

**LES APPORTS DES METHODES MIXTES A L'EVALUATION DE L'EFFET D'UN
DISPOSITIF DE FORMATION D'ENSEIGNANTS EN EDUCATION A LA SANTE**

Marie-Renée Guével*, Jeanine Pommier, Didier Jourdan*****

* Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II
Laboratoire PAEDI (EA 4281) – IUFM d'Auvergne
36, avenue Jean Jaurès CS 20001
63407 Chamalières France
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
Département Sciences humaines, sociales et comportements de santé
Avenue du Pr. Léon Bernard
35043 Rennes Cedex France
Marie-Renee.Guevel@ehesp.fr

** Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
Département Sciences humaines, sociales et comportements de santé
Avenue du Pr. Léon Bernard
35043 Rennes Cedex France
Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II
Laboratoire PAEDI (EA 4281) – IUFM d'Auvergne
36, avenue Jean Jaurès CS 20001
63407 Chamalières France
Jeanine.Pommier@ehesp.fr

*** Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II
Laboratoire PAEDI (EA 4281) – IUFM d'Auvergne
36, avenue Jean Jaurès CS 20001
63407 Chamalières France
Didier.Jourdan@univ-bpclermont.fr

Mots-clés : éducation à la santé, formation, évaluation, méthodes mixtes

Résumé. Contrairement aux enseignements disciplinaires qui sont conçus à partir des programmes, les « éducations à... » sont, elles, pensées du point de vue de l'apprenant et de leur curriculum. Leur développement appelle des pratiques professionnelles renouvelées. Cette communication propose de s'intéresser à cette question au travers de l'évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement des équipes éducatives et des enseignants du premier degré. Elaboré sur la base des apports de la bibliographie en sciences de l'éducation et en santé publique, il a pour objectif de donner les moyens aux enseignants et aux équipes éducatives de prendre en compte, dans leurs pratiques individuelles et collectives, les questions relatives à l'éducation à la santé dans une perspective centrée sur l'émancipation des élèves. Nos questions de recherche portent sur, d'une part, les mécanismes et les facteurs contextuels qui permettent à l'équipe éducative de développer une approche holistique d'éducation à la santé ; et, d'autre part, l'impact du dispositif sur les pratiques individuelles et collectives des enseignants et l'impact de ces pratiques sur le climat scolaire. Pour ce faire, nous nous inscrivons dans le cadre de l'approche réaliste développée par Pawson et Tilley et nous nous appuyons sur une méthodologie mixte.

1. Introduction

Les « éducations à ... », en particulier l'éducation à la santé, s'inscrivent dans une orientation curriculaire nouvelle (Lange, J. M. & Victor, P., 2006), elles appellent, du côté des enseignants, à des pratiques renouvelées. Lange et Victor assignent aux « éducations à ... » la visée de la construction chez les élèves d'opinions raisonnées. Ils indiquent, que du fait de leur statut inhabituel, considérer les « éducations à ... » comme objets d'enseignement implique de prendre en compte leurs caractéristiques à savoir leur caractère juridique, idéologique et politique et leur nature partenariale ou interdisciplinaire. Des dispositifs de formation sont ainsi à mettre en œuvre tant en formation initiale que continue pour accompagner ces mutations. Dans le contexte actuel de la reconfiguration de la formation des futurs enseignants, la question de la formation des enseignants en éducation à la santé et *a fortiori* des formateurs, intervenant en formation initiale et continue, est un enjeu fort pour la prise en charge par les enseignants des « éducations à ... » dans leurs pratiques individuelles et collectives (Jourdan, D., 2010). Comprendre tant la façon dont les enseignants prennent en charge les « éducations à ... » que l'impact de la formation sur leurs pratiques représente un enjeu important.

Cette communication propose de s'intéresser à cette question au travers de l'évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement des équipes éducatives et des enseignants d'écoles primaires sur les questions d'éducation à la santé. Ce texte présente en premier lieu le dispositif de formation et d'accompagnement, puis le dispositif d'évaluation et les premiers résultats concernant les pratiques déclarées des enseignants.

2. Le dispositif de formation et d'accompagnement

Le dispositif s'inscrit dans le cadre conceptuel de la recherche-intervention au sens où il permet de construire des représentations renouvelées de l'éducation à la santé, non de manière externe et indépendante des sujets, mais en faisant évoluer les représentations des acteurs (Billon, J. & Forestier, D., 2000; Mérini, C. & Ponté, P., 2008). L'engagement dans le dispositif est basé sur une décision collective de l'équipe éducative. Elaboré sur la base des apports de la bibliographie en sciences de l'éducation (Descarpentries, J., 2006; Eymard, C., 2004; Fortin, J., 2001; Vial, M., 2004) et en santé publique (St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. S., & Young, I. M., 2007; St Leger, L., Young, I. M., Blanchard, C., & Perry, M., 2009; Stewart-Brown, S., 2006; Tones, K. & Tilford, S., 2001), il a pour objectif de donner les moyens aux enseignants et aux équipes éducatives de prendre en compte, dans leurs pratiques individuelles et collectives, les questions relatives à l'éducation à la santé dans une perspective émancipatrice. Il vise ainsi à valoriser, à mutualiser et à enrichir les pratiques individuelles et collectives des enseignants et des équipes éducatives.

2.1 L'approche promue

A partir de points de vue différents (promotion de la réussite scolaire ou de la santé, lutte contre la violence et les conduites à risque...), de nombreux travaux de recherche ont tenté d'étudier la façon dont une école pouvait créer les conditions de possibilité de la réussite de chacun. Il y a un large consensus sur la nécessité de travailler à la fois sur les apprentissages, le climat scolaire et la relation école-famille. Les études basées sur l'évaluation des impacts des programmes de promotion de la santé et la réussite scolaire montrent que les interventions multifactorielles et globales sont les plus pertinentes. La synthèse de l'OMS en 2006 (Stewart-Brown, S., 2006) souligne, que pour être efficace, une action doit inclure plusieurs stratégies et tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève dans l'établissement. L'environnement scolaire, les relations, la qualité de vie et le climat d'école sont aussi identifiés comme des déterminants majeurs. D'autres études vont dans le même sens et soulignent que les éléments clés sont la durée de l'action, le soutien institutionnel, la formation et l'accompagnement des acteurs ainsi que le développement d'une approche globale centrée sur le développement des compétences sociales et civiques (confiance en soi, capacité à exprimer ses émotions, capacité à communiquer,

gestion du risque, capacité à résoudre pacifiquement les conflits...). En d'autres termes, les approches qui semblent les plus efficaces sont celles qui associent plusieurs stratégies, comme le volet pédagogique (les activités de classe), une démarche plus large prenant en compte tous les aspects de la vie dans l'établissement (il s'agit de travailler à la création d'un environnement physique, social et d'apprentissage favorable) et les liens créés avec la communauté dans laquelle s'insère l'établissement (parents, collectivités locales).

Cette approche d'éducation à la santé est enracinée dans le courant de la promotion de la santé. Elle s'appuie, en France, sur les textes institutionnels du ministère de l'Éducation nationale (MEN, 1998; MEN, 2001; MEN, 2005) et notamment sur le socle commun de connaissances et de compétences (MEN, 2006), en particulier, les compétences 6 et 7 : « les compétences sociales et civiques » et « l'autonomie et l'initiative ». Dans ces textes, l'éducation à la santé se voit assigner deux objectifs : d'une part, de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires pour effectuer des choix libres et responsables en matière de santé et, d'autre part, de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves (Jourdan, 2010). L'approche promue propose de répondre à ces objectifs en travaillant sur le vivre ensemble dans les établissements scolaires. Elle définit ainsi le vivre ensemble comme le bien-être social, c'est-à-dire la « mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (WHO, 1986). Les activités mises en place à l'échelle des classes et des écoles n'ont rien de spécifique, elles relèvent du fonctionnement normal d'une école (conseils d'école d'enfants, développement des compétences personnelles, sociales et civiques via les diverses activités de classe, cadre de vie, travail sur les conduites à risque, gestion pacifique des conflits, lien école-famille ...).

Cette approche vise ainsi le développement des compétences des enfants, et notamment de :

- Permettre l'acquisition de savoirs et savoir-faire, en particulier ceux relatifs au corps et à la santé, aborder et permettre l'expression des élèves sur des problèmes de société qui font appel à la fois à des valeurs, des lois, des savoirs scientifiques ;
- Contribuer, en cours, à l'apprentissage de savoir-être (compétences personnelles, sociales et civiques) ;
- Développer chez les élèves la résistance à l'emprise de l'environnement (stéréotypes, médias, pairs...) et leur permettre d'identifier les soutiens dans cet environnement.

Cette approche vise également à aider les équipes éducatives à développer des environnements favorables à la santé.

La figure 1 reprend les principaux éléments constitutifs de cette approche.

2.2 Un dispositif avec une double dynamique : à l'échelle nationale et à l'échelle régionale

Le dispositif est mis en œuvre dans 108 écoles primaires françaises de six régions. Dans chaque région, un comité de pilotage a été mis en place. Il est composé de représentants des circonscriptions de l'Éducation nationale impliquées dans le projet, de représentants des Inspections académiques, de représentants de parents d'élèves, de tout autre acteur impliqué dans le projet ou travaillant sur ces questions et des membres de l'équipe ressource. Cette équipe, composée de formateurs IUFM, de conseillers pédagogiques, de personnels des services de promotion de la santé des Inspections et suivant les dynamiques locales de partenaires du secteur associatif tels que les comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), est chargée de former et d'accompagner les enseignants et les équipes d'école. Chaque école dispose d'un ensemble de ressources pédagogiques (ouvrages de littérature de jeunesse, exemples de pistes pédagogiques pour des activités de classe...). Le dispositif est mis en œuvre pendant deux années dans chaque école.

Les six équipes régionales ont participé à une formation de formateurs avant le début de l'implantation de l'approche dans les écoles. Une première partie de la formation (4 journées) était centrée sur les principes de l'approche, sa mise en œuvre auprès des équipes d'école, les outils

pédagogiques à disposition, le dispositif d'évaluation du projet. Cette formation a été complétée par deux journées en 2008, une journée en 2009 et une journée est planifiée en 2010 sur des thèmes en lien avec l'implantation de l'approche (partenariat et dynamiques collectives, relation école-famille...). Le projet a débuté en 2008 et devrait se poursuivre jusqu'en 2011.

L'ensemble du projet est supervisé par un comité scientifique formé d'experts en santé et en éducation et de praticiens. Un comité d'éthique a également été créé pour traiter les questions éthiques soulevées par la mise en œuvre et l'évaluation du dispositif.

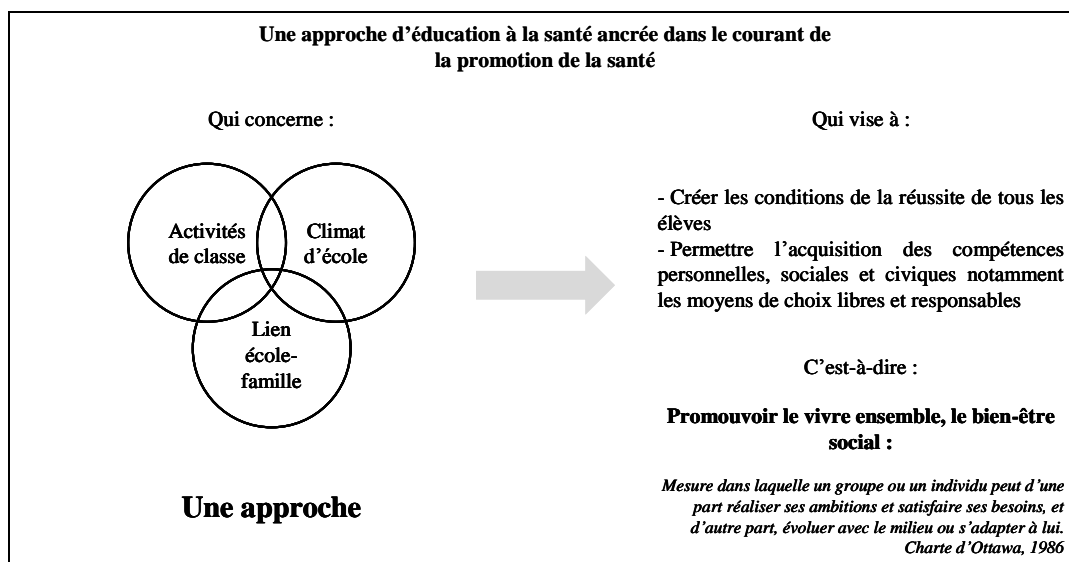


Figure 1 : L'approche d'éducation à la santé promue : une approche ancrée dans le courant de la promotion de la santé

3. Le dispositif d'évaluation

3.1 Questions de recherche

Nos questions de recherche portent sur, d'une part, les mécanismes et les facteurs contextuels qui permettent à l'équipe éducative de développer une approche holistique d'éducation à la santé (telle que défini dans la résolution de Vilnius du Réseau européen des écoles promotrices de santé (SHE, 2009)) ; et, d'autre part, l'impact du dispositif sur les pratiques individuelles et collectives des enseignants (et les facteurs susceptibles de les influencer (Bandura, A., 2003; Goigoux, R., 2007; Schoonbroodt, C. & Gélinas, A., 1996) : les représentations des enseignants, leur auto-efficacité perçue et leur motivation vis-à-vis de l'éducation à la santé), l'impact de ces pratiques sur le climat scolaire et sur la perception que les enfants ont de leur école. Cette communication s'intéressera en premier lieu aux pratiques déclarées des enseignants au début de la mise en œuvre du projet.

3.2 Cadre théorique

Pour ce faire, nous nous inscrivons dans le cadre de l'approche réaliste développée par Pawson et Tilley (Pawson, R. & Tilley, N., 1997). L'idée directrice de cette approche est de déterminer quels sont les individus, les groupes d'individus ou les milieux de vie les plus susceptibles de bénéficier du dispositif mis en œuvre et d'identifier les ressources sociales et culturelles nécessaires pour soutenir les changements. Pawson et Tilley proposent ainsi de s'intéresser aux mécanismes actionnés lors de la mise en œuvre d'un dispositif dans un contexte donné et de les mettre en lien

avec les résultats observés. Ils parlent alors de configuration « Contexte-Mécanisme-Effet ». L'évaluation a ainsi pour objectif de répondre à la question « comment le dispositif fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances ? ». Il s'agit ainsi d'identifier les mécanismes du dispositif qui, dans un contexte donné, suscitent un changement auprès des individus ou groupes d'individus.

L'évaluation réaliste ne nécessite pas la mise en œuvre d'une méthode particulière et se réfère au pluralisme méthodologique. Le choix de la méthode s'appuie ainsi sur les objectifs de recherche. Dans notre cas, l'objectif étant à la fois de mesurer l'impact du dispositif de formation et d'accompagnement et de comprendre l'influence des facteurs contextuels, l'emploi des méthodes mixtes est le plus adapté (Chen, H. T., 1997).

3.3 Les méthodes mixtes

Ces méthodes, même si elles ne sont pas nouvelles, se structurent et se développent actuellement largement dans le secteur de l'éducation mais aussi dans le champ de la santé publique. L'utilisation simultanée des méthodes qualitatives et quantitatives existe depuis longtemps, mais ce n'est que récemment que cette combinaison a été conceptualisée en termes de méthodes mixtes (Tashakkori, A. & Teddlie, C., 2003). Creswell et Plano Clark définissent ces méthodes en posant le postulat suivant : les méthodes mixtes sont une combinaison des approches qualitatives et quantitatives qui contribuent à une meilleure compréhension de l'objet de recherche que chacune des approches prises séparément (Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L., 2007). Ces méthodes sont en conséquence un atout pour étudier les dispositifs complexes.

En 2007, Creswell et Plano Clark rapportent six principales raisons d'utiliser les méthodes mixtes. Selon ces auteurs, elles : (1) apportent une robustesse qui compense les faiblesses des méthodes quantitatives et qualitatives ; (2) apportent une meilleure compréhension du problème de recherche ; (3) aident à répondre à des questions auxquelles les approches classiques ne peuvent répondre seules ; (4) favorisent la collaboration entre les acteurs ; (5) favorisent l'utilisation de paradigmes et de points de vue différents ; (6) et enfin, les méthodes mixtes sont présentées comme « pratiques » dans le sens où leur utilisateur est libre d'employer toutes les méthodes possibles pour aborder un problème de recherche (Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L., 2007).

Suivant les auteurs, la recherche par les méthodes mixtes peut concerner l'ensemble du processus de recherche et non uniquement les méthodes, contrairement à ce que suggère le terme « méthodes » mixtes. Dans cette expression, le terme « méthode » est à prendre au sens large (Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A., 2007). Un certain nombre d'auteurs s'accordent pour le qualifier de troisième tradition méthodologique (les deux autres étant la tradition qualitative et la tradition quantitative) (Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A., 2007).

Il existe plusieurs façons de mixer les méthodes en combinant des techniques de collecte et d'analyse de données mais aussi dans des stades de construction de l'objet de recherche (Tashakkori, A. & Teddlie, C., 2003). Les méthodologistes des MM ont développé plusieurs classifications, par exemple, Creswell et Plano Clark (Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L., 2007) propose quatre grand types de devis.

Dans le cas de la présente recherche, le devis utilisé est de type « concomitant niché » (Pluye, P. et al., 2009), c'est-à-dire que les approches qualitatives et quantitatives sont utilisées simultanément et qu'elles se nourrissent l'une l'autre tout au long du processus de recherche. Dans notre cas, l'approche quantitative est dominante et nous sert de ligne directrice. Ainsi, l'approche qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs et des questions ouvertes dans les questionnaires, est articulée avec l'approche quantitative, basée sur des questions fermées, à la fois au niveau du recueil, de l'analyse et de l'interprétation des données.

3.4 La population d'étude

Notre échantillon est constitué de 108 écoles soit 584 enseignants. Le tableau 1 présente les différentes caractéristiques de notre échantillon.

Caractéristiques	% (n)		
Taille des écoles	Petite (≤ 3 classes)	Moyenne (entre 4 et 7 classes)	Grande (≥ 8 classes)
	38% (39)	53% (54)	9% (9)
Localisation des écoles	Rural	Urbain	
	42% (45)	58% (63)	
Qualification en éducation prioritaire	Non prioritaire	Appartenance à un réseau d'éducation prioritaire	
	86% (93)	14% (15)	
CSP ¹ dominantes des écoles	Défavorisée	Moyenne	Favorisée
	38% (41)	37% (40)	24% (26)
Nombre moyen d'enseignants par école	5,41 (écart-type=2,70)		

Tableau 1 : Caractéristiques des écoles participant au projet

3.5 Le recueil des données

Plusieurs types d'outils de collecte de données ont été développés : des questionnaires, des formulaires et des guides d'entretiens.

Ces outils sont issus d'une étude pilote de quatre ans menée au préalable dans 21 écoles du Puy de Dôme (Mérini, C., Victor, P., & Bizzoni-Prévieux, C., 2009; Simar, C. & Jourdan, D., 2009). Au cours de cette phase pilote, des entretiens, des observations et une collecte systématique de documents a eu lieu auprès des porteurs du projet, des intervenants locaux et des participants (directeurs d'école). Suite à ces travaux, les outils d'évaluation ont été améliorés et adaptés au contexte de cette seconde phase. L'ensemble du dispositif est référé à un protocole éthique strict basé sur les principes de transparence et de respect des personnes, il est encadré par les autorités de l'Éducation nationale et un comité d'éthique. Les questionnaires sont strictement limités à la sphère scolaire et ne concernent en aucune manière le domaine privé.

Quatre questionnaires ont été élaborés à destination des enfants, des enseignants, des parents et des équipes éducatives :

- Le questionnaire à destination des enfants vise à recueillir des données sur la perception qu'ont les enfants de leur vie à l'école. La perception qu'ont les enfants de leur vie à l'école est étudiée à travers des questions sur le climat scolaire et sur la perception de leurs relations avec d'autres enfants, les enseignants et les adultes de école (Debarbieux, E. & Blaya, C., 2001) ;
- Le questionnaire à destination des enseignants permet de recueillir des données sur les représentations des enseignants, sur leurs propres pratiques en éducation à la santé et à la citoyenneté et les facteurs qui les influencent (facilitateurs, obstacles...), sur la motivation des enseignants, leur intérêt et leur sentiment de compétence vis-à-vis de l'éducation à la santé et à

¹ CSP : Catégories socioprofessionnelles

la citoyenneté, ainsi que sur leur perception de la vie dans leur école (climat scolaire, violence ...) (Jourdan, D. et al., 2002) ;

- Le questionnaire remis aux parents vise à recueillir des données sur la façon dont les familles perçoivent la vie dans l'école que fréquentent leurs enfants, leurs relations avec l'école et leur implication dans les activités de l'école (Debarbieux, E. & Blaya, C., 2001) ;
- Enfin, le questionnaire à destination des équipes éducatives vise à recueillir des données sur les représentations collectives de l'éducation à la santé et à la citoyenneté et sur les activités mises en œuvre au niveau de l'école. Il se base sur les travaux de la phase pilote (Mérini, C., Victor, P., & Bizzoni-Prévieux, C., 2009).

Pour recueillir les données contextuelles, deux formulaires ont été élaborés, l'un sur le contexte de chacune des écoles (structure et environnement socio-économique) et l'autre sur la mise en œuvre du dispositif dans chaque région.

Un guide d'entretien a également été développé afin de recueillir la perception des équipes ressources sur la mise en œuvre du dispositif.

Tous les outils ont d'abord été testés pour la compréhension et la validité de contenu. Les questionnaires des enfants et des enseignants ont ensuite été testés pour la fiabilité.

Les données sont collectées auprès des élèves, des parents, des enseignants, des équipes éducatives et des équipes des ressources à quatre reprises pendant les trois années que dure le projet, au début du projet et à la fin de chaque année scolaire. Les formulaires sont complétés chaque année et les entretiens seront réalisés au début de la troisième année de mise en œuvre.

Les données quantitatives sont traitées à l'aide du logiciel SAS (www.sas.com). Pour cette communication, les résultats présentés sont issues du traitement descriptif des premières données recueillies. Les données qualitatives sont analysées à l'aide du logiciel NVivo 8 (www.qsrinternational.com) suivant la technique de l'analyse de contenu (Bardin, L., 2001).

4. Les premiers résultats sur les pratiques déclarées des enseignants

Cette partie présente les premiers résultats descriptifs de la première phase de recueil des données qui a eu lieu au premier trimestre de l'année scolaire 2008-2009 pour cinq régions et au premier trimestre 2009-2010 pour la sixième région qui a débuté le projet avec une année de décalage. Trois cent dix-neuf enseignants ont répondu à cette première phase de l'enquête, soit un taux de réponse de 54,5% avant la mise en place de la formation et de l'accompagnement.

La moyenne d'âge des enseignants ayant répondu au questionnaire est de 40 ans et ont une ancienneté moyenne de 15 ans. Notre population est composée à 82% de femmes. Soixante et un pourcent des enseignants enseignent dans une classe à plusieurs niveaux et 15% déclarent avoir reçu une formation en éducation à la santé.

4.1 Les enseignants qui déclarent mettre en œuvre des activités en lien avec l'éducation à la santé

Soixante et onze pourcent des enseignants déclarent avoir mis en œuvre des activités d'éducation à la santé au cours de l'année scolaire précédente.

Les principales activités mises en œuvre portent sur les thématiques de santé (à travers l'alimentation, l'hygiène et la prévention bucco-dentaire), les questions autour de la citoyenneté et de la vie en collectivité (les règles de vie, les conseils d'enfants). L'éducation physique et sportive ainsi que les activités artistiques sont les disciplines supports les plus souvent cités.

Les quatre principaux facteurs cités par les enseignants comme influençant leurs pratiques en éducation à la santé sont à 63% l'intérêt personnel que les enseignants portent aux questions d'éducation à la santé, 60% le projet d'école et la réflexion collective à l'échelle de l'école, 58% le

fait que l'éducation à la santé fasse partie du métier d'enseignant et à 39% le climat scolaire de leur école.

Quatre vingt cinq pourcent des enseignants qui mettent en œuvre des activités d'éducation à la santé déclarent le faire en travaillant avec des partenaires. Le plus fréquemment, ils travaillent avec leurs collègues enseignants (61%), d'autres membres de l'équipe d'école (23%), des associations (23%) et les familles (21%).

Les quatre principales difficultés rencontrées par les enseignants lorsqu'ils abordent les questions d'éducation à la santé sont à 43% le manque de temps, 30% le manque de formation, 29% des problèmes d'organisation matériel et à 23% le manque d'outils.

4.2 Les enseignants qui déclarent ne pas mettre en œuvre des activités en lien avec l'éducation à la santé

Parmi les 29% des enseignants qui déclarent ne pas avoir mis en œuvre des activités d'éducation à la santé au cours de l'année scolaire précédente, 56% d'entre eux indiquent l'avoir fait dans le passé. Les principaux obstacles rencontrés par ces enseignants ont été à 45% le manque de formation, 44% le manque de temps, 36% le manque d'outils et à 32% le manque d'expérience.

4.3 Les perspectives d'analyse

Les analyses des données se poursuivront suivant nos deux principaux objectifs de recherche à savoir, d'une part, les mécanismes et les facteurs contextuels qui permettent de développer une approche holistique d'éducation à la santé ; et, d'autre part, l'impact du dispositif.

Du point de vue de l'impact du dispositif au niveau des enseignants, les données sont recueillies tout au long du projet et feront l'objet à la fois d'un traitement à chaque temps de recueil et de manière longitudinale entre les différents temps de recueil. Ces données seront contrastées à l'aide des données contextuelles et les différentes sources de données seront croisées. Les résultats attendus concernent notamment la construction de typologies des pratiques individuelles et collectives des enseignants et des équipes éducatives ainsi qu'une typologie des modalités de formation et d'accompagnement.

En ce qui concerne la compréhension des mécanismes en jeu dans le développement d'une approche holistique d'éducation à la santé, les données seront traitées la fois à l'échelle de chaque région pour identifier les facteurs contextuels facilitant le développement d'une dynamique locale et à l'échelle des écoles pour ce qui concerne les dynamiques collectives de travail des enseignants à l'aide d'une approche mixte combinant les approches qualitatives et quantitatives.

Les perspectives d'analyse concernent également les données recueillies auprès des enfants qui seront croisées et contrastées avec les données enseignantes, écoles et contextuelles.

5. Discussion

Néanmoins, il est à noter que les résultats trouvés sont similaires à ce que l'on retrouve dans la littérature pour les enseignants français. Ainsi, dans une étude précédente utilisant le même mode de recueil et réalisée en 2002 (Jourdan, D. et al., 2002; Jourdan, D., Pommier, J., & Quidu, F., 2009), le taux d'enseignants déclarant mettre en œuvre des activités d'éducation à la santé, sans formation spécifique, était également proche du tiers des enseignants interrogés. La principale différence entre l'étude de 2002 et la présente étude concerne le travail en partenariat. Dans l'étude de 2002, la majorité des enseignants (66%) déclarait travailler seul et pour ceux qui déclaraient travailler en partenariat, il s'agissait pour un quart d'entre eux de leurs collègues et pour 12% des familles. Une évolution des pratiques semble ainsi se dessiner. Cette évolution est à confirmer et pourrait être analysée de manière plus approfondie, notamment en tentant de mieux comprendre l'activité des enseignants en éducation à la santé et les déterminants de leur implication en tant qu'acteurs à part entière (Jourdan, D., 2010).

6. Conclusion

Comme souligné dans l'appel à contribution de ce symposium, l'objet « santé » est à la fois un champ de recherche émergent et un sujet de l'actualité sociale. En ce qui concerne l'École, il s'inscrit dans une orientation curriculaire qui s'intègre tant dans les activités de classe des enseignants que dans leurs pratiques collectives au sein de l'équipe éducative. Ce projet de recherche, basé tant sur la littérature des sciences de l'éducation que celle de la santé publique, vise ainsi à aborder la question de la formation et de l'accompagnement des enseignants sur cette nouvelle orientation des « éducations à ... » et plus particulièrement de l'éducation à la santé. La question de l'évaluation des dispositifs et de leur contextualisation aux écoles françaises étant des enjeux clés de ce champ émergent. Les travaux présentés ici souhaitent ainsi contribuer à la réflexion autour de ces questions en s'intéressant aux apports des méthodes mixtes et de l'évaluation réaliste.

7. Références et bibliographie

- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: de Boeck.
- Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Billon, J. & Forestier, D. (2000). La recherche-intervention en éducation appliqué à la santé: entre intention scientifique et transformation du terrain. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 25, 111-118.
- Chen, H. T. (1997). Applying mixed methods under the framework of theory-driven evaluation. *New Directions for Evaluation*, 74, 61-72.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Debarbieux, E. & Blaya, C. (2001). *Violence à l'école et politiques publiques*. ESF.
- Descarpentries, J. (2006). Sciences de l'éducation et santé. *Les sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 2006.
- Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives. Etat de la recherche en éducation*, 2, 11-32.
- Fortin, J. (2001). *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. Paris: Hachette.
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse des activités des enseignants. *Education et didactique*, 3, 3-11.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112-133.
- Jourdan, D. (2010). *Education à la santé. Quelle formation pour les enseignants?* Saint-Denis: Inpes.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M. L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C., & Glanddier, P. Y. (2002). Education à la santé à l'école: pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 14, 403-423.
- Jourdan, D., Pommier, J., & Quidu, F. (2009). Practices and representations of school health education among primary school teachers. *Scandinavian Journal of Public Health*, In press.

- Lange, J. M. & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et "éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable": quelles questions, quels repères? *Didaskalia*, 28, 85-100.
- MEN (1998). *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. (Circulaire N°: 98-237, BOEN: n°45 du 03-12-1998 ed.).
- MEN (2001). *Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*. (Circulaire N°2001-012 du 12-1-2001 ed.).
- MEN (2005). *Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'Ecole*. (JO n°96 du 24 avril 2005 ed.).
- MEN (2006). *Socle commun de connaissances et de compétences*. (BOEN n°29 du 20 juillet 2006 ed.).
- Mérini, C. & Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 16.
- Mérini, C., Victor, P., & Bizzoni-Prévieux, C. (2009). Vers une typologie de fonctionnement des équipes d'école. In P.Masson & M. Pilo (Eds.), *Partnership in education. Theoretical approach and case studies / Le partenariat en éducation. Approche théorique et études de cas* (pp. 19-31). Lille: Book Edition.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: Sage Publications.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, MP., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. In V.Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 123-141). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Schoonbroodt, C. & Gélinas, A. (1996). Envisager la prévention par le changement émergent: apprendre à gérer ce qui fait problème. *Education santé*, 108, 3-10.
- SHE (2009). *Résolution de Vilnius: améliorer l'école par la santé*. Vilnius: SHE. En ligne: http://www.schoolsforhealth.eu/upload/Resolution_de_Vilnius_FRENCH_version.pdf (dernière consultation le 19/07/2010).
- Simar, C. & Jourdan, D. (2009). Education et santé: 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. *Revue Recherches et Educations*, 3.
- St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. S., & Young, I. M. (2007). School health promotion: Achievements, Challenges and Priorities. In D.V.McQueen & C. M. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 107-124). Saint-Denis: Springer.
- St Leger, L., Young, I. M., Blanchard, C., & Perry, M. (2009). *Promoting health in schools: from evidence to action*. Saint-Denis: IUHPE.
- 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?* Copenhagen: WHO.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health promotion: effectiveness, efficiency and equity*. (3 ed.) Cheltenham: Nelson Thornes.
- Vial, M. (2004). Education à la santé ou pour la santé? *Questions vives. Etat de la recherche en éducation*, 2.

WHO (1986). The Ottawa charter for health promotion. *Health Promotion International*, 1, iii-v.