

L'éducation à la santé à l'école primaire : approche comparative des pratiques au Québec et en France
Health education in primary schools : a comparative approach of practices in Quebec and in France
La educación para la salud en la escuela primaria : enfoque comparativo de las prácticas en Quebec y en Francia

Caroline Bizzoni-Prévieux, Joanne Otis, Corinne Mérini, Johanne Grenier and
Didier Jourdan

Volume 36, Number 3, 2010

Éducation à la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1006252ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1006252ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue des sciences de l'éducation

ISSN

0318-479X (print)

1705-0065 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bizzoni-Prévieux, C., Otis, J., Mérini, C., Grenier, J. & Jourdan, D. (2010).
L'éducation à la santé à l'école primaire : approche comparative des pratiques
au Québec et en France. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 695-715.
<https://doi.org/10.7202/1006252ar>

Article abstract

This article is focused on the nature, the complexity and the field of study in health education in primary schools in Quebec and in France. The results demonstrate that, in Quebec, the relationship to oneself is most developed while in France it is the relationship to the other. In Quebec, the actions to combine several relationships tend to be proportionally more numerous than in France as well as to participate in the promotion of an active lifestyle more than other themes in health education.

L'éducation à la santé à l'école primaire : approche comparative des pratiques au Québec et en France



Caroline Bizzoni-Prévieux,
professeure
Université du Québec à Trois-Rivières



Joanne Otis,
professeure
Université du Québec à Montréal



Corinne Mérini,
enseignante chercheure
Université Blaise-Pascal



Johanne Grenier,
professeure
Université du Québec à Montréal



Didier Jourdan, professeur
Université Blaise-Pascal

RÉSUMÉ • Cette étude porte sur la nature, la complexité et le champ d'inscription des actions en éducation à la santé, menées à l'école primaire au Québec et en France. Les résultats montrent qu'au Québec, le rapport à soi est le plus travaillé alors qu'en France, c'est le rapport à l'autre. Au Québec, les actions ont tendance à être proportionnellement plus nombreuses qu'en France à combiner plusieurs rapports et à s'inscrire dans la promotion d'un mode de vie actif plutôt que sous d'autres thématiques de santé.

MOTS CLÉS • éducation à la santé, pratiques enseignantes, écoles primaires, analyse comparée, France-Québec.

1. Introduction

Bien qu'il y ait consensus sur le fait que la santé et l'éducation soient interdépendantes, et que la situation sociale, comme l'état de santé de l'enfant, conditionne largement les apprentissages (Ministère de l'Éducation nationale, 2007 ; St Léger, 1999), l'appel à la prise en compte de la santé à l'école émane le plus souvent de sources externes au système éducatif. En effet, lorsqu'il s'agit de légitimer l'action de l'école en matière de santé, les arguments viennent plus fréquemment du champ de la santé publique (Jourdan, 2010). Pour autant, du point de vue des acteurs scolaires, la question de savoir quelle place l'éducation à la santé peut trouver à l'école et quelle forme elle peut prendre, doit d'abord avoir des visées éducatives.

Selon les pays ou les régions, l'éducation à la santé tient une place différente dans le paysage scolaire (Pommier et Jourdan, 2007). Dans certains pays (Finlande, par exemple), il s'agit d'une matière scolaire au même titre que les mathématiques ou le français ; dans d'autres, c'est un domaine transversal, associé soit à la citoyenneté (France, par exemple), soit au développement personnel (Portugal, par exemple). Enfin, dans certains cas, comme au Québec, l'éducation à la santé est présente à la fois comme discipline (associée à l'éducation physique) et comme domaine transversal (Turcotte, Gaudreau et Otis, 2007). Ainsi, les textes institutionnels français et québécois laissent une place significative à l'éducation à la santé (Ministère de l'Éducation nationale, 1998 et 2006 ; Ministère de l'Éducation du Québec, 2001).

2. Problématique

2.1 Le contexte scolaire au Québec et en France

Bien qu'on puisse rapprocher les prescriptions contenues dans le *Programme de formation de l'école québécoise*, d'une part, et celles du *Socle commun de connaissances et de compétences français*, d'autre part, l'éducation à la santé ne semble ni perçue ni intégrée de la même façon dans ces deux contextes. Pour comprendre ces différences, il est important de repérer les spécificités de l'environnement scolaire au Québec et en France.

En effet, dans la mesure où les systèmes éducatifs sont le fruit d'une histoire et s'enracinent dans une culture spécifique, toute réflexion sur l'éducation à la santé à l'école est nécessairement bornée, c'est-à-dire naturellement circonscrite, par l'histoire, la culture, les programmes du pays dans laquelle elle est enseignée. Si bien que les paradigmes qui les fondent diffèrent d'une nation à l'autre. Par l'histoire de son école républicaine, le système éducatif français est fortement orienté vers la citoyenneté et l'égalité de traitement : tous les élèves doivent posséder et maîtriser un certain nombre de connaissances, compétences, valeurs et attitudes communes (Ministère de l'Éducation nationale, 2006). Au Québec, l'accent est mis plus fortement sur le développement de compétences individuelles des élèves. Afin de permettre aux élèves de s'insérer de façon harmonieuse dans

la société tout en s'appropriant et en approfondissant les savoirs et les valeurs qui la fondent, il importe de les former pour qu'ils soient en mesure de participer de façon constructive à l'évolution de celle-ci (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2006, p. 3).

Au Québec comme en France l'école est obligatoire dès l'âge de six ans. Si l'éducation à la santé est une préoccupation partagée, des différences organisationnelles peuvent influencer les pratiques. Par exemple, au Québec, le directeur est un chef d'établissement et peut prendre des décisions relevant d'une politique d'école. En France, le directeur d'école est un enseignant au même titre que tous les autres, avec une tâche de direction. Toutefois, quand l'école comporte plus de neuf classes, le directeur est dégagé des tâches d'enseignement.

En ce qui concerne le rôle de l'enseignant au Québec, l'évolution du métier a été fortement déterminée par la division du travail scolaire, ce qui a entraîné une différenciation des champs d'intervention des enseignants, une spécialisation de leurs domaines de compétences et une nouvelle répartition des contenus (Tardif et Lévesque, 2004). L'enseignant *généraliste* a la charge de plusieurs disciplines scolaires – le français, les mathématiques, l'univers social – et il demeure l'enseignant *référence* pour les élèves, du fait de sa présence quotidienne en classe; de leur côté, les *spécialistes* enseignent généralement une seule matière, la musique, l'éducation physique et à la santé, les arts plastiques, l'anglais, etc. En France, par contre, le professeur des écoles, enseignant régulier, est le responsable pédagogique de sa classe quelle que soit la situation éducative en cause (partenariat, co-enseignement, etc.).

En ce qui concerne l'organisation de l'institution scolaire, on retrouve en France les mêmes espaces formels de décision qu'au Québec, c'est-à-dire les conseils d'école, les comités de parents, les conseils de cycle, etc.

2.2 L'inclusion de l'éducation à la santé à l'école primaire au Québec et en France

En France comme au Québec, à la suite des changements importants qu'ont subis les systèmes éducatifs entre les années 1960 et 1980, la place de l'éducation à la santé a été redéfinie. Par la suite, le ministère de l'Éducation nationale en France, en 1998, ainsi que le ministère de l'Éducation au Québec, en 2001, lors de leurs réformes respectives, ont marqué leur volonté de développer fortement l'éducation à la santé dans le système scolaire en envoyant plusieurs circulaires qui incitaient les équipes éducatives à s'engager davantage dans cette démarche. La nouveauté de ces injonctions a été d'ancrer l'éducation à la santé dans et à travers plusieurs disciplines.

En France, la conception actuelle de l'éducation à la santé dans le système scolaire en fait une composante de l'éducation à la personne et du citoyen (Ministère de l'Éducation nationale, 1998), dans une perspective d'apprentissage de la liberté et du *vivre-ensemble* plutôt que d'intégration de préceptes normatifs.

Cette conception est d'abord légitimée par les missions même de l'école qui visent à donner aux individus les moyens de leur autonomie. À l'école primaire, les activités d'éducation à la santé peuvent être mises en œuvre dans une approche pluridisciplinaire susceptible d'inclure des dimensions physiologiques (en lien avec le travail de biologie sur le fonctionnement du corps), de connaissance de soi (en lien avec les activités physiques ou artistiques) ou encore de respect de soi et d'autrui, dans toutes les situations de la vie quotidienne ou dans le cadre d'approches plus spécifiques, comme des campagnes de prévention du tabagisme, des toxicomanies, des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (Jourdan, 2006).

Au Québec, à l'école primaire, l'éducation à la santé se situe à deux niveaux : 1) celui du domaine d'apprentissage *développement personnel* par le biais de l'éducation physique et à la santé, selon une compétence disciplinaire où l'enfant est amené à adopter un mode de vie sain et actif et 2) celui du domaine général de formation intitulé *santé et bien-être*, qui est sous la responsabilité de l'équipe-école. L'intention éducative de ce domaine général de formation à l'école primaire est d'amener l'élève à adopter une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001).

Bien que l'éducation à la santé soit incluse dans la prescription, force est de constater qu'en France comme au Québec, celle-ci ne trouve pas facilement sa place dans le paysage scolaire (Beaudoin, Rivard, Grenier et Caty, 2006; Do et Alluin, 2003; Mamecier, Boutet-Waiss, Naves, Ravary, Salle et Vienne, 2004; Michaud 2002 et Turcotte 2006).

En tenant compte de cette volonté commune de la France et du Québec d'ancrer l'éducation à la santé à l'école en référence à des injonctions que l'on peut considérer comme semblables, la question suivante se pose : *Quelles sont les similitudes et les différences des actions en éducation à la santé mises en œuvre dans les écoles françaises et québécoises?* En pointant des éléments de réponses à ces questions, la présente recherche permettra de faire avancer les connaissances, notamment sur la nature des actions menées en éducation à la santé. Les résultats contribueront à orienter les pratiques professionnelles des enseignants dans le champ, ainsi que la formation des enseignants en éducation à la santé.

3. Contexte théorique

Pour examiner de quelle manière l'éducation à la santé est intégrée à l'école primaire au Québec et en France, nous interrogerons d'abord la notion, puis nous analyserons sa mise en œuvre à travers le filtre comparatif des actions repérées.

3.1 La notion d'éducation à la santé en question

Dans les écrits de recherche sur le sujet, on observe la coexistence d'une large diversité d'acceptions de la notion d'éducation à la santé (Fortin, 2004; Gaudreau,

2000; Otis et Bizzoni-Prévieux, 2008; Otis et Grenier, 2010). De nombreux auteurs ont tenté de clarifier cette notion et d'en proposer des définitions.

Certains auteurs mettent l'accent sur l'adoption et la modification de comportement en matière de santé; par exemple, Green (1984) ainsi que Leselbaum et De Peretti (1997). La définition de Green (1984) a le mérite de mettre en relief la notion de choix volontaire dans l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires relatifs à la santé. Celle de Leselbaum et De Peretti insiste plutôt sur la prévention des risques par l'acquisition de connaissances dans le domaine. D'autres auteurs mettent davantage l'accent sur les processus d'apprentissage et l'identification d'un champ plus large de résultats sur le plan du développement de la personne, donnant ainsi à l'éducation à la santé une place plus adaptée à la mission de l'école à ce sujet. Castillo (1987) insiste sur le développement d'un savoir décliné en termes d'un savoir-être et d'un savoir-faire. Tones, Tilford et Robinson (1990) optent pour un apprentissage de la santé ou de la maladie grâce à des activités librement choisies. Coppé et Schoonbroodt (1992) pensent que l'éducation à la santé doit rendre l'individu capable de s'adapter à l'environnement, qu'il soit social ou physique. Quant à Mérini (2007, 2009), elle définit l'éducation à la santé du point de vue de l'école, à partir des pratiques effectives des enseignants, comme l'installation d'une série de rapports à l'autre, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir. L'objectif est d'amener l'élève à développer des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière de santé, ce qui rejoint le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979).

Pour la présente étude, nous retenons la définition de Mérini parce qu'elle permet, à l'inverse de toutes les autres, de qualifier les actions en éducation à la santé selon leur nature et leur complexité.

Dans la perspective de cette auteure, le rapport à l'autre caractérise l'ensemble des interactions de l'élève avec ses pairs et son environnement social; il est travaillé sous l'angle du rapport à la communauté scolaire, à la règle ou à la loi; le travail sur le code de vie à l'école en est un exemple. De son côté, le rapport à soi relève de la dimension individuelle; il vise à amener l'élève à prendre soin de lui, d'un point de vue sanitaire (tabagisme, pratique régulière d'activité physique), mais aussi dans la maîtrise de ses émotions. Ensuite, le rapport au milieu matériel et physique est travaillé tant dans une perspective de protection de l'environnement que dans l'embellissement ou l'organisation du milieu scolaire pour améliorer la qualité de la vie. Pour illustrer ce point, nous pouvons citer les jardins pédagogiques ou l'élaboration d'un parc-école. Enfin, la dimension temporelle est abordée par le biais du rapport au passé, dont le but est d'amener les élèves à identifier et à prendre en compte leur histoire ou l'histoire des peuples, et du rapport à l'avenir. Dans ce cas, il s'agit d'aider les élèves à se projeter dans la suite de leur *cursus*: passage de la maternelle au primaire ou bien vers le secondaire, réflexion sur leur projet de vie, etc.

3.2 Recension des écrits dans le champ de l'éducation à la santé à l'école primaire

L'intérêt de la recherche pour les pratiques en éducation à la santé des enseignants à l'école primaire au Québec et en France est relativement récent, et les travaux publiés, encore peu nombreux.

3.2.1 Au Québec

Au Québec, Michaud (2002) s'est intéressée, entre autres, à l'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire. Douze éducateurs physiques ont participé à l'étude à travers la réalisation d'entrevues semi-structurées. Les résultats de cette étude montrent que les éducateurs physiques sont favorables à l'idée de se voir confier le rôle d'éducateur à la santé, malgré plusieurs obstacles comme le manque de temps, la difficulté à développer des contenus et des activités d'apprentissage en lien avec la santé, la difficulté à créer des procédures d'évaluation, la rareté des outils et le manque de formation continue. Enfin, selon ces enseignants, le nouveau mandat qui leur est confié ne peut s'exercer de façon isolée, mais avec la collaboration de toute la communauté éducative.

En 2006, Turcotte a réalisé une étude de cas multiples, dont l'objectif général était de caractériser les pratiques pédagogiques d'éducation à la santé d'enseignants en éducation physique et à la santé au primaire, à partir de questionnaires et d'observations de séances enregistrées. Les résultats montrent qu'il existe une prééminence de la dimension comportementale dans les pratiques pédagogiques de ces enseignants. Aussi, les recherches de Turcotte (2006) permettent d'aboutir à la même conclusion que celles de Michaud (2002) : l'inclusion de l'éducation à la santé au programme d'éducation physique se fait par une seule dimension de la santé, la santé physique et un seul rapport, le rapport à soi. Suivent des exemples d'actions en éducation à la santé réalisés en éducation physique et à la santé qui étayaient la réflexion : la pratique régulière d'activités physiques, la connaissance de la structure et le fonctionnement du corps humain, l'alimentation et le contrôle du poids.

3.2.2 En France

En France, Cogérino, Marzin et Méchin (1998) se sont intéressées aux pratiques et aux représentations des enseignants d'éducation physique et sportive au collège (âge moyen : entre 11 et 15 ans). Dans un premier temps, ces chercheuses ont réalisé une étude qualitative exploratoire au moyen de réponses écrites individuelles à un questionnaire ; ces réponses montrent que *gérer sa vie physique* apparaît comme une gestion des activités physiques, et non comme une gestion de sa santé et de son bien-être. Dans un second temps, les mêmes chercheuses ont soumis un questionnaire écrit à des enseignants en Éducation physique et sportive sur leur sentiment d'efficacité en éducation à la santé. Selon les résultats, la

difficulté d'intégrer l'éducation à la santé dans le programme d'éducation physique s'expliquerait par une sorte d'incompatibilité entre la gestion de sa vie physique et l'objet d'enseignement que sont les activités physiques. Les chercheurs soulignent aussi que la prévention en matière de santé est une composante quasiment absente des priorités des enseignants d'éducation physique. Cogérino et ses collaboratrices (1998) concluent en affirmant que les pratiques des enseignants français correspondent à celles des éducateurs physiques américains : l'éducation à la santé est caractérisée par une prévalence de la santé physiologique au détriment des autres dimensions de l'éducation à la santé.

En 2002, Jourdan, Picc, Aublet-Cuvelier, Berger, Lejeune, Laquet-Riffaud, Geneix et Glanddier ont montré, à la suite d'une étude quantitative par questionnaire auprès de 673 enseignants du primaire, que la majorité d'entre eux déclarent pratiquer l'éducation à la santé. Leur approche s'avère essentiellement thématique, et consiste notamment à aborder les habitudes de vie comme l'alimentation, le sommeil, la sexualité, etc. ; de plus, elle se révèle limitée à des séquences pédagogiques.

Enfin, Berger, Riffaud et Jourdan (2007) ont interrogé 28 enseignants d'une même circonscription et collecté les traces écrites de pratiques de classe en éducation à la santé. Leurs résultats montrent que les questions de santé sont très largement abordées ; en particulier, par la prise de conscience de soi, la socialisation et le développement des compétences transversales dans les champs traditionnels de l'école élémentaire tels le français, les arts plastiques, les sciences de la vie, etc.

3.2.3 Synthèse des écrits sur les pratiques en éducation à la santé

Les recherches menées au Québec ont en commun d'éclairer l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école, par le biais des structures d'analyse de l'éducation physique, car une partie du programme de l'éducateur physique comprend l'éducation à la santé. Par ailleurs, cette inclusion se fait en privilégiant une seule dimension de la santé : la santé physique. En France, les résultats des trois recherches mentionnées montrent, là encore, que les enseignants, au primaire comme au secondaire, travaillent principalement la dimension physique de la santé à travers l'alimentation, l'hygiène corporelle et la pratique sécuritaire de l'activité physique. Seuls les résultats de la recherche menée par Berger et son équipe (2007) laissent entrevoir un travail en éducation à la santé à travers les dimensions personnelles et sociales. On peut penser que la méthodologie adoptée (analyse des écrits professionnels) puisse être une des causes de ce constat. En effet, la consigne donnée au directeur, en lien avec la collecte des écrits professionnels, était tout simplement de recueillir toutes traces ayant un rapport avec l'éducation à la santé. La façon de comprendre ce qu'est l'éducation par les directeurs nous explique la variété des traces collectées. Malgré leur pertinence, ces recherches, tant en France qu'au Québec, nous renseignent peu sur la nature et la complexité des actions en éducation à la santé réalisées dans les

milieux scolaires; encore moins sur leurs différences ou similitudes dans des contextes socioculturels et politiques différents.

L'originalité de notre recherche est de porter un regard différent sur l'analyse des pratiques en éducation à la santé: 1) en examinant ces actions à travers la définition de Mérini (2007), ainsi que celle de Mérini, Victor et Jourdan (2009), qui permet d'en caractériser la nature et le niveau de complexité; 2) en s'appuyant sur des traces de pratiques explicites, plutôt que sur des pratiques observées à partir des grilles du chercheur, ou des pratiques déclarées. La méthodologie semble jouer un rôle important dans la lecture des pratiques, et nous faisons le choix d'une méthodologie inédite, qui utilise l'analyse des écrits professionnels, initiée par Berger et son équipe (2007). Nous affirmons que cette méthodologie est inédite parce qu'elle est très peu utilisée, dans la mesure où elle demande, de la part du chercheur, beaucoup de temps pour remplir le tableau à double indexation servant à l'analyse des actions en éducation à la santé.

3.3 Objectifs spécifiques

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons tenté de décrire et d'analyser les actions mises en œuvre en éducation à la santé à l'école primaire au Québec et en France, au moyen d'une comparaison selon les points suivants: 1) la nature des actions mises en place en matière d'éducation à la santé à l'école primaire; 2) la combinaison des rapports travaillés dans une même action; 3) la complexité des actions (action indépendante ou actions interdépendantes) et 4) le champ d'inscription des actions dans la promotion d'un mode de vie actif ou sous un autre thème de santé.

4. Méthodologie

L'approche de recherche privilégiée est une analyse comparée s'appuyant sur une logique qualitative, descriptive et interprétative. Notre démarche méthodologique repose sur l'étude de cas multiples que Merriam (1988) définit en référence à quatre caractéristiques principales: 1) *particulariste*, car l'objet de l'étude est un système restreint: c'est le cas en soi qui est important; 2) *descriptive*, puisque le résultat final est une description détaillée comportant néanmoins des éléments d'interprétation; 3) *heuristique*, en ce sens qu'elle améliore la compréhension du cas étudié et permet l'émergence de nouvelles interactions, de nouvelles variables, ce qui peut mener à une redéfinition du phénomène et enfin 4) *inductive*, ce qui veut dire que l'étude de cas dépend en grande partie du raisonnement du chercheur.

4.1 La sélection des écoles

Les 12 écoles primaires incluses dans l'étude ont été sélectionnées dans deux regroupements scolaires: six au sein d'une *commission scolaire* de la région de la Montérégie au Québec et six dans une *circonscription* de l'Éducation nationale, de la région Auvergne, en France.

Dans le but d'éviter que les différences observées ne soient d'abord liées à des caractéristiques différentes des écoles, celles-ci ont été sélectionnées de façon à obtenir des groupes les plus comparables possibles. Il importe de préciser ici que les systèmes scolaires sont enracinés dans des cultures et des histoires qui les ont façonnés au fil du temps, si bien qu'il n'est pas possible d'obtenir des groupes strictement identiques; par exemple, la taille moyenne des écoles québécoises est très supérieure à celle des écoles françaises, dont certaines ont seulement une ou deux classes, les indices de défavorisation, généralisés au Québec, n'existant pas en France). Du fait de l'absence de lien entre la taille des écoles et l'indice de défavorisation, nous ne retrouvons pas de groupes homogènes. Cependant, nos critères nous ont permis de construire un corpus équilibré et commun entre la France et le Québec en vue de la comparaison. Pour cette raison, un lourd travail de construction raisonnée de l'échantillon a été nécessaire.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants: 1) le contexte géographique (rural, semi-urbain ou urbain sur la base des indicateurs sociologiques disponibles auprès de l'Institut national de la statistique en France et de Statistique Québec); 2) la taille de l'école (petite, moyenne ou grande, selon le nombre de classes dans l'école, en référence aux contextes locaux: au Québec, une petite école compte de 3 à 6 classes, contre 2 à 4 classes pour la France; une école moyenne comprend de 7 à 12 classes au Québec, contre 5 à 7 classes en France; le terme de *grande* est attribué aux établissements de 13 à 18 classes pour le Québec, contre 8 à 11 pour la France); 3) le contexte socio-économique: favorisé, moyen ou défavorisé, selon l'indice de défavorisation émis par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport au Québec; en France, cet indice n'existant pas, la profession des parents et leur statut d'emploi ont été pris en compte de façon à créer un indice comparable. Ont ainsi été obtenues six paires d'écoles identifiées Q1 à Q6 pour le Québec, et F1 à F6 pour la France. Le tableau 1 présente les caractéristiques des écoles incluses dans l'étude. Outre la recherche de l'homogénéité dans les paires, l'échantillon a été construit dans le but d'offrir une large diversité de contextes scolaires.

Tableau 1
Regroupement des écoles québécoises et françaises selon trois variables contextuelles

Québec*	France*	Contexte géographique	Taille de l'école	Contexte socio-économique
Q1	F1	Rural	Petite	Défavorisé
Q2	F2	Urbain	Grande	Défavorisé
Q3	F3	Rural	Petite	Défavorisé (Q)/Moyen (F)
Q4	F4	Rural	Grande	Moyen (Q)/Défavorisé (F)
Q5	F5	Semi-urbain	Moyenne	Moyen (Q)/Défavorisé (F)
Q6	F6	Rural	Petite (Q)/Moyenne (F)	Favorisé

* F représente l'échantillon français; * Q représente l'échantillon québécois

4.2 Instrumentation et déroulement

La collecte des données a été réalisée sur une période de deux ans, de septembre 2004 à juin 2006 en France et de septembre 2005 à juin 2007 au Québec, selon la méthodologie initiée par Berger et ses collaborateurs (2007), et développée par Mérini, Victor et Jourdan (2009). La phase initiale correspondait à une prise de contact avec les équipes d'écoles et à l'explicitation du protocole, de ses enjeux, contraintes et considérations éthiques. Durant la phase de collecte proprement dite, les directeurs des écoles participantes devaient recueillir, dans une pochette fournie à cet effet, tous les écrits professionnels ayant trait à l'éducation à la santé et produits à l'école pendant l'année. Ces écrits professionnels comportaient tant les comptes-rendus des divers conseils de cycles, de maîtres, d'établissement, que des lettres aux parents, des productions d'élèves ou l'énoncé des politiques de l'école. La pochette était récupérée à la fin de chaque année. Le fait que les équipes ne notifient pas tout ce qu'elles font rendait nécessaire que l'on étale le recueil de données sur des périodes suffisamment longues pour obtenir un portrait fiable de l'activité de l'école dans le domaine de l'éducation à la santé. Au cours de la phase finale, à l'issue des deux années, les principaux résultats de l'étude étaient communiqués aux écoles, qui recevaient une mallette pédagogique élaborée sur la base de l'expérience accumulée et se voyaient proposer une formation en éducation à la santé.

4.3 Méthode d'analyse des données

Dans chaque écrit, les actions en éducation à la santé ont été repérées puis codées à l'aide d'un code alphanumérique (O1, O2, ...). Mentionnons qu'ici, le *O* veut dire *Opération*, qui est une action. Les opérations que l'on nomme par la suite *actions* ont été identifiées dans les écrits professionnels. Une même action repérée dans différents écrits gardait son code d'origine au fil du temps. La liste des actions ainsi repérées, école par école, puis cas par cas, pour le Québec et la France, constituait la base de données. Par la suite, chaque action était analysée selon sa nature (le type de rapports travaillés : rapport à l'autre, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir) et selon ses champs d'inscription (promotion d'un mode de vie actif ou autres thématiques de santé). La codification et l'analyse des actions ont été réalisées dans un premier temps par deux observateurs indépendants l'un de l'autre; puis, ces deux observateurs se sont rencontrés, de manière à vérifier la concordance de leurs décisions. En cas de désaccord sur la codification ou l'analyse, une décision consensuelle était prise. Un troisième observateur a validé ces dernières décisions. Ensuite, deux autres variables ont été introduites : la première concerne la combinaison des rapports dans les actions en éducation à la santé et la seconde, la complexité des actions (uniques ou interdépendantes). Les comparaisons entre le Québec et la France ont donc été réalisées en fonction des huit variables suivantes : présence ou absence du rapport à l'autre (oui, non), à soi (oui, non), au milieu (oui, non), au passé (oui, non) et à l'avenir (oui, non); combinaison

de rapports (un seul rapport, plusieurs rapports); complexité des actions (simples, complexes); champ d'inscription (promotion d'un mode de vie actif; autres thématiques de santé).

Afin de comparer les données entre la France et le Québec en tenant compte des variations entre les 12 écoles, nous avons donc calculé des pourcentages pour chacune des écoles et pour chaque territoire concerné (Québec et France); par exemple, le nombre d'actions travaillant le rapport à soi sur le nombre total d'actions, et cela, pour chacun des huit indicateurs retenus. Par la suite, nous avons utilisé la statistique χ^2 , ajustée en fonction du plan d'échantillonnage, pour comparer les proportions des échantillons selon les deux strates ainsi formées et les 12 écoles retenues. Cette stratégie d'analyse a permis de résoudre le problème d'auto-corrélation entre les observations (Rao et Scott, 1981, 1984).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel *Stata version 11* (StataCorp, 2009). La statistique Khi-carré de Pearson non ajustée ainsi produite (χ^2 [dl=1]) a été corrigée en fonction du plan d'échantillonnage avec la correction de second ordre de Rao et Scott (1984) et convertie en statistique $F(1,10)$ (StataCorp, 2009). Étant donné le caractère exploratoire de cette recherche et la faible taille de l'échantillon, l'erreur d'ensemble a été fixée à 0,10. À cause du nombre de comparaisons impliquées, la correction de Bonferroni a été appliquée, situant le seuil de signification pour chaque test à 0,013. Rappelons que cette étude a une visée exploratoire et qu'elle ne cherche pas à inférer des causalités. En effet, les données chiffrées fournies permettent d'illustrer les résultats de l'analyse qualitative des traces écrites.

4.4 Considérations éthiques

Dans cette recherche, l'ensemble des considérations éthiques a été respecté. Dans un premier temps, la chargée de projet a informé le directeur d'école qui en a informé le conseil d'établissement ainsi que les enseignants, si bien que la décision de participer à la recherche a été prise de façon unanime par l'équipe-école. Quant aux écrits professionnels des enseignants qui refusaient de participer, ils n'ont pas été pris en compte. De plus, l'équipe de recherche a pris soin d'étiqueter chaque écrit professionnel pour une même école, puis de le rendre anonyme à la source. Tous les documents ont, par la suite, été revus de manière à ce qu'aucun nom de personnes ou de groupes ne puisse permettre l'identification de l'école.

La communication des principaux résultats de l'étude, au même titre que le fait de proposer un dispositif de formation aux acteurs, est une des dimensions éthiques complémentaires de notre protocole, les personnes concernées étant considérées comme des sujets engagés dans la recherche et non comme des objets d'étude.

5. Résultats

Un nombre plus important d'actions en éducation à la santé a été répertorié dans les écoles primaires du Québec comparativement à celles de la France (106 au Québec et 33 en France). Dans la section ci-dessous, dans un premier temps, nous rendrons compte de la nature des actions menées ; puis, nous décrirons comment se combinent les rapports à soi, à l'autre, au milieu, au passé et à l'avenir ; par la suite, nous illustrerons la complexité des actions menées ; enfin, nous montrerons comment s'inscrivent les actions en éducation à la santé, en lien avec la promotion d'un mode de vie actif ou en lien avec d'autres thématiques reliées à la santé.

5.1 La nature des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Rappelons que le premier objectif de cette étude est de rendre compte de la nature des actions en éducation à la santé réalisées à l'école primaire en France et au Québec en lien avec la définition de l'éducation à la santé de Mérini (2007, 2009). À titre illustratif, des exemples d'actions en éducation à la santé menées dans les écoles québécoises et françaises selon le type de rapports travaillés sont présentés au tableau 2. Il importe ici de préciser qu'au Québec et en France, la nature des actions ne semble pas varier de façon significative selon la taille de l'école, ni selon les contextes géographique et socio-économique.

Tableau 2

Exemples d'actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France selon le rapport travaillé

Types de rapports	Exemples d'actions en éducation à la santé
Rapport à l'autre	Compétition de corde à danser, travail autour des droits des enfants, jardin collectif, conseil de coopération, travail des codes de vie.
Rapport à soi	Carnet et passeport santé, yoga, contrôle bucco-dentaire, intervention tabac, programme ISO-ACTIF*, alimentation.
Rapport au milieu	Plantation arboretum, jardin collectif, classe verte, arbre aventure*, implantation d'un sentier d'interprétation.
Rapport au passé	Grands-parents lecture*, classe découverte sur thématique historique.
Rapport à l'avenir	Voyages de fin d'année marquant la fin du cycle primaire*, rencontre orienteur 6 ^e année*, visite des maternelles à l'école élémentaire*.

* Programme ISO-ACTIF : programme de promotion et d'intervention pour de saines habitudes de vie chez les jeunes du Québec, offert par le Réseau du sport-étudiant en lien avec la santé physique.

* Arbre aventure : activité de type *arbre en arbre* (hébertisme aérien), en lien avec la santé physique.

* Grands-parents lecture : des personnes âgées viennent à l'école maternelle et élémentaire faire la lecture aux élèves âgés entre 3 et 6 ans, en lien avec la santé sociale et affective.

* Voyages de fin d'année marquant la fin du cycle primaire, pour souligner le passage entre l'école primaire et le collège, en lien avec la santé psychologique.

* Rencontre orienteur 6^e année, pour apprivoiser le secondaire, en lien avec la santé émotionnelle, sociale.

* Visite des maternelles à l'école élémentaire, pour souligner le passage de la petite école à la grande école, en lien avec la santé psychologique.

Il est à noter que ce sont les écoles, quand elles nous ont fourni les écrits, qui ont identifié ces projets comme des projets en éducation à la santé, d'après les objectifs visés par ces projets.

Comparons à présent la nature des rapports travaillés au Québec et en France. Comme l'indique le tableau 3, il existe une différence significative entre la France et le Québec dans la proportion d'actions en lien avec le rapport à soi, les écoles du Québec le sollicitant davantage que celles de la France (99,1 % au Québec et 51,5 % en France, $p < 0,0001$). Le rapport au passé s'approche du seuil de signification, les écoles de la France semblant plus enclines à l'explorer que celles du Québec (0,9 % au Québec et 9,1 % en France, $p = 0,04$). Les autres types de rapports semblent tendre vers des proportions relativement similaires.

Tableau 3

Comparaison de la nature des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Types de rapports	Présence	Québec ($n = 106$)		France ($n = 33$)		$F(1,10)$	p
		n	%	n	%		
Rapport aux autres	oui	77	72,6	25	75,8	0,07	0,78
	non	29	27,4	8	24,2		
Rapport à soi	oui	105	99,1	17	51,5	52,81	0,0001
	non	1	0,9	16	48,5		
Rapport au milieu	oui	41	38,7	9	27,3	0,68	0,43
	non	65	61,3	24	72,7		
Rapport au passé	oui	1	0,9	3	9,1	7,37	0,02
	non	105	99,1	30	90,9		
Rapport à l'avenir	oui	4 ^b	3,8	3	9,1	0,71	0,42
	non	102	96,2	30	90,9		

a. Le pourcentage représente la proportion d'actions rattachées à un rapport sur le nombre total d'actions en France ou au Québec. Par exemple, au Québec, 77 actions traitaient du rapport aux autres sur un total de 106 actions analysées (72,6 %).

b. Les quatre actions en lien avec le rapport à l'avenir appartiennent à la même école.

Pour la présente étude, c'est dans les écoles du Québec que le rapport à soi est le plus travaillé (99,1 %), comparativement à tous les autres rapports. En France, les enseignants travaillent davantage le rapport aux autres (75,8 %) que les autres rapports. Le rapport au milieu (jardin collectif et classe découverte en France et réalisation d'un parc-école au Québec, par exemple) se classe, en France comme au Québec, au troisième rang en importance (38,7 % au Québec et 27,3 % en France). Quant aux rapports au passé et à l'avenir, qui constituent le rapport au temps, ils sont travaillés de façon marginale de part et d'autre, bien que la France semble avoir tendance à accorder plus d'importance au rapport au passé.

5.2 La combinaison des rapports en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Une même action en éducation à la santé peut faire appel à une combinaison de rapports. Par exemple, une école instaure la coopération entre une classe d'élèves de six ans et une classe d'élèves âgés de 11 ans, à travers la création d'un jardin pédagogique. Ce faisant, les enseignants travaillent à la fois le rapport à l'autre, avec la coopération intergénérationnelle, et le rapport au milieu, à travers le développement d'un jardin pédagogique. Comme l'indique le tableau 4, au Québec, la majorité des actions font appel à plus d'un rapport (93,4 %), alors qu'en France, moins de la moitié des actions combinent au moins deux rapports (42,4 %). Cette différence s'approche du seuil de signification par test fixé à 0,013 ($p = 0,04$), mais lui est tout de même supérieure.

Tableau 4

Comparaison entre la quantité des actions utilisant un seul rapport ou plusieurs en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

	Québec ($n = 106$)		France ($n = 33$)		$F(1,10)$	p
	n	%	n	%		
Actions utilisant un seul rapport	7	6,6	19	57,6		
Actions utilisant plus d'un rapport	99	93,4	14	42,4	5,64	0,04

Au Québec comme en France, les combinaisons de rapports les plus fréquentes sont, d'une part, les rapports à l'autre et à soi (55 % des actions combinées au Québec et 36 % des actions combinées en France) et, d'autre part, la triple combinaison des rapports à l'autre, à soi et au milieu (37 % des actions combinées au Québec et 29 % des actions combinées en France).

5.3 La complexité des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Par ailleurs, les données recueillies ont montré que l'action pouvait être simple, indépendante et se suffire à elle-même, ou qu'elle pouvait être complexe, c'est-à-dire que sous une même action *racine*, on retrouve d'autres actions généralement de plus petite envergure. Si l'on prend l'exemple de l'organisation du parc-école, on peut affirmer que cette action représente l'action *racine*, et que sous cette action, se rangent plusieurs actions de moins grande ampleur, à savoir l'implantation d'un arboretum, l'implantation d'un sentier d'interprétation et la création d'un mur d'escalade. Ces actions sont, en quelque sorte, constituées en système d'actions et interdépendantes (Crozier et Friedberg, 1977). La complexité de l'action se caractérise par la pluralité des opérations et leur mise en relation, ainsi que par la diversité des niveaux où se situe le travail.

Que ce soit en France ou au Québec, les actions simples sont majoritaires. Par contre, comme l'illustre le tableau 5, le Québec se distingue de la France sur ce point, puisqu'aucune des actions repérées en France ne semble se lier à une autre pour constituer un système, alors qu'on retrouve un certain nombre d'actions complexes au Québec. Cette différence n'est toutefois pas significative.

Tableau 5

Comparaison du degré de complexité des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Actions	Québec (n = 106)		France (n = 33)		F(1,10)	p
	n	%	n	%		
Simple	93	87,7	33	100,0	0,36	0,56
Complexes	13	12,3	0	0,0		

5.4 Le champ d'inscription des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Au Québec, les enseignants semblent avoir tendance à travailler l'éducation à la santé à travers le thème de la promotion d'un mode de vie actif, en lien avec l'activité physique, de façon plus importante qu'en France (45,3 % des actions au Québec contre 9,1 % en France, $p = 0,07$), mais cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil préétabli. Parmi les activités en lien avec l'activité physique, on trouve la promotion du vélo, une compétition de corde à danser, des olympiades, des rencontres sportives inter-écoles. En France, ce sont essentiellement des rencontres sportives : olympiades et rencontres inter-écoles.

Tableau 6

Comparaison du champ d'inscription des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Nature des activités	Québec (n = 106)		France (n = 33)		F(1,10)	p
	n	%	n	%		
En lien avec la promotion d'un mode de vie actif	48	45,3	3	9,1	4,15	0,07
En lien avec d'autres thématiques de santé	58	54,7	30	90,9		

6. Discussion des résultats

Rappelons que la méthodologie utilisée (analyse des écrits professionnels) présente l'inconvénient de ne rendre compte que d'une partie des pratiques en éducation à la santé. L'interprétation des résultats doit tenir compte de ce biais et rester prudente quant à leur portée.

Malgré ces limites, les résultats montrent quelques différences et plusieurs similitudes dans la nature, la complexité et les champs d'inscription des actions en éducation à la santé entre les écoles françaises et québécoises, qui peuvent s'expliquer par des facteurs institutionnels, politiques, culturels et socio-historiques.

Le nombre plus important d'actions repérées dans les écoles québécoises peut s'expliquer par des facteurs institutionnels et politiques, comme la présence d'un enseignant en éducation physique responsable d'une partie du volet santé et celle d'un directeur qui est un cadre administratif; ces deux acteurs, importants dans l'école québécoise, peuvent réellement impulser une politique éducative orientée vers la santé.

En ce qui concerne les facteurs culturels et socio-historiques, une analyse des résultats nous permet de relever quelques différences potentielles entre le Québec et la France, qui concernent : 1) la nature des rapports travaillés, 2) la façon dont ils sont combinés et 3) leur degré d'ouverture sur le champ social.

Au Québec, les écoles travaillent plus le rapport à soi, comme le préconise le *Programme de formation de l'école québécoise*, dans lequel on mentionne qu'il importe que l'élève développe en même temps les compétences qui lui permettront d'utiliser ses connaissances pour mieux comprendre le monde dans lequel il vit, pour construire son identité personnelle et pour interagir dans des situations variées (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2001). En France, la prégnance du rapport aux autres et la présence du rapport au passé semblent être assez typiques de l'école française, dans sa manière de penser la santé en relation avec la citoyenneté, phénomène qui pourrait être une conséquence historique de la construction de l'école républicaine au 19^e siècle comme lieu de constitution de la nation française. De plus, la mission première de l'école française est de faire partager aux élèves les valeurs de la République que l'on retrouve à travers la devise de la France : *Liberté, Égalité, Fraternité*. Cette spécificité de l'école républicaine française a été réaffirmée dans la récente loi d'orientation sur l'école (Ministère de l'Éducation nationale, 2005).

Pour le rapport au milieu, on peut aussi noter que, bien qu'il soit moins important, dans les actions en éducation à la santé, sa présence témoigne tout de même d'une préoccupation pour la santé environnementale et pour la création d'environnements favorables à la santé à l'école, aussi bien en France qu'au Québec.

En ce qui concerne une éventuelle combinaison plus importante des rapports en éducation à la santé au Québec, elle est peut-être due à la diversité des acteurs de la communauté éducative engagés à travers le domaine général de formation *santé et bien-être*, qui permet collectivement de construire des actions plus complexes. Cela pourrait traduire une plus grande ouverture de l'école québécoise et une meilleure prise en compte du contexte social; l'école québécoise serait donc moins *sanctuarisée* que l'école française, ce qui nous amène à une autre différence possible entre les écoles des deux pays.

En effet, la France semble majoritairement travailler l'éducation à la santé à travers des savoirs n'appartenant pas au domaine de l'éducation physique; cela peut s'expliquer en partie par l'absence d'un enseignant spécialiste en éducation physique au primaire. La situation s'inverse au Québec (Michaud 2002; Turcotte 2006), vraisemblablement en raison de la présence d'un éducateur physique. Autrement dit, l'attribution explicite d'une mission transversale aux éducateurs physiques et à la santé peut amener les autres enseignants à se *déresponsabiliser* de cette mission, en la déléguant à celui ou celle qui passe pour le spécialiste à leurs yeux. Face à cette réalité, nous retiendrons deux points : 1) la nécessité d'avoir une réflexion sur la nature de l'inscription de l'éducation à la santé dans le champ scolaire, et 2) la pertinence à introduire un spécialiste de l'éducation à la santé dans les écoles, ou tout au moins à repenser le rôle de celui-ci comme personne ressource auprès de ses collègues, et pas simplement comme intervenant direct.

7. Conclusion

La présente étude a mis en relief une approche innovante qui a permis d'examiner la nature des actions d'éducation à la santé sous un angle renouvelé, au regard des déclarations sur les pratiques. Nous avons pu en dégager une prise en compte dominante des rapports à soi et aux autres, une certaine complexité des actions et différentes combinaisons de rapports. L'analyse des écrits a probablement contribué à élaborer une vision plus proche des pratiques telles qu'elles sont mises en œuvre à l'école primaire, contrairement à ce que les recherches antérieures ont pu en laisser voir.

Cette étude contribue, d'une part, à l'ouverture d'un nouveau paradigme, celui de l'éducation à la santé à l'école, qui donne le primat à la question éducative plutôt qu'à celle de la prévention, habituellement soutenue par la santé publique. Ainsi, elle permet de reproblématiser (Martinand, 2000) la mise en œuvre de l'éducation à la santé à l'école, de l'examiner autrement qu'à travers les dimensions physique et sociale, comme cela s'est fait auparavant. Développer cet aspect pourrait être une piste de renouvellement de la lecture scientifique des pratiques des enseignants et de la formation en éducation à la santé. D'autre part, la comparaison entre la France et le Québec ouvre sur la réflexion à mener à propos de l'impact du contexte institutionnel et politique (la présence d'un éducateur physique et à la santé et le statut du directeur), mais aussi sur la prééminence des phénomènes culturels dans la mise en place d'actions en éducation à la santé à l'école.

L'émergence de ce nouveau champ mériterait une structuration plus approfondie et un *bornage* plus précis du paradigme; en ce sens, la recherche en éducation pourrait s'emparer du problème.

Rappelons, enfin, qu'il s'agit d'une étude de cas multiples. L'un des principes de ce type de recherche est la description détaillée d'un ou plusieurs cas et, de ce fait, les résultats obtenus restent difficilement généralisables. Un échantillon plus imposant et plus représentatif permettrait sans doute de valider les résultats à une

plus grande échelle et de mieux comprendre les interrelations entre les actions et leurs impacts potentiels, sur les pratiques enseignantes et les élèves.

ENGLISH TITLE • Health education in primary schools: a comparative approach of practices in Quebec and in France

SUMMARY • This article is focused on the nature, the complexity and the field of study in health education in primary schools in Quebec and in France. The results demonstrate that, in Quebec, the relationship to oneself is most developed while in France it is the relationship to the other. In Quebec, the actions to combine several relationships tend to be proportionally more numerous than in France as well as to participate in the promotion of an active lifestyle more than other themes in health education.

KEY WORDS • Health education, teachers' practice, primary school, comparative analysis, France-Quebec.

TÍTULO • La educación para la salud en la escuela primaria: enfoque comparativo de las prácticas en Quebec y en Francia

RESUMEN • Este estudio trata de la naturaleza, la complejidad y el campo en el cual se inscriben las acciones en educación para la salud, llevadas a cabo en la escuela primaria en Quebec y en Francia. Los resultados muestran que, en Quebec, se pone el énfasis sobre la relación a sí mismo, mientras que en Francia, resalta más la relación al otro. En Quebec, las acciones que apuntan a combinar varios tipos de relaciones y a fomentar un modo de vida activo en vez de otras temáticas de salud tienden a ser proporcionalmente más numerosas que en Francia.

PALABRAS CLAVES • educación para la salud, prácticas docentes, escuelas primarias, análisis comparado, Francia-Quebec.

Références

- Beaudoin, C., Rivard, M.-C., Grenier, J. et Caty, D. (2006). *Les enjeux de l'intégration de l'éducation à la santé à l'école primaire: l'apport de l'ÉPS au Québec, en Ontario et en France*. Présentation lors du colloque international de l'Association pour la recherche sur l'intervention en sport (ARIS). Besançon, France.
- Berger, D., Riffaud, A. et Jourdan, D. (2007). *Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé*. Actes du Congrès international *Actualité de la recherche en éducation et en formation* (ARÉF). Strasbourg, France: Association des enseignants et des chercheurs en sciences de l'éducation (AECSE); Association belge des chercheurs en éducation (ABC-Éduc) et Société suisse pour la recherche en éducation (SSRE).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human development. Experiment by nature and design*. Boston, Massachusetts: Harvard University Press.
- Castillo, F. (1987). *Le chemin des écoliers ou l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Cogérino, G., Marzin, P. et Méchin, N. (1998). Pratiques et représentations chez les enseignants en éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et formation*, 28, 9-28.

- Coppé, M. et Schoonbroodt, C. (1992). *Guide pratique d'éducation pour la santé*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Crozier M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris, France : Éditions du Seuil, collection Points Essais.
- Do, C.-L. et Alluin, F. (2003). *L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège en 2001-2002, note d'information D3*. Direction de la programmation et du développement, Paris, France : Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative.
- Fortin, J. (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. Dans D. Jourdan et M. Tubiana (Dir.) : *La formation des acteurs en éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse, France : Éditions universitaires du Sud.
- Gaudreau, L. (2000). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. Dans C. Garnier et M.-L. Rouquette (Dir.) : *Représentations sociales et éducation*. Montréal, Québec : Éditions Nouvelles.
- Green, J. (1984). Health education model. Dans J. Matarazzo, S., Weiss, J. Herd et N., Miller (Dir.) : *Behavioral Health*. New York, New-Jersey : John Wiley and Sons.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis, France : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), collection Santé en action.
- Jourdan, D. (2006). *Quelle éducation à la santé en milieu scolaire en France ?* Communication présentée lors de la semaine *Éducation à la santé*. Montréal, Québec : Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé de l'Université du Québec à Montréal.
- Jourdan, D., Picé, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.-L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. et Glanddier, P.-Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants au primaire. *Santé Publique* 4(14), 403-423.
- Leselbaum, N. et De Peretti, C. (1997). L'éducation à la santé en milieu scolaire : quelles approches des conduites addictives ? *Toxibase*, (1), 1-21.
- Mamecier, A., Boutet-Waiss, F., Naves, P., Ravary, Y., Salle, J. et Vienne, P. (2004). *Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Inspection générale des affaires sociales, France : Inspection générale de l'éducation nationale.
- Martinand, J.-L. (2000). Production, circulation et reproblématisation des savoirs. Conférence de clôture du colloque *Les pratiques de l'enseignement supérieur*. Université de Toulouse-Le Mirail, Toulouse, France : Association des chercheurs et enseignants en sciences de l'éducation (AECSE) et Centre de Recherches en Éducation, Formation et Insertion (CREFI).
- Mérini, C., Victor, P. et Jourdan, D. (2009). *Analyse des dynamiques collectives de travail des écoles impliquées dans le dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école »*. Clermont-Ferrand, France : Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) d'Auvergne, Inspection académique (IA) du Puy-de-Dôme.
- Mérini, C. (2007). *L'éducation à la santé en milieu scolaire en France*. Communication présentée au 1^{er} congrès de la Chaire en éducation à la santé du Canada. Montréal, Québec.

- Merriam, S. B. (1988). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, Californie: Jossey-Bass.
- Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval, Sainte-Foy, Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2006). *Le programme de formation de l'école québécoise: Éducation préscolaire et enseignement primaire*, Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation nationale (1998). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. *Bulletin officiel de l'éducation nationale*, (45).
- Ministère de l'Éducation nationale (2005). *Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école, n° 2005-380*, 23 avril 2005. Paris, France: Gouvernement français.
- Ministère de l'Éducation nationale (2006). *Le socle commun des connaissances et des compétences. Loi d'orientation de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005*. Paris, France: Gouvernement français.
- Ministère de l'Éducation nationale (2007). *Santé scolaire: une mission d'éducation*. Paris, France: Gouvernement français.
- Otis, J. et Bizzoni-Prévieux, C. (2008). *Le modèle d'inclusion de l'éducation à la santé à l'école au Québec: Défis pour la formation et les pratiques enseignantes et enseignants*. Communication présentée lors du 2^e Colloque National sur la Formation des enseignants en éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Paris, France.
- Otis, J. et Grenier, J. (2010). L'éducation à l'école: bilan, défis et perspectives d'avenir. Dans J. Grenier, J. Otis et G. Harvey (Dir.): *Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Montréal, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Pommier J. et Jourdan D. (2007). *La santé à l'école dans les pays européens*. Paris, France: Éditions Sudel.
- Rao, J.N.K. et Scott, A.J. (1981). The analysis of categorical data from complex sample surveys: chi-squared tests for goodness of fit and independence in two-way tables. *Journal of the American statistical association*, 76, 221-230.
- Rao, J. N. K. et Scott, A. J. (1984). On Chi-square tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *The Annals of statistics*, 12, 46-60.
- StataCorp. (2009). *Stata Statistical Software: Release 11*. College Station, Texas: StataCorp LP.
- St Léger, L. (1999). Health promotion in schools. Dans *A report for the European Commission by the international union for health promotion and education. The evidence of health promotion effectiveness-shaping public health in a new Europe*. Brussels, Belgium: European Union.
- Tardif, M. et Levasseur, L. (2004). L'irruption du travail collectif dans le travail enseignant. Dans J.-F. Marcel (Dir.): *Les pratiques enseignantes hors de la classe*. Paris, France: L'Harmattan.
- Tones, K., Tilford, S. et Robinson, Y. (1990). *Health education: effectiveness and efficiency*. London, Great Britain: Chapman and Hall.

Turcotte, S., Gaudreau, L. et Otis, J. (2007). Les objets d'enseignement-apprentissage : éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. *Revue STAPS*, 75, 115-129.

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

Correspondance

caroline.bizzoni-previeux@uqtr.ca
otis.joanne@uqam.ca
corinne.merini@free.fr
grenier.johanne@uqam.ca
didier.jourdan@univ-bpclermont.fr

Contribution des auteurs

Caroline Bizzoni-Prévieux: 70 %
Joanne Otis: 10 %
Corinne Mérini: 10 %
Johanne Grenier: 5 %
Didier Jourdan: 5 %

Ce texte a été révisé par Caroline De Launay

Texte reçu le: 13 juin 2009

Version finale reçue le: 20 octobre 2010

Accepté le: 9 mars 2011