

LA FORMATION DES ENSEIGNANTS EN EDUCATION A LA SANTE : QUELS DETERMINANTS POUR LES PRATIQUES DES FORMATEURS

Jean-Pierre Cardot

Université de Lyon1-IUFM
Laboratoire PAEDI, EA 4281
Jean-Pierre.Cardot@ac-lyon.fr

Mots-clés : éducation à la santé, formation des enseignants, conception, identité professionnelle

Résumé. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la formation des enseignants en éducation à la santé dans les IUFM et, pour cela, nous nous sommes centrés sur les formateurs afin d'étudier les éléments qui déterminaient les pratiques de formation en éducation à la santé puis nous avons cerné les obstacles et les points d'appui à sa mise en place. Nous avons fait l'hypothèse que les pratiques des formateurs étaient influencées par leur conceptions de la santé et de l'éducation à la santé et par leur identité professionnelle que nous avons modélisée comme la résultante de prescriptions institutionnelles, de normes collectives et habitus, et d'éléments de leur histoire professionnelle (expérience, formation reçue, sentiment de compétence). Le fait qu'un formateur sur quatre s'intéresse au développement des compétences psychosociales et un sur quatre propose de l'éducation à la santé à deux niveaux, en s'intéressant à la fois à la santé des enseignants et à celle des élèves nous a permis de mettre en évidence le manque de formation des formateurs qui apparaît comme l'obstacle principal dans la mise en place de formation en éducation à la santé, auquel on peut ajouter l'organisation de la formation qui est avant tout disciplinaire et où l'éducation à la santé n'est pas considérée comme une priorité.

1. Contexte de la recherche

1.1 Quelles missions pour l'école

L'école peut être considérée comme le lieu approprié pour mettre en place des actions d'éducation à la santé car c'est pendant l'enfance que peuvent être acquis des attitudes positives vis-à-vis de la santé. L'école a donc un rôle important à jouer dans le domaine de la santé non pas en devenant un lieu de "lutte contre..." (les fumeurs, les obèses, etc.) mais plutôt en étant un lieu positif pour le développement de la personne. Des textes officiels (circulaire du 24/11/1998, circulaire du 25/04/2002, etc.) soulignent l'importance, dans le système scolaire, de l'éducation à la santé, qui n'est pas l'affaire de spécialistes, mais relève de l'action quotidienne des enseignants. Il ne s'agit pas simplement de transmettre un savoir mais de se centrer sur l'apprentissage de compétences citoyennes et de valeurs démocratiques dans une perspective qui n'est pas disciplinaire mais transversale (Jourdan & al., 2008). De plus, il convient de souligner que l'éducation à la santé prend place au sein des "éducations à ..." qui sont des formes scolaires non-disciplinaires et se distinguent des disciplines par l'absence de référent académique et donc de curriculum clairement établi (Lebeaume, 2007).

1.2 Présentation de la recherche et hypothèses

Nous nous sommes intéressés à la formation des enseignants en éducation à la santé dans les IUFM et, pour cela, nous nous sommes centrés sur les formateurs afin d'étudier les éléments qui déterminaient les pratiques de formation en éducation à la santé puis nous avons cerné les obstacles et les points d'appui à sa mise en place. Pour cela, nous avons recueilli les conceptions

des formateurs mais cela nous semblait insuffisant pour expliquer les pratiques en s'appuyant sur le fait qu'il faut comprendre le tout pour comprendre les parties, c'est pourquoi nous sommes également intéressé au contexte de la formation au sein de l'IUFM, tel qu'il était perçu par les formateurs.

Nous avons fait l'hypothèse que les facteurs qui influent sur les pratiques sont de deux niveaux :

(1) au niveau individuel, il s'agit des facteurs propres aux formateurs c'est-à-dire les conceptions qu'ils ont de la santé, de l'éducation à la santé et de leur rôle en tant qu'éducateur par rapport aux questions de santé et de prévention, et leur histoire professionnelle qu'il s'agisse de leur formation antérieure, de leur sentiment de compétences et de leur expérience en matière d'enseignement et de formation par rapport aux questions de santé ;

(2) au niveau collectif dans les IUFM, nous faisons l'hypothèse que les conceptions et les pratiques individuelles s'inscrivent dans des valeurs et des normes collectives : la mise en place de formations en éducation à la santé serait liée à des facteurs institutionnels et organisationnels ainsi qu'à des facteurs liés au contexte de la formation.

2. Cadre théorique

Pour travailler sur l'éducation à la santé, il convient tout d'abord de définir les concepts de santé et d'éducation à la santé afin de contourner le premier obstacle qui est d'ordre épistémologique. En effet, la première difficulté liée à l'éducation à la santé consiste à délimiter son champ, ses contours, à la définir de manière à sortir du flou qui peut se manifester autour de celle-ci. Tout acte éducatif n'est pas de l'éducation à la santé puisque celle-ci est avant tout orientée vers le bien-être, elle vise à permettre à la personne de se sentir bien dans son corps et avec les autres. L'éducation à la santé est alors un acte d'accompagnement centré sur la personne qui vise à apporter des connaissances scientifiques et à développer des compétences psychosociales pour permettre à l'individu de faire des choix, raisonnés et raisonnables en connaissance de cause.

Nous avons, dans un premier temps, mené une réflexion épistémologique sur la santé et sur l'éducation à la santé à travers les différents modèles de santé (Eymard 2004) et d'éducation à la santé (Fortin, 2004) que nous présenterons de manière synthétique sous forme de tableaux.

De plus, nous avons analysé les pratiques des formateurs en éducation à la santé en utilisant des outils conceptuels de la psychologie sociale à travers les concepts de représentations sociales, de représentations professionnelles et d'identité professionnelle, et de la didactique des sciences qui va servir de base pour penser une didactique de l'éducation à la santé où il s'agit de partir des conceptions, non pas pour construire un savoir, mais pour élaborer des compétences.

2.1 Les modèles de santé

le modèle linéaire	<ul style="list-style-type: none"> - Centré sur l'absence de maladie. La santé et la maladie s'opposent tel un axe sur lequel se trouverait d'un côté la santé et de l'autre la maladie puis la mort - La personne est considérée comme la somme de ses organes - La santé des personnes est liée aux progrès de la médecine et est entre les mains de spécialistes
le modèle global	<ul style="list-style-type: none"> - Centré sur la personne. La santé et la maladie sont distinctes et la santé est subjective et dépend du ressenti de la personne, de son bien-être en référence à la définition de l'OMS (1946) - La personne est considérée comme acteur de sa santé, considérée comme un potentiel à protéger. Elle est en recherche d'un équilibre harmonieux entre la satisfaction de ses besoins et l'évolution de son environnement - La santé des personnes est un idéal à atteindre (toujours en référence à la définition de l'OMS) où la vie est sacralisée au détriment du sujet humain, qui devient alors un objet à contrôler, à régulariser, en même temps qu'on lui crée des besoins de santé pour

	une santé totale
le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde	<ul style="list-style-type: none"> - Centré sur la personne. La santé est une ressource de la vie quotidienne, une construction singulière par la personne en fonction de sa propre histoire - La personne est considérée comme un sujet autonome qui construit ses propres normes de santé. Il n'est pas seulement acteur de sa santé, il devient aussi décideur - La santé des personnes repose sur une politique visant à réduire les inégalités et où il y a reconnaissance des savoirs expérientiels puisque le savoir n'est pas uniquement académique mais aussi issu de l'expérience au quotidien des personnes

Figure 1 : les modèles de santé (d'après Eymard, 2004)

2.2 Les modèles d'éducation à la santé

Le modèle rationnel ou biomédical	Centré sur	la maladie, le risque, les connaissances
	Motivation	pas prise en compte
	Comportements	d'ordre rationnels et dictés par les professionnels de santé
	Objectif	changement de comportements
	Modèle et démarche	linéaire : cause → effet Non responsabilisant : connaissances transmises verticalement → béhaviorisme
Le modèle humaniste	Centré sur	La personne et le développement des compétences psychosociales
	Motivation	peur du risque avec prise en compte des désirs, des émotions et de la perception de la personne
	Comportements	choisis et adoptés par la personne en fonction de ses connaissances, d'une image positive d'elle-même et des prescriptions → idée de rationalité
	Objectif	la réalisation de soi, le bien-être physique, psychique et social et l'autonomie
	Modèle et démarche	participatif et responsabilisant → constructivisme
Le modèle écologique	Centré sur	la personne et sur ses interrelations avec le milieu, développement des compétences psychosociales
	Motivation	à prendre en compte en fonction du contexte de la personne
	Comportements	complexes avec place importante des émotions, des pulsions et des interrelations entre la personne et son environnement
	Objectif	développement intégral de la personne en fonction de ses potentialités et accompagnement de celle-ci vers une évolution de l'attitude et de la motivation pour adopter (ou pas) un comportement favorable à sa santé
	Modèle et démarche	Démarche systémique qui prend en considération la personne dans sa dimension cognitive, émotionnelle et sociale → socio-constructivisme

Figure 2 : les modèles psychologiques d'éducation à la santé (d'après Fortin, 2004)

2.3 Des représentations sociales et professionnelles aux conceptions

Les représentations sociales et professionnelles nous permettent d'expliquer comment les formateurs se construisent une conception de la santé, de l'éducation à la santé, de l'acte d'enseignement et de la formation en particulier par rapport aux questions de santé.

La représentation sociale se place à l'interface du psychologique et du social. La connaissance « spontanée » ou de « sens commun » s'élabore à partir de nos expériences, des informations, savoirs, modèles de penser que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication. Il s'agit d'« une connaissance socialement élaborée et partagée » (Jodelet, 1984, p.364). De plus, nous pouvons définir les représentations professionnelles comme des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelle, elles sont spécifiques aux contextes professionnels auxquels les acteurs appartiennent, en fonction des relations entre les acteurs et en fonction des rationalités qui sont à l'œuvre dans le champ professionnel. (Blin, 1997).

Par ailleurs, nous avons emprunté à Pierre Clément (2004) le modèle $C = f(K, V, P)$ où les conceptions (C) d'un individu sont fonctions des connaissances (K) qu'il a sur le sujet, de son propre système de valeurs (V) et en fonction des pratiques professionnelles, personnelles et sociales (P) par rapport aux connaissances en jeu connues par cet individu. Cependant, nous pensons qu'il est plus judicieux de remplacer le pôle valeurs par celui de représentations sociales et professionnelles qui nous apparaît comme plus complet. Ainsi, les conceptions (C) sont des variations individuelles par rapport aux représentations sociales (RS) et aux représentations professionnelles (RP), et nous pouvons écrire que $C = f(K, RS \text{ et } RP, P)$.

2.4 La construction de l'identité professionnelle

J-M. Barbier (1996) définit l'identité comme un ensemble de composantes représentationnelles, opératoires (compétences, savoirs, etc.), et affectives (envies, intérêts, etc.) produit par une histoire particulière. Au nouveau professionnel, le sujet va être en interaction avec des professionnels en place qui joueront le rôle d'« autres significatifs » qui vont lui servir de référents sociaux et vont développer sa motivation à rencontrer leurs attentes (Dubar, 2002). L'identité est à la fois perçue comme un état composé d'éléments susceptibles d'être mobilisés dans une pratique, et comme un processus puisque les composantes identitaires peuvent se modifier à travers de nouvelles pratiques et de nouvelles expériences. L'identité professionnelle est donc la façon dont le sujet se construit en tant que professionnel, et nous avons modélisé cette dernière, sur le modèle des conceptions, comme étant fonction des prescriptions institutionnelles, d'éléments de l'histoire professionnelle du sujet (expérience, formation, sentiment de compétence), et en fonction des normes collectives, des attentes des autres formateurs et des habitus.

2.5 De la situation d'enseignement-apprentissage prototypique aux pratiques

Nous avons emprunté à J. Lebeaume (2000) le concept de « situation d'enseignement-apprentissage prototypique » où « visées éducatives » et « références » sont interdépendantes puisque les finalités de l'enseignement/apprentissage définissent le choix des pratiques de référence et réciproquement. Il existe alors une cohérence entre les finalités, les pratiques de référence, les savoirs mobilisés et les tâches proposées aux apprenants. Nous avons adapté ce modèle à la formation en remplaçant visée éducative par visée professionnalisante. L'utilisation de la « situation d'enseignement-apprentissage prototypique » nous paraît pertinente car l'auteur l'utilise dans le champ de l'éducation technologique qui présente la particularité, comme l'éducation à la santé, de se situer dans une logique de construction de compétences plutôt que dans une logique de construction de savoirs institués. L'ensemble du cadre théorique que nous avons présenté est synthétisé dans la figure 3 ci-dessous où les pratiques des formateurs sont liées à leurs conceptions et à leur identité professionnelle.

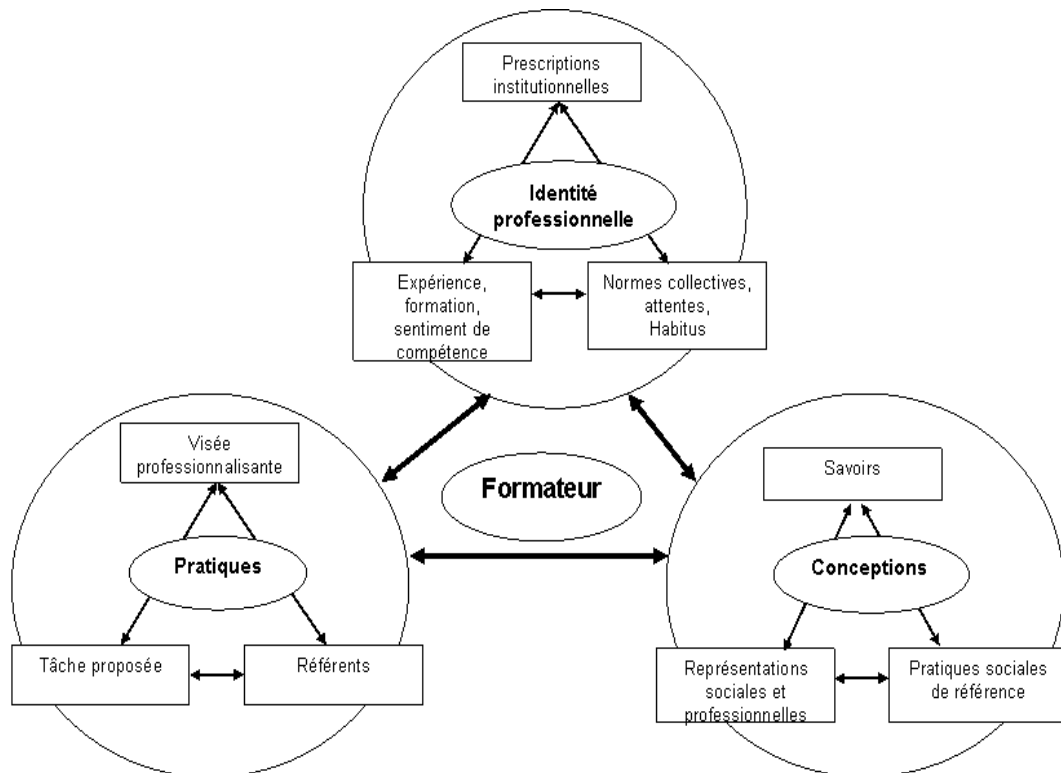


Figure 3 : Les pratiques des formateurs en éducation à la santé en fonction de leurs conceptions et de leur identité professionnelle.

3. Présentation des résultats

3.1 Méthodologie

Notre étude, commencée fin 2005, se situe dans une période de profond changement avec l'intégration des IUFM aux universités et dans le cadre de la mastérisation de la formation. La démarche que nous avons proposée s'est déroulée en deux temps. Tout d'abord nous avons fait un état des lieux afin de déterminer quels formateurs proposaient ces formations, les modalités d'organisation, les obstacles dans leur mise en place, les besoins des formateurs, etc. Parallèlement, nous avons étudié les plans de formation à partir d'une grille d'analyse afin d'y chercher la présence d'éducation à la santé de manière explicite ou implicite. Nous avons présenté les résultats de l'état des lieux dans le précédent colloque (AREF, 2007)

Dans un second temps (d'avril à juin 2009), nous avons interrogé 16 formateurs choisis au hasard (de 16 IUFM différents) qui avaient déclaré faire de l'éducation à la santé lors de l'état des lieux. Nous les avons interrogés par téléphone, à partir d'un questionnaire semi-directif pour déterminer les facteurs propres aux formateurs (leurs conceptions et leur histoire professionnelle), les réalités dans leur IUFM et le contexte de la formation.

La grille d'entretien est la suivante :

- 1) Les facteurs propres aux formateurs : leurs conceptions et des éléments de leur histoire professionnelle
 - Quelle est votre définition de la santé ?
 - Quelle est votre définition de l'éducation à la santé ?
 - Comment définiriez-vous la formation des enseignants à l'ES ?
 - Quels sont, selon vous, les obstacles et les points d'appui à la mise en place de l'éducation à la santé à de l'IUFM ?
 - Pouvez-vous me décrire un module idéal de formation à l'ES ?
 - Avez-vous été formé pour traiter ces questions ?

- Vous sentez-vous compétents pour traiter ces questions ? Pouvez-vous vous donner une note sur 10 ?
 - Avez-vous de l'expérience dans l'enseignement ou la formation sur ces questions ?
- 2) Le réel : les pratiques déclarées
- Y a-t-il un module de formation à l'éducation à la santé dans votre IUFM, dans le plan de formation ou la maquette du master ?
 - Pouvez-vous me décrire un module de formation dans lequel vous intervenez ?
- 3) L'environnement de la formation au sein de l'IUFM
- Quels sont les obstacles et les points d'appui à la mise en place de ce module dans votre IUFM ?
 - Quand vous travaillez avec d'autres personnes (collègues, partenaire), comment organisez-vous le travail ?
 - Comment l'éducation à la santé est-elle perçue par les étudiants /stagiaires et par les autres formateurs ?
 - Qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en compte de ces questions ?

Nous avons enregistré les entretiens puis nous les avons retranscrits intégralement pour les analyser en utilisant la méthode d'analyse du contenu de L. Bardin (2001) qui consiste à extraire du discours des blocs de signification et de les coder pour les catégoriser. Ce sont les résultats de cette analyse que nous allons présenter ici.

3.2 Résultats et discussion

3.2.1 Des conceptions des formateurs aux modèles de santé et d'éducation à la santé

- La santé : nous pouvons souligner les multiples hésitations lorsque nous leur avons posé la question : « quelle est votre définition de la santé ? », et 11 formateurs sur 16 font référence, dans leur réponse, à la définition de l'OMS (1946) « un état de complet bien-être physique, psychologique et social » ce qui montre à la fois une conception globale de la santé mais aussi un flou autour du concept de santé, où la définition de l'OMS sert de référence à laquelle se raccrocher. De plus, 3 autres formateurs, qui ne font pas explicitement référence à la définition de l'OMS, présentent des éléments du modèle global de santé et seuls 2 formateurs tendent vers le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde.

Nous pouvons expliquer la prédominance du modèle global par le fait que les 16 formateurs interrogés s'intéressent aux questions de santé et se sont formés ou ont été formés, c'est pourquoi le modèle linéaire n'est pas présent. Concernant le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde qui est peu présent, il concerne davantage les professionnels de santé, ce que ne sont pas les formateurs.

- L'éducation à la santé : il s'agit, pour 10 formateurs, de permettre à l'individu de faire des choix, pour devenir responsable de sa santé. Pour cela, l'apport de connaissances est mentionné par 7 formateurs et des références à la maladie ou aux risques pour la santé sont présentes dans 9 entretiens. La centration sur la personne, qui apparaît dans 9 entretiens, signifie qu'il s'agit de prendre en compte l'individu dans ces différentes dimensions, c'est-à-dire de partir de ses conceptions et de prendre en compte le sujet avec ses désirs, ses peurs, ses angoisses et en fonction de son histoire personnelle et du contexte dans lequel il vit. De plus, le développement des compétences psychosociales est cité par 5 formateurs ce qui tendrait à montrer que seulement 5 formateurs ont une conception de l'éducation à la santé qui renvoie à un modèle global. Cependant, pour les autres formateurs, on ne peut pas parler pour autant de modèle biomédical puisque plusieurs soulignent que les connaissances sont nécessaires mais pas suffisantes sans toutefois parler de compétences à développer. Si nous utilisons les éléments des trois modèles d'éducation à la santé, présentés dans la figure 2, afin de déterminer les modèles sous-jacents aux conceptions des formateurs, il apparaît que 7 formateurs ont une conception de l'éducation à la santé qui suit un modèle humaniste dont seulement un fait référence au développement des

compétences psychosociales (que l'on retrouve dans le modèle humaniste tel que nous l'avons décrit figure 2). Une formatrice a une conception que l'on peut classer entre le modèle humaniste et le modèle écologique sans référence au développement des compétences psychosociales et une autre qui renvoie à un modèle que nous n'avons pas pu déterminer. Enfin 7 formateurs présentent une conception de l'éducation à la santé qui correspond à un modèle écologique dont 4 formateurs font référence au développement des compétences psychosociales (que l'on retrouve dans le modèle écologique, là aussi, tel que nous l'avons décrit figure 2).

3.2.2 Ce que les formateurs se donnent à faire en éducation à la santé en formation

- Travailler sur les représentations/conceptions

11 formateurs sur les 16 proposent de faire le clair sur les représentations des (futurs) enseignants en les amenant à réfléchir sur les concepts de santé et d'éducation à la santé. Pour cela, il s'agit de leur demander de définir ces concepts « qu'est-ce que la santé ? », « qu'est-ce que l'éducation à la santé ? » pour mettre à plat les représentations, afin de les faire évoluer, et pour permettre une réflexion commune afin d'homogénéiser les concepts de santé et d'éducation à la santé, avant d'aborder la suite.

- Travailler sur le « quoi » : les contenus, les modèles, les démarches, les textes officiels

Cette partie concerne tous les apports en termes de connaissances qui vont permettre aux enseignants de comprendre pourquoi des personnes prennent des risques, les modèles de santé, les différentes approches et les démarches d'éducation à la santé, et leur rôle par rapport aux questions de santé. Le but est de les sensibiliser afin qu'ils prennent conscience que l'éducation à la santé fait bien partie de leur mission d'enseignant.

Cette partie correspond aux items de notre étude : « Apporter des connaissances sur l'éducation à la santé/Connaître les différentes approches », « Travailler sur la prévention/ les conduites à risque/ les problèmes de santé », « Sensibiliser à l'éducation à la santé » et « Travailler sur le cadre institutionnel ». L'ensemble des 16 formateurs interrogés ont fait référence à au moins 1 des 4 items.

- Travailler sur le « comment » : les outils, la mise en œuvre de projets, le partenariat

Il s'agit, dans cette partie, de traiter le « comment » mettre en place des actions d'éducation à la santé en travaillant avec les enseignants, sur les outils, sur la mise en œuvre de projets et sur le travail avec des partenaires, c'est-à-dire d'équiper les enseignants, de les outiller. Cette partie correspond à 4 items de notre étude : « Donner des ressources/ les outiller », « Travailler en projet/ de manière interdisciplinaire », « Lien avec les éducations à... » et « Connaître les partenariats possibles, les institutions partenaires/ Travailler en partenariat ».

14 formateurs sur les 16 font référence à au moins un item de cette partie centrée sur le « comment ».

- Se préoccuper de la santé des personnes/ promouvoir la santé

Il s'agit ici de s'intéresser aussi bien aux personnes qui reçoivent l'éducation à la santé, c'est-à-dire les élèves, qu'aux personnes qui vont la dispenser, c'est-à-dire les enseignants. La préoccupation de la santé est alors centrale et il va s'agir de s'interroger sur le développement des compétences psychosociales à la fois chez l'enseignant, et se demander également comment on permet à celui-ci de les développer chez les élèves. Il s'agira également de s'intéresser à la santé des élèves en montrant le lien entre leur santé et leurs résultats et comportements scolaires. Cette partie correspond aux items de notre étude : « Travailler sur les compétences psychosociales », « Faire de l'éducation à la santé auprès des étudiants/stagiaires » et « Faire le lien entre la santé des élèves et les résultats scolaires/ les comportements scolaires ».

7 formateurs sur les 16 proposent de travailler en formation sur au moins 1 de ces 3 items et parmi ces 7 formateurs, 4 proposent de faire une éducation à la santé à deux niveaux : à un premier niveau auprès des (futurs) enseignants en leur permettant de réfléchir à leur propre rapport à la santé, et, dans un second niveau, de les former à mettre en place des actions d'éducation à la santé dans leur établissement.

Figure 4 : les modèles de formation en éducation à la santé

Figure 4 : les modèles de formation en éducation à la santé

Modèle applicationniste	Centré sur	les acquisitions, les connaissances : - sur les risques pour la santé, - sur la santé et l'éducation à la santé, les modèles et les différentes approches, - sur les textes officiels
	Conceptions des formés	Pas prises en compte
	Les outils	Présentés de manière "expositive"
	Objectif	Sensibiliser les enseignants à l'importance de l'éducation à la santé et une prise de conscience quant à leur rôle par rapport aux questions de santé
Modèle didactique	Centré sur	La mise en place de projet d'éducation à la santé
	Conceptions des formés	Prises en compte de leurs conceptions de la santé et de l'éducation à la santé
	Les outils	Proposés, analysés, critiqués ou construits par les formés
	Objectif	Outiller les enseignants intellectuellement et techniquement pour qu'ils puissent mettre en place des actions/projets d'éducation à la santé
Modèle promotionnel de santé	Centré sur	La santé des personnes → promotion de la santé
	Conceptions des formés	Prises en compte de leurs conceptions sur leur propre rapport à la santé et aux conduites à risque
	Les outils	axés sur le développement des compétences psychosociales
	Objectif	Développer certaines compétences psychosociales chez les enseignants et les outiller pour qu'ils les développent chez les élèves

Figure 4 : les modèles de formation en éducation à la santé

3.2.3 Proposition de modèles de formation en éducation à la santé

A partir des résultats de l'analyse que nous avons proposée sur ce que les formateurs se donnaient à faire en formation, nous avons élaboré 3 modèles de formation en éducation à la santé, présentés dans le tableau en-dessus (figure 4).

3.2.4 Des pratiques déclarées des formateurs aux obstacles et points d'appui à la mise en place de formation en éducation à la santé

Nous avons mis en évidence un écart entre ce que déclarent les formateurs sur ce qu'ils mettent en place en éducation à la santé en formation et les modèles de formation sous-jacents à leur conception de l'éducation à la santé en formation. Cet écart entre les pratiques réelles déclarées et les pratiques « idéalisées » déclarées traduit une identité professionnelle dans laquelle l'éducation à la santé trouve difficilement une place. Nous avons défini, dans le schéma de la figure 3, l'identité professionnelle comme résultant d'éléments de l'histoire professionnelle (expérience, formation reçue, sentiment de compétence), normes collectives et prescriptions institutionnelles et nous allons voir comment ces éléments peuvent constituer des obstacles et des points d'appui à la mise en place de formation en éducation à la santé par les formateurs.

- Formation reçue par les formateurs et sentiment de compétence :

Parmi les 16 formateurs interrogés, 11 déclarent ne pas avoir été formés pour traiter ces questions. Il s'agit alors plutôt d'une formation « sur le tas » suite à une « sensibilisation personnelle » qui les a amenés à s'intéresser à ces questions et à essayer de se former par eux-mêmes puisque 10 font référence à l'autoformation et au fait qu'ils sont « autodidactes ». Cette autoformation se manifeste à travers des lectures, des pratiques corporelles ou la participation à des actions d'éducation à la santé. Par opposition, 4 formateurs déclarent avoir été formés à des thématiques qui peuvent être utilisées en éducation à la santé et une seule déclare avoir reçu une formation en éducation à la santé. Parmi les 16 formateurs que nous avons interrogés et qui font de l'éducation à la santé en formation, un seul ne se sent pas compétent pour traiter ces questions, il déclare ne pas avoir été formé et possède une expérience « récente ». Au contraire, 2 formatrices se considèrent comme compétentes et toutes les deux déclarent avoir été formées en éducation à la santé et possèdent une expérience importante dans l'enseignement et la formation par rapport à l'éducation à la santé, alors que les 13 autres formateurs se sentent partiellement compétents dans le sens où ils s'estiment compétents sur certaines questions relatives à l'éducation à la santé mais pas sur toutes. Nous avons demandé aux formateurs de se donner une note en ce qui concerne leur sentiment de compétence pour traiter de l'éducation à la santé en formation (15 sur 16 se sont attribués une note) la note moyenne est de 6,4/10. Si nous distinguons les notes des 11 formateurs n'ayant pas reçu de formation, des notes des 4 formateurs ayant reçu une formation, nous constatons une différence. La moyenne des notes que se donnent les 11 formateurs n'ayant pas reçu de formation est 5,8/10. La moyenne des notes que se donnent les 4 formateurs ayant reçu une formation est 8,1/10. Nous voyons donc une incidence entre formation reçue et sentiment de compétence.

- Les obstacles à la mise en place de l'éducation à la santé en formation :

Il y a d'une part les obstacles propres aux formateurs, où nous retrouvons le manque de formation/de sensibilisation qui apparaît dans 11 entretiens. En lien avec cela, il s'ensuit plusieurs obstacles : les représentations (cité à 6 reprises) à la fois des formateurs et des enseignants qui considèrent que faire de l'éducation à la santé, ce n'est pas leur travail à l'exception de certaines disciplines (SVT, EPS, SMS). La difficulté de travailler à plusieurs/en partenariat apparaît à 6 reprises et la difficulté de travailler sur le corps/ l'affectif est citée à 4 reprises. En effet, la dimension du corps est une dimension souvent rejetée par les formateurs et les enseignants, et ainsi, l'élève est davantage considéré comme un cerveau que comme un corps.

D'autre part, il y a les obstacles liés à l'organisation de la formation. Le manque d'intérêt des stagiaires ou le fait que ce n'est pas leur priorité est cité à 10 reprises. En effet, l'éducation à la santé apparaît souvent sous forme de modules optionnels et les enseignants débutants ne voient pas dans l'immédiat à quoi cela va leur servir, d'autres thématiques leur paraissent plus importantes comme gérer les conflits ou enseigner en situations difficiles, alors que ces thématiques appartiennent à l'éducation à la santé si celle-ci est appréhendée de manière globale. Parmi les autres obstacles sont cités le manque d'heure (9 fois), la prépondérance de l'aspect disciplinaire (7 fois), le fait que l'éducation à la santé n'est pas une priorité de la formation (7 fois) notamment à travers l'absence de mention dans le plan de formation (5 fois).

Ces obstacles sont liés aux représentations sociales et professionnelles que les formateurs et les enseignants ont de l'éducation à la santé où celle-ci est considérée suivant un modèle biomédical dévolue aux disciplines ayant un rapport aux corps, et où n'apparaît pas le développement des compétences psychosociales. De plus, les représentations qu'ils ont des élèves les amènent à considérer celui-ci comme un cerveau avide de connaissances sans se soucier de son bien-être.

Les obstacles apparaissent également au niveau de l'identité professionnelle des formateurs : d'une part les habitus des formateurs les amènent à travailler préférentiellement de manière disciplinaire, seuls plutôt qu'en partenariat et en privilégiant l'enseignement à l'apprentissage. D'autre part, les prescriptions institutionnelles ne font pas apparaître, aux yeux des formateurs, l'éducation à la santé, comme une priorité de la formation.

- Les points d'appui à la mise en place de l'éducation à la santé en formation :

Les principaux points d'appui cités sont des points d'appui locaux : il s'agit de la présence de formateurs sensibilisés (qui apparaît 9 fois), la présence de partenaires locaux (9 fois), la présence d'enseignants-chercheurs ou de personnel de la direction sensibilisés (7 fois). L'intérêt des étudiants/stagiaires, cité aussi comme obstacles, peut également s'avérer être un point d'appui (8

fois) car ils sont très intéressés par ces questions à condition qu'ils aient été amenés à s'en préoccuper. La difficulté est alors d'amener les stagiaires à s'inscrire dans ces formations. Le fait que l'éducation à la santé fasse partie des programmes et du socle commun et le fait que les formateurs doivent former les enseignants aux missions éducatives est un point d'appui cité dans 7 entretiens.

4. Conclusion

Les formateurs interrogés ont une conception globale de la santé, notamment en référence à la définition proposée par l'OMS (1946) à laquelle ils semblent se raccrocher pour échapper au flou autour de ce concept. Leur conception de l'éducation à la santé montre qu'ils considèrent l'apport de connaissances comme insuffisant mais moins d'un formateur sur trois fait référence au développement des compétences psychosociales. En formation, la plupart des formateurs proposent de faire le clair sur les représentations des (futurs) enseignants sur la santé et l'éducation à la santé pour les sensibiliser, puis de leur apporter des connaissances et des outils pour qu'ils soient capables de mettre en place des projets d'éducation à la santé. Cela met en évidence l'idée qui consiste à croire qu'en proposant aux enseignants les bons outils, ils pourront faire une éducation à la santé de qualité. En effet, seulement un formateur sur quatre s'intéresse en formation au développement des compétences psychosociales et un sur quatre aborde l'éducation à la santé à deux niveaux, c'est-à-dire en prenant en compte à la fois la santé des individus qui dispensent cette éducation (les enseignants), et ceux qui la reçoivent (les élèves). Cela souligne le manque de formation des formateurs qui apparaît comme l'obstacle principal dans la mise en place de formation en éducation à la santé, auquel on peut ajouter l'organisation de la formation qui est avant tout disciplinaire et où l'éducation à la santé n'est pas considérée comme une priorité. C'est pourquoi, il convient de former les formateurs, en partant des pratiques, afin d'intégrer l'éducation à la santé dans leur identité professionnelle ce qui peut permettre de modifier les conceptions. Pour cela, la présence de personnes sensibilisées au sein de l'établissement de formation et de partenaires locaux peut s'avérer être un point d'appui important tout comme l'existence du réseau des IUFM.

5. Bibliographie

- Barbier J.-M. (1996) : L'analyse des pratiques : questions conceptuelles in Blanchard-Laville C. & Fablet D. (coordonné par), *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, pp. 27-49.
- Bardin L. (2001) : *L'analyse du contenu*, PUF.
- Blin J-F. (1995) : *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, L'Harmattan
- Clément P. (2004) : *Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie*, Actes du colloque sciences, médias et sociétés de l'ENS Lyon.
- Dubar C. (2002) : *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, 3ème édition, Armand Colin.
- Eymard C. (2004) Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. In *Education à la santé ou éducation pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?* Université de Provence : Questions vives, vol. 2, n°5, pp 13-34.
- Fortin J. (2004) : Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé in *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, Editions Universitaires du Sud.
- Jourdan D., Cardot J.-P. et Berger D. (2008) : La formation des enseignants à l'éducation à la santé et à la prévention des conduites addictives in *Education à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ?* Actes du colloque des 10 et 11 mai 2006 sous la direction de D. Berger et D. Jourdan, Editions universitaires du sud.
- Jodelet D. (1984) : représentation sociale : phénomènes, concept et théorie in *Psychologie sociale* sous la direction de S. Moscovici, PUF.

Lebeaume J. (2000) : L'éducation technologique, collection Pratiques et enjeux pédagogiques, ESF éditeur, Paris.

Lebeaume J. (2007) : Les manuels scolaires : des sources particulières pour l'étude curriculaire des sciences et des techniques à l'école, *IOSTE Congress, Critical analysis of sciences textbooks*, Hammamet, Tunisia.