UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

En association avec

UNIVERSITÉ BLAISE PASCAL (CLERMONT –FERRAND)

LES PARTENARIATS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE PRIMAIRE : ANALYSE COMPARÉE ENTRE LE QUÉBEC ET LA FRANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN EDUCATION

PAR

CAROLINE BIZZONI-PRÉVIEUX

MARS 2011

À ma mère

REMERCIEMENTS

Je remercie ma directrice de recherche, madame Johanne Grenier, Professeure au département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal pour son ouverture d'esprit face aux idées non conventionnelles, ses efforts de compréhension et son soutien durant ces cinq années «doctorales».

Je remercie mon co-directeur de recherche, Monsieur Didier Jourdan, Professeur à l'Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand (France) et Directeur de l'équipe «éducation à la santé en milieu scolaire» du laboratoire PAEDI. Merci aussi de m'avoir offert l'opportunité de vivre une collaboration France-Québec. Merci aussi pour son soutien moral et financier durant mes différentes visites à Clermont-Ferrand dans le cadre de la co-tutelle.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à madame Corinne Mérini, Enseignant-Chercheur et membre du laboratoire PAEDI à Clermont-Ferrand pour avoir accepté ce défi, de m'avoir accompagnée et soutenue durant toutes ces années, contre vents et marées, ici et là. Merci pour les idées partagées, les discussions de fond, les conseils, l'écoute. Je me rends compte de la chance que j'ai eue de la rencontrer en 2004.

J'adresse aussi mes remerciements à madame Joanne Otis, titulaire de la Chaire de Recherche du Canada en Éducation à la Santé de l'Université du Québec à Montréal. Avec gentillesse et discrétion, à un moment crucial durant mon cheminement, elle a su me redonner confiance et me permettre d'aller de l'avant grâce à ses conseils, son appui et sa confiance.

Je remercie également tous les membres du groupe des dynamiques collectives de travail à l'IUFM d'Auvergne à Clermont-Ferrand. Dès mon arrivée, je me suis sentie

accueillie, encadrée et soutenue. C’est grâce à vous que j’ai appris ce que voulait dire travailler en partenariat.

Merci aussi à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont posé leur pierre à mon édifice. C’est grâce en partie à vous que je suis là où je suis aujourd’hui.

Enfin, je remercie ma mère et ma tante sans qui cette aventure n’aurait pas été possible. Les appels du dimanche, les discussions lors de mes visites en France, vos silences m’ont permis de toujours garder espoir et de croire en moi, Même dans les moments difficiles, vous avez cru en moi et m’avez poussé à ne jamais abandonner.

Avant de conclure, je voudrais avoir une pensée pour celles et ceux qui sont partis trop vite pendant cette aventure et qui me manquent.

Merci à tous d’avoir cru en moi!

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS iii

LISTE DES FIGURES viii

LISTE DES TABLEAUX ix

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES x

RÉSUMÉ xii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I 5
PROBLÉMATIQUE 5

1.1 Vers une compréhension de la notion éducation à la santé 5

1.2 Légitimité de l'éducation à la santé à l'école : D'hier à aujourd'hui 9

1.3 Place de l'éducation à la santé à l'école : comparaison partielle en ce qui a trait aux contextes et programmes au Québec et en France 14

1.3.1 Contextes d'enseignement de l'éducation à la santé au Québec et en France 15

1.3.2 La place de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires au Québec et en France 20

1.4 L'éducation à la santé : des activités spécifiques qui demandent l'ouverture de la classe et de l'école 24

1.4.1 L'éducation à la santé : un objet particulier dans le champ scolaire 25

1.4.2 L'éducation à la santé : un modèle d'analyse des pratiques enseignantes? 27

1.5 Recension des écrits 30

1.5.1 L'éducation à la santé à l'école 30

1.5.2 Le partenariat en matière de santé 34

1.5.3 Les pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la santé à l'école primaire 35

CHAPITRE II 40
CADRE THÉORIQUE 40

2.1 Définition du partenariat 41

1.1.1 La typologie de Landry 45
1.1.2 La typologie de Lesain-Delabarre 46
1.1.3 La typologie de Mérini 49
2.2 Objectifs de recherche 60

CHAPITRE III 61
MÉTHODOLOGIE 61

3.1 Présentation de la méthode de recherche 61

3.2 L'échantillon 63

3.3 La stratégie de collecte de données 70

3.4 La stratégie d'analyse de données 72

3.4.1 L'indexation des écrits professionnels 73
3.4.2 Les natures des actions en éducation à la santé 82
3.4.3 Les ressources mobilisées : les vecteurs « origines » et « bailleurs » 83
3.4.4 Les critères d'une action partenariale 84
3.4.5 Le repérage du type de Réseau d'Ouverture et de Collaboration 86
3.4.6 La comparaison 88
3.5 Les limites méthodologiques 89

CHAPITRE IV 91
RÉSULTATS 91
ARTICLE 1 91
ARTICLE 2 128
CHAPITRE V 165
DISCUSSION ET CONCLUSION 165

5.1 Analyse générale des résultats 165

5.1.1 La nature des actions en éducation à la santé 166

5.1.2 Les logiques partenariales à travers les Réseaux d'Ouverture et de Collaboration 170

5.2 La discussion 172

5.3 La conclusion 178

5.4 Pistes de recherches futures 183

RÉFÉRENCES 185

APPENDICES 179

APPENDICE A 197

TABLEAU D'INDEXATIONS DES ÉCRITS PROFESSIONNELS COMPLÉTÉ: LE CAS DU SITE QC6 197

APPENDICE B 206

TABLEAU DE CODIFICATION DES ACTIONS (RAPPORTS, VECTEURS ET ROC: LE CAS DU SITE QC 6 206

APPENDICE C 208

TABLEAU ILLUSTRANT LES ACTIONS DU SITE QC6 : CRITÈRES D'UN PARTENARIAT ET TYPE DE ROC 208

APPENDICE D 211

DONNÉES SOURCES DES RÉSULTATS DE L'ARTICLE 2 211

APPENDICE E 215

DONNÉES SOURCES DES RÉSULTATS PRÉSENTÉS DANS LA DISCUSSION-CONCLUSION 215

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le système des pratiques professionnelles des enseignants du primaire (Marcel, 2002) 28

Figure 2: Réseau notionnel sur le partenariat 43

Figure 3: Modélisation du partenariat selon Lesain-Delabarre (1999) 47

Figure 4: Modélisation de l'application théorique du partenariat de Mérini (1999, 2006), publiée sous cette forme (Bizzoni-Prévieux et Mérini, 2009) 57

Figure 5: Répartition des écoles françaises et québécoises selon les trois critères de catégorisation (contexte environnemental, taille de l'école et indice de défavorisation) 67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les contextes scolaires au Québec et en France 17

Tableau 2: Le type de vecteur et sa caractérisation..... 37

Tableau 3: Les critères de caractérisation des réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC)..... 51

Tableau 4: Les différents principes d'une action partenariale et leur illustration 54

Tableau 5: Critères de détermination du contexte environnemental..... 64

Tableau 6: Critères de détermination de la taille de l'école 65

Tableau 7: Critères de détermination de l'indice de défavorisation 66

Tableau 8: Les six paires d'écoles franco-québécoises 69

Tableau 9: Les six paires d'écoles avec le nouveau code..... 70

Tableau 10: Tableau servant à l'indexation des écrits professionnels et des actions en éducation à la santé 75

Tableau 11: La mise en relation des actions en éducation à la santé: la nature et les logiques partenariales..... 216

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AMVEE : Apprendre à Mieux Vivre Ensemble à l'École

AP : Activité physique

CLSC : Centre Local de Services Communautaires

COM : Commission scolaire

DGF: Domaine Général de Formation

DIR : Direction

EL : Élèves

EP : Éducateur Physique

ÉPS : Éducation Physique et à la Santé (Québec)

EPS : Éducation Physique et Sportive (France)

ÉS : Éducation à la Santé

FAM : Famille

FQSE : Fédération Québécoise du Sport Étudiant

IEN : Inspection de l'Éducation nationale

IEX : Intervenants extérieurs

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MELS : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (Québec) (Depuis 2005)

MEN: Ministère de l'Éducation nationale (France)

MEPSE : Mois de l'éducation physique et du sport étudiant

MEQ: Ministère de l'Éducation du Québec

MO : Maître Ordinaire = Enseignant

O : Opération = Action en éducation à la santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAEDI : Processus et Actions des Enseignants : Déterminants et Impacts

PAR : Parents

ROC : Réseau d'Ouverture et de Collaboration

SPPEP: Système des Pratiques Professionnelles des Enseignants du Primaire

SVT : Science de la Vie et de la Terre

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ

Au Québec et en France, la santé à l'école est souvent vue à travers le filtre de la promotion de la santé et des grandes campagnes de la Santé publique relayées par la santé scolaire avec notamment des évaluations de programmes et des analyses inter organisationnelles (Weiner et al, 1988; Jourdan et al, 1998; Carlson et al, 2008 et Kreulen et al, 2009).

Depuis quelques années, les textes officiels (le programme de formation de l'école québécoise au Québec (2001) et le socle commun des connaissances en France (1998) invitent les enseignants à aborder l'éducation à la santé de manière globale et systémique et à l'inscrire au plus près des apprentissages. Bien que l'éducation à la santé fasse explicitement partie du curriculum scolaire, celle-ci trouve difficilement sa place à l'école. Elle ne prend, en effet, pas la configuration d'une discipline et peut concerner différents champs scolaires (Éducation physique, Sciences de la vie et de la terre, mais aussi maîtrise du langage, prévention, développement durable etc.). Répondre à ces injonctions, suppose d'une part que les enseignants s'approprient l'objet et, d'autre part une ouverture de la classe en interne et de l'école vers son milieu.

Pour cette recherche qualitative et comparative, nous nous sommes intéressés, dans un premier temps, à repérer la nature des actions collectives en éducation à la santé mises en place dans des écoles primaires au Québec (n=6) et en France (n=6), dans un deuxième temps, à analyser les différents types de partenariat et enfin, dans un troisième temps, à mettre en relation la nature des actions en éducation à la santé et les type de réseaux.

Le cadre d'analyse du partenariat est celui de Mérini (1999, 2006) qui définit le partenariat comme «le minium d'action commune négociée visant à résoudre un problème ou une problématique reconnue comme commune».

Le corpus est constitué à partir des écrits professionnels (compte-rendu de réunion, production d'élèves, projet d'école, etc.) recueillis sur deux années et d'entretiens semi-dirigés. Pour notre analyse, seuls les écrits professionnels ont été pris en considération.

Dans un premier temps, nous avons décrit et analysé la nature des actions en éducation à la santé d'une part, sous l'angle de la définition de Mérini (2007, 2009) à savoir que «l'éducation à la santé, à l'école, peut se concevoir comme l'installation d'une série de rapports à soi, aux autres, au milieu, au passé et à l'avenir dans le but d'amener l'élève par des opinions raisonnées à faire des choix éclairés en matière de santé» et d'autre part, au travers des pratiques des enseignants.

Les résultats démontrent 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 semblent plus complexes qu'en France et combinent souvent plus d'un rapport. Enfin, au Québec, davantage d'actions en éducation à la santé s'inscrivent dans la promotion d'un mode de vie actif.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés aux logiques partenariales qui sous-tendent les actions en éducation à la santé sous l'angle des réseaux d'ouverture et de collaboration et des ressources utilisés pour mettre en place et développer ces actions. Les résultats démontrent que l'école trouve ses ressources en interne et que le réseau de type 2 dont l'enjeu est la formation des élèves est le plus fréquent. En France, les actions sont souvent sous-traitées car les enseignants considèrent les spécialistes plus compétents. Les intervenants extérieurs sont différents : en France, on retrouve surtout des «préventologues» tandis qu'au Québec, ce sont des parents ou des associations qui s'engagent dans les actions aux côtés des enseignants.

Dans un troisième et dernier temps, nous avons vu que nous pouvions mettre en relation la nature des actions avec le type de partenariat à l'œuvre. Les premiers résultats montrent qu'au Québec comme en France, pour travailler l'éducation à la santé de façon globale et systémique et prendre en compte la complexité de l'éducation à la santé, les équipes organisent leurs actions en réseau de type 3.

A l'aune de ces résultats, il apparaît donc essentiel d'offrir des formations conjointes qui permettent de vivre une expérience de la différence et le développement de phénomènes de type interculturel touchant toutes les dimensions de la santé (sociale, physique, environnementale, etc.) et par le fait même l'ensemble des rapports constitutifs d'une éducation à la santé et le travail collectif.

Enfin, on peut envisager de nouvelles pistes de recherche autour du repérage et de la mesure des impacts des pratiques collectives en éducation à la santé sur les élèves, mais aussi sur l'évolution du travail enseignant. Le travail a aussi montré la nécessité pour la recherche, comme pour la formation, de s'interroger sur les habiletés à développer pour mener à bien une collaboration, et sur la spécificité des rôles de chacun dans le collectif.

INTRODUCTION

En France comme au Québec, la littérature scientifique pointe l'existence de pratiques scolaires ayant trait à l'éducation à la santé. Dans le même temps, les instances gouvernementales québécoises et françaises font la promotion d'un développement de l'éducation à la santé et poussent les enseignants à inscrire dans le curriculum des élèves des activités telles que les éducations à l'environnement, à la santé, à la citoyenneté et à les mettre en relation.

Dès la fin des années 1880, on trouve des traces de la mise en place de l'éducation à la santé à l'école. A cette date, elle servait le plus souvent à des campagnes de prévention de la Santé publique et marquait le niveau d'engagement des gouvernements contre des fléaux tels que la tuberculose, la variole, la toxicomanie, la violence, etc.

Aujourd'hui, si on retrouve encore ce type de logique dans les mises en œuvre de l'éducation à la santé à l'école, il faut pointer que cette dernière est mise en relation avec des préoccupations plus pédagogiques comme le développement de l'élève, la réussite de l'élève. En effet, au niveau de la réglementation des activités scolaires, le programme de formation de l'école québécoise (MEQ, 2001) et le socle commun des connaissances et des compétences en France (MEN, 2006) inscrivent l'éducation à la

santé dans ce qu'il est convenu d'identifier comme des domaines transversaux d'apprentissage. Ces domaines renvoient à des situations de vie qui introduisent des problématiques nouvelles pour la communauté scolaire [1] et qui interpellent l'enseignant et toute la communauté éducative.

Le cadre règlementaire de l'éducation à la santé qui préside à la mise en œuvre des pratiques se trouve être double : d'une part, la réglementation qui organise le programme des activités scolaires, en tant que prescription primaire, comme nous venons de l'évoquer; et, d'autre part, celle qui organise la formation des enseignants, en tant que prescription secondaire (Goigoux, 2007). En ce sens, il faut prendre aussi en considération le cadrage de la formation des enseignants pour interroger les pratiques.

Au niveau de la formation des enseignants, le référentiel de compétences professionnelles de la profession enseignante pour le Québec (2001) et le référentiel des compétences professionnelles des enseignants pour la France (2006) incitent les futurs enseignants à diversifier leurs pratiques afin de mieux répondre aux besoins des élèves. Dans ces référentiels, on retrouve deux compétences au Québec[2] et une en

[1] Les domaines généraux de formation et les compétences transversales au Québec (MEQ, 2001; 2003) et les piliers notamment les 5, 6 et 7 du socle commun des connaissances et des compétences en France (MEN, 2006).

[2] Au Québec, la compétence 9 : «Coopérer avec l'équipe-école, les parents, les différents partenaires sociaux et les élèves en vue de l'atteinte des objectifs éducatifs de l'école» et la compétence 10 : «Travailler de concert avec les membres de l'équipe pédagogique à la réalisation des tâches permettant le développement et l'évaluation des compétences visées dans le programme de formation, et ce, en fonction des élèves concernés».

France[3] liées au travail en coopération avec la communauté éducative (Deslandes et Bertrand (2001)[4].

Pour autant, cet encouragement voire ces injonctions des textes officiels [5] à développer l'éducation à la santé et le travail collectif ne semblent pas être intégrées de la même façon dans les milieux scolaires québécois et français.

Dans ce contexte, cette recherche soulève le double défi auquel l'école est confrontée : d'une part, l'appropriation d'un domaine relativement récent de compétences, celui de l'éducation à la santé et d'autre part le développement de pratiques enseignantes autres que les pratiques d'enseignement le plus souvent situées dans la classe.

De fait, la recherche s'inscrit dans une analyse comparée aux confins de deux domaines de recherche distincts : celui de l'éducation à la santé et celui des partenariats qu'elle suscite. Elle apporte une contribution originale au domaine des

---

[3] En France, La compétence 9 : «Travailler en équipe et coopérer avec les parents et les partenaires de l'école».

[4] Communauté éducative : « Regroupement de partenaires qui se sentent concernés par la réussite et le développement du plein potentiel, qui partagent une vision et des valeurs communes, et qui, dans leurs réalisations interpersonnelles, manifestent de la bienveillance, de la chaleur et du soutien à l'égard des autres membres de la même communauté» (p.4).

[5] Le cahier des charges des IUFM (Institut Universitaire de Formation des Maîtres) pour la France et le référentiel de compétences professionnelles de la profession enseignante au Québec

sciences de l'éducation puisqu'elle jette un regard neuf sur les partenariats en éducation à la santé à l'école qui, jusque-là, a, très peu, voire pas du tout été étudiés.

Dans le chapitre suivant, nous explorerons la notion d'éducation à la santé, la légitimité de sa présence et sa place à l'école. Ce chapitre se terminera par une recension des écrits autour des axes fondateurs du travail : l'éducation à la santé et le partenariat.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

1.1 Vers une compréhension de la notion éducation à la santé

Dans la littérature scientifique, 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). Certaines situent l'objet dans le champ de la santé, et d'autres dans celui de l'éducation.

Pour Green (1984), Leselbaum et De Peretti (1997), l'éducation à la santé est une des cinq stratégies de la promotion de la santé[6]. L'idée de la promotion de la santé à l'école renvoie à une lecture de l'objet plus orientée vers les logiques de la Santé publique. De fait, ces auteurs tendent à mettre l'accent sur la modification de comportements en matière de santé. La définition de Green[7] (1984) a le mérite de mettre en relief l'idée de choix volontaire dans l'adoption et le maintien de

[6] « Les cinq stratégies sont présentées dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : vers une nouvelle santé publique. 17-21 novembre 1986. Ottawa, Ontario, Canada. Organisation Mondiale de la Santé. (1986).

[7] « Toutes combinaisons de méthodes d'apprentissage destinées à faciliter l'adoption volontaire de comportements conduisant à la santé ». (Green, 1984)

comportements sécuritaires en matière de santé. Celle de Leselbaum et De Peretti[8] pointe plutôt la prévention des risques par l'acquisition de connaissances en matière de santé et de bien-être.

Ces définitions sont issues, pour la plupart, du domaine de la Santé publique et trouvent difficilement leur place dans le champ de l'éducation. Celles qui suivent sont clairement ancrées dans le monde scolaire.

En effet, d'autres auteurs mettent plutôt les processus d'apprentissage en avant et attendent des 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. Castillo[9] (1984) insiste sur le développement d'un savoir décliné en termes de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être en matière de santé. Tones, Tilford et Robinson[10] (1990) optent pour un apprentissage de la santé ou de la maladie grâce à des activités librement choisies.

---

[8] « L'ensemble des actions de partage du savoir, de l'accès à l'information qui permettent à chacun de prendre connaissance des risques qu'il prend par ses comportements, ses habitudes de vie à l'égard de son bien-être ». (Leselbaum et De Peretti, 1997).

[9] « Une partie de l'éducation générale et, en tant que telle, elle doit réunir les mêmes caractéristiques telles que la révision fréquente des objectifs ou la participation active des apprenants dans la planification, dans le développement du processus ou dans son évaluation permanente. (…). Les objectifs de l'éducation à la santé visent des connaissances, des attitudes et des comportements; ils prétendent développer un savoir, un savoir-faire et un savoir-être permettant à chacun et à chaque communauté d'atteindre le plus haut degré de santé possible, etc. » (Castillo, 1984).

[10] « Toute activité librement choisie qui participe à un apprentissage de la santé ou de la maladie c'est-à-dire un changement relativement permanent des dispositions ou des capacités du sujet. Une éducation efficace peut aussi produire des changements au niveau des connaissances, de la compréhension ou des façons de penser; elle peut influencer ou clarifier des valeurs; déterminer des changements d'attitudes et de croyances; faciliter l'acquisition de compétences et même produire des changements de comportements ou de mode de vie ». (Tone, Tilford et Robinson, 1990)

Enfin, Coppé et Schoonbroodt [11](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.

Toutes ces définitions tendent à rendre la personne responsable dans ses choix en matière de santé. Malgré tout, nous leur préférons la lecture qu'en a faite Mérini (2007, 2009) en analysant les pratiques des enseignants et qui rejoint en partie celle de Coppé et Schoonbroodt (1992) sur la réalisation de choix éclairés en matière de santé. Mérini définit et modélise l'éducation à la santé à l'école comme étant *l'installation d'une série de rapports à l'autre, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir, ayant comme objectif d'amener l'élève à développer des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière de santé* (p.49).

Mérini (2007, 2009) propose ainsi une lecture centrée sur les pratiques des enseignants et positionne l'analyse de l'objet de manière endogène à l'école, alors que la majeure partie des définitions de l'éducation à la santé sont abordées en extériorité et le plus souvent à partir des référents appartenant à la Santé publique. L'élève nous y semble moins contraint et le modèle permet de mieux identifier la part de liberté qui lui est accordé dans son choix de participer aux apprentissages proposés. Cette façon d'aborder l'éducation à la santé nous semble favorable à la prise de conscience des facteurs susceptibles d'affecter les habitudes de vie de l'élève de façon positive ou négative (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001), pour faire des

[11] « Un processus d'enseignement-apprentissage visant à développer les capacités d'adaptation des gens à leur environnement quand ses variations dépassent leurs capacités. » (Coppé et Schoonbroodt, 1992)

choix responsables et autonomes en l'aidant à développer ses compétences individuelles et sociales.

Cette façon d'envisager l'éducation à la santé est à rapprocher du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) qui place l'élève au cœur de l'intention éducative, mais en soulignant l'importance de son environnement à la fois social et environnemental susceptible d'influencer ses choix et de la temporalité dans laquelle la démarche s'inscrit.

En effet, quatre des cinq systèmes définis par Bronfenbrenner trouvent leur parallèle avec les différents rapports mis à jour par Mérini. L'*ontosystème* représente l'élève face à lui-même, avec ses caractéristiques innées ou acquises, aux plans physique, émotionnel, intellectuel et comportemental. On peut mettre en relation l'*ontosytème* avec le *rapport à soi*, parce qu'il relève de la dimension individuelle, et cherche 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. Le *microsystème* représente le lieu ou le contexte immédiat dans lequel l'individu est en interaction avec son environnement social (famille, club de sport, etc.). Dans ce cas, on peut rapprocher le contexte social des personnes et des rôles qui sont tenus au *rapport aux autres* de Mérini qui met en avant l'ensemble des interactions de l'élève avec ses pairs, son environnement social et les normes. L'*exosystème* qui réfère aussi au lieu ou contexte dans lequel l'individu n'est pas directement impliqué mais qui influence néanmoins sa vie peut être mis en parallèle avec le *rapport au milieu matériel et physique* qui est travaillé, par contre, dans une perspective de protection de l'environnement. Enfin, le *chronosystème* et les *rapports au passé et à l'avenir* font référence à la dimension temporelle.

Au vu de ces définitions, on peut retenir que l'éducation à la santé permet à l'individu, ou au groupe, une prise de conscience critique de la réalité. En effet, il reçoit des informations qui vont l'influencer en clarifiant des valeurs, en déterminant des comportements sains et sécuritaires et en produisant des changements d'attitudes concernant son mode de vie et son comportement face à sa capacité à construire sa santé dans une triple perspective : sanitaire, sociale et psychique.

À présent, nous allons explorer la dimension éducative de l'éducation à la santé en étudiant sa mise en œuvre à l'école.

1.2 Légitimité de l'éducation à la santé à l'école : D'hier à aujourd'hui

1.2.1 Éduquer à la santé

Pour comprendre pourquoi l'éducation à la santé a sa place à l'école, il est important de prendre en compte que la construction de ces choix en matière de santé passe par l'éducation, et que l'éducation est le résultat de phénomènes exogènes et endogènes.

En effet, en latin, deux verbes définissent l'acte éducatif : 1) *educare* qui signifie élever, nourrir des plantes, des animaux, des humains. Cela évoque un processus exogène où l'éducation repose sur des apports extérieurs à l'individu qui font « grandir » l'individu dans une logique naturaliste et 2) *educere* (ex-ducere) qui signifie conduire hors, faire sortir ce qui traduit un processus endogène où l'éducation consiste à faire éclore les potentialités inhérentes à la personne. C'est ce dernier point que valorisent aujourd'hui des auteurs comme Lange et Victor (2006) et Mérini (2007,

2009) pour qui le but de l'éducation à la santé est d'amener l'élève à développer des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière de santé.

Au Québec comme en France, l'école a toujours été l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé (Nourrisson, 2002). En effet, on retrouve des traces de l'éducation à la santé dès la fin du 19ème siècle.

1.2.2 Éduquer à la santé : d'hier à aujourd'hui

- Au Québec

Au Québec, l'éducation à la santé est abordée à travers le filtre de la promotion de la santé. En effet, Desroches (1891), dans son ouvrage intitulé « les préceptes de l'hygiène scolaire» fait état de plusieurs règles à suivre pour que les élèves apprennent dans les meilleures conditions possibles. On peut signaler, par exemple, la manière de répartir les bâtiments, de les construire et les matériaux à utiliser, la manière d'organiser la cour, etc. Même si le début de son ouvrage est clairement orienté autour d'un point de vue sanitaire[12] c'est-à-dire l'hygiène, la présentation des maladies contagieuses, on retrouve dans le programme scolaire des éléments d'enseignement, ce qu'il y a d'intéressant pour l'époque car n'oublions pas que nous sommes à la fin du 19ème siècle. Au tout début du chapitre portant sur le programme scolaire, Desroches introduit l'éducation à la santé d'une manière assez moderne, il dit :

> «Le corps et l'âme sont si intimement unis qu'ils réagissent à chaque instant l'un sur l'autre (p.9).»

[12] Cette orientation pouvant s'expliquer par le fait que Desroches est médecin sanitaire.

En inscrivant cette phrase, Desroches se situe déjà dans l'idée d'une éducation à la santé globale. Par contre, dès que l'on regarde de plus près le programme, on est dans un premier temps, plutôt du côté du *rapport à soi* c'est-à-dire le surmenage intellectuel, le temps de travail, la croissance de l'élève, l'exercice physique pour contrer l'excès de poids, la gymnastique. Dans un second temps, on revient à des objectifs sanitaires et hygiénistes qui renvoient à la propreté, l'hygiène et la prévention des maladies contagieuses. On peut donc dire qu'au Québec, au 19ème siècle, l'éducation à la santé est amorcée comme globale avec le lien corps-esprit mais qu'au final, dans la déclinaison du programme, les enjeux s'infléchissent vers une éducation sanitaire.

- En France

En France, on retrouve, dans le nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire de Ferdinand Buisson (1887), l'article sur l'hygiène scolaire qui développe une approche semblable à celle du Québec à savoir une éducation à la santé selon une approche et des objectifs sanitaires. Pourtant l'article de Durand (dictionnaire 1ère édition) sur les voyages scolaires développe à la fois cette perspective hygiéniste, mais aussi développementale dans des logiques très contemporaines de l'éducation à la santé, prenant en compte les dimensions sociales, physiques et psychiques et visant à faire des élèves forts et équilibrés à un moment où l'Europe entrait dans une série de conflits.

On retrouve chez Viborel (1953) cette visée civilisatrice de l'éducation sanitaire mais celui-ci conclut son chapitre consacré à cette éducation dans l'enseignement de cette façon :

> « Le but de l'éducation sanitaire à l'école n'est pas seulement de diffuser les principes élémentaires de l'hygiène parmi les maîtres et les élèves. Il est, à vrai dire,

> plus ambitieux, il vise à atteindre, à travers la population scolaire, toute la population du pays. Oui, l'enfant doit devenir « éducateur ». Combien de parents sont ignorants de la valeur de certaines techniques qu'ils critiquent parce qu'elles leur sont imposées sans explication : cuti-réaction, vaccination … ? Combien de parents se portent mal, parce qu'ils ignorent les règles les plus élémentaires de l'hygiène alimentaire ? Combien de parents négligent d'aérer leurs logements ? […] Sur tous ces points, l'enfant peut faire quelque chose pour réformer les mauvaises habitudes familiales. Comme rien en vaut l'exemple, c'est en voyant l'enfant appliquer quotidiennement pour lui-même, les bons conseils qui lui auront été inculqués, que la famille modifiera, peu à peu, ses manières de faire.»

Cette perspective «sanitaire» de l'éducation, va pourtant plus loin que celle de la fin du 19ème siècle. Elle vise en effet, aussi le changement de pratiques des parents au travers de l'éducation donnée aux enfants. On retrouve ce phénomène aujourd'hui en santé mais aussi avec l'éducation au développement durable (Lange et Victor, 2006). Les élèves deviennent «acteurs» de leur propre «éducation à la santé» et sont sensés impulser celle de leurs aînés, mais, pour Viborel, dans une vision civilisatrice propre à l'époque.

En conclusion, on peut dire qu'au Québec comme en France, on retrouve des traces d'une «éducation à la santé» sous la forme d'une simple instruction au cours de laquelle des règles d'hygiène étaient enseignées. Par contre, ce qui distingue le Québec de la France, ce sont les visées des programmes. Au Québec, l'éducation à la santé est orientée vers une promotion de la santé clairement hygiéniste dont le but est de lutter contre les fléaux (les maladies contagieuses) alors qu'en France, c'est une éducation à la santé, à la fois hygiéniste et sociale. On peut lire dans le nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire de Ferdinand Buisson (1887) à la fois les préceptes d'une hygiène scolaire qui est semblable à celle préconisée au

Québec mais aussi les préceptes d'une éducation sanitaire et sociale à travers les voyages scolaires[13] décrits par Durand et repris, quelques années plus tard, sous une autre forme par Viborel (1953). Cette éducation à la santé s'inscrit dans une démarche pédagogique orientée vers l'idée de faire un citoyen fort et éclairé.

On peut donc dire qu'au départ l'éducation à la santé est née de façon semblable dans une logique semblable aux deux contextes mais avec une prégnance du rapport à soi au Québec alors qu'en France le rapport à soi est orienté par la citoyenneté et donc vers un rapport aux autres.

On perçoit d'ores et déjà que l'éducation à la santé en milieu scolaire, est à la fois le résultat d'histoires locales, de contextes politiques et institutionnels, mais aussi le témoignage de la présence de deux champs celui de la Santé publique et des médecins, et celui de l'Éducation et des pédagogues. Ces champs « s'affrontent » et selon les époques (s'il y a fléau ou non), et selon la force de chacun (moment de réforme de l'Éducation lors de la création de l'école publique (1882) en France, ou mise en place de nouveaux textes de cadrages aujourd'hui), l'un prenant le pas sur l'autre. L'éducation à la santé à l'école est donc aussi dépendante des forces sociales et politiques en présence.

A l'école, l'analyse des pratiques en éducation à la santé montre, par ailleurs, combien elles ont été façonnées par les différents courants pédagogiques qui ont

[13] Les voyages scolaires sont l'ancêtre des classes découverte, des classes vertes, des classes de neige. Ils consistent à former des caravanes d'écoliers ou d'élèves-maîtres pour leur faire visiter en commun une contrée, une ville sous la direction de guides choisis, p.2985, dictionnaire Buisson, 1ère édition).

traversé l'École (Billon-Descarpentries, 2000) et ont amené parfois les intervenants à agréger ces courants sans en avoir toujours une réelle conscience.

En conclusion, l'apprentissage est le plus souvent considéré comme relevant de la responsabilité de l'école, tandis que la promotion de la santé est plus volontiers attribuée aux organisations de santé publique et de soins. Mais de plus en plus, les professionnels de la Santé publique et de l'Éducation reconnaissent que la santé et l'apprentissage sont interdépendants et que la situation sociale de l'enfant joue un rôle non négligeable sur ses apprentissages. La question du partenariat est donc un point majeur de mise en œuvre de l'éducation à la santé.

Dans la prochaine section du chapitre, il est question de clarifier la place de l'éducation à la santé à l'école au Québec et en France à travers les éléments du contexte en particulier la prescription et l'organisation de la structure scolaire.

1.3 Place de l'éducation à la santé à l'école : comparaison partielle en ce qui a trait aux contextes et programmes au Québec et en France

Les écoles, au Québec comme en France, ont certaines difficultés à intégrer l'éducation à la santé (Beaudoin, Rivard, Grenier et Caty, 2008; Jourdan, Piec, Aublet-Cuvelier, Berger, Lejeune, Laquet-Riffaud, Geneix et Glanddier, 2002; Michaud, 2002; Turcotte, 2006) et ceci, malgré l'existence de prescriptions primaires et secondaires explicites et affirmées. Parmi les difficultés repérées dans la littérature pédagogique et scientifique, les enseignants évoquent le manque de temps, de formation, d'accompagnement, etc. qui, par leur récurrence, peuvent laisser penser à

une contre-argumentation à ne pas mettre en œuvre ce type d'activité scolaire. On peut donc s'interroger sur ce qui fait obstacle.

Toutefois, si les injonctions à mettre en place l'éducation à la santé et les résistances à le faire des enseignants restent comparables en France et au Québec, l'éducation à la santé ne semble pas perçue et intégrée dans le débat scolaire de la même façon de part et d'autre de l'Atlantique, tout au moins dans ce que la littérature pédagogique et scientifique en laisse paraître. Nous admettrons, au moins à ce niveau du travail, que ces différences pourraient s'expliquer par la différence des contextes d'enseignement ce qui sera développé dans le paragraphe suivant, ou la dimension culturelle susceptible d'influer sur la manière dont les enseignants conçoivent l'éducation à la santé. Nous aurons l'occasion d'éclaircir ce point en liaison au premier objectif de la recherche qui est de décrire la nature des actions en éducation à la santé. Explorons à présent le contexte administratif et organisationnel des pratiques.

1.3.1 Contextes d'enseignement de l'éducation à la santé au Québec et en France

Ce niveau d'exploration est incontournable, car les pratiques enseignantes collectives ou individuelles en éducation à la santé sont dépendantes du contexte (Marmoz, 1998; Mérini, Jourdan, Victor, Berger et de Peretti, 2004). Le tableau 1 à double entrée ci-dessous permet de comparer les contextes d'enseignement québécois et français et de montrer les différences et les similitudes en ce qui concerne le cadre réglementaire des programmes et le statut des acteurs impliqués. La première colonne du tableau identifie les analyseurs organisationnels en ce qui a trait aux élèves d'une part et aux enseignants d'autre part. Les deuxième et troisième colonnes organisent les comparaisons entre les deux contextes.

La première partie du tableau concerne les différents niveaux de prescription dans la formation des élèves et des enseignants. La deuxième partie porte sur l'organisation de l'école soit l'organisation des cycles et du cursus et des espaces formels de décision. Enfin, la troisième partie est relative au statut des acteurs que sont le directeur, l'enseignant titulaire et l'enseignant en éducation physique.

Tableau 1: Les contextes scolaires au Québec et en France

Éléments de comparaison	Québec	France
Niveau de prescription		
Prescription au niveau de la formation des élèves	Réforme (2001) Programme de formation de l'école québécoise (2001)	Réforme (1998) Socle commun des connaissances et des compétences (2006)
Prescription au niveau de la formation des enseignants	Référentiel de compétences professionnelles de la profession enseignante (2001)	Référentiel de compétences professionnelles des enseignants (2006)
Dénomination EPS	Éducation physique et à la santé	Éducation physique et sportive
Organisation de l'École et espaces formels de décision		
Organisation	L'école primaire est divisée en 3 cycles : le cycle 1 qui concerne les élèves de 6 et 7 ans ; le cycle 2 les élèves de 8 et 9 ans et le cycle 3 les élèves de 10 et 11 ans.	L'école primaire comporte deux cycles : le cycle des apprentissages qui concerne les 5, 6, 7 ans et le cycle des approfondissements qui concerne les élèves âgés de 8 à 10 ans
Cursus scolaires et types d'établissement	On retrouve essentiellement des écoles primaires accueillant des élèves de 5 à 12 ans. Les élèves de 5 ans sont en classe de maternelle. Parfois, l'école peut accueillir des enfants de 4 ans en classe de pré-maternelle surtout dans les milieux défavorisés.	On retrouve des écoles maternelles (de 2 ans à 5 ans) ; des écoles élémentaires (de 6 à 10 ans) et des écoles primaires qui regroupent les deux types d'école.
Espaces formels de décision	Conseil d'établissement, réunion équipe-cycle, réunion équipe-école, réunion d'enseignants	Conseil d'établissement, conseil de maîtres, conseil de cycles
Statut des acteurs		
Directeur	C'est un chef d'établissement dont le	C'est un professeur des écoles avec une charge de

	rôle et la mission sont dissociés de l'enseignement. C'est aussi un ancien enseignant qui a un rôle d'encadrement pédagogique	direction. Quand l'école comporte 9 classes et plus, le directeur est déchargé de sa classe.
Enseignant (titulaire de classe)	Responsable des disciplines générales (mathématiques, français, histoire, sciences, etc.)	Responsable de toutes les disciplines incluant les spécialités telles que la musique, l'éducation physique, les arts plasiques
Enseignant en éducation physique	Responsable des cours d'éducation physique et de la troisième compétence : « adopter un mode de vie sain et actif »	Absent de la plupart des écoles maternelles, élémentaires et primaires, ou présent sur initiative de la municipalité

Si un certain nombre d'éléments comme les incitations institutionnelles ou les espaces formels de décision (conseils d'école, réunion de parents, etc.) sont similaires, d'autres points organisationnels sont différents comme le statut du directeur et la présence d'un enseignant en éducation physique dans les écoles primaires au Québec. Ces différences jouent sans doute un rôle déterminant dans l'implantation et la nature des projets en éducation à la santé.

En effet, au Québec, le directeur est un chef d'établissement, c'est-à-dire un gestionnaire. Il peut prendre des décisions relevant d'une politique d'école, en ce sens, il peut composer avec la demande sociale des parents ou des communautés, mais aussi avec la politique de sa hiérarchie. Il gère un budget et est responsable de l'aspect financier des activités. En France, le directeur d'école est un enseignant au même titre que ses pairs : il enseigne et, dans le même temps, assume une tâche de direction, qui de fait est le plus souvent réduite à des transmissions administratives. Seul l'axe hiérarchique organise son activité de direction. Dans le conseil d'école, les décisions et autorisations appartiennent finalement à l'Inspecteur de la circonscription ou à son représentant qu'est le conseiller pédagogique. En ce qui concerne la dimension financière, c'est la commune qui en porte la responsabilité et le chargé des affaires scolaires de la mairie qui en assure le suivi.

À propos de la composition de l'équipe pédagogique et de la présence d'un enseignant en éducation physique et à la santé à l'école, le Québec a connu une évolution du métier d'enseignant, fortement déterminée par la division du travail scolaire, ce qui a entraîné une différenciation des champs d'intervention, une spécialisation de leurs domaines de compétences et une nouvelle répartition des contenus (Tardif et Levasseur, 2004). L'enseignant *généraliste* est chargé comme le

tableau ci-dessus l'indique de plusieurs disciplines scolaires telles que le français, les mathématiques, l'univers social alors que les *spécialistes* enseignent généralement une seule matière soit : la musique, l'éducation physique et à la santé, les arts plastiques, etc. Il est à noter que l'enseignant *généraliste* demeure l'enseignant *référent* pour les élèves du fait de sa présence quotidienne en classe.

En France, le professeur des écoles, enseignant *généraliste*, est le responsable pédagogique de sa classe, quelle que soit la situation éducative en cause. Il a vocation à instruire et à éduquer de la petite section de la maternelle à la dernière année. On ne retrouve pas comme au Québec des enseignants *spécialistes* et notamment des enseignants en éducation physique et à la santé. Par contre, dans certaines écoles primaires, on peut noter la présence d'un professeur de sport qui dépend de la municipalité et non du ministère de l'Éducation nationale.

Ainsi, cette première comparaison permet-elle de repérer des différences telles que des cursus différents (très peu d'écoles offrant uniquement les classes de maternelles, des statuts différents, en particulier celle du directeur, et la présence systématique d'un enseignant en éducation physique et à la santé au Québec) mais aussi des points de convergence comme : l'obligation qu'ont les écoles d'appliquer le programme défini dans les textes officiels et donc de mettre en place de l'éducation à la santé à l'école. Explorons à présent plus finement ces programmes.

1.3.2 La place de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires au Québec et en France

- Au Québec

Comme le montre le tableau 1, au Québec, l'instruction est obligatoire dès l'âge de cinq ans. L'enfant entre en classe de maternelle et on parlera d'éducation préscolaire. Les objectifs du programme sont de :

- « donner le goût d'apprendre et permettre à l'enfant de se connaître, de développer sa personnalité, d'entrer en relation avec les autres, de conquérir petit à petit son autonomie, de nourrir son goût d'apprendre et d'expérimenter des méthodes de travail,
- utiliser principalement le jeu comme moyen d'apprentissage ce qui devrait lui permettre de s'exprimer, de travailler en groupe, de prendre des responsabilités et d'accroître son imagination et sa créativité,
- favoriser le développement global de l'enfant et
- entre autres, favoriser la collaboration avec les parents ».

À l'école primaire[14], l'éducation à la santé se situe à deux niveaux : a) dans le domaine d'apprentissage : développement personnel, via l'éducation physique où l'enfant est amené à « adopter un mode de vie sain et actif» et b) dans un domaine général de formation (DGF) « santé et bien-être » qui est sous la responsabilité de l'équipe-école.

[14] Il est important de repréciser qu'au Québec, il existe très peu d'écoles maternelles telles que peuvent l'entendre des professeurs des écoles en France, ni d'école élémentaire mais des écoles primaires dans lesquelles sont intégrées les classes de maternelle.

La compétence disciplinaire *adopter un mode de vie sain et actif* prend appui sur les deux premières qui sont *agir dans divers contextes de pratiques d'activités physiques et interagir dans divers contextes de pratiques d'activités physiques.* En effet, c'est en développant son agir corporel et ses capacités à interagir que l'élève pourra observer les retombées de la pratique d'activités physiques sur ses habitudes de vie et en arriver à adopter un mode de vie sain et actif (MEQ, 2001). L'adoption de celui-ci repose sur la prise de conscience des facteurs susceptibles d'affecter ses habitudes de vie positivement ou négativement et se traduit par l'engagement dans la pratique régulière d'activités physiques, par la capacité d'évaluer les effets de ses actions sur sa santé et de faire les choix qui s'imposent.

Les DGF sont des lieux de convergence qui rapprochent les savoirs disciplinaires des préoccupations quotidiennes de l'élève et des pratiques sociales. Ce rapprochement favorise la cohérence et la complémentarité éducative. Ils se veulent un point d'ancrage au développement des compétences transversales et des compétences disciplinaires par et à travers les autres apprentissages. L'intention éducative du DGF *santé et bien-être,* 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» (MEQ, 2001).

- En France

En France, en 1998, le ministère de l'Éducation nationale (MEN) a marqué sa volonté de développer l'éducation à la santé dans le système scolaire par plusieurs circulaires qui incitent les équipes éducatives à s'impliquer davantage dans cette démarche. La nouveauté de cette directive a été d'ancrer l'éducation à la santé dans plusieurs disciplines.

La conception de l'éducation à la santé dans le système scolaire français en fait une composante de l'éducation à la personne et du citoyen (MEN, 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 mêmes de l'école qui visent à donner aux individus les moyens de leur autonomie, mais on peut aussi s'interroger sur la valeur des approches normatives qui ont clairement montré leurs limites vis-à-vis des problèmes de santé publique actuels (Deschamps, 1984).

La particularité du système scolaire français réside dans le fait que dès leur plus jeune âge (2 ans et demi), les enfants peuvent fréquenter l'école maternelle qui, est cadrée par le socle commun de connaissances et de compétences, selon un véritable programme avec des visées et des objectifs éducatifs qui va au-delà d'une structure d'éveil. Cette école est perçue non seulement comme un milieu favorable à l'épanouissement de l'enfant dans toutes les facettes de sa personnalité, mais aussi comme une étape indispensable à l'adaptation et à la réussite scolaires. À l'école maternelle, l'éducation à la santé tient une place importante d'une façon générale. Elle peut être abordée par trois entrées :

1. le développement des compétences liées à l'autonomie, la confiance en soi, la responsabilité, la relation aux autres, à l'action, l'adaptation;

2. l'hygiène quotidienne à l'école (passage aux toilettes, lavage de mains, goûter) et

3. une sensibilisation aux différents problèmes de santé (rythmes de développement, alimentation, hygiène) conduisant à l'élaboration de règles de vie simples.

Il est important de préciser qu'en France, près de 100 % des enfants de trois ans fréquentent l'école maternelle, en majorité dans l'enseignement public.

À l'école élémentaire[15], 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 de respect de soi et d'autrui dans toutes les situations de la vie quotidienne ou dans le cadre d'approches plus spécifiques (Jourdan, 2006).

1.4 L'éducation à la santé : des activités spécifiques qui demandent l'ouverture de la classe et de l'école

Pour inscrire la question de l'éducation à la santé dans une démarche globale fondée sur les apprentissages et le développement des jeunes, l'école doit prendre conscience qu'elle ne peut assurer seule une réelle éducation à la santé. Elle doit s'associer avec les familles, la santé publique, les réseaux associatif et municipal, etc., et construire des partenariats « dans et hors la classe » et « dans et hors l'école » (Marcel, 2004).

---

[15] L'école élémentaire et l'école maternelle forment l'école primaire. À l'école élémentaire, les enfants sont généralement âgés entre 6 et 10 ans.

1.4.1 L'éducation à la santé : un objet particulier dans le champ scolaire

Au regard du travail de Lebeaume (2004, 2008), force est d'admettre que l'éducation à la santé comme, peut-être, toutes les autres éducations à… sont des objets en émergence dans le monde de l'école qui se dissocient des disciplines scolaires au sens où les définit Chervel (1993). En effet, l'auteur affirme qu'une discipline scolaire se caractérise par des finalités qui en justifient la place, par des contenus diffusés dans des manuels pédagogiques, des pratiques de motivation, des exercices et des évaluations. On se rend compte que l'éducation à la santé a, certes, des finalités qui justifient sa place au sein de l'école. Cependant, il existe très peu de manuels pédagogiques et ce qui est sans doute une caractéristique qui fait que, pour le moment, ce n'est pas une discipline, mais un objet scolaire en émergence. Enfin, il n'existe pas d'évaluation des connaissances en éducation à la santé par des examens finaux.

L'éducation à la santé se différencie aussi des disciplines, d'une part, par l'absence de référents académiques et d'autre part, par la présence de référents éthiques, juridiques, politiques et économiques (Lange et coll., 2006). Aussi, à l'école primaire, l'éducation à la santé est inscrite dans différents types de pratiques scolaires :

- Des pratiques disciplinaires : essentiellement en éducation physique et en biologie,
- Des pratiques pluridisciplinaires dans le cadre de projets collectifs qui regroupent plusieurs disciplines comme les sciences de la vie et de la terre (SVT), l'éducation physique et sportive (EPS), le français et l'éducation musicale, etc. et
- des pratiques a-disciplinaires qui ne relèvent pas des disciplines, mais sont situées dans des domaines scolaires tels que la vie étudiante, les projets

> d'établissement, etc. Ces pratiques se caractérisent par le fait qu'elles unissent différents univers de l'ordre des connaissances, des compétences, de la vie scolaire et de l'univers familial et privé.

Rappelons que la forme scolaire, telle que l'a décrite Vincent (1994), s'agence à partir de deux axes : la classe et les disciplines. Dans le cas de l'éducation à la santé, l'absence de repère en termes disciplinaires constitue un obstacle à la lisibilité de l'objet et entrave sa mise en œuvre.

Les connaissances relatives à l'éducation à la santé sont instables, relatives et discutées (Lange et coll., 2006). Ainsi, lorsque les enseignants prennent en charge l'éducation à la santé, ils ne transmettent pas des connaissances aussi bien délimitées que lorsqu'ils enseignent les mathématiques, la géographie ou l'histoire par exemple. De ce fait, il s'instaure une tension dans l'agencement des activités scolaires, entre les *éducations à…* et les autres activités.

L'éducation à la santé est une pratique scolaire appartenant aux *éducations à …* et partage en cela avec elles, d'une part l'ouverture de ces pratiques sur le champ social et d'autre part l'existence du double enjeu d'éducation et de transformation des pratiques sociales déjà rencontré au travers des travaux de Viborel en 1953. Ce double enjeu se traduit dans l'intention de contribuer à éduquer un élève futur citoyen et dans le même temps à modifier les pratiques sociales en matière de santé à court ou moyen terme, par l'engagement des parents ou des communautés et par l'intermédiaire de l'élève. Par ailleurs, l'éducation à la santé relève plus d'un curriculum (Coquidé, 2006) que d'un programme linéaire et d'une planification

faisant se succéder différentes disciplines. Pour cela, l'éducation à la santé est inscrite au fil du parcours que l'élève effectue de la maternelle à l'université et qui est construit autour d'une diversification de la forme scolaire (Vincent, 1994).

Outre, ces spécificités, l'éducation à la santé solidarise les acteurs de l'école avec les parents, le milieu médico-social, les intervenants extérieur et oblige à agir à plusieurs, ce qui suppose des compétences collaboratives de la part des équipes-école.

1.4.2 L'éducation à la santé : un modèle d'analyse des pratiques enseignantes?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'organisation du travail scolaire (Perrenoud, 1993; Tardif et Levasseur, 2004 ; Gather-Thurler et Maulini, 2007) tend à se diversifier. En effet, la classe qui, auparavant, était un espace exclusif réservé à l'enseignant et à ses élèves reste toujours le dispositif de base du travail scolaire, mais de plus en plus d'acteurs pénètrent dans la classe (Marcel, 2002). Le travail enseignant ne peut plus se circonscrire seulement à l'espace de la classe lorsque l'on aborde l'éducation à la santé.

En 2004, Marcel a appréhendé l'école comme un espace de pratiques professionnelles de l'enseignant et à partir duquel il a organisé sa lecture des pratiques professionnelles de l'enseignant du primaire à l'aide d'une série de sous-systèmes appartenant à un système général. (Figure 1 : Le Système des Pratiques Professionnelles de l'Enseignant du Primaire (SPPEP).

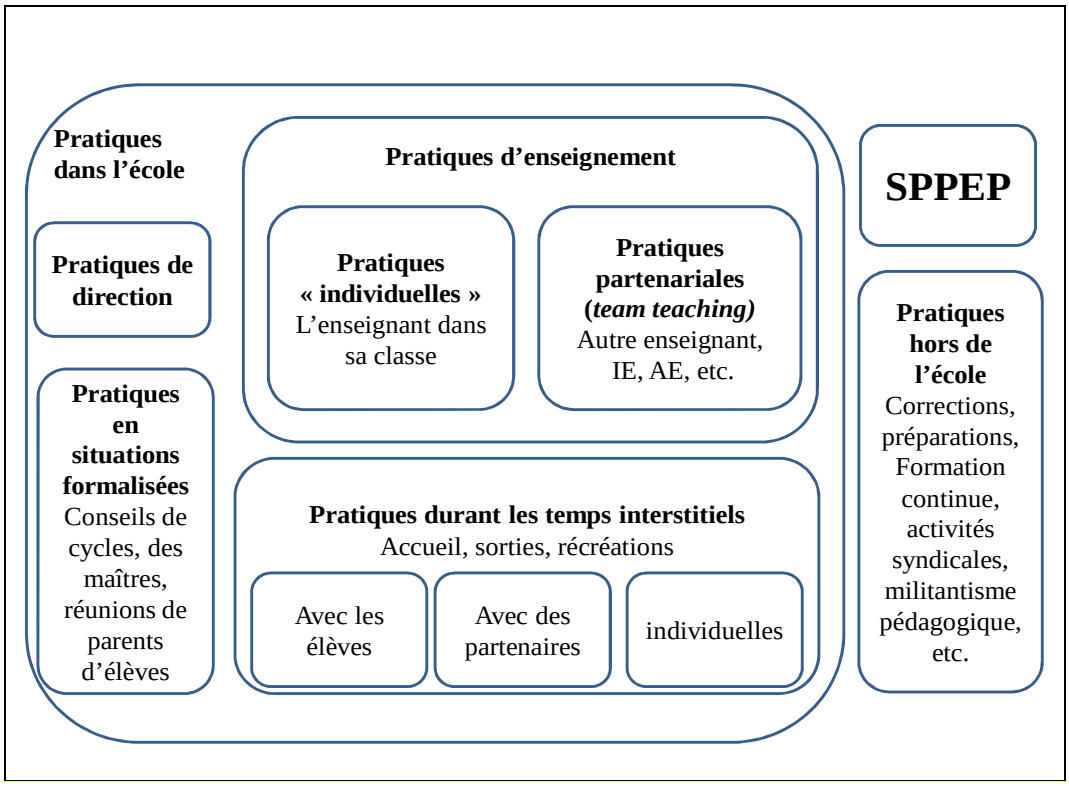


Figure 1: Le système des pratiques professionnelles des enseignants du primaire (Marcel, 2002)

On retrouve deux sous-systèmes qu'il nomme « pratiques hors l'école » et « pratiques dans l'école ». Ce dernier est un petit peu plus complexe que l'autre. Dans ce sous-système, il apparaît quatre types de pratiques qui se situent dans l'école :

1. *les pratiques de direction,*
2. *les pratiques en situations formalisées* (les conseils d'école, les conseils de maîtres, etc.),
3. *les pratiques d'enseignement individuelles* (l'enseignement est seul dans sa classe avec ses élèves) *et partenariales* (l'enseignant et un partenaire

interviennent en concertation sur un groupe classe ensemble ou en parallèle) et

4. *les pratiques durant les temps interstitiels*. L'auteur définit ce genre de pratique comme « *des pratiques qui s'actualisent durant les moments qui précèdent, suivent ou s'intercalent entre les moments d'enseignement* ». Il s'agit de pratiques collectives en ce sens qu'elles engagent plutôt les enseignants en tant que groupe social et non seulement chaque enseignant individuellement (Marcel, 2002).

Dans le sous-système « pratiques hors l'école », Marcel (2002) ajoute les formations continues, les animations pédagogiques, etc. En éducation à la santé, ces pratiques hors l'école sont déterminantes. En effet, déjà en 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé affirmait que l'éducation à la santé, à l'école, n'est pas seulement l'affaire de spécialistes, mais relève, en effet, de l'action quotidienne des acteurs de la communauté éducative (OMS, 1986) telle que nous l'avons définie plus haut dans le texte. L'école va donc devoir négocier avec les structures périphériques qui gravitent autour d'elle, mais qui sont, elles aussi, en relation avec les élèves telles que les loisirs, les maisons des jeunes, les associations sportives ou artistiques, etc.

L'éducation à la santé en milieu scolaire nécessite un renouvellement des grilles de lecture des pratiques enseignantes que Marcel a initié en 2004.

De fait, comme nous en avons déjà fait mention, l'école est confrontée à un double défi : d'une part, l'appropriation par l'équipe-école d'un domaine récent de compétences et, d'autre part à des pratiques collectives situées dans et hors la classe.

Le chapitre suivant fait état des différents travaux réalisés traitant de l'éducation à la santé à l'école, du partenariat à l'école et du partenariat en éducation à la santé à l'école.

1.5 Recension des écrits

La recension des écrits en lien avec l'éducation à la santé et les pratiques partenariales est abordée en trois temps afin de cerner comment l'équipe-école intègre l'éducation à la santé dans ses pratiques et affronte le double enjeu identifié plus haut d'appropriation d'un nouvel objet et la mise en œuvre de pratiques collectives.

Dans le domaine de l'éducation à la santé à l'école, la recension des écrits (Berger, Riffaud et Jourdan, 2007; Cogérino, Marzin et Méchin, 1998 ; Jourdan et coll., 2002; Michaud, 2002; Turcotte, 2006) montre que les pratiques enseignantes en éducation à la santé ont le plus souvent été abordées sous l'angle des pratiques d'enseignement individuelles telles que définies par Marcel (2004) soit celles de l'enseignant dans sa classe.

1.5.1 L'éducation à la santé à l'école

L'intérêt de la recherche pour les pratiques en éducation à la santé des enseignants est relativement jeune et les travaux publiés encore peu nombreux.

- Au Québec

Michaud (2002) s'est intéressée, entre autres, à l'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique au primaire et au 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 se voir confier le rôle d'éducateur à la santé, malgré plusieurs obstacles tels que 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, ces enseignants déclarent que 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 démontrent qu'il existe une prééminence de la dimension comportementale dans les pratiques pédagogiques de ces enseignants.

Ces deux auteurs arrivent aux mêmes conclusions quant aux thèmes reliés à l'éducation à la santé abordés par les enseignants en éducation physique et à la santé à savoir la pratique régulière d'activités physiques, la structure et le fonctionnement du corps humain, l'alimentation, le contrôle du poids indiquent que l'inclusion de l'éducation à la santé au programme d'éducation physique se fait par une seule dimension de la santé, soit physique, et selon la lecture de Mérini (2007, 2009) uniquement par le rapport à soi.

Au Québec, ces recherches ont en commun d'éclairer l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école, par le biais de l'éducation physique qui accueille une partie de l'éducation à la santé à travers la troisième compétence disciplinaire *adopter un mode de vie sain et actif.*

- En France

En France, Cogérino et coll. (1998) se sont intéressés aux pratiques et aux représentations des enseignants d'éducation physique et sportive au collège. Dans un premier temps, ces chercheurs ont réalisé une étude qualitative exploratoire qui démontre 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, Cogérino et coll. (1998) ont interrogé les enseignants d'éducation physique et sportive sur leur sentiment d'efficacité en éducation à la santé. Les résultats démontrent que la difficulté d'intégrer l'éducation à la santé dans le programme d'éducation physique s'expliquerait par une opposition entre la gestion de sa vie physique et l'objet d'enseignement que sont les activités physiques. Les chercheurs soulignent que la prévention en matière de santé est une composante presque absente des priorités des enseignants d'éducation physique. Cogérino et coll. (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 et donc du rapport à soi (Mérini, 2007, 2009).

En 2002, Jourdan et coll. ont montré par une étude quantitative réalisée auprès de 673 titulaires de classe du premier degré que la majorité d'entre eux déclarent enseigner l'éducation à la santé. L'approche de ces derniers est essentiellement thématique

notamment en abordant les habitudes de vie telles que l'alimentation, le sommeil, la sexualité, etc. et limitée à des séquences pédagogiques.

En 2007, Berger et coll. ont interrogé 28 enseignants du premier degré (primaire) d'une même circonscription et collecté les traces écrites de pratiques en éducation à la santé réalisées en classe. Les résultats démontrent que les questions de santé sont très largement abordées notamment 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.

Enfin, Mérini et coll. (2009) se sont intéressés aux dynamiques collectives de travail en éducation à la santé dans 21 écoles primaires dans la région de Clermont-Ferrand en France. Pendant trois ans, ils ont recueilli les écrits professionnels des acteurs de l'éducation à la santé à l'école. D'après l'analyse, que ces derniers ont pu en faire, il en ressort que les thèmes abordés par les écoles françaises tournent surtout autour du rapport aux autres, par exemple le travail fait dans les conseils de coopération, les jardins collectifs, les classes-découverte, etc. où la visée éducative majeure poursuivie par les enseignants était les relations dans le groupe ou le rapport à la règle.

En France, les résultats des trois recherches 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 coll. (2007) et ceux de Mérini et coll. (2009) laissent entrevoir un travail en éducation à la santé à travers les dimensions personnelles et sociales. L'apparition de cette nouvelle

perspective laisse présager qu'elle peut être liée à la méthodologie adoptée (analyse des écrits professionnels) qui trace des pratiques individuelles et collectives explicites contrairement à des entretiens ou des questionnaires qui tracent des déclarations sur les pratiques et donc des représentations de pratiques.)

Cependant, Berger et coll. (2007) ont recueilli des écrits professionnels provenant uniquement de la classe alors que Mérini et coll. (2009) se sont adressés à l'équipe-école s'intéressant autant à l'école qu'à ses partenaires. L'approche de Berger peut paraître trop restrictive quand on s'intéresse aux pratiques enseignantes collectives et donc à la mobilisation d'une équipe autour d'une problématique commune d'éducation à la santé.

1.5.2 Le partenariat en matière de santé

La recension des écrits en matière de partenariat montre qu'une grande partie des recherches référant au partenariat en matière de santé que ce soit à l'école ou dans d'autres milieux d'intervention relève du domaine de la santé publique, notamment à propos de la prévention du VIH, des toxicomanies et du suicide. La plupart d'entre elles mobilisent la notion de partenariat sans la définir, la considérant plutôt comme un facteur contextuel influençant l'implantation de programmes qui relèvent d'accords interorganisationnels (Berger, de Peretti, Poisson, Campiutti et Collet, 1998; Carlson, Eisenmann, Pfeiffer, Jager, Sehnert, Yee, Klavinski et Feltz, 2008; Kreulen, Bednarz, Wehrwein et Davis, 2009 et Weiner, Cantara, Kuon et Lione, 1988).

Peu d'auteurs ont abordé la question d'un point de vue scolaire et quand ils l'ont fait, c'est en réduisant la notion de partenariat en un simple accord entre les organisations.

Quelques-uns, essentiellement français, se sont pourtant appuyés sur une modélisation plus ou moins explicite de la notion de partenariat. Dans cette catégorie, on peut identifier deux types de démarche : l'une définit le partenariat, mais n'utilise pas la modélisation pour analyser les résultats obtenus (Berger et coll., 1998), l'autre modélise et caractérise le partenariat et organise les résultats à partir des catégories du modèle (Mérini et de Peretti, 2002; Mérini et coll., 2009).

Au Québec, aucune recherche n'a, jusqu'à ce jour, présenté des travaux sur le partenariat au regard de l'éducation à la santé en milieu scolaire dans ce genre de logique.

1.5.3 Les pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la santé à l'école primaire

La recension des écrits, au Québec comme en France, laisse entrevoir un point commun : les recherches se sont intéressées aux pratiques d'enseignement individuelles c'est-à-dire l'enseignant et les élèves dans la classe ou le gymnase telles que définit par Marcel (2002). Une seule recherche réalisée en France par Mérini et coll. (2009) s'est intéressée aux pratiques collectives des enseignants du primaire en éducation à la santé dans et hors la classe et dans et hors l'école.

- Au Québec

Au Québec, les recherches ont abordé les pratiques professionnelles du point de vue de l'enseignant seul dans sa classe. En 2002, Michaud a privilégié les perceptions des éducateurs physiques au primaire et au secondaire par une lecture de pratiques individuelles centrée sur un champ disciplinaire. Turcotte (2006), quant à lui, a travaillé sur des pratiques aussi individuelles à la fois déclarées et observées d'éducateurs physiques au primaire.

- En France

En France, cette lecture des pratiques est fondée sur les déclarations des professeurs d'éducation physique et sportive au collège (Cogérino et coll., 1998), et des professeurs des écoles (Jourdan, et coll., 2002). Mérini et coll. (2009) qui se sont intéressés aux dynamiques collectives de travail à partir d'un modèle de partenariat ont démontré que les équipes optent pour un mode de fonctionnement collectif spécifique pour répondre aux besoins des élèves. De plus, ils ont observé que les actions en éducation à la santé se développent grâce à des vecteurs d'action c'est-à-dire des structures ou des dispositifs apportant des moyens matériels, financiers ou humains qui vont permettre aux équipes de mettre en place ou de stabiliser leurs actions. Ces vecteurs peuvent jouer deux rôles. Premièrement, ils peuvent impulser et être à l'origine de l'action : ils sont alors appelés *origine.* Deuxièmement, ils peuvent permettre, dans leur apport de moyens, de stabiliser ou de développer l'action, et dans ce cas ils sont appelés *bailleurs*. Tels que présentés dans le tableau 2, ces vecteurs se répartissent selon cinq niveaux de décision.

Tableau 2: Le type de vecteur et sa caractérisation

Type de vecteur	Caractérisation
École	Les actions sont organisées et animées par les équipes-école en relation avec les parents selon les possibilités locales
Circonscription[16]	Les actions unissent plusieurs écoles dans des projets d'envergure marquant une politique de circonscription
Territorialité (la municipalité, la région ou le département)	Les actions sont possibles grâce à la volonté d'une politique locale qui soutient matériellement ou financièrement l'action
Intervenants extérieurs (organismes ou individus)	Les actions (ateliers ou séquence de prévention) sont animées par des personnes-ressources (parents, experts, etc.) ou professionnelles
Nationaux/internationaux	Les actions sont rendues possibles grâce à l'appui d'organismes qui structurent des dispositifs nationaux ou internationaux voire soutiennent l'action matériellement ou financièrement

[16] L'équivalent des circonscriptions est appelé commission scolaire au Québec

On peut s'interroger sur les préférences des équipes à adopter tel ou tel vecteur ainsi que sur les différences susceptibles d'exister entre le Québec et la France. En effet, selon que les équipes vont investir plutôt tel niveau de décision (l'école, la territorialité ou les communautés, etc.) que tel autre, cela va mettre à jour des chaînes de volonté politiques différentes traduisant les « forces » en présence : d'un côté, au Québec, les parents et les communautés traduisant des engagements d'ordre privé et de l'autre côté, une force d'ordre étatique et administrative en France,. Par ailleurs, on peut pointer que la structure décisionnelle française (la municipalité propriétaire et gestionnaire de l'École et l'Inspecteur de l'Education nationale responsable hiérarchique) réduit considérablement la marge de manœuvre des équipes et leur autonomie décisionnelle.

En résumé, travailler l'éducation à la santé à l'école demande de la part des équipes-école une ouverture vers l'extérieur et d'aller au-delà des interventions thématiques et disciplinaires. La recension des écrits nous montre qu'au Québec, très peu voire aucune recherche ne s'est intéressée à décrire et à analyser l'éducation à la santé à travers le filtre de l'école (le travail collectif) et non à travers une profession (les enseignants en éducation physique et à la santé). Les questions de recherche sont donc les suivantes :

- **Questions de recherche**

Au-delà des différences de contexte socio-politique qui ne sont pas le propos de ce travail, on peut s'interroger sur la nature des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires québécoises et françaises et les mécanismes de construction de l'action collective. Sont-ils comparables? Et en quoi?

Les résultats devraient permettre de mieux comprendre la nature et la complexité des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires québécoises et françaises. Cette recherche contribue également à explorer les mécanismes de construction de l'action collective en s'appuyant sur la modélisation théorique du partenariat que nous allons définir dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

La thèse est construite autour de deux notions fortes : celle de l'éducation à la santé en milieu scolaire que nous avons explorée au chapitre précédent au travers des écrits scientifiques et le partenariat qui est notre cadre théorique d'analyse. Notons que pour l'instant, ces deux champs n'ont pas été forcément associés dans la recension des écrits que nous venons d'examiner.

L'éducation à la santé n'est pas seulement l'affaire de l'école et des acteurs de la Santé publique. Elle relève, aussi de l'action quotidienne de la communauté éducative, d'un travail collectif avec les parents, et nécessite une organisation du travail scolaire qui diffère de la structure-classe (Vincent, 1994). En ce sens, le partenariat peut être un des modes d'organisation du travail scolaire qui va ou peut permettre la diversification des activités scolaires notamment en sortant des activités thématiques selon une approche hygiéniste et sanitaire et en utilisant une approche systémique et globale de la santé.

Dans ce chapitre, nous avons, dans un premier temps, examiné la notion de « partenariat » à travers un réseau conceptuel. Ensuite, nous avons développé trois

des typologies identifiées dans ce réseau qui nous apparaissaient comme étant les plus pertinentes pour analyser les mises en œuvre de l'éducation à la santé à l'école.

2.1 Définition du partenariat

Il faut rappeler que cette notion de partenariat est relativement jeune. Elle n'entre dans le dictionnaire Larousse qu'à la fin des années quatre-vingt. De fait, elle reste en cours d'élaboration, et n'est pas stabilisée malgré les quelques tentatives pour la cerner (le colloque Établissements et Partenariats 1993; Zay, Gonnin-Bolo, 1995 ou plus récemment encore Dhume, 2004). Cette notion issue de l'économie de marché comme peuvent l'être les termes « actionnariat » ou d'« entreprenariat » marquant par là un aspect majeur du partenariat qui est d'améliorer la productivité ou l'élargissement du champ. Ainsi dans notre cas, le partenariat améliorerait ou faciliterait les mises en œuvre de l'éducation à la santé à l'école. Les origines «libérales» de la notion ne sont pas, pour autant sans poser problème au monde scolaire, voire de la santé dont l'univers de codes est différent.

Afin de mieux comprendre ce que recouvre la notion de partenariat, il nous faut revenir à l'étymologie du mot telle que Mérini l'a réalisée en 1993. Partenaire vient de *parçuner* et *parcener* employés dans le français du XVIIIe siècle. Ces mots signifiaient, alors, propriétaire indivis ou co-partageant, et mettaient en avant la dimension d'association. Si on remonte plus loin dans le temps, *parçuner* et *parcener* viennent du latin *partitio-partitionis* ce qui signifie division, séparation, partage soulignant par là l'idée d'opposition. La relation partenariale est donc à la fois le fait d'une association, mais aussi d'une opposition. Autrement dit, s'il y a bien alliance dans le partenariat, ce n'est pas seulement sur la base de communautés, c'est aussi sur

la base des différences existantes, ce qui nous permet de dire que la relation partenariale est paradoxale, interactive et évolutive parce que justement elle s'organise autour du double aspect : « agir avec » et, en même temps « agir contre l'autre » pour construire un espace d'action commun respectueux des univers de chacun (Mérini, 1999, 2006).

Mérini continue son analyse en soulignant que le suffixe « ariat » désigne un système, une forme d'organisation de l'action et que cette organisation est située dans un intervalle organisationnel externe, mais aussi interne entre les acteurs de l'éducation

Voyons à présent à quoi rattacher la notion de partenariat au travers la recension des écrits d'une série d'auteurs.

L'analyse de la littérature portant sur le partenariat présente, en effet, un éventail d'éléments qui caractérisent cette notion que nous avons reliés ou catégorisés pour faire émerger les grandes logiques qui fondent le partenariat. Le schéma du réseau notionnel (figure 2) identifie différents auteurs et les caractéristiques de leur travail.

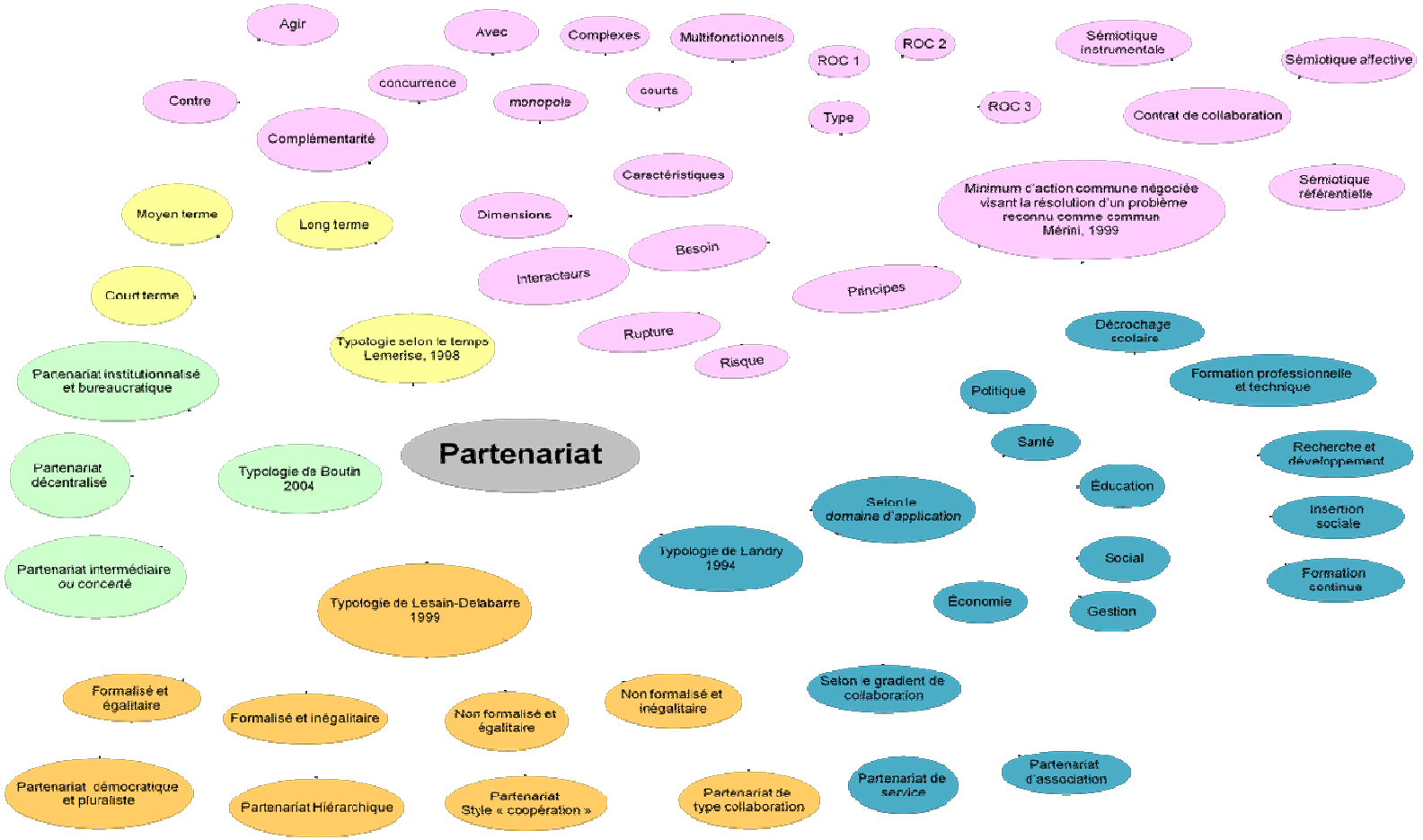


Figure 2: Réseau notionnel sur le partenariat

Certains auteurs ont situé, dans un premier temps, le partenariat dans le champ organisationnel. Boutin (2004) et Lemerise (1998) se sont attachés, eux, plus particulièrement à caractériser le partenariat dans une relation espace-temps. Pour Boutin (2004), le partenariat peut être situé à partir de trois champs organisationnels (bureaucratique, décentralisé ou concerté) et pour Lemerise (1998) sur trois temporalités différentes (court, moyen et long termes).

Landry (1994), Lesain-Delabarre (1999) et Mérini (1999, 2006) ont situé le partenariat à partir de ses domaines d'application dans le champ social. Dans cette localisation du partenariat de Landry, nous nous situons, bien sûr dans celui de l'éducation. Lesain-Delabarre (1999) et Mérini (1999, 2006) sont allés plus loin dans leur analyse en précisant la relation partenariale selon le degré de coopération des acteurs. Lesain-Delabarre (1999) identifie la relation partenariale à partir de deux axes : celui de l'égalité dans la relation entre les partenaires et celui de la formalisation de l'action. Mérini (1999, 2006) met l'accent sur trois caractéristiques qui fondent le partenariat : la nature paradoxale de la relation partenariale en elle-même, les structures dans lesquelles s'ancre l'action (les réseaux de collaboration), et enfin le contrat de collaboration qui « cimente » la relation entre les acteurs. Les auteurs sont unanimes pour affirmer que le partenariat est une notion polysémique même si elle réfère essentiellement à une expérience de collaboration entre l'école et son contexte dans le but de favoriser les apprentissages.

Les typologies de Landry (1994), de Lesain-Delabarre (1999) et de Mérini (1999, 2006) offrent un éclairage pertinent sur le partenariat en milieu scolaire dans le cadre de cette étude.

1.1.1 La typologie de Landry

Landry (1994) définit le partenariat comme *le résultat d'une entente entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un même objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives* (p.15).

La typologie selon le gradient de collaboration de Landry identifie trois styles de partenariat :

1. *un partenariat de service* qui constitue davantage une façon de travailler qu'un véritable partenariat. Tout se passe comme s'il y avait un « commanditaire » et un « prestataire de service » dans le cadre d'une sous-traitance; les partenaires se confinent à des relations plutôt informelles dans un rapport bureaucratique et échangent des ressources sans objectif commun;
2. *un partenariat de réciprocité* qui se caractérise par une coopération étroite entre les organisations qui collaborent à un projet éducatif commun à long terme. Les partenaires y ont des objectifs en commun à atteindre et des responsabilités à partager. Les relations sont plutôt formelles, fréquentes, continues et la dynamique interorganisationnelle est très forte. Ce type de partenariat a de nombreux avantages tels que : l'accès à une diversité de ressources provenant d'environnements riches et variés, l'acquisition et le développement d'habiletés, enfin le transfert des connaissances et
3. *un partenariat associatif* qui se situe entre ces deux extrêmes et se caractérise par des relations de type conjoncturel ou épisodique entre deux ou plusieurs organisations.

La typologie de Landry a le mérite de situer l'action conjointe dans un panorama organisationnel avec trois grands types de possibilités d'action marquant en même

temps le degré de coopération entre les parties : la première relève de l'économie (la commandite), la seconde des institutions et des accords qu'elles nouent entre elles, la troisième est moins formelle et donc à la fois plus fragile, mais aussi mieux adaptée aux exigences du contexte.

1.1.2 La typologie de Lesain-Delabarre

Lesain-Delabarre (1999) définit le partenariat comme :

> «*une relation entre institutions, et donc aux coopérations, collaborations, relations formelles ou non entre sections, services et établissements qui jouissent d'un statut d'autonomie relative les uns par rapport aux autres* (p.139)».

Il offre une typologie organisée sur deux axes : celui de l'égalité ou l'inégalité des contributions de chacun, en fonction des effets qu'il retire de la coopération et des effets induits sur les populations bénéficiaires, et celui de la formalisation ou de la non-formalisation, à savoir, la plus ou moins grande précision des actions attendues de chacun, définies dans un cadre précis, selon des principes éventuellement opposables, et source de régulations pour chacun des partenaires (figure 3).

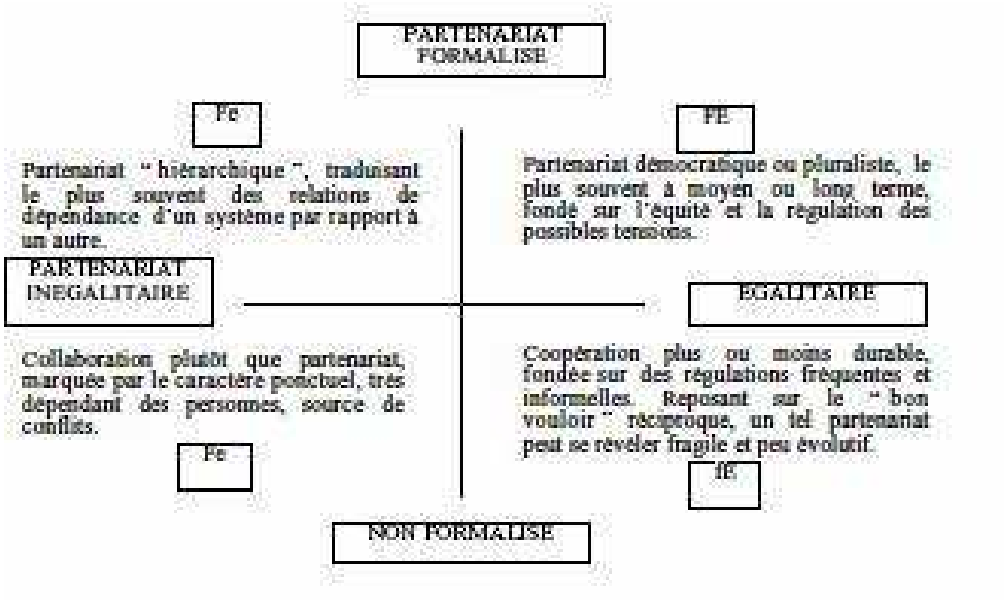


Figure 3: Modélisation du partenariat selon Lesain-Delabarre (1999)

Il en ressort quatre catégories typiques :

1. *le partenariat hiérarchique* qui est un partenariat formalisé et moins égalitaire qui se traduit le plus souvent par des relations de dépendance d'un système par rapport à l'autre;

2. *le partenariat démocratique* ou pluraliste qui est formalisé et égalitaire et qui est le plus souvent (à moyen ou long terme) fondé sur l'équité et la régulation des possibles tensions;
3. *le partenariat de style coopération* qui est un partenariat moins formalisé et égalitaire, plus ou moins durable, fondé sur des régulations fréquentes et informelles reposant sur le « bon vouloir » réciproque. Ce type de partenariat peut se révéler fragile et peu évolutif et

4. *le partenariat de style collaboration* qui est un partenariat moins formalisé et moins égalitaire.

Contrairement à la typologie de Landry, celle de Lesain-Delabarre marque la nature des relations entre les acteurs et les positionnements qui s'instaurent entre eux, déterminant les zones de pouvoirs et de contre-pouvoirs qui peuvent être développées à partir de là. L'auteur relève aussi six variables qui permettraient de spécifier le partenariat dans le champ scolaire :

1. l'altérité : pour qu'il y ait partenariat, il faut qu'il y ait au moins deux projets, au sens large, et au moins deux partenaires;

2. l'existence de finalités ou de projet : il faut qu'il existe de part et d'autre, le projet de faire quelque chose ensemble, la visée de finalités. Le partenariat s'installe dans cet espace où les acteurs peuvent viser leurs finalités propres tout en visant des finalités communes;

3. la nature et l'étendue de la négociation au terme desquelles une forme commune est définie comme étant l'objet du partenariat;

4. les marges d'initiatives de chacun des partenaires. L'auteur souligne la grande différence entre les partenariats voulus, imposés et portés par un appareil hiérarchique et les partenariats impulsés par les acteurs de base, parfois malgré la hiérarchie;

5. l'existence de personnes qui peuvent jouer un rôle d'intermédiaire ou d'interface entre les structures impliquées dans le partenariat et

6. la variété des effets et des réalisations développées dans le cadre du partenariat; effets et produits qu'il serait imprudent de confondre avec le projet de partenariat proprement dit.

1.1.3 La typologie de Mérini

Outre la caractéristique majeure du terme partenariat que l'étymologie a pu pointer qui est le processus dialectique de travail avec et en même temps contre l'autre, Mérini (1992, 1999, 2006) a défini le partenariat comme *le minimum d'action commune négociée visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnue comme commune* (p.13). Notons qu'elle souligne, comme Lesain-Delebarre, l'importance de la négociation dans la relation partenariale.

Elle montre que la notion de « partenariat » prend appui sur l'action et sur des modes de fonctionnement en réseau qu'elle définit comme des connexions non stabilisées d'acteurs ayant à agir ensemble sur un problème reconnu comme commun. Les réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) sont des structures au sein desquelles les compétences et les champs d'action s'agencent de manière à répondre au projet commun de résolution de problème. Les ROC(s) sont utilisés pour mettre en synergie des acteurs et des actions. Ces réseaux sont :

- courts, afin qu'il y ait une proximité réelle ou virtuelle entre des acteurs;
- complexes, en raison de l'hétérogénéité des systèmes d'intérêts et des cultures organisationnelles d'origine des acteurs et des enjeux, mais aussi au travers de leur niveau d'intervention et des interactions qui s'y développent et
- multifonctionnels, car, information, innovation et décisions y circulent dans le même temps.

Mérini (1999, 2006) a construit une typologie de ces réseaux à partir de quatre indicateurs afin de caractériser les structures à partir desquelles l'action s'organise :

1. le type d'ouverture de l'école sur son environnement;
2. la durée de cette action d'ouverture;
3. l'enjeu de l'ouverture et
4. la forme de la structure d'ouverture modélisée sous forme de réseau.

Le tableau 3 décrit les trois types de ROC en fonction de ces quatre indicateurs. Dans la première colonne, on retrouve les quatre indicateurs qui permettent de caractériser les trois réseaux. Chaque colonne qui suit décrit les ROC(s) selon les indicateurs.

Tableau 3: Les critères de caractérisation des réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC)

	ROC 1	ROC 2	ROC 3
Enjeu	Information	Formation	Transformation Innovation
Durée	Courte de 1h à 1 jour	Moyenne de quelques semaines à 1 mois	Peut – être très longue : plus d'un mois à plusieurs années
Forme du réseau	Étoile	Binaire	Multipolaire
Forme d'ouverture	Regard posé momentanément	Action	Foisonnant

Comme le tableau 3 en rend compte, Mérini (1999, 2006) définit trois types de ROC :

- Le réseau de type 1 est fortement centralisé autour de l'acteur organisateur ici, l'enseignant. L'intention générale de ce type de réseau est de poser un regard, d'apporter un témoignage et son enjeu est de donner une information. On peut prendre comme exemple celui d'une nutritionniste qui vient rencontrer les élèves débattre pendant une heure autour du thème de l'alimentation travaillé en classe.

- Le réseau de type 2 lie deux systèmes : l'école et l'organisation de ses partenaires qui mettent leur terrain d'exercice et/ou leurs compétences au service d'une mise en œuvre en dimension réelle et authentique de l'éducation à la santé qui pourrait prendre, si nous gardons notre exemple sur l'alimentation, la forme d'ateliers de cuisine ou de remise en forme si nous conservons le thème de la pratique d'activité physique.

- Le réseau de type 3 est une structure dans laquelle se mêlent des acteurs de niveau, de catégorie et de statuts différents dans une intention collective de recherche, d'innovation, de production, qui lie des dispositifs de formation et/ou de production, voire de recherche. Dans ce cas, les parents pourraient être associés en même temps que l'école à des artistes pour explorer les saveurs du monde et dans le même temps les spécificités artistiques et culturelles des différents pays pour aboutir à une prestation artistique d'envergure.

L’auteur continue en affirmant qu’en s’associant, les partenaires constituent à la fois une force de décision et d’action, parfois capable de contrebalancer celle des structures institutionnelles et hiérarchiques. Elle affirme que l’action partenariale ne peut voir le jour ou se développer dans de bonnes conditions sans la mise en place de quelques principes :

- *le principe de besoin* : le partenariat doit être ressenti comme « apportant un plus » à la situation classique de classe;
- *le principe d’association* : l’association de partenaires ne se produit que s’ils partagent un minimum de points de vue, de valeurs ou d’intentions à résoudre le problème commun;
- *le principe d’interacteurs* : chacun entre dans le dispositif à des titres et pour des raisons différentes, et tient donc des positions plurielles qui permettent des médiations de logiques ou de codes;
- *le principe de rupture* selon lequel entrer dans une structure plurielle suppose de rompre avec les schémas cloisonnés habituels appuyés sur des systèmes de référence monoculturels ou linéaires, au profit de schémas pluriels complexes et plus difficiles à gérer, se positionnant en rupture avec les modèles dominants et
- *le principe de risque* : ce dernier est le résultat du principe précédent par lequel chacun perd ses repères habituels et s’expose au regard de l’autre d’un point de vue identitaire pouvant provoquer des phénomènes d’opposition ou fusionnels aboutissant à des confusions de rôles.

Le tableau 4 illustre les différents principes qui régissent la relation partenariale définis par Mérini.

Tableau 4: Les différents principes d'une action partenariale et leur illustration

	Illustrations
Principe de besoin	En faisant appel à la nutritionniste, l'enseignant est conscient que cette professionnelle de la nutrition va permettre aux élèves d'acquérir plus de connaissances sur les différents groupes alimentaires et ainsi solidifier l'argumentaire préventif.
Principe d'association	Le problème de la « malbouffe » chez les jeunes reconnu par un certain nombre d'acteurs. Pour autant, chaque partenaire (nutritionniste, éducateur physique, personnel de la cafétéria) ne peut travailler seul à résoudre cette problématique.
Principe d'« interacteurs »	Les différents partenaires peuvent s'engager dans l'action commune à des titres différents. La nutritionniste ou un des membres du personnel de la cafétéria peut aussi être un parent d'élève.
Principe de rupture	Le personnel de la cafétéria qui donne des conseils aux élèves sur le choix à réaliser au moment du dîner sort de son rôle.
Principe de risque	Ce faisant, en sortant de ses pratiques habituelles, chacun s'expose davantage et donc prend des risques.

Mérini poursuit son analyse et affirme que la relation partenariale est constituée de trois dimensions caractéristiques :

1. *une dimension de monopole* qui assure aux partenaires le contrôle et la maîtrise d'un champ donné, et un certain pouvoir d'action ou tout au moins des zones d'influence spécifiques. On retrouve trois formes de monopoles :
    a. *un monopole institutionnel* : en éducation, par exemple, l'évaluation des apprentissages est de la responsabilité de l'enseignant;
    b. *un monopole affectif* : certains partenaires peuvent se sentir redevables à l'égard des autres au nom d'une amitié ancienne ou d'une relation amicale extrascolaire. Par exemple, le meilleur ami de l'enfant a sa mère qui est nutritionniste à la commission scolaire, ce qui favorise la mise en relation des acteurs;
    c. *un monopole référentiel* : chaque partenaire a son propre cadre de référence, sa propre grille d'intelligibilité des phénomènes qu'il rencontre, mais aussi, du coup, une représentation personnelle de la distribution des rôles ou de l'objet commun. L'exemple le plus commun, en éducation à la santé, voudrait que l'éducation soit confiée à l'enseignant et la santé au personnel médical scolaire.
2. *une dimension de concurrence* qui confère à la relation partenariale un aspect de compétition entre les partenaires, chacun désirant dépasser l'autre dans ses compétences et ses registres d'intervention auprès des élèves, mais aussi dans le désir de prendre la place de l'autre pensant mieux faire que l'autre et
3. *la dimension de complémentarité* dont la caractéristique essentielle est de rendre l'action complète, au moins dans les représentations que les partenaires s'en font, et qui modère les deux dimensions précédentes. C'est elle qui introduit la dimension éthique de l'action. Elle est la manifestation de la prise en compte de l'autre et d'une tierce personne, la « cible » du dispositif et aussi

> indirectement de la qualité attendue de l'action. La recherche de cohérence se fait autour de l'élève même s'il n'est pas toujours présent dans le système de décision.

Les relations de monopole et de concurrence sont des relations de type frontal qui visent la soumission de l'autre dans un système d'échanges. Elles constituent le versant « contre » de la relation partenariale alors que la relation de complémentarité en est le versant « avec ». Il est important de comprendre que cette dernière n'est pas naturelle mais qu'elle se construit au fil de la relation partenariale.

Le schéma ci-dessous résume la typologie des ROC(s) de Mérini (1992, 1994, 1999, 2006). La première partie porte sur les différents principes (besoins, association, interacteur, risque et rupture), la deuxième décrit les quatre indicateurs (enjeu, forme, durée et forme d'ouverture) qui permettent de caractériser les ROC(s). Enfin, la troisième concerne les dimensions (monopole, concurrence et complémentarité). Il est essentiel de préciser que les première et dernière partie du schéma caractérisent la relation partenariale et, de ce fait, concernent les trois types de ROC.

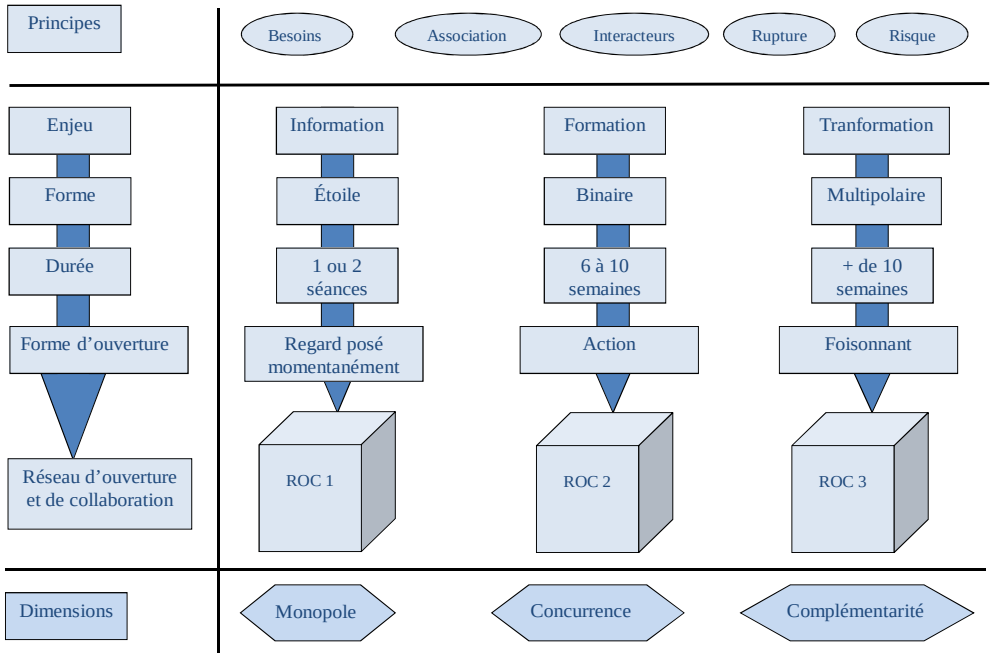


Figure 4: Modélisation de l'application théorique du partenariat de Mérini (1999, 2006), publiée sous cette forme (Bizzoni-Prévieux et Mérini, 2009)

Mérini conclut qu'il ne peut y avoir de partenariat sans négociation et sans contrat de collaboration qui est un contrat moral se développant entre les partenaires et qui « cimente » la relation partenariale. Elle affirme « *qu'on peut repérer ce contrat à partir des messages symboliques que les partenaires s'envoient par leurs positionnements, leurs niveaux d'engagement, ce qui est dit, fait, décidé, rédigé, etc.* (Op.cit p.13). Ces messages traduisent le niveau d'implication, l'engagement de chacun, la position des partenaires dans le débat collectif. Elle continue en affirmant que le contrat de collaboration mêle des codes diversifiés qui renvoient à trois registres d'échanges :

- *la sémiotique instrumentale* qui caractérise toute la partie technique de l'action commune. En éducation, on pourrait parler du projet éducatif de l'école, le plan de réussite, les demandes de subvention ou d'autorisation pour mettre en place un projet;
- *la sémiotique affective* organise le positionnement et l'implication des partenaires. Elle aménage des espaces de convivialité, et est responsable de la qualité des relations que les partenaires entretiennent entre eux et;
- *la sémiotique référentielle* qui nourrit les interactions qui se développent entre les modèles théoriques de référence, les théories d'usage ou les croyances. À l'école, dans un groupe qui serait composé d'enseignants, du personnel du service de restauration, des personnes surveillantes du midi, il est important de prendre le temps de définir ce que l'on entend, par exemple, derrière les mots « alimentation saine et équilibrée » afin d'éviter toute incompréhension ou tout malentendu dans la construction de l'action collective.

Pour conclure, Landry (1994) identifie des types de partenariat selon une échelle à trois niveaux : un partenariat de service, de réciprocité et associatif. Cette catégorisation semble être assez statique et fermée. La typologie de Lesain-Delabarre (1999) offre une catégorisation un peu plus dynamique du fait de la mise en tension des items sur deux axes : celui du partenariat égalitaire ou non égalitaire et celui de la formalisation ou de la non-formalisation. Cela donne donc une typologie selon quatre formules : le partenariat hiérarchique, le partenariat démocratique, le partenariat de style coopération et le partenariat de collaboration qu'il met en relation et en tension. Quant à Mérini (1999, 2006), elle va au-delà de la simple catégorisation des différents types de partenariat et s'intéresse au processus de changement qui est visé derrière le partenariat. En effet, Mérini est un des seuls auteurs à définir le côté double de la relation partenariale : agir avec et contre l'autre. Si l'«avec » est facilement compréhensible dans une relation partenariale, le « contre » mérite une analyse plus « fine ».

Le partenariat est une relation de gagnant à gagnant et il est indispensable que les partenaires sachent repérer leurs limites afin de ne pas investir les territoires « symboliques » de l'autre. De ce fait, il est important pour les acteurs en éducation de bien visualiser ce qui fait résistance et voir ainsi où sont les frontières et où commence le territoire de l'autre.

En conclusion, nous pouvons remarquer que les trois auteurs majeurs de la recension des écrits présentent pour caractéristique commune de dissocier la notion de partenariat de celle de commandite (expression québécoise) de délégation ou de sous-traitance expression française.

2.2 Objectifs de recherche

Le prochain chapitre présente la méthodologie adoptée pour répondre aux trois objectifs de recherche tout ceci dans une perspective comparative entre le Québec et la France. Les objectifs de recherche sont les suivants :

1. identifier et décrire la nature et la complexité des actions en éducation à la santé,
2. identifier et décrire les logiques partenariales des actions en éducation à la santé
    - Sous l'angle des réseaux d'ouverture et de collaboration
3. mettre en relation la nature des actions en éducation à la santé avec le type de réseau d'ouverture et de collaboration.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthode de recherche utilisée, une description de l'échantillon, ainsi que les stratégies de collecte et d'analyse de données ainsi que les limites méthodologiques.

3.1 Présentation de la méthode de recherche

Dans cette recherche qualitative, descriptive et interprétative, nous avons privilégié l'étude de cas multiples pour comparer les cas québécois et français et ainsi identifier les convergences et divergences entre les cas tout en visant la description et l'analyse des particularités de chacun d'entre eux.

D'après Karsenti et Demers (2000), l'étude de cas multiples permet d'augmenter le potentiel de généralisation au-delà du cas particulier. L'étude de cas, qu'elle soit unique ou multiple, est une méthode de recherche flexible qui permet au chercheur de se positionner où il veut sur le continuum quantitatif qualitatif en fonction des objectifs de recherche.

Les principaux théoriciens de l'étude de cas (Merriam, 1988; Stake, 1994, 1995 et Yin, 1994) ont parfois des postures épistémologiques, des méthodes et des approches différentes, mais ils s'entendent pour souligner sa grande souplesse et son étendue peu commune parmi les devis de recherche.

Cherchant à décrire la nature, la complexité des actions en éducation à la santé, les logiques partenariales en éducation à la santé à l'école ainsi que leur mise en relation, l'approche de Merriam (1988), qui se situe davantage dans une perspective interprétative, nous a semblé particulièrement intéressante.

En effet, Merriam avance même que ce type d'enquête naturaliste, qui s'attarde au sens des choses dans leur contexte, requiert aussi un instrument de collecte de données qui est sensible au phénomène humain et à ses complexités. L'analyse des écrits professionnels de l'école en matière d'éducation à la santé, sur une période de deux ans, est probablement un des instruments de collecte de données les plus sensibles. Merriam attribue quatre caractéristiques à l'étude de cas : *particulariste* car l'objet de l'étude est un système restreint, c'est le cas en soi qui est important; *descriptive* puisque le résultat final est une description détaillée comportant néanmoins des éléments d'interprétation; *heuristique*, c'est-à-dire 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, *inductive* qui veut dire que l'étude de cas dépend en grande partie du raisonnement du chercheur.

Contrairement à Yin (1994), Merriam (1988) voit la généralisation, les concepts et les hypothèses comme des produits de l'analyse des données dans leur contexte comme point de départ de l'étude.

3.2 L'échantillon

Les deux recherches sur lesquelles nous nous appuyons pour répondre à notre question ont été réalisées au Québec entre 2005 et 2007 et en France de 2003 à 2007[17].

Au Québec, 22 écoles ont participé à la recherche lors de la première année. Seulement, seize[18] écoles ont terminé l'étude. Parmi les raisons invoquées[19] par les six directeurs qui ont quitté l'étude, on retrouve le manque de temps, l'arrivée récente au poste de directeur, et la maladie.

Afin d'obtenir un corpus comparable, sur les 21 écoles françaises qui ont participé à l'étude, nous avons choisi les 11 écoles qui n'ont pas systématiquement été exposées à une formation de la part de l'équipe de recherche. D'autre part, l'étude française ayant une durée de trois ans, nous avons aligné les durées de chacune des études et

---

[17] Mérini, C., Victor, P. et Jourdan, D. (2009). Rapport de recherche : Analyse des dynamiques collectives de travail des écoles impliquées dans le dispositif « Apprendre à Mieux Vivre Ensemble à l'École ». Laboratoire PAEDI EA 4281 Équipe « éducation à la santé en milieu scolaire »..

[18] Les sites québécois ont gardé leur numéro de départ ce qui explique que dans l'arborescence présentée plus loin, nous ne retrouvons pas les écoles 2, 3, 13, 18 et 21 car ils ont quitté la recherche avant la fin de la deuxième année.

[19] À la fin de la première année, au moment de la collecte des écrits professionnels, les directeurs ont mentionné à la chargée de projet leur intention de quitter la recherche.

pour cela nous avons choisi de ne garder que les deux premières années de la recherche française.

Pour faire le choix des écoles, trois critères ont été retenus : le contexte environnemental, la taille de l'école et l'indice de défavorisation.

Le contexte environnemental (tableau 5) qualifié de rural, semi-urbain ou urbain est déterminé par le nombre d'écoles primaires existant dans la municipalité.

Tableau 5: Critères de détermination du contexte environnemental

Critères	Québec	France
Rural	1 école	1 école
Semi-urbain	3-4 écoles	3-4 écoles
Urbain	5 écoles et plus	5 écoles et plus

Le deuxième critère illustré dans le tableau 6 qui correspond à la taille de l'école a été qualifié de petite, moyenne ou grande à partir du nombre de classes structurant celle-ci.

Tableau 6: Critères de détermination de la taille de l'école

Critères	Québec	France
Petite	3 à 6 classes	2 à 4 classes
Moyenne	7 à 12 classes	5 à 7 classes
Grande	13 à 18 classes	8 à 11 classes

On peut d'ores et déjà noter la différence existant entre le nombre de classes composant les écoles québécoises et françaises.

Le troisième et dernier critère, pour classifier les écoles québécoises et françaises porte sur le contexte socioprofessionnel et notamment l'indice de défavorisation qui est qualifié de favorable, moyen ou défavorable (tableau 7). Au Québec, nous avons construit une échelle à trois niveaux qui s'appuie sur l'indice de défavorisation[20] variant de un à dix émis par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. L'écart entre les trois niveaux est équilibré. Par contre, en France, cet indice n'existant pas, nous retrouvons les trois niveaux sus- cités qui ont pris en compte la profession des parents, le taux d'inactifs et d'actifs au point de vue professionnel (Simar, 2007).

[20] Il s'agit d'un indice composé qui utilise la proportion de mères sous-scolarisées, (2/3 de l'indice) et la proportion de parents inactifs sur le plan de l'emploi (1/3 de l'indice). La sous-scolarité se définit comme étant la proportion de famille dont les mères ont atteint, comme plus haut niveau de scolarité, des études primaires ou secondaires, sans diplôme d'études secondaires. L'inactivité parentale concerne la proportion de familles dont aucun parent ne travaille durant la semaine de référence du recensement canadien.

Tableau 7: Critères de détermination de l'indice de défavorisation

Critères	Québec	France
Favorisé	1 à 3	Favorisé
Moyen	4 à 7	Moyen
Défavorisé	8 à 10	Défavorisé

Après avoir réalisé cette catégorisation de critères, nous avons obtenu une arborescence (figure 5) qui est présentée ci-après nous permettant ainsi de classer tous les sites québécois et français.

L'arborescence est donc développée sur trois niveaux correspondant aux trois critères: le premier concerne le contexte environnemental (R : rural; SU : semi-urbain et U pour urbain), le deuxième porte sur la taille de l'école (G : grande; M : moyenne et P pour petite) enfin, le troisième critère caractérise le contexte socioprofessionnel en utilisant l'indice de défavorisation (F : favorisé; M : moyen et D pour défavorisé). Les lettres Q et F représentent le Québec et la France et sont associées au numéro des écoles.

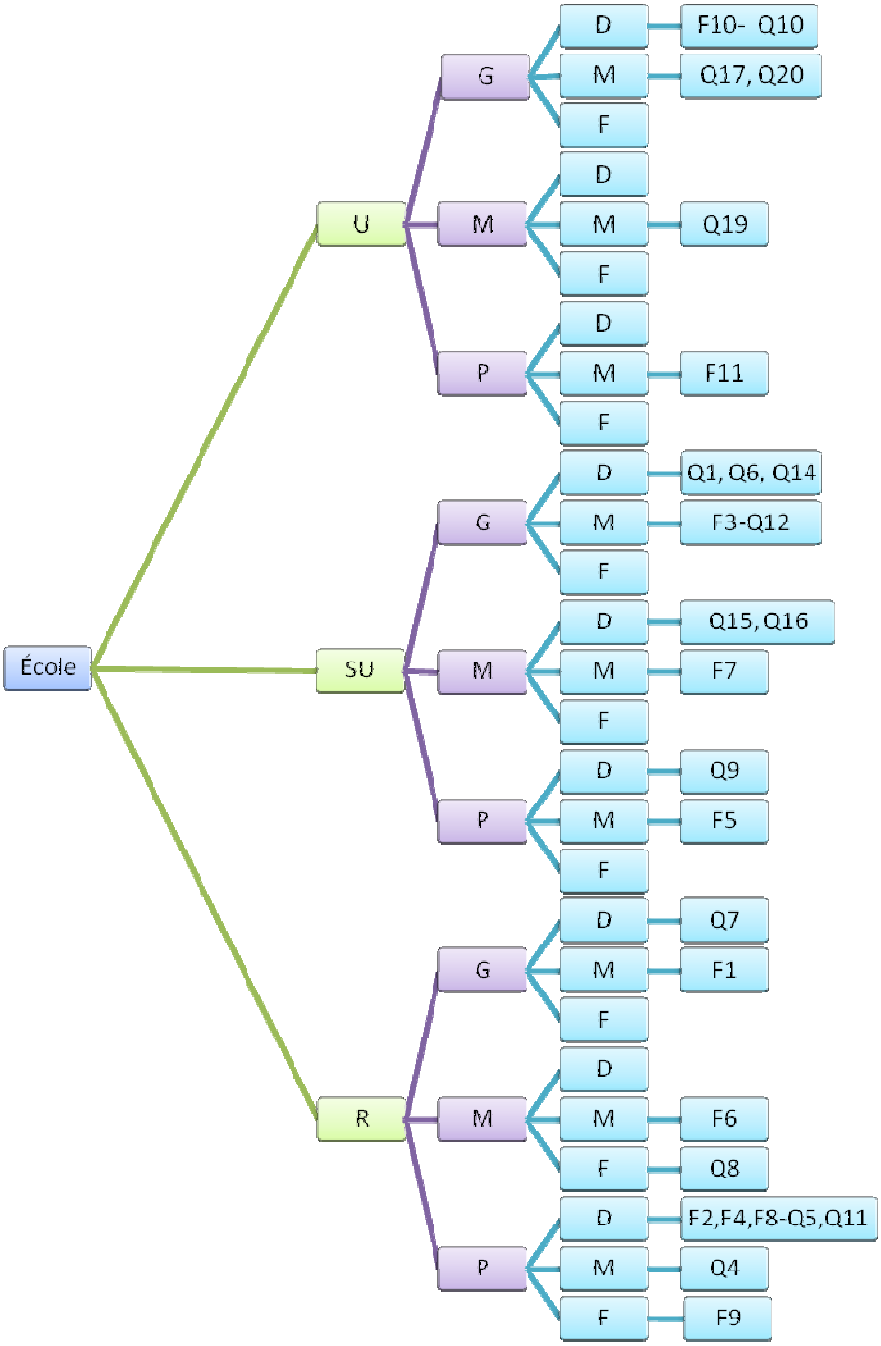


Figure 5: Répartition des écoles françaises et québécoises selon les trois critères de catégorisation (contexte environnemental, taille de l'école et indice de défavorisation)

Parmi les 27 possibilités obtenues, nous avons procédé à une série d'éliminations fondée sur des raisons différentes. Nous avons, tout d'abord, écarté, les écoles F3 et F4 dont nous n'avions pas : soit reçu d'écrits professionnels relatifs à l'éducation à la santé, soit réalisé des entretiens auprès des différents acteurs de l'école.

Puis, nous avons retiré les écoles F5 et F11, car ce sont des écoles maternelles qui ne trouvent pas d'équivalent dans l'échantillon québécois.

Les écoles Q9 et Q14 ont aussi été supprimées du fait de leur particularité administrative : en effet, on y retrouve des élèves âgés de quatre à sept ans et il n'y a pas d'école similaire en France.

Dans un second temps, nous avons éliminé toutes les écoles qui se trouvaient isolées, dans l'arborisation soit les écoles F6 et Q1, Q6, Q9, Q12, Q16, Q17, Q19 et Q20.

Après avoir extrait tous les sites ne pouvant correspondre, nous avons obtenu un appariement pour six écoles françaises et québécoises qui partagent deux ou trois critères de détermination (tableau 8).

Tableau 8: Les six paires d'écoles franco-québécoises

Québec	France	Contexte environnemental	Taille de l'école	Critères de défavorisation
11	8	Rural	Petite	Défavorisé
10	10	Urbaine	Grande	Défavorisé
4	2	Rural	Petite	Défavorisé/Moyenne
7	1	Rural	Grande	Moyenne/Défavorisé
15	7	Semi-urbain	Moyenne	Moyenne/Défavorisé
8	9	Rural	Petite/Moyenne	Favorisé

Parmi les écoles sélectionnées, nous pouvons constater qu'il y a un nombre égal de petites, moyennes et grandes écoles, sept cas sont en contexte défavorisé, trois moyens et deux favorisés et que huit cas sont en zone rurale, deux en zone semi-urbaine et deux en ville.

Afin de faciliter le repérage visuel ainsi que la compréhension dans les deux articles qui suivront, les écoles québécoises et françaises constituant notre échantillon seront identifiées par le code suivant : de Q1 à Q6 pour le Québec et de F1 à F6 pour la France.

Tableau 9: Les six paires d'écoles avec le nouveau code

Québec	France	Contexte environnemental	Taille de l'école	Critères de défavorisation
Q1	F1	Rural	Petite	Défavorisé
Q2	F2	Urbaine	Grande	Défavorisé
Q3	F3	Rural	Petite	Défavorisé/Moyenne
Q4	F4	Rural	Grande	Moyenne/Défavorisé
Q4	F5	Semi-urbain	Moyenne	Moyenne/Défavorisé
Q5	F6	Rural	Petite/Moyenne	Favorisé

3.3 La stratégie de collecte de données

La collecte des données a été réalisée selon la méthodologie initiée par Berger et coll. (2007) et développée par Mérini et coll. (2009). Comme nous l'avons déjà mentionné, la différence qui existe entre les deux méthodologies consiste dans le fait que l'équipe de Berger a collecté des traces en éducation à la santé provenant de la classe alors que les écrits professionnels collectés par l'équipe de Mérini étaient issus de toute l'école.

Par ailleurs, le focus n'était pas orienté exclusivement sur la mise en œuvre de l'éducation à la santé, mais sur le rôle du travail collectif des enseignants dans la mise en œuvre de l'éducation à la santé.

La phase initiale correspondait à une prise de contact et d'explicitation du protocole, de ses enjeux, de repérer les contraintes et les caractéristiques éthiques du projet avec les équipes d'écoles et la signature du formulaire de consentement par les directeurs d'école. Durant la phase de collecte proprement dite, les directeurs des écoles participantes devaient recueillir dans une pochette[21,22] fournie à cet effet, tous les écrits professionnels ayant trait à l'éducation à la santé, produits à l'école pendant l'année. La pochette était récupérée à la fin de chaque année.

Reconnaissons que le fait de confier la responsabilité de cette collecte au directeur peut constituer un biais méthodologique du fait que chaque enseignant n'a peut être pas confié tous ses écrits à celui-ci, ou que le directeur a pu effectuer un choix particulier dans les écrits retenus. Nous avons tenté de contrebalancer ce biais par la durée (deux ans) de la collecte.

Au cours de la phase finale, à l'issue des deux années, les principaux résultats de l'étude étaient restitués à toutes les écoles et celles-ci recevaient une mallette pédagogique élaborée par l'équipe de recherche française sur la base de l'expérience accumulée et se voyaient proposer une formation en éducation à la santé.

---

[21] Sur les pochettes il était mentionné en France : « Merci d'avoir la gentillesse de bien penser à ranger dans cette pochette les copies des traces écrites concernant le développement du " *vivre ensemble à l'école* " (CR de conseils d'école, de conseils de maîtres ou d'élèves, projet d'école, courriers adressés aux parents, CR de réunions, notes d'information internes ou externes, demandes d'aménagements, documents personnels (préparation, bilan) etc.) ».

[22] Au Québec : « Merci d'avoir la gentillesse de bien penser à ranger dans cette pochette les copies des traces écrites concernant le développement du " *Santé et Bien-être*" (CR de conseils d'école, de conseils de maîtres ou d'élèves, projet d'école, courriers adressés aux parents, CR de réunions, notes d'information internes ou externes, demandes d'aménagements, documents personnels (préparation, bilan) etc.) ».

Il existe quelques différences entre le Québec et la France au niveau des mallettes pédagogiques et du contenu des formations. Au Québec, le classeur et la collection de livres étaient offerts aux écoles avec en plus du matériel pédagogique provenant de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Les écoles qui le souhaitaient pouvaient obtenir trois heures de formation de la part du chercheur sur une problématique relative à l'éducation à la santé qui leur était « propre ». En France, les écoles recevaient le classeur « Apprendre à Mieux Vivre Ensemble à l'École » (AMVEE) dans lequel on retrouvait des activités pédagogiques disciplinaires en lien avec l'éducation à la santé ainsi qu'une collection de livres « littérature jeunesse », et la formation était liée aux activités pédagogiques du classeur et aux livres jeunesse.

3.4 La stratégie d'analyse de données

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons choisi une méthode mixte qualitative/quantitative. L'analyse qualitative a été réalisée à partir de l'indexation des écrits professionnels, avant de procéder à la catégorisation des actions en éducation à la santé par leur nature et leurs configurations partenariales. L'analyse quantitative, quant à elle, que nous avons développée par la suite, a servi à confirmer l'échantillon, à valider les données qualitatives et à mettre en relief les éléments d'analyse.

Il est important de préciser que la codification et l'analyse des actions ont été réalisées dans un premier temps par deux observateurs indépendants, puis ces

derniers 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 validait ces dernières décisions.

3.4.1 L'indexation des écrits professionnels

Afin de préserver leur anonymat, les écoles recevaient un numéro qui était indiqué sur chaque écrit professionnel. Les écrits (110 en France et 280 au Québec sur deux ans) ont été rendus anonymes et classés par ordre chronologique (de septembre à juin). Les actions en éducation à la santé ont été repérées puis codées à l'aide d'un code alphanumérique (O1, O2, …). Une même action dans différents écrits gardait le même code alphanumérique. La liste des actions ainsi repérées, école par école, puis cas par cas, constitue la base de la banque de données (pour l'illustration du procédé cf. un exemple de tableau d'indexation rempli présenté en appendice A).

Par la suite, chaque action a été analysée selon sa nature (le type de rapports travaillés), ses champs d'inscription (promotion d'un mode de vie actif ou autres thématiques de santé), les ressources utilisées (vecteurs « origine » et « bailleurs ») et le type de ROC (appendice A). Puis deux autres variables ont été créées : 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).

Le tableau présenté ci-après organise les éléments d'information qui vont ensuite soutenir l'analyse. La première partie du tableau correspond à l'indexation des écrits

professionnels récoltés (date et nature de la trace, son rédacteur, son ou ses objets, etc.) et la seconde partie du tableau, correspond, elle, à l'indexation des actions repérées (nature, champ d'application, objectifs poursuivis, les acteurs impliqués, etc.). Chaque écrit est ainsi indexé selon l'ordre chronologique de sa production, quand il n'y avait pas d'indication de date, les écrits étaient indexés dans les dernières colonnes du tableau.

Tableau 10: Tableau servant à l'indexation des écrits professionnels et des actions en éducation à la santé

SITE X Nombre total de classes : X
Nombre de classe par niveau
Tableau d'indexations pour l'année 200X-200X

INDEXATION DES ÉCRITS PROFESSIONNELS

Trace : **Type** **Date** **Heure**	T1 :	T2 :	T3 :	T4 :	T5 :	T6 :	T7
Auteur de la trace							
S'adresse à …							
Objet :							
Infos AMVEE							
Phase du projet							
Réactions de l'équipe éducative							
Opérations susceptibles d'être intégrées au projet							
Observations du chercheur							

INDEXATION DES ACTIONS

1. Descriptif

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Intitulé /projet.							
Nombres de classes concernées							
Champ d'application							
Description des opérations mises en œuvre.							
Quels liens peut-on établir avec les activités de la classe ?							
Liste des acteurs concernés.							
Date(s), durée et lieu de l'action.							
Selon quelles modalités d'organisation?							
Productions							

attendues							

2. Origine de l'action

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Evénement(s) déclencheur(s).							
Qui est à l'origine de sa mise en place ? pourquoi ? sur la demande de qui ?							
Description d'une éventuelle action antérieure.							

3. Objectifs et intentions

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Quelles sont les intentions générales de							

l'action ?							
Quels sont les objectifs poursuivis par l'action des acteurs ?							
Quels liens peut-on faire avec les objectifs de l'école ?							

4. Origine et répartition des moyens

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Des moyens humains :							
Des moyens matériels :							
Des sources de financement :							
Qui l'a décidé et pourquoi ?							

5. Gestion du déroulement de l'action

5.1 Coordination de l'action

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Qui ?							
A quel titre ?							
Statut (rémunération, obligation)							
L'action concerne qui ?							
L'action cible qui ?							
Comment ? sur quel mode ?							

5.2 Évaluation/régulation du SAC (Système d'action concret)

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Existe-t-il une évaluation ? de quel type ?							
Quels sont les critères d'évaluation ?							
Qui la mène ? quand ? comment ? et pour quoi faire ?							
Régulations : lesquelles, qui et comment ?							

Appréciations + ou – / des Enseignants, des élèves, des Parents							

5.3 Obstacles et « leviers » rencontrés

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Financiers							
Administratifs							
Humains							
Pédagogiques ou didactiques							
Manque d'information ou de connaissance…							

6. Effets et retombées

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
Effets, perçus évalués…							
Retombées effectives							
perspectives projet, piste de travail							

Observations chercheur							

Les deux dernières lignes de la première partie de ce tableau (tableau 10) qui concerne l'indexation des écrits professionnels ont un statut particulier. En effet, l'avant-dernière ligne intitulée « opérations susceptibles d'être intégrées au projet » permet au chercheur d'y noter des actions en éducation à la santé repérées dans les écrits professionnels par l'équipe de recherche mais non reconnue explicitement comme telle par l'équipe-école. La dernière ligne donne la possibilité au chercheur de se poser des questions de clarification concernant des actions, d'émettre des hypothèses, etc.

La deuxième partie du tableau intitulée «indexation des actions» permet au chercheur de décrire chacune des actions en éducation à la santé repérées dans l'indexation des écrits avec les informations présentes dans les écrits. Il se peut que le volume d'informations concernant les actions soit inégalement réparti, certaines cases restent vides par manque d'information. Dans cette deuxième partie des indexations, l'équipe de recherche peut trouver les éléments lui permettant de renseigner les différentes catégorisations à savoir : la nature des actions en éducation à la santé, les ressources mobilisées, les critères d'une action partenariale et enfin, le repérage du type de ROC et ainsi répondre aux différents objectifs de recherche.

3.4.2 Les natures des actions en éducation à la santé

La catégorisation des actions a été réalisée en fonction de la définition de l'éducation à la santé à l'école choisie (Mérini, 2007, 2009) : *l'installation d'une série de rapports à l'autre, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir, ayant comme objectif d'amener l'élève à développer des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière de santé.* Nous pouvions trouver ces indices dans le tableau «indexations

des actions» à partir de la description, de l'origine et des objectifs et intentions de l'action en éducation à la santé.

Par exemple, dans le cadre d'une action intitulée « Estim'action », les élèves d'une classe de 4ème année (9 ans) étaient encouragés à augmenter leur temps de pratique d'activité physique. Pour ce faire, ils devaient courir trois fois par semaine à l'école accompagnés du professeur d'éducation physique ou de la titulaire de classe et calculer grâce à un podomètre offert par l'infirmière du Centre Local des Services Communautaires (CLSC) le nombre de pas réalisés quotidiennement et ainsi travailler la question du rapport à soi. En effet, si l'on se réfère à la définition du rapport à soi de Mérini, on s'aperçoit que le fait d'encourager les élèves à pratiquer une activé physique relève de la dimension individuelle de l'élève et la titulaire de classe cherche à amener ses élèves à prendre soin d'eux d'un point de vue sanitaire.

Après avoir catégorisé les actions en fonction des différents rapports (aux autres, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir), nous avons identifié les ressources que l'école mobilisait pour mettre en place des actions en éducation à la santé.

3.4.3 Les ressources mobilisées : les vecteurs « origines » et « bailleurs »

Là encore, c'est à partir des informations extraites du tableau présenté ci-dessus, notamment dans les sections « origine de l'action » et « origine et répartition des moyens », que nous avons pu identifier les différentes ressources qu'elles soient à l'origine de l'action ou bien qu'elles permettent la pérennisation de celle-ci. Toujours pour illustrer la démarche et, en reprenant l'exemple cité ci-dessus, le vecteur *origine* est, dans ce cas, l'école car le projet est né de la volonté d'une titulaire de classe de

faire « bouger » les élèves. Les acteurs qui ont permis cette réalisation sont aussi issus de l'école avec le professeur d'ÉPS, le directeur d'école et l'intervenant extérieur en la personne de l'infirmière du CLSC. L'origine de l'action incombait donc au titulaire de classe qui a su s'adjoindre l'aide de l'équipe éducative. Les ressources humaines et matérielles appartenaient à l'école ce qui nous permet de parler d'un vecteur *origine* « École » et d'un vecteur *bailleur* « École ».

Une fois les ressources mobilisées identifiées, il restait alors à discerner les actions qui avaient lieu en partenariat de celles qui étaient sous-traitées ou déléguées. En effet, l'école peut faire appel à des ressources extérieures, en délégant et en quelque sorte en se «déresponsabilisant» ou bien travailler collectivement avec ces ressources dans un but commun d'éducation à la santé. Nous intéressant au travail collectif, nous avons dû mettre en place des critères pour reconnaître une action réalisée en partenariat d'une action sous-traitée[23].

3.4.4 Les critères d'une action partenariale

Comme nous l'avons mentionné plus haut, pour qu'il y ait partenariat, il faut qu'il y ait négociation (Mérini 1999, 2006). Le repérage d'au moins trois des quatre critères suivants dans les actions en éducation à la santé nous permet d'affirmer que nous sommes en présence d'actions réalisées en partenariat et non en sous-traitance:

---

[23] Un exemple de codification des actions (rapports, vecteurs et type de réseau est présenté en appendice B

- La présence d'actions interdépendantes, c'est-à-dire que les actions sont reliées les unes aux autres. Nous pouvons prendre comme exemple le réaménagement d'un parc-école. Sous ce même thème, l'école a réalisé la plantation d'un arboretum, a implanté un sentier d'interprétation, a construit un mur d'escalade extérieur, etc. Toutes ces actions ont fait appel à différents acteurs, une négociation entre les différents acteurs a donc été nécessaire ;

- La présence d'actions collectives réalisées dans une même école avec plusieurs classes telles que l'organisation de la cour d'école. En effet, la cour de récréation était le lieu de différents incidents et le conseil d'étudiants composé de représentants d'élèves de chaque classe a proposé d'organiser les récréations en mettant en place un calendrier d'utilisation des différents éléments tels que la table de ping-pong, le terrain de basket-ball, etc. Cette organisation collective traduit, là aussi, la présence d'accords et de négociations ;

- La présence d'actions collectives avec plusieurs écoles, comme des rencontres sportives inter-écoles, olympiades, présupposant, là aussi, qu'une organisation collective particulière a été négociée ;

- La présence explicite dans les échanges d'accords et de négociations entre partenaires dans les écrits professionnels.

Une fois la forme de l'intervention clairement pointée (sous-traitance ou partenariat), il restait à identifier le type de réseau en cause dans l'action partenariale[24].

[24] Un exemple de tableau illustrant la forme de l'intervention et le type de réseau est présenté en appendice C

3.4.5 Le repérage du type de Réseau d'Ouverture et de Collaboration

Là encore le repérage a été mené à partir des informations issues du tableau. Nous avons pu repérer le type de Réseau d'Ouverture et de Collaboration (ROC) en fonction des quatre indicateurs définis par Mérini (1999 ; 2006) dans sa modélisation qui sont l'enjeu, la durée, la forme d'ouverture et la forme du ROC. Ces quatre indicateurs ont été présentés et définis dans le cadre théorique (tableau 3). Pour qu'une action soit caractérisée de types 1, 2 ou 3, nous devions retrouver dans les écrits professionnels les informations sur au moins deux des quatre indicateurs. Une illustration de ces deux étapes est présentée en appendice B.

Si l'on reprend l'exemple du projet « Estim'action », nous avions des informations sur la durée (le projet se déroulait sur une période de six mois), sur l'enjeu pour les élèves qui était de construire une habitude. La variété des partenaires (professeur d'EPS, directeur d'école, titulaire de classe, infirmière du CLSC, athlète de haut niveau, etc.) et le fait que les partenaires agissaient à différents moments durant le projet traduit le foisonnement de l'action et nous permet donc d'affirmer qu'il s'agissait d'une action structurée à partir d'un réseau de type 3. Au départ, les partenaires se trouvaient uniquement dans l'école (la titulaire de classe, l'enseignant en Éducation Physique et à la Santé et le directeur de l'école). Par la suite, l'infirmière du CLSC ainsi qu'un ancien athlète olympique en athlétisme ont intégré le projet. Leur rôle était soit d'offrir aux élèves un podomètre et accompagner l'école dans son désir de devenir une « école en santé », soit de jouer le rôle de « parrain » en créant un lien virtuel avec les élèves et en les motivant à persévérer. L'enjeu d'un tel projet pour que celui-ci réussisse était de faire travailler collectivement des personnes qui n'ont pas la vocation a priori à le faire. En effet, même si la titulaire de

classe, l'enseignant en Éducation Physique et à la Santé et le directeur travaillent dans la même structure, il est rare, les études (Michaud, 2002 ; Turcotte, 2006) le démontrent, que ces derniers travaillent ensemble. Ils œuvrent le plus souvent de façon isolée et compartimentée. En plus, ce projet ne se limite pas aux murs de la classe ou de l'école mais fait appel à des partenaires extérieurs qui ne possèdent pas les mêmes logiques de travail que les enseignants et n'ont pas les mêmes buts que ces derniers. Les enseignants cherchent avant tout à transmettre des connaissances et des savoir-faire aux élèves, les parents veulent que leurs enfants soient heureux, l'infirmière souhaite diminuer la sédentarité dans une population potentiellement à risques en matière d'obésité, etc. Cette nouvelle forme de travail, moins isolée et moins compartimentée est innovante mais demande une ouverture de chacun des partenaires aux intérêts de l'autre.

Après avoir décrit la nature des actions en éducation à la santé au travers du modèle des rapports (article 1), les ressources mobilisées en identifiant les catégories de vecteurs et les logiques partenariales à partir de la typologie des ROC(s) (article 2), nous mettrons en relation dans la discussion conclusive :

- Le type de rapports et les vecteurs « origine »
- Le type de rapports et les vecteurs »bailleurs »
- Le type de rapport et le type de ROC(s)
- La combinaison de rapports et le type de ROC(s)
- L'interdépendance des actions et le type de ROC(s)

Cette mise en relation nous permet de comprendre les logiques qui sous-tendent la mise en place d'actions en éducation à la santé. Par exemple, lorsque les écoles

travaillent le rapport à soi. Sont-elles toujours, souvent, jamais à l'origine de l'action, travaillent-elles le plus souvent en partenariat ou en sous-traitance ? etc. les questions sont nombreuses et les réponses peuvent être multiples.

Par la suite, nous comparons la nature des actions, les ressources utilisées, les logiques partenariales ainsi que ces mises en relation effectuées entre les écoles québécoises et françaises.

3.4.6 La comparaison

Pour comparer les données entre la France et le Québec en tenant compte des variations entre les douze écoles, des pourcentages ont donc été calculés pour chacune des douze écoles et pour chaque pays (deux strates) (ex. nombre d'actions travaillant le rapport à soi sur le nombre total d'actions) et ceci pour chacun des huit indicateurs retenus. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata version 11 (StataCorp, 2009[25]). La statistique Chi-carré de Pearson non ajustée ainsi produite (χ^2 (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) (Source : Stata 10 help for svy tabulate twoway). Ceci a permis de comparer les proportions des échantillons selon les deux strates ainsi formées (Québec et France) et les douze écoles retenues. Cette stratégie d'analyse a permis de résoudre le problème d'auto-corrélation entre les observations (Rao et Scott, 1981, 1984). Étant donné le caractère exploratoire de cette recherche et la faible taille de l'échantillon, le seuil de signification pour chaque test a été fixé à 0,10. Étant donné le nombre de comparaisons impliquées, la correction de Bonferroni a été appliquée, situant le seuil

[25] Il n'y a pas d'auteurs car la source provient du guide qui accompagne le logiciel Stata

de signification à 0,013. Rappelons que cette étude a une visée compréhensive 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. Aussi, au-delà de ce seuil de signification sur le plan statistique, les résultats seront présentés en tenant compte des notes d'observations et des entretiens réalisés avec les acteurs dans chaque école de manière à discuter de leur pertinence d'un point de vue ethnographique.

3.5 Les limites méthodologiques

Il faut reconnaître un certain nombre de limites méthodologiques. Tout d'abord, il est difficile de comparer des «phénomènes » éducatifs internationaux sans se heurter à des problèmes de formulation.

Par ailleurs, les catégorisations telles que celles des rapports et des vecteurs *origine* et *bailleurs* sont dépendantes de la forme adoptée initialement par les chercheurs français pour mener leur ethnographie (tableau des indexations des écrits professionnels et des actions.

Reconnaissons que le fait de confier la responsabilité de cette collecte au directeur peut constituer un biais méthodologique du fait que chaque enseignant n'a peut être pas confié tous ses écrits à ce dernier, ou que le directeur a pu effectuer un choix particulier dans les écrits retenus. Nous avons tenté de contrebalancer ce biais par la durée (deux ans) de la collecte.

Nous devions, enfin, composer avec des principes de faisabilité tels que les échéances propres à la France et au Québec, les ressources et obstacles rencontrés dans le développement de la recherche (financements, disponibilités, ressources humaines, etc.). En effet, au Québec n'ayant pas reçu de financement, les chercheurs ont décidé de réaliser la collecte seulement sur deux années alors qu'en France, elle s'est déroulée sur trois ans. Pour pouvoir comparer de façon rigoureuse, il a donc fallu considérer seulement les deux premières années de collecte en France.

Dans le prochain chapitre, les résultats sont présentés sous la forme de deux articles dans une perspective comparative. Comme nous l'avons dit plus haut le premier article répond au premier objectif de la recherche qui est de décrire la nature des actions en éducation à la santé à l'école primaire au Québec et en France. Le second article porte sur la description des logiques partenariales mises en œuvre dans les actions en éducation à la santé dans les écoles des deux contextes. Du fait de la structure de la thèse par insertion d'articles donne lieu à bien des redites tant au niveau de la problématique que de la méthodologie.

Après le chapitre « résultats » constitué par la présentation des deux articles (le premier article a été accepté à la *Revue des sciences de l'éducation* et le second soumis à la *Revue canadienne de l'éducation*), on trouve un chapitre portant sur la discussion conclusive de la thèse.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

ARTICLE 1

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE PRIMAIRE: APPROCHE COMPARATIVE DES PRATIQUES AU QUÉBEC ET EN FRANCE

Caroline Bizzoni-Prévieux, Corinne Mérini, Joanne Otis, Johanne Grenier

et Didier Jourdan

Résumé :

Cette étude porte sur la nature, la complexité et le champ d'inscription des actions en éducation à la santé à l'école primaire au Québec et en France. Les résultats démontrent 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 semblent plus complexes qu'en France et combinent souvent plus d'un rapport. Enfin, au Québec, davantage d'actions en éducation à la santé s'inscrivent dans la promotion d'un mode de vie actif.

Mots-clés : Éducation à la santé, pratiques enseignantes, écoles primaires, analyse comparée, France-Québec.

HEALTH EDUCATION IN PRIMARY SCHOOLS: A COMPARATIVE APPROACH OF PRACTICES IN QUEBEC AND IN FRANCE

Abstract:

This article is focused on the nature, the complexity and the fields of registration of the actions in health education in primary schools in Quebec and in France. The results demonstrate in Quebec, this is the relationship to oneself that is most worked while in France it is the relationship to other. In Quebec, actions mean more complex and use most often more than one relation to. Finally, a large majority of health education's actions in Quebec are in connection with the promotion of an active lifestyle.

Key words: Health education, teacher's practice, primary school, comparative analysis, France-Quebec

EDUCACIÓN A LA SALUD A LA PRIMERA ESCUELA: COMPARACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN QUEBEC Y EN FRANCIA

Resumen:

Este artículo se apoya en la naturaleza, la complejidad y el campo de inscripción de las acciones en educación a la salud en las escuelas primarias en Quebec y en Francia.

Los resultados demostran que in Quebec, es la relation a sí que es el más trabajado mientras que en Francia, es la relación a otros. In Quebec, las acciones parecen más complejas y combinan más a menudo más de una relación. Por fin, una gran mayoría de acciones en educación a la salud en Quebec están en lazo con la promoción de un modo de vida activo.

Palabras clave: educación a la salud, practicas de los profesores, escuelas primeras, comparación, Francia-Quebec**.**

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 conditionnent 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 rarement de la sphère éducative. Ce sont plus généralement des justifications issues 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 est d'abord une question éducative.

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, soit associé 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, à la fois, présente comme discipline (associée à l'éducation physique) et comme domaine transversal (Turcotte, Gaudreau et Otis, 2007). Ainsi, les textes institutionnels français comme québécois laissent-ils une place significative à l'éducation à la santé (Ministère de l'Éducation Nationale, 1998; Ministère de l'Éducation nationale, 2006 et Ministère de l'Éducation du Québec, 2001).

1. Problématique

1.1 Le contexte scolaire au Québec et en France

Bien que ces prescriptions, contenues dans le programme de formation de l'école québécoise d'une part et dans le socle commun de connaissances et de compétences français d'autre part, soient proches, l'éducation à la santé ne semble pas 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, toute réflexion sur l'éducation à la santé à l'école est nécessairement bornée. Les systèmes éducatifs sont le fruit d'une histoire et s'enracinent dans une culture spécifique. Les paradigmes qui les fondent diffèrent d'un pays à l'autre. Le système éducatif français, par l'histoire de son école républicaine, est fortement orienté vers l'éducation à la citoyenneté et l'égalité de traitement. De fait, il est centré sur la transmission des connaissances reconnues comme communes à tous. Au Québec, l'accent est mis plus fortement sur le développement de compétences individuelles.

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.

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

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

1.2 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 60 et 80, 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 leur réforme, ont marqué leur volonté de développer fortement l'éducation à la santé dans le système scolaire par plusieurs circulaires qui incitaient les équipes éducatives à s'impliquer 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 de respect de soi et d'autrui, dans toutes les situations de la vie quotidienne ou dans le cadre d'approches plus spécifiques (Jourdan, 2006).

Au Québec, à l'école primaire, l'éducation à la santé se situe à deux niveaux : a) dans le domaine d'apprentissage *développement personnel* via l'éducation physique et à la santé sous une compétence disciplinaire où l'enfant est amené à adopter un mode de vie sain et actif et b) dans un 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 inclue 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, cette recherche permettra l'avancement des connaissances notamment sur la nature des actions en éducation à la santé. Les résultats contribueront à orienter les pratiques professionnelles des enseignants dans le champ et la formation des enseignants en éducation à la santé.

2. Contexte éthique

Pour examiner l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école primaire au Québec et en France, nous interrogeons d'abord la notion, puis nous analysons sa mise en œuvre à travers le filtre comparatif des actions repérées.

2.1 La notion d'éducation à la santé en question

Dans la littérature, 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'offrir des définitions.

Green (1984) et Leselbaum et De Peretti (1997), par exemple, mettent l'accent sur l'adoption et la modification de comportement en matière de santé. 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 plus l'accent sur les processus d'apprentissage et l'identification d'un champ plus large des 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. Castillo (1984) 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.

Enfin, Mérini (2007, 2009), définit l'éducation à la santé du point de vue de l'école à partir des pratiques effectives des enseignants, comme étant l'installation d'une série de rapports à l'autre, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir, ayant comme objectif d'amener l'élève à développer des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière de santé rejoignant par là le modèle écologique de Bronfenbrener (1979).

Pour cette étude, la définition de Mérini est retenue parce qu'elle permet, au contraire de toutes les autres, de qualifier les actions en éducation à la santé selon leur nature et leur complexité.

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, par exemple, le travail sur le code de vie à l'école. Le rapport à soi relève de la dimension individuelle, il cherche 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. 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. Nous pouvons citer comme exemple, les jardins pédagogiques ou l'élaboration d'un parc-école. Enfin, la dimension temporelle est abordée par le 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.

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

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

- 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 se voir confier le rôle d'éducateur à la santé, malgré plusieurs obstacles tels que 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 démontrent qu'il existe une prééminence de la dimension comportementale dans les pratiques pédagogiques de ces enseignants. Aussi, Turcotte, en 2006, comme Michaud en 2002, arrivent aux mêmes conclusions : 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 étayent la réflexion : la pratique régulière d'activités physiques, la structure et le fonctionnement du corps humain, l'alimentation, le contrôle du poids.

- En France

En France, Cogérino, Marzin et Méchin (1998) se sont intéressés aux pratiques individuelles et aux représentations des enseignants d'éducation physique et sportive au collège. Dans un premier temps, ces chercheurs ont réalisé une étude qualitative exploratoire par des réponses écrites individuelles qui démontrent 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, Cogérino et al. (1998) ont interrogé par questionnaire les enseignants en Éducation Physique et Sportive sur leur sentiment d'efficacité en éducation à la santé. Les résultats démontrent que la difficulté d'intégrer l'éducation à la santé dans le programme d'éducation physique s'expliquerait par une opposition 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 al. (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, Piec, Aublet-Cuvelier, Berger, Lejeune, Laquet-Riffaud, Geneix et Glanddier ont montré par une étude quantitative par questionnaire auprès de 673 enseignants du primaire que la majorité d'entre eux déclarent pratiquer l'éducation à la santé. L'approche est essentiellement thématique notamment en abordant les habitudes de vie telles que l'alimentation, le sommeil, la sexualité, etc., et 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. Les résultats démontrent que les questions de santé sont très largement abordées notamment 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.

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

Au Québec, ces recherches 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 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 al. (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. Malgré leur pertinence, ces recherches nous renseignent peu sur la nature et la complexité des actions en éducation à la santé réalisées dans les milieux scolaires, ni 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 analysant ces actions à travers la définition de Mérini (2007, 2009) qui permet de caractériser la nature de ces actions et leur 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 déclarées. La

méthodologie semble jouer un rôle important dans la lecture des pratiques et nous faisons le choix d'une méthodologie inédite, utilisant l'analyse des écrits professionnels telle qu'initiée par Berger et al. (2007).

2.3 Objectifs spécifiques

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons tenté de décrire et analyser les actions mises en œuvre en éducation à la santé à l'école primaire au Québec et en France, par une comparaison sous les points suivants: 1) la nature des actions qui sont mises en place en éducation à la santé, 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).

3. Méthodologie

L'approche de recherche privilégiée est une analyse comparée s'appuyant sur une logique qualitative, descriptive et interprétative du matériel recueilli et d'une analyse quantitative descriptive du classement de ces interprétations. La démarche méthodologique repose sur l'étude de cas multiples que Merriam (1988) définit en référence à quatre caractéristiques principales : particulariste car l'objet de l'étude est un système restreint, c'est le cas en soi qui est important; descriptive puisque le résultat final est une description détaillée comportant néanmoins des éléments d'interprétation; 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 inductive qui veut dire que l'étude de cas dépend en grande partie du raisonnement du chercheur.

3. 1 La sélection des écoles constituant chaque cas

Les douze 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'existent pas en France …). Un lourd travail de construction raisonnée de l'échantillon est toujours nécessaire. Les critères d'inclusion retenus ont été : 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, petite : 3 à 6 classes-2 à 4 classes, moyenne : 7 à 12 classes-5 à 7 classes et grand 13 à 18 classes-8 à 11 classes au Québec et en France respectivement); 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[26]: Appariement 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	Urbaine	Grande	Défavorisé
Q3	F3	Rural	Petite	Défavorisé (Q) /Moyenne (F)
Q4	F4	Rural	Grande	Moyenne (Q) / Défavorisé (F)
Q5	F5	Semi-urbain	Moyenne	Moyenne (Q) / Défavorisé (F)
Q6	F6	Rural	Petite (Q) / Moyenne (F)	Favorisé

[26] Les tableaux ont gardé la même numérotation que dans la version soumise à la revue.

3.2 Déroulement et instrumentation

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 al. (2007) et développée par Mérini, Victor et Jourdan (2009). La phase initiale correspondait à une prise de contact et d'explicitation du protocole, de ses enjeux, contraintes et caractéristiques éthiques aux équipes d'écoles. 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, 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 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 rend nécessaire des recueils de données étalés sur des périodes suffisantes 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 restitués aux écoles, celles-ci recevaient une mallette pédagogique élaborée sur la base de l'expérience accumulée et se voyaient proposer une formation en éducation à la santé.

3.3 Considérations éthiques

Dans cette recherche, l'ensemble des considérations éthiques a été respecté. Dans un premier temps, 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 restitution des principaux résultats de l'étude comme le fait de proposer un dispositif de formation aux acteurs est une des dimensions éthiques complémentaires du protocole, les personnes concernées étant considérées comme des sujets impliqués et non comme des objets d'étude.

3.4 Méthode d'analyse des résultats

Dans chaque écrit, les actions en éducation à la santé ont été repérées puis codées à l'aide d'un code alphanumérique (O1, O2,…). 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, constituait la base de données. Par la suite, chaque action a été analysée selon sa nature (le type de rapports travaillés) 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 étaient réalisées dans un premier temps par deux observateurs indépendants, puis ces deux observateurs se rencontraient 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 validait ces dernières décisions. Puis deux autres variables ont été créées : la première concerne la combinaison des rapports dans les actions en éducation à la santé et la seconde, la complexité des actions (simple ou complexes). Les comparaisons entre le Québec et la France ont donc été réalisées sur ces huit variables : 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 (simple, complexes); champ d'inscription (promotion d'un mode de vie actif; autres thématiques de santé).

Pour comparer les données entre la France et le Québec en tenant compte des variations entre les douze écoles, des pourcentages ont donc été calculés pour chacune des douze écoles et pour chaque pays (deux strates) (ex. nombre d'actions travaillant le rapport à soi sur le nombre total d'actions) et ceci pour chacun des huit indicateurs retenus. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata version 11 (StataCorp, 2009). La statistique Chi-carré de Pearson non ajustée ainsi produite (χ^2 (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) (Source : Stata 10 help for svy tabulate twoway). Ceci a permis de comparer les proportions des échantillons selon les deux strates ainsi formées (Québec et France) et les douze écoles retenues. Cette stratégie d'analyse a permis de résoudre le problème d'auto-corrélation entre les observations (Rao et Scott, 1981, 1984). Étant donné le caractère exploratoire de cette recherche et la faible taille de l'échantillon, le seuil de signification pour chaque test a été fixé à 0,10. Étant donné le nombre de comparaisons impliquées, la correction de Bonferroni a été appliquée, situant le seuil de signification à 0,013.

Rappelons que cette étude a une visée compréhensive 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. Aussi, au-delà de ce seuil de signification sur le plan statistique, les résultats seront présentés en tenant compte des notes d'observations et des entretiens réalisés avec les acteurs dans chaque école de manière à discuter de leur pertinence d'un point de vue ethnographique.

4. Résultats

Un nombre plus important d'actions en éducation à la santé a été répertorié dans les écoles au Québec comparativement à celles de la France (106 au Québec et 33 en France).

4.1 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 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 6ème année, visite des maternelles à l'école élémentaire.

Comparons à présent la nature des rapports travaillés au Québec et en France. Tel qu'indiqué au tableau 3, il existe une différence statistiquement significative entre la France et le Québec dans la proportion d'actions en lien avec le rapport à soi (99,1% au Québec et 51,5% en France, $p<0,0001$) et en lien avec le rapport au passé (0,9% au Québec et 9,1% en France, $p= 0,04$) alors que les autres types de rapports semblent travailler dans 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		χ^2 (1)	F (1,10)	p
		N	% [a]	N	%			
Rapport aux autres	oui	77	72,6	25	75,8	0,13	0,08	0,79
	non	29	27,4	8	24,2			
Rapport à soi	oui	105	99,1	17	51,5	52,99	52,81	0,0001
	non	1	0,9	16	48,5			
Rapport au milieu	oui	41	38,7	9	27,3	1,42	0,68	0,43
	non	65	61,3	24	72,7			
Rapport au passé	oui	1	0,9	3	9,1	5,98	7,37	0,02
	non	105	99,1	30	90,9			
Rapport à l'avenir	oui	4[b]	3,8	3	9,1	1,49	0,71	0,42
	non	102	96,2	30	90,9			

a: Le pourcentage représente la proportion d'actions référées 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.

Dans cette étude, au Québec, 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%) plutôt que les autres rapports. Le rapport au milieu physique (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 termes d'importance (38,7% au Québec et 27,3% en France). Les rapports au passé et à l'avenir qui constituent le rapport au temps sont travaillés de façon marginale au Québec comme en France, bien que cette dernière semble accorder plus d'importance au rapport au passé.

4.2 Combinaisons 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 décide de travailler 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. Les enseignants travaillent à la fois le rapport à l'autre avec la coopération et le rapport au milieu avec le jardin pédagogique. Tel qu'indiqué au tableau 4, la majorité des actions au Québec utilise plus d'un rapport (93,4%) alors qu'en France moins de la moitié des actions combine au moins deux rapports (42,4%). Cette différence est statistiquement significative ($p=0,04$).

Tableau 4: Comparaison de la combinaison de rapports repérée en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Actions	Québec N= 106		France N= 33		χ^2 (1)	F (1,10)	p
	N	%	N	%			
Utilisant un seul rapport	7	6,6	19	57,6	42,99	5,64	0,04
Utilisant plus d'un rapport	99	93,4	14	42,4			

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).

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

Les données recueillies ont par ailleurs 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. Ces actions sont en quelque sorte constituées en système d'actions et interdépendantes (Crozier et Friedberg, 1977).

Que ce soit en France ou au Québec, les actions simples sont majoritaires. Par contre, tel qu'illustré au 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.

Tableau 5: Comparaison de la complexité des actions en éducation à la santé dans les écoles primaires au Québec et en France

Actions	Québec N= 106		France N= 33		χ^2 (1)	F (1,10)	p
	N	%	N	%			
Simples	93	87,7	33	100,0	4,46	0,36	0,56
Complexes	13	12,3	0	0,0			

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

On peut constater qu'au Québec, les enseignants travaillent beaucoup plus qu'en France l'éducation à la santé à travers le thème de la promotion d'un mode de vie actif (en lien avec l'activité physique) (45,3% des actions au Québec contre 9,1% en France, p= 0,02). 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 des rencontres inter-écoles.

Il semble qu'en France, l'éducation à la santé soit majoritairement travaillée à travers d'autres savoirs, d'autres connaissances que celles reliées à la promotion d'un mode

de vie actif et à la discipline de l'éducation physique (54,7% des actions en éducation à la santé au Québec et 90,9% en France ont un lien avec d'autres thématiques et disciplines).

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		χ^2 (1)	F (1,10)	p
	N	%	N	%			
En lien avec la promotion d'un mode de vie actif	48	45,3	3	9,1	14,19	4,15	0,07
En lien avec d'autres thématiques de santé	58	54,7	30	90,9			

5. Discussion

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 plusieurs différences et 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 tels que la présence d'un enseignant en éducation physique responsable d'une partie du volet santé et d'un directeur qui est un cadre administratif, deux acteurs importants à l'école québécoise qui 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 trois différences entre le Québec et la France: 1) la nature des rapports travaillés, 2) la complexité des actions 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 y 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, 2002). 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 19ème 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 qui est: liberté, égalité, fraternité. Cette spécificité de l'école républicaine française a été réaffirmée dans la récente loi d'orientation sur l'école (MEN, 2005).

On peut aussi noter pour le rapport au milieu que, bien que ce type de rapport 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 la complexité des actions en éducation à la santé, le fait que le nombre de rapports combinés et que les actions soient plus complexes au Québec est peut-être dû à la diversité des acteurs de la communauté éducative impliqués au Québec 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, elle serait moins *sanctuarisée* que l'école française ce qui nous amène à notre troisième et dernière différence. 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 (Turcotte 2006 et Michaud 2002) 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 délégant à celui ou celle qui

passe pour le spécialiste à leurs yeux. Face à cette réalité, nous retiendrons deux points: la nécessité d'avoir une réflexion sur la nature de l'inscription de l'éducation à la santé dans le champ scolaire, et 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.

6. Conclusion

La présente étude a mis en relief une approche innovante qui a permis de regarder la nature des actions d'éducation à la santé sous un angle renouvelé au regard des déclarations sur les pratiques. On a pu pointer 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 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 et non à celle de la prévention habituellement soutenue par la Santé publique.

Cette recherche peut ainsi permettre de reproblématiser (Martinand, 2000) la mise en œuvre de l'éducation à la santé à l'école, de la regarder autrement qu'à travers les dimensions physique et sociale telle qu'elle a pu être étudiée 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, que c’est une étude de cas multiples. L’un des principes de ce type de recherche est la description détaillée d’un ou plusieurs cas et, en cela, reste difficilement généralisable. Une recherche avec un échantillon plus large permettrait, sans doute, de valider les résultats à une plus grande échelle et ainsi de mieux comprendre les interrelations entre les actions et leurs impacts potentiels, sur les pratiques enseignantes et les élèves.

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'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 manisfestes en classe en éducation à la santé.* Actes du colloque de l'AREF. Strasbourg, Fance : Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation.

Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human development. Experiment by nature and design. Boston, Harvard University Press.

Castillo, F. (1984). *Le chemin des écoliers ou l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Universités.

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 C, Schoonbroodt. (1992). Guide pratique d'éducation pour la santé. Bruxelles, Belgique: De Boeck Universités.

Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992). L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. Éditions du Seuil, coll. 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 DPD D3, avril 2003.

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, 51-65.

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, 143-164.

Green, J. (1984). *Health education model*. Dans J. Matarazzo., Weiss S., Herd J., Miller N: *Behavioral Health*. New York, État de New York: John Wiley and Sons.

Jourdan, D. (2010). Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants? Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 106p.

Jourdan, D. (2006). *Quelle éducation à la santé en milieu scolaire en France.* Communicatio présentée lors de la semaine «éducation à la santé» organisée par la Chaire de Recherche du Canada en Éducation. Montréal, Québec.

Jourdan, D, Piec, 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 addicitive. *Toxibase,* 1- 21.

Mamecier, A., Boutet-Waiss, F., Naves, P., Ravary, Y., Salle, J. et Vienne, P. (2004). Evaluation 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; FRANCE. Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 107 p.

Martinand. (2000). *Production, circulation et reproblématisation des savoirs*. Conférence de clôture du colloque AECSE/CREFI : Les pratiques de l'enseignement supérieur (octobre 2000). Toulouse, France : Université de Toulouse, Le Mirail. CR-Rom.

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 a l'école"*. Clermont-Ferrand, France : IUFM d'Auvergne – IA du Puy-de-Dôme.

Mérini, C. (2007, janvier). *L'éducation à la santé en milieu scolaire en France*. Communication présentée au 1er 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 nationale. (1998). *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Circulaire N°: 98-237, BOEN/ n°45 du 03-12-1998. Paris, France : Gouvernement de France.

Ministère de l'Éducation nationale. (2005). LOI n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école. Paris, France : Gouvernement de France.

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 de France.

Ministère de l'Éducation nationale. (2007). *Santé scolaire : Une mission d'éducation*. Paris, France : Gouvernement de France.

Ministère de l'éducation. (2001). La formation des enseignants: les orientations, les compétences professionnelles. Québec, Québec: Gouvernement du Québec.

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 2ème 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, 215-251.

Pommier J. et Jourdan D. (2007) La santé à l'école dans les pays européens. Paris, France: Editions Sudel, 220 pages.

Rao, J.N.K. et Scott, A.J. (1984). On Chi-Squared 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, TX: 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*.110-133.

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, 251-266.

Tones, K., Tilford, S. et Robinson, Y. (1990). *Health education: effectiveness and efficiency*. London, Great Britain: Chapman and Hall. 187-189.

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

ARTICLE 2

LES PARTENARIATS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ AU PRIMAIRE : ANALYSE COMPARÉE

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

Résumé :

Cette étude porte sur l'analyse comparée franco-québécoise des réseaux d'ouverture et de collaboration et des ressources mobilisées pour mettre en œuvre l'éducation à la santé à l'école. Les résultats démontrent que l'école trouve ses ressources en son sein et que le réseau dont l'enjeu est la formation des élèves est le plus fréquent. En France, les actions sont souvent sous-traitées car les enseignants considèrent les spécialistes plus compétents. Les intervenants extérieurs sont différents : en France, on retrouve surtout des «préventologues» tandis qu'au Québec, ce sont des parents ou des associations qui s'engagent dans les actions.

Mots-clés : Éducation à la santé, partenariat, ressources, écoles primaires, analyse comparée, France-Québec.

Abstract :

This study is focused on the collective work generated by the implementation of health education programs in schools in France and in Québec. Results show that school staff had different modes of collective work. In France, the health education programs are often subcontracted because teachers consider they are not as competent as public health specialists. This is not the case in Québec. In addition, community partners are different: parents and associations in Québec, health professionals in France.

Key words: Health education, partnership, primary school, comparative analysis, France-Quebec

1. Introduction

Depuis une quinzaine d'années, des auteurs tels que Perrenoud (1993), Tardif et Levasseur (2004), et Gather-Thurler et Maulini (2007) ont mis en évidence que l'organisation du travail scolaire échappe de plus en plus à la forme scolaire telle que décrite par Vincent (1994).

De nouveaux domaines d'activité comme *les éducations à ...* apparaissent dans les programmes scolaires, et leurs particularités (que nous développerons plus loin), mobilisent tous les acteurs de la communauté éducative. Dans le même temps, les différentes réformes réalisées au Québec (2001) et en France (1998), montrent que le travail collectif s'impose aux enseignants en matière d'éducation à la santé.

En 2004, Marcel, par sa modélisation du système de pratiques des enseignants du primaire, appréhende le travail enseignant à travers l'idée du groupe social que constitue l'équipe enseignante et marque par là sa contribution à une lecture élargie des pratiques enseignantes.

2. Problématique

2.1 L'éducation à la santé en milieu scolaire sous une double contrainte

En France, à partir de 1989, le fonctionnement du système éducatif se trouve très largement modifié. Ainsi, même si la classe reste toujours le dispositif de base du travail scolaire, de plus en plus d'acteurs interviennent et le travail enseignant ne peut plus se circonscrire seulement à l'espace-classe surtout en éducation à la santé (MEN, 1989, Almudever, 2004).

Au Québec, si la présence de spécialistes tels que l'enseignant en Éducation Physique et à la Santé, l'enseignant en musique, … est beaucoup plus ancienne, les pratiques n'en demeurent pas moins individuelles (Tardif et Levasseur, 2004), car elles sont structurées autour de la classe et de ses logiques d'enseignement/apprentissage.

Comme évoqué précédemment, l'inscription des activités scolaires dans des domaines d'apprentissages élargis cherchant à développer des connaissances, des attitudes et des capacités qui poussent les enseignants à développer des activités telles que les éducations à l'environnement, à la santé, à la citoyenneté, et à les inscrire dans le curriculum des élèves. Ces *éducations à* … ont pour caractéristiques d'être partagées par l'école, la famille, les associations, etc. contraignant les enseignants à travailler collectivement. Elles font davantage appel à des pratiques sociales (qui obligent à une ouverture de l'école sur son contexte) qu'à des savoirs de référence et en conséquence tendent à déstabiliser les enseignants (Lebeaume, 2004).

2.2 Les éducations à… : des activités scolaires particulières

Ces activités mettent en relation les champs disciplinaires et a-disciplinaires, ainsi que différents univers tels que l'école, la famille, la communauté, etc. et mobilisent, en conséquence, différentes catégories professionnelles (enseignants, personnels non enseignants, personnels techniques, ...) autour d'un même objectif : amener les enfants à construire des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière d'environnement, de santé et de citoyenneté. En émergence dans le milieu scolaire, les *éducations à,* et notamment l'éducation à la santé, sont souvent rejetées à la périphérie du métier (Lebeaume, 2004).

La complexité des objets propres aux *éducations à…* et l'importance d'aborder le travail collectif des enseignants nécessitent de sortir du champ des disciplines scolaires pour identifier les liens qui s'établissent entre elles et de réexaminer cadre théorique et stratégies méthodologiques de leur approche.

2.3 Examen de la réglementation

Explorons à présent le cadre réglementaire dans lequel ce type de pratiques se développe. Il se trouve être double : d'un part, la réglementation qui organise le programme des activités scolaires, (en tant que prescription primaire) et d'autre part, celle qui organise la formation des enseignants (en tant que prescription secondaire) (Goigoux, 2007).

Au niveau de la réglementation des activités scolaires, le programme de formation de l'école québécoise (MEQ, 2001) et le socle commun des connaissances et

compétences en France (MEN, 2006) font apparaître aux côtés des domaines disciplinaires, des domaines d'apprentissages [27] qui n'interpellent pas seulement l'enseignant mais toute la communauté éducative.

Au niveau de la formation des enseignants, les référentiels de compétences professionnelles de la profession enseignante pour le Québec (2001) et des enseignants pour la France (2006) incitent les enseignants à modifier, à diversifier leurs pratiques afin de mieux répondre aux besoins des élèves. Dans ces référentiels, on retrouve deux compétences au Québec et une en France liées au travail en coopération[28,29] avec la communauté éducative. (Deslandes et Bertrand (2001)[30]

2.4 Recension des écrits

La revue de littérature montre qu'une grande partie des recherches référant au partenariat en matière de santé relève du domaine de la Santé publique, notamment à

---

[27] Les Domaines généraux de formation et les compétences transversales au Québec (MEQ, 2001; 2003) et les piliers notamment les 5, 6 et 7 du socle commun des connaissances (MEN, 2006).

[28] Au Québec, la compétence 9 : Coopérer avec l'équipe-école, les parents, les différents partenaires sociaux et les élèves en vue de l'atteinte des objectifs éducatifs de l'école et la compétence 10 : Travailler de concert avec les membres de l'équipe pédagogique à la réalisation des tâches permettant le développement et l'évaluation des compétences visées dans le programme de formation, et ce, en fonction des élèves concernés.

[29] En France, La compétence 9 : Travailler en équipe et coopérer avec les parents et les partenaires de l'école.

[30] « regroupement de partenaires qui se sentent concernés par la réussite et le développement du plein potentiel, qui partagent une vision et des valeurs communes, et qui, dans leurs réalisations interpersonnelles, manifestent de la bienveillance, de la chaleur et du soutien à l'égard des autres membres de la même communauté. *La création d'une véritable communauté éducative autour de l'élève ; une intervention cohérente et des services mieux harmonisés.* (P.4).

propos de la prévention du VIH, des toxicomanies et du suicide (Berger, De Peretti, Poisson, Campiutti et Collet, 1998). La plupart d'entre elles mobilisent la notion de partenariat sans la définir, et la stabilisent pour décrire et évaluer l'implantation de programmes qui relèvent d'accords inter-organisationnels (Weiner, Cantara, Kuo et Lione, 1988; Carlson, Eisenmann, Pfeiffer, Jager, Sehnert, Yee, Klavinski et Felz, 2008 et Kreulen, Bednarz, Wehrwein et Davis, 2009)

Peu d'auteurs ont abordé la question à propos du milieu scolaire et quand ils l'ont fait, c'est en transférant leur mode de compréhension du partenariat en tant qu'accords inter-organisationnels. Quelques-uns, essentiellement français, se sont pourtant appuyés sur une modélisation de la notion de partenariat. Dans cette catégorie, on peut identifier deux genres de démarche : l'une définit le partenariat mais n'utilise pas la modélisation pour analyser les résultats obtenus (Berger et al., 1998), l'autre caractérise le partenariat et organise les résultats à partir des catégories du modèle (Mérini et de Peretti, 2002; Mérini, Victor et Jourdan, 2009).

Enfin, les recherches, en France et au Québec, sur les pratiques enseignantes en éducation à la santé à l'école ont surtout privilégié les perceptions des éducateurs physiques au primaire et au secondaire (Michaud, 2002) par une lecture des pratiques centrée sur un champ disciplinaire. Cette lecture est fondée sur les déclarations des professeurs d'éducation physique et sportive au collège (Cogérino, Marzin et Méchin, 1998), et des professeurs des écoles (Jourdan, Piec, Aublet-Cuvelier, Berger, Lejeune, Laquet-Riffaud, Geneix et Glanddier 2002). Au primaire, seul Turcotte (2006), au Québec, a travaillé sur des pratiques à la fois déclarées et observées. En France, le laboratoire Processus et Action des Enseignants : Déterminants et Impacts (PAEDI) a développé une méthodologie innovante et spécifique à partir d'écrits professionnels

relatifs à l'éducation à la santé. Initiée uniquement à partir de traces recueillies en classe, par Berger, Riffaud et Jourdan (2007), elle a été reprise et développée par Mérini, Victor et Jourdan (2009) avec des écrits professionnels en éducation à la santé collectée par l'équipe-école traçant les actions dans et hors la classe.

Le mérite de ces chercheurs a été de démontrer que les actions en éducation à la santé se développent grâce à des structures ou des dispositifs apportant des moyens matériel, financier ou humain qui vont permettre aux équipes de mettre en place ou de stabiliser leurs actions qu'ils ont nommés *vecteurs d'action*. Mérini et al. (2009) ont distingué deux logiques dans le rôle que ces vecteurs peuvent jouer. Premièrement, ils peuvent impulser et être à l'origine de l'action : ils sont alors appelés vecteurs *origine*, deuxièmement, ils permettent, dans leur apport de moyens, de stabiliser ou de développer l'action, et dans ce cas ils sont appelés vecteurs *bailleurs*. On retrouve différents types de vecteurs.

- Des vecteurs *école* : les actions sont impulsées, organisées et animées par les équipes-école en relation avec les parents selon les possibilités locales.
- Des vecteurs *territoriaux* : dans ce cas, ce sont les municipalités, les régions ou les départements qui soutiennent ou impulsent des actions.
- Des vecteurs *nationaux/internationaux* : les actions sont alors rendues possibles grâce, par exemple, à l'appui d'organismes internationaux humanitaires ;
- Des vecteurs *intervenants extérieurs* : des personnes, professionnelles ou non, qui animent des ateliers ou des séquences de prévention voire contribuent à la mise en place d'ateliers. Ces intervenants extérieurs à l'école apportent leurs moyens et/ou interviennent directement auprès des élèves.

- Des vecteurs de *circonscription*[31] : ce sont des actions qui unissent plusieurs écoles dans un dispositif d'envergure marquant ainsi une politique de circonscription.

2.5 Intérêt et situation de l'étude

2.5.1 Intérêt de l'étude

Une partie de cette étude est d'aller au-delà de la modélisation de vecteurs d'action réalisée en France par Mérini et al. (2009) et de décrire les différents types de collaboration à l'œuvre dans les actions collectives.

Au Québec, aucune recherche n'a, jusqu'à ce jour, présenté des travaux sur le partenariat en éducation à la santé à l'école.

2.5.2 Situation de l'étude

Notre recherche est d'ordre qualitatif et comparatif. Le focus de l'analyse est orienté sur les dynamiques partenariales à l'œuvre dans ce genre d'action et non sur les liens interinstitutionnels unissant l'école à d'autres structures.

[31] L'équivalent des circonscriptions, au Québec, est appelé commission scolaire

Notre intérêt est de comprendre comment les enseignants français et québécois organisent, collectivement, la porosité de l'école aux enjeux sociaux contemporains.

On peut faire l'hypothèse que si les contextes socioculturels et réglementaires des activités scolaires de la France et du Québec sont différents, les mécanismes d'organisation des pratiques enseignantes sont comparables. En ce sens, la dimension comparatiste contribue à amoindrir tout particularisme culturel. Mais il nous faut d'abord examiner plus avant la notion de partenariat et expliciter le cadre conceptuel du travail.

3. Cadre conceptuel

3.1 Le partenariat : une notion en émergence

Pour avancer dans notre compréhension de la notion de *partenariat*, nous avons choisi d'approfondir trois typologies qui permettent d'envisager le partenariat comme une forme possible de travail en éducation. Il s'agit de la typologie de Landry (1994), de la typologie de Lesain-Delabarre (1999) et de celle de Mérini (1992, 2006).

3.1.1 La typologie de Landry

Landry (1994) définit le partenariat comme *le résultat d'une entente entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un même objectif commun et le*

réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives[32]. L'auteur propose une typologie selon le gradient de collaboration à trois styles de partenariat :

- un partenariat de service entre un commanditaire et un prestataire de service,
- un partenariat de réciprocité qui se caractérise par une coopération étroite entre les organisations qui collaborent à un projet éducatif commun à long terme où les partenaires ont des objectifs communs à atteindre et des responsabilités à partager;
- un partenariat associatif qui se situe entre les deux partenariats précédents, et se caractérise par des relations de type conjoncturel ou épisodique.

Cette typologie a le mérite de situer l'action conjointe dans un panorama organisationnel avec trois grands types de possibilités d'action marquant en même temps le degré de coopération entre les parties : la première possibilité d'action relevant de l'économie (la commandite), la seconde des institutions et des accords qu'elles nouent entre elles, la troisième du milieu associatif, moins formelle et donc à la fois plus fragile mais aussi mieux adaptée aux exigences du contexte. Outre une cartographie d'ensemble des pratiques partenariales, cette typologie ne permet pas de comprendre les processus d'action mis en œuvre.

3.1.2 La typologie de Lesain-Delabarre

Pour sa part, Lesain-Delabarre (1999) définit le partenariat comme *une relation entre institutions, et donc aux coopérations, collaborations, relations formelles ou non entre sections, services et établissements qui jouissent d'un statut d'autonomie*

---

[32] *École et entreprise : vers quel partenariat ?,* Page 15

relative les uns par rapport aux autres[33]. Il offre une typologie organisée sur deux axes : celui de l'égalité des contributions et des effets induits sur les populations bénéficiaires ; et l'axe de la formalisation, à savoir, la plus ou moins grande précision des actions selon des principes éventuellement opposables, et sources de régulations pour chacun des partenaires.

Ces deux axes (égalité et formalisation), présentés tel un plan cartésien, dessinent quatre zones associées à quatre types de partenariat:

- un partenariat hiérarchique qui est formalisé et moins égalitaire, se traduit le plus souvent par des relations de dépendance d'un système envers l'autre ;
- un partenariat démocratique ou pluraliste qui, lui est formalisé et égalitaire. Il se développe le plus souvent à moyen ou long terme, et est fondé sur l'équité et la régulation des possibles tensions,
- un partenariat de style coopération, moins formalisé mais égalitaire. Il est plus ou moins durable, et fondé sur des régulations fréquentes et informelles reposant sur le « bon vouloir » réciproque de chacun des partenaires;
- une collaboration, moins formalisée et moins égalitaire qu'un partenariat. Elle est marquée par le caractère très ponctuel et dépendant des personnes.

Bien que la question du degré de formalisation croise la typologie de Landry, celle-ci marque la nature des relations entre les acteurs et les positionnements qui s'instaurent entre eux ce qui permet d'identifier les zones de pouvoirs et de contre pouvoirs.

---

[33] Partage, Convergence et démocratie : difficultés du partenariat, p.139

3.1.3 La typologie de Mérini

Nous nous appuierons sur la modélisation de Mérini (1999, 2006), pour mener notre analyse conceptuelle de la notion de *partenariat*. Mérini (1997) a défini le partenariat comme *« le minimum d'action commune négociée visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnue comme commun »* (p.13). Selon cet auteur, la négociation est au cœur de la relation partenariale. En l'absence de celle-ci, la commandite, la délégation ou la sous-traitance remplace le partenariat.

Quand il y a négociation, les enjeux, les démarches et les techniques, mais aussi les codes et les cultures se façonnent. La négociation permettra de relier des personnes, des objets, des lieux, des temps et des niveaux très différents ce qui confère une apparente complexité aux actions.

Mérini montre, par ailleurs, que la notion de *partenariat* prend appui sur l'action et sur des modes de fonctionnement en réseau qu'elle nomme: *réseaux d'ouverture et de collaboration* et qu'elle considère comme *une connexion non stabilisée d'acteurs ayant à agir ensemble sur un problème reconnu comme commun* (op.cit p.13) Ces réseaux sont des structures au sein desquelles les compétences et les champs d'action s'agencent de manière à répondre au problème commun. Ils sont utilisés pour mettre en synergie des acteurs et des actions, et permettent de comprendre les intentions de l'extension du travail enseignant à l'extérieur de la classe et de l'école.

Mérini affine la description du travail en réseaux en caractérisant ceux-ci selon quatre indicateurs : la nature, la durée, l'enjeu et la forme de l'action d'ouverture. C'est à

partir de ces quatre indicateurs, que Mérini repère trois types de Réseau d'Ouverture et de Collaboration (ROC) :

- Le premier type de réseau est fortement centralisé autour de l'acteur organisateur. Son intention générale est de poser un regard, d'apporter un témoignage relatif à une expertise particulière;
- Le deuxième type de réseau relie deux systèmes : l'école et celui de ses partenaires. Ceux-ci mettent leur terrain d'exercice et/ou leurs compétences au service d'une mise en œuvre en dimension réelle et authentique de l'éducation;
- Le troisième regroupe des acteurs de niveau, de catégorie et de statut différents dans une intention collective de recherche et/ou d'innovation, et, qui lie la classe à des dispositifs de formation ou de recherche.

Ce travail en réseau dans et hors l'école permet d'identifier les liens que l'école tisse avec son environnement.

Ces trois auteurs ont comme point commun d'inscrire la collaboration dans une perspective plus ou moins longue selon les typologies.

3.2 Objectifs de recherche

Dans cette étude, nous avons deux objectifs: le premier est de décrire les pratiques collectives des enseignants en éducation à la santé au primaire par le biais d'une comparaison franco-québécoise à partir des observables de Mérini.

Nous le ferons par un repérage en quatre temps : 1) repérage de la nature des vecteurs à l'*origine* de l'action, 2) repérage du vecteur *bailleur* permettant la pérennisation ou le développement de l'action, 3) identification du type de ROC, et enfin nous établirons 4) le(s) rapport(s) pouvant exister entre les deux vecteurs et le type de ROC (Mérini et al., 2009).

Le deuxième objectif consiste à décrire et expliquer, les différences et les similitudes des types de ROC en éducation à la santé en France et au Québec.

En reprenant les techniques méthodologiques de l'équipe PAEDI, nous montrerons que les pratiques enseignantes partenariales en éducation à la santé sont complexes c'est-à-dire construites par les liens entretenus entre acteurs et avec leurs systèmes. En effet, en éducation à la santé, les interdépendances sont, à la fois, multiples, segmentaires et épisodiques, en ce sens relèvent de dynamiques partenariales.

4. Stratégie de recherche et méthodologie

Nous privilégions l'analyse comparée en nous appuyant sur une logique qualitative, descriptive et interprétative. La démarche méthodologique repose sur l'étude de cas multiples que Merriam (1988) définit en référence à quatre caractéristiques principales : *particulariste*, c'est le cas en soi qui est important; *descriptive* puisque le résultat final est une description détaillée comportant néanmoins des éléments d'interprétation; *heuristique*, en ce sens qu'elle améliore la compréhension du cas et

permet l'émergence de nouvelles interactions ou variables, et enfin *inductive* au sens où l'étude de cas dépend en grande partie du raisonnement du chercheur.

4. 1 La sélection des écoles constituant les cas analysés

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

Afin d'éviter que les différences observées ne soient d'abord liées aux caractéristiques des écoles, celles-ci ont été sélectionnées de façon à obtenir des groupes comparables. Il importe de préciser 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 (la taille des écoles québécoises est supérieure à celle des écoles françaises, certaines ont seulement une ou deux classes, les indices de défavorisation n'existent pas en France, …). Une construction raisonnée de l'échantillon est nécessaire. Les critères d'inclusion retenus ont été : 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, petite : 3 à 6 classes-2 à 4 classes, moyenne : 7 à 12 classes-5 à 7 classes et grand 13 à 18 classes-8 à 11 classes au Québec et en France respectivement); 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, c'est la profession des parents qui a été prise en compte.

Six paires d'écoles identifiées Q1 à Q6 pour le Québec et F1 à F6 pour la France ont ainsi été obtenues (tableau 1).

Tableau 1[34]. : Les six paires d'écoles

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

Outre la recherche de l'homogénéité dans les paires, l'échantillon a été construit pour offrir une large diversité de contextes scolaires.

4.2 La collecte et le traitement des données

4.2.1 Les écrits professionnels

[34] Il est important de préciser que les tableaux gardent la même numérotation que celle qu'ils auraient eue dans l'article 2

Tant en France qu'au Québec, les directeurs des écoles participantes devaient collecter tous les écrits professionnels tels les comptes-rendus des divers conseils, des lettres aux parents, des productions d'élèves etc. dans une pochette fournie à cet effet. Celle-ci était récupérée à la fin de chaque année. Par souci de comparabilité entre la France[35] et le Québec, seuls les écrits professionnels des deux premières années ont été retenus.

Chaque écrit professionnel a été étiqueté pour une même école, puis rendu anonyme à la source. Les actions en éducation à la santé ont été codées (O1, O2, …). Une même action repérée dans différents écrits gardait le même code alphanumérique. La liste de ces actions constitue la base de la banque de données. Celles-ci ont été analysées selon le type de vecteurs sollicités et selon le type de ROC. Ces deux étapes étaient réalisées dans un premier temps par deux observateurs indépendants qui se rencontraient de manière à vérifier la concordance de leurs décisions. En cas de désaccord, une décision consensuelle était prise. Un troisième observateur validait ces dernières décisions.

4.3 Stratégie d'analyse des données

4. 3.1 La comparaison

En ce qui concerne la comparaison entre la France et le Québec, des pourcentages ont été calculés pour la France et le Québec (deux strates) (ex. nombre d'actions sollicitant le vecteur origine *école* sur le nombre total d'actions au Québec) et ceci pour chaque indicateur retenu. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le

[35] Le recueil des écrits professionnels en France a duré 3 ans.

logiciel Stata version 11 (StataCorp, 2009[36]). La statistique Chi-carré de Pearson non ajustée ainsi produite (χ^2 (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) (Source : Stata 10 help for svy tabulate twoway). Ceci a permis de comparer les proportions des échantillons selon les deux strates ainsi formées (Québec et France) et les douze écoles retenues. Cette stratégie d'analyse a permis de résoudre le problème d'auto-corrélation entre les observations (Rao et Scott, 1984). Étant donné le caractère exploratoire de cette recherche et la faible taille de l'échantillon, le seuil de signification pour chaque test a été fixé à 0,10. Étant donné le nombre de comparaisons impliquées, la correction de Bonferroni a été appliquée, situant le seuil de signification à 0,013. Rappelons que cette étude a une visée compréhensive 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. Aussi, au-delà de ce seuil de signification sur le plan statistique, les résultats seront présentés en tenant compte des notes d'observations et des entretiens réalisés avec les acteurs dans chaque école de manière à discuter de leur pertinence d'un point de vue ethnographique.

4. 3.2 Construction des actions partenariales et en réseaux

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la négociation qualifie l'action partenariale (Mérini 1999, 2006). Le repérage d'au moins trois des quatre critères suivants dans les actions nous permet d'affirmer que nous sommes en présence d'actions réalisées en partenariat et non en sous-traitance: 1) La présence d'actions interdépendantes : les actions sont reliées les unes aux autres et font appel à différents acteurs ; 2) la présence d'actions collectives réalisées dans une même école avec

[36] Il n'y a pas d'auteurs car la source provient du guide qui accompagne le logiciel Stata

plusieurs classes, 3) la présence d'actions collectives avec plusieurs écoles, 4) la présence d'échanges et d'accords explicites entre partenaires dans les écrits professionnels.

Une fois que toutes les actions en éducation à la santé en France et au Québec ont été identifiées comme étant des actions partenariales, nous nous sommes attachés à repérer le type de réseau. Pour ce faire, nous avons cherché, dans les écrits professionnels, les entretiens et dans les notes du cahier de recherche, les critères de détermination des réseaux (Mérini et Bizzoni-Prévieux. 2009 ; Mérini, 1999, 2006) : l'enjeu, la durée, la forme du réseau et la forme d'ouverture, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 2. : Les critères de caractérisation des réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC)

	ROC 1	ROC 2	ROC 3
Enjeu	Information	Formation	Transformation
Durée	Courte de 1h à 1 jour	Moyenne de quelques semaines à 1 mois	Longue : plusieurs années
Forme du réseau	Étoile	Binaire	Multipolaire
Forme d'ouverture	Regard posé momentanément	Action	Foisonnant

4.4 Limites méthodologiques

Il nous faut reconnaître un certain nombre de limites méthodologiques. Tout d'abord, il est difficile de comparer des «phénomènes » éducatifs internationaux sans se heurter à des problèmes de formulation. Par ailleurs, les catégorisations sont dépendantes de la forme adoptée par les chercheurs français pour mener leur ethnographie. Nous devions enfin composer avec des principes de faisabilité tels que : les échéances propres à la France et au Québec, les périodes de présence du chercheur sur le terrain, ainsi que les ressources ou les obstacles rencontrés dans le développement de la recherche (financements, disponibilités, ressources humaines, etc.).

5. Résultats[37]

De manière générale, un nombre plus important d'actions collectives a été répertorié dans les écoles québécoises comparativement à celles de la France (81 au Québec et 29 en France).

Les autres résultats sont présentés en respectant trois niveaux d'analyse : le premier correspond à ce qui est commun et significatif en France et au Québec ; les deux derniers correspondent à ce qui est significatif pour chacun des deux contextes.

5.1 Des actions partenariales

Notre premier niveau d'analyse pointe 76 actions partenariales et cinq sous-traitances au Québec, 20 actions partenariales et neuf sous-traitances en France. Ces résultats montrent que toutes les actions, même si elles sont plurielles ne sont pas forcément partenariales et peuvent être sous-traitées.

Il existe une différence statistiquement significative dans notre échantillon quant au nombre d'actions sous-traitées ($p= 0,004$) : les écoles françaises sous-traitent plus l'éducation à la santé que les écoles québécoises. On peut penser qu'en France, personne n'étant explicitement en charge de l'éducation à la santé, un des moyens d'agir est de faire appel à des intervenants extérieurs dans un premier temps, quitte à construire des partenariats ensuite.

[37] Les données sources des résultats sont présentées en appendice D

En France comme au Québec, les ROC 2 représentent environ 48 % des actions partenariales réalisées par les écoles. Au Québec, parmi les 76 actions partenariales, on retrouve 26% de ROC 1, 55% de ROC 2 et 19% de ROC 3. En France, sur les 20 actions réalisées en partenariat, 20% sont des ROC 1, 70% des ROC 2 et 10% des ROC 3.

5.2 La nature des vecteurs dans les actions partenariales en éducation à la santé

Au-delà du repérage de l'action et de sa structure réticulaire, on peut s'interroger sur la manière dont elle émerge et se pérennise. C'est par le biais de l'analyse de la nature des vecteurs mobilisés par les écoles primaires en France et au Québec pour mettre en place ou stabiliser des actions en éducation à la santé que l'on peut établir nos repérages.

5.2.1 Les partenaires impulsant les actions en France et au Québec

En France comme au Québec, les deux vecteurs *origine* les plus fréquemment utilisés par les écoles sont les vecteurs *école* et *intervenant extérieur* (IEX). Parmi les acteurs IEX que nous avons repérés dans les écrits professionnels, on retrouve les parents, les associations, la gendarmerie, les pompiers, les intervenants de la ligue contre le cancer, en premiers soins (secourisme). Au Québec, ce sont les parents qui sont le plus souvent sollicités par l'école.

Quand l'école et les IEX sont à l'origine de l'action, les actions réalisées en partenariat (école : $p = 0{,}002$ et IEX : $p = 0{,}001$) sont proportionnellement plus nombreuses qu'en sous-traitance. Bien que le vecteur *école* soit le plus fréquemment utilisé dans les deux contextes, il existe une différence statistiquement significative (p

<0,000). Au Québec, les écoles auraient tendance à être plus leur propre recours qu'en France.

Même si le résultat n'est pas statistiquement significatif, quand le vecteur *territorialité* est à l'origine de l'action, les actions sont proportionnellement plus nombreuses en France qu'au Québec (p = 0,068).

Après avoir identifié les acteurs impliqués à la naissance d'une action en éducation à la santé, nous nous sommes intéressés à reconnaître les ressources mobilisées pour la mise en place et la pérennisation des actions en éducation à la santé.

5.2.2 Les partenaires permettant de stabiliser les actions en France et au Québec

En France et au Québec

En France comme au Québec, les ressources humaines, matérielles et/ou financières les plus fréquemment utilisées appartiennent à l'école. Quand l'école est sa propre ressource, c'est au Québec (p = 0,003) que l'on observe la plus grande proportion d'actions (en France, 74,1% et au Québec, 41,4%). Quand la territorialité est le moyen mobilisé, c'est en France que l'on observe la plus grande proportion (p = 0,003) d'actions en éducation à la santé (31 % en France contre 7% au Québec).

5.2.3 Les vecteurs *origine* et les types de réseaux

En France

Quand l'école est à l'origine de l'action, on observe une plus forte proportion d'actions réalisées en partenariat (p = 0,046) notamment en ROC 2 (71,4%) qu'en sous-traitance. Inversement, quand les IEX sont à l'origine de l'action, les actions

auraient tendance à être le plus souvent sous-traitées (p = 0,043) que réalisées en partenariat.

Au Québec

Quand l'IEX est à l'origine de l'action, on observe une plus grande proportion d'actions réalisées en partenariat (p = 0,000), notamment en ROC 3 (57,1%).

Ce résultat marque le fait que les IEX sont différents dans les deux contextes. En effet, quand on regarde plus finement les écrits professionnels des écoles françaises et québécoises, on remarque que les IEX, au Québec, sont pour une grande majorité, des parents alors qu'en France, ce sont surtout des préventologues (ligue contre le tabac, la toxicomanie, etc.).

Enfin, et bien que cette différence ne soit pas significative, le vecteur *International/National* n'est présent, dans notre échantillon, qu'au Québec ; ceci pourrait s'expliquer en partie par la présence dans certaines écoles de programmes provincial (Iso-actif) et national (approche École en santé).

5.2.4 Les vecteurs *bailleurs* et les types de réseaux

En France

Quand l'école (p = 0,021) et la territorialité (p = 0,024) sont bailleurs et apportent leurs moyens pour mener à bien des actions en éducation à la santé, les actions réalisées en partenariat sont proportionnellement plus importantes. La territorialité semble être le type de vecteur *bailleur* favorable à la mise en place d'actions en

éducation à la santé sous forme de réseaux de type ROC 2 et 3. Enfin, quand les IEX sont employés comme ressources, on observe une plus forte proportion d'actions réalisées en sous-traitance ($p = 0,004$).

Au Québec

Bien que ce résultat ne soit pas significatif, quand les IEX sont bailleurs, une plus grande proportion d'actions auraient tendance à être réalisées en partenariat (ROC(s) 1 et 3).

6. Discussion

La discussion est orientée autour de ce qui détermine les configurations du travail collectif à savoir le type de réseaux, les ressources mobilisées à l'origine et dans le développement de l'action.

La présence importante d'actions en éducation à la santé sous-traitées en France pourrait s'expliquer, en partie, par le fait que les enseignants considèrent leurs partenaires plus compétents. Ainsi les pompiers seraient mieux placés pour fournir des informations sur les règles de sécurité ou donner une formation en secourisme, les gendarmes pour aborder la réglementation en vélo, etc. La vision techniciste de l'éducation à la santé semble embarrasser le sentiment de compétence des enseignants français. Les éducateurs physiques québécois semblent, eux, se sentir en capacité d'agir même si c'est le plus souvent d'un point de vue hygiéniste et sanitaire.

Quand on examine l'identité des intervenants extérieurs, on s'aperçoit qu'en grande partie, au Québec, ce sont les parents et les associations. Ils travaillent en étroite collaboration avec l'école alors qu'en France, ce sont essentiellement des intervenants en prévention.

On peut s'interroger sur le rôle des parents, et de leurs liens avec l'école. L'étude montre ici deux modèles différents : d'une part, le développement de services débordant le cadre scolaire (le service de garde, ou présence d'une association de parents à l'intérieur même de l'école) pour le Québec, là où en France ce genre de services est externalisé.

En effet, même si les ressources sollicitées par l'école sont différentes (en France, la territorialité semble être un acteur incontournable dans la mise en place d'actions de grande envergure en éducation à la santé alors qu'au Québec, ce sont les parents qui semblent jouer ce rôle), quand on regarde les objectifs des actions, on s'aperçoit que peu importe le contexte, ils sont, dans la majorité des cas, semblables à savoir les besoins des élève ou la demande sociale.

On peut, par ailleurs, faire l'hypothèse qu'une mise en œuvre globale et systémique de l'éducation à la santé suppose de développer des compétences non seulement relatives à l'objet mais aussi à la dimension collective du travail.

En France comme au Québec, on retrouve une majorité d'actions de type ROC2. Cette situation pourrait avoir trois raisons :

La première est en lien avec l'âge des élèves concernés par l'action en éducation à la santé. En effet, mettre en place des « capsules-santé » dont le but est une transmission d'informations (ROC 1) se révèle une stratégie inadaptée pour des élèves du primaire.

La deuxième voudrait que ce type de réseau demande moins d'habiletés à collaborer et moins de négociation car ils sont binaires et plus classiques. Ils impliquent deux personnes dans une sorte d'aller-retour de formation entre le spécialiste et l'enseignant. De fait, ils seraient moins compliqués à mettre en place qu'un ROC 3, au sens où les accords portent plus sur la structure et l'organisation de l'action que sur les enjeux qui sont largement déterminés par la forme du dispositif. D'autre part, ce type de réseau demande l'intervention d'un moins grand nombre de personnes, et les accords ne concernant que deux d'entre elles se font plus aisément.

La troisième concernerait la durée de l'action. Il s'inscrit, en effet, dans une durée suffisante pour que les apprentissages se mettent en place.

Ainsi si l'éducation à la santé semble culturellement déterminée (Bizzoni, Mérini, Otis, Grenier et Jourdan, accepté) la manière de la mettre en œuvre est, elle, plus liée aux enfants et à leurs besoins. On peut dire aussi que s'il y a une telle prégnance des

ROC 2, cela correspond à la construction des connaissances et des compétences à l'âge du primaire.

Le recours important au vecteur *école* au Québec peut s'expliquer par la présence d'un directeur d'école qui a un statut administratif de chef d'établissement pour la mise en place d'une véritable politique d'école et disposant d'un budget, mais aussi par la présence d'un éducateur physique qui a explicitement en charge l'éducation à la santé. Pourtant, quand l'un des acteurs a clairement la charge de l'objet *éducation à la santé*, la tendance naturelle des autres acteurs est de le considérer comme spécialiste et en conséquence de se *déresponsabiliser*.

Enfin la taille des écoles ainsi que le nombre d'actions en éducation à la santé qui sont beaucoup plus importants au Québec qu'en France peuvent laisser à penser que les ressources y sont aussi plus importantes. Si la différence n'est pas statistiquement significative, et peut être liée au choix des sites retenus dans notre comparaison, le vecteur *International/National* est seulement présent au Québec. Cette différence pourrait s'expliquer par la présence dans les six écoles québécoises du programme Iso-Actif qui provient de la fédération du sport étudiant (organisme provincial) et aussi d'un programme mis sur pied par le Ministère de l'Éducation du loisir et du Sport intitulé *en forme et en santé* qui permet aux écoles, qui en font la demande, de recevoir une subvention pour organiser des activités physiques pour les élèves de la dernière année du primaire. Ces éléments marquent combien la mise en œuvre de l'éducation à la santé à l'école tient à la présence d'une chaîne de volontés politiques et ne relève pas de la seule responsabilité du champ scolaire.

Au bout du compte, on peut s'interroger sur ce qui conduit vraiment les enseignants à faire de l'éducation à la santé : est-ce une réponse aux besoins évalués des élèves, une réponse à la demande sociale (entre autres celle des parents) ou un faire-valoir de l'école qui travaille son image de marque aux yeux de son environnement?

La compréhension de ce qui anime les enseignants à faire de l'éducation à la santé et la manière dont fonctionnent les équipes doit être prise en compte dans la structuration de la formation. Cela consiste à amener les enseignants à faire l'expérience du double objet : du travail en partenariat et de l'éducation à la santé en partant de leurs représentations et des mécanismes de mobilisation qui sont les leurs. Ainsi, de manière indirecte, il s'agit de susciter une modification de leurs pratiques en construisant un dispositif de formation qui reste au plus près de la réalité des leviers de changement.

S'il peut être difficile de trouver un espace dans les programmes de formation pour y insérer de tels dispositifs, les stages en milieu scolaire et la formation continue restent des lieux possibles pour de tels projets.

7. Conclusion

Au Québec, les réseaux de type 3 traduisent une implication forte du contexte social de l'école c'est-à-dire la communauté, les parents proches qui s'impliquent activement dans des actions même si elles sont complexes. En France, quand il s'agit d'un ROC 3, c'est plutôt quand la territorialité est impliquée. Hors de cela, on peut relever que la présence d'IEX et d'interventions thématiques traduit plutôt l'existence de sous-traitance.

Le travail a montré la nécessité pour la recherche comme pour la formation de s'interroger sur les habiletés à développer pour mener à bien une collaboration, mais aussi sur la spécificité des rôles de chacun dans le collectif : Par exemple, celui du directeur d'école qui peut, dans le même temps, contribuer à faire en sorte que chacun s'approprie peu à peu les mécanismes de la collaboration. Ainsi, le développement professionnel en matière de partenariat pourrait trouver profit à passer à la fois par la formation et l'expérience de l'action en situation.

L'émergence d'activités scolaires et de prescriptions qui obligent au réaménagement du travail scolaire, amène les enseignants à devoir collaborer avec des partenaires et des parents, ce qui élargit le champ d'action des pratiques enseignantes.

D'autre part, la mise en place d'actions en éducation à la santé à l'école ne peut se faire que grâce à une chaîne de volontés politiques et nous remarquons qu'en France et au Québec, ces chaînes s'organisent différemment même si les mécanismes de construction sont semblables.

En effet, on constate que les acteurs présents à côté de l'école sont quelque peu différents. Si au Québec, une grande place est faite aux parents et aux associations, en France, la territorialité et la circonscription semblent être des acteurs-clés dans la mise en place d'actions en éducation à la santé. Peu importe les acteurs, un travail en éducation à la santé en partenariat avec les parents ou une association demande une implication de la part des enseignants, une autre façon **de penser leur métier** et de

négocier avec des gens différents ce qui implique de regarder son métier autrement. En effet, la formation des enseignants les amène à penser et s'approprier leur métier de la façon classique à savoir « seul avec ses élèves dans sa classe » et à transmettre des connaissances ancrées dans des disciplines. L'apparition de ces nouvelles activités scolaires fait en sorte qu'ils ont à repenser leur métier en fonction des objectifs d'apprentissages. Pour autant, ce changement de pratique ne peut se faire seul et les enseignants devraient être accompagnés et/ou soutenus dans leur développement professionnel.

RÉFÉRENCES

Almudever, (2004). Socialisation organisationnelle des enseignants et intersignification des conduites : la dichotomie entre activités dans la classe et activités hors la classe en question. Dans J.-F. Marcel (Dir) : *Les pratiques enseignantes hors de la classe*. Paris, France : L'Harmattan. 99-113.

Berger, D., de Peretti, C., Poisson, P., Campiutti, J.-M et Collet, R. (1998). Éducation à la santé et partenariats : présentation de deux recherches-action. Recherche et Formation, 28, 47-63.

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 colloque de l'AREF. Strasbourg, France : Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation.

Bizzoni-Prévieux, C. et Mérini, C. (2009). *The question of the partnership in education.* La question du partenariat en éducation. *In Partnership in education : Theoretical Approach and case studies*; Dans Le partenariat en éducation: Approche théorique et études de cas. Sous la direction de P. Masson et M. Pilo. Thebookedition.com. pp 13-20 et 34-42.

Bizzoni-Prévieux, C., Mérini, C., Otis, J., Grenier. J et Jourdan, D. (2010, soumis). L'éducation à la santé à l'école primaire : Approche comparative des pratiques au Québec et en France. Revue des sciences de l'éducation.

Carlson, J.J., Eisenmann, J.C., Pfeiffer, K.A., Jager, K.B., Sehnert, S.T., Yee, K.E., Klavinski, R.A and Feltz, D. L. (2008). Partners for heart health: a school-based program for enhancing physical activity and nutrition to promote

cardiovascular health in 5th grade students. BMC Public Health, 8. www.biomedcentral.com/1471-2458/8/420.

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.

Deslandes, R et Bertrand, R. (2001). La création d'une véritable communauté éducative autour de l'élève ; une intervention cohérente et des services mieux harmonisés : Rapport de recherche. CQRS/MEQ. 79 p.

Gather-Thurler, M et Maulini, O. (2007). L'organisation du travail scolaire : Enjeu cahcé des réformes? Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec. 448 p.

Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. Éducation et didactique, 3, 19-41.

Jourdan, D, Piec, 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.

Kreulen, G.J., Bednarz, P.K., Wehrwein, T. and Davis, J. (2008). Clinical education partnership: A model for school district and college of nursing collaboration. Journal of school nursing, 24 (6), 360-369.

Landry, C. (1994). Émergence et développement du partenariat en Amérique du nord. In École et entreprise: vers quel partenariat? Sous la direction de Carol Landry et Fernand Serre éd. Ste Foy (Québec): Presses Universitaires du Québec, 7-27.

Lebeaume, J. (2004). Éducation à … et formes scolaires. Colloque «En quoi la réussite des élèves est-elle en relation avec la question de la santé à l'école!». Versailles, France.

Lesain-Delabarre, J.-M. (1999). Partage, Convergence et démocratie : difficultés du partenariat. Dans l'intelligence en débat. La Nouvelle Revue de l'AIS.

Marcel, J.-F. (2004). Le système des pratiques professionnelles de l'enseignant de maternelle. Dans J.-F. Marcel (Dir) : *Les pratiques enseignantes hors de la classe* Paris, France : L'Harmattan. 61-85.

Mérini, C. (1997). Une forme de partenariat privé université/entreprises Revue Éducation Permanente n°131/1997-2. 161-172.

Mérini, C. (1999, 2006). Le partenariat en formation : de la modélisation à une application. Paris: l'Harmattan.2ème édition.

Mérini, C et Bizzoni-Prévieux, C. (2009). Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école. Formation et profession, 2, 33-36.

Mérini C. et de Peretti C. (2002). Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires?, Santé publique, 14, 147-164.

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 a l'école". Clermont-Ferrand, France : IUFM d'Auvergne – IA du Puy-de-Dôme.

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 nationale. (1989). Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation. Paris, France : Gouvernement de France.

Ministère de l'Éducation nationale. (1998). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire N°: 98-237, BOEN/ n°45 du 03-12-1998. Paris, France : Gouvernement de France.

Ministère de l'Éducation nationale. (2006). Cahier des charges de la formation des maîtres en IUFM. J.O du 28.12.2006. Paris, France : Gouvernement de France.

Ministère de l'éducation. (2001). La formation des enseignants: les orientations, les compétences professionnelles. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.

Perrenoud, P. (1993). Formation initiale des maîtres et professionnalisation du métier. Revue des sciences de l'éducation, 19(1), 59-76.

Rao, J.N.K. et Scott, A.J. (1984). On Chi-Squared Tests for Multiway Contingency Tables with Cell Proportions Estimated from Survey Data. *The Annals of Statistics*, 12, 46-60.

Simar, C., Jourdan, D. et Pizon, F. (2007). *Les enseignants du premier degré et l'éducation à la santé*. Poster présenté au congrès AREF, Strasbourg 2007.

StataCorp. (2009). Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: StataCorp LP.

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, 251-266.

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.

Vincent, G. (Dir). (1994). L'éducation prisonnière de la forme scolaire. Lyon, France: PUL.

Weiner, P.D., Cantara, J. D., Kuo, N.H. and Lione, J. (1988). A partnership in health education between a neighbourhood school and a community hospital. Journal of Community Health, 13 (3), 184-194.

CHAPITRE V

DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce chapitre comprend plusieurs parties : la première correspond à une analyse générale des résultats des deux articles qui, d'ailleurs, suit le même plan que ceux-ci, à savoir : ce qui est commun au Québec et en France, et ce qui est différent dans les deux contextes; la deuxième partie prend la forme d'une discussion générale et intégrée des résultats; enfin, la troisième conclut le travail en ouvrant des perspectives en particulier de recherche.

5.1 Analyse générale des résultats

Rappelons que ce travail comporte trois objectifs : le premier consiste à décrire la nature des actions en éducation à la santé à l'école primaire au Québec et en France et le champ dans lequel se situent ces actions, le deuxième à étudier les logiques partenariales qui sous-tendent à la mise en place d'actions en éducation à la santé et les ressources mobilisées par les écoles, enfin le troisième met en relation la nature des actions et les logiques partenariales.

5.1.1 La nature des actions en éducation à la santé

- Au Québec et en France

Les résultats confirment ceux relevés dans la recension des écrits : en effet, au Québec comme en France, les interventions thématiques (la relaxation, l'hygiène dentaire, la ligue contre le tabac, etc.) sont largement supérieures à une approche globale et systémique de l'éducation à la santé. Cet état de fait peut s'expliquer, entre autres, par la nature des ressources mobilisées. En effet, la plupart des interventions thématiques, en France, sont généralement menées par des « préventologues » issus soit du champ de la Santé publique soit d'un domaine périphérique à la santé à savoir : les pompiers, la sécurité publique, les ligues contre le tabac, les toxicomanies. Au Québec, on retrouve, comme acteurs principaux dans les actions en éducation à la santé essentiellement l'enseignant en éducation physique et à la santé, les associations régionales du sport étudiant, etc.

Les actions en lien avec le rapport au milieu (les jardins pédagogiques, l'aménagement d'un arboretum) arrivent au troisième rang, après celles en lien avec les rapports à soi et aux autres. L'explication pourrait résider dans le fait que les actions liées au rapport au milieu sont de plus grande envergure et mobilisent la plupart du temps toute l'école et non pas une seule classe. Elles demandent la présence d'un plus grand nombre de partenaires et se déroulent sur une plus longue période de temps. Quand l'école choisit de travailler l'éducation à la santé à travers le rapport au milieu, elle est consciente de s'engager sur le long terme, ce qui suppose des investissements matériels et des engagements humains plus marqués.

- Au Québec

Au Québec, c'est le rapport à soi qui est largement travaillé à travers, le plus souvent, des actions thématiques liées à la dimension « physique » de la santé. En effet, les actions trouvent leur place, majoritairement dans le champ de la promotion d'un mode de vie sain et actif. On peut prendre comme exemples thématiques : la pratique régulière d'activités physiques, la relaxation et l'alimentation.

Cette majorité d'actions en lien avec le rapport à soi (dimension individuelle de la santé) pourrait s'expliquer par au moins quatre raisons que nous développerons par la suite :

- tout d'abord la prescription institutionnelle qui impose un domaine général de formation « santé et bien-être »,
- ensuite, la présence d'un enseignant en éducation physique et à la santé avec la responsabilité d'une compétence disciplinaire liée à la santé « adopter un mode de vie sain et actif »,
- le calendrier scolaire, qui comprend deux mois thématiques reliés à la dimension physique de la santé,
- enfin le « Sport-étudiant » qui est un partenaire très présent dans les écoles et qui propose différents programmes liés notamment aux saines habitudes de vie tels que : « *De facto* » qui s'adresse aux adolescents et jeunes adultes et concerne la prévention du tabagisme, ou le « *Défi Moi j'croque cinq fruits et légumes par jour* » qui s'adresse aux élèves du primaire et concerne l'alimentation.

Il nous paraît important de fournir quelques précisions concernant les mois thématiques du calendrier scolaire. Durant ces deux mois, les écoles sont encouragées à mettre en place des actions en lien avec les thèmes telles que l'activité « Pelure de banane », « les récréations actives », etc. marquant par là, la volonté et l'implication fortes de l'organisation du « Sport étudiant » d'être présent à l'école autrement que par les activités parascolaires. Durant le mois de mars qui porte sur la thématique de l'alimentation, le « Sport-étudiant » impulse différentes actions et développe chaque année un nouveau concept en lien avec la promotion des saines habitudes de vie afin d'encourager les élèves à adopter des comportements adaptés à cette compétence. Les écrits professionnels montrent que pendant ce mois on dénombre un grand nombre d'actions ponctuelles que l'on peut imputer aux actions impulsées par le « Sport étudiant ».

Concernant les actions en lien avec la promotion d'un mode de vie actif, répondant à la prescription, la situation est légèrement différente. Ces actions sont le plus souvent pérennes et impulsées par le champ scolaire. La lecture des projets indique que certaines peuvent débuter bien avant dans l'année scolaire et s'achever durant le mois de mai sur un évènement sportif, par exemple, un cross-country organisé par la commission scolaire où toutes les écoles ayant des élèves en âge d'y participer sont impliquées. Ainsi pour participer à cette course, les écoles se préparent durant toute l'année. Le mois du « Mois de l'Éducation Physique et du Sport Étudiant » est à la fois mis en place sous l'impulsion du « Sport étudiant » et préparé par les enseignants en éducation physique et à la santé.

La différence de durée entre les actions liées à l'alimentation et celle liée à l'activité physique pourrait s'expliquer, entre autres, par la place qu'est donnée à l'alimentation

dans le programme de formation de l'école québécoise au primaire. En effet, on ne parle de l'alimentation qu'à travers un axe du domaine général de formation « santé et bien-être » intitulé « conscience des conséquences sur sa santé et son bien-être de ses choix personnels ». On ne retrouve donc pas, à travers une discipline, les savoirs, les savoir-faire reliés à cette thématique comme c'est le cas pour l'activité physique.

- En France

En France, les écoles travaillent surtout le rapport aux autres à travers des actions telles que le conseil de coopération, le conseil municipal des enfants. C'est la dimension « sociale » de la santé qui est première, et cela rejoint les visées de l'école française dont un des buts est de former les citoyens de demain. Enfin, même si le résultat n'est pas statistiquement significatif, le rapport au passé (le devoir de mémoire, un voyage sur un site commémoratif, etc.) est très présent dans les actions en éducation à la santé. On peut penser qu'en raison de son histoire récente largement marqué par les «guerres » (première et seconde guerres mondiales) la France accorde une grande importance à ce que l'école, forme les citoyens de demain qui auront à se souvenir et à comprendre pourquoi des personnes se sont battues pour préserver leur liberté. C'est aussi une façon de constituer la nation française contrairement au fédéralisme canadien qui laisse une place aux communautés et à la liberté individuelle très différente.

En résumé, au Québec, et malgré des angles d'entrée de recherche différents, les résultats tendent à confirmer ceux des études de Michaud (2002) et Turcotte (2006) qui pointent que dans les écoles québécoises, l'éducation à la santé est travaillée selon une approche plus hygiéniste. En effet, Michaud (2002) et Turcotte (2006) se sont intéressés au travail des enseignants en éducation physique et à la santé alors que

nous regardions le travail des équipes au niveau de l'école. En France, les résultats confirment ceux de Jourdan et coll. (2002) même si encore une fois, l'angle d'entrée diffère : Jourdan et coll. (2002) se sont, eux, intéressés au travail réalisé en classe par le titulaire.

Après avoir exploré la nature des actions en éducation à la santé et son champ d'inscription, l'étude des logiques partenariales qui sous-tendent à la mise en place d'actions en éducation à la santé permet de mieux comprendre les pratiques enseignantes.

5.1.2 Les logiques partenariales à travers les Réseaux d'Ouverture et de Collaboration

- Au Québec et en France

Au Québec comme en France, les réseaux de type 2 dont l'enjeu est essentiellement la formation des élèves sont majoritaires. Cette dominance peut s'expliquer par rapport à l'âge des enfants qui suppose des apprentissages construits dans l'action. En effet, recevoir des informations sur une thématique quelconque s'accommode mal avec les capacités des élèves du primaire pour qui les apprentissages passent plus volontiers par l'action, et demandent une certaine durée pour qu'il y ait assimilation.

- Au Québec

Au Québec, quand les intervenants extérieurs, surtout des parents ou des associations locales, sont « ressources », les actions réalisées en partenariat sont majoritaires.

Aussi, quand l'école travaille le rapport au milieu, les intervenants extérieurs sont, à la fois, à l'origine de l'action et comme « bailleurs ». On retrouve aussi, comme partenaire, mais dans une moindre mesure, la territorialité.

- En France

En France, il y a plus d'actions sous-traitées. Il semblerait que les enseignants s'appuient plus volontiers sur une certaine expertise des « préventologues » en matière de prévention du tabac et des toxicomanies, le secourisme, les règles de sécurité, etc.

Quand on regarde les ressources mobilisées, on s'aperçoit que lorsque la territorialité est impliquée, ce sont majoritairement des actions réalisées en partenariat surtout des réseaux de types 2 et 3. L'école est, en effet, administrée par la mairie et si l'école souhaite mettre en place des jardins pédagogiques et faire un aménagement, la mairie, en tant que propriétaire des lieux, doit autoriser le projet avant toute chose et bien sûr participer aux décisions concernant le projet.

En conclusion, que ce soit au Québec ou en France, si l'école souhaite mettre en place des actions en éducation à la santé innovantes, elle doit travailler collectivement avec les partenaires qui gravitent autour d'elle. Si l'on prend comme exemple l'aménagement du parc-école au Québec ou les jardins pédagogiques en France, on se rend bien compte que seule l'école ne pourrait rien accomplir. En effet, elle a besoin, par exemple, de la territorialité pour la construction, de l'association des parents pour

aider à la plantation des arbres ou du potager mais aussi pour prendre soin du jardin pendant l'été quand l'école est fermée, etc.

Vouloir travailler l'éducation à la santé différemment et sortir des interventions thématiques pour une approche plus globale et systémique demande à l'école une ouverture sur son milieu par des pratiques enseignantes collectives et plus ouvertes sur le champ social, qui dépassent le cadre de la classe voire même de l'école, et donc les amène à travailler avec des personnes n'ayant pas les mêmes logiques, valeurs, etc. On peut remarquer, que la mise en place d'actions en éducation à la santé à travers une approche globale et systémique est le résultat d'une chaîne de volontés politiques, ce qui suppose des compétences particulières chez les enseignants!

Une des solutions, qui sera développée dans la discussion, pour amener les enseignants à travailler collectivement réside peut-être au niveau de la formation initiale. En effet, dans ces deux contextes (le Québec et la France), les futurs enseignants doivent maîtriser à la fin de leur formation plusieurs compétences professionnelles notamment celles concernant le travail collectif.

5.2 La discussion

- Au Québec et en France

Au Québec comme en France, quand les actions sont interdépendantes à savoir quand les actions sont reliées les unes aux autres, on retrouve plus d'actions réalisées en partenariat principalement sous la forme de réseau de type 3. Si on examine la nature

des actions réalisées en réseau de type 3, on s'aperçoit, pour une grande majorité, que le champ d'inscription dépasse très largement celui de la discipline notamment celui de l'éducation physique et à la santé au Québec. En effet, dans les deux contextes, les actions repérées concernent plusieurs rapports notamment le rapport au milieu et le rapport au passé. Nous l'avons vu précédemment quand les écoles travaillent ces deux rapports, elles mettent en place un travail collectif avec différents partenaires qui n'ont pas forcément les mêmes intérêts à s'impliquer dans les projets, mais qui ont un enjeu commun avec l'école, et ce, sur le long terme. Si, l'on reprend les exemples de l'aménagement du parc-école au Québec et des jardins pédagogiques en France, l'enjeu commun est d'amener le jeune à faire des choix éclairés et à avoir des opinions raisonnées en matière de santé environnementale. Par contre, les intérêts peuvent être différents : l'école, par ce travail, transmet des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être aux élèves en matière de botanique, protection de l'environnement, etc. Les parents ont, eux, à cœur que leurs enfants se sentent bien à l'école et évoluent dans un milieu de vie accueillant. Quant à la territorialité, elle souhaite que ces élèves deviennent des citoyens responsables et respectueux du bien collectif, tout en ménageant ceux qui deviendront un jour des électeurs.

En résumé, on peut dire que, dans les deux contextes, les réseaux de type 3 auraient tendance à traduire le fait qu'il y ait une forte implication de l'école dans son contexte social. Au Québec, ce sont les parents à travers parfois des associations qui sont actifs dans des actions complexes autour de l'éducation à la santé alors qu'en France c'est plutôt la territorialité qui est impliquée. Au Québec, il n'est pas rare que l'on retrouve dans les murs mêmes de l'école une association de parents ou d'anciens élèves devenus à leur tour parents. Il est donc très facile pour l'équipe-école de prendre contact avec eux pour mener à bien différents projets. Si l'on prend l'exemple du parc-école, les écrits professionnels montrent que l'idée première est venue de

l’association des parents qui se trouvait dans l’école. En France, la situation est quelque peu différente. Comme nous l’avons dit précédemment, l’école en tant que bâtiment appartient à la commune. Le personnel qui aide les professeurs des écoles est rattaché non pas au ministère de l'Éducation nationale, mais à la territorialité, de fait la territorialité est un acteur et partenaire incontournable quand il s’agit de mettre de grands projets. Qu’il s’agisse des jardins pédagogiques, d’une classe découverte, d’une réorganisation de la cour d’école, la territorialité impulse mais est aussi une ressource apportant des moyens humains (jardinier de la commune), financiers (aide au financement du voyage), etc.

- Au Québec

Au Québec, lorsque le rapport au milieu est travaillé, on retrouve majoritairement des réseaux de type 3. On peut penser que mettre en place un projet tel que l’aménagement du parc-école demande la présence de partenaires différents tels que la municipalité, les parents, l’école, etc. avec des compétences différentes. Quand l’école souhaite aménager un arboretum dans son parc-école, elle ne possède pas toutes les compétences requises ni le temps pour le faire seule. Elle doit travailler de concert avec les employés de la municipalité pour toute la logistique qui entoure le choix et la plantation des végétaux, l’organisation de l’arboretum. Par la suite, au moment des changements de saison et pendant les vacances scolaires, elle fait appel à la communauté pour les différentes corvées telles que le ramassage des feuilles, l’entretien des sentiers, etc.

Quand les actions sont en lien avec le thème de la promotion d’un mode de vie actif, les actions sont souvent réalisées en partenariat notamment sous la forme de réseau de

type 2 (62,5%). Les relations binaires qui caractérisent ce type de réseau unissent des titulaires de classe et l'enseignant en éducation physique et à la santé, ce dernier est, d'ailleurs, parfois en relation avec un spécialiste tel qu'un instructeur en escalade, et donc un spécialiste dans une discipline sportive particulière. Ces différentes mises en relation semblent se faire naturellement ce qui peut nous laisser penser qu'en formation, il puisse être inutile d'insister sur des mises en œuvre à partir de réseau de type 2, sauf à explorer comment l'action peut être développée et transformée en réseau de type 3. De ce point de vue, on peut avancer que les approches disciplinaires (éducation physique et à la santé au Québec) pourraient être contre-productives au sens où elles entraînent assez naturellement ce type de partition d'ordre sanitaire et hygiéniste (adopter un mode de vie sain et actif) prenant peu en compte les domaines généraux de formation notamment « santé et bien-être » et » vivre-ensemble et citoyenneté ».

- En France

En France, quand le rapport aux autres est travaillé, on retrouve plus d'actions réalisées en partenariat notamment sous la forme de réseaux de types 1, 2 et 3. La majorité des actions en lien avec le rapport aux autres ont la forme de conseil de coopération, conseils d'école et conseil municipal des enfants. La plupart du temps, ces mises en place, répondent, en grande partie, au besoin d'améliorer le climat de la classe, de l'école et aussi l'environnement dans et proche de l'école. Les partenaires sont sensiblement les mêmes à savoir l'école, la territorialité et les parents. Quelquefois, on retrouve des intervenants extérieurs tels que les gendarmes ou les pompiers. Les actions entreprises sont très différentes d'une école à l'autre dans la forme, mais les principes d'actions sont les mêmes. Par exemple, dans une école, il fallait réorganiser la cour d'école pour enrayer les discordes entre les plus grands et les plus petits. Les conseils ont donc mis en place une organisation par activités (terrain de basket-ball, tables de ping-pong, terrain de jeux libres), par classe et par

jour, mais aussi un permis de bonne conduite à 12 points. Chaque manquement à une règle établie par les différents conseils faisait perdre un point que l'élève pouvait récupérer en rendant un service, en aidant une autre personne, en agissant en quelque sorte en « bon petit citoyen ».

En France, quand le rapport aux autres est travaillé à travers des actions en éducation à la santé, l'école ou la territorialité, dans une moindre mesure, sont utilisées comme vecteurs «bailleurs». On observe un effet similaire avec ces deux vecteurs en ce qui concerne l'origine de l'action même si le seuil de « significativité » statistique n'est pas atteint. Comme nous l'avons évoqué plus haut en travaillant le rapport aux autres, les équipes enseignantes cherchent, avant toute chose, à améliorer le climat de la classe et de l'école pour favoriser les apprentissages. Pour les enseignants, il importe de travailler une problématique qu'ils ressentent comme importante et relevant de leur professionnalité, telle que le climat de l'école, la réussite dans les apprentissages. Ils semblent faire peu de cas des priorités de la Santé publique même si certains semblent en être conscients, c'est ce qui explique peut-être qu'ils fassent le plus souvent appel à des « préventologues » quand ils souhaitent aborder ces priorités. En effet, quand les écoles travaillent le rapport à soi à travers, par exemple, la prévention du tabagisme, de la toxicomanie, les actions sont le plus souvent réalisées en sous-traitance : on peut penser que le recours aux « préventologues » ont trait à des interventions thématiques de type hygiéniste qui demandent aux yeux des enseignants une certaine expertise. Quand l'intervenant extérieur est « bailleur », le rapport à soi est toujours travaillé ce qui pourrait confirmer que les enseignants ne se sentent pas détenir les compétences nécessaires au regard des actions de prévention thématiques.

Une des réponses à ce phénomène pourrait être de mettre sur pied des formations conjointes Éducation/Santé publique afin que les enjeux deviennent communs même si les points de vue et les démarches divergent. Les résultats nous montrent que les « préventologues » sont très souvent les seules ressources « bailleurs », il serait intéressant que ces derniers soient aussi à l'origine de l'action avec l'école afin de négocier et de mettre en place les actions ensemble, ce qui pourrait avoir comme conséquence la pérennisation des actions, mais on peut s'interroger sur les capacités ou possibilités de l'École à ouvrir ses portes à ce qui pourrait être perçu comme des démarches extérieures d'ordre interventionniste.

Enfin, quand les équipes abordent le rapport au passé, c'est souvent à travers la mise en place de réseau de type 3. Faire un travail sur le devoir de mémoire, par exemple, demande à l'enseignant de sortir de l'enseignement disciplinaire et agir de façon transdisciplinaire à travers un travail en français, en histoire, en géographie, mais aussi pour que cela devienne concret pour ses élèves, d'organiser souvent un voyage de découverte sur un site de « mémoires ». L'enseignant ne peut le faire seul et doit travailler avec la Territorialité, l'association des parents, les responsables du lieu d'accueil et les élèves afin que le projet soit viable. Cela demande à l'enseignant de travailler collectivement, chose dont il n'est pas coutumier (Barrère 2002).

Pour mener à bien ces projets, que ce soit pour l'organisation de la cour, l'acceptation ou non du permis à point par les acteurs en France ou l'aménagement du parc-école au Québec, il a fallu une implication et une négociation de tous les partenaires à savoir les enseignants, les parents, la Territorialité. Ils ont répondu à au moins deux principes qui sont issus du modèle théorique du partenariat : le principe de besoin et le principe d'association. Rappelons que le principe de besoin (amélioration du climat

d'école et notamment pendant les récréations) marque le fait que les partenaires s'associent principe d'association) s'ils perçoivent la situation comme problématique (conflit pendant les récréations). De fait, l'École doit s'associer à d'autres (parents, collègues, agents municipaux, etc. pour résoudre le problème commun (l'organisation de la cour d'école), ceci malgré des points de vue voire des valeurs divergentes.

En conclusion de ce paragraphe, nous retiendrons l'importance à reconnaître les partenaires dans leur expertise et à être en mesure de situer celle-ci aux différents moments du projet. En agissant de la sorte, aucun des partenaires ne se sent menacé ou mis à l'écart dans le projet. La négociation permet à chacun de trouver et de construire sa place dans le projet en fonction de ses capacités à s'y investir en fonction de son expertise.

5.3 La conclusion

Rappelons brièvement que cette recherche soulevait le problème de l'appropriation de l'éducation à la santé par les équipes enseignantes dans les écoles primaires au Québec et en France. Cette appropriation s'inscrit dans le sens des réformes des différents ministères de l'Éducation (MEN, 1998; MEQ, 2001). Néanmoins, notre préoccupation première était de décrire les actions collectives en éducation à la santé mises en œuvre par l'entremise d'une méthodologie innovante qu'est l'indexation d'écrits professionnels des écoles recueillis par les écoles pendant deux ans.

Trois objectifs ont guidé cette recherche à savoir :

1) décrire la nature des actions en éducation à la santé, leur champ d'inscription et leur complexité,

2) décrire les logiques partenariales mises en œuvre dans les actions en éducation à la santé sous l'angle des réseaux d'ouverture et de collaboration et en identifiant les ressources mobilisées et

3) mettre en lien la nature des actions avec le type de réseau d'ouverture et de collaboration.

Les résultats obtenus au sujet de la nature des actions en éducation à la santé et leur inscription dans le champ confirment les recherches antérieures à savoir qu'au Québec, la dimension individuelle de la santé et les interventions thématiques de type hygiéniste et sanitaire prédominent (Michaud, 2002 et Turcotte, 2006) et qu'en France, c'est la dimension sociale qui est mise en avant (Jourdan et coll., 2002 et Berger et coll., 2007).

Concernant le deuxième objectif, au Québec comme en France, les résultats ont montré la présence des communautés lorsque les écoles travaillent l'éducation à la santé en partenariat notamment sous la forme de réseau de types 2 ou 3. Des différences se situent, notamment, au niveau des acteurs concernés dans la mise en place de réseau de type 3. En effet, si au Québec, ce type de réseau traduit une implication forte du contexte social de l'école c'est-à-dire des parents et des associations, en France, on retrouve plutôt la Territorialité et la Circonscription, marquant par là deux types d'organisation différentes du champ socio-politique. Hors de cela, on peut relever que la présence d'intervenants extérieurs et d'interventions thématiques traduisent plutôt la présence de sous-traitances.

A l'aune de ces résultats, il apparaît donc essentiel d'offrir des formations conjointes qui permettent de vivre une expérience de la différence et le développement de phénomènes de type interculturel touchant toutes les dimensions de la santé (sociale, physique, environnementale, etc.) et par le fait même l'ensemble des rapports et le travail collectif.

Au Québec, deux initiatives de formation conjointe en éducation à la santé ont été réalisées auprès de futurs enseignants. La première formation intitulée CAP-Santé (Comité d'Action Pour la Santé) s'est déroulée à l'Université du Québec à Montréal et s'adressait à des étudiants de troisième année en stage au primaire, tous des futurs enseignants au préscolaire, primaire ou en adaptation scolaire et sociale ou en éducation physique et à la santé. La deuxième, à l'Université du Québec à Trois-Rivières, intitulée C2IDÉeS (Comité Inter et Intra-Départemental en Éducation à la Santé), concernait des étudiants en enseignement de l'éducation physique et à la santé ou en anglais de quatrième année en stage au secondaire ou en centre de formation aux adultes. Ces deux formations avaient les mêmes objectifs qui étaient de former les stagiaires en éducation à la santé à travers le domaine général de formation « santé et bien-être» selon une approche globale et systémique et au travail collectif d'après le modèle théorique du partenariat de Mérini.

Il est important aussi de préciser que, dans les deux projets, les actions mises en œuvre par les étudiants pendant leur stage répondaient à une problématique propre à l'école et ressentie comme importante à travailler par des membres de l'équipe qui pouvaient être soit la direction, le maître de stage, le psychologue scolaire, etc. Cela

pouvait aussi bien toucher le rapport à soi (le manque d'activité physique, le tabagisme, le manque d'estime), le rapport aux autres (résolution de conflits) que les autres rapports (au milieu, au passé ou à l'avenir).

Prendre exemple des initiatives de formation réalisées au Québec nous apparaît être un excellent levier pour amener les futurs enseignants à mettre en œuvre des actions collectives en éducation à la santé selon ces logiques.

On voit bien aussi qu'il existe une différence d'organisation de l'éducation à la santé des deux côtés de l'Atlantique liée aux contextes historique, institutionnel, politique (municipalité, conseils généraux, etc.) et culturels, et que le rôle des parents, en particulier, n'y est pas identique.

Au terme de ce travail on peut soulever l'idée que la diversité des pratiques n'est pas liée seulement une question d'époque (d'hier à aujourd'hui), où de lieux et de forme d'organisation (la France et le Québec) mais aussi le résultat de deux champs qui « s'affrontent » dans une action partenariale : celui de la Santé publique avec les médecins qui soutiennent des actions de type préventif et sanitaire et celui de l'Éducation où les pédagogues semblent viser plutôt la dimension développementale de l'élève en l'amenant à faires des choix éclairés en matière de santé. L'éducation à la santé à l'école est donc aussi dépendante des forces sociales et politiques en présence.

Malgré ces différences, comme la nature des actions et le champ d'inscription (promotion d'un mode de vie actif ou autres) par exemple, les mécanismes du travail en partenariat des enseignants restent comparables. Les leviers, les ressources et les obstacles sont différents, mais les enseignants composent de la même manière avec ces difficultés, ou la présence de ressources, et, au final, les mécanismes d'organisation du travail collectif sont identiques, même si chacun « s'arrange » des contraintes différemment. Nous en voulons pour preuve le fait que si les mécanismes du travail collectif étaient différents, la méthodologie n'aurait pas fonctionné et les résultats auraient été impossibles à obtenir.

La plupart des recherches antérieures réalisées au Québec et en France se sont intéressées soit aux perceptions des éducateurs physiques et à la santé (au Québec, Michaud, 2002), soit aux pratiques déclarées des enseignants en éducation physique et sportive au secondaire (en France, Cogérino, 1998), des professeurs des écoles au primaire (en France, Jourdan et coll., 2002) et enfin soit à partir des pratiques déclarées et constatées (au Québec, Turcotte, 2006). En France Berger et coll. (2007) et Mérini et coll. (2009) semblent avoir infléchi cette manière d'approcher les pratiques en utilisant une méthode de collecte originale, les écrits professionnels.

L'originalité de ce travail réside d'une part, dans le fait d'avoir étudié l'éducation à la santé autrement qu'à travers le filtre d'une discipline, et ainsi d'avoir exploré d'autres points de vue que l'approche sanitaire à savoir l'approche éducationnelle et développementale de l'éducation à la santé et, enfin, d'avoir évité de le faire à partir de la perception des pratiques de la part d'une catégorie professionnelle. En d'autres termes, nous souhaitions tester une méthodologie innovante et sa « transposabilité » dans un autre contexte.

Ce travail nous permet d'affirmer que l'expérience de transposition dans des contextes culturels différents de cette méthodologie est possible. Mais elle ne peut être utilisée que dans le cadre d'une recherche longitudinale, car, par exemple, comme nous l'avons vu précédemment les équipes enseignantes ne notifient pas tout ce qu'elles mettent en œuvre et travailler sur du long terme permet à la recherche d'étudier le phénomène (le travail en partenariat en éducation à la santé à l'école) plus en profondeur. Cela demande donc du temps et des ressources.

5.4 Pistes de recherches futures

L'émergence d'activités scolaires telles que les éducations à … et les prescriptions qui obligent au réaménagement du travail scolaire amènent les enseignants à devoir collaborer avec des partenaires et des parents élargissant ainsi le champ d'action des pratiques enseignantes.

Réaliser une recherche avec un plus grand échantillon permettrait sans doute de valider les résultats de cette recherche qui proviennent d'une étude de cas.

Outre la validation des résultats, une recherche de plus grande ampleur et quantitative pourrait faire apparaître des régularités permettant de mieux comprendre les interrelations entre les actions et les organisateurs des pratiques enseignantes.

Enfin, on peut envisager une autre piste de recherche autour du repérage et de la mesure des impacts des pratiques collectives en éducation à la santé sur les élèves, mais aussi sur l'évolution du travail enseignant. Le travail a aussi montré la nécessité pour la recherche, comme pour la formation, de s'interroger sur les habiletés à développer pour mener à bien une collaboration, et sur la spécificité des rôles de chacun dans le collectif : par exemple, celui du directeur d'école dans son leadership et son management de la collaboration. Ainsi, le développement professionnel en matière de partenariat pourrait trouver profit à passer à la fois par la formation et l'analyse de l'expérience en situation afin de positionner chacun dans le rôle qui peut lui être imparti et ainsi contribuer à la construction d'une collaboration où chacun peut trouver sa place en fonction de ses expertises, de ses forces d'engagements, et des positions de chacun dans ou hors le système scolaire.

RÉFÉRENCES

Almudever, (2004). Socialisation organisationnelle des enseignants et intersignification des conduites : la dichotomie entre activités dans la classe et activités hors la classe en question. Dans J.-F. Marcel (Dir) : *Les pratiques enseignantes hors de la classe* (p. 99-113). Paris, France : L'Harmattan.

Barrère, A. (2002). – « Pourquoi les enseignants ne travaillent-ils pas en équipe ? ». *Sociologie du travail*, 44, pp. 481-487.

Beaudoin, C., Rivard, M.-C., Grenier, J. et Caty, D. (2008). *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*. Dans : J-F. Gréhaigne, P. Godbout, N. Wallian, M-P. Poggi et M. Musard (Dir.). *Co-construire des savoirs. Les métiers d'intervenants dans les APS*. Besançon, France : Presses Universitaires de Franche Comté.

Berger, D., De Peretti, C., Poisson, P., Campiutti, J.-M et Collet, R. (1998). Éducation à la santé et partenariats : présentation de deux recherches-action. *Recherche et formation*, 28, 43-63.

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 de l'Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation (A.R.E.F) (p. 1-13). Strasbourg, France.

Billon-Descarpentries, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Revue Spirale* 25.

Bizzoni-Prévieux, C. et Mérini, C. (2009). *The question of the partnership in education.* La question du partenariat en éducation. Dans P. Masson et M. Pilo (Dir), *In Partnership in education : Theoretical Approach and case studies, Le partenariat en éducation: Approche théorique et études de cas* (p. 13-20; 34-42). Thebookedition.com.

Bizzoni-Prévieux, C., Mérini, C., Otis, J., Grenier. J et Jourdan, D. (2010, Accepté). L'éducation à la santé à l'école primaire : Approche comparative des pratiques au Québec et en France. *Revue des sciences de l'éducation*.

Boutin, G. et Le Cren, F. (2004). *Le partenariat: entre utopie et réalité. Santé et service sociaux, éducation, administration publique et privée*. Montréal, Québec: Éditions nouvelles.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human development. Experiment by nature and design*. Boston, Harvard University Press.

Buisson, F. (1887). *Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire*. Paris, France : Librairie Hachette et Cie.

Carlson, J.J., Eisenmann, J.C., Pfeiffer, K.A., Jager, K.B., Sehnert, S.T., Yee, K.E., Klavinski, R.A and Feltz, D. L. (2008). Partners for heart health: a school-based program for enhancing physical activity and nutrition to promote cardiovascular health in 5th grade students. *BMC Public Health*, 8. www.biomedcentral.com/1471-2458/8/420

Castillo, F. (1984). *Le chemin des écoliers ou l'éducation à la santé en milieu scolaire*. De Boeck Université, «Savoir et santé».

Chervel, A. (1993). *Sur la notion de discipline scolaire*. *Cahiers Charles-V*, n° 16, décembre 1993, numéro spécial, " Le Sens, linguistique, littérature, psychanalyse ", Paris, Université Paris-VII.

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 C, Schoonbroodt. (1992). *Guide pratique d'éducation pour la santé*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.

Coquidé, M.L. (2006). La santé peut-elle s'enseigner au travers de la discipline SVT ? » *Communication présentée lors de la journée La santé à l'école : quels liens entre EPS – SVT et vie scolaire ?* IUFM de Versailles 4 avril 2006. www.versailles.iufm.fr/recherche/journeesdelarecherche

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du seuil.

Deschamps, J.P. (1984). Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 34, (11), 485-497.

Deslandes, R et Bertrand, R. (2001). *La création d'une véritable communauté éducative autour de l'élève ; une intervention cohérente et des services mieux harmonisés* : Rapport de recherche. CQRS/MEQ.

Desroches, J.-L. (1891). *Préceptes de l'Hygiène scolaire*. Montréal, Québec. 16 p.

Dhume, F. (2004). L'école et les autres ou comment penser le partenariat ? *Les Cahiers pédagogiques*, N°421.

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 DPD D3, avril 2003.

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 (Dir), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, (p. 51-65). Toulouse, France : Éditions Universitaires du Sud.

Gather-Thurler, M. et Maulini, O. (2007). *L'organisation du travail scolaire l'enjeu caché des réformes*. Québec, Québec : Presses Université du Québec.

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* (p. 143-164). Montréal, Québec : Éditions nouvelles.

Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique*, 3, 19-41.

Green, J. (1984). *Health Education Model*. Dans J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd et N. Miller. Behavioral Health. New York: John Wiley and Sons.

Jourdan, D. (2006). *Quelle éducation à la santé en milieu scolaire en France*. Communication présentée lors de la semaine «éducation à la santé», Montréal, Canada, 2006.

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, coll. Santé en action.

Jourdan, D, Piec, 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* 2002/4, N°14, p. 403-423.

Karsenti, T., et Demers, S. (2000). L'étude de cas. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (Eds.), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 225-247). Sherbrooke, Québec: Éditions du CRP.

Kreulen, G.J., Bednarz, P.K., Wehrwein, T. and Davis, J. (2008). Clinical education partnership: A model for school district and college of nursing collaboration. *Journal of school nursing*, 24 (6), 360-369.

Landry, C. (1994). *Émergence et développement du partenariat en Amérique du nord*. Dans C. Landry et F. Serre (Éd), *École et entreprise: vers quel partenariat?* (p. 7-27). Ste Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Lange, J-M et Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et « éducation à…la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? In : Recherches sur la communication et l'apprentissage des sciences et des techniques, *Didaskalia*, n° 28, 1-134. Lyon. Juin 2006.

Lebeaume, J. (2008). Éducation à la santé et prévention des conduites addictives: Actes du colloque de la CDIUFM quelle formation en IUFM 2008 Toulouse, France : Éditions Universitaires du Sud.

Lebeaume, J. (2004). *Éducation à … et formes scolaires*. Communication présentée lors du colloque «En quoi la réussite des élèves est-elle en relation avec la question de la santé à l'école!». Versailles, France. 23 mars 2007.

Lemerise, T. (1998b). Le partenariat entre les musées, les adolescents et les écoles secondaires au Québec: le point de vue des musées. *Revue Canadienne de l'éducation*, 23(1), 1-15.

Lesain-Delabarre, J.M. (1999). Partage, Convergence et démocratie : difficultés du partenariat. Dans l'intelligence en débat. *La Nouvelle Revue de l'AIS*, 6, Juin 1999.

Leselbaum, N. et de. Peretti, C. (1997). L'éducation à la santé en milieu scolaire : quelles approches des conduites addictives? 21 p.

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 et Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 107 p.

Marcel, J-F. (2002). Approches ethnographiques des pratiques enseignantes durant les temps interstitiels. *Spirale* : *Revue de Recherche en Éducation*, 30, 103-121.

Marcel, J-F. (2004). Le système des pratiques professionnelles de l'enseignant de maternelle. Dans J-F. Marcel (Dir) *Les pratiques enseignantes hors de la classe* (p. 61-85). Paris, France : L'Harmattan (Savoir et formation).

Marmoz, L. (1998). La recherche en éducation comparée : une ambition. Dans : *l'éducation comparée*. Paris : l'Harmattan, les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle. 5-9.

Mérini, C. (1992). *Du partenariat en général dans la formation des élèves -maîtres et des professeurs des écoles en particulier*. Université de Paris VIII, Paris. 115 p.

Mérini, C. (1997). Une forme de partenariat privé université/entreprises. *Revue Éducation Permanente* n°131/1997-2. 161-172.

Mérini, C. (1999). *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*. Paris, France : l'Harmattan.

Mérini, C. (2006). *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*. Paris, France : l'Harmattan.2ème édition.

Mérini, C. (2007, janvier). *L'éducation à la santé en milieu scolaire en France.* Communication présentée au 1er congrès de la chaire en éducation à la santé du Canada. Montréal, Québec.

Mérini, C. et Bizzoni-Prévieux, C. (2009). Construire un partenariat en éducation à l'école. *Formation et Profession,* 16 (2). 33-36.

Mérini C. et de Peretti C. (2002). Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires?, *Santé publique*, 14, 147-164.

Mérini, C., Jourdan, D., Victor, P., Berger, D. et de Peretti, C. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire.* Rennes, France: Éditions ENSP.

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 a l'école"*. Clermont-Ferrand, France : IUFM d'Auvergne – IA du Puy-de-Dôme.

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, Québec.

Ministère de l'Éducation nationale. (1989). Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation. Paris, France : Gouvernement de France.

Ministère de l'Éducation nationale. (1998). *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Circulaire N°: 98-237, BOEN/ n°45 du 03-12-1998. Paris, France : Gouvernement de France.

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Gouvernement de la France. (2001). *Le partenariat.* Direction de l'enseignement scolaire. 6 Avril 2001.

Ministère de l'Éducation nationale. Gouvernement de la France. (2003). *La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation*. BO Nº46 du 11 décembre 2003.

Ministère de l'Éducation nationale. Gouvernement de la France. (2005). *Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école*. Paris, France.

Ministère de l'Éducation nationale. Gouvernement de la France. (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.

Ministère de l'Éducation nationale. Gouvernement de la France. (2006). *Cahier des charges de la formation des maîtres en IUFM*. J.O du 28.12.2006. B.O n°1 du 04.01.07.

Ministère de l'Éducation nationale. Gouvernement de France. (2007). *Santé scolaire : Une mission d'éducation*. Paris, France.

Ministère de l'éducation. Gouvernement du Québec. (1997). *L'école, tout un programme: énoncé de politiques éducatives*. Gouvernement du Québec : Éducation.

Ministère de l'éducation. Gouvernement du Québec. (2001). *La formation des enseignants: les orientations, les compétences professionnelles*. Québec : Les publications du Québec

Ministère de l'éducation, du loisir et du sport. Gouvernement du Québec. (2002). *Loi sur l'instruction publique* (L.R.Q., c. I-13-3, telle que modifiée par le c.63 des lois de 2002).

Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research, 40,* 120-123.

Nourrisson, D. (2002). *Éducation à la santé : XIX – XXème siècle*. Rennes, France : Éditions ENSP.

Organisation Mondiale de la .Santé. (1986). *Charte d'Ottawa « Vers une nouvelle santé publique »*. Adoptée au cours de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 Novembre 1986.

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 2ème 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, 215-251.

Perrenoud, P. (1993). Formation initiale des maîtres et professionnalisation du métier. *Revue des sciences de l'éducation*, 19(1), 59-76.

Pommier J. et Jourdan D. (2007) La santé à l'école dans les pays européens. Paris, France: Éditions Sudel, 220 pages.

Rao, J.N.K. et Scott, A.J. (1984). On Chi-Squared Tests for Multiway Contingency Tables with Cell Proportions Estimated from Survey Data. *The Annals of Statistics*, 12, 46-60.

Simar, C., Jourdan, D. et Pizon, F. (2007). *Les enseignants du premier degré et l'éducation à la santé.* Affiche présentée au Congrès International d'Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation (A.R.E.F), Strasbourg, France.

Stake, R. E. (1994). *Case studies*. In N. Denzin et Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-246). Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

Stake, R. (1995). *The art of case research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

StataCorp. (2009). Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: StataCorp LP.

St Léger, L. (1999). Health Promotion in Schools. Dans: *The evidence of health promotion effectiveness- shaping public health in a new Europe. Part two: evidence book. A report for the European Commission. International Union for Health Promotion and Education*, 110-133.

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* (251-266). Paris, France : L'Harmattan (Savoir et formation).

Tones, K., Tilford, S et Robinson, Y. (1990). *Health Education: Effectiveness and Efficiency*. London: Chapman and Hall.

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

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. *STAPS*, 75, 115-129.

Viborel. L. (dir) (1953). *L'éducation sanitaire*. Tours, France : Arrault et Cie.

Vincent, G. (Dir). (1994). L'éducation prisonnière de la forme scolaire. *Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*, Lyon, France : Presses Universitaires de Lyon. 227 p.

Weiner, P.D., Cantara, J. D., Kuo, N.H. and Lione, J. (1988). A partnership in health education between a neighbourhood school and a community hospital. *Journal of community health* , 13 (3), 184-194.

Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publishing.

Zay, D et A. Gonin-Bolo. (Dir.). (1995). *Établissements et partenariats*. *Stratégies pour des projets communs*, colloque de janvier 1993, Paris, INRP.

APPENDICES

APPENDICE A

TABLEAU D'INDEXATIONS DES ÉCRITS PROFESSIONNELS COMPLÉTÉ: LE CAS DU SITE QC6

SITE QUÉBEC 6 Nombre de classes : 9 = 170 élèves
(2 mat, 2 1ère, 1 2ère, 1 3ème, 1 4ème et 2 5-6ème)
Tableau d'indexations pour l'année 2006-2007

INDEXATION DES ÉCRITS PROFESSIONNELS

Trace : Type Date Heure	T1 : Liste Année 06/07	T2A : Lettre aux parents pour le Défi santé »parents enfants »	T2B : Lettre aux ÉP pour le Défi santé »parents enfants »	T2C : Lettre aux MO pour le Défi santé »parents enfants »	T2D : Coupon à retourner à l'école
Auteur de la trace	DIR	Équipe du mouvement= les ÉP du primaire de la Commission scolaire	Comité promotion de l'Équipe du mouvement (les ÉP du primaire de la Commission scolaire	Équipe du mouvement= les ÉP du primaire de la Commission scolaire	Équipe du mouvement= les ÉP du primaire de la Commission scolaire
S'adresse à …	Équipe de recherche	PAR	ÉP	PAR	PAR
Objet :	Liste des activités santé réalisées à l'école O7 Yoga Sortie en ski alpin pour les 5 et 6ème années (projet école en forme et en santé) O4 ; Animation sur la cour par les grands O3 ; Estim'action O8 ; Soccer midi O9; Rencontres inter-écoles O10 ; Repas plus santé à la cafétéria O1d Carnaval d'hiver O11 ; Olympiades de fin d'année O12 ; Défi moi j'croque O1e ; Défi parents-Enfants O6 ; Parc-école O5 ;	Défi santé « parents enfants » Participation de la FAM à 30 min d'AP par semaine O6	Participation de la FAM à 30 min d'AP par semaine O6	Participation de la FAM à 30 min d'AP par semaine O6	Coupon à retourner à l'école en inscrivant une brève description de l'AP réalisée en famille pendant 30 minutes

	Carnet santé O2; Défi 5/30 O13				
Infos AMVEE Déjà-là en 05/06 O1 Alimentation O2Carnet santé O3 Jeux dans la cour O4«école en forme et en santé» O5Parc-école O6 Défi santé «parents/enfants»	Reconduction O1, O2, O3, O4, O5. O6 Annonce O7, O8, O9, O10, O11, O12, O13	O6	O6	O6	O6
Phase du projet					
Réactions de l'équipe éducative	L'école rencontre l'infirmière du CLSC pour devenir une «école en santé».				
Opérations susceptibles d'être intégrées au projet					
Observations du chercheur					

INDEXATION DES ACTIONS

1. Descriptif

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Intitulé /projet.	ÉS	ÉS	ÉS	ÉS	ÉS
Nombres de classes concernées	O1d, O1e, O2, O3, O5, O6, O11, O12, O13 Toute l'école O4 EL 5 et 6ème année O8 EL 4ème année	O6 Toutes	O6 Toutes	O6 Toutes	O6 Toutes
Champ d'application	O1d Repas plus santé à la cafétéria O1e Défi moi j'croque O2Carnet santé O3 Jeux dans la cour O4«école en forme et en santé» O5Parc-école O6 Défi santé «parents/enfants»	O6 Pratique familiale d'AP	O6 Pratique familiale d'AP	O6 Pratique familiale d'AP	O6 Pratique familiale d'AP

	O7 Yoga O8 EstIm'action O9 Soccer midi O10 Rencontres inter-écoles O11 Carnaval d'hiver O12Olympiades O13 Défi 5/30				
Description des opérations mises en œuvre.	O10 Rencontres sportives en gymnastique et volley-ball	O6 Participation familiale à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai	O6 Participation familiale à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai	O6 Participation familiale à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai	O6 Participation familiale à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai
Quels liens peut-on «établir avec les activités de la classe.					
Liste des acteurs concernés.	O1d, École, Nutritionniste, cuisinière O1e Tout le personnel de l'école et les ÉL O2 ÉP,ÉL, PAR O3 ÉL, ÉP O4 MELS, ÉL 5-6ème années O5 Club optimiste, municipalité, MO, DIR, personnel de soutien O6 FAM, ÉL, École O7 MO, ÉL O8 ÉP, ÉL, MO, Inf CLSC, Bruni Surin et Marchands locaux O9 ÉL, Int Ext, École O10 ÉP, MO O11 Toute l'école et PAR O12 ÉP, ÉL, MO O13 ÉL, PAR, MO, ÉP	O6 PAR, ÉL l'équipe du mouvement (les ÉP du primaire de la COM)	O6 PAR, ÉL, Comité promotion de l'Équipe du mouvement (les ÉP du primaire de la COM), ÉP, MO	O6 PAR, ÉL l'Équipe du mouvement (les ÉP du primaire de la COM), MO, ÉP.	O6 PAR, ÉL, MO, ÉP
Date(s), durée et lieu de l'action.	O1e Au mois d'avril O6 Au mois de	O6 Tout le mois de mai, 30 min d'AP en FAM	O6 Tout le mois de mai, 30 min d'AP en FAM par	O6 Tout le mois de mai, 30 min d'AP en FAM par	O6 Tout le mois de mai, 30 min d'AP en FAM

	mai O7 De sept 06 à juin 07 O9 De janvier à juin 07 O10 Depuis sept 06 et ce toute l'année Le jour 5 en PM O11 Février 07 O12 à la fin de l'année O13 sur une durée de 6 semaines	par semaine	semaine	semaine	par semaine
Selon quelles modalités d'organisation?	O10 Rencontres sportives	O6Défi santé compilé par classe	O6 Défi santé compilé par classe	O6 Défi santé compilé par classe	O6 Défi santé compilé par classe
Productions attendues		O6 Participation du plus grand nombre de FAM possible	O6 Participation du plus grand nombre de FAM possible	O6 Participation du plus grand nombre de FAM possible	O6 Participation du plus grand nombre de FAM possible

2. Origine de l'action

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Événement(s) déclencheur(s).		O6 Le mois de l'activité physique	O6 Le mois de l'activité physique	O6 Le mois de l'activité physique	O6 Le mois de l'activité physique
Qui est à l'origine de sa mise en place ? pourquoi ? sur la demande de qui ?	O5 École O8 MO des 4ème s années O1e FQSE O6 COM				
Description d'une éventuelle action antérieure.	O1e ; O6 Le défi revient chaque année depuis 2 ans O5 Depuis le printemps 2005 avec la communauté				

3. Objectifs et intentions

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Quelles sont les intentions générales de l'action ?		O6 Créer des bonnes habitudes FAM et obtenir un impact positif sur	O6 Créer des bonnes habitudes FAM et obtenir un impact positif	O6 Créer des bonnes habitudes FAM et obtenir un impact positif	O6 Créer des bonnes habitudes FAM et obtenir un impact positif

		la condition physique	sur la condition physique	sur la condition physique	sur la condition physique
Quels sont les objectifs poursuivis par l'action des acteurs ?		O6 Encourager le plus de FAM possible à participer à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai	O6 Encourager le plus de FAM possible à participer à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai	O6 Encourager le plus de FAM possible à participer à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai	O6 Encourager le plus de FAM possible à participer à 30 min d'AP par semaine au cours du mois de mai
Quels liens peut-on faire avec les objectifs de l'école ?					

4. Origine et répartition des moyens

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Des moyens humains :	O1 Nutritionniste O8 Infirmière du CLSC				
Des moyens matériels :	O8 Podomètres fournis par l'infirmière				
Des sources de financement :					
Qui l'a décidé et pourquoi ?					

5. Gestion du déroulement de l'action

5.1 Coordination de l'action

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Qui ?	O4, O10, O12 ÉP				
A quel titre ?					
Statut (rémunération, obligation)					
L'action concerne qui ?	O1d Cuisinière, nutrionniste, CLSC O2 École O3 EL 5 et 6èmes années O4 École O5 École et communauté O1e, O13 Toute l'école O6 Toute la communauté	O6 FAM, École, L'équipe du mouvement	O6 FAM, École, l'équipe du mouvement	O6 FAM, École, l'équipe du mouvement	O6 FAM, École, l'équipe du mouvement

	O8 ÉL, MO, ÉP Infirmière O9 Int Ext, ÉL, École O10 Tous les ÉP O11 Toute l'école O12 ÉP, MO				
L'action cible qui ?	O1d EL O2 ÉL, PAR O3 ÉL des cycles 1 et 2 04 ÉL de 5 et 6ème années O5 École et communauté O1e, O13 ÉL, PAR O6 PAR, ÉL O8 ÉL 4ème année O9 ElL O10 ÉL O11 ÉL, PAR O12 ÉL	O6 FAM	O6 FAM	O6 FAM	O6 FAM
Comment ? sur quel mode ?	O1d Offrir de meilleurs repas et collations aux ÉL O2 Les ÉL avec les PAR doivent tenir à jour le carnet santé pour ensuite le montrent à l'ÉP O4 Sortie en ski alpin O1e Manger 5 fruits ou légumes par jour pendant une semaine O13 Manger 5 fruits ou légumes par jour et faire 30 minutes d'AP par jour et ce, pendant 6 semaines O6 Faire 30 minutes d'AP par semaine en famille O8 En pratiquant				

	15 minutes de course tous les jours et un podomètre a été remis à tous les ÉL concernés pour qu'ils calculent le nombre de pas faits dans une journée O12 Olympiades				

5.2 Évaluation/régulation du SAC (Système d'actions concret)

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Existe-t-il une évaluation ? de quel type ?		O6 Compilation des coupons-réponses et thermomètre gradué pour témoigner du nombre de sorties	O6 Compilation du nombre de participation pour chacune des écoles	O6 Compilation pour toute l'école	O6 Compilation pour toute l'école
Quels sont les critères d'évaluation ?					
Qui la mène ? quand ? comment ? et pour quoi faire ?			O6 ÉP à la fin du mois de mai par compilation	O6 MO /classe à chaque semaine et à la fin du mois	O6 MO /classe à chaque semaine et à la fin du mois
Régulations : lesquelles, qui et comment ?					
Appréciations + ou – / Enseignants, Élèves, Parents					

5.3 Obstacles et « leviers » rencontrés

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Financiers					
Administratifs					
Humains					
Pédagogiques ou didactiques					
Manque d'information ou de connaissance…					

6. Effets et retombées

	T1	T2A	T2B	T2C	T2D
Effets perçus évalués…					
Retombées effectives					
perspectives projet, piste de travail					
Observations chercheur		Quelles ont été les retombées de ce défi ? Les parents ont-ils été partie prenante ? Qui a pris l'initiative d'intégrer ce projet dans l'école ? qui a pris la décision ?	Quelles ont été les retombées de ce défi ?	Quelles ont été les retombées de ce défi ? les MO se sont investis dans ce défi ?	Quelles ont été les retombées de ce défi ? les MO se sont investis dans ce défi ?

APPENDICE B

TABLEAU DE CODIFICATION DES ACTIONS (RAPPORTS, VECTEURS ET ROC: LE CAS DU SITE QC 6

LISTE DES OPERATIONS REPEREES AU COURS DES 2 ANNEES
Dans les écrits professionnels
Rapport aux autres (a) rapport à soi (b) rapport au milieu (c) rapport au passé (d) rapport à l'avenir (e)
Vecteurs: N (National, provincial, international), IEX (Intervenant extérieur), E (École), COM (Commission scolaire), T (Territorialité), Et (Étude)

QC 6	2005-2006					2006-2007				
			Vecteurs					Vecteurs		
Site	Opérations	Rapport	O	B	ROC	Opérations	Rapport	O	B	ROC
	O1 Alimentation	b			3	*O1 Alimentation*	*b*			3
9 clas	O1a Menu cafétéria	c	E	E						
ind def	O1b Visite Nutritionniste	b	E	E, IEX						
3	O1c Info guide alimentaire	b	IEX	IEX						
						O1d Repas santé à la cafétéria	c	E	E	
						O1e Moi j'croque	b	E, IEX	IEX	
	O2Carnet santé	b	E	E	2	*O2Carnet santé*	*b*	E	E	2
	O3 Jeux dans la cour	a, b	E	E	2	*O3 Jeux dans la cour*	*a, b*	E	E	2
	O4«école en forme et en santé»	a, b	E	N	2	*O4«école en forme et en santé»*	*a, b*	E	N	2
	O5Parc-école	a, b, c	E	IEX, T,	3	*O5Parc-école*	*a, b, c*	E	IEX, T	3
	O6 Défi santé «parents/enfants»	b, c	E	IEX	2	*O6 Défi santé «parents/enfants»*	*b, c*	E	IEX	2
						O7 Yoga	b	E	E	2
						O8 Estim'action	b	E	E, IEX	3
						O9 Soccer midi	a, b	E	E	2
						O10 Rencontres inter-écoles	a, b	COM	E	2
						O11 Carnaval d'hiver	a, b, c	E	E	3
						O12Olympiades	a, b	COM	E	1
						O13 Défi 5/30	b	E	IEX	2

APPENDICE C

TABLEAU ILLUSTRANT LES ACTIONS DU SITE QC6 : CRITÈRES D'UN PARTENARIAT ET TYPE DE ROC

Québec 6

Analyse des actions en éducation à la santé pour déterminer si ce sont des actions partenariales ou sous-traitées

An	Actions en ES	Critères pour un partenariat (au moins deux oui)				**Partenariat**
		Actions interdépendantes	Actions collectives	Actions hors la classe	Échanges	
1 et 2	Alimentation	oui	oui	oui	oui	**oui**
1 et 2	Carnet santé	?	oui	oui	?	**oui**
1 et 2	Jeux dans la cour	?	oui	oui	?	**oui**
1 et 2	École en forme et en santé	oui	oui	oui	oui	**oui**
1 et 2	Parc école	oui	oui	oui	oui	**oui**
1 et 2	Défi santé parents/enfants	?	oui	oui	oui	**oui**
2	Yoga	?	oui	non	oui	**oui**
2	Estim'action	oui	non	oui	oui	**oui**
2	Soccer midi	non	oui	oui	oui	**oui**
2	Rencontres inter-écoles	?	oui	oui	oui	**oui**
2	Olympiades	?	oui	oui	oui	**oui**

Les actions partenariales sont-elles des ROC(S) 1, 2 ou 3

An	Actions en ES	**Partenariat**	Caractéristiques d'un ROC (au moins 3 sur 4)				ROC
			Forme	Durée	Enjeu	Forme d'ouverture	
1 et 2	Alimentation	**oui**	multipolaire	Années scolaires	Transformation	Foisonnant	3
1 et 2	Carnet santé	**oui**	Binaire	Années scolaires	Formation	Action	2
1 et 2	Jeux dans la cour	**oui**	Binaire	Années scolaires	Formation	Action	2
1 et 2	École en forme et en santé	**oui**	Binaire	Années scolaires	Formation	Action	2
1 et 2	Parc école	**oui**	Multipolaire	Année scolaire	Transformation	foisonnant	3
1 et 2	Défi santé parents/enfants	**oui**	Binaire	Un mois	Formation	Action	2
2	Yoga	**oui**	Binaire	Année scolaire	Formation	Action	2
2	Estim'action	**oui**	multipolaire	Année scolaire	Transformation	Foisonnant	3
2	Soccer midi	**oui**	Binaire	Année scolaire	Formation au soccer	Action	2
2	Rencontres inter-écoles	**oui**	Binaire	Année scolaire	Formation en gymnastique et volley-ball	Action	2
2	Olympiades	**oui**	Étoile	Une journée	?	Regard posé	1

APPENDICE D

DONNÉES SOURCES DES RÉSULTATS DE L'ARTICLE 2

Éléments de comparaison		Québec		France		Valeur de p
		Sur 81 actions		Sur 29 actions		
Partenariat ou Sous-traitance	ROC 1	22	27,2	4	13,8	**,004**
	ROC 2	40	49,4	14	48,3	
	ROC 3	14	17,3	2	6,9	
	ST	5	6,2	9	31	
Vecteurs origines	École	75	92,6	14	48,3	**,000**
	Territorialité	0	0	2	6,9	,068
	Intl/ Ntl	5	6,2	0	0	,323
	IEX	15	18,5	5	17,2	1,000
	IEN/ Commission scolaire	5	6,2	1	3,4	1,000
Vecteurs bailleurs	École	60	74,1	12	41,4	**,003**
	Territorialité	6	7,4	9	31	**,003**
	Intl/ Ntl	8	9,9	1	3,4	,441
	IEX	35	43,2	15	51,7	,516
	IEN/ Commission scolaire	1	1,2	2	6,9	,169

Tableau 3 : Tableau des résultats obtenus au Québec en France en pourcentage

	FRANCE									QUÉBEC								
Vecteurs origine	Sous-traitance (n = 9)		ROC 1 (n = 4)		ROC 2 (n = 14)		ROC 3 (n= 2)		p	Sous-traitance (n = 5)		ROC 1 (n = 22)		ROC 2 (n = 40)		ROC 3 (n = 14)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	N	%	
École	1	11,1	2	50	10	71,4	1	50	**0,05**	5	100	20	90,9	37	92,5	13	92,9	0,92
Territorialité	0	0	0	0	2	14,3	0	0	0,51	0	0	0	0	0	0	0	0	1,00
Intl/Ntl	0	0	0	0	0	0	0	0	1,00	0	0	1	4,5	4	10	0	0	0,50
IEX	4	44,4	1	25	0	0	0	0	**0,04**	0	0	1	4,5	6	15	8	57,1	**0,00**
IEN	0	0	0	0	1	3,4	0	0	0,78	0	0	2	9,1	3	7,5	0	0	0,64

Tableau 4 : les ressources à l'origine des actions partenariales

	FRANCE									QUÉBEC								
Vecteurs bailleurs	Sous-traitance (n = 9)		ROC 1 (n = 4)		ROC 2 (n = 14)		ROC 3 (n= 2)		p	Sous-traitance (n = 5)		ROC 1 (n = 22)		ROC 2 (n = 40)		ROC 3 (n = 14)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	N	%	
École	0	0	3	75	8	57,1	1	50	**0,02**	3	60	17	77,3	28	70	12	85,7	0,58
Territorialité	0	0	1	25	6	42,9	2	100	**0,02**	0	0	1	4,5	2	5	3	21,4	0,17
Intl/Ntl	0	0	0	0	1	7,1	0	0	0,78	1	20	1	4,5	6	15	0	0	0,26
IEX	9	100	2	50	3	21,4	1	50	**0,004**	2	40	12	54,5	12	30	9	64,3	0,09
IEN	0	0	0	0	2	14,3	0	0	0,51	0	0	0	0	1	2,5	0	0	0,79

Tableau 5 : Les ressources mobilisées pour construire les actions

APPENDICE E

DONNÉES SOURCES DES RÉSULTATS PRÉSENTÉS DANS LA DISCUSSION-CONCLUSION

Tableau 11: La mise en relation des actions en éducation à la santé: la nature et les logiques partenariales

	FRANCE									QUEBEC								
Rapports	Sous-traitance (n = 9)		ROC 1 (n = 4)		ROC 2 (n = 14)		ROC 3 (n= 2)		p	Sous-traitance (n = 5)		ROC 1 (n = 22)		ROC 2 (n = 40)		ROC 3 (n = 14)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	N	%	
Autre	3	33,3	3	75	14	100	2	100	**0,003**	3	60	18	81,8	30	75	11	78,6	0,76
Soi	9	100	1	25	5	35,7	1	50	**0,01**	5	100	22	100	40	100	14	100	1,00
Milieu	3	33,3	2	50	2	14,3	1	50	0,41	0	0	11	50	12	30	12	85,7	**0,001**
Passé	0	0	0	0	1	7,1	1	50	0,08	0	0	0	0	1	2,5	0	0	0,79
Avenir	0	0	1	25	1	7,1	0	0	0,41	0	0	0	0	2	5	0	0	0,55
Interdépendances	0	0	1	25	3	21,4	2	100	**0,02**	2	40	16	72,7	15	37,5	14	100	**0,00**
Combinées	4	44,4	2	50	7	50	2	100	0,56	3	60	19	86,4	34	85	13	92,9	0,36
Thème: Promotion d'un mode de vie actif	0	0	1	25	1	7,1	0	0	0,41	0	0	8	36,4	25	62,5	6	42,9	**0,02**