Contribution de l'éducation physique à la santé : une affiche sans scénario ?

Une recherche exploratoire sur les représentations des enseignants

Geneviève Cogérino
CRIS, EA L-Vis, Université Lyon-1
genevieve.cogerino@univ-lyon1.fr

Nicolas Kisgen
Professeur EPS

Mathieu Brigaldino
Professeur EPS

Revue *Éducation, Santé, Sociétés*, Vol.2, No.1 | pp. 61-78

Reçu le : 10/03/2015 | Accepté le : 11/09/2015

Résumé : La santé est un objectif de l'éducation physique (EP) depuis très longtemps et a pris des aspects divers selon les époques. Deux modèles s'affrontent : le premier s'appuie sur une conception biomédicale de la santé et vise à améliorer la condition physique en se centrant sur des indicateurs liés à l'activité physique. Le second, en phase avec la définition élargie de la santé promue par l'Organisation mondiale de la santé, vise les divers types de bien-être : physique, psychologique, émotionnel, mental, social, etc. Cette étude exploratoire se centre sur les représentations des enseignants. Sept enseignants d'EP ont été questionnés sur leurs représentations de la santé, ses indicateurs et les procédures de leur enseignement destinées à impacter la santé des élèves. Les résultats montrent que les enseignants ont des difficultés à définir la santé, à identifier des indicateurs de ses divers aspects. Une variété de points de vue est repérable : la conception biomédicale de l'EP est nettement présente ; la conception plus ouverte est diffuse et semble reformuler ce que les enseignants doivent enseigner selon les programmes, en attribuant aux catégories d'activités physiques une composante particulière de la santé, selon un schéma déjà repéré depuis plusieurs décennies en EP. La santé semble y jouer un simple rôle d'affichage, sans grand impact sur les enseignements de l'EP.

Mots-clés : santé, éducation physique, représentations de la santé.

1 Introduction

Cet article rend compte d'une recherche conduite dans un cadre psychosociologique, visant à clarifier les représentations des enseignants d'éducation physique (EP) français relatives à la contribution de cette discipline à la santé des élèves.

Les relations entre l'éducation physique et la santé ont donné lieu à beaucoup de débats et recherches (*i.e.* Robène *et al.*, 2008 ; Combaz & Hoibian, 2015). Les débats couvrent le champ de l'éthique, de l'idéologie, beaucoup s'inscrivent dans le cadre de la sociologie critique, par exemple en sollicitant plus de recul avant de parler d'épidémie d'obésité, le terme « épidémie » étant anxiogène et contreproductif (Gard & Wright, 2001).

Deux grands modèles s'affrontent sur les relations EP-santé (Harris & Cale, 1997 ; Johns & Tinning, 2006 ; Quennerstedt, 2008 ; Pühse *et al.*, 2011). Un premier s'inscrit dans une perspective bio-médicale et prend pour apprécier l'impact de l'EP sur la santé des indicateurs physiologiques (fréquence cardiaque, endurance cardio-vasculaire, VO_2 max, force), cliniques (indice de masse corporelle). Les indicateurs liés à l'EP sont ceux qui mesurent l'activité physique (nombre de pas parcourus, durée d'activité / inactivité, intensité de l'activité avec l'indicateur *MVPA*). Ce modèle est étiqueté « santéiste » (relevant du *healthism*), s'inscrit dans une perspective pathogène (*pathogenic*) où santé et maladie s'opposent diamétralement (Harris & Cale, 1997). Toutefois, Dias Quitério (2013) note le peu de questions sur l'impact de ces marqueurs biologiques sur la motivation, le plaisir à pratiquer, les connaissances et compétences perçues des élèves, autant d'aspects qui semblent pourtant essentiels pour assurer une pratique physique volontaire et assidue.

Le modèle concurrent renâcle à limiter l'approche de la santé au seul domaine biologique et aux facteurs de risque. Cette approche *salutogenic* (« générant la santé », ou « salutogène ») s'ancre sur l'idée d'un *continuum* entre santé et maladie, refusant la centration unique sur les facteurs de risque, et relève de la promotion de la santé (Antonovsky, 1996). Les interrogations portent sur l'assimilation de la condition physique à la santé (*fit or healthy ?*) et de l'entraînement physique à l'éducation physique, le prolongement sur le long terme de l'activité physique ; l'attention est dirigée vers le sens de l'activité ou du mouvement, en termes d'apprentissages, de *coping*, d'auto-compréhension ou de plaisir. Ce modèle prône donc la prise en compte d'indicateurs psychologiques (estime de soi), émotionnels (émotions ressenties, engagement vécu, valeur accordée à la pratique physique), sociaux-relationnels, cognitifs (maîtrise d'indicateurs pour caractériser les effets de la pratique). Les auteurs situés dans ce courant rappellent aussi que le rapport à la pratique physique évolue au fil de l'existence en raison des contraintes (relationnelles, professionnelles, environnementales, déclin physique, etc.) et que la pratique physique ne saurait se limiter à la seule prise en compte de la pratique sportive. Penney et Jess (2004) illustrent, pour chacun d'entre eux, la part prise par la pratique physique fonctionnelle, récréationnelle, liée à la santé (condition physique, bien-être ou réhabilitation) ou performante selon les phases de leur vie. Ils soulignent la nécessité d'une formation des enseignants d'EP à ces problématiques. En somme, la question porte sur les marqueurs de la santé et des résultats tangibles sur la santé des élèves que l'EP devrait viser.

Les représentations de la santé et de la relation santé-EP que les enseignants ont construites sont stratégiques car elles orientent leurs pratiques professionnelles (choix de pratiques,

contenus d'enseignement, procédures d'apprentissage, régulations...) ; de même qu'elles conditionnent leur vigilance à certains indices ou marqueurs plutôt que d'autres. Miglioretti *et al.* (2013) ont constaté que des enseignants pouvaient avoir des représentations différentes de la santé selon qu'ils caractérisaient la santé des élèves ou la leur, par question ouverte ou fermée. Les trois conceptions proposées (absence de maladie, efficacité psycho-physique ou équilibre et harmonie) n'étaient pas classées dans le même ordre selon les cas : « harmonie » en 1er par question fermée et en dernier par question ouverte pour les adultes, par exemple. Les recherches consacrées à l'impact des pratiques professionnelles des enseignants d'EP mettent en évidence que leurs formations ont échoué à leur donner des outils réflexifs et des moyens didactiques et pédagogiques pertinents (Armour & Harris, 2013). Alfrey *et al.* (2012) constatent que les trois quarts des enseignants (sur cent vingt-quatre questionnaires et douze entretiens) ne se sentent pas préparés par leur cursus initial et continué. Leur expérience d'une EP contribuant à la santé les oriente vers une centration sur les échauffements, le retour au calme et la fréquence cardiaque, confirmant une EP massivement orientée vers le fitness. Un portrait voisin avait été dressé pour les enseignants français (Cogérino, 1999) par une enquête par questionnaires : le modèle bio-médical apparaissait très présent, étroitement tressé avec une conception « multi-activités » de l'EP où chacune des activités physiques se voyait attribuer un rôle particulier en relation avec la santé. La réflexion sur ce qui engage les individus à avoir une activité physique régulière, persistante, semblait embryonnaire, oublieuse des conditions de vie (temps disponible, épuisement professionnel, facilités d'accès matériel, financier, géographique, etc.). Compte tenu des changements intervenus dans les formations initiale et continuée des enseignants d'EP et des programmes disciplinaires en vigueur, de même que les changements sociétaux à l'égard de la santé des populations, il convient d'actualiser l'enquête.

Chercher à savoir comment l'EP peut contribuer à la santé et au bien-être des élèves suppose l'identification d'indicateurs, clairs et non ambigus. Un premier problème concerne la définition de la santé elle-même, celle-ci ayant largement évolué depuis la définition qu'en donnait en 1948 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1] : état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou invalidité. Le second problème concerne les indicateurs associés à chacune des dimensions de la santé. Beaucoup de travaux se sont attachés à relever les lacunes de la définition initiale de l'OMS : manque de clarté, non opérationnalisée, idéaliste, euphorique, statique, limitée... (*i.e.* Larson, 1996). La définition du bien-être (dont le niveau d'appréciation varie avec les cultures, les groupes sociaux) a généré nombre de questions et travaux, où deux grandes traditions se côtoient, eudaimonique *vs.* hédonique, pour clarifier indicateurs, facteurs et différences par rapport aux concepts voisins (qualité de vie, bien-être subjectif, etc.) (*i.e.* Lent, 2004).

Greenberg (1985) élargit la définition de l'OMS et introduit les dimensions émotionnelle et spirituelle, positionne le bien-être comme le mode d'organisation de ces dimensions à tout niveau du continuum santé-maladie. Certains travaux ont cherché à repérer, à classer les multiples indicateurs correspondants. Par exemple Voyer et Boyer (2001) le font pour le bien-être psychologique et listent les concepts associés ou compétiteurs. En synthèse,

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946, entré en vigueur le 7 avril 1948.

Miller et Foster (2010) récapitulent huit dimensions du bien-être actuellement étudiées : physique, psychologique / émotionnel, social, intellectuel / cognitif, spirituel, occupationnel, environnemental, culturel. Ils font le point sur les indicateurs correspondants.

Dans le cadre de cette approche psychosociologique, les questions de recherche sont donc les suivantes : Comment les enseignants d'EP conçoivent-ils la santé ? Quelles dimensions de la santé les préoccupent ? Quelles représentations véhiculent-ils, plus ou moins implicitement, à l'égard de la contribution de l'EP à la santé des élèves ? Que déclarent-ils enseigner en liaison avec la santé et quelles dimensions de santé sont implicitement ou explicitement visées (procédures à privilégier, indicateurs à repérer, voies d'action envisagées) ?

2 Méthodologie

La dimension exploratoire de cette recherche induit une méthodologie qualitative et la recherche d'une diversité d'enseignants pour constituer le panel (diversité de : sexe, âge et expérience professionnelle, type d'établissement d'exercice). Sept enseignants d'EP sollicités pour un entretien semi-directif ont accepté d'être enregistrés. Le tableau 1 regroupe leurs principales caractéristiques.

Tableau 1 – Caractéristiques des interviewés.

Pseudonyme	Sexe	Âge	Établissement
Cléa	F	31 ans	Collège
Pia	F	33 ans	Lycée professionnel A
Peggy	F	26 ans	Lycée professionnel A
Louis	H	34 ans	Lycée B
Loïc	H	35 ans	Lycée C
Léon	H	53 ans	Lycée D
Pablo	H	32 ans	Lycée professionnel E

La méthodologie choisie vise à limiter les biais de conformité (l'interviewé répondant ce qu'il croit que le chercheur attend, ou bien en se référant à ce qu'il croît être attendu des programmes disciplinaires, et non à ce qu'il fait réellement). Ainsi, les propos tenus lors d'approches directes (avec questions explicites) ont été confrontés, selon les cas, avec :

- les réponses à des questions ouvertes, sans mention des termes objet d'investigations (comme « santé », ou « importance accordée à... », etc.) ;
- le nombre ou la diversité thématique des items mentionnés par l'interviewé.

Le guide d'entretien commençait par des questions générales d'information pour nouer le dialogue et instaurer la confiance, sans mentionner explicitement le terme « santé », manière indirecte de repérer si figuraient dans ces projets et priorités des éléments relatifs à la santé des élèves : caractéristiques générales, éventuelles spécificités de l'établissement et ses publics, projets de l'équipe EP, etc. Les thématiques suivantes étaient ensuite

abordées : définitions, indicateurs de la santé et du bien-être ; dimensions identifiées de la santé et dimensions privilégiées par l'enseignant ; existence ou non de liens privilégiés entre certaines dimensions de la santé et certaines activités physiques (regroupées en *Compétences propres* (CP) selon l'appellation des programmes [2]) ; identification de contenus d'enseignement, dispositifs divers associés selon l'enseignant aux dimensions de la santé. Les relances visaient à concrétiser les réponses, et à rester sur le terrain des pratiques effectives des enseignants avec leurs élèves et des difficultés rencontrées à intégrer une perspective de santé dans l'enseignement de l'EP au jour le jour. Les interviewés ont été invités à donner des indicateurs chiffrés en notant selon eux de 0 à 10 : le degré d'importance accordé par l'enseignant aux diverses dimensions de la santé ; le degré de contribution de chacune des cinq CP des programmes à chaque composante de la santé.

Les entretiens intégralement transcrits ont fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative « classique » : les propos des enseignants ont été d'abord découpés en items au sein de chaque entretien, puis regroupés en fonction de leur similarité thématique. L'analyse a pris en compte le nombre de sous-thématiques, mais pas le nombre de formulations relatif à une même sous-thématique : les interviewés ont parfois besoin de relances, reprennent un thème lors d'une autre question, alors que d'autres enchaînent leur propos d'une seule traite. Le comptage n'est pas toujours un indicateur fiable lors des analyses thématiques.

Toutefois, à titre exploratoire, un repérage quantitatif du vocabulaire typique relatif à chaque composante de la santé a été conduit à l'aide de la fonction « rechercher », pour cerner l'importance que les enseignants accordaient implicitement à certains thèmes ; ce comptage ne prend pas en compte les mentions présentes dans les questions et relances de l'entretien (Annexe, tableau 4). Un repérage du type d'activités physiques mentionnées a également été réalisé.

3 Résultats

3.1 Santé et EP : avec circonspection...

En début d'entretien, la présence de la santé est plutôt diffuse dans les priorités de l'équipe EP, peu évoquée explicitement ou totalement absente. Dans trois des établissements, on peut considérer que la santé est absente des préoccupations. Trois des autres établissements retiennent des items liés à une préoccupation explicite de santé : « lutter contre la sédentarité », « faire découvrir des activités physiques susceptibles d'être pratiquées plus tard en tant qu'adulte », « préparation physique scolaire, savoir se préparer, s'échauffer ». On identifie aussi des items qui se rattachent implicitement (le terme « santé » n'ayant pas été prononcé par l'interviewé) à la santé : « accepter les différences morphologiques et psychologiques liées à la maturation physique », par exemple. Il en ressort que la santé n'apparaît pas d'emblée comme une préoccupation marquée chez tous les interviewés, d'autant que certains relativisent immédiatement l'énoncé des priorités du projet en EP à l'égard de la santé en précisant qu'en fait la priorité est plutôt celle qu'imposent les programmes en terme de répartition d'activités physiques : « Ça fait partie d'une des priorités de l'EPS sans être la seule ! »... Dans la suite des entretiens, les interviewés semblent presque réticents à utiliser le terme « santé » : des cent quatre-vingt-quinze mentions du

2. Voir le 3.5 pour la classification des activités physiques au sein des Compétences propres (CP).

terme dans le corpus total, soixante-dix-huit (40 %) sont celles des interviewés, les autres mentions figurant dans les questions et relances. C'est pour le terme « santé » que le décalage est le plus important entre le vocabulaire des questions et celui des réponses.

Peggy récuse l'idée d'une contribution d'une activité physique à la santé : « À partir du moment où tu mets les gamins en activité et qu'ils se sentent bien dans tes cours, on vise la santé. » Mais elle poursuit en soulevant une distinction importante : le lien avec la santé est-il dû à l'activité en elle-même ou aux contenus d'enseignement choisis ou aux dispositifs associés à ces contenus, le lien avec la santé doit-il être explicite ou implicite pour être efficace ? « Dans les autres CP tu intègres la santé dans les contenus, comme les groupements ou l'échauffement, mais c'est fait de manière fine, les élèves ne s'en rendent pas forcément compte tout de suite. Alors que pour la CP5 c'est écrit noir sur blanc, ils ont une fiche où c'est marqué. » Peggy relativise tout autant le transfert supposé des effets constatés durant le cours d'EP au contexte de la vie de tous les jours : « Oui il va y avoir une cohésion de groupe, mais est-ce que c'est plus socialisant que les autres, je ne sais pas. Ce n'est pas forcément parce que j'ai joué au hand avec toi qu'après, en maths ou ailleurs, on va être copains. »

Pablo reprend sous d'autres termes, en évoquant le traitement didactique nécessaire, une idée toute voisine : « On peut arriver à distinguer des activités qui sont favorables ou davantage favorables, mais je pense qu'elles le sont toutes, avec un bon travail [didactique] sur l'activité, on peut arriver à travailler tous les versants de la santé. »

La définition donnée de la santé globalement, c'est parfois seulement : « un bien-être physique », « la santé mentale, c'est le bien-être ». Pour d'autres : « C'est être bien dans sa peau, bien dans sa tête, et être en bonne santé, avoir une bonne condition physique, on va dire ça » (Cléa) ; « Être en bonne forme physique, ne pas avoir de problème mais aussi le psychologique, être en bonne... mentalement aller bien, les deux sont liés ; après je n'ai pas de définition particulière de la santé » (Peggy) ; « La santé c'est de passer, de viser deux étapes. C'est le bien-être et le mieux-être. C'est donc d'aller vers un mieux-être, le bien-être ça peut parfois être un peu compliqué. Je vise un mieux-être dans un certain domaine de ma vie [...] et l'objectif c'est être bien dans sa tête, bien dans son corps et bien dans un groupe en gros » (Loïc). Deux enseignantes s'avouent dépourvues de « définition », tandis que l'on perçoit une sorte de flou ou de conflit pour certains entre « bien-être » et « santé ».

3.2 Dimensions de la santé privilégiées par les enseignants

Les dimensions de la santé privilégiées chez les interviewés ont été appréciées de deux manières : le nombre d'items consacrés au total à chaque dimension de la santé ; la note de 0 à 10 attribuée à l'importance accordée à chacune de ces dimensions. Ces deux modes d'approche n'aboutissent pas à la même hiérarchie.

Parmi les 145 items du corpus consacrés à la santé : 80 concernent la santé physique ; 44 la santé psychologique [3] (associée à la santé mentale et émotionnelle) et 21 la santé sociale / relationnelle. Aucun ne concerne la santé spirituelle, occupationnelle ou cognitive.

3. La confusion entre santé psychologique, mentale, morale, émotionnelle chez les interviewés, du fait du manque d'indicateurs univoques, nous conduit à regrouper le tout sous le seul terme « psychologique ».

L'importance accordée à chaque composante conduit à une note moyenne de 8,8 sur 10 pour la santé sociale, de 7,8 pour les santés physique et psychologique, de 6,8 pour la santé intellectuelle. On relève donc ici un décalage entre le « volume » de propos et l'importance accordée aux diverses dimensions de la santé. Ce phénomène pourrait être lié à la nature des relances effectuées en cours d'entretien. Mais d'autres éléments permettent de nuancer ce premier constat. La note moyenne dissimule de grandes disparités entre enseignants concernant ce que chacun envisage concrètement comme nature, teneur, indicateurs de chaque dimension de la santé. Par exemple, concernant l'importance accordée, la santé physique est citée une fois en premier rang mais deux fois en dernier, ce qui peut paraître surprenant pour l'EP. Les contours, ce que recouvrent précisément certaines dimensions de la santé, sont mal identifiés et les priorités fluctuent grandement entre enseignants.

3.3 Indicateurs de santé selon les enseignants

Évoquer globalement une dimension de la santé peut prêter à confusion si les indicateurs mobilisés par les interviewés diffèrent. Ces indicateurs ont donc été relevés pour chaque composante de la santé. Globalement et par ordre décroissant, les indicateurs relatifs à la santé physique sont les plus nombreux, suivis par ceux de la santé psychologique. Ceux concernant la santé sociale sont très peu déclinés.

Les treize indicateurs pour évoquer la santé physique sont les suivants : les dispenses, la fatigue, les blessures, le surpoids, l'engagement physique, « ... le teint, le tonus, la posture, l'énergie sur le terrain, sur un lieu ». L'indicateur est pour certains rectifié en « santé physiologique », associé à des marqueurs relatifs à la seule condition physique.

Les huit indicateurs de la santé psychologique posent un problème de frontière aux enseignants qui hésitent fréquemment dans l'usage de termes tels que « émotionnel », « intellectuel », « mental » et « moral ». Par exemple, Loïc classe fermement la santé intellectuelle en dernière position « parce que je pense qu'on n'a pas besoin de réfléchir tout le temps toujours à ce qu'on fait, toujours à intellectualiser ». À une relance concernant l'estime de soi, Louis rétorque : « Ah oui, oui, c'est ça la santé mentale. C'est ne pas se sentir dévalorisé, le bien-être mental ! » ; il mentionne aussi l'irritabilité de l'élève qui doit alerter l'enseignant. Peggy hésite : « ... Au niveau mental c'est être bien mais bon... comment le définir ? On le voit si le gamin il est bien ou pas mais après... ce n'est pas forcément de mon ressort. Quand un gamin te dit que la vie ça vaut rien, je vais voir la CPE[4] là. On peut le dire oui, lui il n'est pas trop en bonne forme, après, au niveau physique, il était en léger surpoids, mais est-ce que ça veut dire qu'il n'était pas en bonne santé ? Je pense que là je n'y ai pas assez réfléchi. »

L'engagement de l'élève dans les tâches est souvent situé comme indicateur de la santé psychologique : « L'engagement de l'élève dans la leçon, une participation de l'élève à la fois au contenu... sont des indicateurs de santé[5]. » Les autres indicateurs concernent l'image de soi, la baisse des notes, le ressenti de bien-être ou de dévalorisation, le stress.

Le seul indicateur lié à la santé sociale concerne l'intégration des élèves dans le groupe, la participation au collectif : « Juste un engagement de l'élève et une inscription de l'élève

4. Conseiller principal d'éducation
5. Les citations qui ne sont pas associées au prénom de l'interviewé sont communes à plusieurs enseignants.

dans la dynamique de groupe. Donc à l'inverse il y a des élèves qui se mettent à l'écart. À partir de ça tu peux repérer un élève qui ne va pas bien » (Pablo) ; « Un élève qui n'est pas bien dans la classe, c'est qu'il n'est pas bien dans sa tête et donc ils seront plus tentés pour des conduites à risque comme le suicide » (Peggy).

Les enseignants mobilisent des indicateurs très globaux (l'attitude) ou difficilement rattachés à un aspect de la santé (l'ambition). Ils hésitent dans l'attribution de cet indicateur à une composante précise de la santé. La caractérisation de l'engagement de l'élève dans la séance est verbalisée comme un indicateur important de sa « motivation » et, ainsi selon eux, de sa santé. Par exemple, Loïc évoque « son investissement personnel dans son travail personnel, l'interaction et l'investissement avec les autres [...] qui fait que ce sont des indicateurs qui peuvent révéler un manque de confiance, un manque d'ambition, un manque de capacité ». Plus loin, la relance lui demande son avis sur la santé d'un élève qui s'isole et il répond : « Pour moi, psycho-sociale [...], mais aussi je dirais psycho-physique. » Pablo souligne l'attitude comme indicateur de santé : « Une attitude corporelle. Déjà lorsque les élèves arrivent dans le gymnase, tu le vois la personne qui n'est pas bien ou qui est malade, rien qu'à sa manière d'être, déjà, tu vois. Et ensuite, il y a dans la pratique, c'est peut-être un degré d'investissement dans la pratique, celui qui est à fond, celui qui ne l'est pas du tout et celui qui l'est à moitié. Les changements aussi d'attitude des élèves qui parfois peuvent alerter le prof. Enfin c'est surtout à travers des indicateurs très généraux mais relatifs à l'investissement, l'engagement et puis aux réactions que peuvent avoir les élèves. »

En synthèse, les diverses dimensions de la santé ne sont pas aisément distinguées : des indicateurs identiques peuvent être selon les enseignants mis en relation avec des dimensions différentes de la santé ; les dimensions psychologique, intellectuelle, mentale sont objets de confusions et jugées synonymes du bien-être.

3.4 Hiérarchisation à géométrie variable ?

Les entretiens ne sont pas exempts de propos contradictoires. La recherche d'une éventuelle hiérarchie accordée par les enseignants aux diverses composantes de la santé varie selon que l'on prend en compte les réponses explicites à une question, ou les conceptions implicites livrées au fil d'autres réponses. La confrontation de réponses effectuées à des moments différents fournit d'autres éléments relatifs aux priorités des enseignants concernant la santé.

Par exemple, Louis classe en dernier la santé physique : « La première c'est la santé mentale, le bien-être. Pour moi c'est ça, qu'ils viennent en cours et qu'ils soient bien [...] et puis j'en reviens à ma prévention des blessures et il y a le savoir s'entraîner, c'est sûr, mais la prévention des blessures et même le savoir s'entraîner, ça en fait partie. » Il détaille en plusieurs occasions sa centration sur la prévention des blessures, dans toutes les activités proposées aux élèves. À la question portant sur les contenus spécifiques paraissant incontournables, il répond : « La relation entre le temps de pratique, l'intensité et la récupération. Que ce soit en musculation, en course en durée ou en step... » Sa réponse se situe sur le terrain de la santé physique, et plus tard dans l'entretien il note la CP4 à 9 dans sa contribution à la santé. La relance lui demande s'il se perçoit plus pertinent par rapport à ce qu'il a défini antérieurement, concernant les contenus liés à

la santé physique. Il répond positivement : « Je hiérarchise le physique comme moins important que la santé psychologique, émotionnelle, mais j'ai l'impression d'avoir un plus grand impact. Des pouvoirs moteurs variés et différents qui se développent dans la CP4. En termes de vitesse, de visions de jeu. Ça n'est pas pareil, on peut très bien être incapable d'attaquer dans un intervalle de façon correcte mais on peut avoir une bonne vision du jeu qui me permet de voir un partenaire libéré et faire une passe décisive. »

Les hiérarchisations au sein de la santé sont parfois associées à la facilité à pouvoir intervenir et avoir un impact.

Cléa renâcle à donner la priorité à une dimension de la santé : « Non, pour moi tout est au même niveau, tout est important et je pense que tout est important à travailler mais il n'y en a pas un qui prend le pas par-dessus l'autre. » À la relance demandant s'il y a une dimension plus facile à aborder, elle répond : « Peut-être leur redonner l'estime d'eux-mêmes, leur donner confiance en eux et ça leur permettra peut-être d'enclencher un travail moteur par la suite. »

Pablo hiérarchise dans le temps pour ses classes de seconde : en premier la santé sociale « puisqu'on cherche à faire cohabiter les élèves ensemble avec un respect mutuel, ou la solidarité ou des choses comme ça », puis « une forme de santé peut-être émotionnelle, tu vois, liée directement à la pratique des APSA[6] [...]. Et puis en dernier lieu je mettrais... la santé intellectuelle je ne vois pas trop... ».

Il justifie l'ordre de ses priorités : « Tant que la santé sociale, le bien-être de tous, le savoir vivre ensemble n'est pas acquis, on ne va pas passer à autre chose. Avec une santé émotionnelle, qui est tout de même très importante, peut-être même la plus déterminante. C'est celle qui transcende un peu les trois autres [...]. T'es obligé, elle, de la prendre en compte de manière prioritaire parce que c'est elle qui va permettre l'engagement ou pas. Qui va inhiber ou relâcher les élèves. »

Ainsi, les hiérarchies se situent dans certains cas en termes de succession temporelle, ou de « transcendance », ou de passages obligés avant de pouvoir viser une autre composante de la santé, ou de facilité à avoir un impact..

3.5 Contributions des CP et des activités physiques à la santé

Les CP des programmes officiels de l'EP doivent organiser les programmations dans les établissements scolaires. Elles regroupent néanmoins des activités physiques très diverses. La CP1 fédère des activités athlétiques et aquatiques : peut-on envisager une contribution similaire à la santé des élèves par l'enseignement de la natation de vitesse et celui du javelot ? La CP3 contribue-t-elle à la santé par l'acrosport de la même manière et sur le même registre que la gymnastique rythmique ou la poutre ? Le badminton et la lutte en CP4 ont-ils le même impact ? Quelques points forts à propos de ces apports spécifiques à la santé sont à relever.

L'importance de la contribution spécifique de chaque CP à la santé, globalement, est appréciée avec la note moyenne de 9.6 pour la CP5, 8 pour la CP4, 7.6 pour la CP2, 6.6 pour la CP3 et 6.2 pour la CP1 (tableau 2). Comme pour la note d'importance accordée

6. APSA : Activité physique sportive et artistique

aux dimensions de la santé, cette note moyenne cache des disparités : la contribution de la CP1 oscille entre 3 et 10, la CP3 entre 3 et 8... Le total des items mentionnés par les interviewés, et relatifs aux contributions spécifiques de chaque CP à la santé globalement, aboutit à un classement assez voisin.

On relève que chacune des CP est plus particulièrement associée par les enseignants à une dimension spécifique de la santé, selon un schéma relativement traditionnel et constant depuis plusieurs décennies (Cogérino, 1999). Les activités physiques de la CP1 (athlétisme, natation) sont associées à la dimension physiologique de la santé. Celles de la CP2 (activités de pleine nature) se partagent presque également sur les dimensions physique, psychologique et sociale. La CP3 (activités acrobatiques, gymniques et esthétiques) est majoritairement associée à la santé psychologique. La CP4 (sports collectifs, de raquettes et combat) privilégierait la santé sociale / relationnelle. Enfin, la CP5 est massivement mise en relation avec la santé physique et faiblement associée à la santé psychologique (tableau 2).

Tableau 2 – Contribution à la santé des activités physiques regroupées par CP.

	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5
Importance de la contribution à la santé globale Note moyenne sur 10	6.2	7.6	6.6	8	9.6
Somme des items dans le corpus total	5	5	7	7	13
Items spécifiques Santé physique	4	2	2	2	10
Items spécifiques Santé psychologique	1	1	5	1	3
Items spécifiques Santé sociale / relationnelle	0	2	0	4	0

Le tableau 3 récapitule le nombre de fois où des activités physiques distinctes ont été mentionnées par les interviewés (sans tenir compte de celles des intervieweurs).

Tableau 3 – Nombre de mentions d'activités physiques dans les entretiens.

Classées en CP1	Classées en CP2	Classées en CP3	Classées en CP4	Classées en CP5
Athlétisme 3 Courses 12 Relais 4 Sauts 0 Lancers 0 Natation 6 Sauvetage 9	Escalade 8 Canoe/CK 0	Acrosport 4 Gymnastique 3 Danse 0 Activités artistiques 1	Badminton 11 Raquettes 4 Judo 1 Lutte 0 Sports collectifs 5 Rugby 9 Foot 6 Basket 5 Volley 3 Hand 1	Musculation 27 Renforcement musculaire 4 Step 15 Abdo-fessiers 1 Aérobic 1 Rameur 1 Vélo 1 (Pratiques d') Entretien de soi 6
Total CP 1 : 34	Total CP 2 : 8	Total CP 3 : 8	Total CP 4 : 45	Total CP 5 : 56

Pour la CP1 et la santé physique, l'item majoritaire est la « connaissance de soi » pour préserver l'intégrité physique : « Le demi-fond pour travailler les repères sur soi, enfin des choses comme ça, une meilleure connaissance, voire une santé physique », puis solliciter et améliorer des ressources physiques, se préparer à l'effort : « Fournir tel type d'effort. Et puis après au niveau physique on est sur du tonus, de la vitesse. Ce sont des qualités physiques à développer. » Les exemples concernent majoritairement les courses.

La CP2 sollicite la santé physique et sociale devant la santé psychologique. C'est notamment à travers la notion de gestion « risque-sécurité » que cette CP se démarque des autres. Il s'agit d'y apprendre à gérer sa sécurité à travers l'escalade : « Il faut préserver son intégrité physique, savoir gérer le risque et la sécurité mais pas spécifiquement dans l'amélioration de qualités physiques ou dans le développement de ressources psycho-sociales ou physiologiques. »

La CP3 est davantage mise en relation avec la santé psychologique, ce qui constitue sa spécificité comparativement aux autres CP : « Il faut se montrer, il faut s'éprouver, il faut se dévoiler psychologiquement, corporellement. Et voilà donc il y a une finalité, un petit peu psychologique, émotionnelle. Mais on n'est pas sur un aspect physiologique ou physique premier » ; « Pour le côté émotionnel, la santé plus psychologique. Le fait que ça soit artistique, ça permet du relationnel, et l'estime de soi avec la mise en scène ». Ici, la CP3 semble évoquer la danse ; elle est parfois mise en relation avec la gymnastique ou l'acrosport, sans que l'on distingue si le rôle de « porteur » soit au crédit de la santé émotionnelle par la valorisation qu'il occasionne ou de la santé relationnelle (tenir un rôle indispensable au groupe entier) : « Il y a des endroits où on peut se valoriser. Par exemple certains élèves peuvent être valorisés en porteur. » Le fait de « passer devant les autres » est parfois interrogé : « En gym pour les aider à passer devant les autres, ils passent d'abord devant un petit groupe, puis devant leur groupe et enfin devant la classe mais là encore est-ce que je gère la santé mentale ? [...] ils ne passent pas d'un coup devant les autres, donc ce n'est pas forcément flagrant pour les élèves qu'on travaille sur leurs émotions. »

Pour la CP4, la santé sociale est privilégiée. C'est la recherche de solidarité avec les autres élèves de la classe et la notion de socialisation au sein du groupe qui sont évoquées : « Le fait que ça soit des équipes, peut favoriser plus le versant social... il va y avoir une cohésion de groupe » ; « Le badminton avec des formes de pratique, avec des formes de jeux types "coupe Davis" qui permet de vraiment créer de la solidarité entre les élèves. » La santé relationnelle ne s'actualise pas par un discours très précis sur la nature de cette contribution. Ce sont plus souvent des valeurs, des options, qui sont énoncées par les enseignants, sans qu'ils ne soient en mesure de préciser des indicateurs pour constater l'impact des sports collectifs sur la santé des élèves. La santé physique est aussi mentionnée : « Il y a une dimension énergétique très importante. Autant dans la préservation que dans l'efficacité. Je dois être performant physiquement pour m'exprimer. Et énergétiquement on peut même être dans une logique de développement des ressources à travers la durée et/ou l'intensité des phases de jeu. »

Pour la CP5, l'item le plus fréquent est « éviter les blessures » puis le développement de la condition physique : « En musculation, quand ils sont mal placés on les corrige, penser à avoir le dos droit pour éviter les blessures » ; « ... Oui, c'est un aspect du

savoir s'entraîner, du mieux-être physique. Être capable de ne pas se blesser, de bien se connaître [...], préserver son intégrité physique et en même temps d'y trouver une forme d'épanouissement ».

Concernant la santé physique, les enseignants évoquent très fréquemment la musculation : 37 % des mentions d'activités physiques précises la concernent (tableau 4). Elle cumule aux yeux des enseignants de lycée des avantages : éviter les blessures en apprenant le placement postural, développer les ressources physiologiques, combiner les connaissances et le physique (sans que l'on soit certain que l'enseignant y associe clairement une composante de la santé) : « La musculation, je pense qu'elle permet de combiner l'intellectuel avec le physique, puisqu'à un moment donné il faut un petit peu conceptualiser sa mise en projet etc. Par contre, l'idée c'est que le versant intellectuel et physique de la musculation, on essaie d'y apporter l'ingrédient un petit peu social, c'est-à-dire des choses partagées, mises en groupe, collectives. » (Loïc.)

En synthèse, les propos des interviewés témoignent d'une difficulté récurrente à mentionner des indicateurs précis de l'impact de la pratique d'une activité physique bien identifiée sur la santé ou une de ses dimensions. Les exemples relevés sont assez classiques (musculation, courses, badminton et sports collectifs en tête). En outre, un seul interviewé discute de la différence entre l'impact de l'activité physique elle-même, comparativement à l'impact des procédures d'enseignement mises en place. Par exemple, l'attribution d'un impact sur la santé relationnelle du fait des sports de raquette ou des sports collectifs n'est jamais questionnée à partir des dispositifs : laisser se créer les équipes sur la base des affinités relationnelles ou imposer la constitution de ces dernières pour équilibrer les chances de gain du match, créer des affrontements en imposant ou non des rôles précis dans des situations asymétriques.

3.6 Les dispositifs appropriés pour favoriser la santé

Les relances durant l'entretien ont permis l'énoncé de dispositifs valorisés pour contribuer à la santé des élèves. Six grandes catégories permettent de les regrouper.

3.6.1 Les conseils. « Je dis, je répète, je rabâche... ! »

Le type de dispositif le plus fréquemment cité est le conseil et concerne essentiellement la prévention. Il vise à instaurer des routines, réactiver des connaissances concernant des thématiques qui relèvent de « l'éducation à » ou la promotion de la santé : alimentation équilibrée, prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, activité physique régulière, hygiène. Ces conseils semblent itératifs, fréquents, mais on peut douter de leur efficacité s'ils ne sont pas associés à des changements relatifs à l'environnement (physique, matériel, relationnel, affectif). Cette prévention purement verbale semble ne pas s'appuyer sur des opérations, des programmes avec des associations ou d'autres professionnels. Peggy décline : « Je leur explique..., je leur dis..., je répète.., je ne cesse de leur répéter..., depuis la rentrée je rabâche à mes CAP. » Cléa pointe les limites de cette procédure : « Je ne pense pas par exemple que leur expliquer comment fonctionne le cœur ait un impact sur la pratique ou non d'une activité en dehors. »

3.6.2 Les habitudes : s'échauffer...

Les habitudes à prendre et routiniser sont ensuite évoquées comme type de dispositif efficace. Les enseignants citent l'échauffement comme exemple le plus fréquent d'habitude qu'ils souhaitent voir intériorisée par les élèves. Ils déplorent le manque de sens que peut présenter cette routine au vu de la physiologie musculaire des adolescents et leurs motivations en début de séance, conscients qu'ils entreprennent de faire intérioriser une routine qui ne prendra sens (en évitant les blessures) que plusieurs années après que l'élève ne soit plus lycéen. Pablo « compte beaucoup sur la répétition et les habitudes de travail. En reproduisant souvent les mêmes formes d'échauffement jusqu'à ce que ça devienne une routine et dans le meilleur des cas une nécessité. [...] Mais sans décréter que l'échauffement "sera bien pour vous" ». Dans le présent, l'échauffement contribue à la santé mais pour Cléa : « Ça nous permet, en soi, tout en s'échauffant de travailler spécifiquement certaines parties du corps, alors qu'en activité on sera plus sur quelque chose de global, pas du renforcement musculaire. Et on peut se retrouver à travailler certaines parties du corps à l'échauffement dont on n'aura pas forcément besoin pour le reste du cours. »

3.6.3 Grouper, dégrouper...

Un autre dispositif est le jeu sur les formes de groupement des élèves, variées ou stabilisées selon les activités physiques, la durée du cycle et la nature des relations au sein de la classe (apaisées ou conflictuelles). Globalement, l'objectif visé concerne la santé relationnelle et tend à ce que les élèves acceptent des relations et partenaires (ou adversaires) variés : « On vise à développer les interactions dans la classe, donc tout ce qui touche à l'intégration, au bien-être social de la classe. » Cependant, dans la modulation des formes de groupements, certains n'hésitent pas à intervenir. En cas de mise à l'écart, une enseignante « intègre de force » l'élève à un groupe, lui « trouve un binôme sympa ». Le nombre d'interactions apparaît plus important que la nature, l'authenticité ou la pertinence des relations.

3.6.4 Adapter les contenus...

Les exemples au cœur des apprentissages des activités physiques sont rares (deux). Pablo décrit comment la prévention des blessures en rugby « passe » par des indicateurs précis à énoncer aux élèves (serrer très fort le ballon à deux mains sur la poitrine, coller le menton sur la poitrine, chuter dans cette posture...). Les autres exemples détaillés concernent les facteurs de la condition physique, y compris la tonification musculaire.

Plus souvent, il s'agit davantage du niveau d'exigence de la tâche que de l'adaptation des contenus d'enseignement. Par exemple, la prévention des blessures est mise en œuvre par une réduction des exigences en période de fatigue de la classe : Pia « leur en demande moins, et on fait comme là aujourd'hui des tournois multi-activités. On propose des activités différentes des menus. Comme ça ils sont pas obligés de se donner à fond, vu que c'est pas noté et on limite ainsi les risques » ; Peggy « allège les contenus : pour un match qui fait 10 minutes d'habitude, je fais sept minutes, je mets plus de remplaçants, ils tournent beaucoup plus ». L'adaptation des contenus passe également par des modulations de la procédure d'évaluation : autoriser un passage supplémentaire, ne prendre en compte qu'un seul des deux essais permet de « diminuer le stress » et jouer sur le bien-être psychologique.

3.6.5 Dialoguer, materner pour donner confiance...

Les échanges en aparté, le dialogue individualisé sont mentionnés pour donner confiance, restaurer l'estime de soi d'un élève. Une relation quasi maternelle est évoquée par Pia : « Bien dialoguer avec eux pour les comprendre, [...] ceux qui ne se sentent pas très bien, qui sont mis à l'écart, j'essaye de parler avec eux [...], j'essaye de trouver des solutions quand ils arrivent à mettre des mots sur leur problème » ; Peggy leur dit « surtout qu'il ne faut pas se prendre la tête, ce n'est pas si grave, je les materne beaucoup en fait [rires] ».

3.6.6 Solliciter des professionnels de la santé...

Des partenaires extérieurs à l'école sont parfois mentionnés et interviennent pour la promotion de la santé des élèves. Dans le corpus, l'infirmière scolaire et le lien entre école, famille, médecin sont évoqués une fois chacun.

4 Discussion

Cette recherche visait à caractériser les représentations des enseignants d'EP à propos de la santé, repérer ce qu'ils déclarent enseigner spécifiquement dans cette visée. Le contexte plus vaste de cette étude renvoie à l'opposition que les divers systèmes éducatifs de pays développés donnent à voir sur la fonction même de la discipline. Pour les uns l'EP doit lutter essentiellement contre la « maladie hypokinétique » et « l'épidémie d'obésité », se centrer sur la dimension physiologique de l'activité physique avec des indicateurs tels que le nombre de pas parcourus, l'intensité de la sollicitation cardio-vasculaire. À ce modèle, qui oppose santé et maladie (modèle *pathogenic*), guidé par les études épidémiologiques, fait face le modèle *salutogenic*. Celui-ci différencie la santé de la condition physique, estime que l'orientation à long terme vers l'activité physique nécessite de prendre en compte des indicateurs psychologiques (valeur accordée à, sens donné à, émotions, estime de soi, etc.), sociaux (conditions d'accès, contraintes de vie), de viser les divers types de bien-être associés à toutes les dimensions de la santé.

L'enquête auprès d'un nombre restreint d'enseignants, c'est là une de ses limites dans ce contexte exploratoire, montre leurs difficultés à définir la santé, à repérer et énoncer des indicateurs précis et univoques, sollicités en divers moments de l'entretien, par des questions directes ou indirectes. Santé et bien-être sont considérés comme synonymes. Les dimensions spirituelle, occupationnelle, environnementale, culturelle de la santé sont totalement absentes des propos des enseignants. Certains sont parfois réticents à considérer la santé comme le seul phare qui devrait guider leur enseignement, d'autres mettent en doute de pouvoir y contribuer si l'on tient compte des conditions professionnelles d'exercice.

De ce fait, beaucoup de relances ont été nécessaires pour dépasser des évocations très générales des liens santé-EP. Il apparaît cependant sans ambiguïté que les enseignants ne sont pas unanimes et présentent des oppositions marquées. La centration sur la seule condition physique est nette chez deux sujets masculins. Elle apparaît aussi quand on quantifie le vocabulaire des entretiens (voir Annexe, tableau 4). Cette option conduit par exemple à limiter la détente à la récupération post-effort, à énoncer que dans les activités acrobatiques et artistiques l'intégrité physique n'est pas mise en jeu et qu'il n'y a pas de développement des ressources physiques. D'autres interviewés sont plus nuancés,

ou dubitatifs, sur cette approche, valorisant pour leur part l'engagement des élèves, les relations dans la classe.

Le flou des indicateurs énoncés pour cerner la santé, définir le bien-être, associé à la valorisation du relationnel et des valeurs d'entraide, ainsi que l'attribution parfois schématique de certaines dimensions de la santé à un nombre restreint d'activités physiques pose question. On peut se demander si la thématique de la santé est davantage qu'un habillage des pratiques professionnelles : les enseignants parent-ils de l'étiquette « santé » les valeurs et modes d'enseignement qu'ils valorisent en EP ? À décharge, il faut reconnaître que les programmes disciplinaires juxtaposent des annonces très générales sur les objectifs majeurs de la discipline, puis des déclinaisons des apprentissages visés par activité physique. Le lien opérationnel n'y est guère tissé entre ces deux « entrées ».

Concernant les modalités concrètes d'un enseignement visant la santé, peu d'enseignants décrivent de manière crédible l'inscription de la santé au cœur des contenus d'enseignement relatifs à une activité physique en particulier. Il y a donc l'implicite d'une contribution à la santé par la « pratique » d'une activité (des sports collectifs pour le bien-être social, par exemple), sans prendre en considération l'impact des dispositifs affectés aux situations d'apprentissage, du mode d'accompagnement par l'enseignant ou du niveau d'engagement de l'élève dans la tâche. La santé est bien à l'affiche, mais le scénario, assez flou, manque d'auteurs...

L'analyse des entretiens permet aussi de faire apparaître les « oubliés » de la santé. Bien que le bien-être psychologique soit mentionné (valoriser la confiance en soi de l'élève...) et que les conditions de vie sociétales ou scolaires soient décrites comme stressantes, les modalités corporelles de gestion du stress par la pratique physique sont quasi-absentes des entretiens. Ces techniques sont évoquées par un seul enseignant pour préciser que cela serait réservé aux élèves d'AS[7] ou d'options qui font du sauvetage aquatique, mais que les conditions matérielles y sont peu favorables. Le stress des élèves, lors des évaluations, n'est abordé que deux fois et après une induction de l'intervieweur, l'anxiété est un terme absent du corpus. Le rapport au corps et à l'image du corps de l'adolescent[8] n'est jamais évoqué. La seconde grande absence dans les entretiens est celle du qualitatif, du ressenti proprioceptif, sensoriel. Si l'on y ajoute la faible présence des propos autour de la posture (hormis dans le cas de la musculation), du tonus, du rapport au corps, il y a de fortes présomptions pour supposer que les préoccupations des enseignants se focalisent sur le côté visible et sécuritaire de l'activité physique des élèves, et beaucoup moins sur les conditions (affectives, sensorielles ou neuro-motrices) de la réalisation motrice, et que l'EP conduit davantage à un apprentissage de pratiques physiques majoritairement sportives qu'à une éducation des corps dans une perspective de santé s'actualisant dans les divers registres de bien-être actuellement formalisés.

En conclusion, il ressort des entretiens des confusions et approximations notoires concernant les dimensions de la santé. Le modèle dominant des relations EP-Santé est le modèle bio-médical « santéiste », mais les propos revendiquent également le modèle salutogène, de manière ambiguë dans un discours où le lien avec les contenus d'enseignement est distendu, en valorisant le relationnel et la confiance dans la classe. Les pratiques physiques

7. AS : Association sportive.
8. Thématique bourgeonnante : voir la revue *Body Image*.

sont mises en relation avec la santé selon un mode ascendant (pratiques → santé) et non descendant (santé → pratiques) : la santé est davantage un justificatif *a posteriori* des pratiques professionnelles. Cette tendance est majoritaire mais la diversité des représentations est constatée dans l'échantillon des interviewés. Enfin, les discours apparaissant convenus et sans grands changements, comparativement à ceux recueillis durant les années 90. Ce constat témoigne d'un faible impact des nombreux travaux relatifs à la santé sur les pratiques professionnelles et les représentations des enseignants d'EP en France. On peut faire l'hypothèse, pour une autre recherche, que l'identité professionnelle des enseignants est profondément engagée, et bousculée, par ces thématiques qui les décentrent des préoccupations habituelles : réussir à être en conformité avec les programmes, envisagés comme liste d'apprentissages relatifs à des pratiques physiques, tout en gardant une initiative importante dans le maintien de valeurs essentielles à leurs yeux : la cohésion dans la classe, le relationnel.

5 Références bibliographiques

Alfrey, L., Webb, L. & Cale, L. (2012). Physical education teachers' continuing professional development in health-related exercise : A figurational analysis. *European Physical Education Review, 18*, 361-379.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International, 11(1)*, 11-18.

Armour, K. & Harris, J. (2013). Making the case for developing new PE-for-health pedagogies. *Quest*, *65(20)*, 201-219.

Combaz, G. & Hoibian, O. (2015). La relance des politiques de préservation de la santé en France et leurs impacts sur l'éducation physique scolaire depuis 1980. *Movement and Sport Sciences, 88*, 53-63.

Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Paris : PUF.

Dias Quitério, A. L. (2013). School physical education : the effectiveness of health-related interventions and recommendations for health-promotion practice. *Health Education Journal, 72(6)*, 716-732.

Gard, M. & Wright, J. (2001). Managing uncertainty : Obesity discourses and physical education in a risk society. *Studies in Philosophy of Education, 20(6),* 535-549.

Greenberg, J.S. (1985). Health and wellness. A conceptual differentiation. *Journal of School Health*, *55(10)*, 403-406.

Harris, J. & Cale, L. (1997). How healthy is school PE ? A review of the effectiveness of health-related physical education programmes in schools. *Health Education Journal*, 56, 84-104.

Johns, D. P. & Tinning, R. (2006). Risk reduction : Recontexualizing health as a physical education curriculum. *Quest*, *58(4)*, 395-409.

Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health : Social versus spiritual health. *Social Indicators Research, 38(2)*, 181-192.

Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoritical and practical perspective on well-being and psychological adjustement. *Journal of counseling psychology, 51(4)*, 482-509.

Miglioretti, M., Velasco, V., Celata, C. & Vecchio, L. (2013). Teachers' ideas about health : Implications for health promotion at school. *Health Education Journal*, *72(6)*, 695-707.

Pühse, U., Barker, D., Brettschneider, W. D., Feldmeth, A. K., Gerlach, E., McCuaig, L., McKenzie, T. L. & Gerber, M. (2011). International approaches to health-oriented physical education. Local health debates and differing conceptions of health. *International Journal of Physical Education*, *43(3)*, 2-15.

Penney, D. & Jess, M. (2004). Physical education and physically activel Lives : a lifelong approach to curriculum development. *Sport, Education and Society*, *9*, 269-287.

Quennerstedt, M. (2008). Exploring the relation between physical activity and health-a salutogenic approach to physical education. *Sport, Education and Society, 13(3)*, 267-283.

Robène, L., Bodin, D. & Héas, S. (2008). L'école, la santé et l'éducation physique en France dans la seconde moitié du XX^{e} siècle : du quadrillage des corps au développement du souci de soi. *Recorde. Revista de História do Esporte, 1(1)*, 1-48.

Voyer, P. & Boyer, R. (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec, 26(1)*, 274-296.

Références sur le web

Miller, G. & Foster, L. T. (2010). *Critical Synthesis of Wellness Literature* [en ligne]. University of Victoria, Faculty of Human and Social Development & Department of Geography : http ://www.geog.uvic.ca/wellness/Critical_Synthesis%20of%20Wellness%20Update.pdf (09/05/2014).

Tableau 4. Annexe : Vocabulaire spécifique *Santé* des interviewés : nombre de mentions.

Mots-clés relatifs aux dimensions de la santé[9]	78 Santé 21 Bien-être 2 Mal-être	14 Santé Physique	3 Santé Psychologique 5 Santé Emotionnelle	6 Santé Intellectuelle 6 Santé Mentale 1 Santé Morale	6 Santé Sociale
Mots-clés associés	15 Prévent* (*ion, *if, *ve) 16 Blessure 4 Infirmi*(*ère, *erie) 4 Aliment* 2 Hydratation 3 Diététique 0 Nutrition 7 Boire 4 Alcool 6 Fume* 1 Tabac 5 Hygiène	70 Physique (adj.) 31 Echauffement 23 Entraînement 18 Effort 16 Récupération 9 Intensité 7 Physiologi* 2 Energie 5 Charge 2 Condition physique 1 Coordination 2 Force 0 Puissance 0 Explosivité 7 Renforcement musculaire 0 Tonifi* (*er, *cation) 8 Intégrité physique 6 Surpoids 3 Obèse 4 Bonne forme physique 1 Remise en forme	19 Psychologique (adj.) 11 Emotionnel (adj) 11 Estime de soi 2 Confian*(*t, *ce) 2 Emotion 0 Affecti*(*f, *ve, *ivité) 9 Plaisir 9 Engagement 8 Motiv*(*ation, *é) 6 Personne 2 Individu 0 Sujet 2 Stress 3 Relaxation 1 Image du corps 0 Rapport au corps	12 Intellectuel (adj.) 8 Mental (adj.) 3 Moral (adj.) 3 Intellectualise 1 Conceptualise	33 Groupement 11 Equipe 8 Intégr* (*er, *ation) 7 Interaction 3 Relation* (*nel) 5 Vivre ensemble 5 Règl* (*ement) 2 Rôle 2 Collectif
Mots-clés plus généraux relatifs à l'EP	37 EPS 13 Performan*(*t, *ce) 3 Compétent 1 Apprentissage 0 Transfert 10 Habitude 5 Routine 5 Indic*(*e, *ateur) 13 Mobile		2 Tonus 4 Posture 5 Ressent*(*i) 2 Sensation 2 Proprioception		

[9] Une des questions du guide demandait de classer par ordre d'importance la santé selon diverses dimensions telles que intellectuelle, physique, sociale et émotionnelle, etc.