

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION FORMATIVE D'UN PROJET-PILOTE DE FORMATION
INITIALE DES ENSEIGNANTS ET ENSEIGNANTES EN ÉDUCATION À LA
SANTÉ DANS UNE PERSPECTIVE COLLABORATIVE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN KINANTHROPOLOGIE

PAR
GENEVIÈVE PLOUFFE

NOVEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens, par ces toutes premières lignes, à remercier chaleureusement les personnes qui m'ont accordé un précieux soutien et sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

C'est avec grand plaisir et un immense respect que je souhaite remercier la Professeure Joanne Otis, qui n'a jamais cessé de croire en moi et qui aura su exiger le meilleur de moi-même. Sa rigueur et son professionnalisme sont à la mesure de sa délicatesse et du soutien, tant émotionnel qu'intellectuel, qu'elle a su m'apporter. Madame Otis aura été présente en plus d'investir de nombreuses heures à la réalisation de ce beau projet. Ce fut un honneur pour moi de travailler à ses côtés.

Un merci tout spécial aux 18 étudiantes et étudiants des trois programmes de formation des Sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal qui ont accepté de participer au projet-pilote dans le cadre de leur 3^e stage. Leur passion pour l'enseignement et leur goût d'apprendre reste aujourd'hui une source d'inspiration. Merci à Caroline Bizzoni-Prévieux, précieuse coordonatrice du projet-pilote CAP-Santé et à l'équipe de recherche composée de Sylvie Viola, Chantal Ouellet, Gilles Harvey, Louise Camaraire et Nicole Beaudry ainsi qu'aux directions d'écoles, aux enseignants associés et sans oublier ceux pour qui nous travaillons avec passion, les élèves. Par votre temps et l'énergie investis, ce merveilleux projet a pu être réalisé et, espérons-le, pourra se poursuivre. Votre contribution n'a d'égale que votre générosité.

Il est important de remercier les membres de mon jury de correction, Johanne Grenier et Sylvain Turcotte. Vous m'avez appris à ne jamais me satisfaire d'un bon travail :

vous m'aurez permis d'en apprendre encore et encore par vos nombreux conseils constructifs et de viser l'excellence.

Merci à mes chers collègues de la Chaire de Recherche du Canada en Éducation à la Santé et du Laboratoire de recherche d'intervention en activité physique de qui j'ai beaucoup appris et avec qui j'espère pouvoir entreprendre de nouveaux projets. À de nombreuses reprises, il fut pour moi rassurant de savoir que nous partageons les mêmes réalités.

De façon plus personnelle, je tiens à remercier les merveilleuses personnes qui partagent ma vie depuis tant d'années. Tout particulièrement, à mon amoureux Jean-François, à mes parents Francine et Donald et à mes sœurs Marie-Lyne et Mélanie, merci d'avoir cru en moi. Chacun de vous m'apporte la sécurité, la confiance et l'amour dont j'ai besoin. De plus, vous avez dû, et devrez encore, composer avec ma réalité d'étudiante et je vous en remercie.

Je remercie également ma famille et mes amis qui ont su être à mes côtés. Vous m'avez apporté le soutien nécessaire par vos encouragements et avez fait preuve de tellement de patience.

À vous tous et toutes, merci!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	VII
RÉSUMÉ.....	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1	
PROBLÉMATIQUE.....	5
1.1. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE.....	5
1.2. L'ÉVOLUTION DANS LES MODALITÉS D'INCLUSION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE QUÉBÉCOISE.....	5
1.2.1. <i>L'inclusion de l'éducation à la santé dans le programme de formation de l'école québécoise</i>	6
1.2.2. <i>L'approche École en santé</i>	8
1.3. L'IMPORTANCE DE DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ.....	9
1.4. L'IMPORTANCE DE SAVOIR TRAVAILLER EN PARTENARIAT EN ÉDUCATION À LA SANTÉ.....	10
1.5. LE MANQUE DE FORMATION INITIALE EN ÉDUCATION À LA SANTÉ AU QUÉBEC POUR LES FUTURS ENSEIGNANTS.....	11
1.6. LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN PLACE DES STRATÉGIES DE FORMATION INITIALE.....	12
1.7. LES OBJECTIFS D'ÉTUDE.....	13
1.8. LES QUESTIONS ET HYPOTHÈSES D'ÉTUDE.....	14
1.9. LA PERTINENCE DE L'ÉTUDE.....	14
CHAPITRE 2	
RECENSION DES ÉCRITS.....	16
2.1. LA SANTÉ.....	16
2.2. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ.....	18
2.2.1. <i>Définir l'éducation à la santé</i>	18
2.2.2. <i>Orienter la formation des enseignants en éducation à la santé</i>	20

2.2.3.	<i>Les compétences professionnelles à développer</i>	22
2.2.4.	<i>Les compétences à développer en éducation à la santé</i>	22
2.3.	LES PRATIQUES PARTENARIALES	24
2.3.1.	<i>Les compétences partenariales à développer en éducation à la santé</i>	26
2.4.	LE CONCEPT D'AUTO-EFFICACITÉ	30
2.4.1.	<i>Définir le concept d'auto-efficacité</i>	30
2.4.2.	<i>Le rôle de l'auto-efficacité</i>	32
2.4.3.	<i>Les sources d'informations permettant de développer le sentiment d'auto-efficacité</i>	33
2.4.4.	<i>La contribution de la formation à la construction du sentiment d'auto-efficacité</i>	37
2.4.5.	<i>L'auto-efficacité chez les enseignants</i>	38
2.5.	L'ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION EN ÉDUCATION À LA SANTÉ	40
2.5.1.	<i>Définir le concept d'évaluation</i>	41
2.5.2.	<i>Pourquoi évaluer</i>	42
2.5.3.	<i>L'évaluation des effets</i>	42
2.5.4.	<i>Les différents types d'évaluation</i>	43
 CHAPITRE 3		
MÉTHODOLOGIE		45
3.1.	DESCRIPTION DE LA FORMATION OFFERTE DANS LE CADRE DU PROJET-PILOTE.....	45
3.2.	STRATÉGIE DE RECHERCHE.....	47
3.2.1.	<i>Plan général de l'étude et justification du devis</i>	47
3.2.2.	<i>Validité de la stratégie de recherche choisie</i>	49
3.3.	PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DE L'ÉTUDE	54
3.3.1.	<i>Population à l'étude</i>	54
3.3.2.	<i>Stratégies de recrutement et modalités de sélection</i>	55
3.3.3.	<i>Volet quantitatif : l'étude avant-après par questionnaire</i>	56
3.3.4.	<i>Volet qualitatif : L'entretien</i>	62
3.4.	ASPECTS ÉTHIQUES	67
 CHAPITRE 4		
RÉSULTATS		69
4.1.	DESCRIPTION DES MILIEUX ET DES PROJETS RÉALISÉS PAR LES PARTICIPANTS.....	69
4.1.1.	<i>Anaïs</i>	69
4.1.2.	<i>Camille</i>	71
4.1.3.	<i>Joëlle</i>	73

4.1.4.	<i>Justine</i>	75
4.1.5.	<i>Kloé</i>	77
4.1.6.	<i>Jacob et Alice</i>	78
4.1.7.	<i>Mérodie</i>	80
4.1.8.	<i>Marie</i>	82
4.1.9.	<i>Raphaëlle</i>	83
4.1.10.	<i>Autres projets réalisés</i>	85
4.2.	ARTICLE-CAP-SANTÉ ET AUTO-EFFICACITÉ DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ	86
CHAPITRE 5		
DISCUSSION		120
5.1.	DES RÉSULTATS SUPPORTÉS PAR LES ANCRAGES THÉORIQUES	120
5.2.	UNE ÉVALUATION QUI PORTE SUR LES EFFETS	122
5.3.	DISCUSSION DES RÉSULTATS	122
5.3.1.	<i>Un sentiment d'auto-efficacité accru en éducation à la santé</i>	122
5.3.2.	<i>L'évolution de la motivation à l'égard de l'éducation à la santé</i>	124
5.3.3.	<i>Les compétences développées en éducation à la santé</i>	125
5.3.4.	<i>Une expérience partenariale insuffisante pour être signifiante</i>	126
5.3.5.	<i>Compétences développées au travail en partenariat</i>	128
5.3.6.	<i>Les contraintes et les facteurs facilitant ayant eu une influence sur les participants</i> ..	129
5.4.	LIMITES DE L'ÉTUDE	131
CONCLUSION		134
BIBLIOGRAPHIE		137
ANNEXE A QUESTIONNAIRE PRÉTEST		147
ANNEXE B QUESTIONNAIRE POST-TEST		151
ANNEXE C GRILLE D'ENTRETIEN		156
ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		162

LISTE DES TABLEAUX

2.1 JONCTION ENTRE LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES, EN ÉS ET EN PARTENARIAT.....	29
3.1 FORMATION ET ENCADREMENT CAP-SANTÉ.....	47
3.2 BIAIS POUVANT INFLUENCER LA VALIDITÉ DU DEVIS AVANT-APRÈS.....	50
3.3 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON TOTAL DU PROJET-PILOTE CAP-SANTÉ.....	56
3.4 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON AU PRÉTEST ET AU POST-TEST.....	57
3.5 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DES PARTICIPANTS À L'ENTRETIEN.....	64
TABLEAU 1 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON POUR LE QUESTIONNAIRE PRÉTEST ET POST-TEST (Q) ET POUR L'ENTRETIEN (E).....	116
TABLEAU 2 SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ À L'ÉGARD DE SON RÔLE EN ÉDUCATION À LA SANTÉ.....	117
TABLEAU 3 SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ À L'ÉGARD DU TRAVAIL EN PARTENARIAT.....	118
TABLEAU 4 APPRÉCIATION DU PROJET-PILOTE CAP-SANTÉ PAR LES STAGIAIRES.....	119

RÉSUMÉ

Au Québec, dans le cadre du renouveau pédagogique, la réussite de l'élève devient une responsabilité partagée entre les services d'enseignement et les services éducatifs complémentaires, s'actualisant notamment par les cinq domaines généraux de formation, dont celui de la *Santé et bien-être*. Dans un tel contexte, la question de la formation des futurs enseignants se pose : ont-ils l'opportunité de développer les compétences nécessaires pour s'approprier un nouvel objet, soit celui de l'éducation à la santé (ÉS), et apprendre à travailler en partenariat?

L'analyse sommaire de la formation dispensée aux futurs enseignants indiquait qu'aucun cours spécifique en ÉS n'était offert dans la formation des enseignants des divers domaines d'apprentissage, mis à part les étudiants en éducation physique et à la santé. C'est dans ce contexte que le projet CAP-santé a vu le jour. Ce projet-pilote visait à former une vingtaine d'étudiants de trois programmes en enseignement de l'Université du Québec à Montréal afin qu'ils mettent sur pied un projet d'ÉS, en collaboration avec des membres de l'équipe école. Une formation de six heures a été offerte avant le début du stage, suivi d'un accompagnement individuel tout au long de leur stage. Les objectifs de l'étude cherchent à évaluer les effets à court terme de cette formation sur le sentiment d'auto-efficacité des participants à l'égard de l'ÉS et du travail partenarial et à décrire dans quelle mesure ils ont apprécié leur expérience. Pour en témoigner, deux méthodes ont été utilisées: un questionnaire avant-après (n=15) et l'entretien à la fin du projet (n=10).

Les résultats de l'étude démontrent la haute valeur de cette expérience pour les étudiants des trois programmes. Leur sentiment d'auto-efficacité relativement à leur rôle d'éducateur à la santé s'est d'ailleurs amélioré de façon significative et ils semblent davantage outillés pour développer des situations d'apprentissage et d'évaluation relatives à l'ÉS. Ce projet a aussi permis aux étudiants de prendre conscience de la grande diversité d'orientations que peut prendre l'ÉS à l'école, et ce, malgré les quelques difficultés rencontrées quant à la lourdeur de la tâche. En ce qui concerne le partenariat, l'expérience des participants a été plus mitigée. Bien que le sentiment d'auto-efficacité n'a pu être développé, l'ensemble des participants en reconnaissent l'importance.

Considérant la rareté de la formation en ÉS dans une perspective collaborative, former des enseignants compétents dans ce domaine apparaît un réel défi. Dans le contexte actuel, de telles initiatives à plus large échelle sont à encourager, mais des initiatives à plus long terme doivent être envisagées.

Mots-clés : formation initiale des enseignants, éducation à la santé, pratiques collaboratives, évaluation des effets, sentiment d'auto-efficacité personnelle, projet-pilote

INTRODUCTION

La santé fait partie des priorités des sociétés modernes et encore plus lorsqu'il est question de la santé des enfants. « L'avenir de toutes les sociétés repose sur les enfants, dont il faut absolument assurer la santé, la croissance et le développement » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2008). L'éducation à la santé en milieu scolaire est une stratégie efficace en matière de promotion de la santé auprès des enfants et des adolescents, leur permettant de développer les ressources nécessaires pour faire des choix libres, responsables et éclairés (Green et Ottoson, 1999; Koelen et Van den Ban, 2004; Organisation Mondiale de la santé, 1986; Tones et Tilford, 1994).

Dans ce contexte, l'OMS (2008) soutient que l'école est un lieu privilégié où l'éducation à la santé (ÉS) est des plus efficaces. Ainsi, le milieu scolaire serait l'endroit par excellence et avec l'influence la plus marquée sur la vie de l'enfant, en dehors de la famille (Smith, 2003). Afin de profiter de ce contexte favorable, de nombreuses « Approches globales de la santé » en milieu scolaire, s'adressant spécifiquement aux jeunes ont été développées et ont pour objectif de les sensibiliser quant à l'importance d'acquérir de saines habitudes de vie. Ces approches permettent de renforcer les services offerts en matière de santé et de bien-être dans le milieu, en ciblant les besoins des écoles et en agissant sur les facteurs clés liés au développement des jeunes : estime de soi, habitudes de vie, comportements sécuritaires, etc. (Harvey, 2009). Harvey (2009) ajoute que les actions de ces approches doivent être développées à divers niveaux : auprès des jeunes, des écoles, des familles et de la communauté, d'où découle l'Approche école en santé.

Le Ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sport du Québec (MELS) adhère à la vision de l'OMS puisque le renouveau pédagogique, incluant le nouveau programme de formation de l'école québécoise, propose plusieurs volets qui visent le

développement de compétences en lien avec la santé de l'enfant (MELS, 2006). Telle que proposée dans ce programme, l'ÉS est un objet d'apprentissage transdisciplinaire. Effectivement, cette responsabilité ne relève plus uniquement des enseignants, mais aussi de tout acteur du milieu scolaire, des services complémentaires, ainsi que de la communauté. C'est en effet l'orientation que suggère le MELS en précisant le changement de contexte lié aux modalités d'inclusion de l'ÉS et en priorisant le développement de nouvelles stratégies qui permettront d'agir concrètement à l'amélioration des habitudes de vie chez les jeunes. Toutefois, de rares études menées à ce sujet démontrent que les situations d'enseignement-apprentissages menées en éducation à la santé à l'école par les enseignants ne favorisent pas ou peu l'appropriation de la santé et du bien-être chez l'élève (Jourdan, Pic, Aublet-Cuvelier, Berger, Lejeune, Laquet-Riffaud, Geneix et Glandier, 2002 ; Frauenknecht, 2003 ; Turcotte, Gaudreau, Otis, 2007).

Dans la prise en charge de cette responsabilité partagée qu'est l'ÉS, les enseignants demeurent sans conteste des acteurs de premier plan parce qu'ils côtoient les élèves dans le quotidien, qu'ils sont des interlocuteurs crédibles à leurs yeux et sensibles à leurs préoccupations et parce qu'ils ont déjà développé à travers leur formation initiale et leurs années d'enseignement, des compétences d'éducateur et de pédagogue qui les aideront à assumer leur rôle en éducation à la santé (Jourdan, 2010). Encore faut-il que ceux-ci soient en mesure d'utiliser efficacement les outils disponibles afin de contribuer adéquatement à l'inclusion de l'éducation à la santé dans leur milieu (Koelen et Van den Ban, 2004), tout en favorisant le travail collaboratif afin d'assurer une approche globale de l'ÉS (Marcel, 2002 ; Jourdan, 2005). Il apparaît essentiel que les futurs enseignants développent les compétences nécessaires pour assumer leur rôle d'éducateur à la santé dans une perspective collaborative, d'où l'importance de mettre en place des stratégies innovatrices de formation initiale et continue, principalement dans un contexte où la formation initiale en ÉS est peu développée.

Visant à combler ces lacunes, c'est dans cet esprit que le projet-pilote CAP-Santé a été mis en place à la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'UQAM.

Ce mémoire vise à apprécier les effets à court terme d'une formation offerte en ÉS auprès des futurs enseignants y participant, ainsi que leur degré de satisfaction à l'égard de ce qu'ils ont vécu. De plus, il s'inscrit sous l'angle d'une évaluation formative, dans l'optique d'apporter à cette formation les améliorations nécessaires afin de l'implanter à plus grande échelle, dans le cas où les résultats s'avèraient positifs.

Dans le premier chapitre de ce mémoire, le sujet est campé, par la formulation de la problématique et le rappel de l'origine de cette étude. Sa pertinence et son importance sont défendues relativement à la formation initiale en ÉS des étudiants en enseignement. Dans le deuxième chapitre, la recension des écrits est présentée, assurant des assises empiriques et théoriques solides à l'étude. Le lecteur y retrouvera la définition des compétences professionnelles à développer en éducation à la santé dans une perspective collaborative, ainsi que la présentation de la théorie de l'auto-efficacité et des approches évaluatives. Ces ancrages théoriques auront été nécessaires à l'identification des éléments sur lesquels intervenir dans le cadre du projet-pilote et à la construction de l'ensemble de cette étude. La formation offerte dans le cadre du projet-pilote est présentée au troisième chapitre et la méthodologie utilisée y est détaillée. Ainsi, dans ce chapitre, les procédures des différentes collectes de données qui permettront de répondre aux objectifs de l'étude sont rapportés. C'est au quatrième chapitre, présenté sous la forme d'un article, que les résultats provenant des analyses des données amassées par les questionnaires et entretiens réalisés auprès des participants du projet-pilote sont présentés. Ces résultats sont discutés au cinquième chapitre du mémoire. Dans ce chapitre, la synthèse et les recommandations qui ressortent de l'étude sont évoqués, offrant aux lecteurs un maximum d'informations lui permettant de poser un regard critique sur le projet. C'est aussi à cette section que sont présentées les retombées ainsi que les limites de

l'étude. Finalement, ce mémoire se termine par un bref retour sur l'ensemble de l'étude et se conclut par l'identification de certaines pistes pour les initiatives futures portant sur la formation des enseignants.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE

Selon Smith, (2003) la santé et l'éducation sont deux concepts inséparables, entre autres par le lien direct qui existe entre la santé de l'enfant et ses résultats scolaires. Dans cette même optique, Jourdan (2005) rapporte deux arguments fréquemment utilisés et qui permettent de justifier l'inclusion de l'ÉS dans le milieu scolaire, soit « le fait qu'une action précoce est un gage d'efficacité de l'action préventive et que l'école permet d'atteindre l'ensemble des individus d'une classe d'âge déterminée ».

Coppé et Schoonbroodt (1992) font ressortir l'ÉS comme un objet d'apprentissage à la fois disciplinaire et transdisciplinaire. D'un point de vue global, dans le système scolaire, « l'éducation à la santé n'est plus perçue comme une discipline particulière qu'il faut enseigner, mais un principe d'action, une attitude constante de l'enseignement dans sa vie professionnelle » (Coppé et Schoonbroodt, 1992). Ainsi, l'ÉS à l'école devrait passer par l'engagement des élèves au travers de diverses situations d'apprentissages afin d'encourager leur responsabilisation et le développement de leur autonomie. Les apprentissages réalisés deviennent d'ailleurs un ensemble de compétences nécessaires afin de développer leur jugement critique quant à la prise en charge de leur santé (Coppé et Schoonbroodt, 1992 ; Shah, 1995).

1.2. L'ÉVOLUTION DANS LES MODALITÉS D'INCLUSION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE QUÉBÉCOISE

Dans le milieu scolaire québécois, l'éducation à la santé a fait son entrée il y a déjà de nombreuses années. Suite aux pressions des médecins pour répondre aux problèmes reliés à la santé publique et à la propagation de maladies infectieuses, c'est

en 1892 que le Conseil d'Hygiène de la province de Québec définit une loi et rend ces enseignements obligatoires afin de promouvoir et d'enseigner les principes d'hygiène élémentaire (Lèbe, 2010; Goulet, Lemire et Gauvreau, 1996; Angers, 1998). Toutefois, il reste que ces recommandations sont peu mises en application dans les milieux scolaires. Ce n'est que dans les années 1980 qu'on accordera un espace explicite et disciplinaire à cet objet d'apprentissage, en précisant les responsabilités auxquelles entre autres les éducateurs physiques et à la santé et les enseignants en formation personnelle et sociale devaient répondre (MEQ, 2001). Depuis, dans le contexte du renouveau pédagogique, les modalités d'inclusion de l'éducation à la santé se sont transformées (MELS, 2006).

1.2.1. L'inclusion de l'éducation à la santé dans le programme de formation de l'école québécoise

L'inclusion de l'éducation à la santé (ÉS), selon le programme de formation de l'école québécoise (MELS, 2006), est d'abord prévue de façon disciplinaire, entre autres, par la discipline d'éducation physique et à la santé au travers de la troisième compétence disciplinaire *Adopter un mode de vie sain et actif* (MELS, 2006). De nombreux savoirs essentiels en lien avec l'ÉS se rattachent donc à cette discipline, soit la pratique régulière d'activité physique, l'hygiène corporelle en lien avec l'activité physique, la relaxation, la gestion du stress, les effets de la sédentarité, etc. Par cette discipline, l'ÉS se présente sous de multiples aspects reliés à la santé et au bien-être de l'enfant.

Propre à la discipline des Sciences et technologies, l'ÉS peut se construire autour des contenus de formation liés à l'univers du vivant, qui se divisent en trois concepts généraux : la diversité de la vie; la perpétuation des espèces; le maintien de la vie (MELS, 2006). Les savoirs essentiels d'ÉS devant être travaillés au travers de cette discipline sont davantage d'ordre biologique, soit les caractéristiques du vivant, les organisations du vivant, les transformations du vivant, etc.

Le programme Éthique et culture religieuse peut aussi offrir des ancrages à l'ÉS, par des objets d'apprentissages d'un ordre plus éthique et interpersonnel, soit en développant les savoirs essentiels suivants : les difficultés de la vie en groupe; les caractéristiques psychologiques, physiques, culturelles et sociales de l'élève; la nécessité de l'affirmation de soi, etc. (MELS, 2006). Ainsi, de nombreux acteurs du milieu scolaire peuvent dans leur domaine d'apprentissage respectif, couvrir un grand nombre d'objets d'apprentissages touchant à l'ÉS qu'ils ont à favoriser auprès des élèves.

L'ensemble de ces ancrages disciplinaires, explicites ou implicites, n'exclue toutefois pas le rôle qu'ont à jouer les enseignants par de nombreuses inclusions interdisciplinaires par l'arrimage de leur travail aux intentions éducatives des domaines généraux de formation, en particulier celui de la «Santé et Bien-être¹ », et aux compétences transversales, d'où l'importance du partenariat entre enseignants et autres acteurs du milieu scolaire et de la communauté. Ainsi, en regard de ce même programme de formation, l'ÉS prend une nouvelle orientation, la santé et le bien-être étant définis comme objet d'apprentissage transdisciplinaire, l'ensemble de l'équipe-école se voyant désormais concernée. En effet, les Domaines Généraux de Formation, (DGF) appartenant à l'ensemble de l'équipe-école prescrivent le partage de cette responsabilité, ceux-ci touchant à plusieurs niveaux l'ÉS, le plus évocateur étant le DGF *Santé et bien-être* (MELS, 2006). L'intention éducative associée à ce DGF à pour objectif d'orienter les interventions de l'enseignant et propose à l'ensemble de l'équipe-école d'« amener l'élève à adopter une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité » et ce, par les trois axes de développement; conscience de soi et de ses besoins fondamentaux; conscience des conséquences sur sa santé et son

¹Intention éducative du domaine général de formation Santé et bien-être: Amener l'élève à se responsabiliser dans l'adoption de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, de la sécurité et de la sexualité (MELS, 2006).

bien-être de ses choix personnels; mode de vie actif et conduite sécuritaire (MELS, 2006). Malgré ce premier DGF particulièrement évocateur, il ne faut pas négliger les DGF *Vivre ensemble et Citoyenneté* ainsi qu'*Environnement et consommation*, qui par leur intention éducative, prévoient un ensemble d'éléments favorables à l'ÉS, tel l'ouverture de l'élève sur le monde et sa responsabilisation.

D'autre part, il est nécessaire d'ajouter que par l'ÉS, l'ensemble des neuf compétences transversales peuvent être rejointes. Par exemple, le fait de développer des compétences *d'ordre personnel et social*, tel qu'*exercer son jugement critique* et *structurer son identité*, peuvent aider l'élève à faire des choix éclairés en matière de santé.

Il devient évident que l'ÉS nécessitera une approche partenariale entre les enseignants et les autres acteurs du milieu scolaire. Pourtant, Marcel, Tardif, Dupriez et Perisset-Bagnoud (2007) soulignent dans une étude française que le travail en collaboration chez les enseignants ne fait pas partie des pratiques pédagogiques habituelles. Dans le contexte québécois, il est fort possible que le même constat s'applique malgré l'arrivée du nouveau programme de formation du MELS (2006) aux niveaux préscolaire et primaire. En soutien à ce qui est prévu dans le programme de formation de l'école québécoise quant aux modalités d'inclusion de l'ÉS à l'école, ajoutons que les services éducatifs complémentaires ont aussi à s'arrimer aux DGF et aux compétences transversales afin de répondre aux exigences du ministère.

1.2.2. L'approche École en santé

L'approche « École en santé » est l'adaptation d'une initiative de l'OMS, reprise par une entente de complémentarité des services entre le MELS-MSSS (2005). L'approche « École en santé » fût créée, d'une part, afin de répondre aux besoins spécifiques du milieu, et d'autre part, afin de répondre aux limites de la promotion de la santé et du bien-être s'adressant aux enfants d'âge scolaire. Ce travail exige notamment une étroite collaboration entre la communauté, la famille et les

membres de l'école. L'approche «École en santé» propose une intervention globale sur six facteurs clés : l'estime de soi ; les compétences sociales ; les habitudes de vie ; les comportements sains et sécuritaires ; l'environnement favorable; les services préventifs. Chacun de ces facteurs est traité à différents niveaux, soit auprès des jeunes, de l'école, des familles ainsi que de la communauté (MELS-MSSS, 2005).

L'approche «École en santé» invite ainsi chacun des acteurs clé du milieu scolaire à s'investir au sein de cette approche, afin d'agir de façon globale et concertée auprès de leurs élèves. Quatre étapes sont définies afin de permettre au milieu de cibler ses préoccupations : 1) documenter l'état de la situation du milieu ; 2) identifier les défis à relever ; 3) convenir des priorités en identifiant des actions appropriées par des objectifs adaptés ; 4) inscrire les orientations suggérées au plan de réussite et au projet éducatif (MELS-MSSS, 2005). Avec cette approche, les interventions menées relativement à la santé répondront à la fois à un besoin senti dans le milieu, ainsi qu'au mandat défini par le MELS, soit en créant des actions globales, intégratives et qui permettent le développement des compétences. Les écoles qui choisissent d'adhérer à cette approche pourront orienter leurs interventions et ainsi en augmenter l'efficacité. Finalement, bien que l'approche «École en santé» ne propose pas d'outils pédagogiques concrets, un répertoire des programmes d'ÉS est disponible et aide les écoles à diriger leur choix vers les programmes les mieux adaptés à leurs besoins en plus d'une récente publication portant sur une analyse des interventions en prévention et promotion de la santé dans les milieux scolaires québécois (MELS-MSSS, 2005).

1.3. L'IMPORTANCE DE DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Le contexte d'inclusion de l'ÉS à l'école ayant évolué depuis la dernière réforme, cela nécessitera une transformation des pratiques enseignantes. Afin d'assumer leur rôle d'éducateur à la santé, les enseignants devront développer

certaines compétences telles que définies par divers modèles de références, présentés aux points 2.2.3, 2.2.4 et 2.3.1 et en lien avec les divers savoirs, savoirs-être et savoirs-faire qui touchent à l'ensemble des tâches connexes à l'enseignement, en passant par la compréhension des déterminants de la santé à la planification d'interventions, à l'évaluation et à l'ouverture au travail collaboratif. Ainsi, la question sur la formation des futurs enseignants se pose : ont-ils l'opportunité, au cours de leur formation initiale, de développer les compétences nécessaires pour relever ces défis, c'est-à-dire, pour s'approprier ce champ qu'est l'éducation à la santé? La formation initiale apparaît inévitablement comme le point de départ afin de développer les compétences nécessaires des futurs enseignants en éducation à la santé (Michaud, 2002 ; Turcotte, 2006 ; Turcotte, Gaudreau et Otis, 2007).

1.4. L'IMPORTANCE DE SAVOIR TRAVAILLER EN PARTENARIAT EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Tel qu'il a été démontré précédemment, pour arriver à une conception et à une mise en œuvre de projets d'ÉS efficaces, les acteurs du milieu scolaire doivent d'abord apprendre à travailler de concert, assurant ainsi une approche plus globale de la santé dans l'environnement scolaire (Loizon, 2009). Ainsi, basé sur la réflexion de Mérini, Bizzoni-Prévieux et Jourdan (2007), il semble nécessaire d'offrir une formation adaptée qui permettrait de développer les compétences associées au partenariat afin d'assurer une approche globale de la santé à l'école. Toujours selon Mérini, Bizzoni-Prévieux et Jourdan (2007), le partenariat permettrait la construction de liens plus solides entre les services offerts par les centres de santé et de services sociaux, les agences de santé publiques, les services communautaires, autres services ou organisations et l'orientation que prendront les interventions à l'intérieur de l'école. Mérini (2005) ajoute que pour construire un partenariat solide, les enseignants devront être en mesure : 1) d'aller chercher d'autres acteurs qui se sentent concernés par la problématique; 2) de contribuer à dégager les éléments communs à la problématique ; 3) de reconnaître les objectifs comme communs, bien

que la façon de comprendre le problème puisse être différente ; 4) de reconnaître et de miser sur les compétences et les expertises propres à chacun, malgré les divergences et les oppositions auxquelles les partenaires peuvent être confrontés.

Jourdan (2005) précise que l'éducation à la santé prendra tout son sens dans la mesure où elle prévoit l'implication de l'ensemble des ressources de l'école (enseignants, psychologues, infirmières, etc.), favorisant ainsi l'apprentissage et l'intégration des compétences en ÉS chez l'élève. Jourdan (2005) ajoute que « le nécessaire partenariat entre ces acteurs ne s'improvise pas, il est le résultat d'une démarche collective durable qui conduit à l'émergence d'une culture commune », d'où l'importance de la formation, afin d'étendre cette pratique nouvelle et peu répandue et de valoriser le travail collaboratif en plus de permettre aux enseignants en formation de développer une identité professionnelle qui dépasse les pratiques individuelles.

1.5. LE MANQUE DE FORMATION INITIALE EN ÉDUCATION À LA SANTÉ AU QUÉBEC POUR LES FUTURS ENSEIGNANTS

Parmi les facteurs qui permettent de favoriser la mise en place d'initiatives en ÉS à l'école, la formation initiale semble être une stratégie incontournable (Birch, Duplaga, Seabert, Wilbur, 2001 ; Ennis, 1994 ; Hrairi, 2007). Dans cette optique, il semble essentiel d'apporter une aide aux enseignants de manière à ce qu'ils s'approprient les compétences nécessaires et puissent développer des situations d'enseignement-apprentissages propices à une ÉS efficace. Or, au Québec, la formation initiale des enseignants en ÉS est à peu près inexistante (Michaud, 2002 ; Turcotte, 2006). Selon Michaud (2002) et Turcotte (2006), les éducateurs physiques souhaiteraient davantage de formation, d'outils et de collaboration en lien avec l'ÉS, suite à quoi la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques du Québec (FÉÉPEQ, 2000) recommandait le développement d'un programme de formation pour les éducateurs physiques propre à l'ÉS. Pourtant, selon une étude réalisée par Le Cren, Grenier, Harvey, Kalinova, Magny (2006), l'analyse des descripteurs de cours

offerts aux éducateurs physiques et à la santé à cette époque indique que seulement 0,4 % sont spécifiques à l'éducation à la santé. Un regard rapide sur les descripteurs des cours offerts aux futurs enseignants formés dans les autres programmes laisse croire que la situation est encore plus alarmante pour eux. Cogérino, Marzin et Méchin (1998) démontrent eux aussi dans leur étude tenue auprès de 700 intervenants européens qu'un décalage important existe entre les besoins de formation propre à l'ÉS et la formation réellement offerte.

Le lecteur trouvera une présentation plus systématique de la formation initiale offerte actuellement en ÉS au point 2.2.2, les compétences professionnelles à développer en ÉS au point 2.2.3 et les compétences partenariales au point 2.3.1.

1.6. LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN PLACE DES STRATÉGIES DE FORMATION INITIALE

Trois préoccupations majeures structurent donc le problème à la base de ce mémoire : 1) le contexte de l'inclusion de l'éducation à la santé en milieu scolaire québécois, contexte qui a évolué depuis l'apparition du renouveau pédagogique, passant d'une inclusion principalement disciplinaire, à une inclusion à la fois disciplinaire et transdisciplinaire, qui appartient à divers acteurs de l'école et partagée, qui dépasse largement l'ensemble des ressources de l'école; 2) l'importance de développer des compétences en éducation à la santé et au travail partenarial. Dans le cadre du renouveau pédagogique, il devient essentiel que les enseignants sortent de leurs pratiques enseignantes individuelles et disciplinaires pour s'inscrire sous des pratiques collaboratives, et ce, en faisant appel aux ressources disponibles; 3) le manque de formation en éducation à la santé et les pratiques pédagogiques y étant reliées, actuellement peu en lien avec la conception proposée par le MELS (Michaud, 2002 ; Turcotte, 2006).

Il devient impérieux de développer des stratégies de formation initiale qui permettront de répondre à ces préoccupations, dans l'immédiat, puis à moyen et long termes.

En considérant que la formation initiale des futurs enseignants en ÉS (Cogérino, Marzin et Méchin, 1998) et au partenariat (Marcel et al., 2007) est pauvre, il devient nécessaire de renforcer les diverses compétences professionnelles des futurs enseignants en ÉS. C'est dans cette optique que le projet Cap-santé a vu le jour, soutenu par l'équipe de la Chaire de recherche du Canada en Éducation à la Santé en réponse à cette problématique. Ce projet visait l'implantation d'une stratégie dans les programmes actuels à la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'UQAM dont l'objectif général serait de permettre aux futurs enseignants de développer leurs compétences dans un domaine général de formation. Le DGF *Santé et Bien-être* a été retenu comme cible, compte tenu du désir de travailler avec l'ensemble de l'équipe-école à développer des stratégies d'éducation à la santé propres aux besoins des différents milieux. Offert aux stagiaires de troisième année de tous les programmes, CAP-Santé comporte une formation en ÉS et au partenariat ainsi qu'un encadrement individuel tout au long du stage, dans la mise en place d'un projet spécifique en ÉS, dans une perspective de travail partenarial dans leur école. Le lecteur trouvera une description plus élaborée de CAP-Santé au point 3.1.

En regard à ces préoccupations, cette étude descriptive souhaite faire l'évaluation formative du projet-pilote CAP-Santé tenu à l'Université du Québec à Montréal à l'automne 2008.

1.7. LES OBJECTIFS D'ÉTUDE

Cette étude propose donc les objectifs suivants : 1) décrire l'appréciation que font les participants de CAP-Santé de ce projet-pilote (formation et accompagnement individualisé) ; 2) évaluer les effets à court terme du projet-pilote, c'est-à-dire évaluer l'atteinte de ses objectifs en termes d'augmentation du sentiment d'auto-efficacité des participants à l'égard de leur rôle en éducation à la santé et d'augmentation de ce sentiment à l'égard du partenariat.

1.8. LES QUESTIONS ET HYPOTHÈSES D'ÉTUDE

Ces objectifs d'étude concordent aux questions de recherche suivantes : 1) Dans quelle mesure le projet-pilote est-il apprécié par les participants et sous lesquelles de ses composantes? 2) Quels sont les effets à court terme du projet-pilote CAP-Santé sur le sentiment d'auto-efficacité en éducation à la santé et sur le sentiment d'auto-efficacité à l'égard du partenariat chez les participants?

Les résultats de l'étude permettront la vérification de trois hypothèses. Dans un premier temps, ils feront ressortir l'appréciation du projet CAP-Santé :

H1 : Une majorité de participantes et participants aura une appréciation positive de CAP-Santé.

En second lieu, suite à leur participation au projet-pilote, les participantes et participants auront un score plus élevé sur les échelles :

H2 : de sentiment d'auto-efficacité à l'égard de leur rôle d'éducateur à la santé compte tenu des tâches de planification, d'évaluation et d'implantation.

H3 : de sentiment d'auto-efficacité à l'égard des pratiques collaboratives en éducation à la santé.

1.9. LA PERTINENCE DE L'ÉTUDE

Il convient de discuter de la pertinence de l'étude et des contributions que permettront les résultats qui en ressortiront. D'un aspect scientifique, cette étude fera avancer les connaissances portant sur la formation des enseignants en éducation à la santé, ses orientations possibles ainsi que ses effets. D'un aspect plus opérationnel, cette étude fera état de pistes à privilégier pour les formations des futurs enseignants. Cette étude s'applique au champ des sciences de l'éducation puisque l'objet éducation à la santé y est présenté dans sa globalité et dans une perspective partenariale. Ainsi, les résultats de cette étude devraient permettre de démontrer l'importante place de l'éducation à la santé dans les milieux scolaires et l'urgent besoin de formation chez

les enseignants. Ils favorisent la révision des programmes de formation actuels et la mise en place d'initiatives en ce sens.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Afin d'identifier les compétences à développer chez les futurs-enseignants dans le cadre d'une formation initiale en ÉS dans une perspective de partenariat, les travaux de multiples auteurs se rapportant à ces concepts ont été consultés. L'état des connaissances qui suit aura permis de développer le projet CAP-Santé sur des bases théoriques solides et d'établir des bases communes utiles à la compréhension de ce mémoire. Ainsi, le lecteur trouvera dans les sections qui suivent des explications importantes sur les concepts qui sous-tendent ce mémoire, soit : la santé ; l'éducation à la santé ; les pratiques partenariales ; les compétences à développer en ÉS et en partenariat ; la théorie de l'auto-efficacité; l'évaluation de programmes en éducation à la santé.

2.1. LA SANTÉ

D'abord, Pineault et Daveluy (1995) réussissent efficacement à classer les multiples définitions du concept «santé» selon trois modes : 1) perceptuel, qui prend le bien-être de l'individu en compte ; 2) fonctionnel, qui considère la capacité globale d'un individu et 3) la capacité d'adaptation, qui prend une orientation davantage écologique.

L'OMS se campe sous le mode perceptuel, définissant le concept de santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladies et d'infirmité » (OMS, 1946). Plus récemment, l'OMS a aussi défini la santé comme étant « l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales) » (Berthet, 1983). D'un point de vue plus fonctionnel, « l'approche axée sur la santé de la population considère la santé comme une capacité ou une ressource, plutôt qu'un état [...] cette

définition correspond davantage à la notion de la capacité de la personne de poursuivre ses objectifs, d'acquérir des compétences et de l'instruction, de se développer » (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

Dintiman et Greenberg (1986) soulignent que la santé est un concept multidimensionnel, incluant les dimensions mentale, physique, sociale, spirituelle, émotionnelle et environnementale. Selon ces auteurs, «la santé sociale est cette habileté à bien interagir avec les autres, avec son environnement et à avoir des relations interpersonnelles satisfaisantes. La santé mentale est cette habileté à apprendre à se servir de ses capacités intellectuelles, alors que la santé émotionnelle est cette habileté à contrôler ses émotions et à les exprimer sans gêne et convenablement. La santé spirituelle est cette croyance en une force unificatrice. Pour certains, ce sera la nature, pour d'autres, les lois de la science, pour d'autres encore, une force divine. La santé spirituelle se rapporte également à la recherche d'un sens à sa vie. La santé physique est cette habileté à réaliser les tâches quotidiennes avec suffisamment d'énergie en réserve pour affronter les situations imprévues. Finalement, la santé environnementale est cette habileté à corriger, contrôler et prévenir les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement qui potentiellement peuvent porter préjudice à la santé des générations actuelles et futures» (Traduction libre, Dintiman et Greenberg, 1986).

Les auteurs qui s'inscrivent dans le domaine des sciences de l'éducation prennent davantage cette orientation adaptative, utilisant une définition plutôt multidimensionnelle du concept de santé. Ainsi, la santé « se manifeste au mieux par une harmonie de toute la personne dans sa relation à elle-même et aux autres. Elle est à entretenir en permanence et résulte d'une équilibration dans les interactions multiples avec l'environnement » (Coppé et Schoonbroodt, 1992). Frankish, Green, Ratner, Chomick, Larsen (1996) ajoutent que la santé est « la capacité des gens de s'adapter ou de réagir aux difficultés comme aux changements ou de les contrôler ».

Au terme de cette section, il apparaît que le concept de santé prend différentes orientations selon le domaine des auteurs : sciences de la santé, sciences sociales, sciences de l'éducation (Koelen et Van Den Ban, 2004 ; Michaud, 2002).

2.2. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

2.2.1. Définir l'éducation à la santé

Maintenant que le concept de santé a été précisé, il est nécessaire de définir le concept clé de cette étude, soit *l'éducation à la santé*. Tout comme pour le concept de santé, les définitions de l'ÉS sont multiples, chacune d'elles témoignant de la conception de la santé qui l'alimente.

Il est d'abord nécessaire de préciser que deux termes conceptuels sont utilisés lorsqu'il est question à la fois d'éducation et de santé. Dans un premier temps, l'éducation *pour* la santé cherche à diminuer les problèmes de santé chez l'individu par la modification de comportements. D'autre part, le concept d'éducation à la santé fait plutôt référence au développement de la personne dans sa globalité et donc se rapproche davantage du domaine de l'éducation (Lebeaume, 2006). Précisons d'ailleurs que le MELS (2006) nomme ainsi d'autres objets d'apprentissages: éducation à la citoyenneté, à la sexualité, à l'environnement, etc. Il faut avouer qu'un tel travail de précision est propre à la langue française puisque dans la langue anglaise, aucun problème ne se porte à ce niveau, le terme « *health education* » renfermant chacun de ces concepts, éducation *à* et *pour* la santé.

Ainsi, Green (1999) définit ce concept comme étant « toutes combinaisons de méthodes d'apprentissages destinées à faciliter l'adoption volontaire de comportements conduisant à la santé ». Ainsi, selon cette définition, l'éducation pour la santé viserait l'adoption de comportements par le développement des compétences.

D'un autre angle, Mérini, Bizzoni-Prévieux et Jourdan (2007) conçoit l'éducation à la santé comme étant le développement d'une série de rapports, à soi, aux autres, au milieu, au passé et à l'avenir, avec comme objectif de développer une

vision critique, permettant de faire des choix réfléchis, afin que les individus et les communautés puissent atteindre le plus haut niveau de santé possible. Cette définition traite de tous les aspects pouvant être reliés à l'enfant, visant à le rendre autonome dans ses choix. Comparativement à la définition de Green (1999), la définition de Mérini (2007) priorise le développement des compétences, plutôt que les changements de comportements.

L'ÉS est ce processus qui apporte le soutien nécessaire aux individus, individuellement ou collectivement, afin de les amener à prendre des décisions éclairées sur toutes les questions qui pourraient affecter leur santé personnelle, ainsi que celle des autres (National Task Force on the Preparation and Practice of Health Educators, 1985).

D'un point de vue global, les champs d'application de l'éducation à la santé sont très larges. Ils s'étendent de la prévention de la maladie, à la promotion d'une santé optimale, mais aussi au dépistage de la maladie jusqu'à ses traitements, sa réhabilitation et les soins prolongés qui en résultent (Glanz, Lewis et Rimer, 1991). L'ÉS peut être faite tant auprès d'individus, que de groupes ou de communautés et au travers de milieux d'interventions diversifiés (Glanz et al. 1991).

Bien qu'il n'existe aucune définition de l'éducation à la santé dans le programme de formation du MELS, deux éléments, malgré une terminologie différente, permettent au programme de se positionner quant à ce concept. D'une part, le domaine général de formation *Santé et Bien-être*, prend une orientation davantage humaniste et mise sur le choix éclairé. D'autre part, la troisième compétence de la discipline éducation physique et à la santé, *Adopter un mode de vie sain et actif*, cible plutôt la modification de comportements (MELS, 2006).

À la lumière de l'ensemble de ces définitions, le lecteur comprend que l'éducation à la santé vise à « obtenir que les personnes perçoivent plus clairement les risques pour leur santé physique, mentale et sociale existant autour d'eux et qu'ils puissent et veuillent choisir les comportements les plus efficaces et intelligents pour

affronter ces risques ou les éviter, tant sur le plan individuel que collectif » (Coppé, Schoonbroodt, 1992).

2.2.2. Orienter la formation des enseignants en éducation à la santé

Puisque l'ÉS fait maintenant, comme nous venons de le voir, partie intégrante du programme du MELS, tout domaine d'apprentissage confondu, il est légitime de se demander actuellement en quoi consiste la formation des enseignants en ÉS et ce qu'elle devrait être. Ainsi, il est nécessaire de faire le point sur les formations offertes et les initiatives développées propres à l'ÉS, afin d'apporter un soutien aux enseignants. Ces formations permettraient aux enseignants d'acquérir les compétences nécessaires au développement de situations d'enseignement-apprentissages propices à une ÉS efficace, dans une perspective collaborative.

À l'échelle internationale, l'importance de l'ÉS à l'école ressort et la formation initiale relative à ce domaine d'apprentissage apparaît comme le processus par excellence pour une ÉS efficace (Birch et al. 2001; Birch, 1994; Ennis, 1994; Hrairi, 2007; Jourdan et Bourgeois-Victor, 1998; Jourdan, Samdal, Diagne et Carvalho, 2008; Walsh et Tilford, 1998). Ainsi, selon ces nombreux auteurs, la formation en ÉS doit être revue et adaptée afin de mieux préparer les futurs enseignants aux diverses problématiques qu'ils rencontreront en milieu scolaire.

Thomas et Jones (2005) poursuivent en soulignant deux réalités. D'abord, ils démontrent le manque d'initiatives liées au développement des compétences d'ÉS chez les enseignants, mais ils soulignent aussi que dans certains cas, les initiatives existent, mais ne sont tout simplement pas publiées. Thomas et Jones (2005) ajoutent que ce manque d'espace et d'initiatives au développement de compétences en ÉS a nécessairement un effet non négligeable sur le sentiment d'auto-efficacité chez l'enseignant à l'égard de son rôle d'éducateur à la santé.

Jourdan (2010) identifie deux finalités à la formation des enseignants en ÉS. L'une d'elles est de permettre le développement de la professionnalisation pour une

construction de l'identité professionnelle tout en élevant le niveau de compétence. Une place doit être laissée à la deuxième finalité qui consiste en la démarche réflexive ou à ce que Jourdan (2010) appelle « la réflexion en action » et qui fait un lien direct avec la praxis et l'adaptation nécessaire en milieu scolaire.

Cogérino, Marzin et Mechin (1998) ainsi que Michaud (2002) rapportent que les enseignants reconnaissent la pertinence de cet objet d'apprentissage dans les milieux scolaires. Ces mêmes auteurs soulignent que la formation, tant initiale que continue, accompagnée d'un encadrement individuel au moment de la réalisation de projets d'ÉS, ressort comme un besoin identifié par les enseignants et qu'il est indispensable d'y répondre, permettant aux enseignants de jouer leur rôle d'éducateur à la santé efficacement. Selon Jourdan et al. (2002) « plus un enseignant est convaincu de son rôle d'acteur de prévention, plus il ressent un besoin de formation ». Ainsi, la formation devient une conception essentielle à la tenue de projets d'ÉS puisqu'elle agirait comme source de motivation et inciterait les enseignants à faire de l'éducation à la santé une de leur priorité. Toujours selon Jourdan et al. (2002), la formation initiale ne peut prétendre rendre compte de l'ensemble des aspects que couvre l'ÉS uniquement par les cours magistraux. La construction des compétences des futurs enseignants en ÉS devrait aussi passer par la formation pratique, nous entendons ici les stages. Les futurs enseignants auraient ainsi la possibilité d'établir les liens nécessaires entre la théorie et les particularités propres au système scolaire. Dans ce contexte, une intervention auprès des futurs-enseignant, propre à la construction de l'identité professionnelle et au développement du sentiment d'auto-efficacité de Bandura (2007), permettrait l'appropriation de l'objet d'éducation à la santé, répondant ainsi aux objectifs de ce mémoire.

Jourdan et Bourgeois-Victor (1998) établissent différents principes à prendre en considération afin d'assurer la pertinence de la formation des enseignants en ÉS et ce, en intégrant différentes dimensions : « Une confrontation des représentations des stagiaires par rapport à la santé et à leur rôle en tant qu'éducateur

à la santé; une réflexion sur les différentes composantes de la santé; une réflexion sur la place du corps et de la santé à l'école; des éléments précis sur les missions du maître dans le domaine de la prévention; une approche partenariale de l'ÉS; une formation laissant une large place à l'apprentissage des méthodes ».

Ainsi, afin d'assurer une ÉS efficace en milieu scolaire, il semble nécessaire d'offrir une formation adéquate aux enseignants et futurs enseignants, qui assurera le développement des compétences liées à ce domaine.

2.2.3. Les compétences professionnelles à développer

Comme il a été mentionné, le développement de compétences tient un rôle clé dans l'organisation d'une éducation à la santé efficace. Il devient nécessaire de se questionner sur les compétences à cibler, afin de concevoir une formation qui répond bien aux besoins des enseignants (Barry, Allegrante, Lamarre, Auld et Taub, 2009).

Battel-Kirk, Barry, Taub et Lysoby (2009) définissent une compétence comme l'ensemble des connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à l'enseignant, lors de la réalisation d'une action en contexte réel, en plus de permettre d'orienter la vision de l'enseignant. De plus, le MEQ (2001) prend soin de préciser qu'une compétence se situe sur un continuum qui va du simple au complexe et qu'elle permet d'orienter la vision de l'enseignant. Le MEQ (2001) a d'ailleurs établi un référentiel de 12 compétences qui permettrait d'établir des bases communes et d'orienter la formation initiale des enseignants.

2.2.4. Les compétences à développer en éducation à la santé

Dans son document sur la formation à l'enseignement, le MEQ (2001) a basé ces compétences selon quatre axes : 1) Fondements; 2) Acte d'enseigner; 3) Contexte social et scolaire; 4) Identité professionnelle. Ces axes doivent être pris en considération dans l'élaboration d'une formation, étant indispensable au développement professionnel des enseignants. Toutefois, il est nécessaire d'assurer

une jonction entre le référentiel des compétences (MEQ, 2001) et les composantes à développer en ÉS.

Plus spécifique à l'ÉS, Taub, Allegrante, Barry et Sakagami (2009) soulignent les efforts tenus par de nombreux pays afin d'identifier les compétences professionnelles reliées à une ÉS efficace. Ces compétences ont d'abord été développées par les agences de santé publiques et s'adressaient principalement aux professionnels de la santé (Allegrante, Moon, Auld et Gebbie, 2001). L'Agence de Santé Publique du Canada (2008) a identifié une liste de sept compétences à développer par les éducateurs à la santé et à laquelle de nombreux auteurs adhèrent, le tableau 2.1 est davantage exhaustif. Dans un premier temps, l'éducateur à la santé doit nécessairement comprendre les concepts liés à l'ÉS, pour ensuite être en mesure de concevoir des programmes, c'est-à-dire identifier les besoins, développer, implanter et évaluer les programmes pour arriver à y apporter les améliorations nécessaires en fonction des résultats d'évaluation. Ces premières compétences impliquent d'être en mesure de mobiliser et de coordonner les ressources et services liés à l'environnement, afin de travailler en complémentarité avec les services complémentaires d'où l'importance de cibler cette compétence au travers de cette étude (Battle-Kirk, Barry, Taub, et Lysoby, 2009; Allegrante et al. 2001; Barry et al., 2009; Taub et al. 2009).

D'autres auteurs nous renseignent sur les habiletés enseignantes en ÉS à développer à l'intérieur d'un curriculum de formation. Parmi ces auteurs, dans un chapitre sur la problématisation de l'éducation à la santé en éducation physique, Turcotte (2010) propose huit aspects devant être pris en considération afin d'assurer une formation conséquente en ÉS, du moins auprès des éducateurs physiques et à la santé : « 1) développer les contenus d'enseignement reliés aux objets d'enseignement-apprentissage et répartir ces contenus selon les trois cycles d'études au primaire et les deux cycles d'études au secondaire; 2) intégrer les quatre composantes de la troisième compétence disciplinaire dans les objets

d'enseignement-apprentissage ainsi que les compétences psychosociales; 3) proposer d'autres moyens d'enseignement aux éducateurs physiques que ceux qu'ils utilisent habituellement en éducation physique; 4) identifier et définir les procédés d'évaluation des apprentissages en lien avec les contenus santé enseignés et les quatre composantes de la troisième compétence disciplinaire du programme québécois de formation; 5) élaborer des outils pédagogiques en relation avec les contenus santé à enseigner; 6) expérimenter des situations d'enseignement-apprentissage en lien avec l'éducation à la santé; 7) élaborer des projets d'enseignement relatifs à l'éducation à la santé; 8) développer des processus de collaboration avec d'autres enseignants et intervenants dans la mise en place de projets d'enseignement relatifs à l'éducation à la santé ».

En somme, les compétences à développer en ÉS sont de l'ordre du savoir; savoir-être et savoir-faire et devront être développées en lien avec le référentiel des compétences professionnelles qu'a établi le MEQ (2001).

2.3. LES PRATIQUES PARTENARIALES

Comme le soulignent de nombreux auteurs, le travail partenarial est nécessaire pour assurer un maillage serré entre les acteurs de l'environnement scolaire (Mérini, 2008; Mérini et al., 2007; Jourdan, 2004; Barrère, 2002; Mérini et De Peretti, 2002; Zay, 1994). Rappelons que pour une ÉS efficace, une approche collaborative entre les enseignants, mais aussi un travail partenarial avec les acteurs du milieu scolaire et de la communauté est à prioriser (Marcel, 2002). C'est donc par l'ensemble de ces domaines généraux de formation et des compétences transversales que l'on encourage la mise en œuvre de projets interdisciplinaires et l'inclusion des services complémentaires dans les milieux scolaires, permettant la construction de liens plus solides entre les services offerts.

Il semble depuis quelque temps que nous assistons à ce que Marcel (2002) appelle la « décentralisation des objets d'études ». Ainsi, les pratiques

d'enseignement où l'on trouvait un enseignant face à ses élèves ont évolué, pour faire place aux pratiques collaboratives, puisque « les objets d'étude se sont diversifiés et ont quitté la classe pour investir l'établissement ». Dans son chapitre, Marcel (2002) rapporte plusieurs auteurs qui soulignent eux aussi que le rôle d'un enseignant dépasse « l'espace de sa classe » (Barrère, 2002; Tardif et Gauthier, 1999; Thurler, 2000). Toutefois, les pratiques collaboratives en milieu scolaire ne se limitent pas à la collaboration avec d'autres enseignants, mais aussi avec toutes autres ressources humaines disponibles dans le milieu (Marcel, 2002). Cela est particulièrement vrai dans le cas de l'ÉS, cet objet d'apprentissage n'étant pas une discipline en soi, mais plutôt un objet partagé entre les intervenants d'un même milieu scolaire. Ainsi, de tels objets d'apprentissages devraient inciter les enseignants à sortir de leurs pratiques individuelles pour s'inscrire sous des pratiques collaboratives.

Bilodeau, Lapierre et Marchand (2003) soulignent qu'un partenariat solide naîtra de conditions que doivent faire émerger les acteurs. D'abord, il apparaît important de « comprendre les acteurs » puisque le premier pilier du partenariat est « un minimum d'action commune négociée visant la résolution d'une problématique reconnue comme commune » (Zay, 1994), offrant ainsi la possibilité aux partenaires de s'unir par un contrat de collaboration. Maintenant engagés dans l'action par un contrat, formel ou informel qui les unit, les partenaires chercheront à résoudre les controverses par la négociation, et donc à « agir avec et contre l'autre » (Mérini et De Peretti, 2002). La négociation, deuxième pilier du partenariat, mènera les partenaires à l'élaboration de solutions nouvelles. Ce troisième et dernier pilier va au-delà de l'échange d'informations, pour plutôt « créer une dynamique de participation suffisante, égaliser les rapports de pouvoir et combiner les savoirs » (Bilodeau et al., 2003).

2.3.1. Les compétences partenariales à développer en éducation à la santé

Pour Jourdan (2004), la collaboration entre le milieu scolaire, la famille ainsi que la communauté est souhaitable pour une plus grande cohérence vers une construction des compétences chez les élèves. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il est question de l'ÉS (MELS-MSSS, 2005, Birch, 1994, Jourdan, 2002). Ajoutons que le travail collaboratif répond au référentiel des compétences professionnelles propres s'adressant aux enseignants² (MEQ, 2001) et aux compétences propres à l'ÉS. Toutefois, ce partenariat ne s'improvise pas et des compétences bien précises sont à développer.

Offrir une formation où l'on retrouve les acteurs des différentes disciplines (du concept anglais *interprofessional education*) facilitera le travail collaboratif et permettra d'accroître les services offerts en ÉS puisque la meilleure façon d'apprendre à travailler ensemble, c'est d'y être confronté (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves et Barr, 2007). Ces mêmes auteurs définissent ainsi ce concept : « *Interprofessional education is those occasions when members (or students) of two or more professions learn with, from and about one another to improve collaboration and the quality of care* ».

Ainsi, la formation au travail interprofessionnel vise entre autres à réduire les perceptions négatives entretenues envers les autres professions, améliorer la communication entre les acteurs des différentes professions, rendre la collaboration interprofessionnelle plus accessible, être en mesure d'adopter des méthodes de travail flexibles, etc. (Barr, 1998).

² Les compétences professionnelles : **9)** Coopérer avec l'équipe-école, les parents, les différents partenaires sociaux et les élèves en vue de l'atteinte des objectifs éducatifs de l'école; **10)** Travailler de concert avec les membres de l'équipe pédagogique à la réalisation des tâches permettant le développement et l'évaluation des compétences visées dans le programme de formation, et ce, en fonction des élèves concernés.

Plusieurs éléments doivent être pris en considération au moment de la formation, afin d'être en mesure de développer efficacement les pratiques collaboratives que Mérini (2005) nomme aussi pratiques partenariales. Il semble d'ailleurs que les compétences au partenariat devront être répondues et intégrées à l'ensemble du curriculum de formation offert aux futurs enseignants. De nombreux auteurs vont dans le même sens et suggèrent sept compétences collaboratives devant être ciblées, le tableau 2.1 apporte plus de précisions (Barr, 1998; Clifton, Dale et Bradshaw, 2006; Hammick et al., 2007; Mérini, 2005; Oandasan et Reeves., 2005). Ainsi, l'enseignant devrait d'abord connaître les avantages et les contraintes liés au travail en partenariat, ce qui l'amènera à reconnaître et respecter les rôles et compétences associés aux autres acteurs et à tolérer ces différences et ambiguïtés. De plus, le travail partenarial exige de développer, planifier et évaluer des programmes en collaboration, afin de produire des services et de répondre à des problématiques définies.

Dans un autre ordre d'idées, l'ouverture de tout un univers que nous procure le partenariat comporte aussi ses difficultés. Nous faisons ici référence aux problèmes de codes, considérant l'importance d'utiliser un langage compris de tous, et aux problèmes de temporalité, chacun des acteurs répondant au problème à des rythmes différents. Finalement, la construction d'un système d'échange à l'intérieur d'un partenariat est l'essence de sa réussite, d'où l'importance d'établir un contrat moral que Mérini appelle un « contrat de collaboration » et qui renferme trois sémiotiques nécessaires à sa réalisation : instrumentale, qui consiste en la définition des tâches des partenaires; affective, qui fait référence à la qualité de la relation entre les partenaires; référentielle, soit la façon qu'ont les acteurs de voir et de comprendre la problématique, élément qui devrait se concrétiser au fil du projet (Mérini, 2007).

En somme, le travail en partenariat ressort tel un schème essentiel, que les enseignants devront apprivoiser. Toutefois, selon Mérini (1999) et Marcel (2002), les

pratiques enseignantes collaboratives sont encore à construire et il est temps de répondre à cette lacune par la formation.

Tel que nous l'avons vu dans les sections précédentes, les compétences propres à l'ÉS et au partenariat sont multiples. Le tableau 2.1 offre une vue d'ensemble quant à celles-ci, en plus de faire la jonction avec les compétences professionnelles définies par le MEQ (2001).

développement professionnel														
9 Coopérer avec l'équipe-école, les parents, les différents partenaires sociaux et les élèves en vue de l'atteinte des objectifs éducatifs de l'école									x	x	x	x	x	x
10 Travailler de concert avec les membres de l'équipe pédagogique à la réalisation des tâches permettant le développement et l'évaluation des compétences visées dans le programme de formation, et ce, en fonction des élèves concernés									x	x	x	x	x	x
11 S'engager dans une démarche individuelle et collective de développement professionnel	x								x	x	x	x	x	x
12 Agir de façon éthique et responsable dans l'exercice de ses fonctions														

¹ MEQ, 2001

² Battle-Kirk, Barry, Taub, Lysoby, 2009; Allegrante et al. 2001; Barry, 2009; Taub et al. 2009; ASPC, 2008

³ Barr, 1998; Clifton, Dale et Bradshaw, 2006; Hammick et al., 2007; Mérini, 2005; Oandansan et Reeves., 2005.

2.4. LE CONCEPT D'AUTO-EFFICACITÉ

2.4.1. Définir le concept d'auto-efficacité

La théorie de l'auto-efficacité de Bandura (2007) servira de base théorique à cette étude, puisqu'elle s'intéresse au développement du sentiment d'auto-efficacité, afin d'encourager l'adoption de pratiques d'enseignement chez les stagiaires, relativement à l'ÉS et au partenariat. En effet, au travers de cette théorie, on comprend qu'un sentiment d'auto-efficacité plus élevé chez un individu aura une incidence sur ses comportements. Ainsi, une augmentation du sentiment d'auto-efficacité chez les stagiaires en enseignement aurait un effet positif et encouragera l'adoption de pratiques enseignantes relativement à l'ÉS et au partenariat. D'abord, le sentiment d'auto-efficacité est « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Bandura, 2007). Afin de bien comprendre les nuances de ce concept, il est d'abord important de bien faire la différence entre les concepts qui souvent y sont associés. Ainsi, l'*auto-efficacité* est la perception de ses propres capacités à atteindre un objectif, et le concept d'*efficacité* est plutôt la capacité réelle d'atteindre un objectif. Le lecteur devra aussi distinguer *l'estime de soi* et le sentiment d'*auto-efficacité*, deux

concepts souvent considérés interchangeable. Il faut donc comprendre qu'il est possible qu'une personne puisse se considérer inefficace pour une tâche (sentiment d'efficacité faible), sans que son estime de soi n'en soit affectée, les valeurs personnelles de cette personne n'y étant pas engagées.

Bandura (2007) définit son construit théorique en déclarant que la nature humaine est faite de telle sorte que chaque individu évalue intentionnellement ses capacités, ce qui exerce une influence sur ses comportements et sur le désir de vouloir contrôler les situations auxquelles il est confronté. Ainsi, il est possible d'établir la conviction qu'entretient un individu quant à sa capacité à organiser et à réaliser le nécessaire à l'accomplissement d'une tâche, en considérant le sentiment de valeur que cette personne accorde au résultat (du terme anglais *outcome expectancy*) (Bandura, 2007). Il peut donc être perturbant pour un individu de se mesurer à un domaine inconnu, il est plus facile d'éviter ce genre de situations. Au contraire, il est très stimulant, voire bénéfique pour le sentiment d'auto-efficacité, de se retrouver au cœur d'une situation qui représente un défi, mais où les résultats désirés sont possibles. Ce genre de situations devient donc privilégié et recherché par un individu.

Bandura (2007) souligne les divers éléments « sur lesquels s'exerce l'influence de l'individu [...]. Il peut s'agir de la motivation personnelle, des processus de pensée, des états émotionnels et des actes, ou encore de la modification des conditions environnementales, selon ce que l'on cherche à maîtriser ». C'est aussi le sentiment d'auto-efficacité qui permet la modification des croyances de capacités que se fait un individu suite à la performance vécue. Il faut donc y comprendre que l'auto-efficacité ne se détermine pas seulement selon les compétences d'une personne, mais aussi selon l'utilisation et l'organisation qui en résulte. Ainsi, une personne de grand talent pourrait faire fi des aptitudes personnelles dont elle dispose, simplement par le doute qu'elle entretient envers elle-même. Il en résulte que la performance ne se limite pas uniquement à des actes moteurs, mais est fortement influencée par le sentiment d'efficacité personnelle, en plus des aptitudes

personnelles qui peuvent être facilement influencées à la baisse par les doutes que l'on entretient envers soi-même.

En quelques mots, l'auto-efficacité d'un individu est sa capacité à produire et à répondre à une tâche en mobilisant ses compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales, ainsi qu'à les organiser efficacement (Bandura, 2007).

2.4.2. Le rôle de l'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité a une incidence sur quatre principaux processus du fonctionnement humain, soit les processus; 1- cognitifs, 2- motivationnels, 3- émotionnels et 4- de sélection. Chacun de ces processus est activé par l'auto-efficacité d'un individu et permettrait la création d'un environnement bénéfique à la motivation personnelle et assurerait un contrôle sur la performance.

1- Les processus cognitifs ont une influence sur le mode de pensée qui pourrait améliorer ou diminuer la performance. C'est par ces processus que s'exprime le but fixé et l'engagement de la personne pour l'atteindre. Ajoutons qu'une fois déterminés, les objectifs présentent un défi qui augmente le niveau de motivation ainsi que la performance qui en ressort.

2- C'est par le processus motivationnel qu'une personne guidera ses actions selon la conception qu'elle se fait de ses possibilités et de ses réussites. Ainsi, la prévision et l'anticipation d'un événement peuvent être une source de motivation permettant de réguler le comportement et de jouer un rôle central sur la construction du sentiment d'auto-efficacité.

3- Le processus émotionnel affecte l'intensité d'une personne sur sa pensée, son action et ses émotions. Ce processus se situe à deux niveaux, d'abord dans l'interprétation des événements passés, ensuite dans le contrôle des représentations qui pourraient perturber la performance. Ce moyen de contrôler l'émotivité devient

essentiel lors du contrôle de l'anxiété permettant de réguler la croyance en ses capacités lors d'une performance.

4- Le processus de sélection amène l'individu à porter un choix sur son environnement. Ce processus peut avoir une incidence sur la performance puisque c'est en se basant sur son sentiment d'auto-efficacité qu'un individu sélectionnera un environnement qu'il considère bénéfique. Ainsi, ce processus influence le type d'activités et d'environnement fréquentés et pour lesquels un individu s'investira et donc, comme vu précédemment, une personne évitera d'emblée des tâches qui surpassent ses capacités et sélectionnera plutôt des tâches qu'elle se sent apte à relever.

2.4.3. Les sources d'informations permettant de développer le sentiment d'auto-efficacité

Il est possible, par plusieurs sources d'informations, de construire le sentiment d'auto-efficacité qu'une personne entretient pour une tâche spécifique. D'ailleurs, la théorie d'auto-efficacité prend en considération, « les origines des croyances d'efficacité, leur structure et leur fonction, les processus par lesquels elles produisent divers effets, et leur modifiabilité [plus personnel à l'individu, cette théorie prend aussi en considération], les aspirations personnelles, les attentes de résultats, les possibilités perçues qu'offre la société et ses contraintes » (Bandura, 2007). Ainsi, selon l'auteur, chacun de ces facteurs aurait une influence sur le développement du sentiment d'auto-efficacité, par le fait même, sur la modification de comportements ou l'adoption de pratiques spécifiques.

Ajoutons que la conception de l'auto-efficacité que se fait une personne ne se limite pas seulement au contrôle et aux choix qu'elle porte sur ses actions, mais concerne « également l'autorégulation des processus cognitifs, de la motivation et des états émotionnels et physiologiques » (Bandura, 2007). C'est entre autres ce qui explique la diversité de ce sentiment d'auto-efficacité d'une personne à l'autre,

malgré un cheminement semblable. L'auto-efficacité s'exprimerait selon les compétences développées par un individu, ainsi que par ses connaissances et ses aptitudes. Cette croyance qu'entretient l'individu quant à son auto-efficacité constitue des éléments essentiels à la connaissance de soi.

Ainsi, le sentiment d'auto-efficacité peut-être construit selon quatre sources d'informations: 1) par des expériences actives; 2) par des expériences vicariantes; 3) par la persuasion; 4) par les états physiologiques (Bandura, 2007). Chacune de ces sources d'informations devra être prise en considération dans le cadre de l'étude proposée, tant au travers des formations, de l'accompagnement individualisé, du partage de l'expérience avec les autres participants et des ressources offertes, etc. Ce lien permettra d'ailleurs de construire efficacement le sentiment d'auto-efficacité des participants.

2.4.3.1. L'expérience active

L'expérience active est cette source d'information qui permet à l'individu, par les expériences vécues, de rassembler « ce qui est nécessaire pour réussir », en plus de servir d'indicateur de capacité, de développer des croyances d'auto-efficacité fortes et généralisables.

En effet, ce genre d'expérience permet la construction d'outils cognitifs, comportementaux et d'autorégulation, en plus d'assurer à une personne qu'elle détient les connaissances et aptitudes nécessaires à la réussite de la tâche. Ajoutons que la transmission d'aptitudes, accompagnée de la validation sociale du sentiment d'auto-efficacité, aide grandement à son amélioration.

Bandura (2007) soutient que « les expériences actives de maîtrise constituent la source la plus influente d'informations sur l'efficacité parce que ce sont elles qui démontrent le plus clairement que la personne peut rassembler ce qui est nécessaire pour réussir ». Ainsi, les succès vécus permettent la construction d'une auto-efficacité solide, alors que les échecs rencontrés la diminuent. À ce niveau, le résultat peut être

encore pire si l'échec est vécu alors que le sentiment d'auto-efficacité est déjà faible. À l'inverse, vivre seulement des succès faciles entretient un idéal chez la personne et donc une personne se laissera rapidement décourager lorsqu'un échec sera rencontré. Il semble donc plus concluant d'entretenir un sentiment d'auto-efficacité résilient, qui nécessite de l'individu, à force de persévérance, de vaincre des obstacles et donc de transformer un échec en réussite, ce qui offre une opportunité d'apprentissage.

2.4.3.2. *L'expérience vicariante*

Le modelage, que Bandura (2007) nomme aussi l'expérience vicariante, est un autre outil proposé par l'auteur et qui a un effet positif important sur le sentiment d'auto-efficacité. L'expérience vicariante est davantage qu'une simple comparaison sociale. En effet, par cette expérience, une personne s'associera à un modèle auquel elle aspire. Ce modèle permettra la transmission de stratégies qui s'avéreront efficaces, qui guideront et motiveront la personne, ce qui augmentera son sentiment d'auto-efficacité.

L'expérience vicariante permet de modifier la croyance d'efficacité par la transmission de compétences et selon la performance des autres. Ainsi, lorsqu'il se comparera, un individu qui surpasse ses collègues augmentera la croyance en son auto-efficacité et, au contraire, être dépassé l'abaissera. Cette évaluation sociale permet d'apprécier la qualité d'une performance. Bien que l'expérience directe décrite précédemment reste une méthode des plus efficaces pour augmenter son sentiment d'auto-efficacité, à certains niveaux, l'expérience vicariante la surpasse. En effet, la comparaison faite auprès de personnes similaires développe certaines attentes; *si un individu semblable à moi échoue, je vais échouer aussi, ça ne vaut pas la peine d'y mettre l'effort*. Une telle situation sera perçue par une personne comme une indication de l'insuffisance de ses capacités personnelles et donc diminue son investissement envers la tâche. *Si un individu semblable à moi réussit, je devrais*

réussir aussi. Cette deuxième comparaison persuade l'individu de sa capacité à réussir, mais affaiblirait toutefois l'impact de l'expérience directe.

2.4.3.3. *La persuasion*

La persuasion sociale est une autre source d'information qui permet de renforcer l'auto-efficacité d'une personne. Cette source d'information se compare à une influence sociale tout en permettant de souligner les capacités d'une personne. La persuasion verbale a un impact plus important « sur des personnes qui ont quelques raisons de croire qu'elles peuvent produire des effets par leurs actions » (Bandura, 2007), ce qui est d'autant plus vrai si la persuasion verbale est faite par quelqu'un de significatif pour la personne. Toutefois, l'effet de la persuasion verbale serait limité dans le temps.

2.4.3.4. *Les états physiologiques*

Les états physiologiques et émotionnels permettent à un individu d'évaluer sa capacité, sa force et sa vulnérabilité à la réalisation d'une tâche. Pour se faire, un individu se basera sur l'information somatique transmise par son état physiologique et émotionnel. Ces indicateurs s'avèrent particulièrement pertinents lorsqu'il est question des domaines de l'activité physique et de la santé puisque les informations transmises par l'état physiologique sont considérées comme des signes de vulnérabilités et d'incapacité, augmentant ainsi le niveau de stress.

À la lumière de ces quatre sources d'informations, une personne devra gérer un grand nombre d'informations, chacune ayant une incidence sur son sentiment d'auto-efficacité. Ainsi il est nécessaire pour une personne d'accorder la valeur respective à chacune de ces sources, selon l'information reçue et donc lui conférer un niveau d'influence différent selon l'importance qui lui convient. Ce cheminement est essentiel à l'intégration de l'information et exige une réflexion qui permettra de

configurer l'information pertinente à la construction du sentiment d'auto-efficacité. Effectivement, l'information peut provenir d'indicateurs fiables et donc avoir une grande valeur, ou au contraire, avoir un poids moindre, si la source est moins importante. Cette règle d'intégration qui varie d'un individu à l'autre est nécessaire et permet de déterminer les facteurs pertinents à la construction du sentiment d'auto-efficacité.

2.4.4. La contribution de la formation à la construction du sentiment d'auto-efficacité

Tout au long de sa vie, une personne analysera son existence sous différentes perspectives et selon les compétences développées, ce qui assure l'évolution de la perception de son auto-efficacité. L'évaluation personnelle qu'un individu fait de ses compétences est influencée par les expériences rencontrées, prenant en considération les processus présentés précédemment. L'un des événements qui participe fortement à la construction du sentiment d'auto-efficacité est sans contredit ce qui est vécu en milieu scolaire ou en cours de formation. En effet, la maîtrise des compétences cognitives développées à l'école augmentera le sentiment d'auto-efficacité intellectuel de l'élève ou de l'étudiant, l'objectif fondamental du système d'éducation. Un autre objectif essentiel en éducation est d'offrir un ensemble d'outils d'autorégulation aux étudiants, leur conférant l'autonomie nécessaire pour répondre aux manques dans leur formation (Bandura, 2007).

L'autorégulation prend d'ailleurs toute son importance tant au moment de la formation, qu'au commencement d'une carrière professionnelle. En effet, le marché du travail demeure un défi important au travers duquel une personne doit savoir s'équiper afin de développer les compétences nécessaires pour répondre aux particularités de son emploi et par le fait même, augmenter son sentiment d'auto-efficacité. Bandura (2007) soutient que « si des compétences cognitives adéquates sont présentes, les connaissances spécialisées et les compétences techniques requises

pour de nombreuses activités professionnelles sont rapidement acquises, généralement sur le tas ». Toutefois, il demeure qu'un individu évitera d'emblée une profession pour laquelle il considère ne pas avoir les compétences requises. Ainsi, un faible sentiment d'auto-efficacité exclut la possibilité de pratiquer certaines professions, malgré des opportunités intéressantes qui se présentent à la personne.

Plus spécifiquement lors d'études supérieures, le sentiment d'auto-efficacité est d'autant plus important, puisque les objectifs sont complexes et exigent un niveau élevé d'adaptation. En effet, un étudiant de niveau universitaire sera en grande partie responsable de ses apprentissages, d'où l'importance de la capacité d'auto-régulation. Des étudiants universitaires qui détiennent « un sentiment élevé de leur efficacité parviennent mieux à réguler leur propre apprentissage et réussissent mieux que ceux qui sont assaillis de doutes sur leurs capacités intellectuelles » (Bandura, 2007). Ainsi, un haut sentiment d'auto-efficacité personnelle au moment de la formation se répercute au travers de la carrière, en vivant du succès dans le domaine choisi et avec un niveau d'intérêt élevé porté à sa profession qui se traduit aussi par un investissement accru.

2.4.5. L'auto-efficacité chez les enseignants

Le concept d'auto-efficacité de l'enseignant, aussi désigné par le terme sentiment d'efficacité pédagogique, a été le sujet de multiples études au cours des dernières années. Chacune visait à définir ce concept, à en dégager les principaux facteurs et à construire des échelles qui permettraient de mesurer le sentiment d'auto-efficacité des enseignants et donc de mieux comprendre et expliquer leurs comportements professionnels. Bandura (2007) souligne qu'un enseignant devra d'abord « parvenir à créer un environnement d'apprentissage favorable au développement des compétences cognitives qui reposent grandement sur les talents et sur son efficacité personnelle. Les données indiquent que les croyances des enseignants en leur efficacité pédagogique déterminent partiellement leur façon de

structurer les activités scolaires et façonnent les évaluations que font les élèves de leurs propres capacités intellectuelles ». Dussault, Villeneuve et Deaudelin (2001) rapportent que le concept d'auto-efficacité d'un enseignant se définit comme étant la croyance en sa capacité à développer les apprentissages faits par les élèves. Selon Bandura (2007), un enseignant qui entretient une faible croyance en ses aptitudes pédagogiques considérera ne pas avoir un impact important sur un groupe d'élèves peu motivés, en plus d'être critique envers l'échec d'un élève et de consacrer peu de temps aux activités scolaires, soit de fournir le guidage nécessaire à la réussite des élèves. Ce sont les enseignants avec un sentiment d'auto-efficacité élevé qui offriront à leurs élèves la possibilité de vivre des expériences de maîtrise, qui encourageront la réussite de tous et qui soutiendront les élèves ayant des difficultés.

Gibson et Dembo (1984) ont défini le construit d'auto-efficacité d'un enseignant, en faisant ressortir deux facteurs : le sentiment d'efficacité personnelle et le sentiment d'efficacité générale. Repris et traduit par Dussault et al. (2001), « le sentiment d'efficacité personnelle est la croyance qu'un enseignant a en sa capacité à influencer les apprentissages des élèves ». Le deuxième facteur, soit le sentiment d'efficacité générale « réside dans la croyance que le corps enseignant est capable d'apporter des changements chez les étudiants, en dépit des contraintes extérieures au milieu scolaire ».

Selon ce construit théorique, il est possible de comprendre que la qualité des interventions d'un enseignant peut être influencée par le sentiment d'auto-efficacité qu'il entretient relativement à son aptitude à favoriser l'apprentissage de ses élèves. Ainsi, un enseignant avec un sentiment d'auto-efficacité élevé et ayant développé ses compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales sera davantage optimiste en classe, en plus d'être davantage ouvert à l'implantation de nouvelles pratiques enseignantes, d'adopter une gestion de classe plus appropriée et de présenter des activités pédagogiques de nature et de qualité accrues. À l'opposé, un enseignant qui entretient une faible croyance en ses capacités se sentira menacé par

un élève éprouvant des difficultés, aura un niveau de stress et d'énerverment plus élevé et puisqu'il n'a pas confiance en sa capacité à gérer une classe, il utilisera davantage des méthodes de discipline restrictives. Plusieurs études ont confirmé le fait qu'un sentiment d'auto-efficacité élevé d'un enseignant influencera de manière positive sa pratique enseignante et par conséquent, le développement des compétences chez les enfants (Dussault et al. 2001, Gibson et Dembo, 1984, Bandura, 2007).

En terminant, l'auto-efficacité des enseignants devrait, selon Bandura (2007), être développée collectivement. En effet, l'auteur souligne que plusieurs problèmes présents dans le milieu scolaire liés aux réalités sociales et économiques, doivent être confrontés collectivement afin d'accroître le sentiment d'auto-efficacité collectif et ainsi ne pas compromettre l'éducation de l'enfant. Bandura défend qu'un milieu scolaire efficace passe, entre autres, par un fort leadership qui se traduit par la coordination des processus sociaux employés par les enseignants qui ont une influence chez l'élève, le leadership pédagogique que fait valoir la direction et la croyance qu'entretient l'équipe-école en la capacité des élèves, celle-ci renforcée par l'adoption de standards élevés. Encore ici, nous comprenons l'importante place qu'occupe le partenariat dans le milieu scolaire et il devient d'autant plus légitime de développer cette pratique puisqu'elle permettrait d'entretenir un haut sentiment d'auto-efficacité collectif.

2.5. L'ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Ce mémoire s'inscrit dans une perspective d'évaluation normative, plus particulièrement au travers d'une analyse des effets. Il est nécessaire de débiter par la définition du concept d'évaluation afin d'assurer des bases communes et de préciser son utilisation au travers de cette étude, permettant ainsi de répondre de façon opérationnelle aux objectifs de l'étude posés.

2.5.1. Définir le concept d'évaluation

Le concept d'évaluation est défini d'une multitude de façons. Legendre, (2005) dans son Dictionnaire actuel de l'éducation, rapporte plusieurs définitions. Parmi celles-ci, il définit l'évaluation comme un « processus qui vise à déterminer le mérite ou la valeur-en-contexte d'un objet » ainsi qu'une « démarche permettant de porter un jugement, à partir de normes ou de critères établis, sur la valeur d'une situation, d'un processus ou d'un élément donné, en vue de décisions pédagogiques ou administratives » (MEQ, 2004). Plus spécifique à l'évaluation de programmes, Ridde et Dagenais (2009) illustrent ce concept comme un « acte permettant de porter un jugement [...] selon une démarche critique fondée sur une collecte systématique des données [...] à propos de multiples objets [...] dans le but de prendre des décisions ». Ainsi, l'évaluation des programmes consiste en « la collecte systématique d'informations sur les activités, les caractéristiques et les résultats de ces programmes afin de porter des jugements sur eux, d'améliorer leur efficacité et d'éclairer les décisions concernant de nouveaux programmes » (Traduction libre, Patton, 1997). Ridde et Dagenais (2009) poursuivent en précisant que l'évaluation d'un programme nécessite une rigueur et une systématisation qui permettront de répondre à deux grandes familles d'objectifs, soit 1) de « rendre des comptes dans une perspective d'imputabilité » par la production de connaissances, soit 2) de fournir un ensemble d'informations propres au programme afin d'en assurer l'amélioration. Pour obtenir des éléments de réponses, qui permettront d'évaluer un programme et de juger de son efficacité, Berthelette et Desnoyers (2009) résumant les étapes qu'a proposé Kirkpatrick et Kirkpatrick (1996), soit au travers de « la réaction des participants au programme, l'apprentissage qui cible les changements dans les attitudes, les connaissances et les habiletés qui devraient survenir après la formation, les comportements des personnes formées, et enfin les résultats qui se traduisent par des changements de nature organisationnelle ». Legendre (2005) définit à son tour quatre principes en évaluation de programme devant être pris en considération afin

d'assurer une évaluation judicieuse : l'utilité (l'évaluation du programme répond à des besoins et sera utilisée), la pertinence (l'évaluation du programme est conforme aux lois et à l'éthique), la faisabilité (l'évaluation du programme est réalisable, rentable et prend en considération la position des groupes d'intérêts y participant), l'authenticité (l'évaluation du programme doit révéler et communiquer l'information appropriée). La prise en considération de ces principes devrait mener à des évaluations plus solides.

Malgré les définitions abordées qui nous permettent de préciser le concept d'évaluation, nous ne pouvons prétendre avoir répondu à l'ensemble des visions qui s'y rattachent et à ses nombreuses finalités.

2.5.2. Pourquoi évaluer

Selon les définitions dont nous venons de faire état, l'évaluation en recherche a pour but l'amélioration de programmes d'interventions qui eux répondent aux besoins et aux problématiques de notre société, quels qu'ils soient. L'évaluation est un outil nécessaire puisqu'il aide les intervenants à orienter leurs décisions dans la mise en place de ces programmes d'interventions. L'évaluation, qui apporte une réalité observable sur une intervention, permet d'en faire la révision, de guider l'action future des intervenants et d'orienter les décisions pour les nouveaux programmes, en plus d'assurer aux intervenants l'atteinte des objectifs visés (Brousselle, Champagne et Contandriopoulos et Hartz, 2009).

2.5.3. L'évaluation des effets

L'évaluation des effets permet de déterminer le lien qui existe entre l'intervention et ses effets, par l'évaluation de la chaîne causale que crée l'intervention, soit entre les services offerts et les effets qui en ressortent. Brousselle et al. (2009) précisent que les effets possibles d'une intervention sont souvent plus larges que les objectifs fixés au départ, pouvant être positifs, négatifs ou nuls. Il

semble donc évident que l'évaluateur est dans l'impossibilité de mesurer la totalité des effets d'une intervention, et donc, l'évaluateur doit choisir quels effets mesurer à l'intérieur même de cette chaîne causale, en se basant sur leur pertinence, un critère essentiel à respecter. Selon ce principe, il devient nécessaire de justifier théoriquement les effets évalués, tout en prenant soin de ne pas cibler uniquement les effets positifs, ce qui donnerait une représentation faussée de l'intervention. L'évaluateur devra plutôt s'attarder aux effets réellement engendrés par l'intervention. Afin de bien guider l'évaluateur dans son choix d'effets à évaluer, Brousselle et al. (2009) relèvent deux questions qu'il est pertinent de se poser lors d'une analyse des effets; Quels effets mesurer? Les effets observés résultent-ils bien de l'intervention? (Brousselle et al. 2009). Ainsi, dans le cadre de cette étude, les effets attendus et mesurés sont clairement identifiés par les objectifs et en lien direct avec le projet-pilote défini à la section 3.1.

Différentes méthodes existent afin de mesurer les effets d'une intervention, et ce, dans différents contextes; en laboratoire, en essais cliniques, au travers de pratiques normales et à l'échelle de la communauté. Encore ici, tout comme pour le choix d'effets à analyser, c'est à l'évaluateur de déterminer dans quels contextes les effets de l'intervention devraient être mesurés. L'analyse peut être faite en laboratoire, afin d'assurer un contrôle maximal des paramètres qui pourraient influencer les effets. À l'inverse, l'analyse est aussi possible en pratiques normales ou à l'échelle de la communauté, si l'objectif est d'analyser les effets de l'introduction d'une intervention déjà reconnue dans différents contextes.

2.5.4. Les différents types d'évaluation

Dans le domaine de l'éducation, on définit l'évaluation formative et sommative. Nadeau, (1978) encore actuel dans ses écrits, identifie l'évaluation formative comme un «processus d'évaluation appliqué à un programme lorsque celui-ci est en voie de développement» alors que le concept d'évaluation sommative se

rapporte plutôt «au processus d'évaluation appliqué à un programme dont la rédaction est complétée» et qui consiste donc en l'évaluation finale.

Pour sa part, Brousselle et al. (2009) rapportent deux types d'évaluations de programmes en recherche, soit l'évaluation normative ainsi que la recherche évaluative.

La première répond à la question; Est-ce que l'intervention correspond aux attentes? L'évaluation normative (ou appréciation normative) consiste donc à apprécier une intervention, en comparant les ressources engagées, l'organisation, les biens et services produits ainsi que les résultats obtenus et porter un jugement en mesurant l'écart entre les objectifs prévus et ceux atteints. Ce type d'évaluation fait davantage référence à la gestion ou au contrôle de l'intervention, en lien avec la qualité de l'intervention.

L'évaluation normative passe par 5 critères : « 1) La fidélité. Est-ce que l'intervention a été implantée comme on le prévoit? 2) La couverture. Est-ce que l'intervention rejoint la clientèle prévue? 3) La qualité. Le produit réalisé correspond-il aux spécifications du produit prévu initialement? 4) Les coûts. L'intervention pourra-t-elle être réalisée au coût prévu? 5) Les effets. L'intervention a-t-elle eu les effets escomptés? » (Brousselle et al., 2009).

Pour sa part, la recherche évaluative « vise à évaluer la pertinence, la logique, la productivité, les effets et l'efficacité d'une intervention ». Elle comprend six types d'analyses rapportées par Brousselle et al. (2009) : analyse stratégique; analyse logique; analyse de la production; analyse des effets; analyse de l'efficacité; analyse d'implantation.

Puisque dans le cadre de cette étude, l'analyse des effets dans un cadre normatif est le type d'analyse le plus approprié nous permettant de répondre à nos objectifs, et par souci de ne pas répéter les concepts et leurs définitions plus d'une fois, le lecteur retrouve les biais pouvant influencer la validité interne et externe d'une étude à devis mixte aux sections 3.2.2.1 et 3.2.2.2.

CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente au lecteur l'opérationnalisation de l'étude en deux sections. Dans un premier temps, nous retrouvons la description de la formation offerte dans le cadre du projet-pilote. Dans un deuxième temps, la stratégie de l'étude est présentée en référence au devis, à la population à l'étude, à l'échantillonnage, à la collecte et à l'analyse des données.

3.1. DESCRIPTION DE LA FORMATION OFFERTE DANS LE CADRE DU PROJET-PILOTE

La variable indépendante de cette étude est le programme de formation ayant été offert aux participants de CAP-Santé. En voici la description.

Le projet-pilote CAP-Santé a été mis en place à la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'UQAM. CAP-Santé visait à offrir une formation développée selon les compétences nécessaires à une ÉS efficace et sur la base de la théorie d'auto-efficacité d'Albert Bandura (2007) afin de développer le sentiment d'auto-efficacité des participants en ÉS et à l'égard du partenariat. Comme vu au point 2.4, on comprend qu'un sentiment d'auto-efficacité plus élevé chez un individu aura une incidence sur ses comportements et pratiques. Ainsi, une augmentation du sentiment d'auto-efficacité chez les stagiaires en enseignement aurait un effet positif et encouragerait l'adoption de pratiques d'enseignement favorables relativement à l'ÉS et au partenariat.

Les chercheurs ont fait appel à chacune des sources d'informations ayant une influence sur le sentiment d'auto-efficacité d'une personne. D'abord, l'expérience active fût sollicitée en amenant les participants à vivre une expérience de maîtrise par l'implantation d'un projet d'ÉS dans leur milieu de stage. L'expérience vicariante

permettait aux participants de s'associer aux ressources humaines présentes tout au long de l'étude et de partager l'expérience des uns et des autres participants, soit la formation et l'implantation du projet. Aussi, l'accompagnement individuel des participants aura permis de souligner et de renforcer leurs capacités et donc de faire appel à la persuasion sociale. Finalement, l'état physiologique fût lui aussi renforcé par l'encadrement individuel offert en soulignant les succès et en discutant des échecs permettant ainsi, d'une part, de diminuer l'anxiété du participant et d'autre part, d'augmenter son sentiment de fierté.

La formation offerte aux participants du projet-pilote CAP-Santé fût d'une durée de 6 heures, soit une heure par rencontre, à raison d'une rencontre par semaine pendant six semaines (Tableau 3.1). Lors de ces rencontres, plusieurs éléments ont été abordés permettant de clarifier les représentations d'ÉS et du principe de partenariat chez les participants. De plus, nous avons souhaité inscrire la formation CAP-Santé dans l'orientation des compétences professionnelles que définit le MELS à l'intérieur de son référentiel (MEQ, 2001)³. Différents modèles de planification d'une intervention en ÉS ainsi que diverses stratégies d'interventions ont été présentées, toujours en tenant compte des éléments du programme de formation de l'école québécoise (compétences disciplinaires et savoirs essentiels, domaines généraux de formation, compétences transversales, etc.) et des particularités de leur milieu (Pineault et Daveluy, 1995). Suite à cette formation, les participants étaient amenés à implanter un projet d'ÉS dans leur milieu de stage. Finalement, tout au long de l'implantation, les responsables de CAP-Santé ont offert un encadrement individuel aux participants.

³ La formation ciblait particulièrement les compétences : **1)** Agir en tant que professionnelle ou professionnel héritier, critique et interprète d'objets de savoirs ou de culture dans l'exercice de ses fonctions; **9)** Coopérer avec l'équipe-école, les parents, les différents partenaires sociaux et les élèves en vue de l'atteinte des objectifs éducatifs de l'école; **10)** Travailler de concert avec les membres de l'équipe pédagogique à la réalisation des tâches permettant le développement et l'évaluation des compétences visées dans le programme de formation, et ce, en fonction des élèves concernés.

Tableau 3.1
Formation et encadrement CAP-Santé

Rencontres	Éléments de contenu et de formation
1 et 2	<p>Concepts, définitions et modalités d'inclusion de l'ÉS à l'école</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que la santé? <p>Remue-méninges et théorie selon différentes définitions (Charte d'Ottawa, OMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que l'éducation à la santé? • L'éducation à la santé selon le programme du MELS <p>Point d'ancrage dans les compétences professionnelles à développer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercice sur la modification d'une habitude de vie; les étudiants devront remplir le questionnaire et choisir une habitude de vie qu'ils souhaitent modifier le temps de la formation, afin qu'ils comprennent tout ce qu'implique le changement d'une habitude de vie, avant d'exiger la même chose de leurs élèves.
3	<p>Analyse des besoins du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planification en promotion de la santé; présentation du modèle Precede-Proceed • <i>Approche école en santé</i>; un exemple de ce qui se fait et l'analyse des besoins
4	<p>Le partenariat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition du concept partenariat • Pratiques enseignantes collectives • Le partenariat à l'intérieur du programme du MELS
5 et 6	<p>Élaboration d'une situation d'apprentissage et d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un canevas de planification • Formules pédagogiques, modèles et styles d'enseignement • Exemple de situations d'apprentissages et d'évaluations en éducation à la santé • Critères d'évaluation
Encadrement	<p>Encadrement personnalisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien ponctuel et individualisé dans le milieu de stage • Construction et planification d'un projet d'éducation à la santé pendant le stage

3.2. STRATÉGIE DE RECHERCHE

3.2.1. Plan général de l'étude et justification du devis

Afin de mener à bien l'évaluation normative du projet-pilote CAP-Santé, un type de méthodologie mixte a été privilégié, soit qualitative ainsi que quantitative.

Chacune des deux méthodes aura permis à la fois de tester les hypothèses, de répondre aux questions de l'étude ainsi qu'aux objectifs poursuivis.

Dans un premier temps, la méthode quantitative permet de déterminer l'effet d'une formation et d'un accompagnement offert lors de l'implantation d'un projet d'éducation à la santé sur le sentiment d'auto-efficacité des futurs enseignants 1) en ÉS et 2) au partenariat. Cette première approche, utilisée selon la méthodologie décrite par Campbell et Stanley, (1963) soit le devis pré-expérimental avant-après, est basée sur un questionnaire. Ce devis, est selon Campbell et Stanley (1963), une façon simple et efficace de mesurer les effets d'un programme (Rockwell et Kohn, 1989). Grondin, Laverdière et LaRue (2003) rapportent que « l'approche pré/post est couramment utilisée pour mesurer l'acquisition de connaissances et d'habiletés ou pour évaluer les effets de différentes interventions » en comparant une même variable en deux temps distincts. Le devis avant-après semble donc tout à fait indiqué pour assurer l'évaluation des effets du projet-pilote, selon l'atteinte des objectifs fixés.

Pour sa part, la méthode qualitative, basée sur les entretiens semi-dirigés, est la méthode appropriée pour décrire, comprendre et explorer plus en profondeur certains aspects que le volet quantitatif ne couvre pas ou de façon plus superficielle (Boutin, 1997 ; Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). La méthode qualitative permet aussi de développer de nouvelles idées et de faire un lien direct avec l'expérience vécue par les participants. Elle aide aussi à préciser et raffiner les données amassées au fil du devis quantitatif (Poupart et al., 1997).

Johnson et Onwuegbuzie (2004) font remarquer que la méthodologie mixte est un paradigme de recherche qui intègre à la fois une approche qualitative et quantitative. Particulièrement intéressante au travers de la recherche-action, la méthodologie mixte permettrait de réduire les faiblesses associées à chacune des méthodes de recherche (Pinard, Potvin et Rousseau, 2004). Dans le même ordre d'idées, selon Bickman et Rog (2009), le devis mixte comporte plusieurs avantages. Ces auteurs soutiennent qu'au travers de la diversité des sources d'informations

utilisées, l'utilisation d'un devis mixte apporte plus de nuances au moment d'interpréter les résultats, ajoute une vision complémentaire à l'étude, en plus d'assurer un coup d'œil plus complet sur la situation. Aussi, l'utilisation d'un tel devis à l'intérieur du présent mémoire assure la convergence des résultats et ajoute à la validité interne de l'étude, tout en réduisant au minimum l'influence des biais associés à chacune des méthodes. Ces biais sont décrits à la section suivante.

La que permet la méthode mixte, permet d'allier et d'objectiver les données. Une mise en commun des résultats obtenues à partir de ces deux méthodes aura permis de consolider, relativiser et enrichir les résultats de l'étude, en plus d'ajouter à la rigueur et à la validité, venant en réponse à un événement que l'on cherche à comprendre ou à expliquer (Van der Maren, 1996 ; Moss, 1996 ; Bickman et Rog, 2009; Creswell , 2009 ; Karsenti, 2006).

3.2.2. Validité de la stratégie de recherche choisie

La présente section fait état de l'ensemble des biais liés aux stratégies de collecte de données, pour ensuite tenter d'y répondre et donc réduire au minimum leur impact sur l'étude proposée. Nous nous intéresserons d'abord aux biais du volet quantitatif, pour ensuite nous concentrer sur les biais du volet qualitatif.

3.2.2.1. Biais liés au devis quantitatif

Puisque dans le cadre de cette étude les chercheurs ont un contrôle sur le « quoi, le quand, le comment, mais pas sur la règle de répartition des sujets », les chercheurs se retrouvent dans une situation pré-expérimentale (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues, 2005, Van Der Maren, 1996). La situation pré-expérimentale permet de comparer la situation expérimentale, soit la participation au projet, selon l'évolution des variables dépendantes, soit les effets de l'intervention, et ce, sans la création d'un groupe-témoin (Contandriopoulos et al., 2005). Certains

biais, décrits au tableau 3.2, sont liés à l'utilisation du devis avant-après et furent pris en considération, afin de réduire au minimum leur impact et ainsi d'améliorer la validité de l'étude.

Tableau 3.2
Biais pouvant influencer la validité du devis avant-après,
selon Campbell et Stanley (1963), repris par Contandopoulos et al., (2005).

1) Biais pouvant influencer la validité interne;

- *Histoire* : Biais occasionné par l'apparition d'un événement qui influence la variable dépendante durant le déroulement de l'étude.
- *Maturation* : Biais occasionné par le vieillissement, la fatigue, l'expérience acquise par les sujets entre le prétest et le post-test.
- *Accoutumance au test* : Biais qui se produit quand les sujets apprennent à mieux (ou a moins bien répondre) à un questionnaire qui leur est soumis plusieurs fois durant l'étude.
- *Interactions* : Biais qui survient lorsque des interactions se produisent entre la sélection et les autres biais, surtout en ce qui concerne l'histoire, la maturation et la mesure des effets.
- *Mesure des effets* : Biais lié à des changements dans les instruments de mesure durant le déroulement de l'étude ou à l'accoutumance des observateurs aux instruments de mesure, c'est-à-dire à un changement dans la façon dont les instruments de mesure sont utilisés entre le début et la fin de l'étude.

2) Biais pouvant influencer la validité externe;

- *Relation causale ambiguë* : Biais qui peut exister quand le modèle théorique de l'étude est insuffisant.
- *Attentes de l'expérimentateur* : Biais lié aux attentes de l'expérimentateur qui espère un résultat. Ainsi, on ne peut savoir si les effets sont dûs à l'intervention ou aux attentes de l'expérimentateur.

- *Interaction entre l'intervention et la situation expérimentale* : Biais lié aux caractéristiques particulières d'une étude expérimentale rendant difficile la séparation des effets d'une intervention et des particularités qui y sont liées.
 - *Interaction entre les différentes composantes d'une intervention* : Biais lié à la séparation des effets selon les composantes d'une intervention qui peut-être difficile.
 - *Interaction entre les observations et l'intervention* : Biais lié à la passation d'un questionnaire avant l'intervention ce qui peut influencer les effets puisque les sujets sont sensibilisés.
 - *Interaction entre la sélection des sujets et l'intervention* : Biais lié à la non représentativité des participants, particulièrement si l'étude est basée sur des sujets volontaires.
-

Ainsi, en réponse aux biais liés à la validité interne, il est possible que l'histoire ait un impact sur la validité du devis, mais l'entretien aura permis d'identifier les événements en lien ou non avec le projet et ayant un impact sur les variables dépendantes. Ni la maturation, ni l'accoutumance au test n'ont pu avoir une influence majeure sur les résultats si l'on considère qu'une durée de 14 semaines sépare les deux passations, laps de temps trop court pour percevoir un vieillissement ou l'acquisition d'expérience autre que celle liée au projet chez les participants et laps de temps suffisamment long pour éviter de créer l'habituance au questionnaire. En réponse au biais sur la mesure des effets, les mesures avant-après comparées sont les mêmes.

Les biais liés à la validité externe sont dans de nombreux cas atténués ou saisis par les entretiens. D'une part, ils permettront d'identifier les interactions qui peuvent exister au moment de l'analyse des effets. D'autre part, il est possible que les attentes de l'expérimentateur aient un effet sur la validité externe; ici encore, les entretiens permettront de réduire l'impact de ce biais sur la validité de l'étude soulignant aux participants que les mauvaises réponses n'existent pas, qu'il est plutôt important de

rapporter les faits tels qu'ils les perçoivent réellement. Finalement, comme cette étude est basée sur un cadre théorique bien établi, la relation causale ambiguë ne devrait pas avoir un impact significatif sur la validité externe.

3.2.2.2. *Biais liés au devis qualitatif*

Certains critères de scientificité doivent être pris en considération dans les études qualitatives afin de maximiser la validité des résultats (Laperrière, 1997). Laperrière (1997) ajoute qu'afin d'assurer justesse et pertinence aux données amassées ainsi qu'au travers de leur interprétation, il est d'abord nécessaire de reconnaître la « place centrale dans l'analyse des phénomènes humains, [...] de la prise en considération du rôle de la *subjectivité* dans l'action humaine et de la *complexité* des influences qu'elle subit en *contexte naturel* ». Propre au devis qualitatif, la validité interne des résultats peut être assurée par la justesse et la pertinence du lien établi entre les données amassées et leur interprétation. Le processus de mise en commun des résultats qualitatif et quantitatif nous permettra d'établir la concordance nécessaire afin d'assurer une validité interne. La validité externe du devis qualitatif est plutôt associée à la généralisation des résultats de l'étude. Il devient nécessaire de connaître les caractéristiques de la population à l'étude, permettant ainsi de juger de la pertinence de la généralisation. Aussi, Poupart et al., (1997) rapportent trois types de biais liés au devis qualitatif par entretien auxquels il faudra porter attention.

1) *Les biais liés au dispositif d'enquête*, sont dus à la mise en scène de l'entretien, à l'accueil des participants, la forme que prendront les questions, les modalités d'enregistrement, les circonstances et le lieu de l'entretien. Ces éléments furent pris en considération afin de diminuer au maximum les effets de ce biais sur la qualité des données amassées.

2) *Les biais associés à la relation intervieweur-interviewé et à leur situation sociale respective* peuvent aussi avoir des conséquences potentielles sur les données

amassées par les interventions de l'intervieweur, les attentes de ce dernier, les différences associées aux caractéristiques sociales (âge, sexe, ethnies, etc.). Ainsi, il fut nécessaire de contrôler la proximité de la relation entre l'intervieweur et l'interviewé lors de l'entretien. Les chercheurs se sont donc assurés que l'intervenant ayant offert le soutien et l'encadrement dans le milieu de stage du participant ne fut pas aussi l'intervieweur.

3) *Les biais rattachés au contexte de l'enquête* expliquent l'importance de ne pas avoir d'attentes quant aux réponses de l'interviewé afin que son discours n'en soit pas influencé. Ainsi, l'interviewé fut placé dans un contexte qui lui permettait d'aborder librement ses pensées sans se sentir jugé.

Afin de répondre à ces biais, dans un premier temps, l'intervieweur s'est assuré d'être conséquent quant à la mise en scène d'un entretien à l'autre. Les entretiens se sont déroulés à l'intérieur d'un local où l'intervieweur et l'interviewé étaient seuls, où l'interviewé se sentait en confiance et à un moment propice qui convenait aux deux partis. Les participants furent accueillis de manière à créer une ambiance favorable à l'entretien et les appareils d'enregistrement furent disposés afin de ne pas gêner le participant. Aussi, l'intervention de l'intervieweur devait être minimale et ce dernier devait faire preuve d'acceptation inconditionnelle, sans porter de jugement aux propos tenus par le participant (Boutin, 1997). De plus, la décision de laisser la même personne effectuer chacun des entretiens a été prise, afin que ceux-ci soient tous menés uniformément, compte tenu de l'appropriation de la grille et assurant ainsi un meilleur contrôle des entretiens. Il nous fallait d'abord un intervieweur connu des participants, sans trop de familiarité, tout en tenant compte des liens émotifs et intellectuels qui le lient à l'étude (Boutin, 1997). Toutefois, un seul intervieweur pour l'ensemble des entretiens nous obligeait aussi à prendre certaines mesures de contrôle pour éviter que ce dernier ne s'éloigne du sujet principal, entre autres, par trop de familiarité avec la grille d'entretien. Ainsi, en plus de l'écoute systématique des enregistrements par l'intervieweur, il y a eu discussions avec d'autres chercheurs liés

à l'étude autour des verbatims complétés. Ces procédures de contrôle auront permis d'assurer la validité des données amassées et une constance entre les entretiens.

3.3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DE L'ÉTUDE

3.3.1. Population à l'étude

Afin de répondre adéquatement aux deux volets composant le projet CAP-Santé, soit la formation et l'encadrement des participants offerts dans le cadre du projet, trois programmes d'enseignement de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) ont été ciblés. Ainsi, les étudiants de troisième année d'éducation préscolaire et enseignement primaire (ÉPEP), d'éducation physique et à la santé (ÉPS) ainsi que d'adaptation scolaire et sociale (ASS) ont été sollicités, soit un total de 304 étudiants. Il est ici nécessaire de souligner que le cheminement initial des étudiants d'ÉPS prévoit un cours de 4 crédits liés à l'ÉS alors que les étudiants d'ÉPEP et d'ASS n'ont pas, au cours de leur formation initiale, de crédits spécifiques à cet objet d'apprentissage. Malgré une divergence à l'égard de la formation initiale chez les étudiants des trois programmes ciblés, CAP-Santé aura offert une formation unique afin d'encourager une collaboration extra-programme entre les participants et de mieux saisir les effets liés au projet-pilote. Ainsi, en plus d'œuvrer au primaire, les étudiants des trois programmes concernés sont en stage au même moment, soit pendant 8 semaines à l'automne 2008, ce qui n'est pas le cas pour les autres cohortes. De plus, l'information fournie par des étudiants ayant accompli plus de la moitié de leur formation universitaire serait davantage révélatrice et permettrait de mieux dégager les éléments en réponse aux questions de l'étude, puisqu'ils ont déjà des stages à leur actif et pour la majorité des expériences de travail en milieu scolaire. Ils sont donc plus sensibles aux réalités du milieu.

Ajoutons que les étudiants que l'on retrouve dans ces programmes sont parmi les intervenants touchés par la problématique de l'inclusion de l'ÉS dans le milieu

scolaire et y seront confrontés au cours de leur carrière professionnelle, ne serait-ce que par le DFG *Santé Bien-être*.

Ainsi, chacun des groupes de troisième année des trois programmes visés a été rencontré, afin de lui présenter en quoi consiste le projet CAP-Santé. Un bref survol des implications et des services offerts lui était donc exposé. De ces premières rencontres, 61 étudiants ont démontré leur intérêt à participer au projet CAP-Santé. Ainsi, puisque nous nous situons dans une étude descriptive, réalisée dans le cadre d'un projet-pilote, la population à l'étude représente l'ensemble des étudiants intéressés. Cette information devra nécessairement être prise en considération au moment de l'interprétation des résultats, puisqu'elle implique un biais de sélection.

3.3.2. Stratégies de recrutement et modalités de sélection

Deux stratégies furent utilisées afin de recruter tous les étudiants intéressés à participer à CAP-Santé et d'assurer la sélection des étudiants qui allaient constituer l'échantillon. D'abord, suite à la rencontre des groupes ciblés et afin de pouvoir communiquer avec les étudiants intéressés à participer à CAP-Santé, chacun des étudiants intéressés (n=61) au projet aura pris soin de remettre son adresse courriel, que les chercheurs se sont engagés à garder confidentiel. Cette liste de courriels aura ensuite permis d'organiser une première rencontre, à un moment qui devait convenir à un maximum d'étudiants. Cette rencontre aura servi à la construction de l'horaire des formations, selon les disponibilités de chacun. Ces formations furent établies à raison d'une rencontre-midi par semaine, pendant six semaines, et ce, à deux moments différents à chaque semaine, afin encore une fois, qu'une majorité d'étudiants puissent y assister. Aussi, lors de cette première rencontre, le détail des éléments qui constituent cette étude a été précisé, la problématique de laquelle découle Cap-Santé fut définie ainsi que ses objectifs. Suite à cette première rencontre, certains participants se sont désistés, entre autres, par manque d'intérêt pour le projet proposé, mais pour la majorité, par conflit d'horaire. Il aura été pour les responsables

du projet-pilote, un réel défi d'établir cet horaire considérant la réalité des programmes de formation initiale déjà surchargés et les sessions intensives qu'oblige le stage. Ainsi, plusieurs étudiants intéressés n'ont pu trouver le temps de participer à CAP-Santé. À l'origine du projet-pilote, l'objectif était de réaliser CAP-Santé auprès de 18 étudiants regroupés en triades, chaque triade composée d'un étudiant de chaque programme se retrouvant dans un même milieu de stage. Toutefois, le projet tel que réalisé diffère du projet planifié, puisque 19 étudiants ont suivi la formation, chacun ayant réalisé leur stage dans une école différente excepté pour deux étudiants d'éducation physique et à la santé. Cet échantillon est présenté au tableau 3.3.

Tableau 3.3
Description de l'échantillon total du projet-pilote CAP-Santé (n=19)

Programme	Sexe	Femmes	Hommes	Total
Éducation préscolaire enseignement primaire		6	0	6
Éducation physique et à la santé		5	2	7
Adaptation scolaire et sociale		6	0	6
Total		17	2	19

3.3.3. Volet quantitatif : l'étude avant-après par questionnaire

Cette section présente et justifie la pertinence du questionnaire dans le cadre de cette étude en faisant référence à l'échantillon, à sa construction, à la collecte des données et à son analyse. Ainsi, le questionnaire est une façon simple et efficace de mesurer les effets d'une intervention afin de répondre à cette étude. Le questionnaire fût distribué en deux temps, une première fois à la deuxième semaine de la formation

et une seconde fois, à la fin du stage, permettant ainsi la comparaison avant-après la participation à CAP-Santé.

3.3.3.1. Nombre de sujets et justifications

Tel que le présente le tableau 3.4, sur une possibilité de 19 participants, trois sujets ayant assisté aux formations offertes ont oublié ou refusé de répondre au questionnaire prétest (n=16). À ces trois personnes s'ajoute un participant s'étant désisté du projet-pilote CAP-Santé au moment de répondre au post-test (n=15). L'échantillon final du devis quantitatif est donc composé de quinze participants.

Tableau 3.4
Description de l'échantillon au prétest et au post-test

Programme	Prétest			Post-test		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Éducation préscolaire et enseignement primaire	0	5	5	0	5	5
Éducation physique et à la santé	1	5	6	2	5	7
Adaptation scolaire et sociale	0	5	5	0	3	3
Total	1	15	16	2	13	15

3.3.3.2. Déroulement de la collecte de données

Élaboration du questionnaire

Selltiz, Wrightsman et Cook (1977) suggèrent quatre étapes d'élaboration d'un questionnaire que les chercheurs doivent suivre :

- A. *Les décisions se rapportant au contenu des questions : la formulation du problème précis à résoudre sert de point de départ pour l'élaboration du questionnaire.*
- B. *Les décisions se rapportant à la formulation des questions.*
- C. *Les décisions se rapportant à la forme de réponse à la question.*
- D. *Les décisions se rapportant à la place des questions dans la liste.*

A. Les décisions se rapportant au contenu des questions

Afin de cibler l'information à chercher, nous nous sommes, entre autres, inspirées d'échelles de mesures existantes sur le sentiment d'auto-efficacité (Dussault, Villeneuve et Deaudelin, 2001 ; Gibson et Dembo, 1984 ; Deaudelin, Dussault, Brodeur, 2002), de la recension des écrits sur les compétences professionnelles à développer en ÉS, et d'autre part, de l'orientation et des objectifs établis au moment de l'élaboration de la formation. Une liste de questions a ensuite été construite, comprenant tous les aspects et les thèmes nécessaires à évaluer au travers de ce projet-pilote, suite à quoi la première ébauche du questionnaire a été élaborée.

B. Les décisions se rapportant à la formulation des questions

Selltiz, Wrightsman et Cook (1977) parlent ici d'un problème d'interprétation et d'ambiguïté que peut rencontrer le participant en répondant au questionnaire. Nous avons dû, à cette étape, nous assurer que les questions, une fois formulées, étaient à un niveau de langage adéquat et n'influençaient pas le participant au moment d'y répondre. Prenant ces éléments en considération, nous avons consulté des échelles de mesures valides sur le sentiment d'auto-efficacité en enseignement, nous avons fait une relecture du questionnaire et avons discuté des termes qui semblaient inadéquats pour finalement apporter quelques changements à la première ébauche du questionnaire.

C. Les décisions se rapportant à la forme de réponse à la question

Plusieurs choix de forme de réponse à la question s'offrent à nous, telles les échelles nominales, d'intervalles et de rapports (Howell, 1998). Notre choix s'est arrêté sur les questions à échelle ordinale, soit sur une échelle de 1 à 10, un étant le plus bas niveau et dix le niveau le plus élevé. Ce type de réponse nous permettait d'apprécier l'opinion ou le degré d'accord avec l'affirmation du répondant lui laissant suffisamment d'espace pour permettre de se situer sur cette échelle (Delory, 2003).

D. Les décisions se rapportant à la place des questions dans la liste

À cette étape, nous devons nous demander si le contenu des questions précédentes pouvait influencer la réponse aux questions subséquentes, ce qu'on appelle l'effet de « halo ». Selon Selltiz, Wrightsman et Cook (1977), il est recommandé de débiter le questionnaire avec des questions simples et objectives. Le répondant serait ensuite mieux disposé à répondre aux questions plus personnelles et subjectives. Il est aussi important de s'assurer de l'intérêt du répondant pour chacune des questions en tentant de regrouper les questions portant sur un même thème et en évitant de constamment changer de format de question (Delory, 2003).

Description du questionnaire

Bien des échelles de sentiment d'auto-efficacité, principalement en anglais, existent. Il a fallu les adapter aux besoins de l'étude. Le lecteur trouvera le questionnaire utilisé dans le cadre de CAP-Santé en Annexe A du document. Ainsi, l'élaboration du questionnaire devait se faire en tenant compte des objectifs spécifiques de l'étude, en plus d'être basée sur les questionnaires validés de Dussault, Villeneuve et Deaudelin (2001) et de Gibson et Dembo (1984). En plus des mesures d'effets retenus, ce questionnaire aura aussi permis de recueillir des données sur les variables descriptives telles que le sexe et le programme d'étude du participant.

1) Sentiment d'auto-efficacité à l'égard de son rôle en ÉS : Cette échelle est constituée de sept énoncés, tous des indicateurs de compétences à développer en ÉS, tels que « je me sens capable d'identifier les objets d'apprentissage à viser en éducation à la santé en fonction des besoins de mes élèves » et « je me sens capable de faire le lien entre cet objet d'apprentissage et le programme de formation de l'école québécoise (savoirs essentiels, compétences transversales) ». Le participant devait indiquer sur une échelle de 1 à 10 son degré d'accord avec chacun des sept énoncés (1 = Pas du tout d'accord à 10 = Tout à fait d'accord). La consistance interne globale de cette échelle est de 0,93 au prétest et de 0,87 au post-test. Le score moyen de l'échelle, obtenu par le calcul de la moyenne des scores sur les sept énoncés varie de 1 à 10, (1) signifiant un « sentiment d'auto-efficacité à l'égard de son rôle en ÉS faible » et (10) signifiant un « sentiment d'auto-efficacité à l'égard de son rôle en ÉS élevé ».

2) Sentiment d'auto-efficacité à l'égard du partenariat : Cette échelle compte sept énoncés, chacun lié aux compétences à développer à l'égard du travail en partenariat et permettant de mesurer le sentiment d'auto-efficacité associé. La réponse du participant devait indiquer sur l'échelle de 1 à 10 son degré d'accord avec ces énoncés (1 = Pas du tout d'accord à 10 = Tout à fait d'accord) tels que « je me sens capable de reconnaître les compétences et limites de chacun » et « je me sens capable de solliciter la collaboration d'autres personnes ». L'alpha de Cronbach obtenu est de 0,92 au prétest et de 0,91 au post-test. Le score moyen de cette échelle est calculé par la moyenne des scores pour chacun des énoncés et varie de 1 à 10, (1) signifiant un « sentiment d'auto-efficacité à l'égard du partenariat faible » et (10) signifiant un « sentiment d'auto-efficacité à l'égard du partenariat élevé ».

3) Appréciation du projet-pilote : Cette échelle est un score de satisfaction qui permet de répondre au premier objectif de l'étude, soit de décrire l'appréciation des participants à l'égard du projet CAP-Santé. Huit énoncés au post-test auront permis de mesurer cette variable. Les participants devaient, sur une échelle de 1 à 10, (1 =

Pas du tout d'accord à 10 = Tout à fait d'accord), identifier leur niveau de satisfaction au projet de la façon suivante : « Dans le cadre de CAP-Santé, j'ai reçu le soutien dont j'ai eu besoin de la part des ressources de CAP-Santé pendant mon stage » et « Dans le cadre de CAP-Santé, j'ai l'impression d'avoir beaucoup appris grâce à mon implication dans CAP-Santé ». L'alpha de Cronbach obtenu est de 0,74. Le score moyen de cette échelle est calculé par la moyenne des scores pour chacun des énoncés et varie de 1 à 10, (1) signifiant une « appréciation du projet-pilote pas du tout favorable » et (10) signifiant une « appréciation du projet-pilote tout à fait favorable ».

Déroulement de la collecte

Le questionnaire exigeait environ une dizaine de minutes pour être complété. La première passation fût effectuée au début de la deuxième rencontre, plutôt qu'au tout début de la formation afin d'assurer une meilleure validité. En effet, selon Rockwell et Kohn, (1989), cela permettait aux répondants de comprendre les concepts qui s'en dégagent de façon similaire aux chercheurs (Rockwell, Kohn, 1989). Puisque les participants ne terminaient pas leur stage au même moment et qu'il était important que le questionnaire soit répondu aussitôt le stage terminé, la deuxième passation a été assurée par un envoi électronique fait aussitôt le stage terminé permettant aux participants de compléter le questionnaire à domicile. Pour les participants prenant part à l'entretien, le questionnaire devait d'abord être rempli, afin d'éviter un biais dû aux réflexions faites pendant l'entretien. Aussi, afin d'analyser les effets pour chacun des participants, il est essentiel de pouvoir jumeler le pré et le post-test, toujours en assurant la confidentialité des participants. C'est pourquoi nous avons demandé à chaque répondant de s'identifier par un pseudonyme au moment du prétest, qu'il devait ensuite reprendre au moment du post-test.

3.3.3.3. *Analyse des données quantitatives*

Une matrice liée aux éléments contenus à l'intérieur du questionnaire a été construite à partir du logiciel SPSS où les données y ont été saisies. L'analyse renferme trois étapes : 1) vérifier la constance interne des échelles développées par l'Alpha de Cronbach ; 2) produire des statistiques descriptives sur l'ensemble des variables (moyenne, écart type, fréquences, etc.) ; 3) compte tenu de l'échantillon restreint, les tests non-paramétriques ont permis d'évaluer les effets, entre autres par le test T païré (test de la somme des rangs de Wilcoxon), et des corrélations (Howell, 1998). C'est en effet au moment de l'analyse des données que nous devons prendre ce facteur en considération et y répondre par des analyses non paramétriques qui assureront leur validité, malgré la petite taille de l'échantillon. En effet, les tests non-paramétriques « ne se basent pas sur l'estimation de paramètres et/ou sur des conditions d'application liées à des distributions » en plus de ne pas être soumis « à des conditions d'application très restrictives concernant la forme des populations dont proviennent les échantillons » (Howell, 1998). Leur emploi se justifie plutôt en fonction du type de mesure (échelles ordinales), mais aussi lorsque l'échantillon est limité. De plus, les analyses non-paramétriques ne partent pas de la prémisse que les données doivent adopter la courbe d'une distribution normale (Ramousse, Le Berre et Le Guelte, 1996).

3.3.4. **Volet qualitatif : L'entretien**

Les entretiens semi-dirigés effectués dans le cadre de cette étude s'inscrivent comme des entretiens, qui ont permis d'évaluer le projet-pilote mis en place et ciblant principalement l'appréciation de CAP-Santé, selon les participants. Ces entretiens ont aussi permis de préciser les effets perçus chez les futurs enseignants quant au projet-pilote, tout en assurant la description de leur sentiment d'auto-efficacité en ÉS et au partenariat (Godbout, Brunelle et Tousignant, 1987).

3.3.4.1. Justification de l'entretien semi-directif

Selon Poupart et al. (1997), l'entretien est le moyen par excellence pour rendre compte, avec le plus d'exactitude possible, de « la façon dont [les participants] vivent leur situation, les acteurs étant vus comme les mieux placés pour en parler », offrant un accès privilégié à l'expérience des participants. Ainsi, les participants pouvaient s'exprimer sur leur expérience, alors que le rôle de l'intervieweur était de centrer leurs propos sur leur sentiment d'auto-efficacité, tout en respectant leur logique personnelle. Un autre avantage qui ressort de l'entretien est qu'il « apparaît nécessaire parce qu'il ouvrirait la porte à une compréhension et à une connaissance de l'intérieur des dilemmes et des enjeux auxquels font face les acteurs sociaux » (Poupart et al., 1997).

Contandriopoulos et al. (2005) mentionnent que le rôle du chercheur dans un tel contexte « se limite à recueillir l'information, à stimuler la communication, à maintenir le flot d'informations sur les variables étudiées ». Deslauriers (1991) soutient que l'entretien doit permettre aux chercheurs d'en apprendre sur certains éléments qui ne sont pas directement observables « comme les sentiments, les idées, les intentions ».

Ainsi, dans le but de témoigner de l'appréciation du projet-pilote, de rendre compte de l'expérience avec le plus d'exactitude possible et de témoigner de ses effets selon la perspective des participants, l'entretien semi-directif semblait l'une des méthodes de collecte permettant le mieux de répondre à ces impératifs.

3.3.4.2. Nombre de sujets et justification

Parmi les étudiants inscrits à CAP-Santé, dix participants ont pris part à l'entretien (Tableau 3.5). Ce nombre fut suffisant pour atteindre une certaine saturation des données puisque l'information devenait répétitive (Miles et Huberman, 2003).

Poupart et al. (1997) font référence au « principe de saturation » en précisant que lorsque l'information devient répétitive, il est possible pour le chercheur de clore la collecte de données. De plus, la taille de l'échantillon, selon Delory (2003), devrait varier, selon le type d'étude; « dans une observation exploratoire, le chercheur ne vise pas des informations définitives a priori, mais plutôt des informations ». Delory (2003) poursuit en soulignant qu'une « approche exploratoire ne nécessite pas toujours un échantillon important ».

Tableau 3.5
Description de l'échantillon des participants à l'entretien

Programme	Femmes	Hommes	Total
Éducation préscolaire et enseignement primaire	4	0	4
Éducation physique et à la santé	2	1	3
Adaptation scolaire et sociale	3	0	3
Total	9	1	10

3.3.4.3. *Déroulement de la collecte de données*

Élaboration de la grille d'entretien

Afin de maximiser l'information amassée et de rendre compte avec le plus de justesse possible l'expérience vécue par les participants, il est évident que, comme le suggère Deslauriers (1991), les grandes lignes de l'entretien doivent être tracées, lui permettant ainsi de prendre forme selon les réponses du participant. Deslauriers (1991) précise qu'il est nécessaire pour l'intervieweur d'élaborer une grille d'entretien assurant ainsi une constance pour chacun des entretiens. Pour cette étude, la grille d'entretien a été élaborée suite à la lecture de textes sur l'ÉS, des textes sur le

partenariat de Mérini (2008) et de Zay (1994), en tenant compte du questionnaire quantitatif construit et des objectifs de l'étude. Aussi, des ouvrages sur l'entretien en recherche qualitative ont été consultés afin de mieux cibler les « lignes de conduite » essentielles à respecter par l'intervieweur (Deslauriers, 1991; Boutin, 1997). Une fois construite, cette grille aura permis de traiter des mêmes aspects d'un participant à l'autre, bien que l'information fournie sera nouvelle (Boutin, 1997).

Une première ébauche de cette grille a été construite. Les chercheurs de l'étude ont discuté de cette version et trouvé un consensus afin de préciser certains éléments pour ensuite les classer selon les thèmes abordés. De plus, tout au long de son élaboration, les chercheurs se sont assurés que la grille répondait bien aux objectifs de l'étude. Le lecteur retrouve la grille d'entretien utilisée en Annexe B. Les éléments à aborder étaient formulés sous forme de questions ouvertes, laissant le loisir aux participants de s'exprimer librement sur le sujet. Toujours selon Deslauriers (1991), il est important de tester le guide et de l'ajuster au besoin. Ainsi, d'une part, afin d'assurer la qualité de la grille d'entretien, et d'autre part, pour éviter de perdre un participant à l'entretien, l'écoute systématique du premier enregistrement fut effectuée par l'intervieweuse. Certains ajustements ont été apportés à la grille, principalement en ce qui concerne le vocabulaire utilisé pour certains énoncés.

Description de la grille d'entretien

La grille d'entretien se divise en quatre parties, chacune étant divisée en sous-points offrant ainsi à l'intervieweur un fil conducteur.

1- Description du contexte de stage : la première partie visait à recueillir de l'information sur le milieu de stage où se trouvait le participant, la description des élèves, les ressources disponibles, les projets déjà tenus dans le milieu, etc.

2- L'expérience vécue au fil du projet Cap-Santé : la deuxième partie se voulait une exploration des situations d'apprentissages mises en place en lien avec l'ÉS et les collaborations qu'elles ont nécessitées. Cette section permettait aussi d'en

apprendre davantage sur les éléments facilitateurs et ceux qui sont venus entraver cette implantation.

3- L'évolution dans les représentations des participants de l'ÉS et du partenariat: la troisième partie aura permis d'explorer les représentations que se font les participants des concepts d'éducation à la santé et de partenariat, ainsi que les apprentissages réalisés.

4- L'appréciation de CAP-Santé: La quatrième section permettait aux participants de jeter un regard critique sur l'expérience qu'ils ont vécue dans le cadre du projet-pilote, tant sur la formation reçue que l'encadrement offert.

Finalement, la dernière question permettait aux participants d'ajouter tout élément considéré important ou dont il n'avait pas, ou peu, été question au cours de l'entretien.

Déroulement de la collecte

Les entretiens, d'une durée d'environ 60 minutes chacun, ont été effectués sur un intervalle de deux mois, débutant dès la fin du stage. En effet, les participants à l'entretien, pris entre les travaux de fin de session, un stage et les congés de Noël, avaient des disponibilités assez restreintes, auxquelles il aura fallu s'ajuster. Toutefois, cela nous aura laissé le temps de revenir sur chacun des entretiens afin d'assurer leur contrôle comme il a été mentionné précédemment. Les propos des participants aux entretiens ont été enregistrés sur des enregistreuses audio-numériques, pour ensuite être retranscrits intégralement.

3.3.4.4. Analyse des données qualitatives

C'est au moment de l'analyse des données que « les efforts du chercheur pour découvrir les liens à travers les faits accumulés » sont sollicités (Deslauriers, 1991). Deslauriers (1991) ajoute que « le meilleur outil de l'analyse est encore la lecture, la

relecture et la re-relecture des notes prises au cours des observations et des entrevues ». D'un auteur à l'autre, les étapes et les méthodes d'analyse se rejoignent. Pour les fins du présent mémoire, nous avons adhéré aux trois étapes proposées par Miles et Huberman (2003) : 1) la condensation des données, c'est à cette première étape que s'est fait le codage et le regroupement des données selon les thèmes repérés, permettant la simplification des données brutes vers des données plus opérationnelles; 2) la présentation des données, cette deuxième étape renvoie à la réduction des données afin de mieux les structurer et de les simplifier permettant un traitement de l'information plus efficace; 3) l'élaboration et la vérification des conclusions est l'étape où le chercheur donnera un sens à ces données, en notant les convergences et en précisant leurs significations. Il est important de souligner qu'une grille de codification mixte a été utilisée, puisqu'une section en lien avec les variables quantitatives et les concepts théoriques de l'étude était pré-déterminée, alors qu'une autre était plutôt ouverte, permettant ainsi à certaines catégories d'émerger. Les analyses qualitatives auront été réalisées grâce au logiciel NVivo 7.0 par l'agente de recherche, ayant déjà de l'expérience dans l'analyse de contenu, et validées par deux chercheures. Une mise en commun des résultats obtenus à partir de ces deux méthodes a permis de consolider, mettre en perspective et enrichir les résultats de l'étude, en plus d'ajouter à sa rigueur et à sa validité (Creswell, 2009).

3.4. ASPECTS ÉTHIQUES

Certaines considérations déontologiques ont été prises dans le cadre de l'étude présentée. Bien que cette étude ne comportait pas de risques réels, les participants nécessitaient d'y investir du temps afin d'assister aux formations, d'implanter un projet d'éducation à la santé, de répondre aux questionnaires avant/après et de participer à l'entretien semi-directif. Ainsi, une demande d'approbation éthique a été

déposée au comité d'éthique du Département de Kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal afin d'évaluer l'étude proposée.

Rappelons que, la participation au volet évaluatif du projet-pilote Cap-santé était totalement libre, proposée sans pression et décidée de façon éclairée. Ainsi, lors de notre première rencontre avec les participants, les différents aspects éthiques ont été abordés et un formulaire de consentement écrit devait être signé par chacun (Annexe C). Les participants furent avisés des objectifs spécifiques, des méthodes de collecte et des retombées de l'étude. Les instruments de mesure assuraient la confidentialité des participants au moment de l'analyse, par l'utilisation de pseudonymes pour transcriptions d'entretiens ainsi que la confidentialité des informations recueillies. Les données, conservées sur un ordinateur de la Chaire de recherche du Canada en Éducation à la Santé, nécessitent un code d'accès afin d'être consultées. Ces données seront d'ailleurs utilisées uniquement pour la rédaction du mémoire et la diffusion scientifique, pour ensuite être détruites. Finalement, les chercheurs restent disponibles afin de répondre à toutes inquiétudes ou questions formulées par les participants de l'étude et ces derniers pouvant être référés à des services professionnels, au besoin.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Les projets développés par les participants représentent un résultat intéressant de la formation qu'il est nécessaire de souligner. La section des résultats comprend deux parties. La première partie présente les milieux de stage des participants et les projets réalisés puisque la deuxième partie présente l'intégral de l'article tel que soumis et accepté à la revue *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Éducation*. Cet article présente les résultats de l'étude qui permettent de décrire l'appréciation que font les participants de CAP-Santé et d'évaluer les effets à court terme du projet-pilote sur le sentiment d'auto-efficacité des participants.

4.1. DESCRIPTION DES MILIEUX ET DES PROJETS RÉALISÉS PAR LES PARTICIPANTS

Les entretiens réalisés ont donné accès à des informations, permettant de bien documenter les projets que les dix participants à l'entretien ont réalisé ainsi que leur milieu de stage. Les projets réalisés par les cinq répondants au post-test qui n'ont pas réalisé l'entretien sont résumés de façon plus succincte, l'information à propos de ces projets n'étant décrits que dans le journal de bord de la coordonnatrice de CAP-Santé.

4.1.1. Anaïs

Anaïs, une étudiante en éducation préscolaire et enseignement primaire, a fait son stage dans une école de la Commission Scolaire Saint-Hyacinthe. Dans sa classe multi-niveau on retrouve 11 élèves de première année et 7 élèves de deuxième année. Anaïs souligne que les élèves qui fréquentent cette école viennent principalement de familles monoparentales peu favorisées. Certains élèves de la classe d'Anaïs doivent,

malgré leur jeune âge, se préparer seuls le matin, le parent étant déjà au travail ou ayant quelques difficultés à s'occuper de son enfant. Soulignons aussi que cette école est située aux abords d'importantes artères de la ville et les enfants qui la fréquentent vivent dans le même quartier et ont peu accès à des espaces verts.

Cette petite école d'environ 300 élèves a défini quatre grandes orientations à l'intérieur de son projet éducatif :

- Une école qui s'adapte aux besoins des élèves, en respectant le rythme de chacun;
- Une école qui vise le développement de compétences durables;
- Une école qui est un milieu de vie stimulant et sécuritaire pour tous les élèves;
- Une école qui développe des relations harmonieuses entre les élèves et le personnel.

Faisant suite à ce projet éducatif, l'école a implanté de nombreux projets d'éducation à la santé tel que Québec en Forme et Agir Autrement qui, selon Anaïs, sont bien visibles. L'école offre aussi de nombreux services professionnels à sa clientèle. Anaïs souligne d'ailleurs que par ses nombreuses interventions, ce milieu scolaire très actif, est peut-être même saturé.

Anaïs, en stage dans une classe multi-niveau de premier cycle, a souhaité travailler la *sensibilisation des élèves à l'image de soi* chez les élèves de sa classe. Par ce projet, elle répond au problème formulé par son enseignante associée. Considérant l'âge de ses élèves, Anaïs dit avoir donné une orientation très imagée à son projet, en plus de l'intégrer au travers de différents domaines d'apprentissage, particulièrement par le français et l'éthique culturelle et religieuse. Ainsi, Anaïs souhaitait amener l'enfant à s'exprimer, qui est selon la participante, une excellente façon de lui permettre de mieux comprendre les concepts qui se dégagent des activités.

- Activités réalisées :

1 - Les élèves devaient d'abord répondre à un questionnaire et faire un dessin sur leur monde intérieur (comment ils se voient, ce qu'ils aiment, ce qu'ils n'aiment pas, etc.) pour ensuite présenter leur monde intérieur à quelques camarades de classe.

2 - Atelier de mimes sur les sentiments : quels sont les différents sentiments; que ressent-on par ces sentiments; comment contrôler certains sentiments. Cette activité avait pour objectif de sensibiliser l'enfant aux sentiments qu'il peut vivre et ressentir.

3 - La discrimination : le thème de la discrimination a été abordée par un livre de lecture. Malgré que ce thème soit un peu complexe à traiter pour des enfants de cet âge, particulièrement en si peu de temps, ce thème a laissé place à d'intéressantes discussions. En effet, les élèves de la classe étaient en mesure de faire des liens concrets entre la réalité des enfants immigrants dans la classe et la discrimination dont ils peuvent être victimes.

4 - Anaïs souhaitait terminer son stage par une murale et l'exposer dans les corridors de l'école afin que le projet prenne plus d'ampleur et qu'il devienne une fierté pour les enfants de la classe. Toutefois, par manque de temps, cette activité qui a été planifiée, n'a pu être réalisée.

4.1.2. Camille

Camille, étudiante en éducation physique et à la santé, a réalisé son stage dans une école d'environ 500 élèves allant de la maternelle à la sixième année, sans oublier les classes d'adaptation scolaire et les classes d'accueil. Les jeunes immigrants venant d'arriver au pays représentent une forte proportion de la clientèle de l'école qui se qualifie d'ailleurs d'institution multiethnique.

Cette école de la Commission Scolaire Pointe-de-l'Île, en plus de s'inscrire dans l'approche «École en santé», a mis sur pied de nombreux projets d'ÉS : ISO-

Actif, projet contre la discrimination, Vers le Pacifique, et de nombreux services pédagogiques, Évidemment, certains de ces projets sont plus visibles que d'autres à l'intérieur des murs de l'école. Malgré tout, on comprend que l'école se donne une orientation d'éducation à la santé et est très active à ce niveau. À l'intérieur de son projet éducatif, l'école souligne vouloir s'engager à favoriser un milieu de vie stimulant permettant aux élèves de devenir des citoyens respectueux et engagés par le vécu de projets rassembleurs. Le projet de Camille s'inscrit sous cette orientation.

Le projet implanté par Camille vient en réponse à un besoin formulé par le milieu, en plus de s'inscrire dans les visées du projet éducatif de l'école. Ainsi, dix élèves de 4^e année ont été sélectionnés par leur titulaire de classe pour participer au projet, la majorité d'entre eux ayant des problèmes d'esprit sportif. Le projet « Unis Vers le Sport » avait comme objectif d'amener l'élève à améliorer ses habitudes de vie sur le plan social. À la fin du projet, les participants devaient être en mesure de : connaître et comprendre les règles de l'esprit sportif.

- Activités réalisées :

5 rencontres de 1 heure avec les élèves (30 minutes en classe et 30 minutes en gymnase)

1- En classe: explication du concept d'*esprit sportif* et les règles à respecter.
Signature d'un contrat d'engagement au projet.

Au gymnase: le nœud humain; comprendre l'importance du travail d'équipe et du respect d'autrui.

2- En classe: discussion sur le thème : Qu'est-ce qu'une équipe où les joueurs travaillent pour leur gloire personnelle?

Au gymnase: ballon magique; comprendre l'importance du travail d'équipe et du respect des règles.

3- En classe: respect des règles : que gagne-t-on en trichant?

Au gymnase: la règle secrète : comprendre l'importance du respect des règles et du respect d'autrui.

4- En classe: respect d'autrui: que peut-on faire pour régler un conflit?

Au gymnase: soccer auto-arbitré; retour sur les règles des rencontres précédentes.

5- En classe: retour sur les apprentissages et création d'aide-mémoire.

Au gymnase: remise de certificats de mérite.

Aux rencontres 2, 3 et 4, les dix participants au projet ont pu inviter chacun un ami à la rencontre, afin d'élargir la portée du projet. À chaque semaine, l'élève avec le meilleur esprit sportif de chacune des classes est récompensé, ayant le droit de passer une récréation au gymnase, à faire l'activité de son choix avec un ami. Finalement, lors de la dernière rencontre, les élèves ont reçu un portfolio incluant les activités et renseignements vus à chacune des rencontres. Soulignons que les deux titulaires des classes de 4^e année se sont impliquées dans le projet et ont apporté leur soutien à Camille.

4.1.3. Joëlle

Joëlle, étudiante en adaptation scolaire et sociale, a réalisé son stage dans une école de la Commission Scolaire de Laval située dans un joli quartier résidentiel. Cette école est fréquentée par environ 350 élèves d'un milieu socio-économique moyen. Le projet éducatif donne trois principales orientations aux acteurs du milieu, soit la créativité, le respect de soi et des autres ainsi que l'engagement. Afin de répondre à ces orientations, il semble que le domaine artistique soit bien présent dans l'école, particulièrement dans le but de travailler l'estime de soi. Divers projets s'adressant à l'ensemble des élèves prendront aussi place, tel « Moi j'croque », le tour du Québec à pied, une boîte à Lunch Santé ainsi que plusieurs activités parascolaires

offertes. Certains élèves de la classe de Joëlle participent d'ailleurs à ces activités parascolaires.

Dans son cas, Joëlle a fait son stage dans l'une des trois classes d'adaptation scolaire. Ses 15 élèves en trouble d'apprentissage sont âgés entre 11 et 12 ans et ont du mal à atteindre les objectifs scolaires de la quatrième année. Ajoutons à cela six élèves avec un trouble d'hyperactivité et sous médication. Joëlle ne rapporte aucun trouble de comportement parmi ses élèves, malgré que l'ensemble de la classe nécessite un encadrement particulier.

Le projet implanté par Joëlle vient en réponse à un besoin formulé par l'enseignante associée, soit d'éveiller les élèves en début de journée par une routine d'activation et leur permettre de se détendre en après-midi par une routine de relaxation. De plus, Joëlle souligne que par son implantation, ce projet s'inscrit de façon transversale puisqu'il s'insère dans divers domaines d'apprentissage. L'ensemble des élèves de la classe de Joëlle ont participé à la réalisation du projet, soit les élèves d'une classe en difficulté grave d'apprentissage. Ainsi, le projet avait pour objectif premier d'amener les élèves à développer des stratégies de concentration.

- Activités réalisées :

- 1- Compréhension de lecture sur l'importance d'une routine de détente, situation d'écriture sur la pertinence d'une routine d'activation et réalisation d'une carte sémantique pour bien saisir la vision des élèves sur ces éléments;
- 2- Présentation du projet aux élèves, les objectifs pédagogiques et les résultats attendus sur le comportement des élèves;
- 3- En équipe, élaboration d'une routine de relaxation ou d'activation : recherche d'information, collaboration, création d'affiches, etc.;

5- Préparation de petits exposés expliquant les routines. Cette activité devait avoir lieu avec l'enseignante d'art dramatique, toutefois celle-ci s'est désistée, c'est donc Joëlle l'a préparée;

6- Pour Joëlle, le projet s'est achevé par un exposé devant l'ensemble des classes d'adaptation scolaire de l'école, une véritable fierté pour les élèves de la classe.

Afin de répondre aux particularités de la clientèle de sa classe, Joëlle souligne qu'il est plus simple de leur offrir une structure et des lignes directrices établies. Finalement, tant l'enseignante associée que les élèves souhaitent la poursuite du projet dans la classe.

4.1.4. Justine

Justine, étudiante en adaptation scolaire et sociale, a réalisé son stage dans une école située en plein centre de l'île de Montréal sur le territoire de la Commission Scolaire de Montréal. Cette école accueille une clientèle en déficience intellectuelle et troubles associés. Étant une école spécialisée, les élèves qui la fréquentent proviennent du vaste territoire de la Commission Scolaire de Montréal, le milieu socio-économique étant ainsi très diversifié d'un élève à l'autre. La classe de Justine est constituée de huit élèves, cinq avec des troubles de comportements et trois beaucoup plus calmes. Avec cette clientèle plutôt impulsive, Justine devait travailler dans le concret et limiter la longueur des explications ainsi que des discussions de groupe. Cela expliquerait pourquoi les acteurs du milieu préfèrent ne pas implanter de projet à l'envergure de l'échelle, ce qui laisse la place aux projets de la classe. À l'intérieur de son projet éducatif, l'école véhicule trois valeurs, la connaissance, la confiance et l'expression de soi. Le projet de Justine a d'ailleurs pris cette orientation, puisque c'est aussi à ce niveau que se situent les plus importants besoins.

Le projet de Justine répond aux orientations définies à l'intérieur du projet éducatif de l'école, soit la diminution des comportements agressifs par une gestion de classe encadrante et le respect des autres et la prévention des gestes d'agressions en misant sur la socialisation et l'adoption de comportements adéquats.

-Activités réalisées :

- 1- Lecture du livre *Une très très grosse colère*; relever les gestes d'une personne en colère et d'une personne calme; identification des conséquences pour les personnes entourant la personne en colère; exploration de l'outil de tempérament du moment; feux vert, jaune et rouge qui permettent de qualifier son tempérament du moment et à mieux gérer ses émotions;
- 2- Relever les moyens qui permettent à une personne de se calmer et construction d'un aide-mémoire à l'ordinateur qui rappelle ces moyens à privilégier;
- 3- Lecture du livre *Grosse colère*; relever les gestes de la personne en colère; relever les moyens qu'elle a utilisés pour se calmer; trouver un signe commun qui pourra remémorer à la personne en colère de prendre des moyens pour se calmer.

Le projet n'a pas été poursuivi après le départ de Justine, puisque l'enseignante associée souhaitait se concentrer sur d'autres priorités. De plus, Justine souligne que l'impact chez les élèves n'a pas été celui attendu, faute de temps et compte tenu de la complexité de la problématique ciblée. Il faut tout de même mentionner qu'un élève participant au projet a amélioré certains comportements à l'aide de l'outil de tempérament construit au travers du projet. Il semble désormais que cet enfant arrive un peu mieux à exprimer ses émotions.

4.1.5. Kloé

Kloé, étudiante en éducation préscolaire et enseignement primaire, a fait son stage dans une classe de 5^e année d'une école de grosseur moyenne située sur la Rive-Sud de Montréal. Cette école primaire très défavorisée (indice de défavorisation 9) a une proportion élevée d'élèves afghans. Au cours de son stage, Kloé a d'ailleurs remarqué l'absence de certains élèves aux moments des fêtes religieuses. Aussi, dans sa classe, Kloé retrouve un élève en difficultés graves d'apprentissage, qui est aussi le plus sportif du groupe et le projet que Kloé souhaite implanter favorisera l'implication de cet élève.

D'un point de vue plus général sur l'école, il semble que peu d'élèves pratiquent l'activité physique à l'extérieur du cadre scolaire, en raison du contexte socio-économique et pour des raisons familiales. À l'intérieur de son projet éducatif, l'école mise beaucoup sur l'importance des trois repas par jour et de bien manger, en plus de l'approche «École en santé» à laquelle l'école adhère. Toutefois, Kloé souligne qu'aucun signe dans l'école ne semble faire foi de cette approche, ni d'aucun autre projet d'éducation à la santé, mis à part le Club des petits déjeuners. Kloé souligne aussi que la direction et les acteurs du milieu ne semblent pas désirer s'impliquer davantage.

Le projet implanté par Kloé répond aux besoins des élèves de la classe en plus de répondre aux orientations définies par le projet éducatif de l'école, qui est de favoriser le bien-être physique chez les élèves. Ainsi, le projet de « Devoirs actifs » offert à l'ensemble des élèves de sa classe souhaite répondre au manque d'autonomie des élèves dans la pratique d'activités physiques à l'extérieur de l'école. Le projet a pour objectifs de: 1) donner le moyen aux élèves de développer leur autonomie; 2) donner le goût de bouger aux élèves lorsqu'ils sont à la maison.

- Activités réalisées :

1- Amorce du projet à partir de la réalité des élèves; *tempête d'idées* sur les effets de l'activité physique et *présentation du projet*.

2- Formation des équipes et signature du *contrat d'engagement*.

3- Entrevue par les élèves avec l'enseignant en éducation physique pour connaître les éléments essentiels à la création d'un programme d'activités physiques individualisé et réalisable à la maison.

4- Création du devoir actif:

- Création des programmes d'activités physiques à l'aide d'une grille pré-établie à compléter;
- Consultation auprès d'un spécialiste en kinésiologie;
- Expérimentation du programme à la maison;
- Vérification en classe quant à l'expérimentation du programme à la maison.

5- Compréhension de lecture:

- Textes informatifs ou narratifs sur les bienfaits de l'activité physique;
- Oraux en dyades sous forme de capsules d'informations.

6- Remise de méritas.

L'enseignante associée n'a pas poursuivi le projet suite au départ de Kloé. Par contre, l'éducateur physique a trouvé intéressant le projet implanté et souhaite reprendre les grandes orientations avec l'ensemble de ses groupes.

4.1.6. Jacob et Alice

Jacob et Alice sont étudiants en éducation physique et à la santé et ils ont réalisé leur stage dans une école d'environ 500 élèves, enseignant en « team-teaching » aux élèves de maternelle à sixième année, incluant les deux classes d'adaptation scolaire et sociale. L'école est située dans un quartier résidentiel aux

abords du quartier industriel de la ville et selon Jacob et Alice, l'école est un joli milieu scolaire qui offre un bel environnement. Les élèves qui la fréquentent proviennent en majorité de familles socio-économiques moyennes.

Cette école de la Commission Scolaire des Affluents ne semble pas tenir de projets d'ÉS à l'envergure de l'école. Bien qu'on y retrouve des affiches de « Vers le Pacifique » et qu'on parle du projet Grands-frères Grandes-sœurs dans la cour de récréation, Jacob et Alice s'entendent pour dire qu'aucun de ces projets ne semble vraiment implanté dans l'école. De plus, les participants soulignent qu'ils ignorent si certaines initiatives sont tenues à l'intérieur de la classe. Le projet éducatif de l'école est en développement depuis la visite des stagiaires dans le milieu, soit depuis l'automne 2008. Ainsi, il n'est pas possible de définir quelle orientation prendra cette école et la place qu'elle réserve à l'ÉS.

Le projet implanté par Julien et Alice vient en réponse à un besoin formulé par la direction du milieu, soit d'encourager l'utilisation du corridor scolaire. Le projet « En marche vers la santé » avait comme objectif de valoriser l'utilisation du corridor scolaire déjà en place et d'amener l'élève à pratiquer la marche afin de se rendre à l'école, par le moyen d'activités de sensibilisation et de dîners conférence.

- Activités réalisées :

1- Marche du matin :

- Mardi et jeudi matin : marche de quinze minutes (environ 1 km);
- Heure de départ du point de rencontre : 7h30;
- Environ 30 élèves inscrits au projet participent aux marches matinales, en plus des frères et sœurs qui se sont joints au projet.

2- Dîners rencontres :

- 5 midis-rencontres :

- Thèmes abordés : bienfaits de la marche sur la santé; bonne alimentation et adéquate; l'environnement et tenue vestimentaire;
- Les rencontres ont lieu dans le gymnase;
- Environ 20 élèves ont participé à l'ensemble des midi-rencontres.

Le projet « En marche vers la santé » s'adressait aux élèves de 4^e, 5^e et 6^e année vivant à proximité de l'école puisque les élèves qui bénéficiaient du transport scolaire ne pouvaient se rendre au point de départ des marches matinales. Les frères et sœurs plus jeunes des élèves participant étaient invités à se joindre au club, afin d'élargir la portée du projet. Le club de marche semble, selon Jacob et Alice, avoir fait boule de neige auprès des élèves de l'école en gagnant en popularité. L'objectif de valorisation du corridor scolaire semble donc atteint au grand plaisir des deux stagiaires. Toutefois, le projet ne pourra persister après le départ des stagiaires, n'ayant pas de partenaires suffisamment impliqués pour en assurer la pérennité. Au terme du projet, le club de marche aura démontré que l'implantation de projets d'envergure est possible dans le contexte d'une école où les initiatives sont inexistantes.

4.1.7. Mélodie

Mélodie, étudiante en éducation physique et à la santé, a réalisé son stage dans une école auprès d'élèves de la première à la cinquième année. Cette petite école, située dans un quartier résidentiel de Verdun, accueille une seule classe spéciale en troubles d'apprentissage et troubles associés. Cette classe serait d'ailleurs, selon Mélodie, bien intégrée à la communauté scolaire. Mélodie souligne que les élèves qui fréquentent l'école proviennent de milieu défavorisé (indice de défavorisation de 10). Ainsi, l'école a mis sur pied divers projets afin de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain et actif et d'offrir aux élèves l'encadrement qu'ils ne retrouvent pas tous à la maison.

Cette école de la Commission Scolaire Marguerite-Bourgeois définit dans son projet éducatif trois grandes orientations : permettre à l'élève de s'ouvrir sur la culture de son milieu, le monde qui l'entoure ainsi que ses grands enjeux ; développer chez les élèves des relations interpersonnelles harmonieuses ; mettre en place des conditions favorisant l'épanouissement du potentiel de chacun. L'ensemble de ces orientations peuvent se traduire, entre autres, par la participation active de l'élève afin d'accroître sa réussite et c'est dans cet angle qu'a été développé le projet de Mélodie.

Le projet implanté par Mélodie répond aux besoins des élèves de la classe, en plus de répondre aux orientations définies par le projet éducatif de l'école. Ainsi, par son projet, Mélodie souhaite sensibiliser ses élèves à l'importance du petit déjeuner en plus de leur donner des outils, tout en considérant leur réalité. L'accessibilité du partenariat qu'offrait le titulaire de classe a amené Mélodie à développer un projet d'ÉS qui s'adressait aux élèves du 3^e cycle, soit aux élèves de la classe de cinquième année. Mélodie souligne toutefois qu'avec certains ajustements, le projet serait réalisable à tous les niveaux.

- Activités réalisées :

- 1- Deux capsules par semaine en lien avec le projet afin de développer les connaissances de base : guide alimentaire canadien, grosseur des portions, dégustation, valeur nutritionnelle des aliments, etc;
- 2- En équipe, rédaction du menu-matin. Ces menus-matin devaient être abordables, originaux et inclure des aliments des quatre groupes alimentaires;
- 3- En équipe, rédaction des conseils-nutrition;
- 4- Rencontre d'une nutritionniste et approbation des menus-matin et conseils-nutrition;
- 5- Mise en ligne sur le portail de l'école de l'ensemble des menus-matin et conseils-nutrition;

6- Remise du livre de recettes aux élèves de la classe.

Le partenaire de Mélodie s'est suffisamment impliqué afin d'assurer la poursuite du projet après le départ de la stagiaire. Mélodie souhaite que son projet prenne plus d'ampleur malgré son départ et qu'à chaque année les nouveaux menus développés soient ajoutés au livre de recettes et que chaque élève de l'école possède son propre livre de recettes abordables, originales, nutritives et délicieuses.

4.1.8. Marie

Marie, étudiante en éducation préscolaire et enseignement primaire, a réalisé son stage dans une classe de sixième année d'une école de la Rive-sud de Montréal. Cette école favorisée (indice de défavorisation de 2) accueille de nombreuses classes d'élèves nécessitant des services particuliers : problèmes de comportement, problèmes de motricité, difficultés d'apprentissage, etc. L'école se donne d'ailleurs l'important mandat d'une intégration à tous les égards et propose à l'intérieur de son plan de réussite de vivre à l'intérieur d'une communauté éducative où tous les intervenants unissent leurs actions pour créer un environnement riche et stimulant. De plus, l'école adhère à l'approche «École en Santé», a implanté le programme Vers le Pacifique et utilise une trousse pour contrer l'intimidation. L'ensemble de ces projets sont aux yeux de Marie bien implantés et présents dans le milieu, les éducateurs physiques étant les acteurs les plus impliqués pour l'ÉS.

Marie souligne que des investissements importants ont été faits pour l'aménagement de la cour de récréation. Malgré tout, les élèves de l'école ne savent pas comment utiliser ces nouvelles installations et restent inactifs pendant les récréations. Le projet « Bouger à la récré » vient en réponse à cette problématique et s'inscrit dans les orientations de l'école en favorisant le sentiment d'appartenance de l'élève envers son école, en haussant le niveau de responsabilisation sociale des élèves et en augmentant l'implication des élèves à la vie de l'école.

- Activités réalisées :

- 1- Présentation du projet aux élèves par une *tempête d'idées* et débat sur l'importance de l'activité physique;
- 2- À l'aide d'un plan de la cour d'école, les élèves ont calculé les proportions de chaque aire de jeu disponible et le pourcentage d'espace qu'ils utilisent durant les récréations;
- 3- En grand groupe, production d'une liste d'éléments à considérer lors de la création d'un jeu : matériel, sécurité, règlements, etc. En équipe, invention d'un jeu en utilisant une zone spécifique de la cour;
- 4- Présentation des jeux créés aux autres élèves de la classe et expérimentation. Les élèves de la classe étaient ensuite amenés à formuler des critiques et commentaires constructifs sur les jeux présentés. Des ajustements ont ensuite été apportés par les équipes;
- 5- Promotion de chaque jeu auprès des autres élèves de l'école;
- 6- Création d'un *Livre d'or des jeux de la cour d'école* et remise du livre d'or aux élèves de 5^e année lors d'une cérémonie à laquelle se joindra l'enseignant d'éducation physique

La remise du livre d'or aux élèves de 5^e année est une belle opportunité pour l'enseignant associé ou tout autre enseignant de poursuivre le projet l'année suivante. Toutefois, ni l'enseignant associé, ni aucun autre acteur de l'école ne s'est impliqué suffisamment pour poursuivre le projet après le départ de Marie.

4.1.9. Raphaëlle

Raphaëlle, étudiante au programme éducation préscolaire et enseignement primaire, a réalisé son stage dans une école de quartier de la Commission scolaire de Montréal qui accueille 367 élèves, provenant en majorité d'un milieu socio-

économique moyen. Aucun projet d'ÉS n'est, aux yeux de la stagiaire, visible à cette école. Toutefois, quelques activités parascolaires, majoritairement sportives, sont offertes aux élèves. Le projet éducatif de l'école mise sur la responsabilisation de l'élève dans son apprentissage et son développement social. De plus, le milieu fait du développement global de l'élève, de la qualité et la maîtrise des apprentissages, la priorité des acteurs de l'école. Raphaëlle s'est retrouvée dans un groupe de 2^e cycle, avec deux élèves en difficultés d'apprentissage et un élève ayant des troubles de comportement. La stagiaire dit s'être intégrée facilement dans la vie de la classe, ce qui lui aura permis de débiter son projet dès son arrivée.

Au moment de cibler la problématique à travailler, son enseignante associée lui a souligné les problèmes de conflits vécus sur la cour de récréation, entraînant de l'intimidation chez certains élèves et une perte de motivation chez d'autres. Le projet implanté par Raphaëlle souhaitait répondre à la problématique formulée par sa maîtresse associée et prenait deux orientations. D'abord, il visait à travailler le manque de motivation des élèves, et dans un deuxième temps, leur apprendre à être un bon perdant. Raphaëlle dit avoir fait appel aux apprentissages réalisés en éducation physique et à la santé, sans être allée chercher l'éducateur physique comme partenaire puisqu'il était en congé parental au cours de son stage.

- Activités réalisées :

- 1- Mention 1) des attentes de Raphaëlle envers les élèves; 2) des attentes des élèves envers Raphaëlle. Une entente a ensuite été conclue et signée par les deux partis;
- 2- Construction d'un système de motivation basé sur l'entente qui a été signée. Le système de motivation est construit tel un Dojo de Karaté où chaque enfant est représenté par une figurine de karatéka. Le karatéka peut-être déplacé par l'enfant à l'intérieur et l'extérieur du Dojo. Si la figurine se

trouve à l'intérieur, cela indique que l'enfant se sent prêt à travailler, à respecter les autres et les règles;

3- Écriture du Journal de bord. À chaque fin de journée, l'enfant est invité à inscrire ses réflexions sur la journée qui vient de passer. Selon les désirs de l'enfant, son journal de bord pouvait être lu, ou non, par Raphaëlle;

4- Improvisation sur les problèmes de cour d'école. Cette activité aura permis de faire réfléchir et ressortir les solutions aux conflits rencontrés.

Les élèves font partie intégrante du projet de Raphaëlle, ce qui selon elle explique leur forte motivation et l'amélioration qu'elle a pu percevoir. Bien qu'elle aurait elle-même souhaité pousser l'expérience plus loin, elle souligne être satisfaite de ce qui a été réalisé.

4.1.10. Autres projets réalisés

Cinq autres participants à CAP-Santé n'ayant pas participé à l'entretien ont aussi implanté un projet d'ÉS dans leur milieu de stage. Ces projets auront permis de travailler : 1) l'esprit sportif au sein de l'équipe de volley-ball de l'école par la connaissance, la compréhension et l'application des règles; 2) la création artistique d'élèves en difficulté d'apprentissage afin de leur permettre de s'exprimer plus aisément; 3) la sécurité dans la cour de récréation par la responsabilisation des élèves; 4) l'estime de soi par la réalisation d'un projet sur les pyramides humaines; 5) l'environnement scolaire par un système de recyclage, récupération et réutilisation plus efficace.

L'ensemble des projets présentés à cette section représentent bien le large éventail de possibilités pour faire l'éducation à la santé à l'école.

4.2. **ARTICLE - CAP-SANTÉ ET AUTO-EFFICACITÉ DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ**

Plouffe, Geneviève
Étudiante au doctorat
Faculté d'éducation
Université de Sherbrooke
Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
Faculté des Sciences de l'éducation
Université du Québec à Montréal
plouffe.genevieve@uqam.ca
514-277-9427

Otis, Joanne
Professeure
Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
Faculté des Sciences de l'éducation
Université du Québec à Montréal
otis.joanne@uqam.ca
(514) 987-3000, poste 7874

Bizzoni-Prévieux, Caroline
Professeure
Département des sciences de l'activité physique
Université du Québec à Trois-Rivières
Caroline.Bizzoni-Previeux@uqtr.ca
(819) 376-5011 poste 3791

**CAP-SANTÉ ET AUTO-EFFICACITÉ DES ENSEIGNANTS EN
ÉDUCATION À LA SANTÉ**

Résumé

CAP-santé visait à former de futurs enseignants de manière à ce qu'ils réalisent un projet d'éducation à la santé en partenariat avec des acteurs du milieu pendant leur stage. L'objectif de l'étude était d'évaluer les effets de ce projet-pilote sur leur sentiment d'auto-efficacité personnelle. Deux méthodes ont été utilisées: un questionnaire avant-après (n=15) et l'entretien à la fin du projet (n=10). Les participants ont apprécié cette expérience. Leur auto-efficacité en éducation à la santé s'est améliorée de façon significative. En ce qui concerne le partenariat, les résultats sont plus mitigés mais les participants en reconnaissent maintenant la pertinence. De telles initiatives sont à encourager pour améliorer les compétences des futurs enseignants en éducation à la santé dans une perspective partenariale.

Mots-clés

Formation initiale des enseignants; éducation à la santé; pratiques collaboratives; évaluation des effets; sentiment d'auto-efficacité personnelle; projet-pilote.

Abstract

CAP-santé aimed to train future teachers to carry out a Health Education project in partnership with actors from their training setting. The objective of the study was to evaluate the outcomes of this pilot project on their self-efficacy. Two methods of data collection were used: a pre and post training period (n=15) questionnaire and an interview at the end of the project (n=10). Results indicate that the students were satisfied of their experience. Their self-efficacy in Health Education improved in significant way. With regard to the partnership, the results are mitigated but the participants now recognize its relevance. Such initiatives should be promoted in order to improve the abilities of future teachers in health education from a partnership stand point.

Key words

Teachers Initial Training; Health Education; Collaborative Practices; Outcome Evaluation; Self-Efficacy; Pilot Project.

1 INTRODUCTION

L'éducation à la santé en milieu scolaire est une stratégie efficace en matière de promotion de la santé auprès des enfants et des adolescents, leur permettant de développer les ressources nécessaires pour faire des choix libres, responsables et éclairés (Organisation Mondiale de la santé, 1986; Koelen et Van den Ban, 2004; Green et Ottoson, 1999). C'est dans ce contexte que le programme de formation de l'école québécoise propose plusieurs avenues visant le développement de compétences en lien avec la santé (MELS, 2006). Dans ce programme, certains enseignants se voient confier un mandat clair en éducation à la santé tels les éducateurs physiques et à la santé et les enseignants de science et technologie. Toutefois, l'intégration de l'éducation à la santé à l'école ne se fait pas uniquement par les disciplines. Elle se fait aussi de façon interdisciplinaire et intersectorielle, puisque tous les acteurs de l'école doivent arrimer leur travail aux intentions éducatives des domaines généraux de formation, en particulier celui de la «Santé et du Bien-être⁴», et aux compétences transversales.

1.1 Compétences favorables à l'éducation à la santé et aux pratiques partenariales

Dans la prise en charge de cette responsabilité partagée qu'est l'éducation à la santé, les enseignants demeurent sans conteste des acteurs de premier plan parce qu'ils côtoient les élèves dans le quotidien, qu'ils sont des interlocuteurs crédibles à leurs yeux et sensibles à leurs préoccupations et parce qu'ils ont déjà développé des compétences d'éducateur et de pédagogue qui les aideront à assumer leur rôle en éducation à la santé (Jourdan, 2010).

⁴Intention éducative du domaine général de formation Santé et bien-être: Amener l'élève à se responsabiliser dans l'adoption de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, de la sécurité et de la sexualité (MELS, 2006).

Plusieurs travaux permettent de repérer les compétences professionnelles reliées à une éducation à la santé efficace chez les professionnels de la santé (Battle-Kirk, Barry, Taub et Lysoby, 2009) et chez les enseignants (Frauenknecht, 2003). L'éducateur à la santé doit d'abord comprendre les concepts de base qui y sont liés (ses diverses définitions et les paradigmes qui les supportent, les modèles de planification ou d'action éprouvés, les formules pédagogiques appropriées, les critères d'efficacité, etc.), pour ensuite être en mesure de concevoir des programmes d'éducation à la santé arrimés aux besoins du milieu et des caractéristiques de l'environnement, de les implanter en tenant compte des ressources de ce même milieu et de les évaluer, d'une part, de manière à les réajuster et d'autre part, de manière à porter un jugement sur leur efficacité. Ces compétences nécessitent la mobilisation et la gestion des ressources présentes dans le milieu, afin de se situer en complémentarité avec elles (Battle-Kirk et al., 2009). Faire de l'éducation à la santé implique donc diverses formes de travail collectif et de partenariat.

Le partenariat va bien au-delà des échanges entre les acteurs et dépasse la simple collaboration. Adhérant à la vision de Zay (1994), il y aurait partenariat quand il y a «un minimum d'action commune négociée visant la résolution d'une problématique reconnue comme commune» (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003; Mérini, 2005). Cela implique le développement de compétences particulières qui amèneront l'enseignant à créer un environnement propice à la négociation entre lui et ses partenaires et à avoir les habiletés nécessaires pour participer à ce processus. Cela implique aussi que les acteurs soient collectivement capables de comprendre les enjeux en cause de part et d'autres, et qu'ils soient capables non seulement de tolérer ou respecter les différences et ambiguïtés, mais aussi de réguler ces zones de divergences et ces controverses, tout en misant sur les forces et la complémentarité des expertises de chacun. La spécificité d'un réel partenariat repose donc sur cette négociation, favorable à la mise en place d'actions novatrices ou de solutions

nouvelles (Mérini, 2005). Pour Bilodeau et al. (2003), le partenariat ne sera possible qu'en présence des trois conditions suivantes: que les acteurs soient capables de créer une dynamique de participation suffisante, qu'ils soient en mesure d'égaliser les rapports de pouvoir et qu'ils sachent reconnaître et combiner les expertises. Un futur enseignant en éducation à la santé devra donc aussi acquérir les savoirs et les savoirs faire qui lui permettront de mettre en place ces conditions favorables au travail collectif et aux pratiques partenariales (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves et Barr, 2007; Mérini, 2005).

1.2 Importance de la formation initiale des futurs enseignants en éducation à la santé dans une perspective partenariale

Que ce soit au Québec ou ailleurs, plusieurs études démontrent que les situations pédagogiques développées en éducation à la santé sont en général peu favorables à l'appropriation des concepts relatifs à la santé et au bien-être par les élèves (Frauenknecht, 2003; Turcotte, Gaudreau, Otis, 2007). Face à ce constat et dans le contexte du renouveau pédagogique québécois, la question de la formation des futurs enseignants se pose: ont-ils l'opportunité de développer les compétences nécessaires afin de s'approprier un nouveau champ, soit celui de l'éducation à la santé et ce, dans une perspective partenariale?

L'importance de la formation initiale des enseignants sur leur capacité de mettre en place des initiatives efficaces en éducation à la santé à l'école est défendue par nombre d'auteurs (Jourdan, Samdal, Diagne, et Carvalho, 2008). Pour Jourdan (2010), la formation des enseignants en éducation à la santé doit permettre le développement de la professionnalisation pour une construction de l'identité professionnelle, tout en augmentant le niveau de compétences dans ce champ. Il soutient aussi que, compte tenu de la nature des compétences dont il faut faire preuve comme éducateur à la santé, la formation initiale ne peut prétendre couvrir tous les

aspects relatifs à l'éducation à la santé uniquement par les cours magistraux. La formation pratique, par des stages par exemple, est nécessaire puisqu'elle permet «la réflexion en action» et l'établissement d'un lien entre la praxis et les réalités scolaires.

Cogérino, Marzin et Mechin (1998) soulignent, dans leur enquête auprès de 700 intervenants européens, un décalage important entre les besoins de formation propres à l'éducation à la santé et la formation réellement offerte. En fait, on déplore le manque d'initiatives concrètes liées au développement de compétences dans ce domaine chez les enseignants (Thomas et Jones, 2005). Dans le contexte québécois, bien que des efforts aient été tentés depuis le milieu des années 2000, la formation initiale des enseignants en éducation à la santé est encore limitée (Turcotte et al., 2007). Selon Thomas et Jones (2005), ce manque d'espace et d'initiatives de formation en éducation à la santé a un effet négatif sur le sentiment d'auto-efficacité (*self-efficacy*) des enseignants à l'égard de leur rôle d'éducateur à la santé. Or, plusieurs travaux supportent le fait qu'un sentiment d'auto-efficacité élevé chez un enseignant influencera de manière positive sa pratique enseignante et par conséquent, le développement des compétences chez ses élèves (Dussault, Villeneuve et Deaudelin, 2001; Bandura, 2007).

1.3 CAP-santé, un projet-pilote en réponse aux besoins de formation des futurs enseignants en éducation à la santé

Dans un contexte où les programmes de formation initiale offerts dans les universités québécoises se définissent par des modèles de formations prédéterminés laissant peu de possibilités d'ajustement, il était difficile de trouver, à court terme, des stratégies pour former les futurs enseignants en éducation à la santé. Visant à combler ces lacunes, le projet-pilote CAP-Santé a été mis en place à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) à l'automne 2008. CAP-

Santé visait à offrir aux étudiants une formation de groupe et un accompagnement individualisé dans le but de les aider à acquérir des compétences relatives à l'éducation à la santé et au travail partenarial telles que définies précédemment.

Compte tenu du calendrier serré qu'impose la session intensive dû aux stages, la formation offerte aux participants du projet-pilote CAP-Santé fût d'une durée de six heures, soit une heure par rencontre, à raison d'une rencontre par semaine. Lors de ces rencontres, plusieurs objets d'apprentissages ont été abordés permettant de clarifier les fondements, principes et modalités d'application de l'éducation à la santé et du partenariat. Divers modèles de planification et stratégies d'intervention en éducation à la santé ont aussi été présentés et illustrés par des exemples concrets de projets interdisciplinaires appliqués à la santé, en tenant compte des éléments du programme de formation de l'école québécoise et des particularités des milieux de stage des étudiants.

Suite à cette formation, les participants étaient amenés à concevoir, puis à implanter un projet d'éducation à la santé dans leur milieu de stage, en lien avec les priorités de santé du milieu et ce, en partenariat avec au moins un autre acteur de l'école. Tout au long du stage, les responsables de CAP-Santé ont offert un accompagnement individuel aux participants par des visites dans leur milieu respectif (une à quatre selon l'étudiant) et par des échanges électroniques ou téléphoniques réguliers.

1.4 Ancrages théoriques de CAP-Santé

S'inspirant de la théorie de l'auto-efficacité d'Albert Bandura (2007), l'équipe de CAP-santé soutenait que ce projet pouvait améliorer le sentiment d'auto-efficacité des stagiaires à l'égard de leur rôle comme éducateur à la santé et du travail en partenariat, ce sentiment étant, ici, un indice d'amélioration des compétences. Pour concevoir CAP-santé, l'équipe a fait appel à chacune des quatre sources

d'information ayant une influence sur le sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 2007). Par l'«expérience active», les stagiaires ont été appelés à planifier de façon concrète et réaliste, puis à implanter, un projet d'éducation à la santé dans leur milieu de stage. Par l'«expérience vicariante», ils ont pu apprendre par l'observation du travail des ressources de l'école et par le partage d'expériences avec les autres stagiaires. L'accompagnement individuel leur a permis de reconnaître les conséquences positives de leurs apprentissages sur leur pratique et d'obtenir du renforcement sur ces aspects («persuasion sociale»). De manière à susciter des *affects* positifs entre l'expérience et les apprentissages, lors de cet accompagnement individuel, les succès étaient soulignés de façon systématique et les échecs discutés et analysés, permettant, d'une part, de diminuer l'anxiété du stagiaire, d'autre part, d'augmenter son sentiment de fierté («état physiologique»).

1.5 Objectifs de l'étude

Dans le cadre de cette recherche, les objectifs sont: 1) évaluer les effets à court terme du projet-pilote CAP-santé, c'est-à-dire, évaluer l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité des stagiaires à l'égard de leur rôle comme éducateur à la santé et l'augmentation de ce sentiment à l'égard du travail en partenariat; 2) et décrire leur appréciation de CAP-santé.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Population de recherche et échantillon

Les étudiants de troisième année de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'UQAM ont été ciblés, soit 304 étudiants. Les étudiants d'éducation préscolaire et enseignement primaire (ÉPEP), d'éducation physique et à la santé (ÉPS) ainsi que d'adaptation scolaire et sociale (ASS) ont été sollicités, puisqu'en plus d'enseigner au primaire, les étudiants des trois programmes concernés étaient en stage au même

moment, soit pendant huit semaines à l'automne 2008, ce qui permettait d'offrir la formation et l'accompagnement à tous ces stagiaires de façon simultanée. Les responsables du projet ont rencontré les étudiants en classe afin de leur expliquer les objectifs de CAP-Santé et de recruter les étudiants intéressés. Suite à ces rencontres, 61 étudiants ont manifesté leur intérêt. Avec la réalité des programmes de formation initiale déjà surchargés et la session intensive qu'oblige le stage, plusieurs étudiants ayant démontré leur intérêt n'ont pu participer à CAP-Santé, faute de compatibilité d'horaire avec les moments de formation proposés. La participation s'est donc faite sur une base volontaire et selon la disponibilité des étudiants. Le projet-pilote prévoyait à la base un échantillon de dix-huit étudiants. Dans les faits, dix-neuf étudiants ont suivi la formation, chacun ayant à réaliser son stage dans une école différente. Chaque milieu de stage avait préalablement été joint, afin qu'une problématique prioritaire de santé soit identifiée. Sur les dix-neuf participants, quinze ont réussi à concevoir et implanter un projet d'éducation à la santé dans leur milieu de stage.

2.2 Plan de la recherche

Afin de mener à bien l'évaluation formative de CAP-Santé, une méthodologie mixte a été privilégiée. L'approche quantitative a permis de mesurer les effets du projet-pilote sur le sentiment d'auto-efficacité des futurs enseignants dans les champs de l'éducation à la santé et du travail partenarial. Un devis pré-expérimental avec administration d'un questionnaire avant et après l'intervention a été utilisé (Campbell et Stanley, 1963). L'approche qualitative, basée sur l'entretien semi-dirigé, a permis de raffiner les résultats relatifs aux données quantitatives recueillies et de documenter l'expérience vécue par les participants (Boutin, 1997). Dans le cadre d'un projet-pilote avec un échantillon très réduit, un devis mixte a semblé une excellente option, apportant plus de nuances au moment d'interpréter les résultats et ajoutant à la

validité interne de l'étude tout en réduisant au minimum l'influence des biais associés à chacune des méthodes (Creswell, 2009).

2.3 Déroutement de la collecte de données

Le questionnaire fût complété en deux temps, une première fois à la deuxième semaine de la formation, accompagné du formulaire de consentement, et une seconde fois, la semaine suivant la fin du stage. Seize participants ont répondu au prétest et quinze au post-test (Tableau 1). Le questionnaire exigeait une dizaine de minutes pour être complété. Pour assurer l'anonymat et apparier les mesures, chacun a pu s'identifier par un pseudonyme sur le questionnaire prétest, qu'il n'a eu qu'à répéter sur le questionnaire post-test.

Parmi les étudiants inscrits à CAP-Santé, dix participants ont pris part à l'entretien (Tableau 1). Ce nombre fut suffisant pour atteindre une certaine saturation des données puisque l'information devenait répétitive (Miles et Huberman, 2003). Les entretiens, d'une durée d'environ 60 minutes, ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Ils ont eu lieu deux ou trois semaines après la fin du stage, soit après que le questionnaire ait été rempli, de manière à ne pas affecter les résultats avant-après sur les échelles de mesure. Plusieurs moyens ont été déployés afin de réduire le biais de désirabilité sociale : la personne responsable de la collecte de données n'était pas partie prenante de la formation et de l'accompagnement et on a rappelé aux stagiaires, au moment de la collecte de données, l'importance d'un point de vue honnête à l'évaluation du projet-pilote.

Insérer le tableau 1 ici

2.4 Instruments de collecte de données

2.4.1 Le questionnaire et les variables mesurées

La variable indépendante est la formation et l'accompagnement individualisé offerts dans le cadre de CAP-Santé, alors que les variables dépendantes sont les mesures d'effets du projet-pilote sur les sentiments d'auto-efficacité des stagiaires ainsi que leur appréciation de CAP-santé. Le questionnaire incluait des variables plus descriptives telles que le sexe et le programme d'étude du stagiaire ainsi que les variables dépendantes dont voici la description opérationnelle:

Sentiment d'auto-efficacité à l'égard de son rôle en éducation à la santé: Cette échelle est constituée de sept énoncés, indicateurs des compétences à développer en éducation à la santé telles que «je me sens capable d'identifier les objets d'apprentissage à viser en éducation à la santé en fonction des besoins de mes élèves ». Le participant devait indiquer sur une échelle de un à dix son degré d'accord avec l'énoncé (1 = Pas du tout d'accord à 10 = Tout à fait d'accord). Le score moyen de l'échelle, obtenu par le calcul de la moyenne des scores sur les sept énoncés, varie de 1 à 10, (1) signifiant un «sentiment d'auto-efficacité à l'égard de son rôle en éducation à la santé très faible » et (10) signifiant un «sentiment d'auto-efficacité à l'égard de son rôle très élevé ». L'alpha de Cronbach de cette échelle est de 0,93 au prétest et de 0,87 au post-test.

Sentiment d'auto-efficacité à l'égard du travail en partenariat: Cette échelle, constituée de sept énoncés tels que «je me sens capable de solliciter la collaboration d'autres personnes » et «je me sens capable de reconnaître les compétences et limites de chacun » a été mesurée et construite comme la précédente. L'alpha de Cronbach obtenu est de 0,92 au prétest et de 0,91 au post-test.

Appréciation du projet-pilote: Cette échelle est un score de satisfaction qui permet de décrire l'appréciation des participants à l'égard du projet CAP-Santé. Huit énoncés au post-test ont permis de mesurer cette variable. Les participants devaient, sur une échelle de un à dix (1 = Pas du tout d'accord à 10 = Tout à fait d'accord), identifier leur niveau de satisfaction selon divers énoncés tels que «j'ai reçu le soutien dont j'ai eu besoin de la part des ressources de CAP-santé pendant mon stage». Le score moyen de cette échelle est calculé par la moyenne des scores pour chacun des énoncés et varie de 1 à 10. L'alpha de Cronbach obtenu est de 0,74.

2.4.2 L'entretien semi-dirigé

Les entretiens semi-dirigés effectués dans le cadre de cette recherche étaient exploratoires. La grille d'entretien comportait trois parties. On demandait au stagiaire: 1) de préciser le contexte de son stage (caractéristiques des élèves, du milieu, des attentes du superviseur, etc.); 2) de raconter en détails son expérience en éducation à la santé et de travail en partenariat dans le cadre du projet CAP-Santé; 3) de raconter comment les représentations de son rôle d'éducateur à la santé et du travail en partenariat ont évolué (ou non) au fil du projet.

2.5 Analyses

L'analyse des données quantitatives a été réalisée selon trois étapes: 1) la vérification de la cohérence interne de chaque échelle par l'alpha de Cronbach ; 2) de décrire les caractéristiques de l'échantillon, par des statistiques descriptives sur l'ensemble des variables (moyenne, écart type, fréquences, etc.); 3) pour évaluer les effets du projet sur les deux mesures d'auto-efficacité, le test des rangs de Wilcoxon a été privilégié (Siegel et Castellan, 1988). Ce test non paramétrique était approprié compte tenu de la très faible taille de l'échantillon et compte tenu du fait qu'il s'agissait de mesures appariées (Howell, 1998).

L'analyse des données qualitatives s'est faite selon les trois étapes définies par Miles et Huberman (2003): 1) la condensation des données: c'est à cette première étape que s'est fait le codage et le regroupement des données selon les thèmes repérés; 2) la présentation des données qui a permis la réduction des données afin de mieux les structurer et de les simplifier de manière à traiter l'information de façon plus parcimonieuse; 3) l'élaboration et la vérification des conclusions: à cette étape, on a tenté de donner du sens aux données, en notant les convergences et en précisant leur significations, compte tenu des objectifs poursuivis. Une grille de codification mixte a été utilisée, puisqu'une section était prédéterminée selon les concepts théoriques de l'étude et les mesures d'effets ou d'appréciation attendus, alors qu'une autre était plutôt ouverte, permettant ainsi à certaines catégories d'émerger. Les analyses qualitatives ont été réalisées à l'aide du logiciel NVivo 7.0 par l'agente de recherche et validées par deux chercheurs.

Une mise en commun des résultats obtenus à partir de ces deux méthodes a permis de consolider, mettre en perspective et enrichir les résultats de l'étude, en plus d'ajouter à sa rigueur et à sa validité (Creswell, 2009).

3 RÉSULTATS

Les résultats concernent l'expérience des 15 stagiaires qui ont réussi à mettre en place une initiative en éducation à la santé à leur école de stage en lien avec une préoccupation de santé préalablement identifiée. Ces initiatives rejoignent divers thèmes tels l'estime de soi, la résolution de conflits, le développement de l'esprit sportif, la promotion de l'activité physique hors école, la sécurité dans la cour de l'école par la responsabilisation des élèves, le développement du sentiment d'appartenance, la sensibilisation à l'environnement ou à l'importance du petit déjeuner, etc. La diversité de ces thèmes illustre que les stagiaires ont compris le caractère multidimensionnel de la santé au moment de concevoir leurs initiatives.

Lorsqu'il y a eu collaboration ou partenariat, les acteurs impliqués étaient, selon le cas, le titulaire de classe, l'enseignant d'éducation physique et à la santé ou celui d'arts dramatiques, l'infirmière, une nutritionniste, une kinésologue, un membre de la direction, des parents et les élèves eux-mêmes.

3.1 Sentiment d'auto-efficacité et propos des stagiaires à l'égard de leur rôle en éducation à la santé

La participation au projet-pilote CAP-Santé semble avoir eu un effet significatif sur le sentiment d'auto-efficacité des stagiaires à l'égard de leur rôle d'éducateur à la santé ($p < 0,003$) (Tableau 2). Le score moyen obtenu avant la formation indiquait un sentiment d'auto-efficacité modéré ($5,91 \pm 0,65$), alors que le score moyen calculé au post-test ($8,13 \pm 0,67$) témoigne d'un sentiment d'auto-efficacité plus élevé.

Insérer le tableau 2 ici

Si l'échelle de mesure démontre que les stagiaires se sentent désormais davantage capables de réaliser diverses tâches en lien avec les compétences reconnues comme efficaces en éducation à la santé, les propos recueillis lors des entretiens supportent ce résultat et aident à le mettre en perspective.

3.1.1 Savoir quoi faire et comment le faire

En plus d'avoir renforcé la motivation des futurs enseignants à s'engager comme éducateur à la santé, la formation semble leur avoir appris ce qu'ils pouvaient faire en éducation à la santé et comment ils pouvaient le faire. *«Les formations, ça m'a aidé pour voir qu'est-ce que j'allais faire et comment le faire. Vous nous avez donné le*

coup de pouce, la petite motivation que ça prenait pour commencer tout ça » (Justine, ASS).

Ce sentiment d'auto-efficacité semble s'être construit autour de plusieurs éléments. Le fait de réussir à concevoir et implanter une initiative en éducation à la santé les confirme dans leur capacité à développer ce type d'actions, à trouver des façons diversifiées d'intégrer des préoccupations de santé dans leurs situations d'apprentissage habituelles et à reconnaître l'impact de leur travail sur la capacité des élèves à faire des choix éclairés en matière de santé. Par l'expérience vécue, plusieurs auront compris que l'éducation à la santé s'inscrit dans la durée et qu'elle demande plus que des capsules d'informations ponctuelles pour amener l'élève à gagner de l'autonomie en matière de santé. Certains ajouteront qu'ils ont maintenant confiance en leur capacité d'aller chercher l'information nécessaire dans le futur pour développer de nouvelles initiatives. *«Je voyais pas l'éducation à la santé de cette façon là nécessairement avant, c'est pas seulement en leur parlant et leur faisant des capsules d'éducation à la santé que ça va changer les habitudes concrètement dans leur vie. C'est de l'implication à long terme, c'est des projets à long terme qui vont faire une différence »* (Mélodie, ÉPS).

3.1.2 Pouvoir faire plus de choses que ce que l'on pensait

Selon les propos des stagiaires interrogés, un des éléments qui semble avoir contribué à leur donner confiance en leur capacité de devenir un éducateur à la santé est l'élargissement de leurs représentations de l'éducation à la santé suite aux premières rencontres. Plusieurs diront d'ailleurs qu'avant leur participation au projet-pilote, ils entretenaient une conception de la santé et de l'éducation à la santé relativement réduite qui souvent, se limitait aux habitudes de vie telles la pratique de l'activité physique ou une saine alimentation. Il semble que le projet leur ait permis de découvrir les multiples orientations et applications de l'éducation à la santé et de la

concevoir d'une façon plus globale et multidimensionnelle. *«C'est qu'on a déjà eu le cours en éducation à la santé, puis au début moi, quand on parlait d'éducation à la santé, c'était santé physique. Là, je suis contente de savoir qu'y a pas juste la santé physique ... »* (Camille, ÉPS).

3.1.3 Gagner de la légitimité et de l'autonomie, partager la responsabilité

L'expérience de CAP-santé semble aussi avoir provoqué chez les stagiaires une clarification des rôles à tenir en matière d'éducation à la santé et une réflexion quant à leur propre identité professionnelle et celle de leurs collègues dans ce domaine. Ce sont là d'autres éléments qui ont semblé contribuer à la construction de ce sentiment d'auto-efficacité en matière d'éducation à la santé.

Au départ, les stagiaires des programmes d'ÉPEP et d'ASS accordaient la responsabilité entière de l'éducation à la santé aux enseignants d'ÉPS, ne voyant pas clairement leur propre rôle en éducation à la santé ou se décrivant davantage comme collaborateurs plutôt qu'acteurs principaux. *«J'ai vraiment adoré ça faire CAP-santé [...], puis j'aurais aimé ça avoir des cours là-dessus dans mon bacc, parce que c'est important, puis c'est à tout le monde de l'école de faire de l'éducation à la santé »* (Raphaëlle, ÉPEP). Les enseignants d'ÉPS partageaient aussi cette vision et se voyaient assumer seuls la plupart des initiatives en éducation à la santé. CAP-santé semble avoir modulé cette vision des rôles des uns et des autres, donnant aux futurs enseignants d'ÉPEP et d'ASS une entière légitimité en éducation à la santé et aux enseignants d'ÉPS, la certitude de ne pas être seuls à porter cette responsabilité. *«L'éducateur physique est pas le seul, je pense qu'on est à la base de ça, mais on n'est pas les seuls à connaître la santé, je pense que tout le monde,... c'est pas juste à nous »* (Alice, ÉPS).

3.2 Sentiment d'auto-efficacité et propos des stagiaires à l'égard du travail en partenariat

Concernant le travail en partenariat, la comparaison des scores obtenus au prétest et au post-test sur l'échelle du sentiment d'auto-efficacité n'indique aucun gain significatif chez les stagiaires suite à leur participation à CAP-Santé. Le score au prétest était de 7,65 ($\pm 0,48$), ce qui signifie un sentiment d'auto-efficacité plutôt élevé, pour se situer à peu près au même niveau 7,87 ($\pm 0,67$) au moment du post-test, après le stage (Tableau 3). Les entretiens nous permettent de mieux comprendre et d'illustrer ce résultat.

Insérer le tableau 3 ici

3.2.1 L'expérience partenariale dans le contexte de CAP-santé

La plupart des stagiaires ont jugé que leur expérience partenariale dans le contexte de CAP-santé avait été exigeante, voire difficile. Confrontés aux exigences de CAP-santé et compte tenu des caractéristiques du milieu de stage, toutes et tous n'ont pas eu la même attitude à l'égard du partenariat. Suite aux premières approches et face l'absence de réponses rapides, certains stagiaires ont cessé leurs démarches, s'accommodant de la liberté et de l'autonomie que le travail en solo leur apporterait. *«Des partenaires, [...] je n'ai pas poussé non plus pour aller en chercher, j'étais contente d'être quand même libre de faire ce que j'avais en tête, sinon il y avait toujours des contraintes ici et là»* (Anaïs, ÉPEP).

En revanche, d'autres stagiaires ont été plus persistants et rapportent avoir déployé bien des efforts afin d'établir diverses formes de partenariat. Ils mentionnent avoir multiplié les contacts auprès de quelques acteurs reconnus pour leur habituelle

ouverture aux nouveaux projets, avoir invité d'éventuels partenaires à des rencontres ou leur avoir offert du matériel pédagogique afin de leur donner le goût de travailler avec eux. Une fois la collaboration établie, certains racontent les diverses stratégies de rappel, de suivi ou de renforcement déployées à l'intention de leurs partenaires. *«À chaque début de semaine, je leur mettais un message dans leur pigeonier pour leur rappeler qu'il fallait nommer l'élève de la semaine qui avait le meilleur esprit sportif, des petites notes comme ça »* (Camille, ÉPS).

Plusieurs participants racontent que le fait d'être en stage, d'arriver dans un milieu inconnu et dans un contexte de temps limité (8 semaines), ont été des défis importants à surmonter dans leur recherche d'éventuels partenaires. La peur de déranger, avoir l'impression d'être un intrus et ne pas se sentir légitimes, sont des sentiments rapportés par plusieurs, qui ont, pour certains, limité leur approche vers d'éventuels partenaires, pour d'autres, rendu plus difficiles les relations partenariales, sans nécessairement les compromettre. *«Mais ça a été un peu plus difficile étant donné que le stage arrive bang et puis, c'est pas toujours évident de demander le partenariat de la personne lorsqu'on ne la connaît pas; [...] j'avais l'impression de marcher un peu sur des œufs ou je ne voulais pas la déranger »* (Kloé, ÉPEP).

D'autre part, le statut de stagiaire a semblé interférer avec une condition importante d'un partenariat réussi, soit des rapports de pouvoir équitables entre les acteurs. Malgré le lien de confiance, plusieurs raconteront que leur position « d'apprenant » a teinté leur sentiment d'être capables de prendre toute la place qu'ils auraient pu prendre et d'établir avec les collègues une relation collégiale légitime. *«Il y avait un lien de confiance, mais pas une relation égalitaire, tu comprends, parce que là, moi je suis en formation, [...], alors à ce moment là, moi j'ai trouvé ça plus difficile »* (Anaïs, ÉPEP).

La qualité de l'expérience partenariale des stagiaires a aussi été liée à leur impression d'être soutenus ou non, dans leur milieu de stage, d'abord par leur maître associé, puis par tout autre acteur de l'école. À part quelques exceptions, la plupart des stagiaires se sont sentis seuls. Ce manque de soutien et d'intérêt, ou encore, ce manque d'implication malgré un intérêt manifeste, dans un contexte de stage tel que décrit précédemment, semble avoir ébranlé la confiance de plusieurs d'entre eux. *«Wow! Beau projet, continue! Mais demande nous pas de t'aider. Je me disais, ouf, ça va être un petit peu plus difficile »* (Justine, ASS).

3.2.2 Les apprentissages relativement au travail partenarial

Parmi les quinze étudiants ayant conçu et implanté un projet d'éducation à la santé dans leur milieu de stage, dix ont été en mesure de développer une certaine collaboration avec au moins un autre acteur de l'école. Pour ces raisons, les conditions pour tirer des leçons du travail partenarial furent, dans l'ensemble, sous optimales.

Du discours des stagiaires interrogés, une leçon centrale semble se dégager quant au partenariat, soit l'importance de mettre en commun les forces de chacun de manière à mieux répondre aux besoins ciblés et à y répondre de façon plus efficace. Cette efficacité se décline de multiples façons: le partenariat permet une réponse plus rapide et de plus grande envergure, une meilleure coordination entre les actions et par conséquent, un projet mieux implanté. Il permet aussi d'améliorer la cohérence des messages et actions proposés aux élèves et les différents points de vue favorisent l'émergence de solutions nouvelles. *«Ça élargit les ressources, ça élargit les idées, puis les possibilités d'en venir à bout pour obtenir le résultat souhaité »* (Marie, ÉPEP).

À travers cette expérience, quelques participants, principalement ceux qui ont eu la possibilité de vivre une expérience favorable de partenariat, ont réalisé que pour vivre un partenariat efficace, il fallait y mettre du temps, dans un contexte où l'un et l'autre ont déjà plusieurs obligations indépendantes du projet commun. *«Les désavantages du partenariat, c'est le temps [...] trouver le temps de se rencontrer, j'aurais aimé ça re-rencontrer [ma partenaire], mais au niveau du temps, c'était pas pensable [...] on court vraiment beaucoup, j'ai des choses à planifier, mais elle aussi a des choses à planifier»* (Justine, ASS).

D'autres, surtout ceux dont l'expérience a été moins positive, ont souligné la difficulté de trouver des partenaires motivés ou prêts à s'investir. Pour ces stagiaires, le partenariat devrait impliquer une répartition équitable des tâches et une relative égalité en termes d'investissement de temps, d'énergie et de responsabilités, ce qui ne correspond pas à l'expérience vécue. *« L'investissement c'est difficile, ...de trouver des gens qui ont envie de s'investir autant que moi. Ou moi, je pourrais être approchée, puis que ça ne m'intéresse pas non plus tel projet, puis que je n'ai pas envie de m'investir* (Anaïs, ÉPEP).

Finalement, plusieurs reconnaissent que les conflits et les controverses sont incontournables en situation partenariale puisque tout le monde n'a pas nécessairement la même façon de faire ou de penser. Des stagiaires ajoutent que dans ces situations, il faut essayer de s'entendre, négocier et se centrer sur le but commun poursuivi. C'est donc dire que plusieurs stagiaires ont réellement compris la notion de partenariat telle que présentée lors de la formation, soit un minimum d'actions négociées pour résoudre un problème reconnu comme commun par les partenaires. *«Des fois, il y a du monde qui travaille plus que d'autres. Tout le monde a des façons de faire différentes [...]. Faut faire des concessions, faut travailler avec l'autre, mais c'est ça dans nos vies, on est tout le temps en train de négocier [...] c'est sûr que ça*

peut occasionner des conflits, mais quand on a un but commun, ben faut se concentrer là-dessus» (Alice, ÉPS).

3.3 Appréciation du projet-pilote

Huit énoncés du questionnaire ont permis aux stagiaires de poser un jugement sur l'expérience vécue dans le cadre du projet CAP-Santé. Dans l'ensemble, le score moyen sur l'échelle d'appréciation est de $7,66 \pm 2,25$, ce qui indique un niveau de satisfaction plutôt favorable quant à l'ensemble de leur expérience. Il y a, de plus, une grande concordance entre les scores donnés par les stagiaires à chaque énoncé de l'échelle (Tableau 4) et les propos recueillis auprès de ceux d'entre eux qui ont accepté de participer à l'entretien.

Insérer le tableau 4 ici

Les points forts semblent être liés au soutien offert par les ressources de CAP-santé, à leur engagement et leur motivation à l'égard d'une telle expérience et aux apprentissages réalisés. Ils ont d'ailleurs souligné à maintes reprises que les apprentissages étaient concrets et que le projet aura répondu à un réel besoin de formation. *«[Les responsables de CAP-Santé] m'ont donné beaucoup d'informations, ils m'ont beaucoup aidé aussi au niveau des activités, parce qu'ils ont des connaissances, [...] ça m'a vraiment motivée» (Kloé, ÉPEP).*

Le degré d'appréciation de l'utilité de la formation reçue en début de projet est toutefois moindre que celui exprimé à l'égard du soutien général dont ils ont pu profiter tout au long de leur stage. Les stagiaires diront avoir particulièrement

apprécié les échanges entre étudiants, superviseurs et responsables formateurs de CAP-santé. Ces six heures de formation étaient, aux dires des participants, très pertinentes, mais aussi très denses. Ils auraient souhaité avoir plus de temps de formation. Ils ajouteront toutefois que les documents écrits leur restent et seront pour eux, des outils de référence dans leurs pratiques futures.

Les points plus faibles témoignent d'abord de la lourdeur de la tâche qu'a représentée pour eux cette expérience nouvelle, puis de leurs doutes quant à l'utilité de leur projet et quant à sa poursuite après leur départ, compte tenu du soutien très mitigé que la plupart d'entre eux ont reçu de la part des acteurs de l'école. *«C'est difficile de se donner autant de peine pour savoir qu'après, il n'y aura personne. Ça c'est difficile, puis c'est triste aussi parce c'est des beaux projets qui ont beaucoup de potentiel »* (Alice, ÉPS).

4 DISCUSSION

Dans le contexte où la formation initiale des futurs enseignants au Québec est encore limitée dans le domaine de l'éducation à la santé (Turcotte et al., 2007) malgré la prescription d'en faire une responsabilité partagée dans le contexte du renouveau pédagogique, un projet-pilote tel CAP-santé semblait une avenue prometteuse à explorer. L'objectif de cette recherche était de voir dans quelle mesure ce projet-pilote atteignait ses objectifs, soit l'amélioration chez les stagiaires recrutés de leurs sentiments d'auto-efficacité relativement à leur rôle d'éducateurs à la santé et au travail partenarial.

Rappelons que dans le cadre d'un projet-pilote comme celui-ci, le dispositif de recherche mis en place avait plusieurs limites, compte tenu du faible nombre de stagiaires qui pouvaient y participer, de la nature volontaire de leur participation avec les biais de sélection qu'un tel type d'échantillon comporte, de l'absence d'un groupe

témoin, du nombre limité d'indicateurs d'effets retenus et de la mesure de ces effets à très court terme, soit immédiatement après la fin des stages, sans pouvoir porter de jugement sur le maintien de ces effets à plus long terme. Malgré ces limites qui doivent inciter à la prudence dans l'interprétation de la portée des résultats obtenus, l'utilisation d'une méthodologie mixte jumelant à ce volet pré-expérimental avant-après une approche qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès des deux tiers des participants, donne davantage de crédibilité à cette recherche (Creswell, 2009). Le volet qualitatif a, en fait, permis de mieux comprendre les résultats quantitatifs obtenus et de dégager d'autres effets potentiels de CAP-santé. Considérant que CAP-santé est un projet-pilote, cette évaluation de nature formative a permis de porter un premier jugement en termes d'effets sur les stagiaires formés, de tirer des leçons utiles à la révision de la formule proposée et de discuter de la pertinence d'une telle initiative à plus large échelle (Ridde et Dagenais, 2009).

CAP-santé semble avoir amélioré le sentiment d'auto-efficacité des étudiants à l'égard de leur rôle en éducation à la santé, les données tant quantitatives que qualitatives supportant ce résultat. Un des éléments explicatif est sans nul doute le fait que chaque étudiant a réussi à concevoir et à implanter au moins une situation d'apprentissage relative à la santé, cette situation proposant de façon intégrée plusieurs activités, avec des formules pédagogiques interactives, pour répondre à des objets d'apprentissage précis en lien avec les besoins des élèves et des compétences spécifiques au programme de formation de l'école québécoise. Les feedbacks positifs des élèves, et ceux obtenus en cours de route des responsables de CAP-santé, et dans certains cas, des superviseurs ou des maîtres associés, ont permis aux stagiaires de faire les liens entre les apprentissages qu'ils ont réalisés, leurs pratiques et l'impact de leur travail sur les élèves. C'est par expérience directe (Bandura, 2007) et par le retour réflexif sur leurs pratiques, facilité par l'accompagnement individualisé, que les stagiaires auront consolidé ce sentiment d'auto-efficacité relatif à l'éducation à la

santé. C'est donc dire que sur ce plan, CAP-santé a atteint ses objectifs. Tel que soutenu par Jourdan (2010), la formule de stage avec accompagnement pédagogique a été propice à de tels apprentissages et réflexions.

Outre le fait que le succès vécu et les renforcements obtenus ait consolidé le sentiment d'auto-efficacité ainsi que leur motivation à répéter l'expérience dans le futur, les six heures de formation reçues avant le stage ont permis aux étudiants de s'ouvrir à une vision plus juste et globale de ce que sont la santé et l'éducation à la santé. Au début de la formation, les étudiants d'ÉPEP et d'ASS recrutés, bien qu'intéressés, ne voyaient pas vraiment quel pouvait être leur rôle en éducation à la santé. Pour leur part, les étudiants d'ÉPS étaient confinés à une représentation réduite de ce champ, centrée sur la santé physique et les habitudes de vie saines (activité physique et alimentation). Ces positions respectives au début de la formation expliquent le score modéré sur l'échelle du sentiment d'auto-efficacité à l'égard de leur rôle en éducation à la santé, score d'ailleurs plus faible que celui obtenu sur l'échelle relative au travail partenarial. Rappelons que les étudiants d'ÉPEP et d'ASS n'avaient pas été exposés à ces concepts pendant leur formation initiale alors que les étudiants d'ÉPS avaient suivi un cours dans ce champ. La formation aura donc permis de démystifier, pour les uns, la complexité et l'illégitimité de l'éducation à la santé, et pour les autres, d'élargir leur champ de pratiques et de s'ouvrir aux autres, les obligeant tous, à ajouter à leur identité professionnelle le statut «partagé et partageable» d'éducateur à la santé.

La composante formation de CAP-santé a donc donné aux étudiants les acquis nécessaires pour passer à une autre étape. C'est là qu'ils ont développé des connaissances de base et une attitude favorable à l'égard de leur rôle d'éducateur à la santé. Par la suite, c'est par la pratique réflexive au travers du stage et avec un

accompagnement pédagogique, que leur sentiment d'auto-efficacité s'est davantage ancré.

Ce qui s'est passé au niveau du sentiment d'auto-efficacité à l'égard du travail en partenariat dans le contexte de CAP-santé a été tout autre. Au prétest, le score sur cette échelle était déjà relativement élevé, ce qui est quelque peu surprenant, compte tenu de l'expérience à peu près nulle des stagiaires relativement au travail partenarial avec des acteurs de l'école, outre le fait qu'ils ont reçu quelques informations en classe concernant la façon de mener des projets interdisciplinaires ou qu'ils sont habitués au travail d'équipe. Le travail en partenariat ne semblait donc pas leur poser de défis particuliers en comparaison à l'éducation à la santé. Or, l'expérience de CAP-santé n'a ni diminué, ni amélioré le score sur cette échelle. Toutefois, l'analyse des entretiens permet de comprendre que si ce score n'a pas changé (considérant que très peu de stagiaires ont réellement vécu une expérience partenariale), leur compréhension des enjeux entourant le travail en partenariat semble s'être clarifié. Saisissant mieux les principes clés, les stagiaires semblent avoir réalisé l'importance de combiner les savoirs et expertises pour mieux répondre aux besoins des élèves et le faire de façon plus cohérente et structurée.

Dans leur réflexion sur l'expérience partenariale, les stagiaires identifient les conditions qui n'étaient pas favorables à la mise en place d'un réel partenariat: peu de certitudes que la problématique retenue était reconnue comme commune; manque de motivation ou de soutien des acteurs à résoudre la problématique; manque de temps qui aurait permis une participation suffisante des partenaires-clés au moment de la conception et de l'implantation des initiatives; inégalité des rapports de pouvoir, le statut d'apprenant ne donnant pas les mêmes droits, privilèges et devoirs dans les diverses démarches de négociation; iniquité dans la répartition des tâches et responsabilités, etc. C'est donc de façon plutôt théorique qu'ils ont compris ces

principes, l'apprentissage expérientiel faisant défaut pour la majorité d'entre eux. Toutefois, et c'est sans doute pour cette raison que le score sur l'échelle est resté le même (alors qu'une évaluation plus près des contraintes partenariales aurait pu provoquer une diminution de leur sentiment d'auto-efficacité). L'esprit critique et réflexif des stagiaires leur aura permis de faire la part des choses entre le contexte particulier qui imposait un tel partenariat dans des conditions non optimales et ce qu'ils vivront plus tard, lorsqu'ils auront leur statut d'enseignant.

Plusieurs leçons peuvent être tirées de cette expérience. Sur le plan du dispositif de la recherche lui-même, si une évaluation plus systématique devait être mise en place dans le futur concernant une telle initiative, les limites soulevées précédemment devraient être considérées certes, mais les mesures d'effets devraient être plus exhaustives et inclure certaines échelles de connaissances et d'attitudes. D'autre part, une analyse systématique des facteurs contextuels entourant la conceptualisation et l'implantation des initiatives en éducation à la santé ainsi que des processus partenariaux en jeu, permettraient de comprendre plus finement les pratiques à l'œuvre.

Sur le plan de l'intervention elle-même, la formule développée dans le contexte de CAP-santé s'est avérée prometteuse en ce qui concerne le développement du sentiment d'auto-efficacité du futur enseignant quant à son rôle d'éducateur à la santé par la combinaison d'une formation de base et d'un stage en milieu pratique avec accompagnement individualisé. En revanche, la formule telle qu'implantée n'a pas été suffisante pour améliorer chez les futurs enseignants, leur sentiment d'être capables de travailler en partenariat de façon efficace. La formule de stage conjoint en dyade ou triade devrait être testée. D'autre part, le nombre d'heures allouées à la formation et à l'encadrement devrait être plus important.

La réplication du modèle d'action CAP-santé nécessite sans doute une amélioration du soutien du stagiaire dans le milieu. Ainsi, il semble crucial de prendre la peine de sensibiliser le milieu aux enjeux de la formation. Il semble par ailleurs judicieux d'associer à la formation des visites préalables de la part des responsables du projet de formation de manière à mobiliser les acteurs clés, à identifier les besoins et les ressources, à préciser les objectifs et modalités du stage sous son volet éducation à la santé, etc. Au moment de ces rencontres un contrat de collaboration (tout au moins informel) devrait être établi entre chacun des partis, y spécifiant la problématique à cibler, les partenaires à engager dans l'action, les devoirs et responsabilités du stagiaire et celles des acteurs du milieu impliqués. D'autre part, une rencontre explicative entre le superviseur de stage et le maître associé permettrait à ces acteurs d'unir leurs expériences afin de devenir des ressources professionnelles à la formation.

Bien qu'imparfaite, CAP-Santé est une formule novatrice qui permet de pallier au manque de formation initiale en éducation à la santé constatée dans le réseau universitaire actuel en formation des maîtres. La formation et l'accompagnement offerts pendant le stage auront permis aux participants, par l'expérimentation et la réflexion, de mieux comprendre leur rôle en éducation à la santé et de se sentir capables de l'assumer. Ils auront compris l'importance du partenariat et des défis qu'il pose, sans toutefois avoir pu vivre une réelle expérience sur ce point. C'est un premier effort qui démontre qu'il est possible dans le contexte actuel d'offrir aux futurs enseignants un minimum de formation en éducation à la santé, que ce type de formation répond à un besoin important et que les enjeux sociétaux dont les programmes de formation doivent tenir compte pour instruire, socialiser et qualifier exigent que les programmes de formation des maîtres mettent en place de façon urgente de tels initiatives. En parallèle, à court terme, dans une démarche de développement professionnel, d'autres formules devraient être explorées de manière à

habiliter les enseignants et les autres acteurs de l'école à jouer leur rôle en éducation à la santé et ce, dans une perspective collaborative.

5 RÉFÉRENCES

Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck Université.

Battle-Kirk, B., Barry, M., Taub, A. et Lysoby, L. (2009). A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion*, 16(2), 12-20.

Bilodeau, A., Lapierre, S. et Marchand, Y. (2003). *Le partenariat: Comment ça marche?* Montréal: Direction de la Santé Publique.

Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Campbell, D. et Stanley, J. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. États-Unis: Houghton Mifflin Company.

Cogérino, G., Marzin, P. et Mechin, N. (1998). Prévention Santé; Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la terre. *Recherche et Formation*, 28, 9-28.

Creswell, J. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (3e Édition)*. Los Angeles: Sage.

Dussault, M., Villeneuve, P. et Deaudelin, C. (2001). L'échelle d'auto efficacité des enseignants: validation cadienne française du Teacher efficacy Scale. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 181-194.

Frauenknecht, M. (2003). *The Need for Effective Professional Preparation of School-Based Health Educators*. Washington: Health Educators.

- Green, L. et Ottoson, J. (1999). *Community and Population Health, (8e Édition)*. Boston: WCB/McGraw-Hill.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. et Barr, H. (2007). A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education. *Journal of Medical Teacher*, 29(8), 735-751.
- Howell, D. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Belgique: DeBoeck.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé: Quelle formation pour les enseignants?* Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F. et Carvalho, G. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion and Education*, 15(3), 36-38.
- Koelen, M. et Van den Ban, A. (2004). *Health Education and Health Promotion*. Pays-Bas: Academic Publishers.
- Mérini, C. (2005). *Travail conjoint et professionnalité enseignante*. Rapport d'étude disponible à l'adresse suivante: ADASE 56, av. de Wagram 75017.
- Miles, M. et Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitative, (2e Édition)*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sport (2006). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire Enseignement primaire*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Consulté le 1^e septembre 2009, sur http://www.promosante.org/docs/Texte_integral_Charte_Ottawa.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (2008). *La santé de l'enfant*. Consulté le 19 septembre 2009, sur http://www.who.int/topics/child_health/fr/

- Ridde, V. et Dagenais, C. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Siegel, S. et Castellan, N.J. (1988). *Nonparametric statistics for the Behavioral Sciences, (2e Édition)*. New York: McGraw Hill Book Company.
- Thomas, M. et Jones, S. (2005). The Impact of Group Teaching on the Acquisition of Key Skills to Teach Personal, Social and Health Education. *Health Education, 105*(3), 164-185.
- Turcotte, S., Gaudreau, L. et Otis, J. (2007). Démarche de modélisation de l'intervention en éducation à la santé incluse en éducation physique. *Staps, 3*(77), 63-78.
- Zay, D. (1994). Partenariat. In P. Champy, C. Étévé, J.C. Forquin et A.D. Robert (dir) *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation* (p. 719-724). Paris: Nathan.

Tableau 1
Taille de l'échantillon pour le questionnaire prétest et post-test (Q)
et pour l'entretien (E)

Programme*		Début de la formation			Après le stage		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
ÉPEP	Q	0	5	5	0	5	5
	E				0	4	4
ÉPS	Q	1	5	6	2	5	7
	E				1	2	3
ASS	Q	0	5	5	0	3	3
	E				0	3	3
Total	Q	1	15	16	2	13	15
	E				1	9	10

* ÉPEP: Éducation préscolaire et enseignement primaire; ÉPS: Education physique et à la santé; ASS: adaptation scolaire et sociale

Tableau 2
Sentiment d'auto-efficacité à l'égard de son rôle en éducation à la santé

Énoncés	Temps 1	Temps 2
Je me sens capable de...	Moyenne \pm écart-type	Moyenne \pm écart-type
Identifier les objets d'apprentissage d'ÉS selon les besoins des élèves	6,06 \pm 1,44	8,8 \pm 0,77
De faire des liens entre les objets d'apprentissages d'ÉS et le programme de formation de l'école québécoise	5,88 \pm 1,59	8,2 \pm 1,15
Trouver des ressources en ÉS pour stimuler ma créativité	6,01 \pm 2,19	8,36 \pm 1,03
Trouver des formules pédagogiques en ÉS adaptées aux besoins des élèves	6,25 \pm 1,43	8,93 \pm 0,79
Susciter l'implication des élèves dans leurs apprentissages en ÉS	7,13 \pm 1,89	8,2 \pm 1,21
Trouver des stratégies pour encourager et renforcer mes élèves dans leurs apprentissages en ÉS	5,18 \pm 1,28	7,53 \pm 1,69
Identifier des critères d'évaluation cohérents avec des objets d'apprentissage en ÉS	5,06 \pm 2,43	7,01 \pm 1,93
Échelle globale	5,91 \pm 0,65	8,13 \pm 0,67

*ÉS: Éducation à la santé

Échelle variant de « 1 = Très défavorable à 10 = Très favorable ».

Tableau 3
Sentiment d'auto-efficacité à l'égard du travail en partenariat

Énoncés	Temps 1	Temps 2
Je me sens capable de...	Moyenne \pm écart-type	Moyenne \pm écart-type
Solliciter la collaboration d'autres personnes	7,06 \pm 1,94	9,2 \pm 1,08
Participer avec d'autres acteurs à la définition d'objectifs communs	7,31 \pm 2,18	8,13 \pm 1,95
Travailler avec d'autres acteurs dans le respect des idées de chacun	8,44 \pm 1,31	8,27 \pm 1,16
Participer de façon active aux différentes étapes de la planification	8,13 \pm 1,58	7,73 \pm 1,53
Répartir les tâches de façon équitable	7,63 \pm 1,5	7,33 \pm 1,76
Reconnaître les compétences et limites de chacun	7,43 \pm 1,46	8,13 \pm 1,59
Miser sur les forces de chacun	7,5 \pm 1,54	8,36 \pm 1,12
Échelle globale	7,65 \pm 0,48	7,87 \pm 0,67

Échelle variant de « 1 = Très défavorable à 10 = Très favorable ».

Tableau 4
Appréciation du projet-pilote CAP-santé par les stagiaires

Énoncés	Moyenne ± Écart type
J'ai reçu le soutien dont j'ai eu besoin	9,4 ± 1,08
J'ai aimé participer au projet-pilote	9,0 ± 1,84
Je suis motivé à reproduire l'expérience	8,7 ± 2,27
J'ai l'impression d'avoir appris au travers de Cap-Santé	8,0 ± 2,45
J'ai trouvé la formation avant le stage utile	7,7 ± 2,12
Je trouve le projet que j'ai implanté utile	7,2 ± 1,92
J'ai trouvé la tâche exigée lourde	6,4 ± 1,67
Je crois en la pérennité du projet que j'ai implanté	4,7 ± 1,87

Échelle variant de « 1 = Très défavorable à 10 = Très favorable ».

CHAPITRE 5 DISCUSSION

La présente étude cherchait à évaluer dans quelle mesure la formation offerte aux participants de CAP-Santé aura permis de développer leur sentiment d'auto-efficacité en ÉS et au travail en partenariat, en plus de décrire l'appréciation qu'ils font de leur expérience. L'étude qui a été tenue nous permet aussi de démontrer l'ensemble des démarches entreprises afin de développer une formation adaptée aux étudiants en enseignement, en plus de discuter des conditions d'implantation et de son potentiel. Rappelons d'ailleurs que CAP-Santé a été réalisée dans le cadre d'un projet-pilote, dans l'espoir que de futures initiatives puissent en émerger.

5.1. **DES RÉSULTATS SUPPORTÉS PAR LES ANCRAGES THÉORIQUES**

La première étape de la présente étude a consisté en une recension des écrits qui s'est débütée par l'identification des compétences à développer en ÉS et au partenariat. Cette connaissance théorique aura ensuite permis la construction de la formation et de l'accompagnement à offrir dans le cadre du projet-pilote CAP-Santé. En rappelant son implantation à l'intérieur même de la session universitaire d'automne 2008, ce projet-pilote devait considérer les réalités des programmes de formation. Ainsi, en plus d'être élaboré selon des ancrages théoriques solides, CAP-Santé a aussi été développé selon les réalités de la formation initiale des enseignants, dans le temps et dans l'espace disponible. CAP-Santé se décline donc en une formation de six heures, en plus de l'encadrement individualisé offert au moment d'implanter un projet d'ÉS en partenariat dans le milieu de stage. Ce suivi systématique assure rigueur et constance au projet-pilote, permettant aux responsables de CAP-santé de guider les participants dans l'analyse des besoins, la planification du projet et sa réalisation, l'identification des acteurs clés, etc.

Dans le cadre de cette étude, nous avons priorisé la mesure du sentiment d'auto-efficacité des participants. La théorie de l'auto-efficacité de Bandura (2007) fut sélectionnée, servant de guide à l'ensemble du processus évaluatif de l'étude. Cette théorie fut ciblée en raison de sa cohérence avec les objectifs et les motivations à la base de cette étude, puisque le sentiment d'auto-efficacité est le premier indicateur de la réussite d'une formation et qu'il déterminera, en partie, l'investissement de l'enseignant pour l'ÉS et le travail en partenariat dans sa pratique. C'est aussi parce que cette variable nous semblait plus près des pratiques des enseignants que nous l'avons choisie (Romano, 1996; Guskey, 1988). Cette théorie a d'ailleurs, à maintes reprises, démontré sa justesse et son efficacité, ce qui assure une plus grande qualité à l'évaluation d'un projet-pilote construit à partir des réalités du milieu.

Toutefois, le devis qualitatif nous informe sur les répercussions de CAP-Santé sur un deuxième concept bien important que le projet-pilote semble avoir développé, soit le *Outcome expectancy* soit la conviction qu'entretient un individu quant à sa capacité à organiser et à réaliser le nécessaire à l'accomplissement d'une tâche, en considérant le sentiment de valeur que cette personne accorde au résultat. Bien qu'à l'intérieur de sa théorie, Bandura (2007) accorde une importance capitale au sentiment d'auto-efficacité, le *Outcome expectancy* apparaît tout aussi nécessaire à l'influence du comportement chez l'individu et se définit comme l'un des concepts centraux de cette théorie. Le *Outcome expectancy* se traduit par les attentes entretenues quant aux conséquences que révèlent les actions posées. Selon ce constat, il apparaît que le choix des mesures d'effets manque d'exhaustivité puisque le devis qualitatif démontre clairement par ses résultats que le *Outcome expectancy* s'est transformé. Ainsi, ce devis nous aura permis de récupérer cette information.

5.2. UNE ÉVALUATION QUI PORTE SUR LES EFFETS

Ridde et Dagenais (2009) proposent diverses approches et pratiques d'évaluation de programmes. Puisque cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet-pilote, cette évaluation fut formative plutôt que sommative. L'ensemble des informations recueillies tant avec le questionnaire prétest, post-test que les entretiens semi-dirigés nous permettent d'identifier les facteurs qui ont une influence sur le développement du sentiment d'auto-efficacité des participants afin de miser davantage sur les éléments favorables et d'identifier les éléments qui ont une influence négative pour éventuellement les réduire. Ces recommandations s'adressent principalement aux développeurs des futures formations. De plus, les résultats de cette démarche évaluative permettent d'apprécier les effets à court terme du projet-pilote et représentent donc l'indice d'efficacité de CAP-Santé.

5.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre se poursuit par la discussion des résultats de l'étude quant à l'évaluation des effets du projet-pilote CAP-Santé. Les résultats seront discutés en regard aux objectifs de l'étude et de ses ancrages théoriques.

5.3.1. Un sentiment d'auto-efficacité accru en éducation à la santé

Par l'ÉS dans les milieux scolaires il devient possible de croiser une classe d'âge entière. Ce champ s'intègre d'une manière transversale dans le programme de formation de l'école québécoise pour se définir comme une responsabilité partagée (MELS, 2006). Pourtant, les formations qui devraient prévoir le développement des compétences qui lui sont propres sont à peu près inexistantes. Malgré tout, en regard à la variable d'ÉS, les résultats de l'étude nous permettent de tracer un portrait encourageant pour les initiatives futures à développer.

À un premier niveau, les résultats ont semblé révéler que le projet-pilote CAP-Santé a contribué de façon significative à l'augmentation du sentiment d'auto-

efficacité des participants quant à leur rôle d'éducateur à la santé, un élément majeur à développer compte tenu des objectifs poursuivis par le projet.

Un des éléments déterminants à cet augmentation est sans nul doute le fait que chaque étudiant a réussi à concevoir et à implanter au moins une situation d'apprentissage relative à la santé avec ses élèves, cette situation proposant de façon intégrée plusieurs activités ou cours, avec des formules pédagogiques interactives, pour répondre à des objets d'apprentissage précis en lien avec les besoins de ses élèves et des compétences disciplinaires et transversales spécifiques du programme de formation de l'école québécoise. Les feedbacks positifs des élèves, et ceux obtenus en cours de route des responsables de CAP-santé, et dans certains cas, des superviseurs ou des maîtres associés, ont permis aux stagiaires de faire les liens entre les apprentissages qu'ils ont réalisés, leurs pratiques et l'impact de leur travail sur les élèves ou dans l'école. C'est par expérience directe (Bandura, 2007) et par le retour réflexif sur leurs pratiques, facilité par l'accompagnement individualisé, que les stagiaires ont consolidé ce sentiment d'auto-efficacité relatif à l'ÉS. C'est donc dire que sur ce plan, CAP-santé a atteint ses objectifs et qu'effectivement, tel que soutenu par Jourdan (2010), la formule de stage avec accompagnement pédagogique a été propice à de tels apprentissages et réflexions. Ainsi, l'augmentation significative du sentiment d'auto-efficacité lié à l'ÉS, qui est de l'ordre des habiletés perçues comme acquises dans le contexte de CAP-Santé chez les participants « je me sens capable de...; c'est moins difficile de...; je me sens plus compétente de... » peut s'expliquer par une transformation des représentations du concept d'ÉS.

Aussi, le projet-pilote semble avoir eu un impact à un deuxième niveau. Les résultats quant au *Outcome expectancy* révèlent, d'une part, les attentes positives liées à l'expérience vécue : sentiment de combler un besoin du milieu; objet d'apprentissage apprécié des enfants; objet d'apprentissage plaisant à travailler et d'autre part, ce que le participant en retire de négatif : exige beaucoup de temps;

sentiment d'isolement; tâche supplémentaire et lourde. Selon les résultats, on comprend que chez les participants, CAP-Santé aura à la fois permis au sentiment d'auto-efficacité d'évoluer, tout comme le *Outcome expectancy*, puisque le projet-pilote aura précisé les attentes quant au rôle d'éducateur à la santé. En d'autres termes, le participant sait davantage comment faire de l'ÉS et dit pouvoir en retirer des conséquences positives.

5.3.2. L'évolution de la motivation à l'égard de l'éducation à la santé

Toujours selon ces résultats, il semble qu'une combinaison entre l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité et le *Outcome expectancy* aura mené à l'augmentation de la motivation. En effet, un individu sera motivé à agir uniquement s'il considère que ses efforts pourront lui apporter quelque chose de positif et qu'il se croit capable de réussir la tâche. Spécifiquement en ce qui concerne les résultats relatifs à la transformation de la motivation, il est d'abord nécessaire de rappeler que la sélection des participants à CAP-Santé fut réalisée sur une base volontaire. Basé sur la nature de la motivation, deux profils partagent donc le groupe de participants. Il n'est pas imprudent d'avancer que certains d'entre eux entretenaient, avant même leur participation à Cap-santé, un intérêt élevé pour l'inclusion de l'ÉS dans leurs pratiques enseignantes. Ces participants ont nécessairement une motivation intrinsèque élevée, puisqu'ils s'investissent dans ce projet-pilote pour le seul plaisir d'en apprendre davantage (Vallerand, 1993). Toutefois, puisqu'ils ont un niveau de réceptivité élevé et qu'ils considèrent davantage l'importance de l'ÉS, Cap-Santé leur aura permis de définir un cadre plus clair dans lequel pourra s'inscrire l'ÉS. D'autre part, ayant senti que l'accompagnement offert pendant le stage pouvait améliorer leurs outils et leurs compétences, certains participants se sont investis dans CAP-Santé sans trop connaître l'objet d'ÉS. Vallerand (1993) parle ici d'une motivation extrinsèque, qui est davantage utilitaire et dans ce cas-ci, bien en lien avec les impératifs du stage. Les résultats indiquent que pour les participants ayant au départ

une motivation extrinsèque, l'engagement dans le milieu de stage semble avoir développé une attitude plus ouverte aux possibilités qu'offre l'ÉS. Dans chacun de ces deux cas, une véritable inclusion d'un projet d'ÉS dans un milieu scolaire aura permis une augmentation de la motivation, en plus de développer une attitude plus positive à l'ÉS et les participants semblent moins sensibles aux difficultés qui pourraient être rencontrées.

5.3.3. Les compétences développées en éducation à la santé

Le rôle des enseignants exige de créer des situations d'apprentissages relatives à la discipline qui leur est propre. L'inclusion de l'ÉS n'apporte pas de changement majeur à ce rôle, mais nécessite néanmoins le développement de compétences nouvelles pour une mise en œuvre de situations d'apprentissages en ÉS répondant aux besoins spécifiques du milieu.

Pour y répondre, un référentiel de compétences en ÉS a été développé. Bien qu'il s'agisse d'abord d'un référentiel axé sur les compétences propres à l'ÉS plutôt que des compétences pédagogiques, ce référentiel permet d'établir une ligne directrice sur laquelle les formateurs devront se baser pour développer des formations.

Les résultats de l'étude démontrent que les participants auront, grâce à CAP-Santé, développé de nombreux outils, pour ne pas dire compétences, à une ÉS efficace. La globalité des tâches réalisées, tant au moment de la formation qu'en cours de stage, ainsi que l'accompagnement individuel offert sont un ensemble de facteurs affectant les probabilités de développer des compétences et à leur mise en œuvre dans les pratiques enseignantes futures. De plus, les connaissances et les outils acquis au cours de la formation précédant le stage ont été réinvestis au moment du stage, permettant ainsi aux participants de développer un éventail de compétences généralisables à des contextes similaires.

Au regard de la place accordée à l'ÉS dans la formation initiale des enseignants, des compétences professionnelles à développer chez les enseignants (MEQ, 2001) et de la complexité de l'objet qu'est l'ÉS, on comprend que la transformation des représentations est nécessaire à une compréhension plus claire du concept, du rôle et des possibilités qu'offre cet objet d'apprentissage. Cette première orientation fait d'ailleurs un lien direct avec l'une des compétences professionnelles à développer en ÉS, soit celle qui relève de la compréhension des concepts (Battle-Kirk, Barry, Taub, Lysoby, 2009; Taub et al. 2009). De plus, considérant que les participants provenaient de trois différents parcours de formation, Éducation préscolaire et enseignement primaire, Éducation physique et à la santé et Adaptation scolaire et sociale, il s'avérait essentiel d'établir des bases communes sur les modalités d'inclusion de l'ÉS dans les milieux scolaires par l'identification des besoins, le développement et l'implantation de projets d'ÉS adaptés aux différents milieux.

Toutefois, force est de constater que plusieurs facteurs contextuels ont pu nuire au cheminement des participants, tel que la fermeture du milieu, la collaboration entre collègues et le manque d'encadrement. Il est clair que les initiatives futures devront corriger ces facteurs afin d'offrir aux stagiaires une formation renouvelée.

5.3.4. Une expérience partenariale insuffisante pour être signifiante

Le projet Cap-Santé ne semble pas avoir eu d'effet significatif sur le sentiment d'auto-efficacité au partenariat chez les participants. Ici encore diverses éléments nous permettent d'expliquer ce résultat et d'y apporter les nuances nécessaires.

La littérature le révèle, les enseignants s'inscrivent peu dans les pratiques partenariales. Ce résultat est d'autant plus inquiétant puisque le programme de formation de l'école québécoise prévoit de nombreux ancrages transdisciplinaires

pour de multiples objets d'apprentissages, dont l'ÉS. Ce constat s'explique peut-être par le manque de sensibilisation des enseignants au cours de leur formation initiale.

Nous remarquons d'ailleurs, par les résultats de l'étude propres aux pratiques partenariales, que les enseignants ne trouvent ni le temps, ni l'énergie pour intégrer ce concept à leurs pratiques. Au terme du projet CAP-Santé, il semble que les participants ne se sentent toujours pas suffisamment préparés au travail collaboratif. Ils anticipent particulièrement des problèmes de gestion et ils ne voient pas comment l'intégrer à leur tâche déjà lourde.

Ici encore nous avons souhaité mesurer le sentiment d'auto-efficacité au partenariat, mais le *Outcome expectancy* est lui aussi ressorti au travers du devis qualitatif. En effet, pour tout enseignant désireux de développer un partenariat, il est non seulement nécessaire de se sentir apte à répondre aux exigences qui y sont associées, mais aussi de reconnaître les bénéfices qu'on y accorde.

Un regard porté sur les conditions de stage nous permet de comprendre le pourquoi de ces résultats. Parmi les raisons qui permettent d'expliquer que CAP-Santé n'a pas eu d'effets significatifs sur le sentiment d'auto-efficacité à l'égard du partenariat, il est nécessaire de considérer le peu de temps accordé à la période de stage et à la mise en place d'une collaboration avec les acteurs du milieu. Puisque les participants n'ont jamais, ou presque, éprouver de réelle collaboration en milieu scolaire, il était sans doute un peu utopique, voir prétentieux, de souhaiter développer en si peu de temps leur sentiment d'auto-efficacité au travail partenarial. Ajoutons que Mérini (2005) souligne qu'un réel partenariat se développe dans la durée et au travers de négociations. Aussi, on reconnaît la méconnaissance des acteurs et le support insuffisant offert par le milieu scolaire ayant un impact important sur ces résultats. On reconnaît d'ailleurs que l'expérience partenariale réellement vécue dans les milieux de stage ne satisfait pas aux attentes des participants CAP-Santé. Dans ce contexte, on comprend que la motivation à travailler en partenariat ne peut augmenter.

Sachant que l'anticipation joue un rôle primordial dans l'investissement de l'individu, les résultats nous révèlent que l'ensemble des participants rencontrés au cours des entretiens souhaitent développer un partenariat dans leur milieu scolaire, bien que plusieurs d'entre eux n'aient pas eu l'opportunité de travailler conjointement avec un maître associé qui prônait le travail en partenariat. Les participants précisent tout de même qu'il sera plus simple, une fois dans un milieu et avec des acteurs connus, de mobiliser des partenaires.

5.3.5. Compétences développées au travail en partenariat

L'ensemble des facteurs évoqués ont très certainement eut une incidence sur le sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, en portant notre attention aux indicateurs qui bougent plus facilement, tels les connaissances, il est possible de reconnaître les transformations.

Ainsi, au-delà de ce résultat non significatif, on comprend que certaines compétences propres au partenariat semblent tout de même avoir été acquises puisque la formation pédagogique et pratique permet le développement de compétences stables et transférables (Boéchat-Heer, 2009). Selon la taxonomie de Bloom et Krathwohl (1956), deux idées s'en dégagent. D'abord, il est ressorti que la formation aura permis aux participants, non seulement de comprendre davantage le concept de partenariat, mais aussi de considérer l'importance qu'ils disent y accorder, ce qui est davantage de l'ordre des attitudes développées. Ces attitudes permettent de répondre à certaines des compétences spécifiques au travail en partenariat qu'il est suggéré de développer, soit de connaître les avantages et les contraintes liés au travail en partenariat.

5.3.6. Les contraintes et les facteurs facilitant ayant eu une influence sur les participants

Afin de développer des pistes d'actions futures et de soutenir les enseignants et futurs enseignants dans une démarche de formation, il est nécessaire de s'appuyer sur les éléments de satisfactions ressortis.

Basé sur le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979), on comprend l'importance des facteurs personnels qui sont au cœur de l'intégration du champ d'ÉS et du partenariat et dont nous venons de faire état par le sentiment d'auto-efficacité, le *Outcome expectancy* et la motivation. Chez les participants, le souhait d'intégration de cet objet d'apprentissage dans les pratiques enseignantes est vif. Cette idée nous permet d'avancer qu'un enseignant qui accepte l'ÉS comme l'une de ses responsabilités et qui reconnaît l'importance du travail en partenariat ne craindra pas de se lancer et il se projettera positivement dans l'avenir, se voyant travailler cet objet d'apprentissage en collaboration. Toutefois, les facteurs environnementaux, dont nous discuterons dans les lignes qui suivent, jouent eux aussi un rôle essentiel dans l'intégration de l'ÉS et du travail collaboratif dans les pratiques enseignantes. Il s'agit ici de l'ensemble des facteurs se retrouvant à l'intérieur du système scolaire et ayant une influence sur l'enseignant, l'équipe-école, les orientations de l'école, les outils disponibles, les directives ministérielles, etc.

Dans le cas où la formule telle qu'implantée devait être répliquée, certaines conditions seraient nécessaires à sa mise en place. D'abord, l'accueil des stagiaires dans leur milieu de stage est un élément essentiel à améliorer, puisque le soutien reçu est apparu négligeable pour plusieurs d'entre eux. Tel que plusieurs auteurs le soulignent, le stage n'est pas garant d'un accompagnement formatif (Altet, Paquay et Perrenoud, 2002).

Une première étape en réponse à cette contrainte serait d'assurer l'homogénéité des milieux de stage. En effet, alors que quelques participants se sont retrouvés dans un milieu stimulant, d'autres se sont plutôt butés à des résistances, ce

qui n'est pas souhaitable dans un contexte de formation. Ainsi, il semble crucial de prendre la peine de préparer le milieu à l'arrivée du stagiaire, pour ainsi éviter de parachuter un étudiant peu expérimenté, dans un milieu inconnu ou peu ouvert à des initiatives en éducation à la santé. Cette préparation ne devrait pas se limiter uniquement à quelques appels téléphoniques et à la description du milieu à partir des traces écrites disponibles tels le projet éducatif ou le plan de réussite; elle devrait inclure des visites préalables de la part des responsables du projet de formation de manière à mobiliser les acteurs clés, identifier les besoins et les ressources, préciser les objectifs et modalités du stage sous son volet ÉS, etc. Le stagiaire pourrait être introduit lors de l'une de ces rencontres et un contrat de collaboration (tout au moins informel) devrait être établi, y spécifiant la problématique à cibler, les partenaires à engager dans l'action, les devoirs et responsabilités du stagiaire et celles des acteurs du milieu impliqués.

Parmi les acteurs impliqués, mentionnons l'attention particulière à porter au choix du maître associé et l'importance de préciser avec lui la nature de l'accompagnement qu'il sera en mesure d'offrir au stagiaire, connaissant la valeur de cet accompagnement comme dispositif d'aide à l'apprentissage (Correra, 2007). De plus, puisqu'il est primordial pour les stagiaires d'observer et d'imiter les pratiques d'éducation à la santé chez d'autres enseignants au moment des stages (expérience vicariante), encore faut-il trouver des milieux de stage où ce type d'initiatives existe ou du moins, des milieux ouverts à la mise en place de tels projets. En ce sens, une rencontre explicative entre le superviseur de stage et le maître associé permettrait à ces acteurs d'unir leurs expériences afin de devenir des ressources professionnelles à la formation. Aussi, la formation offerte devrait être plus intensive en termes d'heure et d'encadrement, afin de laisser le temps aux stagiaires de digérer l'ensemble d'informations.

Le temps limité, au moment de la formation et de l'implantation du projet dans le milieu de stage, est reconnu par les participants comme un point faible à

améliorer. L'intégration de l'objet ÉS dans la formation initiale des enseignants permettrait de répondre à cet obstacle offrant plus de temps de formation. Toutefois, il est clair que les programmes de formation, déjà surchargés, nécessiteront une restructuration pour offrir une place à cet objet d'apprentissage.

Bien qu'imparfaite, CAP-Santé est une formule intéressante et novatrice qui permet de pallier au manque de formation initiale en éducation à la santé constatée au Québec et ailleurs, dans le réseau universitaire actuel en formation des maîtres. La formation et l'accompagnement offerts pendant leur stage auront donné aux participants le sentiment d'être soutenus et encadrés, les encourageant à s'investir davantage et à poursuivre l'expérience jusqu'à la toute fin. Ils en ont même retiré certains bénéfices sur le plan des connaissances et des habiletés. Toutefois, une telle expérience peut-elle suffire au développement d'un sentiment d'auto-efficacité fort et durable en éducation à la santé et à l'égard du travail partenarial? C'est un premier effort qui démontre qu'il est possible dans le contexte actuel d'offrir aux futurs enseignants un minimum de formation en éducation à la santé, que ce type de formation répond à un besoin important et que les enjeux sociétaux dont les programmes de formation doivent tenir compte pour instruire, socialiser et qualifier (MELS, 2006) exigent que les programmes de formation des maîtres mettent en place de façon urgente de tels initiatives.

5.4. LIMITES DE L'ÉTUDE

Au regard de l'évaluation tenue, certaines limites ressortent quant à la validité des résultats. Considérant le temps et les ressources disponibles, un maximum d'effort fut mis en œuvre afin d'en assurer la validité. Rappelons que l'évaluation des effets de cette étude a été menée au travers d'un devis mixte qui reposait sur la mise en commun des résultats du volet quantitatif, inspiré du devis pré-expérimental avant-après (Campbell et Stanley, 1963), et du volet qualitatif, par une analyse de contenu

des entretiens semi-directifs réalisés auprès des participants au projet-pilote (Miles et Huberman, 2003). Faute de temps et de ressources, la méthode quantitative utilisée n'a pu être accompagnée d'un échantillon plus important et d'un groupe témoin ce qui lui aurait assuré une validité interne plus forte.

Les données qualitatives amassées sur un intervalle de deux mois peuvent avoir eu une influence sur les propos tenus par les participants. Ce laps de temps peut avoir deux effets, soit une rétrospection plus complète et une analyse plus objective, d'un autre côté, l'oubli d'importantes informations pouvant moduler la perception des participants. Évidemment, il aurait été préférable d'amasser les données sur une plus courte période, ce qui aurait assuré une plus grande adéquation avec la collecte de données quantitatives. Il n'en demeure pas moins que le devis quantitatif, conjugué au devis qualitatif, aura permis de répondre à certaines de ces limites, permettant de mettre en lumière les nuances, de consolider, relativiser et enrichir les résultats, en plus d'ajouter à la rigueur de l'étude (Van der Maren, 1996 ; Moss, 1996 ; Bickman et Rog, 2009; Creswell , 2009). Une dernière limite attribuable à l'ensemble de ce devis est qu'il permet uniquement la mesure des effets à court terme de ce projet, sans égard aux effets à long terme. Toutefois, l'émergence de nouvelles initiatives inspirées de CAP-Santé permettra de porter un regard à plus long terme sur les effets que peut avoir une telle formation. Puisque ces limites ont été prises en considération, il nous est possible d'émettre des conclusions avec une certaine confiance à l'égard de l'atteinte des objectifs de ce projet-pilote.

Le projet-pilote CAP-Santé semble avoir atteint en partie ses objectifs en contribuant à l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité en ÉS et en démontrant l'importance qu'accordent désormais les participants au travail en partenariat. Il semble, en effet, que les participants ont développé des compétences, se sont appropriés de nouveaux champs d'apprentissages, en plus de renforcer la perception de leur rôle d'éducateur à la santé et d'en faire une couleur propre à leurs pratiques enseignantes. Ainsi, ce projet-pilote nous permet d'émettre des recommandations sur

la nécessité d'offrir l'opportunité de développer les compétences liées à l'ÉS et au travail en partenariat, considérant les améliorations qui en ressortent.

Une formation, quelle soit initiale ou continue, doit préparer les intervenants des milieux scolaires à adapter leurs interventions aux différents contextes. C'est pourquoi CAP-Santé a été construit en réservant une place importante à l'implication des participants. Ainsi, les séances d'échanges entre participants auront donné l'occasion de prendre une place centrale au sein de CAP-Santé et permis l'acquisition de compétences liées au travail collaboratif. Les participants ont aussi été amenés à exercer un pouvoir de décision sur l'orientation qu'allait prendre le projet implanté dans leur milieu de stage, tout en considérant les besoins du milieu, les ressources et le temps disponible. Ces exemples d'implications actives à l'égard du projet-pilote ressortent essentielles au développement de compétences et à l'appropriation des objets qui s'en dégagent, en plus de permettre aux participants d'être en mesure de porter un regard critique sur les initiatives développées.

CONCLUSION

En guise de conclusion, rappelons que cette étude vise à rendre compte des effets d'un projet-pilote ciblant le développement du sentiment d'auto-efficacité en éducation à la santé dans une perspective collaborative des étudiants en enseignement. Ce projet-pilote s'inscrit dans l'idée d'offrir une formation initiale en éducation à la santé, dans une perspective partenariale et qui est à la fois théorique et pratique.

Cette idée aura pris racine par un intérêt particulier que les responsables de l'étude entretiennent pour l'éducation à la santé et par leur considération pour la formation des futurs enseignants, propre à ce champ en émergence. Le partenariat pour sa part nous est apparu un outil essentiel à développer afin de favoriser une approche globale de l'éducation à la santé en milieu scolaire telle que prescrite par le MELS (2006). Le projet-pilote CAP-Santé souhaitait offrir une formation agréable et enrichissante, basée sur les intérêts propres à chaque participant, afin de développer leurs sentiment d'auto-efficacité et leurs compétences. Visant l'appropriation de ce nouveau champ et le réinvestissement des acquis dans les pratiques enseignantes futures, l'ensemble du projet-pilote s'ancre sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (2007).

La présente étude allie à la fois une méthode quantitative et qualitative. Les données quantitative recueillies par une étude avant-après nous permettent d'apprécier la différence entre le sentiment d'auto-efficacité rapporté au début du projet et à la fin. Pour leur part, les données qualitatives ont été amassées par des entretiens semi-dirigés tenus auprès des participants à CAP-Santé. Ces données nous permettent d'identifier les éléments positifs et négatifs qui ont eu une influence sur la formation, en plus de révéler l'appréciation de l'expérience vécue.

La pertinence de cette étude ressort par diverses orientations. D'abord, CAP-Santé aura permis d'évaluer la formation offerte et de souligner les modifications qu'il est nécessaire d'y apporter en plus d'émettre des pistes de réflexions claires pour les futures formations. Aussi, ce projet-pilote a démontré l'importante place qu'occupe de l'ÉS dans les milieux scolaire, en regard à la réussite scolaire et à la santé des élèves.

En résumé, le projet tel que présenté est riche de connaissances et constitue une première étape vers le développement de formations propres à l'ÉS. Selon ces constats, on comprend que les stratégies innovatrices permettant l'intégration de ce champ d'apprentissage ont leur place dans les programmes de formations initiales ou continues. Il ressort aussi essentiel de préparer adéquatement le milieu scolaire à l'accueil des stagiaires, afin d'assurer une mobilisation maximale des acteurs clés. Nous avons conscience des forces et des limites du projet-pilote implanté, mais croyons tout de même que son implantation à plus large échelle permettrait à de nombreux étudiants de s'approprier cet objet d'apprentissage. Si cette étude était à refaire, une démarche évaluative construite sur un devis plus rigoureux permettrait de faire émerger de nouvelles idées et de poursuivre l'amélioration de la formation. Ainsi, à court terme, des stratégies de formations et d'encadrement basées sur la formule de CAP-Santé doivent être développées par les programmes de formation en enseignement dans les universités. À plus long terme, il est nécessaire de réfléchir à l'espace à l'intérieur des programmes de formation que l'on souhaite accorder à l'ÉS et à la nécessité d'encourager les pratiques partenariales pour permettre à l'ensemble des enseignants du milieu scolaire de s'approprier cet objet d'apprentissage et un maillage entre les différents acteurs.

En terminant, cette étude nous amène à poser des questions sur l'orientation que devra prendre les futurs travaux. D'abord, puisque très peu de travaux ont porté sur la formation en ÉS, il y a place pour d'autres études de cette nature, particulièrement celles portant sur l'évaluation de la formation en ÉS. De plus, peu

d'études sur les représentations des enseignants en ÉS et au partenariat ont été réalisées, du moins dans le contexte québécois. C'est donc un champ à développer.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la Santé Publique du Canada (2008). *Core competencies for Public Health in Canada*. Consulté le 2 septembre 2009, sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf>

Agence de la santé publique du Canada (2007). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* Consulté le 23 août 2009, sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-fra.php>

Allegrante, J., Moon, R., Auld, E. et Gebbie, K. (2001). Continuing-Education Needs of the Currently Employed Public Health Education Workforce. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1230-1234.

Altet, M., Paquay, L. et Perrenoud, P. (2002). *Formateurs d'enseignants: quelle professionnalisation?* Bruxelles: De Boeck Université.

Angers, D. (1998). *La promotion de l'hygiène privée : Les autorités sanitaires de la province de Québec et la propagande hygiéniste en territoire québécois (1908-1936)*. Mémoire de maîtrise. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck Université.

Barr, H. (1998). *Interprofessional education, Today, Yesterday and Tomorrow*. UK: Centre for the Advancement of Interprofessional Education.

Barrère, A. (2002). *Les enseignants au travail : Routine incertaine*. Paris : L'Harmattan.

Barry, M., Allegrante, J., Lamarre, M., Auld, M. et Taub, A. (2009). The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, 16(2), 5-11.

Battle-Kirk, B., Barry, M., Taub, A. et Lysoby, L. (2009). A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion*, 16(2), 12-20.

Berthelette D. et Desnoyers, L. (2009). Une évaluation de l'efficacité d'un programme de formation en santé et en sécurité au travail. In V. Ridde et C. Dagenais (dir.) *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p.287-306). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Berthet, E. (1983). *Information et éducation sanitaire*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bickman, L. et Rog, D. (2009). *The SAGE handbook of applied social research methods*. Los Angeles: Sage.

Bilodeau, A., Lapierre, S. et Marchand, Y. (2003). *Le partenariat : Comment ça marche?* Montréal: Direction de la Santé Publique.

Birch, D. A. (1994). Involving families in school health education : Implications for professional preparation. *Journal of School Health*, 64(7), 296-299.

Birch, D. A., Duplaga, C., Seabert, D. M. et Wilbur, K. M. (2001). What Do Master Teachers Consider Important in Professional Preparation for School Health Education? *Journal of School Health*, 71(8) 56-60.

Bloom, B. et Krathwohl, D. (1956). *The Classification of Educational Goals, by a committee of college and university examiners*. New York: Longmans.

Boéchat-Heer, S. (2009). *L'adaptation des enseignants aux usages des MITIC : Sentiment d'auto-efficacité, formation et pratiques en classe*. Thèse de Doctorat, Université de Fribourg.

Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Campbell, D. et Stanley, J. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. États-Unis: Houghton Mifflin Company.

Clifton, M., Dale, C. et Bradshaw, C. (2006). *The impact of effectiveness of inter-professional education in primary care*. Royal College of Nursing.

- Cogérino, G., Marzin, P. et Mechin, N. (1998). Prévention Santé; Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la terre. *Recherche et Formation*, 28, 9-28.
- Contandriopoulos, P., Champagne, F., Denis J-L. et Avargues M-C. (2005). L'évaluation dans le domaine de la santé - Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 46(6) 517-539.
- Coppé, M. et Schoonbroodt, C. (1992). *Guide pratique d'éducation pour la santé: réflexion, expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Correra, E. (2007). Accompagner un stagiaire : à la recherche de repères pour le formateur. *Formation et Profession*, 14(2), 22-24.
- Creswell, J. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (3e Édition)*. Los Angeles: Sage.
- Deaudelin, C., Dussault, M. et Brodeur, M. (2002). Impact d'une stratégie d'intégration des TIC sur le sentiment d'auto-efficacité d'enseignants du primaire et leur processus d'adoption d'une innovation. *Revue des sciences de l'éducation*. 28(2) 391-410.
- Delory, C. (2003). *Guide pratique de la recherche en sciences humaines, Méthodes et statistiques*. Belgique : Érasme.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative, Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Dintiman, G. et J.S. Greenberg. (1986). *Health through discovery*. New York: Random House.
- Dussault, M., Villeneuve, P. et Deaudelin, C. (2001). L'échelle d'auto efficacité des enseignants : validation cadienne française du Teacher efficacy Scale. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 181-194.
- Ennis, C. (1994). Knowledge and Beliefs Underlying Curricular expertise. *Quest*, 46(2), 164-175.
- Fédération des Éducateurs et Éducatrices Physiques Enseignants du Québec (FÉÉPEQ). (2000). *L'éducation physique et à la santé en milieu scolaire, une partie de la solution*. Rapport remis dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Frankish, C. J., Green, L. W., Ratner, P. A., Chomick, T. et Larsen, C. (1996). *Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy*. Institute of Health Promotion Research. Vancouver: Université de la Colombie-Britannique.

Frauenknecht, M. (2003). *The Need for Effective Professional Preparation of School-Based Health Educators*. Washington: Health Educators.

Gibson, S. et Dembo, M. (1984). Teacher efficacy : A Construct Validation. *Journal of Educational Psychology*, 76(4), 569-682.

Glanz, K. Lewis, F.M. et Rimer, B.K. (1991). *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*. San-Fransisco: Jossey-Bass Publisher.

Godbout, P., Brunelle, J. et Tousignant, M. (1987). Who benefits from passing through the program? In GT. Barette (dir.) *Myths, Models, and Methods in Sport Pedagogy* (p. 183-187). Champaign: Human Kinetics.

Goulet, D., Lemire G. et Gauvreau, D. (1996). Des bureaux d'hygiènes municipaux aux unités sanitaire : Le conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique, 1886-1926. *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 49(4) 491-520.

Gouvernement du Québec (2002). *Encadrement des stagiaires de la formation à l'enseignement. Rapport d'évaluation de programme*. Québec: Ministère de l'Éducation.

Green, L. et Ottoson, J. (1999). *Community and Population Health, (8e Édition)*. Boston: WCB/McGraw-Hill.

Grondin J., Laverdière D. et LaRue R. (2003). L'évaluation pré/post des effets de la communication du risque sur la perception du risque : l'exemple de la pêche sportive dans le Saint-Laurent autour de Montréal. *Vertigo, Revue en Sciences de l'Environnement*. 4(1).

Guskey, T. (1988). Teacher Efficacy, Self-Concept, and Attitudes towards the Implementation of Instructional Innovation. *Teaching and Teacher Education*, 4(1), 63-69.

Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. et Barr, H. (2007). A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education. *Journal of Medical Teacher*, 29(8), 735-751.

- Harvey, G. (2009). Pour une approche globale à la santé en milieu scolaire ». In. J. Grenier, J. Otis et G. Harvey (dir.) *Faire équipe pour l'éducation à la santé*. (p. 49-62). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Howell, D. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Belgique: DeBoeck.
- Hrairi, S. (2007). Comment les enseignants tunisiens du primaire conçoivent-ils la santé? *Revue Éducation et Santé* (226), 7-9.
- Johnson, B. et Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed Methods Research : A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants?* Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action.
- Jourdan, D. (2005). Éducation à la santé à l'école : le temps de l'action ». *Santé publique*. 17(4), 649-652.
- Jourdan, D. (2004). Quelle éducation à la santé à l'école ? *Le journal des professionnels de l'enfance, numéro thématique santé*. (27).
- Jourdan, D. et Bourgeois-Victor, P. (1998). La formation des enseignants du primaire en éducation à la santé dans les IUFM. *Recherche et Formation*. 28, 29-46.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. et Glanddier, P. Y. (2002). Éducation à la santé à l'école: pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 4(14), 403-423.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F. et Carvalho, G. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion and Education*, 15(3), 36-38.
- Karsenti, T. (2006). Pragmatisme et méthodologie de recherche en sciences de l'éducation. *Formation et Profession*, 3(1), 2-5.
- Kirkpatrick, D.L. et Kirkpatrick, J. D. (1996). *Evaluating Training Programs. The four Levels*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Koelen, M. et Van den Ban, A. (2004). *Health Education and Health Promotion*. Pays-Bas: Academic Publishers.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In. J. Poupart, J. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires (dir.) *La*

recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. (p. 365-388).
Montréal : Gaëtan Morin.

Lèbe, R-M. (2010). L'éducation à la santé et l'école québécoise : Perspectives historiques. In. J. Grenier, J. Otis et G. Harvey (dir.) *Faire équipe pour l'éducation à la santé.* (p. 5-21). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lebeaume, J. 2006. « Les sciences et la technologie au collège. La question récurrente de leur unification ou de leur différenciation ». In. A. Hasni, Y. Lenoir et J. Lebeaume (dir.) *La formation à l'enseignement des sciences et des technologies au secondaire dans le contexte des réformes par compétences.* (p.97-117). Québec : Presses Universitaires du Québec.

Le Cren, F., Grenier, J., Harvey, G., Kalinova, E. et Magny, J. (2006). Éducation à la santé en éducation physique dans le curriculum des universités au Québec. *Poster présenté dans le cadre de la 8ième biennale de l'éducation et de la formation* . Lyon.

Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation.* Montréal : Guérin.

Loizon, D. (2009). Former des conseillers pédagogiques du premier degré par la recherche. *Revue recherche et formation.* À paraître.

Love, A. (2004). Implementation Evaluation. In HP. Hatry, JS. Wholey et KE. Newcomer (dir.), *Handbook of Practical Program Evaluation.* San Francisco: Jossey-Bass.

Marcel, J. (2002). *Le concept de contextualisation et le système des pratiques professionnelles de l'enseignement du primaire.* Lille: Acte du Congrès international AECS.

Marcel, J-F., Tardif, M., Dupriez, V. et Perisset-Bagnoud, D. (2007). *Coordonner, collaborer, coopérer : De nouvelles pratiques enseignantes.* France : De Boeck.

Mérini, C. (1999). *Le partenariat en formation.* France : Éditions L'harmattan.

Mérini, C. (2005). *Travail conjoint et professionnalité enseignante.* Rapport d'étude disponible à l'adresse suivante : ADASE 56, av. de Wagram 75017.

Mérini, C. (2008). Entre savoir scolaire et pratiques sociales : Le partenariat à l'école. *Spirale, Revue de recherche en éducation.* (16), 169-184.

Mérini, C. Bizzoni-Prévieux, C. et Jourdan, D. (2007). *Role of dynamic collective of work in health education at school*: Colloque Contested Qualities of Educational research. Belgium, p. 19-22.

Mérini, C. et De Peretti, C. (2002). Dans quelle position l'école met-elle ses partenaires dans la mise en œuvre d'une action d'éducation à la santé? *Revue Santé publique*, 14(2), 147-164.

Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation. Sainte-Foy: Université Laval.

Miles, M. et Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitative, (2e Édition)*. Bruxelles: De Boeck Université.

Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *La formation à l'enseignement. Les orientations. Les compétences professionnelles*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sport – Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MELS-MSSS). (2005). *Approche École en santé*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation des Loisirs et du Sport (2006). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire Enseignement primaire*. Québec: Gouvernement du Québec.

Moss, P. (1996). Enlarging the Dialogue in Educational Measurement : Voices from Interpretive Research. *Educational Research*, 25(43), 20-28.

Nadeau, M-A. (1978). L'évaluation de l'apprentissage en milieu scolaire : un modèle d'évaluation continue. *Revue des sciences de l'éducation*. 4(2), 205-221.

National Task Force on the Preparation and Practice of Health Educators (1985). *A framework for the development of competency-based curricula for entry-level health educators*. New York: The National Commission for Health Education Credentialing.

Oandasan, I. et Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 39-48.

Organisation mondiale de la Santé. (1946). Comment l'OMS défini-t-elle la santé ? Consulté le 23 août 2010, sur <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/index.html>

Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Consulté le 1^{er} septembre 2009, sur

http://www.promosante.org/docs/Texte_integral_Charte_Ottawa.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2008). *La santé de l'enfant*. Consulté le 19 septembre 2009, sur http://www.who.int/topics/child_health/fr/

Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation the new century text*. Thousand Oaks : Calif. Sage.

Pelpel, P. (2002). Quelle professionnalisation pour les formateurs de terrain? In M. Altet, L. Paquay et P. Perrenoud (dir.), *Formateurs d'enseignants : quelle professionnalisation?* (p. 175-191). Bruxelles: De Boeck Université.

Pinard, R., Potvin, P. et Rousseau, R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches qualitatives*. 24, 58-80.

Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé, Concepts, Méthodes, Stratégies*. Montréal: Agence d'ARC, Inc.

Poupart, J., Deslauriers, J., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. (1997). *La recherche qualitative, Enjeux épistémologique et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

Ramousse R., Le Berre, M. et Le Guelte, L. (1996). *Introduction aux statistiques*. Consulté le 23 août 2010, sur <http://www.cons-dev.org/elearning/stat/index.html>

Ridde, V. et Dagenais, C. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Rockwell, S. K. et Kohn, H. (1989). Post-then-pre evaluation. *Journal of Extension*. 27(2).

Romano, J. (1996). School personnel prevention training: A measure of self-efficacy. *The Journal of Educational Research*, 90(1), 57-63.

Selltiz, C. Wightsman, I. S. et Cook, S. W. (1977). *Les méthodes de recherche en sciences sociales*. Montréal : Les éditions HRW.

Shah, C. P. (1995). *Médecine préventive et santé publique au Canada*. Ste-Foy. Les presses de l'Université Laval.

Siegel, S. et Castellan, N.J. (1988). *Nonparametric statistics for the Behavioral Sciences, (2e Édition)*. New York: McGraw Hill Book Company.

Smith, J. (2003). *Education and Public Health*. United States of America: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Tardif, M. et Gauthier, C. (1999). *Pour ou contre un ordre professionnel des enseignantes et des enseignants au Québec*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Taub, A., Allegrante, J., Barry, M. et Sakagami, K. (2009). Perspectives on Terminology and Conceptual and Professional Issues in Health Education and Health Promotion Credentialing. *Health Education & Behavior*, 36(3), 439-450.

Thurler, G. (2000). *Innover au Cœur de l'établissement scolaire*. Paris: ESF Éditeur.

Thomas, M. et Jones, S. (2005). The Impact of Group Teaching on the Acquisition of Key Skills to Teach Personal, Social and Health Education. *Health Education*, 105(3), 164-185.

Tones, K. et Tilford, S. (1994). *Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Londres: Chapman et Hall.

Turcotte, S. (2006). *L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique : analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire*. Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation. Montréal: Université du Québec à Montréal.

Turcotte, S. (2010). Problématisation : L'éducation à la santé et l'éducation physique ». In J. Grenier, J. Otis et G. Harvey (dir.) *Faire équipe pour l'éducation à la santé*. (p. 25-45). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Turcotte, S., Gaudreau, L. et Otis, J. (2007). Démarche de modélisation de l'intervention en éducation à la santé incluse en éducation physique. *Staps*, 3(77), 63-78.

Vallerand, R. (1993). La motivation intrinsèque et extrinsèque en contexte naturel : implications pour les secteurs de l'éducation, du travail, des relations interpersonnelles et des loisirs. In RJ. Vallerand et EE. Thill (dir) *Introduction à la psychologie de la motivation* (p. 309-330). Laval: Éditions Études Vivantes.

Van der Maren, J. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation, (2e Édition)*. Bruxelles: DeBoeck.

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.

Zay, D. (1994). Partenariat. *In* P. Champy, C. Étévé, JC. Forquin et AD. Robert (dir) *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation* (p. 719-724). Paris: Nathan.

ANNEXE A
Questionnaire Prétest

Questionnaire CAP-santé

Ce questionnaire est anonyme. De manière à ce que l'on puisse mettre ensemble ce questionnaire et d'autres documents que vous pourriez compléter par la suite, choisissez un pseudonyme que vous inscrivez d'une fois à l'autre. Pour ne pas oublier votre pseudonyme, inscrivez-le aussi dans votre agenda.

Votre pseudonyme : _____

1. Vous êtes :

- une femme
 un homme

2. Dans quel programme êtes-vous inscrit-e?

- EPEP
 Éducation physique et à la santé
 Adaptation scolaire

3. Pour chacun des énoncés, dites dans quelle mesure vous vous sentez capable de poser l'action proposée?

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10,

1 voulant dire que vous ne vous sentez *pas du tout* capable; à **10**, que vous vous sentez *tout à fait* capable)

Dans le contexte où j'ai à planifier et implanter des situations d'enseignement-apprentissage en <u>éducation à la santé</u>, je me sens capable de...	Chiffre de 1 à 10
a) identifier les objets d'apprentissage à viser en éducation à la santé en fonction des besoins de mes élèves	a) _____
b) faire le lien entre ces objets d'apprentissage et le programme de formation de l'école québécoise (savoirs essentiels, compétences transversales)	b) _____
c) trouver des ressources en éducation à la santé pour stimuler ma créativité	c) _____
d) trouver des formules pédagogiques en éducation à la santé adaptées aux besoins de mes élèves	d) _____
e) susciter l'implication de mes élèves dans leurs apprentissages en éducation à la santé	e) _____
f) trouver des stratégies pour encourager et renforcer mes élèves dans leurs apprentissages en éducation à la santé	f) _____

- g) identifier des critères d'évaluation cohérents avec les objets d'apprentissage en éducation à la santé g)_____

4. Pour chacun des énoncés, dites dans quelle mesure vous vous sentez capable de poser l'action proposée?

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10,

1 voulant dire que vous ne vous sentez **pas du tout capable**; à **10**, que vous vous sentez **tout à fait capable**)

Dans le contexte où j'ai à planifier et implanter des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé, je me sens capable de...	Chiffre de 1 à 10
a) solliciter la collaboration d'autres personnes	a)_____
b) participer avec elles à la définition d'objectifs communs	b)_____
c) travailler avec elles dans le respect des idées de chacune	c)_____
d) participer de façon active aux différentes étapes de la planification	d)_____
e) répartir les tâches de façon équitable	e)_____
f) reconnaître les compétences et limites de chacune	f)_____
g) miser sur les forces de chacune	g)_____

5. Pour chacun des énoncés, donnez votre degré d'accord.

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10,

1 voulant dire que vous n'êtes **pas du tout d'accord**; à **10**, que vous êtes **tout à fait d'accord**)

Après mon baccalauréat, lorsque je serai enseignant-e,...	Chiffre de 1 à 10
a) j'ai l' intention de faire vivre à mes élèves des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé	a)_____
b) je sens que j'ai les compétences pour faire vivre à mes élèves des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé	b)_____
c) j'ai l' intention de planifier et faire vivre des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé à mes élèves en partenariat avec d'autres enseignants	c)_____
d) j'ai l' intention de planifier et faire vivre des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé à mes élèves en partenariat avec d'autres ressources à l'école , autres que les enseignants	d)_____
e) je sais comment je planifierai des situations	e)_____

d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé à mes élèves en partenariat avec ces enseignants et autres ressources

Merci infiniment de votre collaboration !
Avez-vous des suggestions ou commentaires ?

ANNEXE B
Questionnaire Post-test

Questionnaire CAP-santé

Ce questionnaire est anonyme. De manière à ce que l'on puisse mettre ensemble ce questionnaire et d'autres documents que vous avez complétés, inscrivez le même pseudonyme que vous avez déjà inscrit sur le questionnaire répondu au début du projet.

Votre pseudonyme : _____

1. Vous êtes :

- une femme
 un homme

2. Dans quel programme êtes-vous inscrit-e?

- EPEP
 Éducation physique et à la santé
 Adaptation scolaire

3. Avez-vous participé au projet CAP-santé jusqu'à la fin de votre stage?

- Oui Non

4. Qualifiez la réaction des personnes ou groupes de personnes suivantes à l'égard de votre projet en éducation à la santé?

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10, **1** voulant dire une réaction **très négative** à l'égard de votre projet; **10** signifie une réaction **très positive** à l'égard de votre projet)

	Lorsque vous avez présenté votre projet au début de votre stage	À la fin de votre stage
a) La direction d'école	a) _____	a) _____
b) Les parents	b) _____	b) _____
c) Les autres enseignants	c) _____	c) _____
d) Les élèves	d) _____	d) _____
e) Votre maître associé	e) _____	e) _____
f) Votre superviseur	f) _____	f) _____

5. De manière à qualifier votre expérience dans le cadre du projet CAP-santé, dites dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé présenté.

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10, **1** voulant dire que vous n'êtes **pas du tout** d'accord; à **10**, que vous êtes **tout à fait** d'accord)

Dans le cadre de CAP-santé, ...	Chiffre de 1 à 10
a) J'ai trouvé la formation avant le stage utile	a) _____
b) J'ai reçu le soutien dont j'ai eu besoin de la part des ressources de CAP-santé pendant mon stage (Caroline)	b) _____
c) J'ai aimé participer au projet CAP-santé	c) _____
d) La tâche exigée par un tel projet a été très lourde	d) _____
e) Le projet que j'ai implanté a été utile	e) _____
f) Je crois que mon projet se poursuivra ou sera répété dans cette école après mon stage	f) _____
g) Je serais motivé-e à reproduire un projet semblable dans mon école après mon baccalauréat	g) _____
h) J'ai l'impression d'avoir beaucoup appris grâce à mon implication dans CAP-santé	h) _____

6. Pour chacun des énoncés, dites dans quelle mesure, suite à votre participation au projet CAP-santé, vous vous sentez maintenant capable de poser l'action proposée?

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10, **1** voulant dire que vous ne vous sentez **pas du tout** capable; à **10**, que vous vous sentez **tout à fait** capable)

Dans le contexte où j'ai à planifier et implanter des situations d'enseignement-apprentissage en <u>éducation à la santé</u>, je me sens capable de....	Chiffre de 1 à 10
a) identifier les objets d'apprentissage à viser en éducation à la santé en fonction des besoins de mes élèves	a) _____
b) faire le lien entre ces objets d'apprentissage et le programme de formation de l'école québécoise (savoirs essentiels, compétences transversales)	b) _____
c) trouver des ressources en éducation à la santé pour stimuler ma créativité	c) _____
d) trouver des formules pédagogiques en éducation à la santé adaptées aux besoins de mes élèves	d) _____
e) susciter l'implication de mes élèves dans leurs	

- e) _____
- f) trouver des stratégies pour encourager et renforcer mes élèves dans leurs apprentissages en éducation à la santé f) _____
- g) identifier des critères d'évaluation cohérents avec les objets d'apprentissage en éducation à la santé g) _____

7. Pour chacun des énoncés, suite à votre participation au projet CAP-santé, dites dans quelle mesure vous vous sentez capable de poser l'action proposée?

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10,

1 voulant dire que vous ne vous sentez *pas du tout capable*; à **10**, que vous vous sentez *tout à fait capable*)

Dans le contexte où j'ai à planifier et implanter des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé, je me sens capable de...

Chiffre de 1 à 10

- a) solliciter la collaboration d'autres personnes a) _____
- b) participer avec elles à la définition d'objectifs communs b) _____
- c) travailler avec elles dans le respect des idées de chacune c) _____
- d) participer de façon active aux différentes étapes de la planification d) _____
- e) répartir les tâches de façon équitable e) _____
- f) reconnaître les compétences et limites de chacune f) _____
- g) miser sur les forces de chacune g) _____

8. Pour chacun des énoncés, donnez votre degré d'accord.

(Répondez en inscrivant un chiffre de 1 à 10, **1** voulant dire que vous n'êtes *pas du tout d'accord*; à **10**, que vous êtes *tout à fait d'accord*)

Après mon baccalauréat, lorsque je serai enseignant-e,...

Chiffre de 1 à 10

- a) j'ai l'**intention** de faire vivre à mes élèves des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé a) _____
- b) je sens que j'ai les **compétences** pour faire vivre à mes élèves des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé b) _____
- c) j'ai l'**intention** de planifier et faire vivre des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé à mes élèves en **partenariat avec d'autres enseignants** c) _____
- d) j'ai l'**intention** de planifier et faire vivre des situations

- d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé à mes élèves **en partenariat avec d'autres ressources à l'école**, autres que les enseignants d) _____
- e) je **sais comment** je planifierai des situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé à mes élèves en partenariat avec ces enseignants et autres ressources e) _____

Merci infiniment de votre collaboration !
Avez-vous des suggestions ou commentaires ?

ANNEXE C
Grille d'entretien

Grille d'entretien auprès des participants au projet Cap-santé

Merci d'abord, d'avoir accepté de participer à ce projet-pilote *CAP-santé*, il y a de cela quelques semaines. Merci aussi de bien vouloir nous donner un peu de votre temps pour cet entretien. Cet entretien servira à faire une brève évaluation de votre expérience dans le cadre de CAP-santé.

Pour faire cet entretien, vous avez d'abord donné votre accord en complétant un formulaire de consentement en octobre dernier. L'entretien d'aujourd'hui sera enregistré, mais soyez assuré(e) que tout restera tout à fait anonyme et confidentiel. Lorsque vos propos seront retranscrits et analysés, votre nom sera remplacé par un pseudonyme afin de protéger votre confidentialité.

Au cours de cet entretien, il sera donc question du projet d'éducation à la santé que vous avez conçu et implanté pendant votre stage.

1- J'aimerais d'abord que vous me décriviez votre milieu de stage ?

€ Nombre d'élèves dans l'école (approximatif)

€ Milieu

- Environnement physique
- Contexte social
- Clientèle type
- Classes spéciales

€ Projets d'éducation à la santé présents dans l'école

€ Élèves rencontrés tout au long du stage

€ Élèves ciblés pour le projet CAP-santé

- Pourquoi avez-vous ciblé ces groupes/élèves?
- Dans les groupes ciblés, y avait-il des élèves intégrés (EHDAA) ?

2- Racontez-moi ce que vous avez fait pour votre projet d'éducation à la santé?

€ À quelle problématique répondiez-vous (problématique de départ) ?

- Était-ce une problématique ciblée avant même votre arrivée ?
- D'où vient cette problématique ?

€ Qui étaient les enseignants autour de vous ?

€ Description du projet

€ Description des activités

€ Comment s'est fait votre planification ?

- Votre planification a-t-elle été respectée ?

€ Qu'avez-vous vécu avec les élèves (leur implication, leurs réactions)?

3- Comment êtes-vous arrivé à réaliser ce projet ?

€ Ressources ou partenaires

- Enjeux
- Intérêts
- Motivations à s'impliquer
- Sont-ils suffisamment impliqués pour poursuivre le projet après votre départ?

€ Comment ces acteurs se sont-ils impliqués ? (Mérini, 2007)

- Où avait lieu vos rencontres
- Comment se passait vos rencontres
- Contrat de collaboration-contrat moral
 - Ce qui vous uni face à la problématique
- Sémiotique instrumentale
 - Ce qui est mis sur papier
- Sémiotique affective
 - Comment les gens étaient accueillis
- Sémiotique référentielle
 - Aviez-vous la même façon de concevoir la problématique

€ Pouvez-vous m'expliquer sur quoi et comment vous vous êtes entendus au fur et à mesure avec ce ou ces partenaires ?

- Problème de code
- Problème de temporalités

€ Pouvez-vous me raconter ce qui a pu faciliter la réalisation de votre projet ?

- Motivation

- Aide de certaines personnes
- Encouragements
- Intérêt des élèves quant au projet

€ Pouvez-vous me raconter ce qui a été rendu la réalisation de votre projet plus difficile?

- Lourdeur de la tâche

4- Compte tenu de votre expérience, comment définissez-vous ce qu'est l'éducation à la santé ?

€ Comment devrait se faire l'éducation à la santé dans une école ?

5- À votre avis, qui a la responsabilité de l'éducation à la santé dans l'école ?

€ Comment voyez-vous votre rôle en éducation à la santé

6- Expliquez-moi dans quelle mesure et comment vous aurez , dans le futur, les compétences nécessaires pour jouer ce rôle d'éducateur à la santé ?

€ Êtes-vous capable d'identifier les besoins d'éducation à la santé en fonction de vos élèves ?

€ Êtes-vous capable d'intégrer l'éducation à la santé dans différents contextes ?

€ Êtes-vous capable d'aller chercher différentes ressources en éducation à la santé ?

7- Expliquez-moi dans quelle mesure et comment vous serez capable, dans le futur, de travailler en éducation à la santé avec des partenaires ?

€ Comment iriez-vous chercher des partenaires ?

€ Seriez-vous capable de négocier avec ces partenaires pour vous donner des objectifs communs ?

€ Quels sont les désavantages de travailler en partenariat ?

€ Quels sont les avantages de travailler en partenariat ?

8- Globalement, quel bilan faites-vous de votre expérience ?

€ Ce que vous retenez de tout ce travail ?

€ Comment jugez-vous votre projet d'éducation à la santé ?

9- Auriez-vous des éléments à ajouter que nous n'avons pas abordé au cours de l'entretien ?

ANNEXE D
Formulaire de consentement

Formulaire de consentement CAP-santé

Dans le cadre du projet CAP-santé, projet -pilote dont le but est de permettre à des stagiaires de 3 programmes (enseignement en éducation physique et à la santé; éducation préscolaire et enseignement primaire et adaptation scolaire) de réaliser leur troisième stage dans une école primaire et de réaliser leur projet intégrateur en partenariat dans l'atelier thématique «éducation à la santé», une **évaluation formative** doit être réalisée.

Vous avez accepté de participer à ce projet-pilote. Durant ce projet, nous vous demanderons de répondre à un bref questionnaire auto-administré à 2 occasions (au début et à la fin du projet). Il est aussi possible que l'on vous invite à participer à une courte entrevue semi directive individuelle ou à une discussion de groupe.

Nous garantissons votre anonymat durant toutes les phases du projet. Il sera donc impossible de vous reconnaître. À tous moments, vous pouvez mettre fin à cette entente sans préjudice, pour des raisons qui vous appartiennent.

En acceptant de participer à ce projet-pilote, vous nous aidez à mieux connaître les besoins des stagiaires en formation initiale en éducation à la santé et au travail collectif des enseignants ainsi qu'à porter un certain jugement sur la pertinence d'un tel projet.

Toute question sur le projet peut être adressée à Joanne Otis (otis.joanne@uqam.ca).

J'ai pris connaissances des objectifs de cette évaluation et j'accepte d'y participer à condition que l'utilisation des résultats soit faite dans l'anonymat et uniquement pour l'évaluation de ce projet.

Signature
du stagiaire: _____

Date : _____

Joanne Otis, PhD.
Professeur
Chaire de Recherche du Canada
en Éducation à la Santé
Université du Québec à Montréal
(514) 987-3000 poste7874