l'EPS, expliquer aux élèves l'importance de l'échauffement et des étirements après séance* » ; VE19 « *La mise en situation de handicap des élèves lors de la journée du vivre ensemble permet de leur faire comprendre les inégalités que certains subissent* » ; VE34 « *Même si le goûter du matin n'est pas préconisé, dans une classe d'un quartier difficile, les PE prévoyaient un goûter pour tous afin que tous les élèves puissent commencer la journée de manière égale* ») ou plus généraux en lien avec la posture de l'enseignant (VE9 « *En stage, lorsque je voyais des élèves qui ne comprenaient pas en classe ou qui avaient des difficultés à suivre, j'allais vers eux pour leur remonter le moral, mais aussi pour les accompagner dans leurs apprentissages* », VE37 « *J'ai découvert que le développement des compétences psychosociales est primordial pour réussir à former des élèves autonomes avec une bonne estime de soi* »). Les pratiques sont soit référées à un élève en particulier (VE36 « *Lors d'un stage j'ai mis en place une séquence de lutte que j'ai du adapté pour un élève porteur de handicap moteur* ») soit à l'ensemble des élèves (VE22 « *J'ai pu observer lors d'un stage la mise en place des messages clairs ou des boîtes à messages qui favorisent le bien être des élèves et un meilleur climat de classe* », VE26 « *Réalisation de temps calmes avec les enfants après les récréations* »).

1.4.4.7 Références à des facteurs contextuels : le territoire

La catégorie 7 regroupe les verbatim en référence à des caractéristiques du territoire. Elles traduisent un élargissement de la notion de territoire en lien avec des pratiques identifiées (VE16 « *enquêtes diagnostiques relatives à l'école ou au quartier de l'école afin de définir les objectifs d'un projet en santé* » ; VE28 « *Très importante. Permet d'avoir une action plus large et au plus près du quotidien des élèves (famille, quartier, éducateurs, clubs, associations, etc.)* » (relatif à la coéducation) ; VE35 « *Le sujet du projet dépend des diagnostics (représentations, les pratiques, les connaissances) et donc des caractéristiques du territoire dans lequel se trouve l'école* » (choix des priorités) »).

1.4.4.8 Références à des facteurs contextuels : les familles

La catégorie 8 fait référence aux familles. Il s'agit des éléments de discours qui mettent en avant des pratiques ciblant les parents. Les discours oscillent entre généralité (VE20 « *Un espace parent : En effet, un lieu bien particulier est réservé aux parents dans l'école. On y trouve de quoi inscrire son enfant au centre social (pour faciliter les démarches) mais surtout des informations concernant les besoins de l'enfant* » ; VE26 « *Réseaux sociaux pour partager l'expérience de classe avec les parents d'élèves concernés et ainsi favoriser la réussite des élèves. (Importance de la relation Famille-Ecole)* ») et actions spécifiques (VE8 « *Lors d'un stage en école, en accord avec mon tuteur, j'ai demandé aux parents d'élèves d'apporter des fruits les matins pour susciter un échange et amener ceux-ci à diversifier l'alimentation de leurs enfants* » ; VE10 « *Une lettre a été donnée aux parents pour expliquer l'action de prévention contre les maux de dos: «pour que l'impact soit plus important, il est souhaitable que les parents s'associent à cette action* »). Certains discours traduisent l'idée d'une collaboration entre l'école et les familles (VE11 « *Lorsque j'étais EAP (emploi d'avenir professeur), une enseignante avait avec ses élèves un projet jardin afin de les sensibiliser à l'importance de manger des légumes et les inciter à faire un jardin chez eux. Les parents étaient intégrés au projet et ont même assisté à l'inauguration du jardin et à la récolte des légumes* »). Les limites ou contraintes des actions de prévention sont mises en avant (VE8 « *Lors d'un stage en PMI (Protection Maternelle et Infantile), j'ai remarqué qu'il est difficile pour les familles de suivre les conseils* » ; VE12 « *Les remarques ne sont pas toujours bien prises par les parents* »). La question de la limite entre sphère privée et sphère publique est explicitée (VE35 « *L'ES est en lien direct avec leur vie quotidienne. Nécessité d'une continuité mais difficulté car relève aussi de la sphère privée. En sensibilisant les enfants, on sensibilise aussi par leur intermédiaire les parents* »).

1.4.4.9 Références à des facteurs contextuels : le collectif

La catégorie 9 fait référence à la collaboration que ce soit entre collègues (VE31 « *La semaine du goût a été réalisée pour toute l'école* » ; VE21 « *Lors des projets, j'ai souvent fait appel à d'autres enseignants mais aussi au RASED qui est attaché à l'école* » ; VE19 « *Le projet au niveau des aliments était mené en décroisement et partagé par la suite aux autres* ») ou au sein de l'équipe éducative (VE42 « *La coéducation : « nous, vous, ils » (dossier éducol) Un enfant soutenu par ses parents et ses enseignants : bonne conditions de travail, meilleur comportement en général. Construction d'une alliance, les adultes travaillent ensemble pour construire des références communes (diminution des inégalités)* » ; VE41 « *Dans le cadre du*

projet « La mise en place d'une sensibilisation à un phénomène actuel : le harcèlement au collège », l'ensemble de la communauté éducative était mobilisée. Le projet avait été pensé par le conseiller principal d'éducation, l'infirmière scolaire et les professeurs, puis des intervenants ont été inclus dans le projet : une psychologue et les parents pour la conférence, les élèves pour la conception du questionnaire ou la réalisation des affiches de prévention »). L'idée d'une recherche de cohérence est avancée (VE15 « *La communication entre les différents membres de la communauté éducative permet une cohérence dans les apprentissages* » ; VE10 « *Importance d'avoir une équipe éducative soudée pour pouvoir mener à bien des projets, notamment des projets en éducation à la santé* »).

1.4.4.10 Références à soi

La catégorie 10 fait référence à l'enseignant débutant. Ils font référence à eux en tant que personne et le discours est essentiellement en « je » témoignant aussi d'une appropriation. Ils témoignent d'une prise de conscience (VE41 « *j'essaie de faire attention au bien-être des élèves ou des enfants dont j'ai la charge. Selon moi, cela passe par la bienveillance, chose à laquelle je ne faisais pas constamment attention avant ma formation. Je me suis rendu compte que cela était essentiel pour que les élèves réussissent et que les résultats peuvent être rapidement visibles* » ; VE43 « *Ces apprentissages m'ont aussi permis d'en apprendre plus sur moi et d'adapter mes pratiques* ») voir d'un bilan personnel accompagné d'une projection ou d'une temporalité (VE15 « *j'apprends encore actuellement à développer des compétences qui visent le total bien être des enfants* », VE 34 « *Je développe encore aujourd'hui des compétences pour améliorer ma santé et donc, aussi, celle des élèves* »). Certains verbatim traduisent un changement en profondeur de l'enseignant débutant (VE20 « *j'affine la perception de mes émotions, j'essaye d'identifier mes besoins et de prendre soin de ceux qui ne sont pas satisfaits. C'est assez éprouvant car je ne me suis jamais autant interrogée sur mon identité. Ce qui n'est pas sans répercussion sur moi, et par répercussion sur mes choix (plus éclairés), ma pratique professionnelle, mes capacités de communication et la qualité de mes relations* »).

1.4.4.11 Références aux caractéristiques de la tâche

La catégorie 11 regroupe les verbatim qui font référence aux thématiques de santé. Les discours concernent aussi bien des pratiques conduites en stage (VE14 « *Lors de mes stages, l'éducation à la santé avait une place implicite importante dans le quotidien des classes (se laver les mains avant d'entrer, se dépenser en récréation et en EPS,). La séance observée sur le sommeil a été l'occasion d'observer des conseils sur l'importance de bien dormir* ») que

celles abordées en formation (VE11 « *Réalisation d'un projet dans le cadre du cours d'Education à la santé autour du thème « Conduites à risques » et plus précisément le tabagisme chez les jeunes (collège) »*). Les thématiques de santé les plus citées sont l'alimentation, la promotion de l'activité physique et l'hygiène (corporelle ou de vie). Les verbatim font référence à des moments spécifiques dans la vie de l'élève (VE15 « *Accompagnement des enfants aux toilettes et au lavage de main avant l'entrée en classe »* ; VE16 « *Discussion sur les événements à la récréation (conflits) »* ; VE18 « *En EAP, juste avant la 1ère séance de natation, l'enseignante à parler du bien être des élèves quant au regard que l'on porte sur les autres »*). Les outils et ressources (VE15 « *Présentation d'une vidéo sur les moqueries (violence morale) en CM1-CM2 en stage »*) ainsi que les modalités pédagogiques favorables sont convoqués dans la discours (VE16 « *Mise en place messages clairs pour communication, encouragements (résolution conflit, confiance en soi, respect) »* ; VE19 « *Une évaluation est envisageable à travers un jeu où dans ce cas précis il faudrait remettre les aliments dans les bonnes catégories ou à travers des actions physiques à faire »*) où la place de l'élève est indiquée (VE29 « *Il est donc préconisé de faire des séances mettant en situations les élèves comme par exemple des jeux de rôles ou encore des travaux pratiques sur les ressentis, les émotions.... »*) Certains discours traduisent une vision systémique de l'école avec un élargissement vers le hors l'école (VE17 « *Le bien-être se travaille au quotidien et dans toutes les disciplines, il passe aussi par la qualité des locaux, du matériel et de la relation entre pairs et entre élèves et enseignants ou encore par la relation école-famille »*) alors que d'autres restent au plus près des connaissances exigibles au regard des programmes et des disciplines scolaires (VE36 « *J'ai réalisé une séquence sur la reproduction de l'homme »* ; VE37 « *Albums de jeunesse présentés en EMC sur la gestion des émotions, sur l'acceptation des différences »*). Pour autant, le lien entre ces disciplines et l'éducation à la santé est également pointé (VE 40 « *Les enseignements généraux peuvent servir de ressources pour aborder un thème de santé, par exemple l'art plastique peut être un moyen d'expression sur un thème »*). Certaines actions nationales ponctuelles à caractère thématique sont également identifiées (VE42 « *Journées nationales (sommeil, thème 2016 « sommeil et nouvelle technologie », thème 2015 « sommeil et nutrition » / qualité de l'air) »*).

Nous avons donc retenu, au final, 11 catégories d'indexation. Le tableau ci-dessous indique le nombre de verbatim et la fréquence de chacune de ces catégories.

Catégorie	Nombre de verbatim et
-----------	-----------------------

pourcentage par catégorie	
Référence à la prescription	n=1103(32%)
Référence aux préconisations sociales et sociétales	n=73(2%)
Référence aux objectifs de la tâche	n=884(26%)
Référence au contexte de l'école	n=96(3%)
Référence aux partenaires	n=192(6%)
Référence aux élèves	n=381(11%)
Référence au territoire	n=24(1%)
Référence aux parents	n=73(2%)
Référence au collectif	n=112(3%)
Référence à soi	n=96(3%)
Référence aux caractéristiques de la tâche	n=386(11%)

Tableau 69 - Nombre de verbatim et fréquence de chacune des conceptualisations de la tâche comprise en éducation à la santé pour l'ensemble de la population

La présence de 11 catégories d'indexation permet d'insister sur la grande variété des références élaborées en éducation à la santé lors du processus de redéfinition. Cette élaboration résulte du couplage entre les savoirs théoriques fournis en formation, les espaces-temps du parcours de formation et les expériences personnelles des enseignants débutants. La tâche comprise est alors le produit de l'ensemble de ces constructions chez un sujet particulier. Considérant la diversité de ces conceptualisations et la diversité des enseignants débutants, on mesure alors la diversité des tâches comprises.

1.4.5 Définition de trois indices pour rendre compte de l'élaboration de la tâche comprise

Nous souhaitons également ici rendre compte du profil de la tâche comprise finale en éducation à la santé.

Pour se faire, nous avons défini 3 indices :

- le premier indice concerne le rapport à la formation en éducation à la santé. L'indice est construit à partir du nombre des savoirs théoriques identifiés par les enseignants débutants en début et en fin de semestre c'est-à-dire sur l'empan du dispositif de formation (présence ou absence en début ou en fin). Nous faisons l'hypothèse que cette identification traduit la pertinence des ressources offertes en formation du point de vue de l'enseignant débutant. Il s'agit de mesurer si l'identification de ces savoirs théoriques est stable dans le temps ou s'il y a un élargissement ou une régression pour certains en cours de formation. Il ne s'agit pas de considérer que tel ou tel type de profil constituerait un rapport à la formation qu'il faudrait valoriser mais de prendre en compte leur subjectivité. La stabilité, un élargissement ou une régression ne sont ainsi perçus que comme le signe d'une forme particulière de subjectivation dans le cadre du parcours de formation.
- Le second indice concerne le rapport à la socialisation de l'enseignant débutant. Celui-ci est également quantifié par le nombre d'espace-temps convoqués dans son journal de bord pour chaque verbatim. Nous faisons l'hypothèse que cette sélection traduit également les espace-temps qui sont importants selon lui. Nous y avons par ailleurs intégré les expériences personnelles. Bien qu'elles n'appartiennent pas au sens strict au parcours de formation, elles font partie des espaces – temps qui font alors sens pour lui.
- le troisième indice représente les caractéristiques de la tâche comprise finale en éducation à la santé. Elle est définie par les références convoquées par l'enseignant débutant. L'indice prend en compte les catégories déterminées lors de la phase d'analyse précédente. Le nombre de verbatim de chacune des catégories identifiées constitue l'indice 3.

L'indice 1 en début de formation est calculé à partir des savoirs théoriques définis par l'enseignant débutant. La définition est comptée 1 et l'absence de définition est compté 0. L'indice 1 en fin de formation est calculé de la même manière.

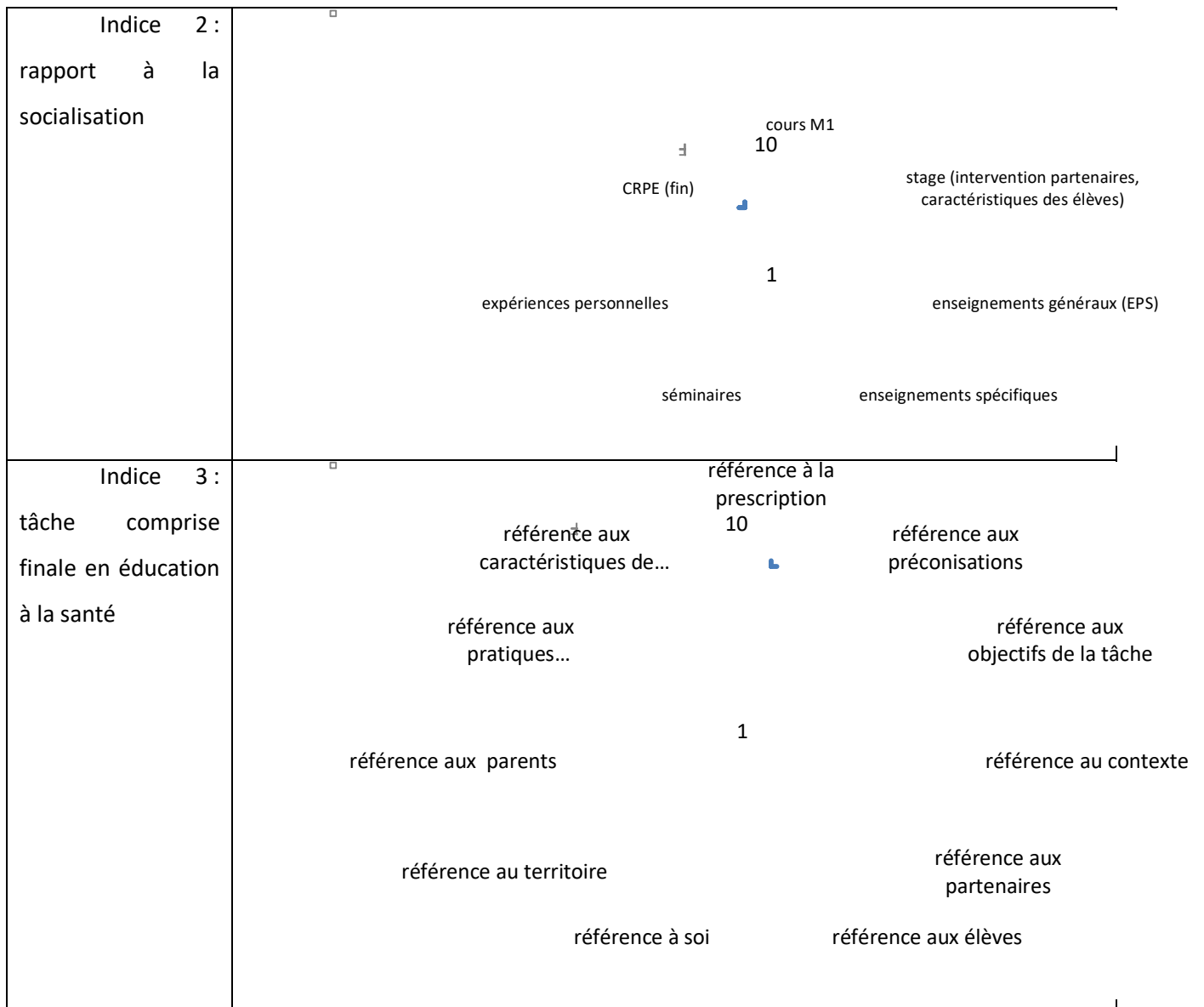
L'indice 2 est calculé à partir du nombre de chaque espace-temps ou expériences personnelles retenus par l'enseignant débutant. L'absence de mention est comptée 0.

L'indice 3 est calculé à partir du nombre de chaque référence à l'éducation à la santé élaborée par l'enseignant débutant. L'absence de référence est comptée 0.

Nous illustrons à la suite deux « profils » en nous appuyant sur les 3 indices définis, l'évolution du rapport aux savoirs théoriques ainsi que les principaux verbatim relevés dans le journal de bord de l'enseignant débutant qui sont représentatifs de la tâche comprise finale en éducation à la santé.

1.4.5.1 Profil de la tâche comprise de l'enseignant débutant E4

<p>Indice 1 (début) : rapport aux savoirs théoriques en éducation à la santé</p>	
<p>Indice 1 (fin) : rapport aux savoirs théoriques en éducation à la santé</p>	



NB : des échelles logarithmiques ont été retenues dans les représentations graphiques des indices 2 et 3 afin de permettre la comparaison des valeurs de chacune des variables entre elles.

Figure 28 - Caractéristiques des indices 1, 2 et 3, profil « régression » pour l'indice 1 (enseignant débutant E4)

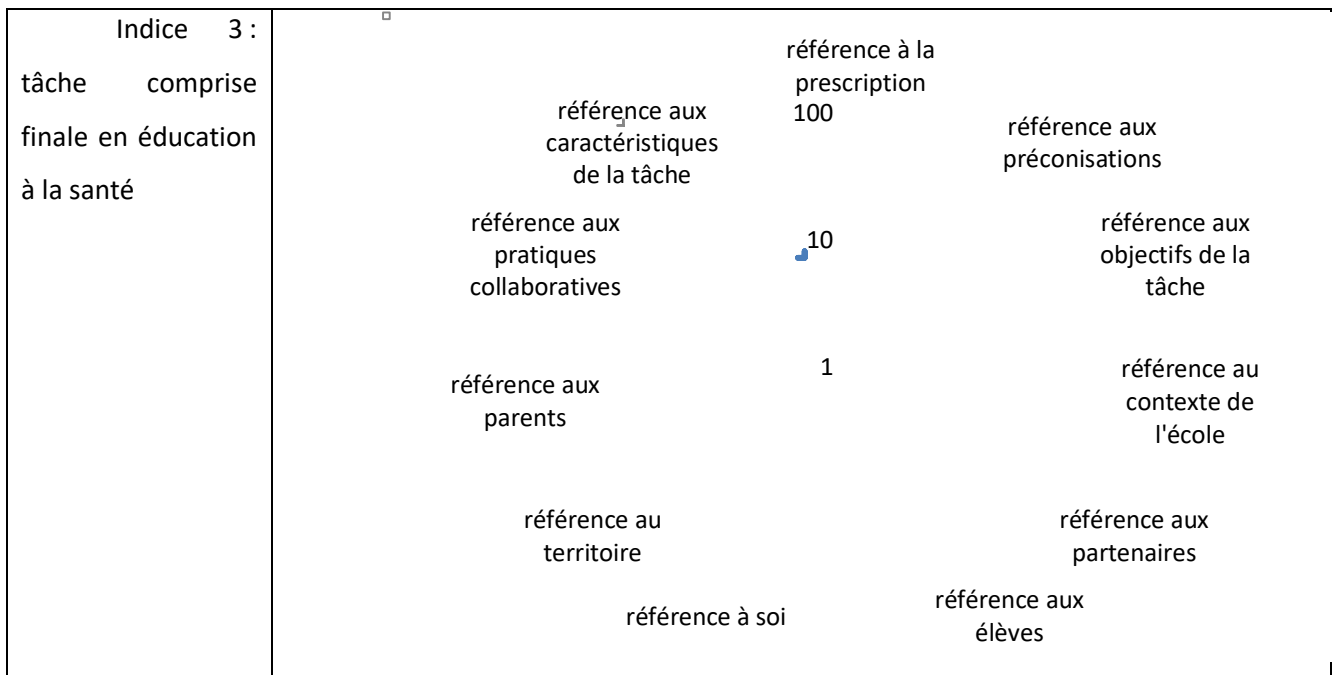
Le journal de bord de cette enseignante débutante se compose de 19 verbatim catégorisés. L'évolution de son rapport aux savoirs théoriques se traduit par une régression pour ce qui concerne les savoirs théoriques suivants : le partenariat, les inégalités de santé, les déterminants de santé, les facteurs de risque et de protection et la notion de projet. Il se traduit également par un élargissement pour ceux qui concernent la santé et l'éducation à la santé. Les espaces –temps convoqués concernent essentiellement les expériences vécues en stage. Le séminaire mémoire n'est pas cité ni les enseignements spécifiques en éducation à la santé. Les significations proposées concernent essentiellement la prescription (n=7/19), les objectifs

de la tâche (n=5/19) puis les facteurs contextuels (contexte de l'école, partenaires, élève) (n=6/19) et peu les caractéristiques de la tâche (1/19). La verbatim font référence à la prescription primaire (« *Socle commun, enjeu, mission de l'école* » ; « *l'éducation à la santé peut faire partie des projets d'école* » ; « *Parents sont aussi impliqués et doivent être sensibilisés* ») et aux thématiques de santé (« *Hygiène de vie, prévention des conduites addictives, lutte contre les jeux dangereux, formation aux premiers secours* »). Ils sont centrés sur la place du professeur des écoles (« *Les partenaires sont des relais pour l'enseignant qui n'est pas spécialisé dans tous les domaines* ») mais sa contribution à l'éducation à la santé n'est que très peu explicitée. L'absence de référence aux dispositifs dédiés au regard des significations qui sont données à voir et ce à un niveau général peu spécifique est concordante avec le non investissement de certains savoirs théoriques en éducation à la santé (facteurs de protection, de risque, déterminants de santé). Les significations témoignent d'une tâche comprise en éducation à la santé essentiellement justifiée par la prescription, à un niveau très général et peu en lien avec la place de pratiques favorables. On ne relève pas par ailleurs d'indice d'appropriation.

1.4.5.2 Profil de la tâche comprise de l'enseignant débutant E20

Indice 1 (début) : rapport aux savoirs théoriques en éducation à la santé			
		Santé à l'école	
	Co éducation	1	Education à la santé
		0,8	
	Evaluation	0,6	Bien - être des élèves
		0,4	
	Projet	0,2	Partenariat riat et...
		0	
	Disciplines scolaires		Thématiques de santé
	Facteurs de...		Diagnostic
Déterminants de santé		Outils et ressources	
		Inégalit...	

<p>Indice 1 (fin) : rapport aux savoirs théoriques en éducation à la santé</p>	<p>□</p> <p>Santé à l'école</p> <p>Co éducation 1</p> <p>Evaluation 0,8</p> <p>Projet 0,4</p> <p>0</p> <p>Disciplines scolaires</p> <p>Facteurs de...</p> <p>Déterminants de santé</p> <p>Inégalit...</p> <p>Education à la santé</p> <p>Bien - être des élèves</p> <p>Partenariat iriat et...</p> <p>Thématiques de santé</p> <p>Diagnostic</p> <p>Outils et ressources</p>
<p>Indice 2 : rapport à la socialisation</p>	<p>□</p> <p>M1 Licence science de l'éducation</p> <p>100</p> <p>CRPE (fin)</p> <p>10</p> <p>1</p> <p>expériences personnelles (auto formation) sapeur pompier volontaire, expériences en...</p> <p>séminaires "autorité éducative"</p> <p>stage en IME et USEP (hors l'école) et en CM2 et CP CE1 (stage école)</p> <p>enseignements généraux (EMC, EPS, Sciences)</p> <p>enseignements spécifiques</p>



NB : des échelles logarithmiques ont été retenues dans les représentations graphiques des indices 2 et 3 afin de permettre la comparaison des valeurs de chacune des variables entre elles.
Figure 29 - Caractéristiques des indices 1, 2 et 3 profil « stabilité » pour l'indice 1 (enseignant débutant E20)

Le journal de bord de cette enseignante débutante se compose de 64 verbatim catégorisés. Le discours est élaboré et témoigne à divers moments de la compréhension du sujet voire d'une appropriation critique de certains savoirs théoriques. L'évolution de son rapport aux savoirs théoriques se traduit par une stabilité entre le début et la fin du semestre quantitativement parlant. Les références convoquées sont diversifiées. Elles concernent essentiellement les objectifs de la tâche (n=19/64), les références aux élèves (n=10/64) puis à la prescription (n=9/64) et aux caractéristiques de la tâche et à soi (n=7/64 respectivement). Les espaces – temps sont tous convoqués et l'ensemble est équilibré. Cette enseignante débutante fait référence non seulement au cours suivis en première année de Master (M1) mais également à son cursus antérieur en lien avec l'éducation à la santé (3^{ème} année de Licence de Sciences de l'éducation). Les stages sont cités et présentent une certaine diversité tant pour ce qui concerne ceux réalisés hors l'école (IME et USEP) que ceux réalisés dans le cadre scolaire (CP/CE1 et CM2). L'expérience personnelle est valorisée dans le journal de bord (pompier volontaire et expérience en centre de loisirs). Le séminaire de recherche (thématique « autorité éducative ») est également mis en avant. La tâche comprise à l'issue de la formation alterne au niveau de la forme du discours entre généralisation (« *L'école se veut être un facteur de protection pour les élèves* ») et proposition en « je » (« *Aujourd'hui, je me sens plus à même de faire de l'ES à l'école* »). Il témoigne de contraintes et de compromis à faire

dans le cadre d'une projection dans le cadre professionnel (« *J'accepte qu'il soit impossible de traiter tous les thèmes de santé au cours d'une année scolaire, au cours d'un cycle. Je comprends que ce n'est pas très grave car l'essentiel n'est pas de tout traiter mais de répondre aux problématiques posées par le diagnostic* »). La santé est y définie en lien avec la contribution du professeur des écoles et ceci de manière systémique (« *les PE ont un rôle qui ne se résume pas aux signalements, ils ont un rôle de protection qui vas bien au-delà, avec entre autres la prise en compte de l'environnement (l'école : locaux, aménagement de la cour, etc.)* »). Cette contribution n'est pas qu'idéalisée car des éléments de discours font référence aux limites d'une approche militante de ces questions (« *L'école à un rôle modeste à jouer sur les déterminants de santé des élèves. En effet, l'institution scolaire ne peut pas prétendre avoir un impact sur tous les déterminants, mais elle a un rôle certain à jouer en développant des compétences spécifiques à la santé telles les compétences psychosociales* »). Les références à l'éducation à la santé précisent les enjeux qui sont ceux de l'école en la matière (« *La prévention est principalement un travail sur les risques. L'éducation à la santé ne peut s'y résumer car elle a pour objectif de permettre au futur citoyen de faire des choix éclairés et responsables par rapport à sa santé et celle des autres. Elle doit permettre aux élèves de prendre du recul par rapport à certaines situations, d'où l'importance de développer des compétences (= connaissances + capacité + attitudes)* »). Le rapport à la place de l'école pour ce qui concerne ces questions est particulièrement mise en avant (« *Si on se contentait de laisser ces questions autour de la santé au sein de la sphère familiale, on se ferait que reproduire les inégalités. L'école concerne plus de 90% d'une tranche d'âge (soit une grande majorité). C'est donc un lieu propice pour se pencher sur la santé et tenter de réduire les inégalités* » ; « *l'école doit surtout procurer du plaisir (d'apprendre, de coopérer, de faire du sport, etc.)* » ; « *L'école se veut être un facteur de protection pour les élèves* »). Enfin, l'éducation à la santé est explicitement évoquée comme faisant partie des missions du professeur des écoles en lien avec les « éducations à » (« *L'ES est clairement inscrite dans les programmes actuellement en vigueur et ce dans différentes disciplines. Ainsi, un PE ne peut pas passer à côté de cette éducation pluridisciplinaire qui sollicite des compétences transversales* »).

1.4.6 Discussion : Facteurs influençant l'élaboration de la tâche comprise voire appropriée

Dans ce parcours de formation retenu pour son volume et sa diversité, notre analyse du discours et sa quantification montrent que la sélection des ressources pertinentes du point de

vue des enseignants débutants parmi celles offertes ne dépend pas uniquement des savoirs théoriques qui leur sont présentés dans les U.E. qui structurent le parcours de formation. Si les dispositifs sont identiques, tous ne s'en saisissent pas à la même hauteur ni de la même façon. Le processus de redéfinition met en relation ces savoirs théoriques et les différents espaces – temps de la formation sur la temporalité du dispositif mais également les expériences personnelles. La présence de 11 catégories d'indexation du discours montre l'ampleur du processus et la grande variété des références qui sont construites par les enseignants débutants en éducation à la santé. Ces constructions sont plus ou moins spécifiques, alternant entre référence à une prescription de façon large et peu incarnée et référence aux pratiques voire à des exemples de pratiques de façon située. Les tâches comprises sont donc hétérogènes et fortement influencées par la subjectivité des enseignants débutants et cette capacité de mise en lien. Le processus s'accompagne d'une intériorisation critique pour un certain nombre d'entre eux. Cette intériorisation serait le signe, selon nous, de l'élaboration d'une tâche appropriée en éducation à la santé. Pour autant, il est difficile d'affirmer que ce mouvement d'appropriation ne se produira pas pour ceux qui n'en font pas la démonstration dans leur journal de bord puisque nous ne le mesurons qu'à un instant T du parcours de formation. Par ailleurs, il serait exagéré de dire que ce mouvement d'appropriation garantirait des pratiques effectives et efficaces lors de la prise de responsabilité. Notre étude permet, cependant, de comprendre l'élaboration de la base d'orientation (Savoyant, 2006) construite par les enseignants débutants. Cette base d'orientation correspond selon Leplat (2011) à savoir et comprendre ce qu'il faut faire pour élaborer l'action. Selon l'auteur cette élaboration se continue en situation de travail c'est-à-dire lorsque les enseignants débutants seront en responsabilité en classe face à des élèves.

1.5 Principaux Résultats

Nous souhaitons comprendre comment les ressources offertes par un parcours de formation permettraient aux enseignants débutants d'élaborer une tâche comprise en éducation à la santé et identifier les facteurs qui influencent cette élaboration. Nos résultats mettent d'abord en évidence la diversité des références construites qui composent la tâche comprise et la variabilité de ce que les enseignants débutants comprennent. Le processus repose sur leur capacité de réflexion à travers la mise en lien des savoirs théoriques, des espace-temps de la formation et des expériences personnelles. Pour certains enseignants débutants, le processus se traduit également par une appropriation de l'éducation à la santé.

Questions de recherche	Population	Perspectives de l'étude 2	Principaux résultats
Comment s'élaborent les tâches comprises dans la temporalité d'un parcours de formation ?	M2B (étudiants n'ayant pas réussi au concours mais engagé dans la poursuite du master)	Caractéristiques qualitatives des tâches comprises en éducation à la santé Evolution de la tâche au cours du temps	11 catégories d'indexation : diversité des références élaborées Variabilité de la compréhension voire appropriation
Quels sont les facteurs qui influencent cette élaboration ?		Facteurs liés à l'élaboration de tâches comprises en éducation à la santé	Mise en lien des savoirs théoriques, des espace-temps de la formation et des expériences personnelles, subjectivité du sujet

Tableau 70 - Synthèse des résultats de l'étude 2

1.6 Perspectives

Les résultats de notre première étude quantitative ont permis de montrer une influence de l'offre et du volume de formation sur la façon dont les enseignants débutants comprennent ce que signifie éduquer à la santé. La prochaine étude s'intéresse à une diversité de parcours et cherchera à qualifier cette évolution, en particulier en mesurant s'il y a appropriation en fonction des caractéristiques de ces parcours.

Les résultats de notre seconde étude ont mis en évidence une hétérogénéité des tâches, une appropriation différente de la formation et des facteurs liés aux expériences personnelles des enseignants débutants très présentes. Nous souhaitons comprendre si cette hétérogénéité se confirme dans les tâches appropriées. Nous souhaitons également distinguer le poids des facteurs c'est-à-dire distinguer ce qui relève de l'enseignant débutant ou du parcours de formation.

Questions de recherche	Population	Perspectives de l'étude 3
La tâche comprise évolue-t-elle vers une tâche appropriée ?	Diversité des parcours de formation (5 parcours de la filière « Professorat des écoles »)	Caractéristiques qualitatives des tâches appropriées en éducation à la santé
Quels sont les facteurs qui influencent cette appropriation ?		Facteurs liés à l'élaboration de tâches appropriées en éducation à la santé

Tableau 71 – Questions de recherche, population et perspectives de l'étude 3

Caractéristiques qualitatives des tâches appropriées en éducation à la santé et facteurs corrélés

Cette étude qualitative cherche à comprendre comment des parcours de formation différents influenceraient le processus de redéfinition sous l'angle de l'appropriation. Cette attention s'est traduite, en particulier, dans le choix de la méthodologie de recueil. L'instruction au sosie favorisant un discours qui « *donne un sens aux pensées, aux actions antérieures et qui prépare pour le futur en éclaircissant le passé et le présent.* » (Enriquez, *ibid.*) et donne donc à voir ce que le sujet s'est approprié ou ce qui lui semble approprié.

1 Méthodologie

1.1 Population

Les 23 enseignants débutants qui constituent notre population sont inscrits pour 15 d'entre eux sur le site B et pour 7 d'entre eux sur le site C. 4 sont inscrits en première année de Master MEEF « 1^{er} degré », 8 en seconde année dans le cadre d'un parcours dit M2B qui s'adresse aux étudiants titulaires d'un M1 mais non reçus au concours lors de l'année de M1. 9 sont inscrits en seconde année dans le cadre d'un parcours M2A qui s'adresse aux étudiants titulaires du M1 MEEF et reçus au concours. 1 enseignante débutante (DUA1) est inscrite en DUA (Diplôme d'université « enseigner dans la premier degré »). Il s'agit d'une étudiante qui a passé le concours en étant dispensée de titre. 1 enseignante débutante (DUB1) est titulaire du M2 MEEF et du concours mais effectue une troisième année en ESPE dans la cadre du diplôme universitaire « approfondissements pour enseigner dans le premier degré ». 17 sont des femmes et 6 sont des hommes. La plus jeune a 23 ans, la plus âgée a 45 ans. 3 de nos étudiants sont en reconversion professionnelle. La faible participation des étudiants de M1 peut s'expliquer par la période de l'étude avec des étudiants de M1 particulièrement concernés par le passage des épreuves du concours.

Site de formation	Année d'inscription	Parcours de Master	Nombre d'enseignants débutants	Identification	Sosie
B	M1		2	M1.1 et M1.2	R et M
B	M2	M2B	7	M2B1	à M

				M2B7	
B	M2	M2A	6	M2A1 à R M2A6	
C	M1		2	M1.3 et M1.4	F
C	M2	M2A	2	M2A7 et M2A9	F
C	M2	M2B	1	M2B8	F
C	DU	DUB	1	DUB1	F
C	DU	DUA	1	DUA1	F

Tableau 72 - Appartenance des enseignants débutants de l'étude en fonction du site, du parcours de formation et identification du numéro de codage et du sosie

1.2 Caractéristiques du parcours en lien avec éducation à la santé

L'analyse du parcours de formation de chaque enseignant débutant confirme la grande diversité des configurations entre chaque site de formation mais également pour un même site. Cette diversité s'exprime plus particulièrement sur le site B. Ceci semble logique au regard du nombre d'étudiants inscrits et de la place de l'éducation à la santé sur ce premier site (21% du volume horaire total de formation en M2 et 4 UE distincts).

Identification des enseignants débutants	Dispositif = UE ou type de cours « intitulé » et (durée)	Total de formation en lien avec l'ES pour l'année 2016/2017
M1.1 et M1.2.	CM « Education à la santé » (4h00), CM « handicap et vulnérabilité »(2h00) et CM « Education à la vie affective et sexuelle » (2h00)	8h00
M2B1, M2B6	UE « ouverture personnelle et professionnelle : Education à la santé » (24h00) + séminaire « recherche » (48h00)	72h00
M2B2, M2A4, M2A6	Pas de dispositif spécifique depuis le M1 (cf M1.1)	0h00
M2B3, M2A2, M2A5	UE « Contexte d'exercice du métier : éducation et santé, promotion du bien-être » (12h00)	12h00
M2B4	UE « ouverture personnelle et professionnelle : Education à la santé » (24h00) + UE « Contexte d'exercice du métier : éducation et santé, promotion du bien-être » (12h00)	36h00
M2B5	UE « Contexte d'exercice du métier : éducation et santé, promotion du bien-être » (12h00) + Stage (8jours) auprès d'une infirmière scolaire	12h00 + 8 jours de stage
M2B7, M2A3	UE « ouverture personnelle et professionnelle : Education à la santé » (24h00)	24h00
M2A1	UE « Contexte d'exercice du métier : éducation et santé, promotion du bien-être » (12h00) +	60h00

	Séminaire « recherche » (42h00)	
M1.3 et M1.4	TD « EPS et éducation à la santé » (3h00) + TD « initiation à la recherche » (2h00)	5h00
M2A7 et M2A9	Séminaire « recherche : éducation à la santé » (20h00) + « analyse de pratique » (20h00) + UE « didactique des sciences » (5h00)	45h00
M2B8	Séminaire « recherche : éducation à la santé » (20h00) + « analyse de pratique » (20h00) + UE « didactique des sciences » (5h00)	45h00
DUA1	Séminaire « recherche : éducation à la santé » (20h00) + « analyse de pratique » (20h00) + UE « didactique des sciences » (5h00)	45h00
DUB1	Pas de dispositif spécifique depuis le M2A (cf M2A7)	0h00

Légende : CM : cours magistral, UE : unité d'enseignement, TD : travaux dirigés
Tableau 73 - Reconstruction du volume horaire global en éducation à la santé et détails des dispositifs pour chaque enseignant débutant de la population

Nous avons détaillé dans le tableau ci-dessus les volumes de formation en éducation à la santé reçus lors de l'année universitaire 2016/2017. Pour autant, nous gardons à l'esprit que tous les enseignants débutants de M2 parcours B et A mais également celui en DUB ont potentiellement bénéficié de volume de formation lors de l'année précédente voir dans leur cursus antérieur de formation (licence de sciences de l'éducation parcours « éducation à la santé » par exemple) . Les volumes indiqués ne le sont qu'à titre indicatif en permettant d'identifier ce qui a été suivi dans une temporalité plus ou moins proche du moment de l'instruction au sosie. Par ailleurs, du point de vue des enseignants débutants, les ressources convoquées lors de l'entretien sont celles qui font sens de façon globale et générale en lien avec l'objet éducation à la santé et pas seulement celles issues des dispositifs identifiés comme nous l'avons mesuré dans l'étude précédente.

Les principales caractéristiques qui permettent de différencier les parcours de formation sont au final le volume de formation et le statut de l'enseignant débutant.

1.3 Caractériser les tâches appropriées en éducation à la santé

Le discours présente les caractéristiques d'un discours de débutant soit que les enseignants débutants y font directement référence (M2B6 « *Je pense que c'est important d'en faire, alors je pense que au début quand on commence dans le métier, on est un peu dépassé on a tellement de choses à faire, c'est peut-être délicat au début* ») soit qu'ils évoquent des représentations propres aux débutants (M2B3 « [...] *en cycle 3 quand on s'imagine une classe il y a des calculs au tableau, des phrases de grammaire mais pas des cours d'éducation à la santé quoi.* »).

1.3.1 Caractéristiques des propriétés des tâches appropriées en éducation à la santé

Les verbatim recueillis ici nous renseignent d'abord sur le « comment » des pratiques réalisées dans le cas des enseignants débutants ayant une expérience de terrain ou projetées pour ceux chez qui elle est moindre ou simplement observées en lien avec l'éducation à la santé. Le discours se caractérise par un positionnement en « je » qui constitue une condition de la production de significations et un indicateur d'appropriation (Vanhulle, 2013, Pastré, 2011). La prise en compte de tous les élèves de façon éthique semble un aspect important pour plusieurs enseignants débutants, notamment M2B6 qui évoque « *en éducation à la santé mettre vraiment à l'aise tous les élèves, qu'il n'y en ait pas un qui soit mis à l'écart. Déjà veiller à ça [...] de vraiment faire participer tous les élèves* » ainsi que M2B2 précisant que « *la santé ça touche tous les élèves* ». Pour M2A1, l'éducation à la santé passe par la différenciation pédagogique en disant notamment « *j'ai une élève dans ma classe qui est un peu, qui a des problèmes euh.... de poids et donc pour elle, c'était quand même très dur. Donc là, j'avais vraiment adapté pour qu'elle puisse le faire* » et la préservation de l'estime de soi « *se sentir bien dans son corps, l'estime de soi, donc ça c'est important* ». En revanche pour M2A5 et M2B1 l'éducation à la santé est une coéducation, « *ça allait en dehors de l'école et là où ça a le plus d'impact c'est par rapport aux parents et puis même on a soulevé aussi avec les parents la question du goûter* ». Pour M2B5, l'éducation à la santé, c'est une posture au quotidien : « *ça passe par euh une posture au quotidien en fait, comme je disais la bienveillance [...] valoriser les élèves, de leur montrer leur réussite, les encourager* ». Ensuite l'éducation à la santé se fait aussi pour une majorité en partenariat. M2B3 stipule « *je pense que j'essayerai absolument de baser mes cours avec la présence d'intervenants* », mais aussi M2B5 fait référence à un travail avec des « *partenaires* ». M2B6 exprime que « *ça peut être intéressant de faire appel à des intervenants* ». Les deux étudiants de M1 font aussi référence au partenariat et disent notamment « *c'est un domaine où il faut faire intervenir pas mal d'intervenants* ». Par ailleurs M2A2 émet l'avis suivant « *tous les partenaires avec qui on pourrait travailler pour justement illustrer ces théories en classe* ». Enfin M2A5, fait référence à une de ses expériences « *pour l'intervention, on avait pensé aussi contacté une diététicienne qui viennent apporter des conseils un petit peu plus expérimentés peut être aux parents* ». L'éducation à la santé passe ainsi par le travail en équipe et la collaboration entre professeurs des écoles. Il est explicitement dit par M2B5 « *d'essayer de travailler plutôt en équipe, toute seule ou avec des partenaires, fin parce que quand on est seul si on veut vraiment mener une action qui soit pertinente, je pense pas que ce soit très efficace, c'est bien d'avoir d'autres avis* ». De plus M2A5 parle elle aussi de travail en équipe « *on l'a mené avec*

deux collègues sur l'école » quant à M2B3 il se focalise plus sur l'aspect collaboratif « *je demanderais à mes collègues comment ils font, leurs documents* ». Cette modalité de mise en œuvre de l'éducation à la santé se couple souvent avec la pédagogie de projet pour les enseignants débutants. C'est pourquoi M2A5 dit également dans son entretien « *On avait mené en début d'année un projet ça mêlait aussi bien l'EMC, l'éducation à la santé que les sciences* ». M2B7 exprime notamment cette modalité « *on mettrait en place le projet par rapport au thème fixé* » comme M2B5 « *ça peut passer par des projets à mon avis pour ça ben le travail en équipe ben ça me semble important, mener un projet avec des collègues sur des actions en santé [...] de monter un projet en commun et puis d'inclure les élèves du coup* ». Un autre point important est que l'éducation à la santé est une éducation transversale et interdisciplinaire. M2B4 dit que c'est « *intégré avec d'autres matières [...] Essayer de travailler par exemple, je sais pas, sur, si en français on voit un texte sur le sommeil [...] faire des liens [...] développer un peu plus le thème par le biais de différentes, fin des albums, je sais pas, de la musique par exemple* ». Pour M2B1 « *c'est une discipline qui est transversale en fait [...] par exemple tu prends les mathématiques, c'est des mathématiques il n'y a pas trente-six mille réponses, la grammaire, c'est pareil, c'est de la grammaire, il n'y a pas trente-six mille réponses* ». M2A5 affirme l'importance de cette interdisciplinarité dans son discours « *Justement jouer vraiment sur l'interdisciplinarité, ne pas faire juste de l'éducation à la santé pour faire de l'éducation à la santé mais pour que ça ait plus de sens, le mettre dans une séquence interdisciplinaire* » comme M2B7 « *l'éducation à la santé moi je la vois comme faisant partie un peu de toutes les, de plusieurs disciplines [...] il y a quand même des thèmes qui sont, qui rejoignent par exemple l'EMC, les sciences, l'EPS* ». L'éducation à la santé se fait par des actions au quotidien. Cet avis est partagé par plusieurs enseignants débutants notamment M2A3, pour elle « *il y a plein de moments dans la journée où on va parler de l'hygiène, par exemple au moment du passage aux toilettes* ». M2A4 dit aussi « *au quotidien, c'est vrai qu'il y a le lavage des mains, le passage aux toilettes* ». De plus, M2A1 précise « *j'avoue que je n'ai pas vraiment fait des séances, en gros, éducation à la santé, mais on va dire que c'est un peu des gestes de tous les jours* ». L'étudiant M1.2 parle concrètement « *sur le cycle 1, il y a des rituels qu'on mettrait en place avec la santé donc je sais pas moi, par exemple, au retour de cour on ferait passer tout le monde, fin de la récré je veux dire on ferait passer tout le monde aux toilettes pour se laver les mains, pour aller aux toilettes* ». Enfin, M2B2 mentionne que « *c'est quelque chose que tous les élèves vivent au quotidien [...] on peut en parler à tout moment de l'année* ». Certains proposent une mise en œuvre de l'éducation à la santé par le dialogue, les échanges et les débats. M2A4 propose en

effet des débats à ses élèves « *je fais des débats philosophiques [...] ça peut arriver, je peux être amenée à parler (de sujets liés à l'éducation à la santé) effectivement* ». M2B1 dit « *j'aimerais que ce soit un temps de débat ou alors même si c'est pas du débat un temps d'écoute et d'échange entre élèves* » quant à M2B5, elle explicite en disant de « *favoriser le dialogue, de partir sur des échanges, humm voilà accepter les opinions des élèves même si fin, après ça dépend ce que c'est mais favoriser le dialogue plutôt et euh... donc dans un échange respectueux, être quand même fin c'est quand même nous le ben l'enseignant donc on met les limites là où il faut fin voilà on dit « là toi tu as assez parlé », on peut donner la parole à quelqu'un d'autre, on essaye de faire ressortir quand même les notions importantes euh et puis voilà essayer de se mettre d'accord sur certains points par exemple* ». Dans cette optique, M2A6 propose une autre modalité, la communication non-violente « *je pense que déjà le fait d'être, de régler les conflits entre les enfants, c'est déjà de l'éducation à la santé plus morale, mentale [...] la communication non-violente : ils sont petits, ils ont du mal. Ils doivent se mettre à la place de l'autre pour savoir ce qu'il a ressenti, ce qu'il a fait*. Une autre modalité de mise en œuvre de l'ES est le travail en groupe. M2B4 et M2B6 la partagent dans leur entretien « *faire des ateliers ou travailler en groupe* » et « *faire des travaux de groupe, je trouve que c'est une bonne idée en éducation à la santé de vraiment faire participer tous les élèves* ».

1.3.2 Caractéristiques des objets des tâches appropriées en éducation à la santé

Les enseignants débutants font référence à la transmission de connaissances, tout comme M1.1 qui affirme « *À partir de la grande section, je pense que l'on peut commencer à en parler, enfin des deux. Pourquoi l'EPS, pourquoi... l'alimentation* » ou encore M2B6 stipule « *c'est en apprenant son corps, comment on est, avec le respect de l'autre* ». M2B5 également mentionne que l'éducation à la santé, c'est « *avoir des connaissances sur la santé aussi tout simplement sur le, comment fonctionne notre corps* ». De plus, pour certains M2A et M2B les thèmes de santé (sommeil, sexualité, alimentation, hygiène) sont traités de manière transmissive. Les différentes thématiques de santé évoquées concernent aussi bien le sommeil, l'hygiène, l'alimentation que la sexualité. M2A1 parle dans son entretien de « l'hygiène », tout comme M2A4 et M2A6 parle d'éducation à la sexualité, des gestes de premier secours et de l'alimentation. M2B1 mentionne que l'éducation à la santé « *ça peut passer par l'hygiène, par la sexualité, ça peut passer part tout ça* » ce qui souligne le propos de M2B2 qui dit « *ça peut être ben l'hygiène buccodentaire, ça peut être l'alimentation* ». M2B5 explicite clairement « *on peut faire sur le sommeil fin il y a plein de thèmes que l'on peut aborder en*

fait et que ce soit toujours en lien avec les programmes ». De plus M1.1 parle de « sport » et d'« alimentation ». Enfin, trois enseignants débutants de M2B considèrent que l'éducation à la santé passe par la prévention également. M2B3 dit « *tout ce qui est prévention des caries, ce genre de choses, faut bien que les élèves se rendent compte que des dents on en a qu'une, sans parler des dents de lait, mais qu'après on a des dents d'adultes et quand elles sont endommagées elles sont endommagées et à part les remplacer par des couronnes ou autre c'est... même si eux à cette âge-là ils n'ont absolument pas conscience de tout ça, donc c'est une somme de petites choses qui au final sont ben très importantes quoi* ». M2B5 quant à elle, stipule « *on va pas dire voilà 'je trouve que la cigarette c'est super bien' [...] faut quand même qu'ils sachent qu'il y a des risques donc on peut pas passer à côté* ».

1.3.3 Caractéristiques des buts des tâches appropriées en éducation à la santé

L'apport de connaissances est justifié comme un horizon à atteindre (M2B5 « *voilà avoir des connaissances c'est aussi fondamental pour vivre dans notre société* »). M2B7 exprime clairement que « *tout ce qui est prévention aussi c'est important dès l'école élémentaire* ». Le développement de l'élève est pour certains un élément primordial répondant à la question de pourquoi faire de l'éducation à la santé. M2A5 affirme que l'éducation à la santé « *est la nécessité d'un bon mode de vie, on voit que c'est nécessaire de l'appliquer aussi à l'école* ». Un des enjeux principaux est la lutte contre les inégalités sociales de santé :

- M2B1 « *Je la vois comme une opportunité d'apporter aux élèves quelque chose qu'ils n'auront pas forcément à la maison parce que l'éducation à la santé, tout le monde ne l'a pas chez, fin je veux dire tout le monde, tous les parents n'ont pas cette facilité à apporter ça, ou la volonté ou la capacité d'éduquer leurs enfants à la santé* »,
- M2A5 « *si elle n'est pas faite à la maison, à part l'école je ne vois pas d'autre endroit où elle peut être faite* »,
- M2A4 « *en plus à la maison, il y a des gestes qu'ils ne voient pas, des sujets qu'ils n'abordent pas et du coup, c'est important qu'il y ait un autre acteur qui puisse le faire, qui puisse répondre à leurs questions quand ils en ont et puis oui, si ce n'est pas abordé à la maison, qui va le faire ?* ».
- M2B3 « *c'est une priorité parce que il y a pas mal d'enfants qui ont un milieu de vie qui peut laisser un peu à désirer et qui n'ont peut-être pas les codes nécessaires ou qui ne se rendent pas forcément compte que les pratiques de leurs parents ou les leurs ou leurs entourages ne sont pas vraiment les bonnes* ».

De plus, nombre d'enseignants débutants mettent en avant le fait de prendre en compte et de répondre aux besoins des élèves :

- M1.1 affirme qu'elle ferait de l'éducation à la santé parce que « *je trouve cela important quand même et puis, je pense qu'il y a des enfants du coup qui ne font pas d'activités physiques et que je pense que c'est important pour plein de choses, déjà pour leur forme physique* »,

- M2B1 ajoute « *c'est ce problème là que je vais identifier et c'est ce problème-là qui va amener qui va m'amener à faire de l'éducation à la santé donc si c'est un problème avec les petits qui sont fatigués ça sera du travail sur le sommeil [...] de pallier à ce problème* »,

- M2A2 stipule « *Je leur donne le goûter, mais voilà s'il y a plusieurs choses, je vais leur faire manger la compote ou le fruit avant et puis après on verra s'il a encore faim pour manger la barre de chocolat.* »,

- M2A4 complète en affirmant « *J'ai une petite fille qui a de l'asthme donc du coup, on en avait parlé avec les élèves pourquoi euh pourquoi ben elle, elle a besoin de prendre de la Ventoline avant d'aller en sport* » prenant ainsi en considération les besoins spécifiques de son élève.

M2B5 exprime que l'éducation à la santé c'est « *rendre les élèves autonomes face à leur santé, qu'ils prennent des décisions pour eux-mêmes en fait qu'ils voient qu'est-ce qui peut être bénéfique pour leur santé sans qu'on leur impose* ». M2B6, de même, répond que « *c'est comme ça qu'on devient citoyen* » tout comme M2B7 affirme que « *c'est tout ce qui concerne, tout ce qui peut toucher à l'autonomie par exemple, comme on dit par rapport aux programmes, être capable de faire ses propres choix* ». M2B5, précise que l'éducation à la santé est au service de la réussite scolaire de tous les élèves, elle dit particulièrement : « *c'est une grosse partie de notre vie, je pense, que si les élèves ne se sentent pas bien que ce soit physiquement ou psychologiquement, si ils ont un mal-être forcément ils vont pas rentrer dans les apprentissages, ils vont pas réussir, voilà à se concentrer, à comprendre les choses donc déjà rien que pour ça pour la réussite scolaire c'est important* ».

En revanche, pour quelques-uns l'éducation à la santé n'est pas une priorité, M2B4 dans son entretien dit clairement « *ce n'est pas une priorité [...] si je suis en retard sur certains trucs comme les maths, le français, le temps pourra être réduit [...] et ça y est pas dans les programmes non plus directement [...] tu vas plutôt favoriser ce que tu dois vraiment faire plutôt que ce qui est indirectement écrit* » et M1.2 émet le même point de vue « *une priorité euh pffff non* ».

1.3.4 Profil de la tâche appropriée

Nous souhaitons aller plus loin dans l'analyse de la tâche appropriée. Nous nous appuyons sur les travaux de Rasmussen et al. (1994) et Vicente (2000) repris par Leplat (2008) qui ont proposé un modèle pour caractériser un phénomène (situation, activité, organisation) par une succession de niveaux de plus en plus abstraits. La signification peut être donnée autour d'une échelle à trois niveaux : but de l'objet étudié-objet-propriété pratique de l'objet. Par une lecture de haut en bas, on exprime le processus de généralisation et par une lecture de bas en haut, on exprime le processus de spécification. On peut interpréter les trois niveaux avec les questions pourquoi ? quoi ? et comment ? On peut aussi interpréter les niveaux d'abstraction en termes de dépendance au contexte (lecture de bas en haut). Nous détaillerons dans un premier temps, pour un souci méthodologique, le « profil » de deux enseignants débutants de notre corpus afin d'illustrer la démarche puis nous présenterons les modélisations de l'ensemble de la population de l'étude reconstruites à partir de l'analyse.

1.3.4.1 Profil de la tâche appropriée en éducation à la santé pour un enseignant débutant de M1 (M1.2.) (Étudiant en première année)

L'entretien a duré environ 11'. Il débute par l'évocation des expériences scolaires quotidiennes ritualisées propices à l'éducation à la santé (« *Ben sur le cycle 1 il y a des rituels qu'on mettrait en place avec la santé donc je sais pas moi, par exemple, au retour de la cour on ferait passer tout le monde, fin de la récré je veux dire on ferait passer tout le monde aux toilettes pour se laver les mains, pour aller au toilette* »). L'identification de la thématique est indiquée à la suite avec un élargissement des exemples de situations quotidiennes et la nécessité de mettre des ressources à disposition des élèves (« *après en soi il y a les règles d'hygiène basique donc on mettra en place les boîtes de mouchoirs par exemple où on les laisserait aller chercher des mouchoirs s'ils en ont besoin. On ne mâchouille pas les crayons qui sont dans les règles de vie mais euh...* »). A la question de relance du sosie, il ne donne pas à voir d'élément supplémentaire. La question de la priorité éventuelle accordée à l'éducation à la santé permet l'expression de difficultés à s'approprier l'objet (« [...] *Donc euh oui je pense que ça reste un domaine fort quand même et que je le mettrai en place. Mais après comment je ne sais pas. Pfff pour le moment [...]* » ou (« *ben je pense forcément il me faudra de l'aide parce que je pense pas monter moi-même en tant que prof, monter vraiment une séance autour de ça mais je pense que c'est pas impossible non plus à faire* »). Le discours permet donc de relever une centration sur l'attention à accorder à l'environnement immédiat afin d'assurer les conditions de la sécurité des élèves en santé. Les difficultés à

« monter » des séances en éducation à la santé par manque de ressources (exemples concrets observés, accompagnement) font que l'apport d'information sur les thématiques n'est pas retenu. De même, aucune référence au rôle « pastorale » de l'enseignant n'est mentionné en lien avec l'éducation à la santé alors que c'était le cas dans la première partie de l'instruction au sosie (« [...] *je suis quelqu'un qui est très à l'écoute des élèves donc du coup c'est vrai que il vaut mieux être attentif à ce qu'ils te disent* » [...]).

Niveau	Identification à partir des verbatim
But de l'objet	Assurer les conditions immédiates de la sécurité des élèves en santé
Objet	Attention à l'environnement
Propriétés	Lien avec les expériences quotidiennes ritualisées (passage aux toilettes, lavage des mains), aménagement de l'espace classe (boite de mouchoirs), lien avec les thématiques de santé (hygiène)

Tableau 74 - Caractéristiques de la tâche appropriée de l'enseignant débutant M1.2.

1.3.4.2 Profil de la tâche appropriée en éducation à la santé pour un enseignant débutant de M2 parcours A (M2A7) (Etudiant fonctionnaire stagiaire en seconde année)

L'entretien a duré 12' environ. Il débute par l'évocation à la fois de la non possibilité de mener des séances dédiées en lien avec les disciplines scolaires liée au statut du sujet (à mi-temps en classe) (« [...] *par exemple là en sciences on a fini les sciences et puis j'ai pas eu de domaines touchant en particulier l'éducation à la santé* [...]). La suite concerne le climat de classe qui mériterait l'attention de l'enseignante (« [...] *par exemple rien que le matin se dire bonjour de mettre tous les élèves qui sont un peu endormis les réveiller un petit peu...de mettre un petit climat de confiance dans la classe quand on arrive...juste bonjour comment ça va ? Le week end s'est bien passé ?* [...]). Un exemple vient ensuite illustrer les propos en référence à l'évaluation (« [...] *s'il y a une évaluation à rendre ou à donner ou à corriger j'essaie de mettre un commentaire positif toujours toujours quelque que chose de positif même si l'évaluation est complètement ratée toujours positive* » [...]). Un cas d'élève est alors présenté qui nous renseigne sur l'accompagnement réalisé et qui participerait aux pratiques favorables en éducation à la santé (« [...] *Jules il a toujours besoin de venir me voir alors donc je lui dirais de l'écouter et de faire rien qu'une petite remarque aux deux qui sont*

derrière pour bien lui montrer qu'il est écouté et que voilà même si les deux autres ne parlaient pas plus fort que d'habitude [...]). Le discours de cette enseignante débutante fait donc référence à la fois à l'environnement scolaire centré sur le climat de classe, à l'accompagnement des élèves dans leur singularité et à l'apport d'informations en lien avec des séances dédiées dans les disciplines scolaires même si celles-ci n'ont pas été effectives. Les facteurs d'appropriation concernent essentiellement les expériences en stage.

Niveau	Identification à partir des verbatim
But des objets	Assurer les conditions du bien-être des élèves
Objets	Attention à l'environnement Accompagnement des élèves (Apport d'information (envisagé))
Propriétés	Lien avec les expériences scolaires au quotidien (rituel d'accueil, évaluation), prise en compte des élèves vulnérables, lien avec les disciplines scolaires (Sciences))

Tableau 75 - Caractéristiques de la tâche appropriée de l'enseignant débutant M2A7

Les deux analyses figurant ci-dessus bien que de durée similaire rendent bien compte de l'hétérogénéité des rapports à l'éducation à la santé chez les enseignants débutants qui constituent notre population. Les propriétés relatives aux réalisations pratiques des objets si elles sont relativement proches dans les deux analyses ne font pas sens de la même façon. C'est la teneur globale du discours et non la présence (ou l'absence) d'une ou l'autre des propriétés qui permet le processus de généralisation et l'accès aux finalités priorisées. Le processus de spécification (lecture de haut en bas) permet de mesurer toutefois la référence au contexte. Celle-ci est beaucoup plus présente dans le discours du sujet M2A7 que chez le sujet M1.2. Nous émettons l'hypothèse que le volume et la forme du stage expliquent potentiellement cette différence (mi-temps à l'année pour M2A7 et 5 semaines d'observation et de pratique accompagnée pour M1.2.).

Nous avons procédé de la même façon pour chacun des enseignants débutants de notre population (23). Nous présentons donc ensuite l'analyse de la tâche appropriée suivant les dimensions figurant en amont en fonction du parcours de formation.

1.3.4.3 Profils des tâches appropriées en éducation à la santé à l'échelle de la population de l'étude

Nous cherchons ici à qualifier la tâche appropriée de chacun des enseignants débutants par le processus décrit ci-dessus c'est-à-dire par le mouvement de généralisation et de spécification et à approcher la cohérence du discours à travers les significations qui nous sont offertes. Il convient donc afin d'en apprécier la portée de procéder à une lecture de gauche à droite (spécification) et de gauche à droite (généralisation).

Identification du sujet (et nombre de buts évoqués)	But(s) de(s) l'objet(s)	Objet(s)	Propriétés de(s) l'objet(s)
M1.1. (1)	Développer les compétences de base en santé	Apport d'information	Lien avec les disciplines scolaires (EPS), lien avec les thématiques de santé (activité physique, alimentation), partenariat (délégation)
M1.2. (1)	Assurer les conditions immédiates de la sécurité des élèves en santé	Attention à l'environnement	Lien avec les expériences quotidiennes ritualisées (passage aux toilettes, lavage des mains), aménagement de l'espace classe (boite de mouchoirs), lien avec les thématiques de santé (hygiène)
M1.3.(0)	Pas d'identification		
M1.4.(1)	Assurer les conditions immédiates de la sécurité des élèves en santé	Attention à l'environnement	Lien avec les expériences quotidiennes (activités sportives, relations dans la cours de récréation) ou ponctuelles (« semaine du goût »), lien avec les thématiques de santé (sécurité, alimentation, lutte contre les discriminations, bien-être), lien avec les disciplines scolaires (EPS, disciplines artistiques), dimension

			collective (« toute l'école »)
M2B1(1)	Lutter contre les inégalités sociales de santé	Apport d'information	Lien avec les thématiques de santé (violence scolaire, harcèlement, hygiène, sexualité, émotions), mise en œuvre de débat, de dispositif type « messages clairs », lien avec les disciplines scolaires (EMC), posture éthique de l'enseignant (« ne pas juger »), prise en compte des besoins du public, identification de ressources matérielles (vidéos « les petits citoyens »)
M2B2(1)	Développer les compétences de base en santé	Apport d'information	Lien avec les thématiques de santé (hygiène buccodentaire, alimentation, lien avec les disciplines scolaires (SVT), identification de ressources matérielles (mallette « Fibonacci »), prise en compte des conceptions des élèves, des opportunités au quotidien
M2B3(1)	Lutter contre les inégalités sociales de santé	Apport d'information	Partenariat (Délégation), collectif enseignant, lien avec les thématiques de santé (hygiène, alimentation)
M2B4(1)	Développer les compétences de base en santé	Apport d'information	Transversalité à travers le lien entre les disciplines (Français, EPS), lien avec les thématiques (hygiène), identification de ressources matérielles (album de littérature

			de jeunesse), lien avec les opportunités au quotidien
M2B5(2)	Emanciper les élèves en santé vers la citoyenneté et permettre les conditions de la réussite scolaire	Accompagnement des élèves Apport d'information	Posture « bienveillante » et éthique de l'enseignant, mise en œuvre de projet si possible partagé au niveau de l'école, lien avec les disciplines (SVT, EMC), lien avec les thématiques (hygiène), partenariat
M2B6(2)	Apprendre à vivre ensemble et à devenir citoyen	Attention à l'environnement Apport d'information	Posture éthique de l'enseignant, lien avec le climat de classe et d'école au quotidien, place du collectif, partenariat, lien avec les disciplines scolaires (EMC), lien avec les thématiques de santé (harcèlement)
M2B7 (1)	Développer les compétences de base en santé	Apport d'information	Transversalité, projet, sur la durée, lien avec les disciplines (EMC, SVT, EPS), prise en compte des conceptions des élèves,
M2B8 (2)	Apprendre à vivre ensemble et à devenir citoyen	Apport d'information Accompagnement des élèves	Lien avec les thématiques de santé (hygiène buccodentaire, alimentation, conduites addictives, gestion des émotions), projet et place du partenariat, lien avec les disciplines scolaires (EPS, SVT), identification de ressources (photo expression, album de littérature de jeunesse)
M2A1(1)	Assurer les conditions de la sécurité et de l'autonomie des élèves en matière de santé	Attention à l'environnement Accompagnement des élèves	Lien avec les expériences scolaires quotidiennes (récréation, activités sportives), lien avec les caractéristiques des élèves (stades du développement, état

			de santé (sur poids)), lien avec les disciplines scolaires (EPS, EMC), lien avec les thématiques de santé (hygiène, sécurité, discrimination, harcèlement), lien avec les programmes scolaires (hygiène en Maternelle), lien avec les familles, lien avec le cadre de vie des élèves (aménagement de la classe)
M2A2(3)	Apprendre à vivre ensemble et à devenir citoyen	Attention à l'environnement Accompagnement des élèves Apport d'information	Lien avec les expériences scolaires (goûter, lavage des mains, anniversaire), lien avec les thématiques de santé (habitudes alimentaires, hygiène), transversalité, attention au cadre de vie, place de la coéducation
M2A3(1)	Développer les compétences de base en santé	Apport d'information	Lien avec les expériences scolaires au quotidien (lavage des mains, dents qui tombent, pédiculose), lien avec les thématiques de santé (hygiène de vie), lien avec les pratiques familiales
M2A4(1)	Lutter contre les inégalités sociales de santé	Apport d'information	Lien avec les expériences scolaires au quotidien (lavage des mains, collation), lien avec les thématiques (hygiène, alimentation, sexualité, gestes de premier secours), travail collectif,
M2A5(3)	Lutter contre les inégalités sociales de santé et permettre les	Accompagnement des élèves Attention à l'environnement	Mise en œuvre de projet transversal liant disciplines (EMC, SVT) sur une

	conditions de la réussite scolaire	Apport d'information	thématique (alimentation, respect de la différence, activité physique), travail collectif, lien avec la cantine, prise en compte des besoins des élèves, lien avec le hors l'école, partenariat, mise en œuvre de débat, lien avec les familles
M2A6(2)	Lutter contre les inégalités sociales de santé	Accompagnement des élèves Apport d'information	Gestion des relations entre les élèves (« communication non violente »), lien avec les expériences scolaires au quotidien (récréation), opération ponctuelle avec partenariat (« hôpital des nounours»), lien avec les thématiques de santé (hygiène, alimentation)
M2A7(2)	Assurer les conditions du bien-être des élèves	Accompagnement des élèves Apport d'information (envisagé)	Lien avec les expériences scolaires au quotidien (rituel d'accueil, évaluation), prise en compte des élèves vulnérables, (lien avec les disciplines scolaires (Sciences))
M2A8(3)	Emanciper les élèves en santé vers la citoyenneté et permettre les conditions de la réussite scolaire	Accompagnement des élèves Attention à l'environnement Apport d'information (envisagé)	Lien avec les thématiques de santé (alimentation, hygiène, respect de la différence), lien avec les expériences au quotidien, lien avec le bien-être des élèves y compris sur l'environnement physique, prise en compte des élèves vulnérables, identification de ressources (album de littérature de jeunesse)
M2A9(2)	Assurer les conditions du bien-être et de la réussite scolaire	Attention à l'environnement Accompagnement des élèves	Gestion des relations entre les élèves (climat de classe), lien avec les thématiques de

	des élèves		santé (empathie), aménagement du rythme de travail, prise en compte des singularités
DUA1(3)	Assurer les conditions du bien-être et de la réussite scolaire des élèves	Accompagnement des élèves Attention à l'environnement Apport d'information	Attention au bien-être des élèves (climat de classe) par la valorisation des réussites, lien avec les thématiques (estime de soi, hygiène, activité physique, gestes de premiers secours), aménagement de l'environnement scolaire (trousse avec brosse à dents), lien avec les activités (en EPS = nécessité de s'échauffer), opération ponctuelle (« semaine du goût »), mise en œuvre de dispositif type « messages clairs », prise en compte de la singularité des élèves
DUB1(3)	Lutter contre les inégalités sociales de santé	Attention à l'environnement Accompagnement des élèves Apport d'information	Identification de ressources (album de littérature de jeunesse), prise en compte des élèves vulnérables, attention au climat de classe, lien avec les thématiques de santé (hygiène, violence scolaire, alimentation), partenariat, environnement sonore de la classe

Tableau 76 - Caractéristiques de la tâche appropriée pour chaque enseignant débutant de la population

L'analyse permet de caractériser l'ensemble des tâches appropriées telles qu'elles ressortent du processus d'analyse. Les buts identifiés ne sont pas à proprement parlé en lien exclusivement avec un ou des objets identifiés même si l'objet « apport d'information » renvoie assez systématiquement au but « Développer les compétences de base en santé ». Par ailleurs, l'évocation simultanée, dans le discours de plusieurs objets (2 ou 3) s'accompagne

assez systématiquement par l'identification d'un but dont l'atteinte renvoie à une temporalité longue. Ainsi, on conviendra que « lutter contre les inégalités sociales de santé » ou « émanciper les élèves en santé vers la citoyenneté et permettre les conditions de la réussite scolaire » nécessitent un empan temporel plus important que « Développer les compétences de base en santé » ou « assurer les conditions immédiates de la sécurité des élèves en santé ». On peut également remarquer que ces buts renvoient tant aux contenus qu'à l'environnement ou aux élèves. Les propriétés qui sont les facteurs de spécifications de l'objet, sont très variables en qualité et en quantité d'un sujet à l'autre. Ce résultat est cohérent avec ceux de notre précédente étude.

Nous avons souhaité, à la suite, vérifier l'influence du parcours et du volume de formation sur la tâche appropriée en éducation à la santé.

1.3.5 Profils des tâches appropriées en fonction parcours de formation

Nous cherchons ici à mesurer si le parcours de formation influence les caractéristiques de la tâche appropriée en éducation à la santé, en particulier au regard du statut de l'enseignant débutant. Des travaux antérieurs ont montré, en particulier, que les occasions de rencontre avec les élèves étaient le moteur du développement professionnel des étudiants, futurs enseignants, en formation initiale (Becker, 2007 ; Daguzon, 2010). Dans le cadrage de la formation sur les lieux où sont inscrits les enseignants débutants, la quantité de stage varie considérablement quantitativement comme qualitativement. Ceux de 1^{ère} année se voient ainsi offrir près de cinq semaines en moyenne de stage d'observation de pratique accompagnée, ceux de seconde année, parcours B, bénéficient du même type de stage d'une durée équivalente et d'un stage « hors l'éducation nationale » d'une durée de 8 jours sur le site B et 3 semaines sur le site C. Les enseignants débutants titulaires du concours sont eux nommés à mi-temps en responsabilité de classe (M2A et DU). Nous les avons donc regroupés en fonction de ce critère.

Parcours de formation (nombre de sujet)	But(s) de(s) l'objet(s) (nombre de citation)	Objet(s) (nombre de citation)	Propriété(s) de(s) l'objet(s) (caractéristiques des propriétés)
M1(4)	Assurer les conditions immédiates de la sécurité des élèves en santé (2)	Attention à l'environnement (2)	Lien avec les disciplines scolaires, lien avec les thématiques de santé, lien avec les expériences quotidiennes ou ponctuelles,
	Développer les compétences de base en santé (1)	Apport d'information (1)	

			aménagement de l'espace classe, dimensions collective, partenariat (délégation)
M2B (8)	<p>Développer les compétences de base en santé (3)</p> <p>Lutter contre les inégalités sociales de santé (2)</p> <p>Emanciper les élèves en santé vers la citoyenneté et permettre les conditions de la réussite scolaire (1)</p> <p>Apprendre à vivre ensemble et à devenir citoyen (2)</p>	<p>Attention à l'environnement (1)</p> <p>Apport d'information (8)</p> <p>Accompagnement des élèves (2)</p>	<p>Lien avec les disciplines scolaires, lien avec les thématiques de santé, lien avec les expériences quotidiennes, aménagement de l'espace classe, dimensions collective, partenariat, identification de ressources matérielles, posture éthique de l'enseignant, lien avec les caractéristiques des élèves et leurs besoins en santé</p>
M2A, DUA et DUB (11)	<p>Assurer les conditions de la sécurité et de l'autonomie des élèves en matière de santé (1)</p> <p>Développer les compétences de base en santé (1)</p> <p>Lutter contre les inégalités sociales de santé (3)</p> <p>Lutter contre les inégalités sociales de santé et permettre la condition de la réussite des élèves (1)</p> <p>Emanciper les élèves en santé vers la citoyenneté et les conditions de la réussite scolaire (1)</p> <p>Apprendre à vivre ensemble et à devenir citoyen (1)</p>	<p>Attention à l'environnement (7)</p> <p>Apport d'information (9)</p> <p>Accompagnement des élèves (9)</p>	<p>Lien avec les disciplines scolaires, lien avec les thématiques de santé, lien avec les expériences quotidiennes, aménagement de l'espace classe et du rythme de travail, attention au climat de classe, dimensions collective, partenariat, identification de ressources matérielles, mise en œuvre de dispositifs dédiés posture éthique de l'enseignant, lien avec les caractéristiques des élèves et leurs besoins en santé, attention aux élèves vulnérables, lien avec les familles, coéducation, lien avec le hors l'école</p>

Assurer les conditions du bien-être des élèves (1)
Assurer les conditions du bien-être des et de la réussite des élèves (2)

Tableau 77 - Caractéristiques de la tâche appropriée en fonction du statut de l'enseignant débutant

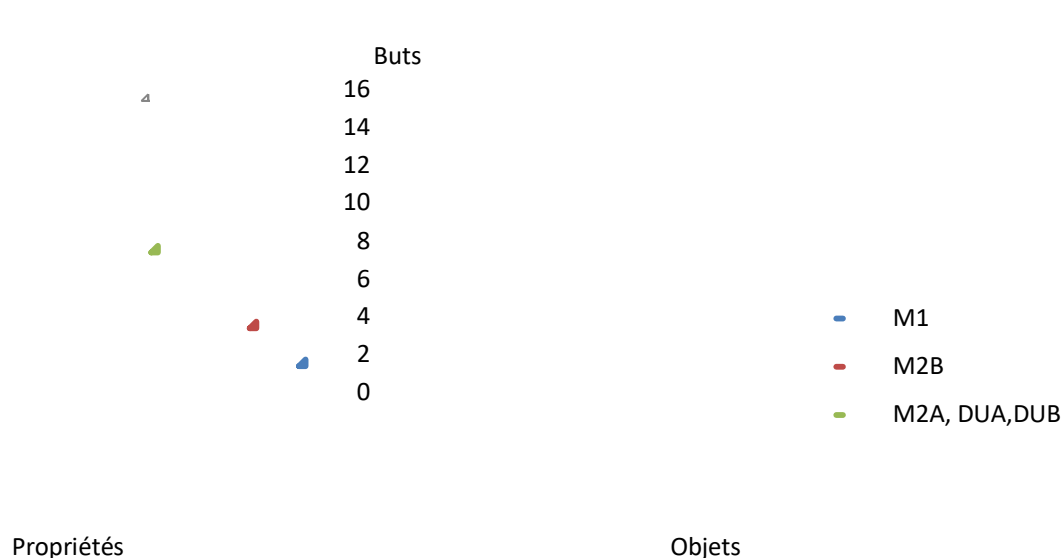


Figure 30 - Caractéristiques des tâches appropriées en fonction du parcours de l'enseignant débutant

La représentation graphique sous forme de « radar » confirme l'influence, qualitativement parlant, du parcours de formation et plus spécifiquement du statut de l'enseignant débutant. Elle se traduit par un élargissement, à l'échelle de notre population, du sens donné à l'éducation à la santé à l'école à travers les buts, les objets et la façon dont peuvent se mettre en œuvre les pratiques qui y participent. Cet élargissement des capacités de penser voire d'agir en éducation à la santé du point de vue des enseignants débutants nous semblent représentatif d'un processus d'appropriation (Pastré, 2011).

1.3.6 Profils des tâches appropriées en fonction du volume de formation

Nous avons également souhaité approcher l'influence du volume formation sur les dimensions de la tâche appropriée. Il s'agit là d'une variable identifiée dans le cadre d'une étude conduite

auprès d'étudiants, futurs enseignants, en formation initiale en Angleterre et ayant bénéficié de dispositifs de formation en éducation à la santé (Walsh et Tilford, 1998). Pour ce faire, nous avons regroupé les enseignants débutants en trois groupes en fonction du volume de formation évalué sur l'ensemble du parcours. Le groupe 1 est constitué de M1.1, M1.2., M1.3., M1.4., M2B2, M2A4 et M2A6 c'est-à-dire ceux ayant bénéficié de moins de 10h00 de formation sur l'ensemble de leur parcours et essentiellement sous la forme de cours magistraux. Le groupe 2 est constitué de M2B3, M2A2, M2A5, M2B4, M2B7 et M2A3 ayant reçu entre 11h00 et 42h00 de formation sur l'ensemble de leurs parcours essentiellement sous la forme de cours magistraux et d'unité(s) d'enseignement spécifique(s). Enfin, le groupe 3 est constitué de M2B1, M2B6, M2B5, M2B8, M2A1, M2A7, M2A8, M2A9, DUA1 et DUB1 qui ont bénéficié de l'ensemble des dispositifs dédiés selon le site de formation considéré et en particulier du « séminaire mémoire » ou d'un stage spécifique à l'objet pour un volume de formation supérieur à 45h00 sur l'ensemble du parcours. Ces groupes mélangent également des enseignants débutants qui ont plus ou moins d'expériences en stage. Ceci constitue sans nul doute une limite à notre étude mais de la même façon l'analyse précédente, centrée sur l'influence du parcours, pouvait susciter la même réserve. S'agissant d'une étude qualitative, nous pensons que nos analyses nous donnent à voir des tendances.

Groupe et sujets constituant le groupe (nombre de sujet et volume de formation)	But(s) de(s) l'objet(s) (nombre de citation)	Objet(s)	Propriété(s) de(s) l'objet(s) (caractéristiques des propriétés)
Groupe 1 : M1.1, M1.2., M1.3., M1.4., M2B2, M2A4, M2A6 (7, moins de 10h00)	Assurer les conditions immédiates de la sécurité des élèves en santé (2) Développer les compétences de base en santé (2) Lutter contre les inégalités sociales de santé (2)	Attention à l'environnement (2) Apport d'information (4) Accompagnement des élèves (1)	Lien avec les disciplines scolaires, lien avec les thématiques de santé, lien avec les expériences quotidiennes ou ponctuelles, aménagement de l'espace classe, dimensions collective, partenariat (délégation), identification de ressources matérielles, gestion de relations entre les élèves
Groupe 2 : M2B3, M2A2, M2A5, M2B4, M2B7, M2A3 (6, entre 11h00 et 42h00)	Développer les compétences de base en	Attention à l'environnement (2) Apport d'information (6)	Partenariat, collectif enseignant, lien avec les thématiques de santé, lien avec les

	<p>santé (3)</p> <p>Lutter contre les inégalités sociales de santé (2)</p> <p>Apprendre à vivre ensemble et à devenir citoyen (1)</p>	<p>Accompagnement des élèves (2)</p>	<p>expériences scolaires, attention au cadre de vie, place de la coéducation, travail collectif, prise en compte des besoins des élèves, lien avec le hors l'école, mise en œuvre de débat, lien avec les familles</p>
<p>Groupe 3 : M2B1, M2B6, M2B5, , M2A1, M2A7,M2A8, M2A9, M2B8,DUA1,DUB1(10, supérieur à 45h00)</p>	<p>Assurer les conditions du bien-être et de la réussite scolaire (2)</p> <p>Lutter contre les inégalités sociales de santé (2)</p> <p>Apprendre à vivre ensemble et à devenir citoyen (2)</p> <p>Emanciper les élèves en santé vers la citoyenneté et les conditions de la réussite scolaire (2)</p> <p>Assurer les conditions de la sécurité et de l'autonomie des élèves en matière de santé (1)</p> <p>Assurer les conditions du bien-être des élèves et</p>	<p>Accompagnement des élèves (8)</p> <p>Attention à l'environnement (6)</p> <p>Apport d'information (8)</p>	<p>Lien avec les disciplines scolaires, lien avec les thématiques de santé, lien avec les expériences quotidiennes, aménagement de l'espace classe, dimensions collective, partenariat, identification de ressources matérielles, posture éthique de l'enseignant, lien avec les caractéristiques des élèves et leurs besoins en santé, identification de ressources, prise en compte des élèves vulnérables, mise en œuvre de dispositifs dédiés</p>

condition de
la réussite
scolaire (1)

Tableau 78 - Caractéristiques de la tâche appropriée en fonction du volume de formation

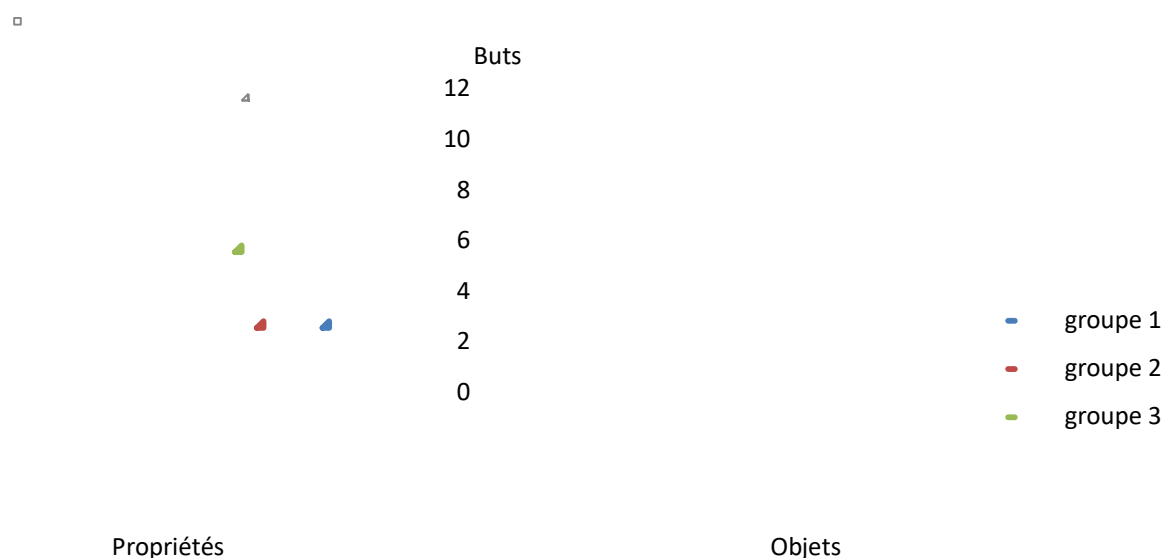


Figure 31 - Caractéristiques des tâches appropriées en fonction du volume de formation

La représentation graphique sous forme de « radar » confirme l'influence, qualitativement parlant, du volume de formation. Cette influence se traduit par une augmentation des propriétés entre les groupe 1 et les groupes 2 et 3, d'une augmentation des buts entre les groupes 1 et 2 et le groupe 3. Les objets évoqués ne semblent pas impactés par le volume de formation. La quantité de formation, et sans doute la qualité de celle-ci (« séminaire mémoire » pour le groupe 3) semble, compte – tenu du fait que le groupe 1 et 2 comportent des sujets ayant une expérience de terrain plus ou moins conséquente également, influencer essentiellement les buts de la tâche appropriée. Nous confirmons ainsi, quand bien même les limites pointées, l'influence de ces facteurs.

1.4 Identification de facteurs d'appropriation

Les analyses nous ont permis de mesurer les dimensions des tâches appropriées de nos sujets c'est-à-dire ce qu'ils s'approprient pour ce qui concerne l'éducation à la santé. Nous avons identifié que le parcours et le volume de formation influençaient tout ou partie des caractéristiques de ces tâches appropriées. Cette appropriation se traduit, de façon générale à

l'échelle de notre population, par un élargissement des façons de penser et d'agir en éducation à la santé sur la temporalité de la formation initiale.

Nous cherchons dans la suite à identifier les facteurs qui influencent cette appropriation à travers le discours des enseignants débutants c'est-à-dire en prenant en compte leur subjectivité. Des travaux antérieurs (Clot, 2008) ont démontré la multiplicité et la complexité des justifications qu'un enseignant expérimenté donne à voir pour expliquer sa pratique lors d'un recueil par instruction au sosie. Selon nous, et à partir de l'analyse et des études précédentes, ces facteurs devraient relever de deux catégories que sont les facteurs individuels et les facteurs relatifs aux expériences professionnelles et de formation.

L'analyse de contenu a consisté à identifier dans l'ensemble des verbatim, à partir de la logique délibérative décrite ci-dessus, les justifications avancées par classification descendante. Le processus consiste à inférer des variables à partir des significations des sujets qui constituent alors autant de variables d'inférence (Bardin, *ibid.*). L'identification des facteurs d'appropriation présents dans les verbatim l'ont été que ceux - ci soit défavorables (M1.3. « *Ben là ça va être un peu plus compliqué de répondre parce qu'on a jamais fait d'éducation à la santé à l'ESPE* ») ou favorables (M2B7 « *Pas du tout, mes stages j'ai jamais rien eu en lien avec ça justement donc j'ai vraiment découvert l'ES fin approfondi cette question en cours d'ouverture* ») à l'appropriation.

L'analyse des verbatim permet d'identifier un ensemble de facteurs.

1.4.1 Facteurs individuels influençant la tâche appropriée en éducation à la santé

Ceux-ci font référence au rapport personnel du sujet à l'objet, rapport qui influence sa place dans la future pratique ou la pratique elle-même (M1.2. « *Moi-même je me sens pas à l'aise avec le sujet* » ; M2A3 « *le fait d'être maman, je veux dire on le vit au quotidien à la maison, l'hygiène de l'enfant, on sait très bien comment agit un enfant* »). Le rapport à l'objet en tant que débutant (M2B6 « *Je pense que c'est important d'en faire, alors je pense qu'au début quand on commence dans le métier, on est un peu dépassé on a tellement de choses à faire, c'est peut-être délicat au début* ») et aux autres comme porteur de valeur en lien avec l'éducation à la santé est également avancé (M2A9 « *j'apprécie qu'on me considère en tant qu'humain donc y'a pas de raison que je fasse pas pour eux* »). D'autres verbatim renvoient à la socialisation primaire du sujet. En sociologie, la socialisation primaire peut être définie comme « l'identité de la personne construite pendant l'enfance » sur laquelle se réalise la socialisation professionnelle en lien avec le groupe d'appartenance professionnelle (Cattonar, 2006). Ces références concernent les justifications de la place de certaines thématiques de

santé (M1.1. « *« En plus, l'alimentation, c'est quelque chose qui me touche, enfin pas moi personnellement, mais dans ma famille et je trouve ça important »*) ou les finalités de l'éducation à la santé (M2A2 « *ça fait plus partie de l'éducation j'ai envie de dire qu'on a eu nous enfant et voilà à savoir bien se tenir, enfin bien se tenir, respecter la propreté des lieux tout ça, ça fait partie de notre éducation »*). Les enseignants débutants font également référence à la socialisation secondaire en lien avec leur passé scolaire ou universitaire antérieur à l'entrée en formation. Ils y justifient la définition de l'objet (M1.2. « *« Ben la licence en sciences de l'éducation oui m'a apporté pas mal d'éléments sur l'éducation à la santé »*) ou la nature de pratiques en lien (M2B5 « *euh des stages non après pas quand j'étais en licence on a fait un petit projet je crois c'était en L2 on devait faire, on travaillait sur le stress et on devait interroger une population sur le stress donc ma collègue était sapeur-pompier donc du coup on avait interrogé des pompiers [...] »*). Certains verbatim relèvent également d'une socialisation professionnelle antérieure. Cette socialisation permet de justifier l'attention accordée au bien-être des élèves comme finalité de l'éducation à la santé à l'école (DUA1 « *« Alors après c'est lié au métier aussi que j'ai fait avant »*; M2A3 « *« j'ai été auxiliaire de vie scolaire pendant sept ans, donc je sais ce qu'est [...] »*). Un nombre important de verbatim traduit un rapport personnel au parcours de formation que ce soit pour en souligner les apports (M2B1 « *Je fais un mémoire dans l'éducation à la santé, plus basé sur la violence scolaire, mais bon ça fait partie de l'éducation à la santé mais ça, ça serait un sujet avec lequel je serais plus à l'aise »*; M2A2 « *Alors, ce qui a été proposé à l'ESPE, je dirais que c'est plus le cadre théorique, qu'on a besoin aussi pour pouvoir le transmettre aux élèves et aussi tous les partenaires avec qui on pourrait travailler pour justement illustrer ces théories en classe [...] »*) ou bien les limites (M2B3 « *voilà l'absence de concret qui dérange »*; M2B5 « *[...] j'ai eu plusieurs cours là-dessus, mais même voilà, même dans ce module c'est vrai que on est peut-être pas accompagné vraiment à mener des projets en santé, comment faire concrètement [...]*) ou l'identification de ressources pour mettre en œuvre (M2B8 « *[...] On pourrait utiliser le photo expression comme on a vu pour le mémoire ou des intervenants des gendarmes qui peuvent intervenir, ou alors se servir des petites vidéos avec des témoignages ça doit exister, la littérature de jeunesse [...]*). Enfin, nous avons également relevé des verbatim qui font référence à une conception personnelle du métier en lien avec la place ou les finalités de l'éducation à la santé à l'école (M2B4 « *non c'est pas une priorité (rire). Non, ben j'essaierai quand même d'en faire et d'en faire suffisamment mais je pense pas que ça passera avant fin si je suis en retard sur certains trucs comme les maths, le français [...]* »; M2A5 « *si elle n'est pas faite à la maison, à part l'école je ne vois pas*

d'autre endroit où elle peut être faite. Et puis c'est essentiel pour mener une bonne scolarité [...] »»).

1.4.2 Facteurs liés aux expériences professionnelles et de formation influençant la tâche appropriée en éducation à la santé

Les facteurs identifiés ici sont inférés en référence aux expériences vécues en stage et aux caractéristiques qui renvoient aux conditions de travail. Le fait d'avoir eu des opportunités ou pas d'observer ou de mener des séances d'éducation à la santé est régulièrement cité par nos sujets (M2B2« *Donc qu'est-ce que je fais déjà euh...tout dépend du thème, après je sais que j'ai fait une séance la semaine dernière sur les dents [...] »*); M2B1 « *J'ai été témoin de séances par exemple en EMC mais en lien quand même avec l'éducation à la santé puisque c'était sur le harcèlement scolaire en CM1-CM2 »*). Le niveau de classe cité a également une influence sur les fonctions et les pratiques (M2A6 « *Alors en maternelle, je n'en fais pas énormément, après je pense que déjà le fait d'être, de régler les conflits entre les enfants, c'est déjà de l'éducation à la santé plus morale, mentale »*). Le rapport à la prescription en tant qu'organisateur des situations de travail et justifiant la place de l'objet est évoqué (M2B7 « *je pense que oui c'est une priorité et en plus ça fait partie des instructions officielles de toute façon donc on doit le faire »*; M2B4 « *ça paraît pas être la priorité et ça y est pas dans les programmes non plus directement, t'as pas de programme à faire en éducation à la santé donc si tu es en retard sur un autre truc tu vas plutôt favoriser ce que tu dois vraiment faire plutôt que ce qui est indirectement écrit quoi [...]»*). Certains verbatim concernent les caractéristiques du territoire où est implantée l'école (M2A5 « *[...] c'est un quartier assez populaire donc il y a pas forcément une grosse attention au niveau des familles sur les apports en légumes [...] »*; M2A3« *j'ai la chance d'enseigner dans un milieu plutôt favorisé où les parents ont un rôle, enfin, joue le rôle de parents »*) qui influenceraient les pratiques. D'autres verbatim font référence au rapport aux élèves de façon générale (M2A7 « *[...] rien que le matin se dire bonjour de mettre tous les élèves qui sont un peu endormis les réveiller un petit peu...de mettre un petit climat de confiance dans la classe quand on arrive »*) ou le rapport aux élèves vulnérables (M2A8 « *Euh...j'ai un élève en particulier qui est très difficile au niveau du comportement donc lui ben c'est sûr qu'il faudra être à côté de lui pour le calmer, pour l'intéresser et pour qu'il rentre dans l'activité »*; M2A1 « *mais j'ai une élève dans ma classe qui est un peu, qui a des problèmes euh.... de poids et donc pour elle, c'était quand même très dur »*). Le rapport au collectif enseignant est également évoqué comme un facteur d'appropriation (M2A3« *[...] voilà j'ai pu apprendre de mes collègues enseignantes*

et ça c'est certain oui. »; M2A8 « *j'ai beaucoup questionné, j'ai beaucoup observé et finalement je me suis aussi formée par moi-même avec les collègues et ça c'était une source très riche d'enseignement finalement parce que voilà on est pas tout seul* ») ou le rapport aux partenaires (M1.4. « *Je sais que quand j'étais en stage, elle avait fait... c'était la semaine du goût, du coup elle avait fait venir un chef de cuisine* »).

1.4.3 Rapport à la formation initiale : Second niveau d'analyse par identification du degré d'appropriation de la tâche

Nous avons souhaité ici pour ce qui concerne la construction de la tâche appropriée identifier les enseignants débutants pour lesquels les verbatim et le sens du discours de façon générale indiquait une faible appropriation de l'objet et ceux chez lesquels cette appropriation même relative était confirmée. Nous avons ainsi identifié 6 enseignants débutants appartenant à la première catégorie et 17 à la seconde parmi notre population. Nous avons alors répertorié les catégories relatives de chacun de ces groupes.

Identification de l'enseignant débutant (n)	Degré d'appropriation issue de l'analyse des verbatim	Facteurs individuels	Facteurs liés aux expériences professionnelles et de formation
M1.1, M1.2, M1.3., M2B1, M2B3, M2B4 (6)	Peu ou pas d'appropriation, sentiment d'incompétence exprimé	Socialisation primaire Socialisation secondaire Rapport personnel à l'objet Rapport personnel au métier	Rapport à la prescription Rapport aux dispositifs de formation Observation ou conduite de séances en lien avec l'objet
M1.4, M2B2, M2B5, M2B6, M2B7, M2B8, M2A1, M2A2, M2A3, M2A4, M2A5, M2A6, M2A7, M2A8, M2A9, DUA1, DUB1(17)	Appropriation, relatif sentiment de compétence exprimé	Socialisation primaire Socialisation secondaire Socialisation professionnelle antérieure Rapport personnel à l'objet Rapport personnel au métier	Rapport à la prescription Rapport aux dispositifs de formation Observation ou conduite de séances en lien avec l'objet Rapport au contexte de l'école au niveau du territoire Rapport au niveau de classe Rapport aux élèves Rapport aux élèves vulnérables

Tableau 79 - Degré d'appropriation et facteurs d'appropriation identifiés

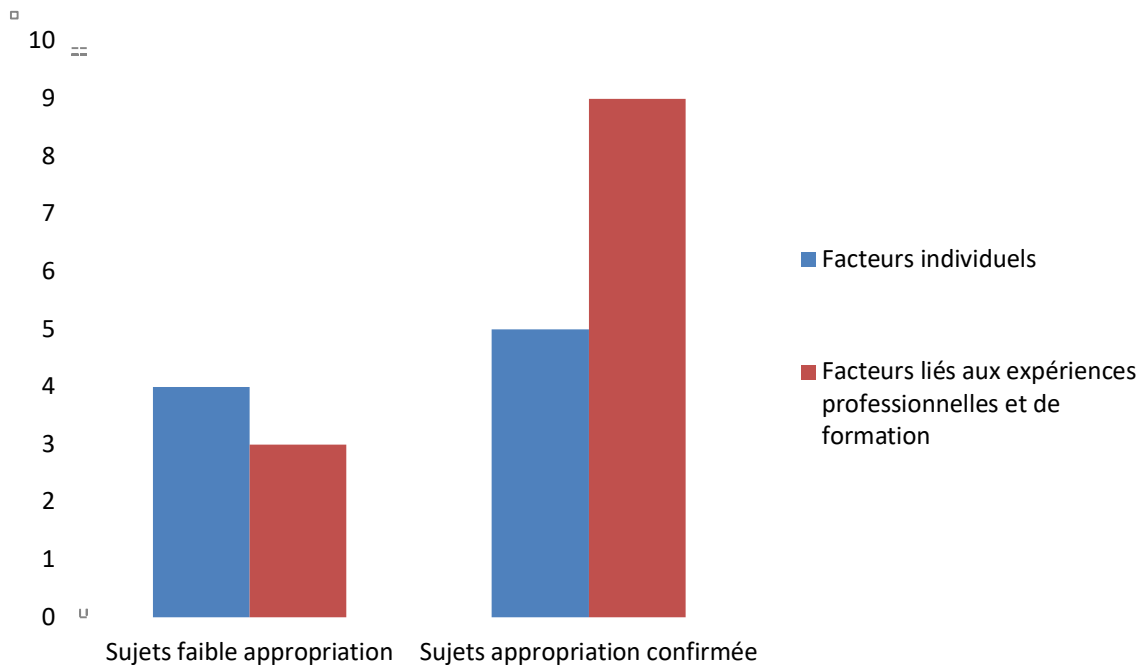


Figure 32 – Nombre de catégories pour chaque groupe selon le niveau d'appropriation et selon le type de facteurs.

L'analyse des justifications des deux groupes d'enseignants débutants semble montrer un déplacement des équilibres entre facteurs individuels et facteurs renvoyant aux expériences personnelles et de formation en fonction du niveau d'appropriation. Nos résultats semblent donc indiquer que l'appropriation relève plus particulièrement des facteurs relatifs aux expériences personnelles et de formation. L'élaboration de la tâche appropriée des enseignants débutants du second groupe (appropriation confirmée) diffère essentiellement, au niveau qualitatif, de ceux du premier (faible appropriation) par les références au contexte de l'école au niveau du territoire, au niveau de classe, aux élèves en particulier les plus vulnérables, au collectif enseignant et aux partenaires.

1.5 Discussion

La plupart des enseignants débutants de première année de Master de notre étude non seulement ne s'approprient pas les questions d'éducation à la santé mais certains témoignent également qu'ils n'y comprennent pas grand-chose. Cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas d'intérêt mais qu'ils attendent alors beaucoup de la formation. Ceux de seconde année de

Master s'ils ont développé pour la plupart une tâche comprise ne s'approprient pas pour autant systématiquement ces questions.

Cette appropriation quand elle se réalise se traduit au niveau de la tâche par un élargissement des façons de penser voire d'agir en éducation à la santé (Pastré, 2011) c'est-à-dire par une diversification des buts, des objets et des propriétés de l'éducation à la santé. La perspective promotrice de santé développée alors par certains de nos sujets se traduit par un rapport élargi non seulement aux élèves en particulier les plus vulnérables mais également aux collègues, aux partenaires et également au contexte du territoire où est implantée l'école voir au niveau de classe considéré. Ces dimensions contextuelles étaient celles qui figuraient dans une étude de Simar et Jourdan (2010, 2011) conduite auprès d'enseignants expérimentés suite à leur participation à un dispositif de formation continue pour ce qui concernait leur implication dans le dispositif. Ils sont également en accord avec les travaux de Laursen et coll. (2016) dans le champ de l'éducation à la santé pour des étudiants en formation initiale.

Concernant le processus d'appropriation, les justifications avancées traduisent un déplacement des équilibres entre facteurs individuels et facteurs liés aux expériences professionnelles et de formation et ceci au bénéfice de ces dernières. Ce résultat confirme l'influence de la rencontre avec les élèves. Ces occasions sont alors si ce n'est un moteur indispensable au moins un catalyseur de cette appropriation. Ces constats sont en accord avec, pour ce qui concerne des sujets en formation initiale, les travaux de Daguzon (2010) en France et ceux de Byrne et coll. (2015) dans le champ de l'éducation à la santé en Angleterre.

1.6 Principaux résultats

Notre étude cherchait à comprendre la façon dont le processus de redéfinition permettrait l'atteinte d'une tâche appropriée en éducation à la santé et les facteurs qui influencent cette appropriation. Nos résultats montrent que l'appropriation se traduit par un élargissement des buts, objets et propriétés de la tâche. Les caractéristiques identifiées alors dans les verbatim renvoient tant aux contenus, qu'à la prise en compte des élèves et de l'environnement que constitue l'école c'est-à-dire à une perspective promotrice de santé. Cette évolution dépend du parcours de formation au regard du volume de formation et du statut de l'enseignant débutant c'est-à-dire de la quantité et de la nature des stages. L'analyse menée au regard des justifications avancées en différenciant les enseignants débutants selon le degré d'appropriation montrent qu'elle dépend de facteurs individuels et de facteurs liés aux expériences professionnelles et de formation. Les significations qui justifient cette appropriation font plutôt référence aux expériences professionnelles et de formation et moins aux facteurs individuels.

Questions de recherche	Population	Perspectives de l'étude 3	Principaux résultats
La tâche comprise évolue-t-elle vers une tâche appropriée ?	Diversité des parcours de formation (5 parcours de la filière « Professorat des écoles »)	Caractéristiques qualitatives des tâches appropriées en éducation à la santé	Elargissement de buts, objets et propriétés en fonction du parcours et du volume de formation Adoption d'une perspective promotrice de santé
Quels sont les facteurs qui influencent cette appropriation ?		Facteurs liés à l'élaboration de tâches appropriées en éducation à la santé	Influence des facteurs liés aux expériences professionnelles et de formation et moins aux facteurs individuels

Tableau 80 - Synthèse des principaux résultats de l'étude 3

Chapitre 6 : Discussion générale et conclusion

1 Discussion générale des résultats des différentes études

Notre question de départ cherchait à comprendre en quoi les parcours de formation initiale en éducation à la santé dans notre contexte institutionnel favoriseraient la professionnalisation des enseignants débutants. Après avoir justifié et adopté le cadre du développement professionnel pour penser à la fois la place des enseignants débutants, les parcours de formation initiale et l'éducation à la santé, nous avons retenu la psychologie ergonomique comme cadre théorique de la recherche. Ce faisant nous avons justifié notre intérêt pour les notions de tâche comprise ou appropriée (Veyrac, 2011) et d'activité constructive ou productive (Samurçay et Rabardel, 2004) afin de rendre compte des produits et des processus de développement susceptibles de prendre place dans les parcours de formation. En suivant Savoyant (2006), nous considérons que la formation doit permettre l'élaboration d'une base d'orientation en éducation à la santé qui peut être dissociée de la réalisation de la tâche. Dit autrement, il faut d'abord se représenter la tâche à accomplir (ce qui participe du processus de redéfinition) avant d'élaborer l'action. C'est donc essentiellement de cette base d'orientation rationnelle dont il est question dans notre recherche, la façon dont elle s'élabore (par l'activité des enseignants débutants), ses caractéristiques (tâche comprise et appropriée) et l'influence que jouent les parcours de formation.

Deux questions de recherche ont donc été posées :

- En quoi les parcours de formation initiale favoriseraient-ils le développement de tâches comprises et de tâches appropriées en éducation à la santé chez les enseignants débutants ?
- Quels sont les processus et les facteurs liés à ce développement ?

Trois études ont été construites pour répondre à ces deux questions :

Le triplet tâche/enseignant débutant/activité est au cœur de ces trois études sans oublier le parcours de formation où prennent place chacun de ces éléments.

La première étude est basée sur le postulat que l'activité dépend du couplage entre tâche et enseignant débutant dans le parcours de formation considéré et influence en retour tant la tâche que l'enseignant débutant. Nous avons cherché à décrire comment les différents parcours de formation influencent les caractéristiques de la tâche comprise et les

caractéristiques des enseignants débutants et identifier les variables corrélées de ces parcours de formation. Concernant les caractéristiques des enseignants débutants, nous les avons résumées dans cette première étude quantitative à l'intérêt, au sentiment de compétence et à la place de l'éducation à la santé dans la future pratique afin de permettre l'identification de facteurs précis. Pour autant, les études qualitatives nous ont permis de retrouver de la complexité concernant celles-ci.

L'équation contextuelle correspondante (Darlington et coll., 2017) est formalisée comme suit :

Tâche comprise en éducation à la santé = f (Enseignant débutant (M1, M2A, M2B, DUA, DUB), parcours de formation ((Filière de formation (PE, CPE, PLP), volume de formation en éducation à la santé, offre de formation en éducation à la santé (UE, recherche), lieu de formation)), suivi longitudinal de 0 à 36 mois)

La seconde étude est basée sur le postulat que la tâche traduit l'activité de l'enseignant débutant dans le parcours de formation considéré. Nous avons cherché à décrire les caractéristiques des tâches comprises et identifier les facteurs qui influencent leur élaboration par les enseignants débutants par un suivi sur la temporalité d'un parcours de formation.

L'équation contextuelle correspondante est formalisée comme suit :

Tâche comprise en éducation à la santé = f (Enseignant débutant (M2B), parcours de formation ((volume spécifique dédié à l'éducation à la santé (tronc commun, PE, site B)), suivi longitudinal de 5 mois).

La troisième étude est basée sur le même postulat que l'étude précédente. Mais nous avons cherché à décrire les caractéristiques de la tâche appropriée et identifier les facteurs qui influencent son élaboration, quand elle a lieu, par les enseignants débutants en fonction de différents parcours de formation et ceci en fin d'année de formation.

L'équation contextuelle correspondante est formalisée comme suit :

Tâche appropriée en éducation à la santé = f (Enseignant débutant (M1, M2B, M2A, DUA, DUB), parcours de formation ((Volume de formation en éducation à la santé entre 7 et plus de 45 heures, sites B et C)), pas de suivi longitudinal).

La méthodologie choisie (suivi longitudinal par questionnaire et études transversales par journaux de bord et instructions au sosie) a été retenue pour permettre le rapprochement des résultats quantitatifs et qualitatifs (méthode mixte).

La première limite de l'étude quantitative (**étude 1**) concerne les taux de retours différents entre les moments de recueil et les années de suivi. Pour autant, ces taux de retour nous semblent bons même si on constate une baisse entre les débuts et fins d'année (Taux de retour moyen en début d'année : 52,3%, Taux de retour moyen fin d'année : 28,4%). Une autre limite concerne les effectifs de certaines populations de l'étude qui sont parfois limités pour les analyses (population inscrite en DU en particulier). Enfin, l'absence de recueils à certains moments et pour certaines populations à cause de conditions matérielles et organisationnelles est également une limite de cette première étude.

La principale limite de la première étude transversale (**étude 2**) renvoie à l'attention nécessaire avec laquelle les enseignants débutants ont renseigné les journaux de bord. Une temporalité plus grande aurait pu être également envisagée.

Concernant la seconde étude transversale (**étude 3**), la principale limite renvoie au fait que trois sosies ont œuvré en parallèle. Pour autant pour maîtriser ce biais, un protocole de passation précis et un accompagnement des sosies autour de ce protocole préalable à l'instruction ont été mis en place.

Le rapprochement des résultats de chacune des études traduit, selon nous, des tendances que nous présentons ci-dessous.

1.1 Premier résultat : les effets des parcours de formation en éducation à la santé sur l'élaboration des tâches comprises et appropriées

Concernant les tâches comprises, les analyses lexicales exploratoires (**étude 1**) montrent plusieurs perceptions de la santé et de l'éducation à la santé à l'échelle globale de notre population. Les perceptions de la santé oscillent entre vision biomédicale et vision holistique centrée sur le bien-être de l'élève. Les perceptions de l'éducation à la santé oscillent entre prévention par l'apport d'information et éducation centrée sur l'émancipation de l'élève. La perception liée aux thématiques n'est pas spécifique de l'un ou l'autre de ces objets. Les analyses descriptives et univariées confirment une évolution significative de ces perceptions entre le début et la fin de la formation ($p= 0,0343$ et $p= 0,0149$ respectivement pour l'objet santé et l'objet éducation à la santé). Cette évolution se fait au bénéfice d'une vision holistique de la santé (de 24% à 32%) et d'une perspective éducative et émancipatrice pour l'éducation à la santé (de 38% à 50%) qui sont les objets de la tâche comprise finale.

Concernant les buts que se donnent les sujets en éducation à la santé, les analyses descriptives et univariées ne montrent pas d'évolution significative. Ceci s'explique sans doute par le choix important de deux modalités dès le début de la formation (« Transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé » et « Favoriser le bien-être de l'élève »). On remarquera que ces choix sont très cohérents avec les deux visions de l'éducation à la santé décrites en amont. Concernant le choix de l'importance de la propriété « travail collectif », son évolution n'est pas significative. Là aussi, le choix de deux modalités de réponse (certainement et probablement) dès le début de la formation explique sans doute ce résultat. Les résultats qualitatifs de **l'étude 2** pointent la multiplicité et l'hétérogénéité des références à l'éducation à la santé construites par les enseignants débutants de la population de l'étude. Elles démontrent la diversité de ce que les enseignants débutants comprennent qu'on attend d'eux en éducation à la santé.

Par ailleurs, les résultats de cette étude (**étude 2**) montrent que certains développent également une tâche appropriée qui rend compte de ce qu'ils considèrent comme approprié ou ce qu'ils se sont appropriés de l'éducation à la santé. Les résultats de **l'étude 3** montrent que l'appropriation s'accompagne d'un élargissement des buts, des objets et des propriétés de la tâche en éducation à la santé. Cette appropriation traduit la perception de la complexité de l'éducation à la santé par les enseignants débutants qui en font la démonstration dans une perspective promotrice de santé. D'un point de vue qualitatif, les caractéristiques qui sont spécifiques de la tâche appropriée sont les références au contexte de l'école au niveau du territoire, au niveau de classe, aux élèves en particulier les plus vulnérables, au collectif enseignant et aux partenaires. Les interventions éducatives en santé sont alors définies comme permettant la construction des compétences de base en santé des élèves, la prise en compte des élèves dans le processus et une attention à l'environnement scolaire dans lequel prennent place ces interventions (**étude 3**). Selon Dieci et coll. (2010) la formation initiale permet aux enseignants débutants de construire une vision complexe du métier qui si elle prend toujours en compte l'idée de transmettre des savoirs (E22 « *Se traduit à travers différents enseignements. (EPS, EMC,...)* ») déborde, en fin de formation, vers les dimensions éducatives (E22 « *L'éducation à la santé est importante pour sensibiliser les élèves au bien être mental et physique pour leur vie citoyenne, pour qu'ils puissent avoir les outils nécessaires pour se sentir bien et en bonne santé dans la société* ») et le rôle de médiateur de l'enseignant (E22 « *Faire attention au bien-être des élèves, faire des liens dans les enseignements avec la santé, développer les compétences psychosociales des élèves* ») (**étude**

2). Ce résultat est confirmé par l'étude de Paakkari et coll. (2012) et Schwartz et coll. (2017) dans le champ de l'éducation à la santé.

1.2 Second résultat : les effets des parcours de formation en éducation à la santé sur les caractéristiques des enseignants débutants

Concernant la temporalité de la formation, les analyses descriptives et univariées (**étude 1**) montrent une augmentation significative de l'intérêt pour le bien-être des élèves (de 9,10 (+/- 1,09) à 9,31 (+/- 0,96) et $p=0,0259$) et une tendance pour l'intérêt pour l'éducation à la santé (de 7,78 (+/-1,57) à 8,03 (+/-1,39) et $p=0,0651$). Les sentiments de compétence pour l'éducation à la santé et pour prendre en charge le bien-être des élèves augmentent également significativement entre le début et la fin de la formation (de 5,08 (+/-1,72) à 5,74 (+/-1,51) et $p<0,0001$ et de 6,10 (+/-1,54) à 6,58 (+/-1,47) et $p=0,0006$ respectivement). Cet effet de la formation initiale en éducation à la santé avait été relevé dans la revue systématique de Shepherd et coll. (2016). Concernant la place accordée à l'éducation à la santé dans la future pratique, les analyses montrent une tendance (de 63,64 (+/-18,90) à 66,86 (+/-17,17) et $p=0,0545$).

Les analyses multivariées indiquent le rôle central de l'intérêt pour l'éducation à la santé qui influence l'ensemble des caractéristiques des enseignants débutants en début et en fin de formation. Les analyses multivariées conduites de manière longitudinale montrent une évolution significative de l'intérêt sur l'empan de la formation pour les enseignants débutants ayant renseigné plusieurs fois le questionnaire (par rapport aux M2B, les M1 ont un score plus élevé en moyenne de 0,77 ($p=0,0009$) et les M2A de 1,09 ($p<0,0001$)). Les résultats des études qualitatives qui ont consisté à suivre sur la durée où interroger en fin d'année de formation certains enseignants débutants permettent également de confirmer les indices de cette activité alors constructive :

- E20 (M2B) « *Aujourd'hui, je me sens plus à même de faire de l'ES à l'école* » (**étude 2**)

- M2A8 : « *Donc voilà je ressors pas la même quoi ! J'ai vraiment reçu des choses et j'ai compris beaucoup beaucoup de choses ! Ce n'était pas que l'hygiène [rires] c'était bien plus vaste que ça* » (**étude 3**)

1.3 Troisième résultat : les processus d'élaboration des tâches comprises et appropriées en éducation à la santé dans les parcours de formation :

Ce processus est fondamentalement lié à l'organisation même de la formation initiale sur le modèle de l'alternance (**études 1, 2 et 3**).

Les résultats qualitatifs de l'**étude 2**, mettent en évidence la complexité du processus de redéfinition. Il repose sur la mise en lien des savoirs théoriques, des espace-temps de la formation et des expériences personnelles des enseignants débutants en éducation à la santé. Les résultats de l'étude quantitative (**étude 1**) montrent que les expériences avec les élèves lors de la formation en éducation à la santé influenceraient plus particulièrement les caractéristiques des enseignants débutants alors que les dispositifs de formation influenceraient plus particulièrement les caractéristiques de la tâche comprise. La dynamique d'appropriation, approchée à travers les significations avancées par les enseignants débutants, reposerait, elle, sur un déplacement de l'équilibre entre facteurs individuels et facteurs liés aux expériences professionnelles et de formation. Le développement de la tâche comprise à la tâche appropriée dépendrait plus particulièrement de facteurs relevant de ces expériences professionnelles et de formation (**étude 3**). Ces résultats sont en accord avec les travaux de Byrne et coll. (2016) dans le champ de l'éducation à la santé et qui concluaient que les enseignants débutants anglais valorisent les expériences en lien avec les pratiques de classe ou d'école pour éduquer à la santé dans la cadre d'une enquête conduite par suivi longitudinal en formation initiale et lors de la prise de responsabilité (n+2).

1.4 Quatrième résultat : les facteurs des parcours de formation en éducation à la santé qui sont corrélés à la tâche comprise :

Nos modèles (analyses multivariées) confirment l'influence de la filière. Concernant l'éducation à la santé, par rapport aux PLP, les PE ont d'avantage une vision thématique (OR=4.6 ; p=0,0145) et les CPE sont davantage dans une perspective éducative (OR=2,4 ; p=0,0445). La forme que prend l'éducation à la santé dans le parcours de formation, en particulier quand il s'agit d'un travail de recherche, influence la vision de la santé. Ceux qui ont fait ce type de travail ont moins une vision thématique de la santé (OR=0,2 ; p=0,0284 et OR=0,5 ; p=0,0757 par rapport aux visions biomédicale et holistique respectivement). De même, ces enseignants débutants ont 2,2 fois moins de chances de choisir la prévention comme finalité de l'éducation à la santé (p= 0,0146). L'offre de formation en éducation à la santé influence le choix de l'importance accordée au travail collectif en fin de formation. Les

enseignants débutants qui ont suivi une UE spécifique ont 5,2 fois plus de chances de lui accorder plus d'importance que ceux qui n'en ont pas eu ($p=0,0391$).

Nos modèles pointent également, en fin de formation, la diminution de l'intérêt pour l'éducation à la santé des enseignants débutants ayant eu une expérience en tant qu'EAP (de 0,50 et $p=0,0181$) et pour le bien-être des élèves pour ceux ayant eu une expérience en tant qu'AED (de 0,37 et $p=0,0204$). L'analyse longitudinale montre une diminution de l'intérêt pour l'éducation à la santé quand les enseignants débutants deviennent enseignants stagiaires (de 1,68 et $p<0,0001$). Ces modèles montrent également une tendance à l'accroissement du sentiment de compétence en éducation à la santé suite à un temps de formation spécifique (de 0,10 et $p=0,0718$) et de la place déclarée de l'éducation à la santé dans la future pratique suite à une expérience avec l'éducation à la santé en stage (de 0,26 et $p=0,0342$) ou d'un stage dédié en éducation à la santé (de 0,73 et $p=0,0288$). Les analyses longitudinales indiquent un accroissement de l'intérêt pour l'éducation à la santé avec le volume de formation spécifique reçue (le score d'intérêt augmente de 0,02 pour chaque heure de cours suivie, $p<0,0001$). Il s'accroît également lorsqu'ils ont une expérience de l'éducation à la santé en stage en milieu scolaire (de 1,06 et $p<0,0001$).

De façon générale, les facteurs identifiés sont ceux qui figurent dans la revue de littérature conduite à partir des travaux de recherche s'intéressant à l'introduction de dispositifs d'éducation à la santé en formation initiale. Pour autant, nos travaux sont les premiers, à notre connaissance, qui sont conduits en formation initiale en France depuis la réforme de 2013. Nous confirmons ainsi, à l'issue de l'étude, pour notre contexte institutionnel et culturel :

- Un effet de l'offre de formation quand elle intègre l'éducation à la santé sur la compréhension de ces dynamiques éducatives (Lynagh et coll., 2010) ;
- Une influence de la forme que prend l'éducation dans cette offre de formation (McKay et coll., 1999) ;
- La nécessité d'observer ou de mettre en œuvre des pratiques d'éducation à la santé lors des stages en milieu scolaire (Mead, 2004 ; Plouffe et coll., 2012; Byrne et coll., 2015) ;
- Le lien entre éducation à la santé et bien-être (Shepherd et coll., 2016; Schwartz et coll., 2017).

1.5 Quatrième résultat : la nécessité d'accompagner les enseignants débutants

Nous souhaitons nous attarder ici sur l'écart entre le résultat quantitatif de **l'étude 1** pointant la baisse de l'intérêt pour l'éducation à la santé suite à l'expérience en tant que fonctionnaire stagiaire et nos résultats qualitatifs de **l'étude 3**. Ces résultats montrent une influence du statut de l'enseignant débutant, en particulier d'être fonctionnaire stagiaire, dans l'élaboration de la tâche appropriée en éducation à la santé. Nous faisons l'hypothèse que l'expérience de la responsabilité dans notre étude qualitative (**étude 3**) a été soutenue par les parcours de formation en éducation à la santé alors que tel n'est pas nécessairement le cas pour l'ensemble des enseignants débutants de l'étude quantitative (**étude 1**) qui sont fonctionnaires stagiaires. Nous faisons également l'hypothèse qu'il en est de même pour ceux ayant eu une expérience préalable en tant qu'EAP ou AED. Elle est en accord avec les travaux Suisses de Grémion et coll. (2011) qui montrent qu'au-delà de la nécessité de suivre des stages lors de la formation initiale, encore faut-il accompagner les enseignants débutants à identifier comment les savoirs théoriques peuvent permettre de répondre aux problématiques qu'ils rencontrent en classe. Elle est également en accord avec les conclusions de Mead (2004) et Pickett et coll. (2017) dans le champ de l'éducation à la santé. Ces travaux démontrent que le moteur du développement des enseignants débutants en éducation à la santé sont les interactions entre dispositifs de formation en éducation à la santé et expériences pratiques en stage. Ceci nous semble d'autant plus plausible que la pression sur les disciplines fondamentales et la transmission des savoirs visant l'apprentissage des élèves est importante et focalise souvent l'attention des enseignants débutants en tout début de formation (Daguzon et Goigoux, 2012). La première expérience avec les élèves ne remet pas nécessairement en cause cette première représentation du métier. Pourtant, si la formation permet cette utilisation des savoirs théoriques pour éclairer les pratiques (**étude 2**) alors les enseignants débutants accroissent leur intérêt pour l'éducation à la santé. Cette hypothèse est confirmée par le fait que le volume de formation et une expérience avec l'éducation à la santé en stage sont corrélés avec cet accroissement lors du suivi longitudinal (**étude 1**). Selon nous, les significations des enseignants débutants qui ont développé une tâche appropriée (**étude 3**) illustrent bien comment les savoirs théoriques en éducation à la santé permettent de donner sens aux problématiques de classe.

enseignants débutants (intérêt, sentiment de compétence, place accordée à l'éducation à la santé dans la future pratique) et ceci de manière dynamique. La grande diversité de ces tâches comprises rend compte de la multiplicité des facteurs impliqués et de la complexité du processus de redéfinition. Il semblerait que les savoirs théoriques influencent plutôt les caractéristiques de la tâche comprise alors que les expériences avec les élèves influencent davantage les caractéristiques des enseignants débutants. Pour certains enseignants débutants le processus de redéfinition se poursuit (à l'instant T où nous le mesurons) et permet une appropriation de l'éducation à la santé. Les significations avancées qui justifient cette appropriation font plutôt référence aux expériences professionnelles et de formation et moins aux facteurs individuels.

Ce processus se traduit par un élargissement des buts, des objets et des propriétés qui constituent cette tâche appropriée et ceci dans une perspective promotrice de santé. Cette perspective a pour objectif la construction des compétences de base en santé, la prise en compte des élèves dans le processus éducatif et une attention à l'environnement dans lequel prennent place les interventions.

Au final, c'est bien le caractère alternatif et intégrant de la formation initiale qui serait le moteur du développement et de la professionnalisation des enseignants débutants en éducation à la santé.

2 Suggestions pour une formation initiale en éducation à la santé dans une perspective de développement professionnel

Nous souhaitons dans la suite de ce chapitre poursuivre dans une perspective transformative. Pour se faire, nous souhaitons formuler quelques suggestions concernant la conception des parcours de formation initiale en éducation à la santé. Ces suggestions prennent appui sur les principaux résultats de notre travail malgré leur caractère partiel au regard des limites posées en amont.

2.1 Première suggestion : investir pleinement le caractère alternatif et intégrant de la formation

Nos résultats montrent la nécessité de proposer aux enseignants débutants à la fois des éléments théoriques de référence dans le champ de l'éducation à la santé mais également celle de montrer comment ils s'incarnent dans les pratiques professionnelles quotidiennes. L'enjeu est de leur permettre de saisir non seulement la complexité de l'objet mais également de comprendre la façon dont cette complexité peut se traduire de façon effective dans la classe, l'école, le territoire et en concertation avec les autres acteurs qui contribuent à la promotion de la santé des élèves. La perspective de l'alternance intégrative (Charlot, 2017) qui est le postulat qui organise la formation des enseignants et éducateur en France depuis la réforme de 2013 nous paraît être un levier à la condition que les contacts avec le terrain soient aussi pensés et accompagnés avec le souci de rendre visible les liens avec nos objets.

2.2 Seconde suggestion : différencier les parcours de formation en prenant en compte le statut des enseignants débutants

Nos résultats mettent également en évidence que le statut de l'enseignant débutant au regard du parcours proposé, en particulier lors de la seconde année de l'empan de formation, influence l'appropriation de l'éducation à la santé. Penser un parcours de formation qui chercherait à garantir son efficacité relève selon nous de la prise en compte de ce statut. Concernant les enseignants débutants en M1 ou en parcours M2B, l'offre d'un stage dédié à ces questions ou la possibilité d'observer des séances d'éducation à la santé nous semblent souhaitable.

2.3 Troisième suggestion : rendre explicite la cohérence globale des maquettes de formation

Nous avons également mesuré que la forme des dispositifs proposés influençait la façon dont ils comprennent ce qui est attendu d'eux. Ces résultats débordent même la question des dispositifs dédiés car l'éducation à la santé est abordée dans d'autres unités d'enseignement (EPS pour la place de l'éducation à la santé au concours de recrutement, EMC pour la question de la citoyenneté et des valeurs, travail de recherche sur des thématiques associées, ...). Il ne s'agit pas alors « d'empiler » les dispositifs mais de tirer parti de l'ensemble de ces ressources afin de leur permettre de percevoir la cohérence de l'ensemble. La qualité de la communication des formateurs autour de cette question de l'explicitation de la cohérence globale de la formation en éducation à la santé est sans doute un levier à actionner à peu de frais.

2.4 Quatrième suggestion : permettre et accompagner l'activité des enseignants débutants pour soutenir l'intérêt pour l'éducation à la santé

Nous avons mesuré que l'activité des enseignants débutants est centrale tant pour comprendre ce qui est attendu d'eux que pour s'approprier l'éducation à la santé. La formation initiale doit donc permettre cette activité. Cela passe par les considérations relatives à l'alternance intégrative. Le fait qu'elle s'élabore au moins dans un premier temps en lien avec leurs caractéristiques personnelles nous conduit à proposer que le recueil de leurs perceptions des objets « santé » et « éducation à la santé » puisse être un préalable intéressant en tant que point de départ des actions de formation. Mais il faut également, selon nous, que les formateurs soient en capacité de les accompagner dans l'analyse de cette activité en leur permettant d'identifier comment les savoirs théoriques peuvent répondre aux problématiques rencontrées en stage. L'identification de l'influence du travail de recherche en éducation à la santé quand il est mené nous semble tenir à l'accompagnement qui y est réalisé. Par ailleurs, les outils que nous avons mobilisés pour nos études qualitatives (journal de bord, instruction au sosie) nous semblent être potentiellement des outils à mobiliser dans l'intervention de formation. Ils permettraient ainsi de soutenir l'analyse de l'activité en éducation à la santé par les enseignants débutants. Ce soutien pourrait également être utilement fait par les tuteurs de stage lors des visites à condition qu'ils soient eux-mêmes formés à la complexité de l'objet. L'objectif est alors de penser collectivement le soutien de l'intérêt des enseignants débutants pour l'éducation à la santé.

2.5 Cinquième suggestion : penser la suite de l'accompagnement et du développement professionnel

Il convient enfin de poursuivre cet accompagnement lors des premières années d'exercice. Ceci passe, selon nous, par la sensibilisation des équipes d'école ou d'établissement et particulièrement des Directeurs et Chefs d'établissement. Cette sensibilisation peut utilement se traduire par la présentation des projets d'école ou d'établissement, du bilan d'activité du CESC¹⁸ afin de contextualiser les actions d'éducation à la santé. La formation continue est également un levier à actionner en particulier en la pensant dans une perspective inter catégorielle afin de permettre la construction d'un langage et d'une culture commune (Pizon et coll., 2014 (cf. annexe 4) ; Ducros et coll., 2017).

3 Conclusion

En conclusion, nous souhaitons revenir sur les aspects saillants de notre travail, expliciter les questions qu'ils posent et enfin envisager les prolongements scientifiques qui pourraient lui être donnés.

Concernant les enseignants, Serres (2008) avançait que les acteurs de la formation manquaient de travaux qui permettraient de saisir les parcours de formation des enseignants débutants. Si depuis, des avancées ont eu lieu (Hoff (2010), Lipp et Ria (2012), Daguzon et Goigoux (2012), Clerc-Georgy (2016), Pérez-Roux (2016) et d'autres), ce travail entend apporter modestement sa contribution à cet enjeu.

Le premier apport que nous souhaitons mettre en évidence ici est le caractère systémique de notre travail. Les travaux de Borko (2004) ont dressé une typologie des études consacrées au développement professionnel des enseignants. A partir de la revue de littérature, elle définit trois catégories de travaux scientifiques. La première catégorie correspond aux études qui cherchent à comprendre les effets des interactions entre un programme de formation et le public-cible de ce programme. L'auteure indique que la majorité des études disponibles ont été conduites à ce premier niveau. La seconde catégorie cherche, elle, à décrire comment un même programme est pris en charge par différents formateurs dans différents contextes et comprendre alors l'impact sur sa réplication et les public-cibles. La troisième catégorie concerne les études qui cherchent à prendre en compte plusieurs programmes dans plusieurs

¹⁸ CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016)

contextes pris en charge par des formateurs différents. L'auteure indique qu'à sa connaissance aucune étude ne correspond à cette troisième catégorie dans le domaine de l'éducation. Borko met en avant les difficultés méthodologiques posées (outil de recueil, prise en compte de nombreuses variables et de leur interaction). Nos études ne s'inscrivent pas complètement dans les recherches de niveaux 2 et 3 car le rôle des formateurs dans la mise en œuvre des parcours de formation n'a pas été étudié. Il s'agit là d'une piste de recherche potentielle qui permettra d'approfondir notre compréhension des parcours de formation initiale en éducation à la santé. Comment redéfinissent-ils la prescription primaire et élaborent-ils la prescription secondaire en éducation à la santé ? Quelles sont les points communs ou les spécificités de cette prescription secondaire en fonction des parcours, des lieux de formation ? Pour autant, si notre étude 2 s'inscrit dans la première catégorie de Borko, nos études 1 (quantitative) et 3 (qualitative par instruction au sosie) dépassent celle-ci en prenant en compte plusieurs parcours de formation et plusieurs sites de formation. Ces travaux sont, selon nous, une première étape vers les catégories 2 voire 3.

Le second apport que nous souhaitons mettre en évidence est l'éclairage que nos travaux fournissent sur la complexité de la formation des enseignants débutants en éducation à la santé dans une perspective de professionnalisation. Nos résultats montrent tout l'intérêt d'une organisation alternante et intégrative à condition que l'accompagnement des enseignants débutants soit effectif. En suivant Perrenoud (1994), la professionnalisation passerait par le développement des capacités des professionnels à prendre des décisions dans des situations complexes dans le cadre d'une démarche de résolution de problème. Parce que la mise en lien entre éducation et santé est par essence complexe, les problèmes qui sont posés aux enseignants débutants le sont tout autant. Apporter les réponses avant que les problèmes soient identifiés par les enseignants débutants peut être un reproche qui a été adressé aux instituts de formation. Par ailleurs, si l'on attend que les problèmes soient posés pour leur apporter des réponses, on court le risque de ne jamais les apporter. Concernant l'ingénierie de formation, l'efficacité relève alors d'un équilibre subtile et fragile. C'est, selon nous, dans une perspective de développement professionnel qu'il faut alors entrevoir la solution, c'est-à-dire dans une temporalité longue. Notre étude montre que tous les enseignants débutants ne se développent pas de façon linéaire ni à la même vitesse et tous n'atteignent pas le même niveau de développement. Pour autant, est-ce si grave si certains mettent plus de temps que d'autres ? La formation initiale n'est qu'une étape d'un continuum. Confirmer la poursuite de ce développement après la prise de responsabilité à temps plein est alors également une

perspective de recherche à investir. Des travaux longitudinaux rendraient également possible avec une méthodologie adaptée l'analyse de l'intégration dans les pratiques ordinaires de l'éducation à la santé. Nous pourrions alors confirmer les indices qui montrent que les enseignants débutants sont capables d'autonomie et de responsabilité (Perrenoud, *ibid.*).

Le troisième apport concerne la place de l'éducation à la santé en formation initiale. Nos analyses posent une question de fond : les processus abordés ici sont-ils spécifiques des caractéristiques de l'objet éducation à la santé ou de sa place en formation initiale ? Nous avons identifié des travaux (Portelance et Chandonnet, 2010) qui se sont intéressés à la façon dont des savoirs théoriques « transversaux » présentés en formation initiale (compétences, interdisciplinarité, évaluation) sont intégrés dans les pratiques déclarées en stage. Les conclusions donnent une réponse positive mais nuancée à cette question. La raison avancée concerne justement le manque d'accompagnement en formation. Comprendre alors ce qui fait la qualité d'un accompagnement efficace (à l'ESPE mais également dans l'école ou l'établissement) est alors une perspective de recherche importante.

Par ailleurs, les conclusions de nos études sont similaires à celles de travaux menés dans d'autres contextes culturels et institutionnels, nous l'avons souligné, pour ce qui concerne les facteurs du parcours de formation qui ont une influence. Ces similitudes nous interrogent fortement. Là aussi, des travaux complémentaires pourraient être envisagés.

Pour finir, au moment de conclure ce travail de doctorat envisagé sous l'angle du développement professionnel, nous ne pouvons-nous empêcher de faire un parallèle entre ce que nous ont donné à voir les enseignants débutants dans le mouvement qui a été le leur et notre propre dynamique.

Ce travail de recherche a été l'occasion de comprendre ce qu'était une activité de recherche et, nous l'espérons, de nous approprier un certain nombre de qualités qui font de nous un chercheur. Cette activité a été productive au regard de la façon dont il a fallu problématiser notre sujet, choisir notre cadre conceptuel et notre cadre théorique. Le choix d'une approche mixte de recherche parce qu'elle nécessite la maîtrise des approches quantitatives et qualitatives est une tâche en soi complexe pour un jeune chercheur. Mais cette activité a sans aucun doute été également constructive. Le travail de doctorat « bouscule » profondément le sujet qui l'entreprend. Elle nous a bousculé non seulement dans notre identité de formateur en ESPE en charge en particulier des questions d'éducation et de promotion de la santé mais plus sûrement dans ce que nous sommes en tant que personne car le mouvement entrepris dépasse

vite les frontières des pratiques de formation ou même de recherche pour toucher à l'intime du doctorant. Pour autant, c'est une dynamique exaltante qui nous a permis d'en apprendre beaucoup sur nous.

Bien entendu, ce mouvement n'est pas que solitaire, il est profondément marqué par les différents collectifs dans lesquels il s'inscrit et en premier lieu la communauté scientifique à laquelle nous ambitionnons d'appartenir.

4 Références bibliographiques

- Albero, B. (2010). Chapitre 3. La formation en tant que dispositif : du terme au concept. In *Apprendre avec les technologies* (pp. 47-59). PUF.
- Altet, M. (2010). La relation dialectique entre pratique et théorie dans une formation professionnalisante des enseignants en IUFM : d'une opposition à une nécessaire articulation. *Education Sciences & Society*, 1(1).
- Arcand, L. (2009). Inégalités de santé. *Education Santé*, 245.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.
- Bantuelle, M. et Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis, France : Ineps.
- Barbier, J. M. (2001). La constitution de champs de pratiques en champs de recherches. In *Théories de l'action et éducation* (pp. 305-317). De Boeck Supérieur.
- Barbier, J. M. (2009). Voies pour la recherche en formation. *Éducation et didactique*, 3(3), 120-129.
- Barbier, J. M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. PUF.
- Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu* (éd. 10). PUF.
- Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles : L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. De Boeck.
- Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., & Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, (34), 35-66.
- Berger, D., Bernard, S., Wafo, F., Hrairi, S., Balcou, M., & Carvalho, G. S. (2011). Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays. *Carrefours de l'éducation*, (2), 81-103.
- Bernoux, P. (2002). Le changement dans les organisations : Entre structures et interactions. *Relations industrielles*, 57(1), 77-99.
- Bernoux, P. (2004). *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Seuil.
- Birman, B. F., Desimone, L., Porter, A. C., & Garet, M. S. (2000). Designing professional development that works. *Educational leadership*, 57(8), 28-33.
- Bond, L., Patton, G., Glover, S., Carlin, J.B., Butler, H., Thomas, L., & Bowes, G. (2004). The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours ? *Epidemiol Community Health*, 58 (12), 997-1003.

Borko, H. (2004). Professional development and teacher learning: Mapping the terrain. *Educational researcher*, 33(8), 3-15.

Bouissou, C., & Brau-Antony, S. (2005). Réflexivité et pratiques de formation. *Carrefours de l'éducation*, (2), 113-122.

Bourdoncle, R. (1991). La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue française de pédagogie*, 73-91.

Briquet-Duhazé, S. (2015). Le développement professionnel des professeurs des écoles novices dans et par l'enseignement de la lecture au Cours préparatoire : analyse spatiotemporelle. *Repères. Recherches en didactique du français langue maternelle*, (51), 95-114.

Brodeur, M., Deaudelin, C., & Bru, M. (2005). Introduction : le développement professionnel des enseignants : apprendre à enseigner pour soutenir l'apprentissage de l'élève. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(1), 5-14.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513-531.

Bryer, F., & Signorini, J. (2011). Primary pre-service understanding of students' internalising problems of mental health and wellbeing. *Issues in Educational Research*, 21(3), 233-258.

Bucheton, D., & Decron, A. (2003). Le journal de bord en formation : une parole de travail. *Tréma*, (20-21), 21-42.

Buysse, A. (2016). Former à quelle activité socioculturelle ? *Phronesis*, 5(3), 142-156.

Byrne, J., Speller, V., Dewhirst, S., Roderick, P., Almond, P., Grace, M., & Memon, A. (2012). Health promotion in pre-service teacher education: effects of a pilot inter-professional curriculum change. *Health Education*, 112(6), 525-542.

Byrne, J., Shepherd, J., Dewhirst, S., Pickett, K., Speller, V., Roderick, P., & Almond, P. (2015). Pre-service teacher training in health and well-being in England: the state of the nation. *European Journal of Teacher Education*, 38(2), 217-233

Byrne, J., Pickett, K., Rietdijk, W., Shepherd, J., Grace, M., & Roderick, P. (2016). A longitudinal study to explore the impact of preservice teacher health training on early career teachers' roles as health promoters. *Pedagogy in Health Promotion*, 2(3), 170-183.

Calas, F., Reynaud, C., & Caussidier, C. (2012). Éducation à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants. *RDST. Recherches en didactique des sciences et des technologies*, (5), 106-130.

Cardot, J. P. (2011). *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : analyse des représentations et identité professionnelle* (Doctoral dissertation, Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand II ; Clermont Ferrand 2).

- Cattonar, B. (2006). Convergence et diversité professionnelle des enseignantes et des enseignants du secondaire en Communauté Française de Belgique : tensions entre le vrai travail et le sale boulot. *Education et francophonie*, 34 (1), 193-212.
- Chabaud, C. (1990). Tâche attendue et obligations implicites. *Les analyses du travail, enjeux et formes*, 174-182.
- Charlot, G. (2017). Les processus et contenus de formation en œuvre dans le premier degré : quelles spécificités ? *Administration & Éducation*, (2), 85-90.
- Clerc-Georgy, A. (2016). Les savoirs dans la formation des enseignants. *Education et Formation*, (305).
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. PUF.
- Clot, Y. (2008). La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. *Éducation permanente*, 177, 4.
- Clot, Y. (2013). Développer le collectif dans l'individu. *Intervention, recherche et formation. Quels enjeux, quelles transformations*, 24-36.
- Costa, P. S., Santos, N. C., Cunha, P., Cotter, J., & Sousa, N. (2013). The Use of Multiple Correspondence Analysis to Explore Associations between Categories of Qualitative Variables in Healthy Ageing. *Journal of Aging Research*, 2013, 12.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. Sage publications.
- Creswell, J. W., & Clark, V. P. (2011). Collecting data in mixed methods research. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 171-202.
- Cury, P., Pironom, J., Simar, C., & Jourdan, D. (2014). Contribution à la mise en œuvre des éducations transversales. In *Éducatons, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ? 5ème colloque international UNIRÉS* (pp. 205-218).
- Daguzon, M. (2010). *L'influence de la prescription sur le développement professionnel des professeurs des écoles débutants* (Doctoral dissertation, Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand II).
- Daguzon, M., & Goigoux, R. (2012). Apprendre à faire classe. Les apprentissages professionnels des professeurs des écoles en formation par alternance. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (181), 27-42.
- Darlington, E., Simar, C., Jourdan, D. (2017) Implementation of a health promotion program: a 10-year retrospective study. *Health Education*, 117.
- Day, C. (1999). *Developing teachers. The challenges of lifelong learning*. Londres: FalmerPress.

- Davidson, B., Telljohann, S. K., Dake, J. A., & Price, J. H. (2010). Institutions of higher education pre-service school health education practices. *American Journal of Health Education, 41*(6), 329-336.
- Desgagné, S., Bednarz, N., Lebuis, P., Poirier, L., & Couture, C. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation : un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation, 27*(1), 33-64.
- Deum, M. (2004). Développer la pratique réflexive et amorcer la professionnalisation en formation initiale des enseignants par la rédaction du journal de bord. Analyse d'un dispositif belge de formation au préscolaire. In *Actes du 9e colloque de l'AIRDF* (pp. 1-19).
- Dewhirst, S., Pickett, K., Speller, V., Shepherd, J., Byrne, J., Almond, P., ... & Roderick, P. (2013). Are trainee teachers being adequately prepared to promote the health and well-being of school children? A survey of current practice. *Journal of Public Health, 36*(3), 467-475.
- Dieci, S., Weiss, L., & Monnier, A. (2010). *La construction et évolution de l'identité professionnelle en formation initiale*. dugi-doc.udg.edu.
- Donnay, J., & Charlier, E. (2008). *Apprendre par l'analyse de pratiques : Initiation au compagnonnage réflexif*. (Nouvelle édition revue et augmentée). Presses universitaires de Namur.
- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. (1996). *Health Promotion: Model and Values*, 2nd edn. Oxford University Press.
- Ducros, A., Guével, M.R. & Simar, C. (2017). Promotion de la santé en milieu scolaire. In *La promotion de la santé comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP, 168-175.
- Eisenberg, M. E., Madsen, N., Oliphant, J. A., Sieving, R. E., & Resnick, M. (2010). "Am I qualified? How do I Know?" A Qualitative Study of Sexuality Educators' Training Experiences. *American Journal of Health Education, 41*(6), 337-344.
- Enriquez, E. (2003). *L'organisation en analyse*. Presses universitaires de France.
- Eraut, M. (1995). Developing professional knowledge and competence, In Guskey, T.R. and Huberman, M. (eds) *Professional Development in Education: New Paradigms and Practices*, Columbia University, Teachers College Press.
- Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In *XVIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS* (1-16). AIMS.
- France, P. (2004). *Ergonomie*. Presses Universitaires de France.
- Fane, J., & Schulz, S. (2017). Working against "pedagogic work" Challenges to engaging pre-service teachers in critical health education. *Health Education, 117*(5), 511-528.

Flores, M. A., & Day, C. (2006). Contexts which shape and reshape new teachers' identities: A multi-perspective study. *Teaching and teacher education*, 22(2), 219-232.

Fullan, M. G., & Miles, M. B. (1992). Getting reform right: What works and what doesn't. *Phi delta kappan*, 73(10), 745-752.

Fullan, M., & Hargreaves, A. (2012). Reviving teaching with 'professional capital'. *Education Week*, 31(33), 30-36.

Gaborit, E. (2015). *Sanitarisation de l'école et scolarisation de la santé : socio ethnographie de la mise en œuvre et de l'appropriation du programme " bien manger et bouger dès l'école maternelle" en Haute-Garonne et en Ariège* (Doctoral dissertation, Toulouse 3).

Gal-Petitfaux, N., & Saury, J. (2002). Analyse de l'agir professionnel en éducation physique et en sport dans une perspective d'anthropologie cognitive. *Revue française de pédagogie*, (38), 51-61.

Gindt-Ducros, A. (2013). Chapitre 23-Prévention et promotion de la santé à l'école en 2012. In *La santé à l'école* (pp. 281-292). Dunod.

Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Education & didactique*, 1(3), 47-69.

Grabowski, D., Aagaard-Hansen, J., Willaing, I., & Jensen, B. B. (2017). Principled Promotion of Health: Implementing Five Guiding Health Promotion Principles for Research-Based Prevention and Management of Diabetes. *Societies*, 7(2), 10.

Gremion, F., Akkari, A., & Lauwerier, T. (2011). Professionnalisation de l'enseignant débutant dans une perspective longitudinale. In *L'insertion professionnelle des enseignants : regards croisés et perspective internationale* (pp. 39-65).

Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2014). Effects of student participation in school health promotion : a systematic review. *Health promotion international*, 32(2), 195-206.

Guével, M. R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2010). L'apport des méthodes mixtes à l'évaluation de l'effet d'un dispositif de formation d'enseignants en éducation à la santé. In *Congrès international de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF 2010)*.

Guével, M. R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé publique*, 24 (1), 23-38.

Guével M. R., Pommier J., Jourdan D. (2013). Evaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implications pour la pratique. *Global Health Promotion*. 20 (Supp.2), 13-19

Guskey, T. R. (2002). Professional development and teacher change. *Teachers and teaching*, 8(3), 381-391.

Hargreaves, A. (1994). *Changing teachers, changing times: Teachers' work and culture in the postmodern age*. Teachers College Press.

Hargreaves, A., & Moore, S. (2000). Educational outcomes, modern and postmodern interpretations: Response to Smyth and Dow. *British Journal of Sociology of Education*, 21(1), 27-42.

Hoff, C. (2010). Parcours de formation et auto-construction professionnelle des enseignants débutants du premier degré. *Recherche et formation*, (63), 135-146.

John-Akinola, Y., & Nic-Gabhainn, S. (2014). Children's participation in school: a cross-sectional study of the relationship between school environments, participation and health and well-being outcomes. *BMC public health*, 14(1), 964.

Jorro, A. (2014). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. De Boeck.

Jourdan, D., Picc, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M. L., Laquet-Riffaud, A., & Glanddier, P. Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 14(4), 403-423.

Jourdan, D. (2005). Education à la santé à l'école : le temps de l'action. *Santé publique* 4 (17), 649-652

Jourdan, D., Simar, C., Deasy, C., Carvalho, G. S., & Mannix McNamara, P. (2016). School health promotion and teacher professional identity. *Health Education*, 116(2), 106-122.

Lang, V. (1996). Professionnalisation des enseignants, conception du métier, modèles de formation. *Recherche & Formation*, 23(1), 9-27.

Lange, J. M., & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? *Diadaskalia*, (28), 85-100.

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., . . . Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane database of systematic reviews* (4).

Lantheaume, F., & Simonian, S. (2012). La transformation de la professionnalité des enseignants : quel rôle du prescrit ? *Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, 45(3), 17-38.

Larue, C., Loiselle, C. G., Bonin, J. P., Cohen, R., Gélinas, C., Dubois, S., & Lambert, S. (2009). Les méthodes mixtes stratégies prometteuses pour l'évaluation des interventions infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 50-62.

Laursen, P. F., & Nielsen, A. M. (2016). Teachers' Relational Competencies: The Contribution from Teacher Education/Uciteljeva odnosna kompetenca: kako jo lahko razvijamo v okviru izobraževanja učiteljev. *Solsko Polje*, 27(1/2), 139.

- Léal, Y. (2012). *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent : une étude de cas contrastés en didactique clinique à l'école élémentaire* (Doctoral dissertation, Toulouse 2).
- Leplat, J. (1980). *La psychologie ergonomique*. PUF.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. PUF.
- Leplat, J. (2000). L'environnement de l'action en situation de travail. In *L'analyse de la singularité de l'action* (pp. 107-132). Presses Universitaires de France.
- Leplat, J. (2005). Hoc, J.-M. & Darses, F.(Eds.). (2004). *Psychologie ergonomique : tendances actuelles*. Paris : PUF, Collection Le Travail Humain. 260 pages. *Activités*, 2(2-1).
- Leplat, J. (2008). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (8-1).
- Leplat, J. (2011). *Mélanges ergonomiques : activité, compétence, erreur*. Octarès.
- Lipp, A., & Ria, L. (2012). La transmission des savoirs en formation professionnelle initiale : Analyse de l'activité d'enseignants en lycées agricoles. *Activités*, 9(9-2).
- Loizon, D. (2009). Éducation à la santé : quels savoirs enseignés en EPS à l'IUFM ? *EPS I*, (141), 27-29.
- Luis, É., & Lamboy, B. (2015). Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*, 11.
- Lynagh, M., Gilligan, C., & Handley, T. (2010). Teaching about, and dealing with, sensitive issues in schools: How confident are pre-service teachers? *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 1(3-4), 5-11.
- Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives: The Marmot Review. In *Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: University College London.
- Macnab, A. (2013). The Stellenbosch consensus statement on health promoting schools. *Global health promotion*, 20(1), 78-81.
- McKay, A., & Barrett, M. (1999). Pre-service sexual health education training of elementary, secondary, and physical health education teachers in Canadian faculties of education. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8 (2), 91.
- McNamara, P. M., Geary, T., & Jourdan, D. (2010). Gender implications of the teaching of relationships and sexuality education for health-promoting schools. *Health promotion international*, 26 (2), 230-237.
- Mead, N. (2003). Will the introduction of teaching standards in professional values and practice put the heart back into primary teacher education? *Pastoral Care in Education*, 21(1), 37-42.

- Mead, N. (2004). The Provision for Personal, Social, Health Education (PSHE) and Citizenship in School-based Elements of Primary Initial Teacher Education. *Pastoral Care in Education*, 22(2), 19-26.
- Mérini, C., Victor, P., & Jourdan, D. (2010). Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école ». *Travail et formation en éducation*, (6).
- Morin, E. (1988). Le défi de la complexité. *Revue Chimères*, 5(6), 1-18.
- Morlaix, S. (2015). Les compétences sociales : Quels apports dans la compréhension des différences de réussite à l'école primaire ? *Les documents de travail de l'IREDU*, (2015-2).
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Nagels, M. (2017). Pour une approche intégrative de l'activité humaine au travail. In *Orphée Rendez-vous 2017*.
- Nault, T. (1999). Les forces d'incubation pour un moi professionnel personnalisé en enseignement. *Jeunes enseignants et insertion professionnelle*, 139-159.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science and medicine*, 67(12), 2017-2078.
- Nourrisson, D. (2000). Education à la santé XIXème-XXème siècles. *Rennes : ENSP Ed*, p.180.
- O. M. S., Commission des déterminants sociaux de la santé (2009). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Résumé analytique du rapport final.
- Organisation Mondiale de la Santé, O. M. S. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In *Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario)* (Vol. 21).
- Paakkari, L. (2012). *Widening horizons: a phenomenographic study of student teachers' conceptions of health education and its teaching and learning*. University of Jyväskylä.
- Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283.
- Pastré, P. (2011). La didactique professionnelle. *Education Sciences & Society*, 2(1).
- Peeters, H., & Charlier, P. (1999). Contributions à une théorie du dispositif. *Hermès, La Revue*, (3), 15-23.
- Perrenoud, P. (1994). *Formation des enseignants : Entre théorie et pratique*. Editions L'Harmattan.

- Perrenoud, P. (2001). Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers pédagogiques*, 390, 42-45.
- Perez-Roux, T. (2016). Transitions professionnelles et transactions identitaires : expériences, épreuves, ouvertures. *Pensée plurielle*, (1), 81-93.
- Philippot, T. (2010). L'entrée dans le métier des enseignants débutants à l'école primaire française : préoccupations, tensions et compromis professionnels. *Formation Profession*, 13.
- Phuong, N. T. (2016). *La qualité de vie et le bien-être à l'école en France : quelle place dans les textes institutionnels ?* CNESCO.
- Pickett, K., Rietdijk, W., J., Byrne, J., & Grace, M. (2017). Teaching health education: A thematic analysis of early career teachers' experiences following pre-service health training. *Health Education*, 117(3), 323-340.
- Pinel-Jacquemin, S. (2016). Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé.
- Pizon F., Jourdan, D., Simar, C., & Berger, D. (2010). Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants. *Travail et formation en éducation*, (6).
- Plouffe, G., Otis, J., & Bizzoni-Prévieux, C. (2011). CAP-Santé et auto efficacité des enseignants en éducation à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 97-115.
- Pommier, J., Guével, M. R., & Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC public health*, 10(1), 43.
- Porcherie, M., Pommier, J., & Le Bihan, B. (2015, 11). Les conceptions de l'action sur les inégalités sociales et de santé au sien d'une Agence Régionale de santé. In *Le Congrès « Déterminants sociaux de la santé : des connaissances à l'action »*, Tours.
- Portelance, L. & Chandonnet, P. (2016) Acquis de formation de futurs enseignants. Des savoirs déclarés par de futurs enseignants du secondaire au terme d'une formation professionnalisante au Québec. *Education & Formation*.
- Potvin, L. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Inpes.
- Ratinaud, P., & Dejean, S. (2009). IRaMuTeQ: Implémentation de la methode ALCESTE d'analyse de texte dans un logiciel libre [Implementation of the ALCESTE method of text analysis in an open-source software].
- Reinert, M. (1990). Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application : Aurelia De Gerard De Nerval. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 26(1), 24-54.
- Ria, L. (2015). *Former les enseignants au XXIème siècle Volume 1. Établissement formateur et vidéoformation*.

- Roux-Perez, T. (2006). Représentations du métier d'enseignant et rapport à la formation chez les étudiants en STAPS : une identité professionnelle en construction. *Staps*, (3), 57-69.
- Sauneron, S. (2013). Favoriser le bien-être des élèves, condition de réussite éducative. *Note d'analyse*, 313.
- Scandurra, C., Picariello, S., Valerio, P., & Amodeo, A. L. (2017). Sexism, homophobia and transphobia in a sample of Italian pre-service teachers: the role of socio-demographic features. *Journal of Education for Teaching*, 43(2), 245-261.
- Salone, J. J. (2013). Analyse textuelle avec IRaMuTeQ et interprétations référentielles des programmes officiels de mathématiques en quatrième. *Sciences-croisées*, 13, 1-13.
- Samurçay, R., & Rabardel, P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences, propositions. *Recherches en didactique professionnelle*, 163-180.
- Savoyant, A. (2006). Tâche, activité et formation des actions de travail. *Education permanente*, (166), 127-136.
- Serres G. (2008). Formation des enseignants. In A. Van Zanten (Éds.). *Dictionnaire de l'éducation* (pp. 339-343). PUF.
- Schon, D. A. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Logiques.
- Schwartz, T., Dinnen, H., Smith-Millman, M. K., Dixon, M., & Flaspohler, P. D. (2017). The Urban Teaching Cohort: pre-service training to support mental health in urban schools. *Advances in School Mental Health Promotion*, 10(1), 26-48.
- Shepherd, J., Pickett, K., Dewhurst, S., Byrne, J., Speller, V., Grace, M., ...& Roderick, P. (2016). Initial teacher training to promote health and well-being in schools—A systematic review of effectiveness, barriers and facilitators. *Health Education Journal*, 75(6), 721-735.
- Sherlaw, W. et Lacouture, A. (2017). *La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP, 544.
- Simar, C., & Jourdan, D. (2010). Education et santé à l'école : étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé. *Recherches & éducations*, (3).
- Simar, C., & Jourdan, D. (2011). Analyse de l'activité d'enseignants du primaire en éducation à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14 (2), 7-25.
- Sormunen, M., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2011). Home-school collaboration in the view of fourth grade pupils, parents, teachers, and principals in the Finnish education system. *School Community Journal*, 21(2), 185.

Speller, V., Byrne, J., Dewhirst, S., Almond, P., Mohebati, L., Norman, M. & Roderick, P. (2010). Developing trainee school teachers' expertise as health promoters. *Health Education, 110*(6), 490-507.

Stewart-brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? In *H. E. Network (Ed.), (Vol. <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

St Leger, L., & Nutbeam, D. (2000). Research into health promoting schools. *The Journal of schoolhealth, 70*(6), 257.

St Leger, L. (2005). Protocols and guidelines for health promoting schools. *Promotion & education, 12*(3-4), 145-147.

St Leger, L., & Young, I. M. (2009). Creating the document, Promoting health in schools: from evidence to action. *Global health promotion, 16*(4), 69-71.

Tardif, M., & Lessard, C. (1999). *Le travail enseignant au quotidien : expérience, interactions humaines et dilemmes professionnels*. De Boeck Université.

Tochon, F. V. (2000). Note de synthèse [Recherche sur la pensée des enseignants : un paradigme à maturité]. *Revue française de pédagogie, 133*(1), 129-157.

UNESCO, Republic of Korea, UNDP, UNFPA, UNICEF, UN Women, et al. (2015). *Conférences régionales sur l'éducation post-2015 : Déclarations finales*. Incheon : UNESCO/Republic of Korea/UNDP/UNFPA/UNICEF/UN Women/UNHCR/World Bank Group.

Uwamariya, A., & Mukamurera, J. (2005). Le concept de « développement professionnel » en enseignement : approches théoriques. *Revue des sciences de l'éducation, 31*(1), 133-155.

Vamos, S., & Zhou, M. (2007). Educator preparedness to teach health education in British Columbia. *American journal of health education, 38*(5), 284-292.

Vanhulle, S. (2013). Dialoguer avec le discours des professionnels en devenir. *Ikastaria. Cuadernos de educación, (19)*, 37-67.

Veyrac, H., & Bouillier-Oudot, M. H. (2011). *Les concepts de représentations de la tâche en ergonomie pour la formation professionnelle des enseignants débutants*. Presses de l'université d'Ottawa.

Villegas-Reimers, E. (2003). *Teacher professional development: an international review of the literature*. International Institute for Educational Planning.

Vincent, G. (2008). La socialisation démocratique contre la forme scolaire. *Éducation et francophonie, 36*(2), 47-62.

Violon, N., Jourdan, D., Darlington, E., Salabot, L., Charron, A., Pironom, J., & Simar, C. (2016). Analyse des déterminants de l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé dans différents contextes scolaires. *Education, Santé, Sociétés*, 2(2), 17-42.

Walsh, S., et Tilford, S. (1998). Health education in initial teacher training at secondary phase in England and Wales: current provision and the impact of the 1992 government reforms. *Health Education Journal*, 57(4), 360-373.

Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of advanced nursing*, 47(3), 311-320.

Wittorski, R., & Briquet-Duhazé, S. (2010). Développement professionnel d'enseignants du primaire et du secondaire. *Travail en communautés, collaboration et partenariats pour le développement professionnel des enseignants*, 211.

World Health Organization (1997). Life skills education in schools. WHO.

Zuzovsky, R. (2001). Teachers' professional development: an Israeli perspective. *European journal of teacher education*, 24(2), 133-142.

Références en ligne :

MEN. (2013). *Arrêté du 27 août 2013 fixant le cadre national des formations dispensées au sein des masters « métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation »*. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/8/27/ESRS1319419A/jo/texte> (28/01/2017)

MEN. (2013). *Arrêté du 1er juillet 2013 relatif au référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation*. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027721614&categorieLien=id> (28/01/2017)

Jourdan (2017). *Les parcours éducatifs : conditions d'émergence, définition et caractéristiques*. [En ligne] <http://didier-jourdan.com/fr/2017/02/05/parcours-educatifs/> (25/06/2017)

MEN (2013). *Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République*. [En ligne] <http://www.education.gouv.fr/cid72962/publication-au-journal-officiel-de-la-loi-d-orientation-et-de-programmation-pour-la-refondation-de-l-ecole-de-la-republique.html>. (26/06/2017)

MEN. (2016). *Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. Circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016*. [En ligne] http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990 (01/02/2017)

MEN. (2013). *Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire n° 2016-114 du 10/08/2016*. [En ligne] http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=34854 (01/02/2017)

Rapport du Réseau des ESPE (2013) [En ligne] <http://www.reseau-espe.fr/reseau-des-espe/contributions/les-syntheses-du-r-espe-la-formation-la-culture-commune-dans-les-ESPE> (26/06/2017)

Rapport du Réseau des ESPE (2015) [En ligne] <http://www.reseau-espe.fr/reseau-des-espe/contributions/les-syntheses-du-r-espe-la-formation-la-culture-commune-dans-les-ESPE> (26/02/2017)

Saujat, F. (2005). *Fonction et usages de l'instruction au sosie en formation initiale*. [En ligne] http://probo.free.fr/textes_amis/instruction_au_sosie_f_saujat.pdf (21/03/2017)

St Leger, L., Young, I., Blanchard, C., & Perry, M. (2010). *Promouvoir la santé à l'école. Des preuves à l'action*. [En ligne] http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_FR.pdf (28/02/2017)

Résumé

Ce travail de thèse a pour objectif de comprendre l'influence des parcours de formation initiale en éducation à la santé sur la professionnalisation des enseignants débutants. La multiplicité de ces parcours au sein du Master « Métier de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation » (MEEF) repose sur la filière choisie (1^{er} ou 2nd degré), la mention (Professeur des écoles, Conseiller Principal d'Éducation, Professeur de Lycées et Collèges), le statut de l'enseignant débutant (étudiants ou fonctionnaire stagiaire) et le site de formation.

La professionnalisation des enseignants débutants est envisagée dans une perspective de développement professionnel qui permet de prendre en compte le parcours de formation, l'enseignant débutant et l'objet éducation à la santé dans toute sa complexité. La psychologie ergonomique a été retenue comme cadre théorique pour décrire les produits et processus de ce développement.

Les études conduites visent à investiguer les tâches comprises et appropriées des enseignants débutants ainsi que les processus et les facteurs corrélés. Au plan de la stratégie de recherche, c'est une approche fondée sur les méthodes mixtes qui a été choisie. Trois études ont été conduites, elles s'appuient sur les méthodes de collecte de données suivantes : un suivi longitudinal par questionnaire, un recueil par journal de bord et des instructions au sosie en prenant en compte différentes temporalités et parcours de formation.

Nos résultats montrent que l'offre de formation en éducation à la santé diffère fortement d'un parcours de formation à l'autre. Ceci impacte le processus de redéfinition de la tâche. Il semblerait que les savoirs théoriques influencent plutôt les caractéristiques de la tâche comprise (but(s), objets santé et éducation à la santé, propriété(s)) alors que les expériences avec les élèves influencent davantage les caractéristiques des enseignants débutants (intérêt, sentiment de compétences, place accordée à l'éducation à la santé dans la future pratique). L'appropriation de la tâche, lorsqu'elle a lieu, confirme l'adoption d'une perspective promotrice de santé. Elle a pour objectif la construction des compétences de base en santé, la prise en compte des élèves dans le processus éducatif et une attention à l'environnement dans lequel prennent place les interventions. Les significations avancées, alors, sont plutôt en référence aux expériences professionnelles et de formation et moins en référence aux facteurs individuels.

Nous concluons que le caractère alternatif et intégrant de la formation initiale serait le moteur du développement et de la professionnalisation des enseignants débutants en éducation à la santé.

Mots-clés : éducation à la santé, promotion de la santé, formation initiale, enseignants débutants, parcours de formation, professionnalisation, développement professionnel, redéfinition de la tâche, tâche appropriée et tâche comprise, méthode mixte

Abstract

This PhD aims to understand how pre service education programmes in health education might have an impact on young teachers' professionalization.

The diversity of training programmes at stage in the Master « Métier de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation » (MEEF) depends on the chosen degree (1er ou 2nd degré), the type (Professeur des écoles, conseiller principal d'éducation, professeur de lycées et collèges), young teacher's status, (étudiants ou fonctionnaires stagiaires) and place where students are trained.

This professionalization has to be seen from a professional development's prospect that enables us to take into account the training programme, as well as young teachers and the complexity of health education. Ergonomic psychology has been chosen as a theoretical frame to describe products and processes of this development.

Studies seek to approach the tasks understood and grasped by young teachers as well as the various processes involved and factors closely connected. The MMR strategy consists of a longitudinal follow-up, by questionnaires, a sort of logbook gathering all the information and peer's instructions taking into account the various time factors and training programmes.

Our results show that health education's training plans can reveal great variations from one training programme to another and influence the task's redefining process. It seems that theoretical knowledges would rather impact on the way the task is understood, whereas practical experiences with pupils would strongly impact on young teachers characteristics (interest, self-confidence feeling, health education's relevance in the forthcoming practice.)

The task appropriation when it does take place, confirms the adoption of a promotive health's perspective which aims to build the health skills grounds, pupils careful consideration, and an environmental awareness where practices take place.

The advanced justifications refer to professional and training experiences, rather than to individual factors.

To conclude, it is indeed the alternative and incorporating nature of the pre service education that seems to act as the driving force of the young teachers' development and professionalization, regarding health education.

Key words: Health education, health promotion, pre service education programme, beginner teacher, training plan, professionalization, professional development, task redefining, understood and grasped task, mixed method.