Conceptions de la santé et de l'éducation à la santé des étudiants en service sanitaire

Jean-Philippe CHARRAT(1), Mabrouk NEKAA(2)

(1) (PhD Sciences et ingénierie de la santé), Ingénieur recherche, CHU de Saint Etienne, France. Laboratoire Troubles Alimentaires, Addictions et Poids extrêmes (TAPE UJM)., (2) (PhD Sciences de l'éducation), Maître de conférences, Université Jean-Monnet de Sainte Etienne, France. Laboratoire Éducations Cultures Politiques (ECP Lyon 2).

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9956

Résumé : Cette étude analyse les conceptions de la santé et de l'éducation à la santé chez 2 667 étudiants en médecine et en soins infirmiers de l'académie de Lyon, dans le cadre du service sanitaire obligatoire. Un questionnaire, fondé sur le modèle de l'analyse des conceptions, articulant connaissances, pratiques et représentations sociales, a été administré en amont des interventions. L'analyse factorielle révèle quatre profils distincts croisant conception de la santé (biomédicale ou globale) et posture éducative (prescriptive ou participative). Les futurs infirmiers se positionnent majoritairement dans des logiques participatives, intégrant les déterminants sociaux et la co-construction avec les publics. Les étudiants en médecine présentent des profils plus hétérogènes, souvent marqués par une vision biomédicale descendante, malgré l'usage partiel des outils participatifs. Ces divergences traduisent des effets curriculaires différenciés, impactant les pratiques éducatives, l'implication professionnelle et les attentes formatives. Les résultats soulignent l'importance de renforcer la littératie en santé, les compétences pédagogiques, la réflexivité et la posture critique, afin de former des professionnels capables d'articuler prévention, éthique, savoirs scientifiques et contextes sociaux.

Mots-clés : Mots-clés : Conceptions de la santé ; posture éducative ; étudiants en santé ; service sanitaire ; analyse factorielle.

Abstract: This study explores health and health education conceptions among 2,667 medical and nursing students from the Lyon academic region, within the framework of the mandatory French public health service program. A questionnaire, grounded in a conceptual analysis model combining knowledge, practices, and social representations, was administered prior to any intervention. Factorial analysis identified four distinct profiles, based on students' views of health (biomedical versus holistic) and their educational posture (prescriptive versus participatory). Nursing students predominantly adopt participatory approaches, incorporating social determinants and promoting co-construction with target populations. Medical students exhibit more heterogeneous profiles, often maintaining a biomedical, top-down perspective, despite partial use of participatory tools. These contrasts reflect curriculum-driven influences shaping educational practices, professional engagement, and learning expectations. The findings highlight the need to strengthen health literacy, educational skills, critical thinking, and reflective practices, to train professionals capable of connecting prevention, ethics, scientific knowledge, and social contexts in their future health education interventions.

Keywords: Keywords: Health conceptions; educational posture; health students; public health service; factor analysis.

Introduction

Les conceptions de la santé et de l'éducation à la santé que mobilisent les étudiants en médecine et en soins infirmiers s'inscrivent dans des cadres théoriques formalisés. Ainsi, le modèle biomédical, historiquement dominant, conçoit la santé comme absence de maladie et la prise en charge comme un acte technique prescrit par des experts. Il repose sur une épistémologie positiviste, sur la séparation stricte entre le soignant et l'usager, ainsi que sur une hiérarchisation des savoirs (Engel, 1977, 1980). À l'opposé, le modèle biopsychosocial élargit la définition de la santé en intégrant les dimensions physiques, mentales, sociales et contextuelles, et confère à la personne un rôle actif dans sa préservation (Engel, 1980 ; Farre & Rapley, 2017). Ces modèles s'accompagnent de deux paradigmes éducatifs : le paradigme transmissif, aligné sur le modèle biomédical, repose sur la correction des comportements par le savoir expert ; le paradigme participatif, issu du modèle biopsychosocial, valorise l'interaction, l'intégration des représentations sociales et la capacité d'agir. Ce dernier est mobilisé dans la promotion de la santé (Downie *et al.*, 1996 ; Mittelmark, 2002), les approches de littératie en santé et de participation communautaire (Nutbeam, 2000 ; Sørensen *et al.*, 2012).

L'éducation à la santé a longtemps été façonnée par une approche prescriptive, alignée sur le paradigme transmissif et hygiéniste. Fondée sur une transmission descendante de savoirs médicaux, elle visait à corriger les comportements jugés inadéquats au regard des normes biomédicales (Nutbeam, 2000), en postulant une asymétrie pédagogique entre professionnels détenteurs de savoirs et usagers. À partir des années 1990, des travaux issus de la santé publique, des sciences sociales et de la pédagogie ont documenté les limites de ce modèle, en soulignant son incapacité à intégrer les déterminants sociaux, à reconnaître la subjectivité des individus et à s'adapter aux contextes culturels (Biesta & van Braak, 2020 ; Downie *et al.*, 1996 ; Van den Broucke, 2014 ; Yearby, 2022). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (WHO, 2013) a confirmé que les dispositifs éducatifs reposant exclusivement sur la transmission normative généraient des effets transitoires, peu internalisés et souvent réversibles, en particulier parmi les publics vulnérables tels que les personnes en situation de précarité, les migrants et les jeunes en décrochage social (Kickbusch, 2001 ; WHO, 2013). En réponse, des démarches éducatives fondées sur la co-construction des savoirs ont émergé, privilégiant un dialogue horizontal et la production de savoirs contextualisés, articulés aux parcours de soins et aux représentations du risque (Biesta & van Braak, 2020 ; Kumagai & Lypson, 2009 ; Minkler & Cox, 1980 ; Mittelmark, 2002).

La reconnaissance mutuelle des compétences interprétatives est centrale dans ces démarches et mobilise la notion d'empowerment, définie comme le renforcement de la capacité des individus à comprendre, décider et agir sur leur santé (Nutbeam, 2000 ; Sørensen *et al.*, 2012). Cette approche éducative favorise des effets durables sur les comportements, soutient l'engagement professionnel et contribue à la réduction des inégalités (Chelak & Chakole, s. d. ; Nutbeam, 2000 ; Sørensen *et al.*, 2012).

Ces paradigmes s'enrichissent de la pensée infirmière, où le care (Watson, 1979) et les besoins en santé (Henderson, 1966) favorisent une prise de décision collaborative, améliorant l'observance et l'empowerment en éducation à la santé. En France, Ga-

gnayre (2019) voit l'éducation thérapeutique comme passerelle vers une littératie collective, tandis que Margat (2019) distingue deux visions de la population : individuelle (compétences personnelles pour accéder/comprendre information) vs collective (outil public pour réduire inégalités *via* systèmes de santé accessibles).Celles-ci soulignent l'importance des relations empathiques et des déterminants sociaux, contrastant avec les modèles biomédicaux plus techniques. En France, ces approches sont étayées par les travaux d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières, comme ceux suggérant l'éducation thérapeutique comme passerelle vers la promotion de la santé, articulant dispositifs pédagogiques et empowerment (Verot *et al.*, 2021). D'autres chercheurs ont approfondi la littératie en santé comme mesure d'écart entre compétences des patients et complexité du système, liant éducation thérapeutique et réduction des inégalités (Margat, 2019 ; Margat *et al.*, 2017). Ces apports francophones renforcent le cadre conceptuel de cette étude en ancrant les postures étudiantes dans un contexte culturel spécifique.

Pour accompagner ces évolutions, l'OMS recommande la formation de professionnels capables d'intervenir précocement dans une approche interdisciplinaire centrée sur la personne. Cela requiert le développement de compétences telles que la communication, l'éthique, la littératie en santé et l'attention aux déterminants sociaux (Gray *et al.*, 2006 ; Nutbeam, 2000 ; Sørensen *et al.*, 2012 ; WHO, 2013 ; WHO Europe, 2021).

Cependant, les formations initiales en santé restent dominées par une épistémologie biomédicale centrée sur la pathologie, restreignant l'intégration d'une approche préventive et globale (Biesta & van Braak, 2020 ; Farre & Rapley, 2017 ; Holmgren & Eriksson, 2023 ; Onchonga & Abdalla, 2023).

Dans le contexte français spécifiquement, ces tensions entre modèles biomédical et biopsychosocial s'inscrivent dans un paysage en pleine évolution, marqué par le développement de la santé publique et des réformes des formations en santé. Le Programme de travail 2025 de Santé publique France, aligné sur le Contrat d'objectifs et de performance (COP) 2024-2028, vise à renforcer la prévention populationnelle et la réduction des inégalités, avec des initiatives comme la Stratégie Nationale Sport Santé 2025-2030 (12 mesures pour promouvoir l'activité physique) et le Projet stratégique 2025-2030 de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui étend la qualité des soins au champ social et médico-social. Parallèlement, la discipline infirmière a été officiellement reconnue comme une discipline académique autonome depuis 2019, avec la création de la section 92 du Conseil National des Universités (CNU) dédiée aux sciences infirmières, et l'attribution du grade de licence au diplôme d'État d'infirmier. Cette reconnaissance accélère l'universitarisation de la formation en soins infirmiers, dont la dernière étape inclut une réforme du référentiel reportée à la rentrée 2026 (initialement prévue pour 2025), intégrant des compétences avancées comme le diagnostic infirmier et la consultation, tout en prévoyant le recrutement de 136 enseignants-chercheurs titulaires d'ici 2030 pour consolider l'intégration universitaire. Enfin, les études de médecine évoluent avec la fin annoncée des dispositifs PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé) et LAS (Licences Accès Santé), remplacés par une voie unique d'accès dès 2026-2027 suite à une concertation nationale lancée en octobre 2025, visant à simplifier l'entrée et à aligner les quotas sur les besoins territoriaux en santé (+25 % de places en médecine

par rapport à la période pré-réforme). Ces réformes favorisent une interdisciplinarité accrue entre médecine et sciences infirmières, essentielle pour intégrer les approches préventives et éducatives dans les curricula.

Dans le contexte français spécifiquement, ces tensions entre modèles biomédical et biopsychosocial s'inscrivent dans un paysage en pleine évolution, marqué par le développement de la santé publique et des réformes des formations en santé. Le Programme de travail 2025 de Santé publique France, aligné sur le Contrat d'objectifs et de performance (COP) 2024-2028, vise à renforcer la prévention populationnelle et la réduction des inégalités, avec des défis comme l'anticipation des menaces sanitaires et les inégalités territoriale (SPF, 2025). Parallèlement, la Stratégie Nationale Sport-Santé 2025–2030 promeut l'activité physique pour tous *via* 12 mesures, intégrant la santé mentale comme axe central (Ministère des Sports, 2025). La discipline infirmière a été officiellement reconnue comme autonome depuis 2019, avec la création de la section 92 du Conseil National des Universités (CNU) dédiée aux sciences infirmières (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, 2019 ; SPF, 2019). Cette reconnaissance accélère l'universitarisation de la formation en soins infirmiers, dont la dernière étape inclut une réforme du référentiel reportée à la rentrée 2026, structurée en six semestres (180 ECTS), intégrant des compétences comme le raisonnement clinique et la promotion de la santé (avec 4 600 heures de formation contre 4 200 actuellement), tout en prévoyant le recrutement de 136 enseignants-chercheurs titulaires d'ici 2030 (Inspection générale des affaires Inspection générale de l'éducation, 2024 ; Ministère de la Santé et de la, 2025) Enfin, les études de médecine évoluent avec la fin des dispositifs PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé) et LAS (Licences Accès Santé), remplacés par une voie unique d'accès au plus tard à la rentrée 2027 suite à une concertation nationale lancée en octobre 2025, visant à simplifier l'entrée, promouvoir l'équité et aligner les quotas sur les besoins territoriaux (Ministère de la Santé et de la prévention, 2025 ; Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, 2019). Ces réformes favorisent une interdisciplinarité accrue entre médecine et sciences infirmières, essentielle pour intégrer les approches préventives et éducatives dans les curricula.

Ainsi, dans le contexte français, ces tensions s'inscrivent dans un paysage évolutif : Programme 2025 de Santé publique France pour prévention renforcée universitarisation infirmière finalisée 2026 avec nouveau programme, et fin PASS/LAS vers voie unique 2027 (Sénat, 2025). C'est une véritable dynamique interdisciplinaire qui prend son essor.

La prévalence de savoirs experts peu reliés aux dimensions sociales ou culturelles entretient un clivage persistant entre santé organique et santé globale, influençant durablement les représentations professionnelles des étudiants (Donoghue *et al.*, 1990 ; Nekaa & Berger, 2018). Or, les conceptions étudiantes oscillent majoritairement entre une vision biomédicale centrée sur la pathologie et des approches plus globales (Delmas, 2024).

Afin de réduire l'écart constaté entre formation biomédicale et compétences préventives, le service sanitaire a été instauré en 2018 par les ministères français de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Cette initiative vise à renforcer l'engagement des étu-

diants dans les politiques de prévention et à intégrer une approche populationnelle dans la formation initiale. Tous les étudiants en santé réalisent des actions éducatives auprès de divers publics (Gueneau *et al.*, 2021 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Ce dispositif constitue un levier d'apprentissage des pratiques éducatives contextualisées.

Toutefois, son efficacité dépend directement des conceptions de la santé, de la prévention et de l'éducation que mobilisent les étudiants lors de leurs interventions, influençant leur implication, leurs choix pédagogiques et la qualité des interactions (Catinaud, 2019 ; Chambers *et al.*, 1994 ; Donoghue *et al.*, 1990 ; HCSP, 2022 ; Latter *et al.*, 1993 ; Schoenfeld & MacDonald, 2002). À ce jour, ces dimensions n'ont pas été systématiquement analysées dans ce contexte. Cette étude vise à combler cette lacune en établissant une typologie fondée sur les variations d'adhésion aux objectifs de prévention et sur les dynamiques de posture éducative des étudiants infirmiers et de médecine de l'académie de Lyon.

1 Méthodes

Le recours à un questionnaire a permis de saisir des régularités dans les représentations individuelles, envisagées comme socialement situées et partiellement stabilisées. L'objectif de l'analyse factorielle était d'identifier des configurations typiques, dans une logique descriptive et heuristique, conforme aux standards en analyse des conceptions (Cardot & Berger, 2012 ; Chiu *et al.*, 2019).

Les conceptions peuvent être modélisées comme un système articulant trois pôles : les connaissances (K), les pratiques (P) et les représentations sociales (RS). Cette modélisation, formalisée par la fonction C = f(K, P, RS), rend compte des interactions entre savoirs formels, pratiques sociales et cadres interprétatifs partagés (Cardot & Berger, 2012).

Ce cadre théorique a guidé la structuration de l'analyse, permettant d'identifier des configurations récurrentes et de construire une typologie descriptive selon trois axes principaux : représentations de la santé, posture professionnelle et modalités d'engagement dans les interventions éducatives.

1.1 Élaboration du questionnaire

L'étude a reposé sur une approche quantitative par questionnaire. Le dispositif méthodologique a été élaboré à partir du cadre théorique développé au sein du laboratoire "Éducation, Cultures, Politiques"(ECP – Lyon 2) (Nekaa, 2017) pour l'analyse des pratiques et représentations des infirmières de l'Éducation nationale. Le questionnaire a été adapté au contexte étudiant, puis soumis à une phase pilote menée à Strasbourg et Rennes afin d'en tester la validité et la cohérence interne ($0.75< <0.9$). Trois questions du questionnaire originel ont été exclues, à l'issue de la phase de pré-test, car elles se montraient insuffisamment discriminantes (Q8, Q15, Q17).

Le questionnaire se composait de deux sections. La première recueillait des variables sociodémographiques et académiques : filière (médecine ou IFSI), année d'étude, formation initiale, expériences préalables en éducation à la santé. La seconde explorait

les conceptions de la santé, de la prévention et de l'éducation à la santé à travers 22 items à visée exploratoire présentés sous forme d'énoncés auxquels les répondants devaient indiquer leur degré d'accord à partir d'une échelle de type Likert à cinq niveaux, allant de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord" (Annexe 1).

Les conditions de proposition du questionnaire ont été conçues pour respecter les principes éthiques et minimiser les biais, en conformité avec la déclaration d'Helsinki et les guidelines du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université Jean Monnet (avis favorable n° CER-UJM-2023-05). Les participants ont reçu un formulaire de consentement informé en ligne, expliquant l'objectif de l'étude, l'anonymat des réponses, le droit de retrait et la confidentialité des données (stockées sur serveur sécurisé, accès restreint aux chercheurs). Aucune donnée personnelle identifiable n'a été collectée. Pour diminuer le biais de désirabilité sociale, le questionnaire a été administré de manière anonyme *via* une plateforme neutre (sans identification obligatoire), avec des instructions soulignant l'importance de réponses honnêtes et spontanées, et une randomisation des items pour éviter les effets d'ordre.

1.2 Recueil des données

L'administration du questionnaire a été faite en ligne *via* la plateforme de formation ouverte à distance des universités de l'académie de Lyon, sur un module spécifiquement dédié aux étudiants engagés dans le service sanitaire. Les données ont été collectées entre septembre 2023 et mars 2024, avant toute formation ou intervention en lien avec le service sanitaire. Les répondants sont systématiquement : des étudiants de 2^{e} année en IFSI ; des étudiants de 2^{e} ou 3^{e} année en médecine. La partition par âge est la suivante : $<$ 22 ans ou 22 ans ; en correspondance avec les statistiques populationnelles (SIES & MESR, 2023).

Au total, 2 667 questionnaires complets ont été retenus : 1 549 issus des facultés de médecine de Lyon et Saint-Étienne, 1 118 d'étudiants en IFSI affiliés à ces universités. Ultérieurement, les réponses issues des IFSI ont été agrégées en deux groupes selon leur rattachement académique.

1.3 Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel IBM SPSS™ Statistics 26. Elle s'est déroulée en trois étapes : description de l'échantillon, comparaisons intergroupes, puis structuration des conceptions par analyse factorielle exploratoire.

1.3.1 Analyse descriptive

Les variables sociodémographiques (sexe, âge), académiques (filière, année d'étude) et expérientielles (formation initiale, expériences en éducation à la santé) ont été décrites à l'aide de fréquences absolues, pourcentages, moyennes arithmétiques et écarts-types. Cette étape visait à caractériser l'échantillon et à analyser la répartition des sous-groupes.

1.3.2 Comparaisons intergroupes

Des tests du khi-carré (χ^2), ont été mobilisés pour évaluer l'existence de relations significatives entre les profils conceptuels identifiés et les variables suivantes : sexe (H/F), âge (< 22 ans / 22 ans), filière (médecine / soins infirmiers), site universitaire (Lyon / Saint-Étienne). Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0{,}05$ (Pearson, 1900 ; Sharpe, 2015). Les résultats issus de ces analyses sont restitués selon trois dimensions articulées au cadre conceptuel mobilisé (connaissances, représentations, pratiques), avec présentation systématique des effectifs, pourcentages, valeurs de χ^2 et niveaux de signification statistique.

1.3.3 Analyse factorielle et construction typologique

Initialement développée pour maximiser la variance expliquée par un nombre réduit de composantes linéaires indépendantes (Jolliffe & Cadima, 2016), l'Analyse en Composantes Principales (ACP) est utilisée en sciences humaines et sociales (SHS) de manière essentiellement exploratoire. Dans ce contexte, la priorité est moins la maximisation de la variance que l'extraction de structures interprétables et transposables. Ainsi, un compromis est souvent recherché entre fidélité statistique et lisibilité conceptuelle. Une configuration factorielle peut s'avérer utile même si elle n'explique qu'une part modérée de la variance, dès lors qu'elle présente une cohérence structurelle et une stabilité interprétative (Abdi & Williams, 2010 ; Lebart *et al.*, 1995, p. 139).

Dans cette étude, l'ACP a été appliquée aux réponses aux 22 items du questionnaire. La pertinence de l'analyse a été vérifiée par l'indice KMO (0,80) et le test de sphéricité de Bartlett ($p < 0{,}001$). Deux dimensions principales ont été extraites selon le critère de Kaiser (valeurs propres > 1), représentant une variance cumulée supérieure à 20 %. Celles-ci ont été interprétées comme reflétant respectivement une conception de la santé (axe 1 : de biomédicale à globale) et une conception éducative (axe 2 : de prescriptive à participative). L'espace factoriel a été divisé en quatre quadrants à partir des médianes, permettant d'identifier des profils conceptuels distincts. L'interprétation des axes a reposé sur les contributions principales des items. Cette méthode a permis d'associer chaque répondant à une configuration typologique.

2 Résultats

2.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon comprenait 2 667 étudiants, dont 1 549 inscrits en médecine (58,1 %) et 1 118 en soins infirmiers (41,9 %). La répartition par sexe différait significativement selon la filière ($p < 0{,}001$). En médecine, 66,3 % des répondants étaient des femmes, contre 88,1 % en soins infirmiers. Les hommes représentaient respectivement 33,7 % des étudiants en médecine et 11,9 % de ceux en soins infirmiers.

En ce qui concerne l'âge, 72,9 % des répondants étaient âgés de 22 ans ou moins. Cette proportion variait fortement selon la formation : 99,6 % des étudiants en médecine avaient 22 ans ou moins, contre seulement 51,3 % chez les étudiants en soins infirmiers ($p < 0{,}001$). Aucune donnée manquante n'a été recensée pour l'ensemble des variables sociodémographiques, ce qui renforce la robustesse de l'analyse.

2.2 Connaissances

Cette première section détaille les représentations des étudiants sur les connaissances déclarées par les étudiants concernant la santé, ses déterminants et les principes éducatifs associés. Les connaissances des étudiants concernant la santé, la prévention et les fondements de l'éducation à la santé ont été évaluées à partir de plusieurs affirmations.

L'affirmation « Il faut partir des conceptions et des connaissances des personnes pour travailler sur les questions relatives à la santé » est approuvée par 95,3 % des étudiants en médecine et 92,6 % des étudiants en soins infirmiers ($p = 0{,}003$). De même, 95,8 % des étudiants en médecine et 90,5 % des étudiants en soins infirmiers considèrent que l'éducation à la santé est avant tout une approche centrée sur des thématiques de santé (alimentation, sexualité, drogues, suicide, etc.), avec une différence significative ($p < 0{,}001$).

Enfin, l'item « L'éducation à la santé est d'abord l'affaire des personnels de santé » recueille l'adhésion de 59,0 % des étudiants en médecine et de 51,5 % des étudiants en soins infirmiers ($p < 0{,}001$).

Ainsi, les étudiants interrogés disposent d'un socle de connaissances solide concernant les définitions générales et les finalités de l'éducation à la santé. Toutefois, les écarts entre filières laissent entrevoir une structuration plus prescriptive chez les étudiants en médecine, là où les étudiants en soins infirmiers semblent plus perméables aux approches globales.

2.3 Représentations

Cette seconde section détaille les représentations des étudiants sur les finalités, les modalités et les principes de l'éducation à la santé.

Les représentations de la prévention et de l'éducation à la santé ont été explorées à travers une série d'énoncés. L'idée selon laquelle « Il est du rôle de ma future profession de réaliser des actes de prévention » est approuvée par 97,7 % des étudiants en médecine et 99,1 % des étudiants en soins infirmiers ($p = 0{,}007$).

À l'item « L'éducation à la santé permet de contribuer à l'épanouissement des personnes », 90,2 % des étudiants en médecine et 93,2 % des étudiants en soins infirmiers répondent positivement ($p = 0{,}007$). De même, 96,0 % des étudiants en médecine et 97,4 % des étudiants en soins infirmiers s'accordent pour dire que « L'éducation à la santé concerne autant les professionnels que l'entourage des personnes » ($p = 0{,}048$).

Des divergences plus marquées apparaissent sur certains items. Par exemple, « L'éducation à la santé relève principalement de l'éducation familiale » est approuvée par 61,1 % des étudiants en médecine et 48,3 % des étudiants en soins infirmiers ($p < 0{,}001$). L'importance accordée aux dimensions éthiques varie également : 76,0 % des étudiants en médecine estiment que les convictions religieuses doivent être absolument respectées dans l'éducation à la santé, contre 87,9 % en soins infirmiers ($p < 0{,}001$) [fig1].

Les représentations des objectifs varient aussi : 66,4 % des étudiants en médecine contre 50,4 % en soins infirmiers estiment que « L'éducation à la santé sert à favoriser l'égalité entre les filles et les garçons » ($p < 0{,}001$). De même, 59,3 % des étudiants en médecine considèrent que « Les compétences psychosociales et la littératie en santé sont prioritaires » contre 46,9 % en soins infirmiers ($p < 0{,}001$).

Enfin, « Un professionnel de santé n'a pas le droit de donner des directives dans le domaine de l'éducation à la santé » est approuvée par 17,0 % des étudiants en médecine contre 32,3 % en soins infirmiers ($p < 0{,}001$) [fig1].

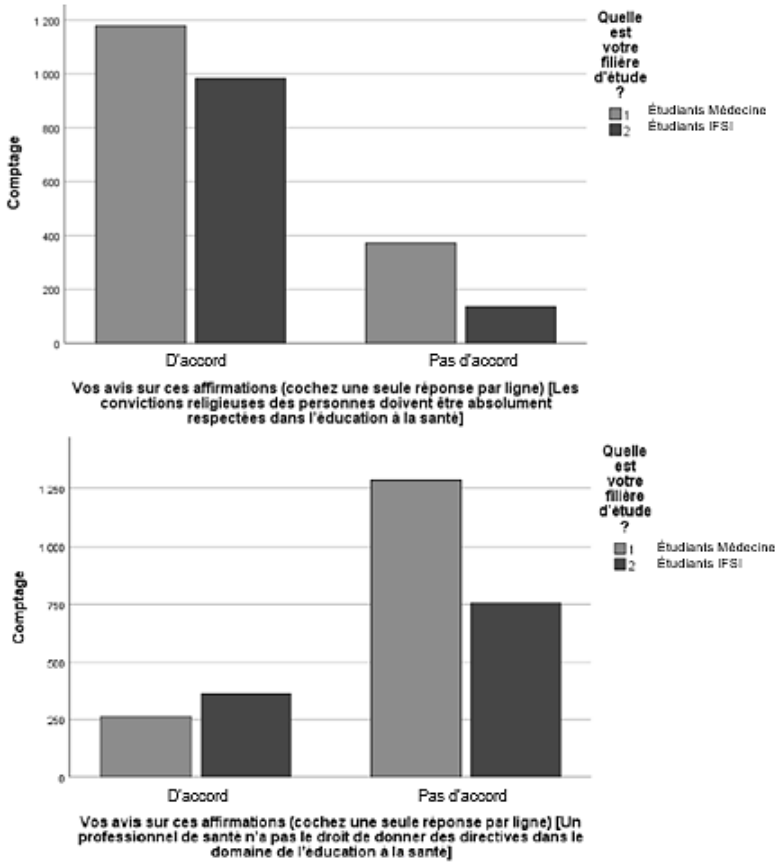


FIG. 1 : Différences caractéristiques entre les réponses des étudiants en médecine et étudiants en soins infirmiers

Ainsi, les étudiants présentent globalement des représentations positives de l'éducation à la santé. Mais les futurs infirmiers s'inscrivent plus fréquemment dans une vision participative, éthique et partagée de l'action éducative. Par contre, les étudiants en médecine expriment plus souvent une représentation descendante, ancrée dans l'expertise et avec un référencement théorique plus fort des concepts de l'éducation en santé (ex. littératie).

2.4 Pratiques

Cette dernière section explore les pratiques éducatives déclarées, leur fréquence, leurs thématiques, ainsi que les profils d'étudiants les plus engagés.

À la question « Avez-vous déjà mis en place une ou des action(s) d'éducation à la santé ? », 741 étudiants sur 2 667 (27,8 %) répondent par l'affirmative. Cette proportion est significativement plus élevée chez les étudiants en soins infirmiers (42,9 %) que chez les étudiants en médecine (16,8 %) ($p < 0{,}001$). L'expérience antérieure est également associée à l'âge : 48,7 % des étudiants de plus de 22 ans déclarent une telle expérience, contre seulement 22,3 % parmi les 22 ans et moins ($p < 0{,}001$).

Les femmes déclarent plus souvent une telle expérience que les hommes (29,7 % contre 21,8 % ; $p < 0{,}001$). L'analyse croisée sexe × filière montre que les femmes en IFSI sont les plus impliquées (42,1 %), suivies des femmes en médecine (17,8 %), des hommes en IFSI (5,8 %) et enfin des hommes en médecine (3,0 %).

L'expérience est également liée à la formation antérieure : 45,6 % des étudiants ayant déjà suivi une autre formation universitaire ont mené une action, contre 24,9 % des étudiants en formation initiale ($p < 0{,}001$).

Parmi les 741 étudiants concernés, les thématiques abordées sont dominées par « l'hygiène » (89,5 %). "L'addiction" est citée par 27,3 %, « la vie affective et sexuelle » par 26,4 %, « la santé mentale » par 15,5 %, et « la nutrition » par 13,4 %. Les comparaisons par filière montrent que les étudiants en soins infirmiers abordent davantage ces thèmes que leurs homologues en médecine, avec une significativité globale très marquée ($p < 0{,}001$).

Enfin, 75,2 % des étudiants ($n = 2006$) déclarent n'avoir mené aucune intervention éducative. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (79,7 %) que chez les femmes (73,8 %) ($p = 0{,}013$). Elle diminue fortement chez les étudiants ayant un parcours universitaire antérieur (57,4 % contre 78,1 % ; $p < 0{,}001$).

Ainsi, les pratiques éducatives déclarées révèlent de fortes disparités selon la filière, l'âge, le sexe et les parcours antérieurs. L'analyse met en évidence une implication plus précoce, plus fréquente et plus contextualisée de l'éducation à la santé chez les étudiants en soins infirmiers, éventuellement facilitée par une exposition professionnelle plus précoce et une structuration curriculaire plus propice à l'intervention de terrain.

2.5 Analyse factorielle des conceptions et typologie des postures éducatives

L'analyse factorielle exploratoire conduite sur l'ensemble de la cohorte (n = 2656), exploite les réponses à 22 questions [Tab1]. Elle constitue une base robuste pour modéliser les conceptions éducatives des étudiants en santé. L'adéquation factorielle globale est attestée par un indice de Kaiser-Meyer-Olkin satisfaisant (KMO = 0,711) et par la significativité du test de sphéricité de Bartlett ($p < 0{,}001$). Ces résultats valident la cohérence de la matrice corrélationnelle et la pertinence du recours à une analyse factorielle sur l'ensemble des items.

Sept composantes ont été extraites selon le critère de Kaiser (valeurs propres > 1), cumulant 48,8 % de la variance totale. Les deux premiers axes, qui totalisent à eux seuls 22 % de la variance expliquée, ont été retenus pour construire une typologie opérationnelle. Cette décision repose sur la lisibilité théorique de ces deux dimensions : l'axe 1 oppose une conception biomédicale à une conception globale de la santé, tandis que l'axe 2 distingue une posture éducative prescriptive d'une posture participative.

La pertinence d'une telle structuration repose sur plusieurs justifications convergentes. D'une part, les deux axes offrent une interprétation conceptuelle directement mobilisable, conforme aux paradigmes classiques de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé. D'autre part, la variance expliquée par ces deux premières composantes, bien que modeste, est dans les standards attendus en sciences humaines et sociales pour des items de type attitudinal ou représentationnel. Ce modèle constitue un référentiel stable, susceptible d'accueillir des comparaisons différentielles ultérieures (par sexe, âge, trajectoire de formation), ainsi que des analyses croisées par variables contextuelles ou expérientielles.

La projection factorielle sur ces deux axes permet de constituer quatre modèles conceptuels distincts, définis par croisement des médianes : Quadrant A : santé globale – posture participative (30,7 %) / Quadrant B : santé biomédicale – posture participative (20,9 %) / Quadrant C : santé biomédicale – posture prescriptive (26,3 %) / Quadrant D : santé globale – posture prescriptive (22,1 %).

La répartition selon la filière montre des écarts significatifs ($p < 0{,}001$). Les étudiants en soins infirmiers sont surreprésentés dans les quadrants A et D, tandis que les étudiants en médecine sont majoritairement situés dans les quadrants B et C. Ces différences traduisent de potentiels effets curriculaires notables dans les conceptions de la santé et de l'éducation.

Cette première structuration factorielle, fondée sur l'ensemble de la cohorte, permet de dégager des profils conceptuels stables et interprétables. Elle constitue un modèle de référence, à partir duquel des analyses différentielles peuvent être envisagées. Les prochaines sections déclineront ce modèle par populations (étudiants en médecine, étudiants en IFSI), afin d'identifier d'éventuelles spécificités dans la structuration des conceptions. Cette approche itérative vise à articuler comparaisons statistiques et cohérence théorique, tout en assurant une continuité méthodologique entre les niveaux d'analyse [tab1].

Enfin, ce niveau d'analyse a été complété par une ACP ciblant les contenus de formation attendus par les étudiants dans le cadre de l'éducation à la santé. Six items ont été retenus (tab2). Deux composantes ont été extraites dans chaque filière, représentant 48,1 % de la variance totale chez les étudiants en médecine (rotation : 25,8 % et 22,4 %) et 25,0 % chez les étudiants en soins infirmiers (rotation : 12,8 % et 12,2 %). La structuration obtenue, claire et interprétable, valide l'intérêt exploratoire de ce sous-modèle.

Tab. 1 : Questions exploitées dans l'ACP

Modèle " biomédical — posture prescriptive"
Q3 : L'éducation à la santé relève principalement de l'éducation familiale.
Q6 : L'éducation à la santé vise principalement à donner des informations scientifiques : sur la biologie, l'alimentation, les IST, les méfaits des drogues.
Q10 : Les convictions religieuses et/ou politiques sont souvent un obstacle à l'éducation à la santé.
Q13 : Dans le cas du milieu scolaire : on ne peut pas aborder certains sujets (sexualité par exemple) si tous les élèves et les familles ne sont pas d'accord.
Q18 : L'éducation à la santé est inutile car peu efficace.
Q19 : L'âge et la maturité des personnes peuvent être un frein à l'éducation à la santé.
Q20 : L'éducation à la santé est d'abord l'affaire des personnels de santé.
Q22 : L'éducation à la santé est d'abord une approche sur les thématiques de santé.
Modèle "santé globale — posture participative"
Q0 : Il est du rôle de ma future profession de réaliser des actes de prévention.
Q1 : L'éducation à la santé permet de contribuer à l'épanouissement des personnes.
Q2 : L'éducation à la santé concerne autant les professionnels que l'entourage des personnes.
Q4 : Un professionnel de santé n'a pas le droit de donner des directives dans le domaine de l'éducation à la santé.
Q5 : Les convictions religieuses des personnes doivent être absolument respectées dans l'éducation à la santé.
Q7 : L'éducation à la santé, c'est l'apprentissage de comportements favorables au « vivre ensemble ».
Q9 : Éduquer à la santé c'est donner les moyens aux personnes de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables pour sa santé et celles des autres.
Q11 : Pour être efficace, une action en éducation à la santé doit durer plusieurs années.
Q12 : Il faut partir des conceptions et des connaissances des personnes pour travailler sur les questions relatives à la santé.
Q14 : L'éducation n'est pas l'affaire du soignant car il n'est pas compétent pédagogiquement.
Q16 : Il est important d'associer les personnes comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation.
Q21 : L'éducation à la santé sert à favoriser l'égalité entre les filles et les garçons.
Q24 : Les compétences psycho-sociales et la littératie en santé sont les priorités en éducation à la santé.
Q14 : Dans le cas du milieu scolaire : l'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les personnels de santé.

Tab. 2 : Contenus de formation souhaités par les étudiants dans le cadre de l'éducation à la santé

Quels sont les contenus nécessaires qui devraient vous être enseignés en éducation à la santé ?					
C1	CA	CB	CC	CD	CE
Ce qu'est l'éducation à la santé aujourd'hui, à sa place dans votre travail et à sa relation avec l'éthique.	La prise en charge collective des actions et des projets.	Les liens entre savoirs, savoir-faire et savoir-être en éducation à la santé.	La psychologie et sur les compétences psychosociales.	Apprentissage des méthodes et démarches pédagogiques en éducation à la santé.	Apports scientifiques sur les thèmes du service sanitaire.

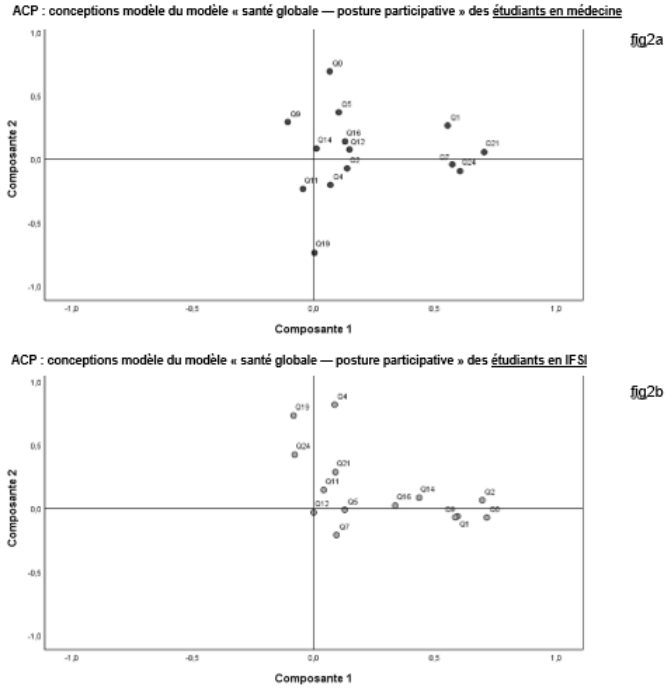


Fig. 2 : Conceptions du modèle « santé globale / posture participative ».
Chez les étudiants en médecine, l'ACP extrait cinq composantes, dont les deux premières expliquent 25,3 % de la variance (après rotation : 11,3 % et 10,4 %). Le premier axe se compose d'un sous-groupe ayant des conceptions participatives et égalitaires (Q1, Q21, Q24, Q7) à un autre ayant des postures intermédiaires (Q9, Q11). Le second axe distingue une implication éthique et relationnelle (Q0, Q5, Q9), la structuration est modérée et laisse apparaître des sous-groupes différenciés [fig2a]. Chez les étudiants en soins infirmiers, l'ACP extrait également cinq composantes, dont les deux premières expliquent 25,7 % de la variance (rotation : 14,6 % et 11,1 %). Le premier axe reflète une adhésion claire aux principes de littératie, d'autonomie et de co-construction (Q0, Q1, Q2, Q14). Le second oppose des conceptions relationnelles ou subjectives (Q19, Q24, Q4) à des postures plus structurantes (Q5, Q11, Q21). La projection indique une orientation globalement favorable à l'implication des usagers, mais les conceptions divergent quant au rôle du professionnel : pour certains étudiants, il s'agit d'un acteur engagé dans la co-construction, pour d'autres, d'un garant des repères éducatifs et éthiques [fig2b].

ACP : conceptions modèle du modèle « santé biomédicale — posture prescriptive » des étudiants en médecine

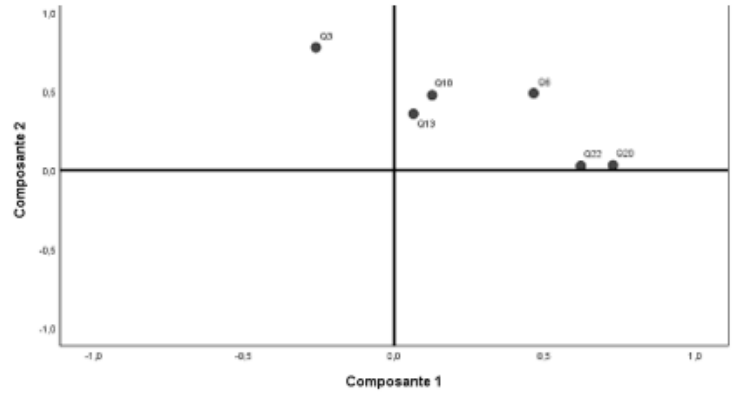


fig3a

ACP : conceptions modèle du modèle « santé biomédicale — posture prescriptive » des étudiants en IFSI

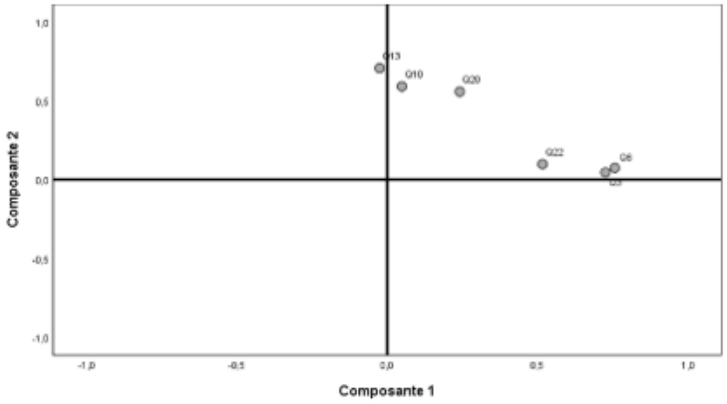


fig3b

Fig. 3 : Conceptions du modèle « santé biomédicale / posture prescriptive ».
Chez les étudiants en médecine, l'ACP extrait six composantes, dont les deux premières expliquent 40,2 % de la variance (après rotation : 20,3 % et 19,9 %). La structuration oppose une posture descendante et informative (Q20, Q22, Q6) à une approche plus réflexive et critique (Q10, Q13, Q3) [fig3a]. Chez les étudiants en soins infirmiers, les deux premières composantes représentent 43,3 % de la variance (rotation : 23,8 % et 19,5 %). L'opposition porte également sur l'adhésion aux normes éducatives biomédicales (Q6, Q22, Q3) et des formes de distance critique (Q13, Q10, Q20), mais avec une structuration moins polarisée [fig3b].

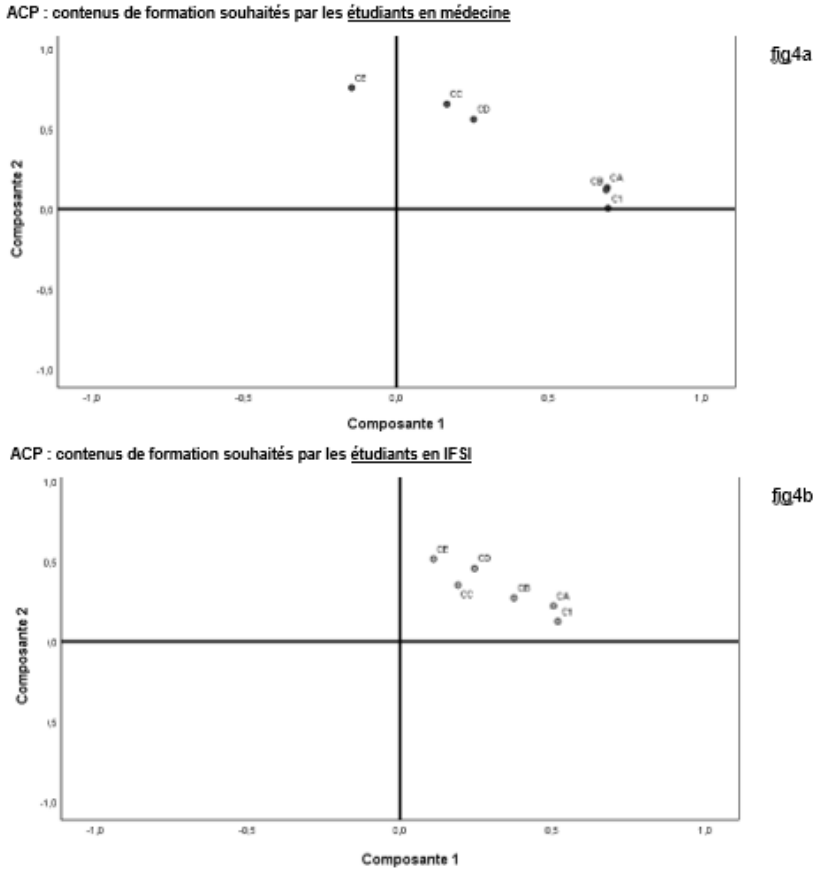


Fig. 4 : Contenus de formation souhaités par les étudiants dans le cadre de l'éducation à la santé.
Chez les étudiants en médecine, l'ACP sur les contenus de formation souhaités extrait deux composantes, expliquant ensemble 48,1 % de la variance (après rotation : 25,8 % et 22,4 %). Le premier axe regroupe les contenus institutionnels (C1, CA, CB), centrés sur le rôle du professionnel, les cadres de l'éducation à la santé et l'articulation des savoirs. Le second axe porte sur les outils pédagogiques et scientifiques (CC, CD, CE), témoignant d'une attente d'outillage concret et d'ancrage disciplinaire [fig4a]. Chez les étudiants en soins infirmiers, l'ACP extrait également deux composantes, expliquant 25,0 % de la variance (rotation : 12,8 % et 12,2 %). Le premier axe exprime une demande de référentiels éthiques et collectifs (C1, CA, CB), tandis que le second distingue les contenus liés à la psychologie, la pédagogie et les thématiques du service sanitaire (CC, CD, CE) [fig4b].

Enfin, l'ACP appliquée en fonction de l'âge fait apparaître des structurations différenciées. Chez les étudiants de moins de 22 ans, six composantes sont extraites, les deux premières expliquant 17,9 % de la variance après rotation (9,1 % et 8,8 %). La configuration est relativement homogène, avec un regroupement autour des contenus institutionnels (C1, CA, CB) et une projection modérée des contenus éthiques et psychosociaux (CD, CC, CE). Chez les 22 ans et plus, six composantes sont extraites, les deux premières représentant 16,8 % de la variance (rotation : 8,9 % et 7,8 %). La

structuration est plus différenciée, marquée par une dispersion nette des conceptions participatives (Q7, Q24, Q21) et des contenus pédagogiques (CD, CE).

Ces derniers résultats suggèrent que les étudiants plus âgés formulent des attentes plus segmentées, intégrant davantage les dimensions pédagogiques et relationnelles, tandis que les plus jeunes privilégient une vision plus unifiée et centrée sur les fondements de l'éducation à la santé. Dans leur ensemble, les ACP révèlent des structurations différenciées selon les filières, et plus modérément selon l'âge.

3 Discussion

Dans les deux filières, médecine et IFSI, les conceptions du modèle "santé globale — posture participative" sont largement présentes, mais leur structuration diffère : plus dispersée et segmentée chez les étudiants en médecine, elle apparaît plus cohérente et intégrée chez les étudiants en soins infirmiers, cette intégration se traduisant par une structuration conceptuelle plus resserrée autour des déterminants sociaux de la santé, une articulation plus lisible entre posture participative et vision globale, ainsi qu'une moindre dispersion des représentations éducatives. Ces éléments suggèrent une acculturation plus homogène aux principes de promotion de la santé, bien que modulée par des nuances dans la place accordée au professionnel [fig2]. De plus, dans les deux filières, les conceptions biomédicales coexistent avec des tensions sur le rôle du professionnel ; cependant elles prennent des formes davantage contrastées chez les étudiants en médecine [fig3]. Enfin, dans les deux filières également, les attentes des étudiants portent à la fois sur les valeurs fondatrices de l'éducation à la santé et sur ses outils pratiques. Cependant, les étudiants en médecine semblent plus polarisés entre cadre conceptuel et instrumentalisation ; cette polarisation traduit une tension marquée entre l'appropriation théorique des finalités éducatives et l'utilisation pratique des outils, ces deux dimensions étant parfois perçues comme disjointes. À l'inverse, les étudiants en soins infirmiers expriment une attente plus intégrée et transversale, combinant éthique, action collective et outils pédagogiques [fig4]. Les contenus de formation souhaités s'organisent autour d'axes stables ; leur hiérarchisation suggère une influence des cadres curriculaires sur les attentes des étudiants.

3.1 Typologies des conceptions

La typologie factorielle issue de l'analyse en composantes principales met en évidence quatre profils conceptuels distincts, définis par le croisement de deux axes : un axe de conception de la santé (biomédicale globale) et un axe de posture éducative (prescriptive participative). L'ensemble de la cohorte se répartit de manière relativement équilibrée dans les quadrants, chacun traduisant une articulation spécifique entre conception de la santé et celle de la posture éducative.

Quadrant A : santé globale – posture participative (30,7 %)

Ce quadrant correspond au profil conceptuel le plus aligné avec les principes contemporains de la promotion de la santé (Nutbeam, 2000 ; Sørensen *et al.*, 2012). Il regroupe des étudiants exprimant une vision holistique de la santé, intégrant les déterminants

sociaux, les dimensions subjectives et les contextes de vie, associés à une posture éducative dialogique, centrée sur la co-construction et l'autonomie des publics.

Ce profil est majoritairement occupé par les étudiants en soins infirmiers. Il reflète une acculturation déjà forte aux principes du partenariat éducatif, telle que décrite dans les approches par littératie en santé et empowerment (Biesta & van Braak, 2020 ; Kickbusch, 2001). Ce profil reflète la pensée infirmière (King, 1981), où co-construction et besoins en santé intègrent déterminants sociaux pour postures participatives, renforçant l'observance et l'éthique du care. Concernant la littératie en santé, les deux populations étudiées révèlent des visions distinctes : les étudiants en médecine privilégient une perspective individuelle (compétences personnelles pour comprendre/adhérer aux informations biomédicales, avec 59,3% accord sur Q24), tandis que ceux en soins infirmiers adoptent une vision collective (outil pour réduire inégalités *via* co-construction et déterminants sociaux, 46,9% accord, aligné sur approches holistiques). Cela étaye les effets curriculaires, où la littératie passe d'une mesure d'écart individuelle (Margat, 2019) à une stratégie populationnelle pour l'équité en santé (Gagnayre, 2019).

Quadrant B : santé biomédicale – posture participative (20,9 %)

Ce quadrant révèle un profil hybride. Les étudiants qui s'y situent adhèrent encore à une définition biomédicale de la santé, centrée sur la pathologie, mais adoptent une posture éducative ouverte, mobilisant les outils de la communication et de l'engagement des publics. Cette configuration, davantage présente chez les étudiants en médecine, peut être interprétée comme une transition partielle : la posture participative est investie comme technique d'efficience (par exemple pour améliorer l'observance), sans pour autant remettre en question le paradigme biomédical.

Ce quadrant suggère une forme d'intégration fonctionnelle du dialogue, sans renversement épistémologique. Cette configuration est cohérente avec les travaux de Cegala (2000 ; 2002), soulignant que la formation médicale développe des compétences en communication sans toujours les articuler aux finalités critiques ou démocratiques de la santé publique.

Quadrant C : santé biomédicale – posture prescriptive (26,3 %)

Ce profil est le plus classiquement aligné avec la formation médicale dominante. Il repose sur une vision technique et descendante de la santé, associée à une posture éducative normative, centrée sur la transmission d'informations validées par l'expertise. Ce quadrant concentre une part importante des étudiants en médecine, mais également quelques étudiants en IFSI.

Il reflète la possible permanence de la biomédicalisation dans les politiques éducatives, et une intégration plus faible des enjeux subjectifs ou sociaux. Cette posture, historiquement dominante, constitue toutefois un obstacle à l'appropriation des démarches participatives, car elle naturalise la hiérarchie entre soignant et soigné (Delmas, 2024 ; Engel, 1980).

Quadrant D : santé globale – posture prescriptive (22,1 %)

Ce quadrant est le plus ambivalent. Il regroupe des étudiants exprimant une vision élargie de la santé — prenant en compte les inégalités, les parcours de vie et les vulnérabilités — tout en conservant une posture éducative descendante. Ce profil, surreprésenté dans les IFSI, témoigne d'une acculturation incomplète au modèle participatif, voire d'une tension entre représentations collectives et rôles professionnels.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : certains étudiants pourraient percevoir les populations comme fragiles ou immatures, nécessitant un cadrage normatif « bienveillant » ; d'autres pourraient n'avoir jamais été exposés à des démarches pédagogiques alternatives. Cette configuration traduit une adhésion éthique limitée par un outillage méthodologique encore faible, fréquente en formation initiale (Kuenemann *et al.*, 2023 ; Wathelet *et al.*, 2023).

3.2 Dynamiques évolutives possibles des typologies

Ces quatre quadrants gagnent à être interprétés comme des états de structuration provisoires, potentiellement amenés à évoluer au cours de la formation ou sous l'effet d'expériences professionnelles ultérieures. Plusieurs dynamiques de transition peuvent être inférées :

C → B → A : certains étudiants, notamment en médecine, sont en mesure de progresser depuis une posture biomédicale et prescriptive vers une posture plus ouverte, sous l'effet de formations spécifiques ou de projets de terrain.

D → A : des étudiants déjà sensibles aux dimensions globales de la santé peuvent évoluer vers une posture pleinement participative à condition d'être formés à la didactique des compétences psycho-sociales.

B ou D → retour C : inversement, certaines postures intermédiaires peuvent potentiellement se rigidifier si elles ne sont pas consolidées par un accompagnement réflexif.

Dans leur ensemble, ces trajectoires suggèrent l'intérêt d'un suivi longitudinal des conceptions, et surtout, la nécessité de croiser l'acquisition de contenus scientifiques avec un travail explicite sur les postures éducatives et les rapports au savoir (Biesta & van Braak, 2020 ; Nutbeam, 2000).

De plus, l'identification de quatre profils met en évidence la coexistence de conceptions parfois contradictoires. Certains étudiants manifestent simultanément une vision globale de la santé mais une posture éducative transmissive, ce qui pourrait refléter une acculturation incomplète aux paradigmes participatifs. Des études récentes montrent que seul un encadrement structuré et des partenariats contextualisés permettent aux étudiants d'animer les exigences éthiques fondamentales dans l'éducation en santé (Lejot & Bouget Mohammedi, 2025 ; Wathelet *et al.*, 2023).

Vers une posture « *médiologique* » ?

Les résultats obtenus dans cette étude confirment la diversité des conceptions mobilisées par les étudiants, oscillant entre posture prescriptive et participative, et entre définition biomédicale ou globale de la santé. Cette variabilité suggère que les futurs

professionnels de santé doivent être préparés à occuper des fonctions d'interface, capables d'articuler savoirs, pratiques et contextes. C'est ce que proposent Nadot, Busset et Gross (2013) à travers la figure du médiologue en santé. Adopter une posture "*médiologique",* comme horizon professionnalisant, viserait à proposer une posture active entre des conceptions de la santé historiquement, culturellement et professionnellement situées. Elle engagerait le professionnel dans une fonction d'interface réflexive : ni simple technicien, ni exclusivement pédagogue appliqué, mais interprète des savoirs et des rapports sociaux de santé. Elle permettrait de dépasser la juxtaposition entre savoirs biomédicaux, modèles éducatifs et représentations profanes. Cette posture s'inscrit dans une tradition des sciences infirmières que l'on retrouve notamment chez Leininger (1991) qui appelait à la contextualisation culturelle des pratiques ; ou encore, systémiquement proche des modèles holistiques comme celui de Roper–Logan–Tierney (2000).

Dans l'espérance d'un dialogue vertueux entre injonction à l'efficacité et éthique du care, éducation normative et autonomisation, techniques de santé publique et subjectivités vécues ; une telle dynamique de médiation permettrait aux professionnels de naviguer entre des conceptions parfois contradictoires de la santé, du soin et de l'éducation. Peut-être, serait-ce un levier afin d'impacter la littératie en santé des populations ? En effet, mais cette posture n'est pas un modèle achevé ; elle demeure un vecteur de liaison susceptible de faciliter une pratique éducative située, éthique et dialogique (Van den Broucke, 2014).

C'est dans cette perspective, que l'éducation à la santé devient un lieu d'épreuve et d'articulation, où s'apprennent à la fois la réflexivité, la traduction entre référentiels, et la capacité à rendre audibles d'autres rationalités que celle de l'expert.

3.3 Limites de l'étude

Toutefois, cette étude présente plusieurs limites méthodologiques qu'il convient de discuter. Le recours à un questionnaire fermé visait à limiter la dispersion des réponses, afin de permettre leur agrégation en unités conceptuelles. Ce choix méthodologique, assumé dans une visée de modélisation, a néanmoins pour conséquence de réduire la complexité des conceptions individuelles. La typologie ainsi produite est fonctionnelle et lisible, mais elle altère potentiellement certaines nuances interprétatives propres à la diversité des expériences subjectives (Fortin & Gagnon, 2006). Par ailleurs, une prudence s'impose dans l'analyse des résultats obtenus, en lien entre les intentions programmatiques de l'étude et les postures étudiantes qui pourrait en partie s'expliquer par d'autres facteurs socio-démographiques, tels que les caractéristiques d'origine sociale des populations étudiées (souvent plus diversifiées en soins infirmiers qu'en médecine) ou la féminisation accrue des professions de santé (88,1 % de femmes en IFSI contre 66,3 % en médecine dans notre échantillon), qui sont en mesure d'influencer les approches participatives et éthiques. Ces éléments, combinés aux réformes curriculaires, soulignent la nécessité d'une analyse typologique plus approfondies pour mieux articuler prévention, éducation et contextes sociaux ; notamment en rendant compte de intersectionnalité qui intègre classe sociale, ethnicité et inégalités comme influences sur les représentations des conditions de vie et la santé (Nogueira *et al.*, 2022 ; Sherman *et al.*, 2023).

Concernant l'item combiné « Les compétences psycho-sociales et la littératie en santé sont les priorités en éducation à la santé » (Q24), il a été traité comme un énoncé unique sur une échelle Likert à cinq niveaux (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »), évaluant l'adhésion globale sans décomposition par composante. Cette formulation combinée introduit une subjectivité potentielle. Toutefois, les participants pouvaient prioriser un aspect sur l'autre sans distinction explicite. Cet aspect qui sera affiné dans des études futures *via* items séparés.

Par ailleurs, bien que l'échantillon soit multicentrique, il reste limité aux universités de Lyon et Saint-Étienne. Cette restriction pourrait apparaître comme un obstacle à la généralisation. Toutefois, la socio démographie des étudiants en santé étant relativement homogène à l'échelle nationale (SIES & MESR, 2023) et les référentiels de formation étant encadrés de manière normative (HCSP, 2018), aucun biais majeur n'est susceptible d'impacter la sélection de l'échantillon populationnel.

Enfin, l'usage d'une ACP s'inscrit dans une approche exploratoire, impliquant nécessairement une part d'interprétation subjective dans le choix des axes retenus et des seuils de typologie. Cette subjectivité est inhérente à toute lecture factorielle, mais elle est ici assumée, dans la mesure où l'ACP constitue un outil d'objectivation des dynamiques internes, facilitant le partage et la discussion des résultats (Abdi & Williams, 2010 ; Jolliffe & Cadima, 2016). C'est pourquoi, malgré ses limites reconnues, la configuration factorielle reste un outil à fort potentiel heuristique (Lebart *et al.*, 1995).

4 Conclusion : perspectives et implications pour la formation

Les résultats de cette étude confirment la coexistence de conceptions, multiples et nuancées de l'éducation à la santé parmi les étudiants en médecine et en soins infirmiers. Cette étude traduit les influences curriculaires et culturelles liées, en particulier, à l'affiliation professionnelle. Surtout, la typologie extraite met en lumière des dynamiques mixtes selon les filières : posture intégrée chez les IFSI, segmentée et parfois instrumentale chez les étudiants en médecine, avec des tensions persistantes entre visée éducative et modèle biomédical. Toutefois, il serait désormais nécessaire de mesurer l'évolution des conceptions des étudiants après la mise en œuvre sur le terrain des actions du service sanitaire. Il est convenu, que cet aspect fasse l'objet de recherches ultérieures, exploitant les outils statistiques et qualitatives, au sein du laboratoire ECP.

Ces dynamiques appellent à une formation intégrant la prise de décision infirmière (King, 1997), avec littératie en santé vue sous deux visions : individuelle (Nutbeam, 2000) et populationnelle (Margat *et al.*, 2017 ; Gagnayre, 2019).

L'ensemble de ces observations appelle à dépasser la stricte transmission descendante de compétences techniques ou comportementales, au profit de formations orientées vers la réflexivité, l'interprofessionnalité et la prise en compte des conceptions situées de la santé. Concrètement, ces dimensions pourraient être opérationnalisées à travers des ateliers d'analyse de pratiques, des modules de simulation pédagogique contextua-

lisée, ou encore des projets collectifs intégrant les déterminants sociaux et culturels spécifiques aux publics accompagnés.

C'est pourquoi le service sanitaire est ici un outil pragmatique tenant lieu de base structurelle pour faire évoluer les professions de santé, en lien avec les missions de formation définies par le Haut Conseil de la santé publique (2018). L'enjeu n'est plus seulement de former des éducateurs en santé efficients, bien que cette dimension soit primordiale, mais également des acteurs capables de négocier le sens des actions de prévention. Cette transformation est rendue d'autant plus nécessaire dans un contexte social où l'émergence en France, d'une culture de prévention constitue un événement structurant des pratiques de santé. Cette dynamique se traduit notamment par les réformes successives du service sanitaire (HCSP, 2018), la généralisation des dispositifs de prévention primaire dans les cursus (SIES & MESR, 2023), ainsi que par l'évolution des politiques publiques en faveur de la littératie en santé et de la promotion de la santé au sens large (Haut Conseil de la santé publique, 2023).

Bibliographie

Abdi, H., & Williams, L. J. (2010). Principal component analysis. WIREs Computational Statistics, 2(4), 433–459. https://doi.org/10.1002/wics.101

Biesta, G. J. J., & van Braak, M. (2020). Beyond the medical model : Thinking differently about medical education and medical education research. Teaching and Learning in Medicine, 32(4), 449–456. https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1798240

Cardot, J.-P., & Berger, D. (2012). Formateurs en éducation à la santé : Un outil d'analyse des conceptions. Spirale - Revue de recherches en éducation, 50, 129–141. https://doi.org/10.3406/spira.2012.1097

Catinaud, C. (2019). Éducation et santé : Des pratiques aux savoirs. Recherche en soins infirmiers, 139(4), 84–91. https://doi.org/10.3917/rsi.139.0084

Cegala, D. J., & Lenzmeier Broz, S. (2002). Physician communication skills training : A review of theoretical backgrounds, objectives and skills. Medical Education, 36(11), 1004–1016. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01331.x

Cegala, D. J., McClure, L., Marinelli, T. M., & Post, D. M. (2000). The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. Patient Education and Counseling, 41(2), 209–222. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00093-8

Chambers, L. W., Underwood, J., Halbert, T., Woodward, C. A., Heale, J., & Isaacs, S. (1994). 1992 Ontario survey of public health nurses : Perceptions of roles and activities. Canadian Journal of Public Health, 85(3), 175–179.

Chelak, K., & Chakole, S. (2023). The role of social determinants of health in promoting health equality : A narrative review. Cureus, 15(1), Article e33425. https://doi.org/10.7759/cureus.33425

Chiu, Y.-C., Liang, J.-C., Hsu, H.-Y., Chu, T.-S., Lin, K.-H., Chen, Y.-Y., & Tsai, C.-C. (2019). To examine the associations between medical students' conceptions of learning, strategies to learning, and learning outcome in a medical humanities course. BMC Medical Education, 19, Article 410. https://doi.org/10.1186/s12909-019-1856-8

Delmas, V. (2024). Les conceptions de la santé chez les étudiants en soins infirmiers : Entre modèle biomédical et approche globale. International Journal of Nursing Studies Advances, 7, Article 100144. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100144

Donoghue, J., Duffield, C., Pelletier, D., & Adams, A. (1990). Health promotion as a nursing function : Perceptions held by university students of nursing. International Journal of Nursing Studies, 27(1), 51–60. https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90023-C

Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). Health promotion : Models and values (2nd ed.). Oxford University Press.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 137(5), 535–544. https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535

Farre, A., & Rapley, T. (2017). The new old (and old new) medical model : Four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. Healthcare, 5(4), Article 88. https://doi.org/10.3390/healthcare5040088

Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2006). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.). Chenelière Education.

Gagnayre, R. (2019). L'éducation thérapeutique : Une pédagogie au service de la santé. Haut Conseil de la santé publique. https://\url{www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1007679.pdf}

Gray, G., Young, I., & Barnekow, V. (2006). A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. World Health Organization, Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/107541

Gueneau, B., Pelletier, D., & Marquestaut, O. (2021). Service sanitaire des étudiants en santé : Ancrer l'éducation pour la santé dans les formations initiales. Santé Publique, 33(3), 407–415. https://doi.org/10.3917/spub.213.0407

Haut Conseil de la santé publique. (2023). Développer la prévention et la promotion de la santé : Stratégies nationales et leviers de mise en œuvre. https://\url{www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1423}

HCSP. (2018). Place des offreurs de soins dans la prévention : Intégrer la prévention dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. https://\url{www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=707}

HCSP. (2022). Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé : Rapport final. https://\url{www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1244}

Henderson, V. (1966). The nature of nursing : A definition and its implications for practice, research, and education. Macmillan.

Holmgren, J., & Eriksson, H. (2023). Towards a global nursing curriculum for the 21st century : Rethinking health through the lens of a sustainability paradigm – a contemporary issue. Nordic Journal of Nursing Research, 43(3–4), Article 20571585231209973. https://doi.org/10.1177/20571585231209973

Inspection générale des affaires sociales & Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche. (2024). Universitarisation des études paramédicales : Rapport sur le recrutement d'enseignants-chercheurs. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. https://\url{www.aefinfo.fr/depeche/709372-universitarisation-des-etudes-paramedicales-igas-et-igesr-preconisent-de-recruter-136-enseignants-chercheurs-d-ici-a-2030}

Jolliffe, I. T., & Cadima, J. (2016). Principal component analysis : A review and recent developments. Philosophical Transactions of the Royal Society A, 374(2065), Article 20150202. https://doi.org/10.1098/rsta.2015.0202

Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy : Addressing the health and education divide. Health Promotion International, 16(3), 289–297. https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289

King, I. M. (1981). A theory for nursing : Systems, concepts, process. John Wiley & Sons.

King, I. M. (1997). King's theory of goal attainment. Nursing Science Quarterly, 10(4), 180–185. https://doi.org/10.1177/089431849701000411

Kuenemann, M., Gaillet, M., Shankland, R., Fournier, J., Boussat, B., & François, P. (2023). Healthcare students' prevention training in a sanitary service : Analysis of health education interventions in schools of the Grenoble academy. BMC Medical Education, 23, Article 302. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04235-y

Kumagai, A. K., & Lypson, M. L. (2009). Beyond cultural competence : Critical consciousness, social justice, and multicultural education. Academic Medicine, 84(6), 782–787. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181a42398

Latter, S., Maben, J., Clark, J. M., & Wilson-Barnett, J. (1993). Perceptions and practice of health education and health promotion in acute ward settings. Nursing Times, 89(21), 51–54.

Lebart, L., Morineau, A., & Piron, M. (1995). Statistique exploratoire multidimensionnelle (2e éd.). Dunod.

Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality : A theory of nursing. National League for Nursing Press.

Lejot, A.-L., & Bouget Mohammedi, S. (2025). Public health education service for health students : Feedback from experience in France. Public Health Nursing, 42(2), 986–991. https://doi.org/10.1111/phn.13514

Margat, A. (2019). La littératie en santé en éducation thérapeutique : La mesure d'un écart entre l'intelligibilité du système de santé et les compétences des patients. Éducation thérapeutique du patient / Therapeutic Patient Education, 11(2), Article 20501. https://doi.org/10.1051/tpe/2019016

Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., de Andrade, V., & Azogui-Lévy, S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : Une revue de la littérature. Santé Publique, 29(6), 811–820. https://doi.org/10.3917/spub.176.0811

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2025). Réforme de la formation infirmière : Ce qui change à la rentrée 2026. https://\url{www.parcoursmetiers.tv/actualites-metiers/reforme-de-la-formation-infirmiere-ce-qui-change-a-la-rentree-2026}

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2019). Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. Journal Officiel de la République Française. https://\url{www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039296788/}

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Le service sanitaire des étudiants en santé. https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire

Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. (2025). Stratégie nationale sport-santé 2025–2030. https://\url{www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2025-2030-9927}

Minkler, M., & Cox, K. (1980). Creating critical consciousness in health : Applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting. International Journal of Health Services, 10(2), 311–322. https://doi.org/10.2190/023K-58E7-6TM8-3RRM

Mittelmark, M. (2002). Health promotion : Effectiveness, efficiency and equity, 3rd edn : Keith Tones and Sylvia Tilford Nelson Thornes, Cheltenham, 2001 524 pp, ISBN 0-7487-4527-0 (pb) [Book review]. Health Education Research, 17(3), 376–377. https://doi.org/10.1093/her/17.3.376

Nadot, M., Busset, F., & Gross, J. (2013). L'activité infirmière : Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable. De Boeck Supérieur / Estem.

Nekaa, M. (2017). Les infirmières de l'Éducation nationale en France : Éducation et promotion de la santé en milieu scolaire, pratiques et représentations [Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2]. https://theses.hal.science/tel-01768261

Nekaa, M., & Berger, D. (2018). Les infirmières de l'Éducation nationale en France : Une étude mixte sur les pratiques en éducation et promotion de la santé. Recherche en soins infirmiers, 135(4), 14–29. https://doi.org/10.3917/rsi.135.0014

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal : A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Onchonga, D., & Abdalla, M. E. (2023). Integrating social determinants of health in medical education : A bibliometric analysis study. Public Health, 224, 203–208. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.09.005

Pearson, K. (1900). X. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine and Journal of Science, 50(302), 157–175. https://doi.org/10.1080/14786440009463897

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2000). The Roper-Logan-Tierney model of nursing : Based on activities of living. Churchill Livingstone.

Schoenfeld, B. M., & MacDonald, M. B. (2002). Saskatchewan public health nursing survey : Perceptions of roles and activities. Canadian Journal of Public Health, 93(6), 452–456. https://doi.org/10.1007/BF03405038

Sénat. (2025). Proposition de loi relative aux formations en santé. https://\url{www.senat.fr/travaux-parlementaires/textes-legislatifs/la-loi-en-clair/proposition-de-loi-formations-en-sante.html}

Sharpe, D. (2015). Chi-square test is statistically significant : Now what ? Practical Assessment, Research, and Evaluation, 20, Article 8. https://doi.org/10.7275/tbfa-x148

SIES, & MESR. (2023). Deuxième année du premier cycle des études de santé : Provenance et caractéristiques des inscrits (Note d'information No. NI SIES 2023-09). Sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES), Ministère chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

https://\url{www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/deuxieme-annee-du-premier-cycle-des-etudes-de-sante-provenance-et-caracteristiques-des-inscrits-94056}

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, Article 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

SPF. (2019). Outils d'intervention en éducation pour la santé : Critères de qualité. Référentiel de bonnes pratiques. https://\url{www.santepubliquefrance.fr/notices/outils-d-intervention-en-education-pour-la-sante-criteres-de-qualite.-referentiel-de-bonnes-pratiques}

SPF. (2025). Programme de travail 2025. https://www.santepubliquefrance.fr/import/programme-de-travail-2025

Van den Broucke, S. (2014). Health literacy : A critical concept for public health. Archives of Public Health, 72, Article 10. https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10

Vérot, E., Régnier Denois, V., & Chauvin, F. (2021). Current perceptions of cancer nurses in France about their role and the evolution of nursing practices : Findings and perspectives. Social Science & Medicine, 277, Article 113896. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113896

Wathelet, M., Dezetree, A., Guénard, C., Duhem, S., Chouraki, V., Thomas, P., Aly, P., & Notredame, C.-E. (2023). The mental health and suicide prevention training module of the French sanitary service : Effectiveness on health students. Psychology in the Schools, 60(4), 1006–1018. https://doi.org/10.1002/pits.22816

WHO. (2013). Health 2020 : A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization, Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/326386

WHO Europe. (2021). Roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development, building on Health 2020. WHO Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/332972

Yearby, R. (2022). The social determinants of health, health disparities, and health justice. The Journal of Law, Medicine & Ethics, 50(4), 641–649. https://doi.org/10.1017/jme.2023.3