



Ecole doctorale, Cognition, Langage, Education  
ADEF  
Département des Sciences de l'Education

## **THESE**

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université d'Aix-Marseille

Présentée et soutenue publiquement par

**Samira NOUH**

**L'APPRENTISSAGE DES CONCEPTS SANITAIRES PAR LES ENFANTS  
DE 5 A 6 ANS DANS DES ECOLES MATERNELLES, INTERET DES  
SUPPORTS PEDAGOGIQUES  
« APPROCHE COMPARATIVE ENTRE LA FRANCE ET LA SYRIE**

30 Septembre 2014

Dirigée par Chantal **EYMARD**

### **JURY :**

**Chantal EYMARD,**

Maître de conférences HDR, Aix-Marseille Université (**Directrice de thèse**)

**Dominique BERGER,**

Professeur des Universités, Université Claude Bernard Lyon-ESPE (**Rapporteur**)

**Jean-Bernard PATURET,**

Professeur des Universités, Universités Paul Valéry Montpellier III (**Rapporteur**)

**Odile THUILIER**

Maître de conférences, Aix-Marseille Université (**Membre du jury**)



***L'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants de 5 à 6 ans dans des écoles maternelles, intérêt des supports pédagogiques. « Approche comparative entre la France et la Syrie***

**Résumé**

**Contexte :** En Sciences de l'éducation, nombreuses équipes pédagogiques s'intéressent à l'éducation à la santé. Les travaux portent sur les différents acteurs de l'éducation à la santé que ce soit les acteurs de la santé publique, les enseignants ou encore les élèves. Les principaux résultats permettent de mettre en place des outils pédagogiques variés utiles en formation initiale et continue.

L'éducation à la santé est un point primordial qu'il faut aborder dès la petite enfance, période où les enfants sont particulièrement réceptifs et en pleine découverte de leur environnement. L'école devient alors un acteur non négligeable et tient une place importante dans l'apprentissage des concepts sanitaires. A l'âge de maternelle, l'enfant ne peut pas assimiler des savoirs en se basant sur la théorie, les supports pédagogiques constituent un atout dans l'apprentissage de ses enfants. Leur utilisation doit être à la fois construite selon les notions abordées et les objectifs visés et adaptés à leur âge

**Méthodologie :** Cette étude est orientée vers l'apprentissage des concepts sanitaires par des enfants de maternelle (5 à 6 ans) dans une approche comparative avec / sans supports pédagogiques. La population concerne sept écoles maternelles en France et sept écoles maternelles en Syrie. Un questionnaire adressé aux enseignants des écoles concernées a permis d'étudier leurs représentations de l'utilisation de supports pédagogiques et de l'enseignement des concepts sanitaires en maternelle. En phase expérimentale, un guide d'accès a été proposé aux enseignants sur les concepts proposés et les supports choisis afin de mettre en place l'enseignement de ces concepts en classe. L'impact des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires est examiné à travers des tests écrits réalisés par les enfants.

**Résultats :** Une nette différence entre l'enseignement français et syrien a été constatée selon le concept et les supports pédagogiques utilisés. Les enseignants français s'appuient fortement sur le matériel de classe avec une utilisation plus importante des livres et de l'oral (chants, contes) que les enseignants syriens.

Par contre les supports pédagogiques, selon les enseignants (français et syriens), se révèlent utiles pour l'apprentissage des concepts sanitaires mais les contraintes rencontrées empêchent une bonne assimilation des concepts sanitaires par les élèves.

Notons que les résultats du groupe expérimental pour les tests écrits sont meilleurs que ceux du groupe témoin et que ce résultat est corrélé à l'expérience et au niveau scientifique des enseignants.

**Mots-clés :**

L'éducation à la santé, les formations des enseignants, la transposition didactique. Les supports pédagogiques

***Teach the Health Concepts to preschool by the Children from 5 to 6 years, interest educational Tools. (Approaches comparative between France and Syria)***

**Summary**

**Context:** The majority of researches in educational sciences focus on the health education. The work focuses on the various players in the health education whatsoever actors of public health, teachers or students. The main results make it possible to introduce a variety of educational tools information initial and continuing training. The health education is a key point that should be addressed early childhood, a time when children are particularly receptive and actively explore their environment

The school becomes a significant player and plays an important role in learning health concepts, at the age of kindergarten, the child can not assimilate knowledge based on theory. Teaching materials are an asset in learning from children. Their use should be both built on the concepts covered and the objectives and appropriate to their age

**Methodology:** This study is meant to teach a set of health concepts to preschool children (5-6 years) a comparative approach with / without teaching materials. The Population involves seven kindergartens in France and seven kindergartens in Syria. In this regard, a questionnaire sent to school teachers concerned to permit study their representations using teaching aids and teaching health concepts for preschoolers. In an experimental phase, an access guide is offered to teachers on the proposed concepts and selected tools to implement the teaching of these concepts in the classroom. The impact of educational tools in learning health concepts is examined through written tests by children.

**Results:** The research results showed a clear variation among teachers of both countries when it comes to the concepts and the tools in use. French schools teachers showed a clear interest in school materials; while their counterparts in Syria stressed on reading textbooks, story narration and listening to music to teach the children the correct health concepts. As opposed to this variation, teachers in both countries stressed on the role of health concepts but they also mentioned the barrier they face that prevents them from proper use of these tools in teaching health concepts to preschool children.

Note that the results of the experimental group in the written tests are better than those in the control group and this result is correlated with the experience and level of expertise of teachers.

**Key words:**

Health education, teachers training, teaching aids, educational tools

## تعليم مجموعة من المفاهيم الصحية لأطفال ما قبل المدرسة الابتدائية من 5- 6 سنوات عن طريق الوسائل التعليمية

### دراسة مقارنة بين فرنسا وسورية

#### ملخص البحث

#### المضمون

تركز غالبية الأبحاث في علوم التربية، على التربية الصحية وعلى مختلف العاملين في هذا المجال سواء كانوا في الصحة العامة أو في المدرسة كالمعلمين والتلاميذ. هذه النظرة تتطلب الأخذ بالحسبان مختلف الوسائل التعليمية وتوظيفها بالتعليم وكذلك التأهيل المستمر للمعلمين.

اتجه الاهتمام إلى مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية باعتبارها من أهم المراحل في تربية الطفل ففيها تتكون الكثير من مفاهيمه و أنماط سلوكه، كما تتكون باكورات الفعل ورد الفعل مع البيئة، الأمر الذي دعى إلى الاهتمام بالتربية الصحية ودورها في تزويد الأطفال بالمعلومات والإرشادات الصحية المتعلقة بصحتهم بغرض التأثير على اتجاهاتهم والعمل على تعديل وتطوير سلوكهم الصحي، وهذا الاهتمام بدأ من خلال المدرسة ودورها في التأثير بالطفل وإكسابه المفاهيم الصحية السليمة عن طريق تشجيعه على الاستطلاع والاكتشاف والتجريب والملاحظة وتعليمه المفاهيم الصحية باستخدام الحواس والاهتمام بالوسائل التعليمية المناسبة لأن الطفل بهذا العمر لا يستطيع بناء مفاهيمه وتصوراتها بدون هذه الوسائل.

#### منهج البحث

توجهت دراستنا نحو تعليم مجموعة من المفاهيم الصحية لأطفال ما قبل المدرسة الابتدائية من خلال الوسائل التعليمية، حيث تم توزيع استبيان على معلمي هذه المرحلة من أجل إبداء آرائهم فيما يتعلق بطرائق التعليم واستخدام الوسائل التعليمية التي تبدو لهم مهمة من أجل تعليم المفاهيم الصحية في هذه المرحلة، بالإضافة إلى اختبارات كتابية وزعت على الأطفال في صفين، صف يحوي مجموعه تجريبية حيث يتعلم الأطفال المفاهيم الصحية باستخدام الوسائل التعليمية وصف يحوي مجموعه ضابطه يتم تعليم المفاهيم الصحية لأطفال هذه المجموعه بدون وسائل تعليمية. هذه الاختبارات هدفها قياس فاعليه الوسائل التعليمية في إكساب أطفال الرياض مجموعه من المفاهيم الصحية.

#### نتائج البحث

اختلف واضح بين المعلمين بكلا البلدين حسب المفهوم والوسائل المستخدمة، فالمعلمون في المدارس الفرنسية أظهروا اهتمام واضح بالوسائل التعليمية الصفية في حين نظرهم في سوريا أكدوا على استخدام الكتب ورواية القصص وسماع الأناشيد لإكساب الأطفال المفاهيم الصحية، بالمقابل أكد المعلمون في كلا البلدين على الدور الواضح الذي تلعبه الوسائل التعليمية في تعلم المفاهيم الصحية لكن العوائق التي يواجهونها تمنعهم من الاستخدام الصحيح لهذه الوسائل. نلاحظ ايضا ان نتائج افراد المجموعه التجريبية في الاختبار التحصيلي كانت افضل من نتائج افراد المجموعه الضابطه وفق متغيري الخبرة والمستوى العلمي للمعلمين

#### مفردات البحث.

التربية الصحية, الوسائل التعليمية, النقل التعليم, تأهيل المعلمين

*A mon cher pays,  
La Syrie,*

# **Remerciements**

*Ce travail de recherche n'aurait pu se faire, ni d'ailleurs aboutir, sans l'aide de nombreuses personnes qui ont eu la patience et la gentillesse de m'accorder leur aide, de me prodiguer conseils et encouragements ou de m'accompagner dans l'écriture de celui-ci. Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de recherche **Chantal Eymard**, qui, grâce à sa patience, son entière disponibilité à mon égard et ses conseils avisés, m'a permis de mener à terme ce travail.*

*J'exprime ma gratitude envers les **membres du jury**, pour avoir accepté d'évaluer ce travail. c'est avec un très grand plaisir que j'ai reçu leur accord.*

*Je tiens à remercier tous les **enfants** qui ont accepté de travailler avec moi ainsi que les **enseignants** qui ont aimablement consenti à répondre aussi aux questionnaires. Sans eux cette thèse n'aurait pu voir le jour.*

*Je remercie spécialement tous les proches qui m'ont entouré et encouragé, sans se laisser perturber par mes multiples délocalisations. Le plus grand merci s'adresse à **Prisca** pour sa patience infinie....*

*Je tiens également à remercier **toute l'équipe de l'Ecole Université d'Aix Marseille** pour leur présence amicale, leurs lectures critiques, leur soutien efficace.*

*Enfin, je pense avec reconnaissance à mes proches et, tout particulièrement, à mon mari **Samir Al ALI**. Il m'a offert un havre de sérénité propice à l'exercice de la réflexion, merci pour son soutien sans faille.*

## *Dédicace*

*A mes parents qui sont l'essence de mon existence et dont le rêve est de me voir réussir. Qu'ils trouvent ici l'expression de mon infinie gratitude.*

*A ma petite famille : mon mari Samir et mes enfants Mohammad- Jaouad, Jad et Molham. Merci pour votre tendresse et votre patience.*

*A tous ceux qui me sont chers en particulier mes frères et mes sœurs.*



## TABLES DE MATIERE

<b>TABLE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>17</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>18</b>

## PRESENTATION GENERALE

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>23</b>
<i>1.1. Constat scientifique de l'éducation à la santé à l'école.....</i>	<i>24</i>
<i>1.2. Délimitation de l'objet de recherche.....</i>	<i>26</i>
<i>1.3. L'éducation à la santé, une question vive.....</i>	<i>26</i>
<i>1.4. Le rôle de l'école face aux problèmes de santé publique.....</i>	<i>28</i>
<i>1.5. Le rôle de l'enseignant et des élèves dans l'apprentissage des concepts sanitaires.....</i>	<i>29</i>
<i>1.6. L'orientation vers l'utilisation des supports pédagogiques.....</i>	<i>29</i>
<b>2. Présentation et justification du plan de la thèse.....</b>	<b>31</b>
<b>3. Difficultés et limites de recherche.....</b>	<b>33</b>
<b>4. Le cadre contextuel.....</b>	<b>34</b>

## PREMIERE PARTIE

### LE CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

<b>Chapitre I. De la notion d'éducation à la santé à l'état des savoirs en milieu scolaire.....</b>	<b>43</b>
---	-----------

1. Education à la santé et pour la santé.....	43
1.1. Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention.....	46
2. L'éducation à la santé en milieu scolaire.....	47
2.1. L'éducation à la santé dans les textes officiels français.....	48
2.2. Les savoirs en éducation à la santé dans les programmes scolaires.....	50
2.3. Analyse des compétences personnelles et relationnelles (en lien avec l'éducation à la santé).....	52
2.4. La nature des savoirs dans le cadre de santé.....	56
2.4.1. Des savoirs profanes construits dans la société.....	56
2.4.2. Des savoirs mouvants, en constante évolution.....	57
2.4.3. Des savoirs probabilistes.....	58
2.4.4. Des savoirs sous influence.....	59
3. Nature de l'éducation à la santé en Syrie.....	59
3.1. Les savoirs en éducation à la santé dans le programme scolaire syriens.....	60
3.2. Analyse des compétences personnelles et relationnelles.....	62
3.3. Réalité de projet de l'éducation à la santé en milieu scolaire syrien.....	64
4. Ecole et santé : quelle relation.....	66
4.1. Les modèles de santé.....	67
4.2. Les modèles de l'éducation.....	70
4.3. La mise en lien des modèles d'éducation et de la santé.....	71
5. Les acteurs de l'éducation à la santé dans le système scolaire.....	74
5.1. Les différents acteurs de l'éducation à la santé.....	74
5.2. Les préparations des enseignants en éducation à la santé.....	77

5.3. La formation des professionnels.....	78
6. La recherche en éducation à la santé en France.....	78
6.1. Etat de la recherche en France sur la représentation de l'éducation à la santé.....	79
6.1.1. Offre de formation.....	79
6.1.2. Enseignants et formation.....	80
6.1.3. Mise en pratiques de la formation.....	80
7. Les facteurs d'efficacité en éducation à la santé.....	82
<b>Synthèse du chapitre</b> .....	<b>84</b>
<b>Chapitre II. La didactique et ses concepts</b> .....	<b>86</b>
1. La didactique, mise en place des savoirs enseignés.....	86
1.1. L'analyse didactique.....	88
1.2. La didactique des savoirs en santé.....	89
2. L'élaboration des contenue : secteur A.....	91
2.1. Les différentes conceptions du savoir.....	91
2.2. La question des références.....	91
2.3. Le processus de transposition didactique.....	92
2.4. La transposition didactique des savoirs en santé.....	95
3. Le rapport au savoir.....	97
4. Les stratégies d'appropriation : secteur B.....	98
5. La relation didactique : secteur C.....	99
5.1. Le contrat didactique.....	99
5.2. Les ruptures de contrat didactique (RCD).....	99
6. Les conceptions de la didactique.....	100

6.1. Les représentations des élèves.....	100
6.2. Les représentations des enseignants.....	101
6.3. Conception et relation triangulaire.....	101
<b>Synthèse du chapitre.....</b>	<b>103</b>

**Chapitre III. L'analyse de contenu des programmes scolaires syrien et français.....105**

1. Définition de l'analyse du contenu.....	105
2. L'analyse de contenu de programme scolaire de maternelle en Syrie .....	106
3. L'analyse de contenu de programme scolaire de maternelle en France .....	109
4. Comparaison entre les deux programmes.....	112

**Chapitre IV. Les supports pédagogiques dans l'enseignement.....114**

1. Les études précédentes.....	114
2. Définition des supports pédagogiques.....	115
3. Les fonctions des supports pédagogiques.....	116
4. Des supports pédagogiques adaptés.....	118
5. Les types des supports pédagogiques.....	122
5.1. Le tableau effaçable.....	122
5.2. Les dessins.....	123
5.3. Les contes.....	123
5.4. Les transparents.....	123

<b>Synthèse du chapitre.....</b>	<b>125</b>
----------------------------------	------------

**Synthèse de la première partie.....127**

**DEUXIEME PARTIE**

**DE LA THEORIE A LA PRATIQUE**

**Chapitre V. Présentation des questions et des hypothèses de la recherche..131**

**Chapitre VI. Les orientations méthodologiques de la recherche.....137**

*1. Le plan expérimental.....138*

*2. La population.....138*

*3. Les outils de recueil des données.....140*

*4. Guide d'enseignement des concepts sanitaires.....143*

*5. Le traitement des données.....147*

*5.1. Les opinions des enseignants concernant l'apprentissage des concepts sanitaires..147*

*5.2. Les tests d'évaluation d'apprentissage des concepts sanitaires.....149*

**TROISIEME PARTIE**

**LES PRINCIPAUX RESULTATS D'ETUDE EMPIRIQUE**

**Chapitre VII : L'interprétation des données d'enquête et les apports heuristiques de la recherche.....151**

**Les méthodes pédagogiques des enseignants d'école maternelle.....152**

<i>Le questionnaire comme technique de recueil de données</i> .....	152
1. <i>Présentation du corps enseignant</i> .....	153
<b>Synthèse</b> .....	155
2. <i>Rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires</i> .....	156
3. <i>Les supports pédagogiques et l'adaptation aux enfants</i> .....	159
<b>Synthèse</b> .....	160
4. <i>L'enseignement des concepts sanitaires dans les écoles maternelles</i> .....	160
<b>Synthèse</b> .....	164
5. <i>Supports utilisés, proposition apportée, difficultés rencontrées concernant l'enseignement des concepts sanitaires</i> .....	165
<b>Synthèse</b> .....	173
<b>L'impact des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants</b> .....	176
1. <i>L'analyse des tests des enfants syriens dans les deux classes</i> .....	177
<i>Synthèse</i> .....	180
2. <i>L'analyse des tests des enfants français dans les deux classes</i> .....	181
<i>Synthèse</i> .....	184
3. <i>L'analyse des tests des enfants dans les classes expérimentales dans les deux pays</i> .....	184
<i>Synthèse</i> .....	184
4. <i>L'analyse des tests des enfants dans les classes témoins dans les deux pays</i> .....	186
<i>Synthèse</i> .....	186
5. <i>L'effet du variable « niveau scientifique » des enseignants sur l'apprentissage des concepts sanitaires</i> .....	187
6. <i>L'effet du variable « expérience » des enseignants sur l'apprentissage des concepts sanitaires</i> .....	188
<i>Synthèse</i> .....	189
<b>Synthèse et conclusion générale</b> .....	191

<b>Apports de la recherche à la communauté scientifique.....</b>	<b>196</b>
<b>Perspectives de recherche.....</b>	<b>196</b>
<b>Apports personnels de la recherche et nouveaux horizons professionnels.....</b>	<b>197</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>198</b>
<b>SOMMAIRE DES ANNEXES.....</b>	<b>217</b>

## TABLE DES ABRÉVIATIONS

**ASTEM** : Agents Territoriaux Spécialisés des Ecoles Maternelles

**BO** : Bulletin Officiel

**CAP** : Certificat d'Aptitude Professionnelle

**CNA** : Conseil National de l'Alimentation

**CEESC** : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

**CRPE** : Concours de Recrutement des Professeurs des Ecoles

**DGESCO** : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire

**EPS** : Education Physique et Sportive

**ES** : Education à la santé

**IEN** : Inspecteur de l'Education National

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

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

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**IUFM** : Institut Universitaire de Formation des Maitres, actuellement (**ESPE**) : Etablissement Supérieur du Professorat et de l'Education

**MEN** : Ministère de l'Education National

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAC** : Politique Agricole Commune

**PAEDI** : Processus d'Action des Enseignants : Déterminants et Impact

**RCD** : Rupture de Contrat Didactique

**STAV** : Sciences et Technologies de l'Agronomie et du Vivant

**UNESCO**: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

**UNICEF** : United Nations Children's Fund (Association Humanitaire pour la survie et la protection des enfants du monde

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### Tableaux :

1-Les aspects de la réalité des écoles maternelles et des formations des enseignants, comparaison entre la Syrie et la France	40
2-L'éducation à la santé et à la citoyenneté en milieu scolaire dans les textes officiels	49
3-L'éducation à la santé dans le programme des écoles maternelles françaises	52
4-L'éducation à la santé dans le socle commun	52
5-Les principales dates encadrant l'éducation à la santé en Syrie	60
6-L'éducation à la santé dans le programme scolaire syrien	61
7-L'articulation entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation	72
8-Comparaison entre les programmes syriens et français	112
9-Avantages et inconvénients du tableau effaçable	123
10-Avantages et inconvénients des transparents	124
11- Les sujets enquêtés dans les écoles syriennes	139
12- Les sujets enquêtés dans les écoles françaises	139
13- Les supports pédagogiques traduits	142
14-L'hygiène corporelle et bucco-dentaire dans le guide d'enseignement	147
15-Plan expérimental : classe expérimentale / témoin	150
16-Répartition de la population selon le genre	153
17-Nombre d'années d'expérience d'enseignement	153
18-Nombre d'années d'expérience dans l'enseignement à l'école maternelle	154
19-Degré scientifique des enseignants	155
20-La formation professionnelle des enseignants	155
21-L'utilisation intéressante des supports pédagogiques pour l'apprentissage des concepts sanitaires	156

<b>22-</b> Les supports pédagogiques, un outil réel qui favorise l'apprentissage des concepts sanitaires	157
<b>23-</b> Le rôle important des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants	157
<b>24-</b> Les supports pédagogiques, une aide dans la découverte des concepts sanitaires par les enfants	158
<b>25-</b> La diversité des supports pédagogiques pour la compréhension des concepts sanitaires par les enfants	158
<b>26-</b> Les supports pédagogiques, un lien entre les formations visibles et abstraites	159
<b>27-</b> Le travail en groupe, facilitateur de l'apprentissage des concepts sanitaires	159
<b>28-</b> Les supports pédagogiques, une aide pour le transfert des connaissances dans la vie réelle	160
<b>29-</b> L'enseignement des concepts sanitaires par les parents de l'enfant	161
<b>30-</b> L'enseignement des concepts sanitaires par les amis de l'enfant	161
<b>31-</b> L'enseignement des concepts sanitaires par la publicité et des campagnes des préventions	162
<b>32-</b> L'enseignement des concepts sanitaires par l'école	162
<b>33-</b> L'enseignement des concepts sanitaires par des activités scolaires	163
<b>34-</b> La perception de l'utilité des supports pédagogiques pour l'enseignement des concepts sanitaires	163
<b>35-</b> Explication des concepts sanitaires par des jeux spécifiques	164
<b>36-</b> Les répétitions dans l'apprentissage des concepts sanitaires	164
<b>37 -</b> Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner l'hygiène corporelle	165
<b>38 -</b> Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner l'hygiène alimentaire	166
<b>39 -</b> Les supports pédagogiques que vous utilisez pour enseigner les concepts d'environnement	166
<b>40-</b> Comparaison entre la France et la Syrie concernant les supports pédagogiques que les enseignants déclarent utiliser pour enseigner les concepts sanitaires	167

<b>41</b> -Les supports pédagogiques nécessaires pour la transmission des concepts sanitaires	168
<b>42</b> -Les activités scolaires importantes pour transmettre les concepts sanitaires	169
<b>43</b> -Propositions des enseignants pour développer l'utilisation des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires	169
<b>44</b> -Les problèmes économiques	170
<b>45</b> -Les problèmes administratifs	170
<b>46</b> -Les problèmes d'espace	171
<b>47</b> -Les problèmes de temps	171
<b>48</b> -Comparaison entre la France et la Syrie concernant les problèmes que les enseignants déclarent empêcher l'utilisation des supports pédagogiques	172
<b>49</b> -L'hygiène corporelle chez les enfants syriens	177
<b>50</b> -L'hygiène alimentaire chez les enfants syriens	178
<b>51</b> -Le concept de l'eau chez les enfants syriens	178
<b>52</b> -Le concept de l'air chez les enfants syriens	179
<b>53</b> -Le concept du bruit chez les enfants syriens	179
<b>54</b> -Le concept des animaux chez les enfants syriens	180
<b>55</b> -Le concept des plantes chez les enfants syriens	180
<b>56</b> -L'hygiène corporelle chez les enfants français	182
<b>57</b> -L'hygiène alimentaire chez les enfants français	182
<b>58</b> -Le concept l'eau chez les enfants français	182
<b>59</b> -Le concept l'air chez les enfants français	183
<b>60</b> -Le concept le bruit chez les enfants français	183
<b>61</b> -Le concept les animaux chez les enfants français	183
<b>62</b> -Le concept plantes chez les enfants français	184

**63**-Niveau scientifique des enseignants dans le tableau récapitulatif de l'ANOVA à 4 facteurs

**64-** Expérience des enseignants dans le tableau récapitulatif de l'ANOVA à 4 facteurs 189

### **Figures**

<b>1-</b> Le lien direct et indirect à l'éducation à la santé dans les thèmes abordés de programme scolaire français	54
<b>2-</b> Le lien direct et indirect à l'éducation à la santé dans les thèmes abordés de programme scolaire syrien	63
<b>3-</b> La pyramide des besoins	68
<b>4-</b> Le triangle didactique	89
<b>5-</b> Phase « interne » de la transposition didactique	95
<b>6-</b> Les différents thèmes dans le programme scolaire syrien	107
<b>7-</b> Les différents thèmes dans le programme scolaire français	110

# PRESENTATION GENERALE

## INTRODUCTION

**N**ous envisageons, à travers la présente étude, de préciser le rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires. L'approche privilégiée est plutôt interdisciplinaire en convoquant les sciences de l'éducation, la santé, la biologie et la sociologie.

Cette thèse en sciences de l'éducation s'est inscrite dans une approche pluridisciplinaire. L'articulation de ces domaines disciplinaires est nécessaire pour aborder la problématique de ce travail de recherche. Le domaine de recherche en sciences de l'éducation est majeur afin de situer cette recherche au sein de l'éducation formelle (école) et de comprendre les mécanismes du déroulement d'une éducation par rapport à l'apprentissage des concepts sanitaires. D'ailleurs, le domaine de la santé permet à chacun de prendre connaissance des risques qu'il prend par ses comportements, ses habitudes de vie à l'égard de son propre bien-être en évitant les actions nocives et en se créant des habitudes favorables. Ceci nous amène à présenter comment les enseignants de l'éducation à la santé préparent leur démarche (Champy & Etévé, 1994 ; Jourdan, 2008).

Le domaine de la biologie apporte les informations scientifiques sur l'enseignement des concepts sanitaires tels que l'eau, l'air, les animaux et les plantes. Le domaine de la sociologie se définit comme l'étude de la société. L'école a pour mission le développement des compétences sociales. L'enseignement se fait donc à l'intérieur d'un groupe. L'interaction est importante afin de comprendre l'apprentissage des concepts sanitaires. Cette pluridisciplinarité a fortement orienté la recherche.

Après l'obtention d'un diplôme de fin d'études en 1999 à la faculté des sciences de l'éducation de l'université de Damas, nous avons observé au sein de notre exercice professionnel d'enseignante à l'école primaire le rôle que les supports pédagogiques jouent dans l'apprentissage de différentes connaissances par les enfants, notamment en ce qui concerne les concepts spatiaux et temporels.

En 2002, bien que recrutée comme enseignante agrégée à l'université de Damas, notre projet de continuer nos études et de préparer un troisième cycle était toujours présent.

L'accord que nous avons obtenu pour continuer nos études de troisième cycle en France a constitué l'occasion propice pour mener cette recherche. En 2008, nous avons obtenu le DEA en sciences de l'éducation à l'Université de Toulouse, sous la direction de Chantal AMAD-ESCOT. Notre travail portait sur « *L'analyse didactique d'un module d'enseignement interdisciplinaire du fait alimentaire : pratiques déclarées des enseignants et impact sur les élèves. Tension et difficultés dans la perspective d'une éducation à la santé* ». A la suite de ce DEA, notre souhait était de préparer une thèse s'inscrivant à la fois en sciences de l'éducation et en santé. Dans la lignée de ce travail de recherche, nous avons souhaité associer l'étude de l'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants de 5 à 6 ans, en particulier l'intérêt des supports pédagogiques.

### **1.1. Constat scientifique de l'éducation à la santé à l'école**

L'expertise collective INSERM<sup>1</sup> « Education pour la santé des jeunes » (2001), fait un récapitulatif des travaux sur la période 1990 à 2000 sur l'éducation à la santé en milieu scolaire. Les recherches présentent la complexité de l'enseignement de la santé étant donnée la diversité des cadres de références, des problématiques et des modalités de traitement.

Les travaux de recherche se sont développés durant la dernière décennie afin d'offrir le meilleur rapport possible entre éducation à la santé et scolarité. La fonction des enseignants est mise en avant, leur rôle est primordial afin de construire au mieux les apprentissages des élèves qui s'inscrivent dans une démarche appropriative du savoir. Le ministère met à disposition des enseignants des outils pédagogiques variés afin que leur enseignement y prenne appui. Les représentations, les conceptions et les pratiques enseignantes sont des indicateurs pour la recherche en éducation à la santé (Jourdan et al., 2002),

La prise en compte des représentations des enseignants fait partie de la démarche didactique. Comme toute personne, l'enseignant a des représentations sur la notion de santé. L'éducation à la santé n'est pas seulement une question de prévention auprès des personnes mais aussi une question d'éducation des personnes (Berger & Jourdan, Picc & Riffaut, 2004). Promouvoir la santé demande d'agir avec les acteurs et à mieux cerner leurs représentations. Pour cela, il est nécessaire de connaître leurs représentations sur ce sujet.

---

<sup>1</sup> **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Les programmes scolaires mettent en avant l'éducation à la santé. Toutefois, le manque de formation des enseignants est à déplorer. Il en est de même pour les projets des établissements que ce soit à l'école, au collège ou au lycée. Il faudrait une uniformisation afin de mettre en place des projets durables autour de la santé (Berger et al., 2002). Le second degré semble toutefois privilégié par rapport au premier degré. L'idée que l'adolescence est le début des conduites à risque conditionne la mise en place d'une éducation à la santé. L'accent est mis dans les lycées et collèges en enseignant surtout aux élèves ce que signifient les comportements à risque et leurs effets néfastes sur la santé. En effet, durant l'adolescence, période où l'on cherche sa propre personnalité et son orientation, les conduites à risque sont les plus présentes car les élèves veulent ressembler aux adultes. Pourtant le premier degré doit être un terrain de promotion tout autant que le second degré dans la mesure où les enfants apprennent ce qui peut nuire à leur santé ou pas et préviennent donc ces conduites à risque.

La transposition didactique consiste à transformer les savoirs scientifiques en savoirs enseignés afin qu'ils soient compréhensibles pour les élèves.

Lors de l'apprentissage d'une nouvelle notion, l'enseignant procède souvent à une prise de représentations des élèves. Cela procède de la démarche scientifique qui propose de faire un recueil de ces représentations afin de déterminer, après des recherches, qui avait raison ou non. L'élève est ainsi au centre de la situation pédagogique et l'enseignant ne semble pas être pris en compte (Berger, Pizon, Bencherif & Jourdan, 2009). Pourtant, les représentations des enseignants sont primordiales car lors de l'enseignement, l'enseignant a une pratique subjective dans laquelle transparaissent nécessairement ses représentations. Lorsqu'il découvre les savoirs scientifiques qu'il doit transposer en savoirs enseignés, il analyse ses propres *a priori* afin que ceux-ci n'influencent pas son enseignement. Ses conceptions sur l'éducation à la santé permettent de savoir quelle position il va adopter dans son enseignement. Le « rôle de l'enseignant » est déterminant dans l'éducation à la santé. Il est donc opportun de faire un recueil de données pour savoir quelles sont les représentations des élèves et de les comprendre afin que le savoir enseigné se généralise auprès des élèves et ne soit pas hétérogène comme cela est actuellement le cas.

Les représentations sont définies comme un ensemble d'idées et de modèles qu'un individu a mis en place afin de donner un sens et une explication à ses expériences sociales et aux problèmes qu'il peut rencontrer. Cela lui permet de garder un point d'équilibre entre ce qu'il vit et son environnement. Une représentation est donc un schéma explicatif qu'un individu

s'est construit et qui a peu de fondement scientifique. Cet ensemble de représentations est ordonné selon chaque individu et fonde sa culture personnelle et professionnelle.

Ces représentations interviennent nécessairement dans la relation pédagogique lors de l'enseignement des savoirs et dans la prise en charge de la classe. Chaque enseignant a sa manière de procéder et de mener une séance d'enseignement. Il est alors judicieux de porter un regard extérieur afin d'observer comment se réalise l'enseignement des savoirs scientifiques et la régulation du déroulement de la séance, c'est-à-dire lors de l'appropriation par les élèves du savoir en jeu. L'enjeu est de savoir si la pratique de tel enseignant peut se transférer à un autre après une étude réflexive sur cette pratique. Cette réflexion cherche à extraire les invariants de la pratique ainsi que les particularités afin de les modéliser.

## **1.2. Délimitation de l'objet de recherche**

L'objet de cette recherche est de décrire l'enseignement des concepts sanitaires à des enfants scolarisés en école maternelle (5 à 6 ans) via des supports pédagogiques. Cette présentation nécessairement parcellaire apporte des éléments de compréhension supplémentaire à ce vaste champ. Ainsi nous tenterons d'éclairer cet enseignement par un guide d'accès pour les enseignants sur les concepts proposés et les supports choisis. Les différents points de vue entre les enseignants des deux pays (France, Syrie) concernant l'enseignement des concepts sanitaires aux enfants de maternelle sont mis en relief.

## **1.3. L'éducation à la santé, une question vive**

Les questions de santé, tout comme les questions relatives à l'environnement, sont des « *questions vives* » (Legardez & Simonneaux, 2006). L'éducation à la santé vise à apporter des informations sur des questions socialement construites et poser, comme le précise Chevallard (1997), des questions socialement vives ou « questions ombilicales ». Dans le domaine sanitaire, il n'y a pas de bon ou de mauvais comportement, il faut savoir être dans la juste mesure (Cardot, 2011). Une juste mesure qui interpelle les citoyens qui se demandent là où elle se place et comment y accéder, selon Alep (1999). Les questions proviennent des représentations des citoyens et sont donc essentielles pour le travail de prévention mené par les acteurs de l'éducation à la santé qui doit s'appuyer sur ces représentations afin de mener au mieux sa mission.

Les « *questions vives* » (Legardez & Simonneaux, 2006) animent les conversations que ce soit au niveau de l'environnement (la pollution, le développement durable, les nouvelles technologies ou) ou à celui de la santé (Nouh, 2008). Les débats sont souvent virulents pour les acteurs élèves comme enseignants (Legardez & Alpe, 2001). Le débat, dans la mesure où il donne l'occasion à celui qui en est acteur d'aiguiser son sens du jugement, contribue sans aucun doute à la structuration identitaire de l'élève comme sujet (Eveleigh & Tozzi, 2002). Ce dernier va en effet se retrouver confronté aux opinions des autres et va ainsi être amené à réfléchir et à faire évoluer ses propres représentations. C'est ce que l'on demande à tout citoyen. L'élève, dans un tel exercice, est invité à considérer une situation sous différents angles, si bien « qu'il n'est plus un simple réceptacle d'information; il participe à leur traitement et à leur expression » (Aubert-Peres & Vieuxloup, 2003, p.78) et se retrouve ainsi responsabilisé. Des travaux ont été menés afin d'intégrer les élèves au sein d'un débat de société (Dolz & Schneuwly, 1998 ; Simonneaux, 2003). Dolez & Schneuwly (1998) relèvent quatre dimensions dans un débat :

- « 1 - une dimension psychologique incluant les motivations, les affects et les intérêts des élèves;
- 2 - une dimension cognitive, qui renvoie à la complexité du thème et à l'état des connaissances des élèves;
- 3 - une dimension sociale, qui concerne l'épaisseur sociale du thème, ses potentialités polémiques, ses enjeux, ses aspects éthiques,
- 4 - une dimension didactique, qui demande que le thème ne soit pas trop quotidien et qu'il comporte de « l'apprenable ». (Dolez & Schneuwly, 1998, p. 8)

Parler des concepts sanitaires recoupe ces quatre dimensions. Tout d'abord, pour la dimension psychologique, l'apprentissage des concepts sanitaires se fait dans un cadre posé suscitant l'intérêt et la motivation des élèves. Si l'élève ne voit pas l'intérêt de cet enseignement et que l'objectif n'est pas donné, il ne sera pas dans l'apprentissage et n'intégrera pas les connaissances dans le but de les réutiliser.

Pour ce qui est de la dimension cognitive, les élèves entendent constamment par l'intermédiaire de leurs proches ou des médias des conseils sanitaires. L'apprentissage des concepts sanitaires demande un enseignement qui porte sur des savoirs scientifiques. Leur acquisition fait appel autant aux acquis des élèves afin d'évaluer l'état de leurs connaissances qu'aux explications qui vont se mettre en place lors de l'enseignement.

Les enjeux sociaux de l'éducation à la santé sont primordiaux car comprendre ce qu'est « être en bonne santé » dans la société actuelle est une question sociale afin d'éviter les problèmes sanitaires. En effet, acquérir les savoirs inhérents à la santé est le moyen pour chacun de

pouvoir accéder à une meilleure connaissance de son propre comportement et de son fonctionnement afin de garantir une bonne santé.

Enfin, la dimension didactique est importante dans l'enseignement des concepts sanitaires qui doit se faire dans une juste mesure et non dans une répétition incessante. La didactique va permettre aux acteurs de la santé de rendre les savoirs scientifiques accessibles en vulgarisant les connaissances pour un public qui ne peut comprendre un vocabulaire spécialisé.

Le système éducatif a intégré un changement considérable dans son fonctionnement : l'élève n'est plus un réceptif qui accueille le savoir. Il est un acteur à proprement parler de sa vie de citoyen. Il s'agit « d'un changement de pratiques enseignantes où l'argumentation et la construction de problématiques deviennent primordiales » dans l'émergence d'une question socialement vive, et l'exemple de la réforme de la PAC<sup>2</sup> (J.Simonneaux, 2005, p.14) se pose maintenant le rôle de l'école face aux problèmes de santé publique.

#### **1.4. Le rôle de l'école face aux problèmes de santé publique.**

La circulaire du 24 novembre 1998, parue au Bulletin officiel n°43, représente un texte fondateur dans le domaine de l'éducation à la santé à l'école. Cette directive officielle permet de mettre en place des prérogatives quant à l'éducation à la santé en milieu scolaire par une approche globale et systémique dans cette discipline (BO<sup>3</sup> n°43, 1998). Ces prérogatives s'avèrent pertinentes pour délimiter plus avant notre objet de recherche. La transversalité est un point essentiel dans l'éducation à la santé (Jourdan, Cardot & Berger, 2008). En effet, il ne faut pas penser l'éducation à la santé comme une discipline à part mais plutôt comme un enseignement qui se retrouve dans tous les champs disciplinaires (Lebeaume, 2007). De même, l'éducation à la santé passe par le cadre de vie offert par l'école et les activités éducatives. L'école est alors le modèle des principes qu'elle va inculquer aux élèves et sur lequel les élèves doivent prendre exemple.

La petite enfance est la période où l'éducation à la santé est un enjeu majeur dans la mesure où les habitudes sanitaires sont apprises à ce moment délicat de la découverte de l'hygiène et de la santé. Ainsi, l'école dans ses missions d'accueil et de formation est un lieu où les élèves

---

<sup>2</sup> PAC : Politique Agricole Commune

<sup>3</sup> BO : Bulletin Officiel

découvrent l'éducation à la santé. L'âge est un facteur déterminant pour l'école maternelle dans la mesure où cela permet de toucher plus tôt une tranche d'âge déterminée.

L'éducation à la santé doit être enseignée dans le sens de la prévention, non pas en psalmodiant des « luttés contre » mais en discutant d'une « éducation à.... ». Cette manière de penser fait la différence entre une discussion qui tourne au conflit et à l'opposition des représentations et une discussion qui relève de la communication et de la coopération. La globalité est le maître mot de l'école face à l'éducation à la santé : l'objectif est de parvenir à une politique globale de prévention en considérant l'enfant dans sa globalité. Ce terme implique que l'éducation à la santé sera non seulement prise en compte dans sa transversalité mais aussi considérée en lien avec le collège et le lycée afin de toucher l'élève durant sa scolarité.

### **1.5. Le rôle de l'enseignant et des élèves dans l'apprentissage des concepts sanitaires**

Dans ce cadre, les rôles respectifs du professeur et de l'élève sont parfois difficiles à délimiter. En effet, l'enseignant doit pouvoir mettre en place un cadre didactique pour que l'élève s'approche du savoir enseigné. Tout en étant acteur et meneur, l'enseignant est amené à jouer un moindre rôle afin que l'élève puisse construire par lui-même son savoir et ainsi mieux se l'approprier. L'enseignant devra aussi anticiper les imprévus qui peuvent surgir à l'intérieur d'une classe. La gestion d'une classe et l'enseignement d'un concept demandent donc une préparation conséquente pour l'enseignant.

La fonction de l'enseignant n'est pas d'enseigner, elle est de veiller à ce que les élèves apprennent. Pari difficile qui oblige à faire œuvre d'ingénieur pour éviter l'imprévu en envisageant a priori tous les possibles, en traquant l'aléatoire. Pari osé qui nécessite d'agir en sachant que l'imprévisible surgira forcément (Develay, 1992, p.162).

### **1.6. L'orientation vers l'utilisation des supports pédagogiques**

En 2003, l'Institut national d'éducation pour la santé (INPES)<sup>4</sup> et la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)<sup>5</sup> mettent à la disposition des établissements scolaires les

---

<sup>4</sup> INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

<sup>5</sup> DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire

moyens de faire passer l'information aux élèves par le biais de supports pédagogiques (MEN, 2008)<sup>6</sup>.

Les supports pédagogiques sont une aide pour l'action de l'enseignant (Hincelin, 1998) ; ils sont aussi diversifiés dans le contenu que peuvent l'être les compétences attendues. A l'école maternelle, la manipulation et le développement des cinq sens sont concourants au bon déroulement des séances afin que les élèves puissent acquérir les concepts abstraits qui leur sont proposés (Salama, 2002). L'école maternelle a pour mission de proposer des activités qui font appel tour à tour à la manipulation ou au développement des cinq sens afin que l'élève soit stimulé et ne s'ennuie pas dans les activités. Pour cela, les supports pédagogiques jouent un rôle essentiel et prennent des formes diverses : affiches, photos, livres, cartes à jouer, jeux de société, dessins (Aboulfetch, 2010).

Dès lors, dans cette étude, les supports pédagogiques sont considérés comme des moyens matériels utilisés pour illustrer ce qui est exposé, pour aider à la compréhension et à la mémorisation. Ils sont élaborés à partir d'une méthode qui les illustre. Ils sont mis à la disposition de l'enseignant et des apprenants afin de les aider dans le contexte qui est le leur, à acquérir une autonomie vis-à-vis de la contraction du savoir.

Notre intérêt est orienté vers les concepts sanitaires suivants : l'hygiène, l'alimentation, l'eau, l'air, le bruit, les animaux et les plantes.

Une analyse descriptive du contenu des programmes scolaires (français, syrien) porte sur les thèmes abordés.

Un guide adressé aux enseignants pour l'enseignement des concepts sanitaires en utilisant les supports pédagogiques est proposé. Le rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires est examiné à travers des tests écrits réalisés par les enfants qui permettent de mesurer l'impact de cet enseignement.

Il a également été choisi d'intégrer dans cette étude une enquête par questionnaire auprès des enseignants de maternelle. Ce qui permet d'appréhender leur point de vue sur l'utilisation de supports pédagogiques.

---

<sup>6</sup> Ministère de l'Education National

Cette démarche comparative entre la France et la Syrie permet de pointer les différences et les convergences entre les deux pays et d'apporter les explications et les commentaires nécessaires qui permettront de tester les hypothèses formulées pour cette étude.

## **2. PRESENTATION ET JUSTIFICATION DU PLAN DE LA THESE**

Une partie préliminaire sous forme de présentation générale ainsi que trois autres grandes parties structurent cette recherche. La partie introductive est posée pour expliquer la naissance de l'éducation à la santé qui occupe une place importante dans la société actuelle. La thèse est structurée en **trois parties principales**. **La première** rend compte du processus de construction de l'objet de recherche. Celui-ci est organisé autour de quatre chapitres. L'éducation à la santé à l'école tout d'abord, ensuite la transposition didactique et ses concepts en insistant sur les représentations des enseignants et des élèves en ce qui concerne les concepts sanitaires, l'analyse de contenu du programme scolaire dans les deux pays est prise en considération dans cette partie et enfin les supports pédagogiques dans l'enseignement. Le premier chapitre (**chapitre 1**) porte sur l'éducation à la santé ; celle-ci est définie, en montrant la différence pédagogique entre les deux concepts. L'intérêt de se préoccuper des questions de santé à l'école est ensuite abordé et enfin sont présentés les différents acteurs de l'éducation à la santé dans le système scolaire. Nous terminons ce chapitre avec l'état de la recherche sur les représentations et les facteurs d'efficacité en éducation à la santé. Notre cheminement aboutit à montrer que la transposition des savoirs savants du domaine sanitaire en savoirs enseignés occupe une place essentielle dans l'enseignement : ceci constitue le deuxième chapitre de cette partie (**chapitre 2**). Le troisième chapitre (**chapitre 3**) s'intéresse à l'analyse de contenu du programme scolaire dans les deux pays. Cette analyse a pour but de connaître la place de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires (syrien, français). Le dernier chapitre (**Chapitre 4**) vise à montrer l'importance des supports pédagogiques : une réflexion théorique permet d'encadrer tout en explicitant l'utilisation de ces supports dans l'enseignement et met en lumière les principaux supports et leur fonction. Cette partie est clôturée par une synthèse.

**La deuxième partie** s'attache à exposer les questions ainsi que la méthodologie de notre recherche scientifique. Le premier chapitre (**chapitre 5**) présente les questions et les hypothèses de cette étude. Le deuxième chapitre (**chapitre 6**) est consacré à détailler les orientations méthodologiques qui ont résulté de cette recherche. Nous montrons que la

démarche de recherche repose sur l'articulation des approches qualitative et quantitative afin de parvenir à une meilleure compréhension de l'objet et en saisir toute la complexité. Après avoir présenté, dans une première section, la méthode retenue pour construire l'échantillon d'enseignants-élèves visé par les investigations empiriques, une seconde section permet de rendre compte de la conception du dispositif de recueil des données, par un questionnaire. Dans la troisième section, ce sont des tests de recherche qui sont proposés. Nous précisons ensuite les conditions de réalisation des enquêtes et les procédures d'analyse des données mises en œuvre, dans une quatrième section. **La troisième partie (chapitre 7)** est consacrée à l'interprétation des données empiriques. Dans la première section, l'analyse statistique de réponses obtenues au questionnaire de recherche est exposée. La deuxième section se consacre à l'analyse statistique des tests des enfants dans une approche comparative entre ces pays afin de tester les hypothèses de la recherche. La dernière section sera réservée à la synthèse et conclusion générale.

### **3. DIFFICULTES ET LIMITES DE LA RECHERCHE**

Signalons deux contraintes majeures d'ordre linguistique. La première relève de la différence de langues : le français et l'arabe. Le sens donné à certains concepts utilisés dans cette étude rédigée en français et préparée en France, est de ce fait différent selon le pays. Par exemple : la notion de « concept d'éducation » en arabe est plutôt liée à la sensibilisation, à l'orientation et à l'encouragement de comportements sociaux qualifiés de corrects dans la société. Son objectif est de permettre à l'individu de se départir de sa société et de sa culture d'origine. En français, ce concept prend un sens différent car il est lié, en principe, à l'apprentissage et à l'enseignement des enfants.

Les différences culturelles entre les deux pays ont joué un rôle important dans la formulation des tests des enfants, ce qui est interdit à l'école française est autorisé à l'école syrienne. Par exemple, il n'y a pas de restaurants dans les écoles syriennes : les enfants mangent avec leur famille, les habitudes et les comportements alimentaires qui sont en lien avec l'hygiène et l'alimentation sont de ce fait un peu différents. Pour cette raison nous avons essayé de trouver des points communs lors de la préparation des tests.

Le deuxième obstacle concerne notre maîtrise de la langue française et les difficultés inhérentes à la rédaction de cette thèse pour un étudiant – chercheur étranger. Ce problème se pose de manière encore plus forte lorsqu'il s'agit de travailler sur un corpus en langue étrangère et de le traduire en français.

#### 4. LE CADRE CONTEXTUEL

La présente recherche se déroule dans le cadre des écoles maternelles en Syrie et en France. Le tableau comparatif qui suit vise à montrer les points communs et les différences concernant les écoles, les formations et la préparation des enseignants dans les deux pays.

##### **-Emergence des écoles maternelles en Syrie**

Depuis les conquêtes du 7<sup>ème</sup> siècle en **Syrie**, des institutions arabo-islamiques appelées « Al katatibe » ont été mises en place et fréquentées par les jeunes enfants. Ce sont des écoles coraniques qui diffèrent dans leurs objectifs et méthodes de la maternelle. Il existe deux types d'institutions : une à la mosquée et une dans la maison de l'enseignant. L'enfant peut entrer à l'institution à l'âge de quatre ans pour apprendre les principes de la lecture, l'écriture et les mathématiques par la répétition. Ces écoles ont perduré jusqu'à la proclamation de la loi ottomane (Almaaref) qui a déclaré la gratuité de l'enseignement (Mourtada & Abu Anour, 2005).

Avec la fin de la Première Guerre Mondiale, les écoles maternelles sont restées attachées aux écoles missionnaires en relation avec la religion catholique en s'appuyant sur la solidarité financière. Elles sont restées hors de la juridiction de l'Etat que ce soit au niveau de la surveillance ou du financement. La loi syrienne (Almaaref) en 1933 a proclamé dans son premier article que les écoles maternelles sont un degré de l'enseignement et qu'elles seront accessibles de trois à six ans. Une explication a été fournie afin de répartir au mieux les élèves en groupe. La loi syrienne a prévu une aide matérielle afin d'encourager la mise en place des enseignements. Des matières ont été définies pour couvrir le programme de lecture, d'écriture, des mathématiques, de sport et de connaissances sociales.

Ces écoles privées ont existé jusqu'en 1945, date à laquelle le Ministère de l'Éducation a créé deux nouvelles écoles maternelles privées à Damas et à Alep. Le Ministère a également travaillé sur la création d'autres écoles dans d'autres villes sous la supervision du Ministère de l'Éducation afin de surveiller et d'inspecter les méthodes d'enseignement dans les domaines administratifs, sanitaires et éducatifs. Ces écoles maternelles n'ont pas le droit d'utiliser des manuels pédagogiques avant d'obtenir l'autorisation du Ministère de l'Éducation. Ainsi la relation du ministère de l'éducation avec les écoles maternelles privées est définie et mise en place sur une base solide et claire. L'enseignement dans les écoles maternelles est resté sous la tutelle du Ministère de l'Education syrienne.

En 1967, le décret-loi n ° 127, qui a été dérivé des clauses de la politique éducative de la Syrie et élimine la nécessité de superviser le processus d'enseignement dans les écoles privées et l'organisation à la fois administrative et financière, précise qu'il faut désigner un directeur pour chaque école privée, délégué du Ministère de l'Éducation, afin de contrôler le fonctionnement du processus éducatif. Dans la même année, l'Organisation « Union des Femmes Syriennes » a reçu l'autorisation d'ouvrir des écoles maternelles privées et le Ministère de l'Éducation fournit les éléments nécessaires afin d'encourager ce secteur.

En 1971, l'importance accordée par le Ministère de l'Éducation aux écoles maternelles est apparue au cinquième colloque national qui s'est tenu à Damas. Ce colloque présente l'état des écoles maternelles avec leurs objectifs, la façon d'améliorer, les conditions d'enseignement ainsi que le suivi de la supervision du Ministère de l'Éducation sur ces écoles. Ali, Mortada & Ilyas (2003), proposent six éléments indicateurs de la supervision du ministère sur ces écoles :

- « -Préparer un programme couvrant tous les aspects de la croissance de l'enfant
- Développer les conditions d'enseignement comme la construction, les meubles et les outils
- Préparer et former des enseignants qualifiés
- Préparer des livres scolaires pour les écoles
- Organiser la visite d'inspection
- Fournir aux écoles des bulletins explicatifs sur les fonctions et les modalités de l'éducation à suivre périodiquement, en continu » (Ali, Mortada & Ilyas, 2003, p.87-89).

### **-Les aspects de la réalité des écoles maternelles en Syrie**

La majorité des écoles maternelles se situe dans le secteur privé. La fréquentation de l'école par les enfants est liée au statut de la famille ou au niveau de santé. La majorité des enfants qui étaient souvent absents ont déclaré que leur absence était due aux vacances de leur mère, au mauvais temps ou encore à un manque de volonté pour aller à l'école. Il y a une disparité claire entre ce qui est inclus dans le programme et ce qui est mis en œuvre dans les écoles. Ce qui est pris en charge de manière efficace dans les écoles diffère du programme approuvé par le Ministère de l'Éducation. 60 % des propriétaires des écoles privées appliquent des programmes spéciaux qui diffèrent du programme officiel et des règlements interdisant l'utilisation des livres scolaires dans la première année du primaire dans les écoles. Mais les écoles privées extraient leurs cours de lecture, écriture et mathématique des manuels officiels.

De nombreuses écoles ont aussi enseigné un certain nombre de langues étrangères dont l'anglais et le français au détriment de la langue arabe.

L'école maternelle est destinée aux jeunes enfants de 3 à 6 ans. Elle comprend traditionnellement trois classes : la petite (PS), la moyenne (MS) et la grande (GS) section.

Habituellement dans les écoles, la journée commence à 8h00 et se termine à 15h00. Les parents doivent fournir à leurs enfants le repas de midi (Mortada & Abu Alnour, 2005).

Certaines écoles utilisent les manuels du primaire et adaptent les enseignements pour la maternelle en les enrichissant avec diverses activités et des moyens pédagogiques. Cette adaptation découle de la volonté des parents afin que leur enfant atteigne un bon niveau en lecture, écriture et mathématique, dès que possible pour exceller parmi les élèves à l'école primaire. La différence entre le niveau des écoles provient de l'utilisation de différentes activités et événements. Cette différence change selon la sensibilité éducative des responsables de ces écoles (Al Shammasse & Al Snade, 2005).

### **- La formation des enseignants de maternelle en Syrie**

Depuis 1986, lors de la première conférence qui s'est tenue à Damas sous le titre "Développement de l'enseignement pré-universitaire", le Ministère de l'Education a confirmé l'importance de mettre l'accent sur la préparation des enseignants, la poursuite de la formation et la réhabilitation avant et pendant son travail à la maternelle. (Kynawy, 1992).

Les enseignants qui souhaitent enseigner en maternelle doivent étudier 2 ans après le baccalauréat dans un institut (école normale) relevant du Ministère de l'Education. L'enseignant doit étudier les mathématiques, la géographie, l'histoire, les langues « arabe et anglaise », les sciences et la santé.

Après avoir étudié ces matières, l'enseignant est soumis à des tests écrits qui confirment ses connaissances et mettent l'accent sur ses capacités mentales et ses aptitudes cognitives. Ces tests sont effectués au cours des trois périodes de l'année scolaire. De plus, l'enseignant effectue des tests pratiques, dans lesquels il doit préparer et donner des cours aux enfants dans des écoles qui sont déterminées à l'avance par le Ministère de l'Education. Ces tests pratiques s'apparentent au (stage d'apprentissage). Pendant l'enseignement en maternelle, les

enseignants doivent assister au moins à deux conférences chaque semestre sous la supervision du Ministère de l'éducation pour suivre les différentes évolutions par rapport aux méthodes pédagogiques dans l'enseignement de maternelle.

À la fin des études, chaque enseignant doit soumettre un projet individuel sous forme d'un fichier comprenant des supports pédagogiques et quelques préparations des cours et des activités liées aux thèmes du programme de maternelle ainsi qu'une disquette audiovisuelle portant sur un ou plusieurs cours effectués par l'enseignant au cours de sa formation (formation initiale). Ce projet est évalué par un comité qui reconnaît l'étendue de la qualité et la pertinence pour la titularisation de l'enseignant.

En 2007, par la circulaire n°286, les instituts de préparation des enseignants ont été supprimés et ont été remplacés par « la section de maternelle » qui se trouve à la faculté de l'éducation affiliée au Ministère de l'Enseignement Supérieur, avec une durée d'étude de 4 ans au lieu de 2 ans, mais le contenu de la préparation et de l'examen final reste le même. De plus, les enseignants qui ont le bac et qui n'ont pas suivi la formation à l'institut des enseignants avant 2007 sont obligés de faire les stages d'apprentissage sous la supervision de Ministère de l'Education Nationale.

Malgré les efforts déployés par les Ministères de l'Education et de l'Enseignement Supérieur concernant la préparation des enseignants, il apparaît que les enseignants de maternelle ne possèdent pas les certificats qui leur permettent de travailler à l'école maternelle et ne sont pas correctement choisis. La plupart des enseignants manquent de formation, de réhabilitation, de suivi et d'expérience dans la communication avec les enfants (Sasila, 2010).

**En France**, les enfants (de 3 à 5 ans), peuvent être admis gratuitement à l'école maternelle. Cette institution a pour mission l'éveil et la socialisation des jeunes enfants.

A la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, le pasteur Jean-Frédéric Oberlin crée dès 1771 une « école de tricots » dans les Vosges. Ces écoles sont les premiers lieux d'accueil des jeunes enfants. Suivent au 19<sup>ème</sup> siècle, avec la révolution industrielle, des écoles qui sont similaires aux garderies. Elles ont pour vocation d'offrir un lieu de protection aux enfants des femmes ouvrières. Ce qui explique qu'on nomme ces écoles « salle d'asile » ou « salle d'hospitalité » car elles sont censées protéger les enfants des dangers de la rue. Ces écoles se développent surtout sous le Second Empire, grâce à l'action de Marie Pape-Carpantier. Elles prennent le nom d'« écoles

maternelles », une première fois le 28 avril 1848, et officiellement seulement en 1887, pendant la Troisième République, sous l'autorité de Pauline Kergomard, qui en est la première inspectrice générale. Celle-ci s'oppose à la tendance qui veut faire de ces écoles des lieux d'instruction à part entière, voulant plutôt favoriser le « développement naturel » de l'enfant.

Les écoles maternelles étaient mixtes contrairement aux autres niveaux d'enseignement, cela permet donc l'accueil des enfants des deux sexes. Ce sont les femmes qui avaient la charge de s'occuper de ces enfants.

L'école maternelle française accueille des enfants de 3 à 5 ans. Elle comprend trois niveaux : les « petite, moyenne et grande sections ». Parfois, il y a l'ouverture d'une très petite section pour les enfants de moins de 3 ans. L'école maternelle n'est pas obligatoire, la scolarité en France étant obligatoire seulement à partir de 6 ans. Quelque soit la nationalité de l'enfant, il peut prétendre à la scolarisation lorsqu'il réside en France.

Les classes de très petite (TPS), petite (PS), moyenne (MS) et grande (GS) sections forment le « cycle des apprentissages premiers ». Depuis la Loi d'orientation de 1989, la classe de grande section appartient à la fois au « cycle des apprentissages premiers » se déroulant à l'école maternelle et au « cycle des apprentissages fondamentaux » qui regroupe aussi le cours préparatoire (CP) et le cours élémentaire 1<sup>re</sup> année (CE1) de l'école élémentaire.

Les établissements ne sont pas des établissements publics autonomes et n'ont pas de budget de fonctionnement. L'Éducation nationale emploie le personnel enseignant, ainsi que les aides-éducateurs et assistants d'éducation. Les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM)<sup>7</sup> dépendent de la mairie. La commune a la responsabilité des bâtiments et finance les dépenses matérielles.

Les enseignants appartiennent aux mêmes corps - celui des instituteurs (catégorie B) aujourd'hui en extinction et celui des professeurs des écoles (catégorie A) - que ceux exerçant dans les écoles élémentaires. Les écoles maternelles et les écoles élémentaires sont inscrites dans une circonscription sous la direction d'un *Inspecteur de l'Éducation Nationale* (IEN)<sup>8</sup>. Il est chargé de l'évaluation des enseignants des écoles de sa circonscription. La législation impose la présence d'un *agent territorial spécialisé des écoles maternelles* (ATSEM) pour

---

<sup>7</sup> ATSEM : Agents Territoriaux Spécialisés des Ecoles Maternelles

<sup>8</sup> IEN : Inspecteur de l'Éducation Nationale

chaque classe de maternelle ou parfois pour deux classes. Titulaires du CAP<sup>9</sup>, les ATSEM ont pour mission d'aider les élèves lors d'une activité scolaire selon les recommandations du professeur. Les ATSEM doivent aussi surveiller l'hygiène des enfants ainsi qu'assurer le nettoyage et le rangement de la salle de classe.

Le directeur est le président de la coopérative de l'école, une coopérative financée volontairement par les parents et la mairie afin de mener à bien des projets.

### **-La formation des enseignants de maternelle en France.**

Selon le Ministre de l'Education Nationale, le recrutement des enseignants du premier degré (maternel et primaire) s'effectue sur concours. Titulaire d'une licence de toute spécialité, parent de trois enfants ou sportif de haut niveau, la personne peut prétendre au concours de recrutement des professeurs des écoles (CRPE)<sup>10</sup> qui comporte une épreuve écrite d'admissibilité et une épreuve orale d'admission. L'épreuve écrite consiste à réaliser des exercices et à répondre à des questions dans les matières suivantes : français, histoire, géographie et instruction civique dans une première partie, mathématiques, sciences expérimentales et physiques dans une seconde partie. L'épreuve orale consiste dans un premier temps à présenter la synthèse de textes portant sur le système éducatif et à répondre à des questions afférant au statut de fonctionnaire d'état. La seconde partie de l'épreuve orale consiste en une épreuve de mathématiques et en une autre présenter en option choisie lors de l'inscription au concours. Après sa réussite au concours, le lauréat est nommé professeur stagiaire pendant une année. Cette année de formation sera une période où il sera chargé d'une classe et où il bénéficiera des conseils d'un maître formateur. À l'issue de l'année de stage, le professeur stagiaire est titularisé par le directeur académique des services de l'Education nationale après avis de l'inspecteur de l'éducation nationale sur proposition du jury académique. Il se voit alors attribuer un poste définitif. (MEN, s.d). Le tableau 1 montre les points communs et différences entre les deux pays

---

<sup>9</sup> CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

<sup>10</sup> CRPE : Concours de Recrutement des Professeurs des Ecoles

<b>Pays</b>	<b>France</b>	<b>Syrie</b>
<b>Thèmes</b>		
<b>Création</b>	-1771, Nomination : « salle d'asile » -Kergomard « école maternelle »	-Fin XIXème siècle, Institut arabo-islamique - Loi ottomane « école maternelle »
<b>Organisation</b>	-gratuite -programme établi avec des progressions pour chaque niveau  - de trois à cinq ans - 2 cycles, 3 niveau : cycle 1 ( petite et moyenne sections, cycle 2 : grande section)  -pas d'interdiction d'utiliser des livres -cantine scolaire proposée	- payante - programme établi avec des progressions pour chaque niveau  -de trois à six ans - comprend traditionnellement trois classes : la petite (PS), la moyenne (MS) et la grande (GS) sections  - livre à utiliser après autorisation du Ministère - pas de cantine scolaire
<b>Réalité</b>	-Pas d'obligation d'inscription en école maternelle, l'instruction étant obligatoire à partir de six ans mais dans le cas d'une inscription, l'assiduité devient obligatoire et les absences doivent être justifiées si elles dépassent trois jours.	- Ecole payante car privée  -Absences mais pas de justification obligatoire
<b>Statut des enseignants</b>	-concours Après une licence tout domaine disciplinaire confondu -Sage pratique -Enseignant ayant le statut de fonctionnaire d'état en priorité sur les postes. Enseignant ayant le statut de contractuel, contrat du rectorat régissant son statut.	Avant 2007 et près le Bac, 2 ans d'étude dans des instituts relevant du Ministère de l'éducation. Après 2007,4 ans d'étude dans la faculté de l'éducation relevant du Ministère d'enseignement supérieur.  -concours  -Stage pratique -Enseignant ayant qualification mais certains enseignants ne possèdent que le Bac

**Tableau 1. Les aspects de la réalité des écoles maternelles et des formations des enseignants Comparaison entre la Syrie et la France**

Première partie  
Cadre conceptuel de la  
recherche

Cette partie est composée de **quatre** chapitres :

-**Le premier chapitre** : De la notion d'éducation à la santé à l'état des savoirs en milieu scolaire.

-**Le deuxième chapitre** : La didactique et ses concepts.

-**Le troisième chapitre** : L'analyse de contenu des programmes scolaires Syriens et français.

-**Le quatrième chapitre** : Les supports pédagogiques dans l'enseignement

## Chapitre I. De la notion d'éducation à la santé à l'état des savoirs en milieu scolaire.

L'objet de cette thèse s'intéresse à l'éducation à la santé dans l'enseignement scolaire. Dans un premier temps, il est utile de différencier l'éducation à la santé de l'éducation pour la santé en plaçant l'éducation à la santé dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. La relation entre l'école et la santé permet de rendre compte de la place que l'éducation à la santé occupe dans l'école. Notre deuxième approche sera orientée dans ce chapitre vers les acteurs de l'éducation à la santé dans le système scolaire. De ce fait, il est nécessaire de présenter le projet de l'éducation à la santé en Syrie et l'état de la recherche en France en éducation à la santé afin de faire le point sur sa place dans la formation des enseignants des premier et second degrés. La troisième vision sera consacrée aux facteurs d'efficacité en éducation à la santé. Ce chapitre se conclut avec une synthèse des principaux concepts présentés.

### 1. EDUCATION A LA SANTE ET POUR LA SANTE

L'éducation à la santé, ou, *pour* la santé est au cœur des préoccupations actuelles dans le champ du sanitaire, du social et du scolaire (Eymard, 2004).

Les deux expressions sont utilisées : « l'éducation à... » dans le domaine scolaire, et « l'éducation *pour*... » davantage dans le domaine de la santé publique. Le « pour » exprime une relation de dévouement, impliquant l'éducation comme moyen de participation aux objectifs liés à la santé ; « l'éducation se fait pour la santé, dans son but, elle est un moyen, un instrument, un ressort pour la santé » (Klein, 2007, p.5). La santé est alors considérée comme la conséquence de l'éducation transmise. La préposition *à* déplace le rapport de la santé à l'éducation de but à objet. L'objet « santé » n'apparaît donc plus comme visée mais comme matériau » (Ibid., p.5). La santé constitue donc le moyen par lequel les savoirs seront enseignés. Cette distinction apparaît clairement dans la définition des prépositions :

à : « introduit un complément marquant un rapport de direction, de destination, de lieu, d'appartenance, de moyen, de manière ou de temps » (Encyclopédie, linternaute, 2010)<sup>11</sup>

pour : « exprime le but, la destination, l'intérêt, la durée, le remplacement, la cause, la conséquence, le point de vue, la substitution » (Encyclopédie en ligne, linternaute, 2010).

Le Ministère de l'Education Nationale a choisi cet intitulé afin de faire une analogie avec les « éducation à », notamment « l'éducation au développement durable ». La préposition « à » est utilisée par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et ses déclinaisons (éducation à l'environnement, à la consommation...) » (Jourdan, Vaisse, Bertin & Fiard, 2003). Toutefois, cette analogie n'est qu'expressive dans la mesure où l'éducation scolaire est faite dans le but de favoriser une conscience sanitaire et on se retrouve alors dans une dynamique où la santé devient le but à atteindre. Cette éducation doit se faire en transversalité dans tous les champs disciplinaires mais cela n'a pas été encore inscrit au niveau officiel. Dans l'éducation pour la santé, on est dans une pédagogie transmissive de savoirs à enseigner et cela est concourant à notre travail bien que ce soit l'expression « éducation à la santé » qui soit utilisée.

L'éducation à la santé est un domaine difficile à aborder au niveau de ses concepts et, de ce fait, complique la prévention que l'on veut mettre en place afin de toucher une population la plus importante possible. La difficulté réside dans la communication entre l'acteur de la prévention et celui qui reçoit le message de prévention. Les champs conceptuels des communicants étant différents, cela peut interférer dans l'interprétation du message de prévention. Bury (1992), analyse cette difficulté en estimant que la problématique de la définition de l'éducation pour la santé réside dans le fait que toute définition dépend de la conception que l'on a de l'éducation pour la santé.

Une autre difficulté réside dans le choix du public visé et donc de la démarche de prévention mise en place qui sera restreinte à un destinataire particulier.

Quatre grandes méthodes dans le domaine de la santé peuvent être utilisées selon Bury (1992) :

- Deux méthodes à visées persuasives et volontaristes agiront sur le changement de comportement de l'individu de manière systématique et planifiée.

---

<sup>11</sup> En ligne : <http://www.linternaute.com/dictionnaire>

La définition de Cotton (1982) illustre cette tendance : « l'éducation pour la santé vise à améliorer le bien-être de chaque individu et cela demande une adaptation permanente aux changements et aux normes qui apparaissent à l'intérieur même des groupes sociaux » (Cotton, 1982, p.22).

- La troisième méthode consiste à agir sur la responsabilisation de l'individu et une prise de conscience pour son propre bien-être. On agira ainsi sur les conceptions même des individus sur les stéréotypes, les *a priori*. Selon Tessier, Andreys & Ribeiro (2004), l'éducation à la santé :

« vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser ni le culpabiliser » (Tessier, Andreys & Ribeiro, 2004. p.98)

Pour Berthet (1983), l'éducation à la santé n'est pas une discipline spécifique mais une discipline particulière, une attitude d'esprit, une orientation de pensée et d'action qui fait appel aux données des sciences médicales, psychologiques, sociales et économiques. Cette éducation doit développer le sens des responsabilités individuelles et collectives car les maladies et accidents sont souvent causés par ignorance, négligence, etc.

- La quatrième méthode vise le domaine expérimental. Le capital santé d'un individu lui est propre et particulier, malgré la généralisation des préventions effectuées. Partir de cette individualisation et permettre à chacun de réfléchir sur son propre vécu permettront d'avoir un impact conséquent au niveau de sa représentation de la santé au quotidien. Les représentations sont définies par l'ensemble des expériences et des situations qui dans la vie d'un individu, d'un groupe ou d'une collectivité, peuvent modifier ses croyances, son attitude et son comportement à l'égard du problème de santé.

Enfin, il recense le courant éducatif qui cherche la motivation et la participation des individus afin qu'ils changent leur comportement mais Jourdan & Berger (2005), précisent que l'éducation à la santé ne vise tant pas le changement de comportement mais l'accompagnement des personnes afin d'acquérir les connaissances nécessaires à l'application d'une bonne santé et d'un bien-être au quotidien. Actuellement, l'éducation pour la santé est le plus souvent considérée comme « un processus créant avec les personnes et les groupes les

conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, dans un but de promotion de la santé » (Inserm, 2009, p.186).

Il est important de clarifier la définition de l'éducation à la santé afin de mettre en exergue les objectifs attendus et les savoirs mis en jeu dans cette prévention à dimension éducative. Nous avons donc opté pour la description faite dans la circulaire « Orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège » du Bulletin Officiel n° 45 du 3 décembre 1998. Bien que le terme de définition n'y apparaisse pas explicitement, sous l'intitulé « Nature et objectif » figure des éléments qui permettent de caractériser l'éducation à la santé, dans une acception large et reconnue.

« À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences. Ces compétences reposent à la fois sur :

- l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir,
- la maîtrise de méthodes de pensée et d'action,
- le développement d'attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité. » (BO n° 45, 1998).

Cette définition ancre totalement l'éducation à la santé dans le milieu scolaire et rompt avec une tradition trop médicalisée et peu rentable en termes d'appropriation des savoirs par les élèves. La priorité est donnée à la conscience individuelle et réactive des comportements inhérents à un bien-être conséquent et durable pour chaque élève.

### **1.1 Promotion de la santé, éducation à la santé et prévention**

La prévention peut être considérée comme un domaine d'action qui contribue à la promotion de la santé. Elle consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. En milieu scolaire, l'éducation à la santé représente une des méthodes pouvant être utilisée dans le cadre de la prévention primaire, celle-ci visant d'après le

glossaire de l'OMS<sup>12</sup> (1948) à empêcher l'apparition d'une maladie ou de problèmes de santé. Cette prévention primaire est :

« L'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux ». (Rapport Flajolet, 2008, p. 1)<sup>13</sup>

L'éducation à la santé s'intéresse particulièrement à prévenir les comportements qui nuisent à la santé. L'accent est donc mis sur ces comportements comme le précise cet extrait du rapport Flajolet : « sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention, les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux » (Rapport Flajolet, 2008,). Ces conduites à risque, la sécurité et la prévention seront étudiées comme objets d'enseignement dans l'éducation à la santé.

## 2. L'EDUCATION A LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE

En milieu scolaire, l'éducation à la santé n'est pas abordée de la même manière ; elle tient une place différente selon les pays. En Finlande par exemple, il s'agit d'une discipline scolaire au même titre que les mathématiques ou le français (Simar, Jourdan & Fitzgerald, 2012). En France, en Syrie ou au Portugal, elle est enseignée de manière transversale et rangée dans les « éducation à », associée à la citoyenneté ou au développement personnel. Au Québec, l'éducation à la santé est considérée comme une matière scolaire transversale, associée le plus souvent à l'éducation physique et sportive. Les pays anglo-saxons ont généralement validé dans les curriculums une démarche de promotion de la santé et de développement des compétences individuelles. L'enseignement français tend encore plus vers le « vivre ensemble » que vers le principe d'un comportement sain envers soi-même. La priorité est mise sur le comportement en société plutôt que sur les comportements normatifs en termes de santé (Bizzoni-Préviu et al., 2010). Il serait judicieux de pouvoir relier comportement social et sanitaire, les deux étant construits conjointement.

<sup>12</sup> OMS : Organisation Mondiale de la Santé

<sup>13</sup> <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

L'école se trouve investie d'une mission qui a évolué depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle jusqu'à 1995 avec le Ministère de l'Education Nationale qui a donné un cadre institutionnel à l'éducation à la santé à l'école. Elle est partie des leçons de morale jusqu'à parvenir aujourd'hui à une éducation préventive au niveau sanitaire. L'école prend tout son sens dans le besoin de l'égalité des chances ; les conceptions sanitaires s'adressent à tous les élèves citoyens afin de leur garantir un capital santé et ce, dès la petite enfance (Leselbaum, 1997).

## **2.1. L'éducation à la santé dans les instructions officielles françaises**

L'occurrence des termes ayant trait à la santé dans les programmes officiels français amène à s'interroger sur la place de l'éducation à la santé en milieu scolaire français. L'analyse historique montre déjà une rupture après la seconde guerre mondiale en changeant le point de vue. Durant les périodes de guerre, le mot d'ordre était la prévention par la peur (Mérini, Jourdan, Victor, Berger & Peretti, 2004). Après ces périodes, on passe à une transmission des savoirs scientifiques (Berthon, 2000). Les années 70 marquent un tournant en suggérant une prise en compte globale de la santé et des moyens de prévention. S'inscrivant alors à l'école mais aussi dans la pluridisciplinarité, la santé devient un thème faisant appel aux compétences psychosociales décrites par l'OMS en 1993.

« Dans cette perspective globale, il apparaît nécessaire, en s'appuyant sur l'ensemble des actions déjà mises en place, de redéfinir le cadre de l'éducation à la santé depuis la maternelle jusqu'à la fin du collège, en précisant sa nature et ses objectifs, les modalités de sa mise en œuvre, sa place dans le projet d'école ou d'établissement, la formation des personnels impliqués, son pilotage ». (BO n°45, 1998).

Il est aussi recommandé dans les projets d'école de faire appel aux partenariats pour réussir la mission éducative sanitaire. Les textes officiels viennent appuyer l'approche globale préconisée pour cette mission (Tableau 2).

**Circulaire n° 98-237** du 24/11/1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.

**Circulaire n° 2001-012** du 12-1-2001 sur la mission de promotion de la santé en faveur des élèves.

**Circulaire n° 2003-210** du 1-12-2003 concernant la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation.

**Décret n° 2006-830** du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences.

**Circulaire n° 2006-197** du 30 novembre 2006 relative aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

**Circulaire n° 2011-216** du 2-12-2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques.

**Tableau 2. L'éducation à la santé et à la citoyenneté en milieu scolaire dans les textes officiels d'après Leal (2012).**

L'éducation à la santé constitue une transversalité dans les champs disciplinaires qui est considérable. Sa mise en œuvre peut se faire par trois entrées :

- le développement des compétences liées à l'autonomie,
- la confiance en soi,
- la responsabilité, la relation aux autres, à l'action, l'adaptation, l'hygiène quotidienne à l'école (passage aux toilettes, lavage des mains, goûter) ; une sensibilisation aux problèmes de santé (rythmes, alimentation, hygiène) conduisant à l'élaboration de règles de vie simples.

A l'école maternelle, période où les petits sont en plein apprentissage de la propreté, il est particulièrement intéressant de les sensibiliser à la santé. Que ce soit dans les moments quotidiens où ils échangeront avec leurs pairs et les adultes responsables de leur éducation ou encore dans les moments d'apprentissages sous forme de jeux ou de découvertes, les élèves seront dans l'approche des concepts sanitaires. A cet âge, ils demandent une attention particulière et sont enclins à la découverte du monde qui les entoure. Le rôle des enseignants et acteurs de l'école est de profiter de cette phase de découverte afin d'enrichir au mieux leurs connaissances et leurs habitudes sanitaires au sein d'une société qui n'est pas le reflet de leur

famille sinon une société construite à l'école et donc différente en tout point de vue dans laquelle ils vont évoluer et confronter leur avis.

A l'école primaire, les élèves sont dans la construction de la conceptualisation. L'éducation à la santé peut alors être implicitement abordée de manière pluridisciplinaire. On peut retrouver des exemples de prévention et d'éducation en biologie lors d'une séance sur le fonctionnement du corps et les risques de pratiques à risques. Une autre approche possible est le domaine de l'instruction civique où les élèves peuvent débattre d'une loi récemment votée sur des interdictions en vigueur dans les lieux publics. L'accent peut être mis, en géographie, sur les différentes prises en charge de la santé publique selon le niveau de vie dans les pays. (Jourdan & Victor, 1998 ; Jourdan, 2004a).

## **2.2. Les savoirs en éducation à la santé dans les programmes scolaires**

La lecture des programmes officiels est faite ici en lien avec la définition globale de l'éducation à la santé, donnée au début de ce chapitre et les orientations officielles. Elle prend donc en compte les savoirs permettant l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir, la maîtrise de méthodes de pensée et d'action et le développement d'attitudes, telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie et la responsabilité. Simar & Jourdan (2008), affirment que l'éducation à la santé et à la citoyenneté est au centre de trois pôles centrés sur :

- l'acquisition de la connaissance de soi, de son corps, de sa santé, des comportements et de leur effets ;
- le développement d'attitudes et de compétences personnelles, sociales et civiques ;
- l'apprentissage de capacités permettant d'acquérir un regard critique vis-à-vis de son environnement.

Plus généralement, nous ferons aussi référence aux compétences psychosociales reconnues par l'OMS qui jouent un rôle déterminant en éducation à la santé. En préambule des programmes, la contribution de chaque enseignement à l'acquisition des compétences transversales figurant dans le socle commun, est rappelée, en particulier celles relevant des compétences 6 et 7:

« Cependant, tous les enseignements contribuent à l'acquisition du socle commun de connaissances et de compétences. L'autonomie et l'initiative personnelle, conditions de la réussite scolaire, sont progressivement mises en œuvre dans tous les domaines d'activité et permettent à chaque élève de gagner en assurance et en efficacité » (Socle commun, 2006).

Le tableau 3 explique les items identifiés dans le programme des écoles maternelles, et les compétences 6 et 7 du socle commun comme participant à l'éducation à la santé, l'analyse des programmes montrera que ces contenus sont effectivement présents dans les différents thèmes.

Thèmes	Les savoirs
<p><b>Devenir élève (vivre ensemble)</b></p>	<p>À la fin de la grande section de l'école maternelle, l'élève est capable de reconnaître ce qui le distingue des autres et à se faire reconnaître comme personne, à vivre avec les autres dans une collectivité organisée par des règles, à comprendre ce qu'est l'école et quelle est sa place dans l'école. Les élèves apprennent les règles de politesse et du comportement en société. Ils acquièrent progressivement un comportement responsable et deviennent plus autonomes. Ils approfondissent l'usage des règles de vie collective découvertes à l'école maternelle. Ils reçoivent une éducation à la santé et à la sécurité. Ils sont sensibilisés aux risques liés à l'usage de l'internet. Ils bénéficient d'une information adaptée sur les différentes formes de maltraitance.</p>
<p><b>S'approprier le langage- Découvrir l'écrit</b></p>	<p>L'élève a largement accru son vocabulaire à la fin de la grande section, il est capable de s'exprimer, d'écouter et de prendre la parole. En étendant son vocabulaire, il accroît sa capacité à se repérer dans le monde qui l'entoure, à mettre des mots sur ses expériences, ses opinions et ses sentiments, à comprendre ce qu'il écoute et ce qu'il lit et à s'exprimer de façon précise à l'oral comme à l'écrit.</p>
<p><b>Agir et s'exprimer avec son corps</b></p>	<p>Avec les activités physiques et sportives tout en répondant au besoin et au plaisir de bouger, elle permet de développer le sens de l'effort et de la persévérance. Les élèves apprennent à mieux se connaître, à mieux connaître les autres ; ils apprennent aussi à veiller à leur santé. Danse : exprimer corporellement des personnages, des images, des sentiments pour communiquer des émotions en réalisant une petite chorégraphie (3 à 5 éléments), sur des supports sonores divers. Avec les pratiques artistiques, la sensibilité et les capacités d'expression des élèves sont développées par les pratiques artistiques. Ces activités s'accompagnent de l'usage d'un vocabulaire précis qui permet aux élèves d'exprimer leurs sensations, leurs émotions,</p>

<b>Découvrir le monde</b>	Les élèves apprennent quelques règles d'hygiène et de sécurité personnelles et collectives. Ils comprennent les interactions entre les êtres vivants et leur environnement et ils apprennent à respecter l'environnement. Ils connaissent les rythmes de vie et des règles d'hygiène dans des situations concrètes.
<b>Percevoir, sentir, imaginer, créer</b>	Les élèves apprennent l'utilisation du dessin comme moyen d'expression et de représentation. ils peuvent s'adapter son geste aux contraintes matérielles (instruments, supports, matériels) ; ils sont conduits à exprimer et dialoguer un extrait musical ou une production avec les autres pour donner ses impressions

**Tableau 3. L'éducation à la santé dans le programme des écoles maternelles française**

<b>Compétence 6</b> <b>Les compétences sociales et civiques</b>	Respecter les autres et les règles de la vie collective. Pratiquer un jeu ou un sport collectif en respectant les règles. Appliquer les codes de la politesse dans ses relations avec ses camarades, avec les adultes à l'école et hors de l'école, avec le maître au sein de la classe. Participer en classe à un échange verbal en respectant les règles de la communication. Appeler les secours ; aller chercher de l'aide auprès d'un adulte.
<b>Compétence 7</b> <b>L'autonomie et l'initiative</b>	Echanger, questionner, justifier un point de vue. Faire preuve d'initiatives personnelles dans la gestion de son temps et de son travail Prendre en charge de manière autonome des soins d'hygiène

**Tableau 4. L'éducation à la santé dans le socle commun**

### **2.3. Analyse des compétences personnelles et relationnelles (en lien avec l'éducation à la santé)**

#### *a- L'autonomie, la responsabilité, le respect des autres*

Les diverses activités physiques et sportives permettent de mettre en place les compétences psychosociales définies par l'OMS. En effet, par le rapport aux autres, le respect de la collectivité et des règles, « l'activité physique et sportives éduque à la responsabilité et à l'autonomie, en faisant accéder les élèves à des valeurs morales et sociales (respect de règles, respect de soi-même et d'autrui). » Ces qualités sont nécessaires pour l'éducation à la santé et offrent un point de vue transversal.

L'instruction civique est une discipline où l'éducation à la santé trouve son sens dans la mesure où les compétences sociales sont aussi mises à contribution. L'élève est amené à réfléchir aux questions de santé, « alimentation, hygiène, pollution... » (Bulletin Officiel, 2008), à l'intérieur de débats et donc à confronter son point de vue avec celui de ses camarades. L'élève apprend à respecter l'opinion d'autrui et à défendre la sienne, tout en prenant conscience des valeurs qui régissent la société, dont la liberté d'expression et

d'opinion. De même, « la responsabilité de ses actes ou de son comportement, le respect de valeurs partagées, l'importance de la politesse et du respect d'autrui » (OMS) sont mis en avant pour accéder à une construction sociale de l'éducation à la santé.

#### *b- La connaissance et le respect de soi-même*

L'éducation à la santé privilégie la connaissance des savoirs sanitaires et surtout la connaissance de soi-même afin de mieux intégrer l'importance de la santé au quotidien. Sous l'intitulé « hygiène et santé » : actions bénéfiques ou nocives de nos comportements, notamment dans le domaine de l'alimentation, l'élève est amené à avoir un esprit critique et un regard personnel sur son mode de vie, sur ses habitudes au quotidien et sur le fait qu'il peut avoir un impact sur la modification de sa santé. Il apprend ainsi à prendre en compte non seulement son action individuelle mais aussi l'environnement dans lequel il évolue. Nous constatons que les savoirs en lien avec l'environnement sont regroupés dans le thème « Découvrir le monde ». Ces savoirs et connaissances portant sur l'environnement et la protection de ce qui l'entoure sont primordiales afin de permettre un meilleur impact aux niveaux individuel et collectif.

#### *c- L'esprit critique*

L'éducation vise, entre autres compétences psychosociales, à aiguïser l'esprit critique et le raisonnement chez l'élève. Pour ce faire, les sciences expérimentales sont des disciplines qui mettent en place la démarche d'investigation afin de permettre aux élèves de construire par l'observation, l'expérimentation, la recherche les connaissances sur les phénomènes qui les entourent et les concernent directement.

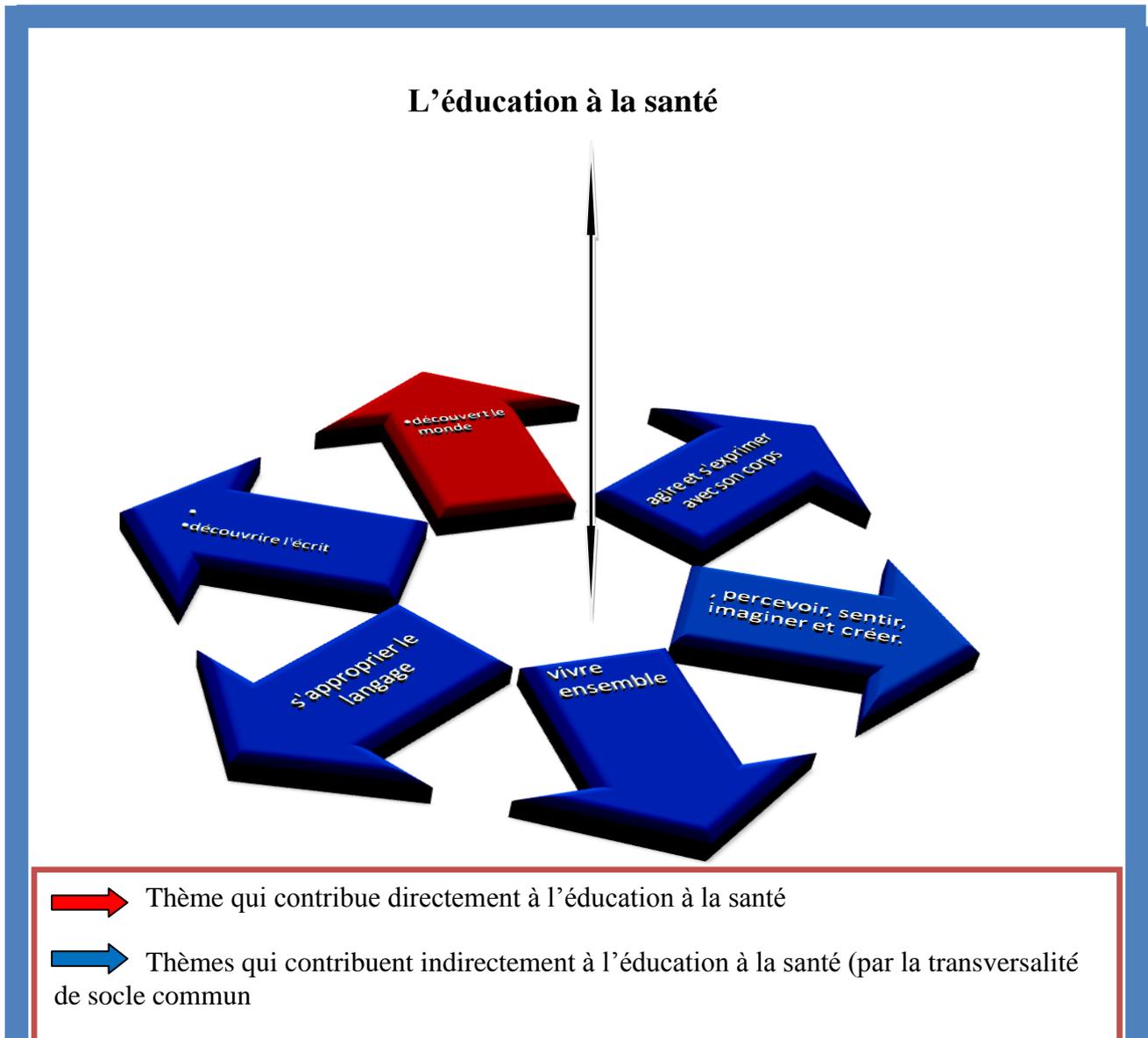
« Les élèves apprennent par l'expérience le changement de température qui fait changer l'état de l'eau. La Main à la pâte est un des partenaires de l'Education Nationale afin de promouvoir cette démarche auprès des élèves et de proposer aux enseignants des supports et des séquences susceptibles de leur venir en aide afin de construire des séances autour des thèmes abordés en éducation sanitaire. D'investigation qui développe la curiosité, la créativité, l'esprit critique. » (Ibid., 2008)<sup>14</sup>.

L'éducation à la santé se retrouve dans différents thèmes contenus dans le programme scolaire. Certains thèmes contribuent directement à l'éducation à la santé par les savoirs programmés, « Découverte du monde », d'autres par l'intermédiaire des compétences

---

<sup>14</sup> [http://www.education.gouv.fr/bo/2008/hs3/programme\\_maternelle.htm](http://www.education.gouv.fr/bo/2008/hs3/programme_maternelle.htm)

transversales figurant dans le socle commun « vivre ensemble, s'approprier le langage, découvrir l'écrit, agir et s'exprimer avec son corps et percevoir, sentir, imaginer et créer ». La figure 1 permet de visualiser les thèmes abordés qui sont en lien direct et indirect avec l'éducation à la santé qui figurent dans le programme scolaire français en vigueur.



**Figure 1. Le lien (direct et indirect) à l'éducation à la santé dans les thèmes abordés du programme scolaire français en maternelle**

Le rôle de l'enseignant est de parvenir à positionner l'élève au sein d'une société et à avoir un regard critique sur ses propres agissements ainsi que sur celui de ses pairs. Mettre en place des situations où l'élève est amené à réfléchir, à se donner des habitudes de vie en discutant,

en confrontant ses opinions afin de construire ses propres connaissances et habitudes de vie (Cardot, 2011). Cette dimension citoyenne implique donc un partenariat entre les différents acteurs de la santé, l'école et les acteurs publics en ayant pour but deux objectifs : l'acquisition des connaissances dans le domaine sanitaire et l'égalité de l'accès à ces connaissances pour tous. (Simar & Jourdan, 2008). Pour mettre en place un projet d'éducation à la santé, nous proposons avec D. Jourdan et P. Victor (1998) quatre axes pertinents :

- a) Les conceptions des élèves devront dans un premier temps être établies ainsi que leurs pratiques sociales de référence. Chaque individu construit ses conceptions à partir de son environnement. La société dans laquelle il évolue lui aura laissé des traces, des manières de penser, de conceptualiser les notions. La santé est un domaine peu palpable dans la mesure où c'est une relation qui s'installe entre le corps et les habitudes de vie. Afin d'agir au mieux au niveau de la prévention, recueillir les idées premières des individus sera intéressant pour savoir à quel niveau agir pour maintenir un bien-être et une relation saine corps-habitudes de vie. Cette thèse se propose de recueillir les représentations des enfants avant l'enseignement des concepts sanitaires afin de savoir où se situent les élèves par rapport au concept abordé.
- b) Apprendre à vivre en société est indispensable afin de permettre une meilleure répercussion de ses connaissances sanitaires sur sa vie. Chaque individu évolue au sein d'une société et ses connaissances sont soumises aux interactions qu'il vit quotidiennement. Avoir des connaissances mais ne pas les appliquer pour cause d'influence sociale est le premier risque encouru au niveau de la santé. Les compétences psychosociales sont concourantes aux compétences sanitaires. L'acquisition des concepts sanitaires est soumise à ce que chacun entend dans son entourage et les informations sont nombreuses à l'intérieur de la société.
- c) La prévention reste un champ délicat où l'éthique est de mise, afin de ne pas se mettre à dos le public visé. Mettre en place les actions, les débats tout en invitant l'individu à se joindre à ces moments dans le respect de son intimité et sans les juger est une mission délicate mais qu'il faut arriver à réaliser afin que chacun se sente concerné et puisse s'appropriier les connaissances nécessaires à une bonne conduite sanitaire. L'urgence sera le motif évoqué plutôt que l'éducation qui sera prise en charge par

l'individu lui-même, à travers la prise de conscience qu'il aura développé dans son propre intérêt. Les supports sont une aide pour la prévention.

- d) Le partenariat sera un mot essentiel dans la prévention. Ainsi l'élève sera partie prenante, bien au-delà du seul domaine scolaire au niveau de sa santé. C'est un émerge autant dans le contexte scolaire avec les médecins, infirmières que dans le contexte familial. Aussi il faut penser l'éducation sanitaire à plusieurs pour que le discours soit non pas homogène car cela relève de l'impossible au niveau des connaissances mais préventif envers l'élève qui devra mettre en place des comportements préventifs dans son propre intérêt. Penser l'éducation à plusieurs car chacun est acteur pour l'apprenant et chacun a une place conséquente dans ses acquis (Tardif & Lessard, 1999). L'acquisition des concepts sanitaires est un apprentissage qui se fait à l'intérieur d'un groupe et qui se construit à plusieurs.

Théorie et pratique sont deux mots étroitement liés et pourtant parfois totalement distants. Il y a toujours un fossé entre les projets et la réalité. L'éducation à la santé est peu abordée dans les pratiques scolaires malgré les recommandations. Il faut arriver à s'appuyer plus sur les textes officiels en amont afin de mener des actions réelles au sein de l'établissement scolaire (Jourdan, 2004a).

## **2.4. La nature des savoirs dans le cadre sanitaire**

L'éducation à la santé en milieu scolaire est une mission inscrite dans un projet éducatif global. Elle consiste à transmettre des savoirs, rôle premier de l'école, et à permettre à chacun d'opérer des choix consciencieux. Les savoirs se révèlent donc être importants afin que le plus grand nombre de personnes soit concerné. L'origine des savoirs enseignés dans le domaine sanitaire pose toutefois problème. Qu'ils proviennent de la société ou de la sphère scientifique, les savoirs de la santé n'ont pas la même valeur et la même reconnaissance, d'où la difficulté pour arriver à une acquisition des concepts sanitaires par tous.

### **2.4.1. Des savoirs profanes construits dans la société**

Selon Bachelard (1938), les « *obstacles épistémologiques* » sont des savoirs érigés par la tradition ou par des pratiques familiales. Conceptuels, psychologiques ou idéologiques, ces savoirs profanes constituent l'opinion d'un individu et forment un mur qui se dresse face à la construction d'un autre savoir. Ces savoirs profanes seront donc opposés au savoir

scientifique dans la mesure où l'opinion de l'individu sera fortement ancrée et aura du mal à accepter le nouveau savoir qui s'offre à lui. Pour Bachelard l'opinion a « toujours tort. L'opinion pense mal ; elle ne pense pas » (Bachelard, 1938, p.14).

#### **2.4.2. Des savoirs mouvants, en constante évolution**

Les savoirs scientifiques ont la particularité de ne pas être figés malgré leur source considérée comme fiable, avec des tests validés et légitimés par un cercle reconnu de chercheurs. « Le discours est scientifique non parce qu'il est sûr d'avoir raison (de posséder la vérité) mais au contraire parce qu'il donne les moyens d'une réfutation » (Joshua & Dupin, 1993, p.42).

Popper (1982), explique que la science joue le rôle de garde-fou face aux fausses idées reçues, que ses recherches et ses tests peuvent éviter de tomber dans l'opinion toute faite et la construction d'idées aléatoires. Mais la science ne peut prouver le vrai, la recherche reste dans le questionnement même si des hypothèses sont validées, pouvant être réfutées plus tard et donc ne pose pas une vérité universelle. Cet état aléatoire des savoirs rejaille dans le domaine de la santé. S. Berthon (1997), parle par exemple de la position du bébé durant le sommeil :

« Dans les années cinquante, on recommandait aux parents de coucher leur bébé alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche. Quelques décennies plus tard, la position ventrale était présentée comme la plus sûre. Depuis peu, les spécialistes conseillent de faire dormir les bébés sur le dos. Les conseils sont toujours formulés en référence à l'état actuel des connaissances. Il n'est donc par surprenant qu'ils évoluent au fil du temps et que parfois ils se contredisent » (Berthon, 1997, p. 19).

Même si les savoirs du domaine scientifique restent sujets au changement, les savoirs sanitaires demandent une toute autre considération. Dans leur globalité, les concepts sanitaires trouvent un consensus auprès des professionnels de santé dans l'adoption de comportements sains à tenir au quotidien : manger équilibré, pratiquer une activité sportive, boire de l'eau essentiellement. L'OMS (2009) montre qu'il existe huit facteurs de risque responsables à eux seuls de plus de 75% des cas de cardiopathie coronarienne, principale cause de mortalité dans le monde. Il s'agit de la consommation d'alcool, de l'hyperglycémie, du tabagisme, de l'hypertension artérielle, de l'indice de masse corporelle élevé, de l'hypercholestérolémie, d'une faible consommation de fruits et de légumes et de la sédentarité.

### 2.4.3. Des savoirs probabilistes

La science s'appuie sur des savoirs probabilistes c'est-à-dire que ce sont les statistiques d'une population donnée qui sont étudiées. Cela ne donne pas d'indications pour un seul individu. Nous ne pouvons donc pas appliquer la validation d'un test donnée sur un échantillon pour tout individu ; « Le savoir médical ne constitue pas la vérité. Il repose sur des statistiques. Ce qui est vrai en terme de probabilité ne l'est pas forcément pour un individu particulier » (Berthon, 1997, p.19)

En ce qui concerne la consommation de cigarettes, chez certains individus, fumer ne déclenchera jamais un cancer des poumons. Il faut bien comprendre que les tests qui ont été effectués montrent une probabilité d'augmenter le risque d'avoir un cancer du poumon mais ne pose pas de généralités certaines, ce qui pose donc le problème entre savoirs probabilistes et savoirs populaires. Cependant, les recherches sont à considérer sous un angle de prévention. La santé étant un état fragile et pouvant subir d'énormes modifications non expliquées, l'état des recherches en sciences permet de comprendre que les causes peuvent être multiples et que l'on peut agir toutefois sur certains facteurs de risques même si d'autres paraissent aléatoires et subjectifs. Ainsi, les facteurs de risques sont :

« Les caractéristiques individuelles ou collectives liées à l'environnement, à la culture ou au mode de vie, et qui entraînent pour la personne ou la population une probabilité plus élevée de développer une maladie ou un problème de santé » (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006, p.114).

Il reste difficile de faire de la prévention auprès de la population seulement en posant des généralités. Pour certains dangers, la recherche est parfois partagée entre les différents paramètres qui peuvent interférer pour un seul trouble du fait de l'utilisation par l'individu de plusieurs substances ou de comportements non connus. Les généralités sont applicables uniquement dans les paramètres de la recherche. Or l'individu ne correspond pas forcément à la population de la recherche.

En se basant sur l'analyse de 1200 publications, l'I.N.S.E.R.M. (2002) indique que

« Démontrer une relation causale entre l'usage d'une substance et un trouble est un exercice difficile. Les études sur les fortes consommations sont difficiles à interpréter en raison de l'usage fréquent de plusieurs substances. Une consommation excessive est souvent associée à des troubles mentaux mais elle pourrait tout aussi bien être révélatrice d'une vulnérabilité commune à un trouble sous-jacent qu'en être le facteur déclenchant » (Inserm, 2002, p. 325).

#### 2.4.4 Des savoirs sous influence

Les savoirs dans le domaine de la santé tombent aussi sous l'influence des différents acteurs qui les prennent comme appui que ce soit l'Etat, les associations ou encore les groupes industriels. Dans ce dernier cas la motivation est économique et il faut savoir interpréter avec précautions les différentes publicités qui sont véhiculées par les médias. Ainsi nous pouvons souvent entendre que les produits laitiers sont importants pour l'apport en calcium. Souccar & Robard (2004), prennent comme exemple le mini-guide de la Fédération française de cardiologie intitulé « Le bon mangeur » où il est écrit que « consommer à chaque repas un produit laitier [...] c'est la seule façon de couvrir le besoin en calcium du plus jeune au plus âgé » ou de la part du CNA<sup>15</sup> organisme gouvernemental qui dépend du ministère de l'Agriculture, de la Santé et de l'Economie dans le dépliant intitulé « 7 conseils pour la pleine forme » où il est écrit que seuls « le lait, yaourt, fromage ou dessert lacté » sont des sources de calcium. Or il est prouvé aussi que les légumes crucifères (brocoli, chou de Bruxelles, chou frisé, chou chinois, etc.) ou les poissons comme les sardines ou les anchois contiennent autant, sinon plus de calcium qu'un produit laitier. La différence se creusera pour les groupes industriels au niveau des prix. On constate donc ainsi que les savoirs scientifiques peuvent être détournés dans un but moins préventif que rentable.

La nature différente des savoirs peut donc influencer la prévention dans le domaine sanitaire si la prévention n'est faite que par transmission de savoir. Il faut tenir compte des « facteurs de protection », c'est-à-dire « des ressources internes et externes protégeant la santé des personnes et des populations » (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006, p.114). Ces facteurs se retrouvent dans les aptitudes des personnes au niveau psychosocial. Permettre à une personne de comprendre pourquoi elle a tel comportement alimentaire ou telle addiction, de savoir d'où vient cette habitude prise et s'il y a influence sociale, avoir un regard et une réflexion personnelle sur sa vie et sa santé rejailliront sur son bien-être.

### 3. NATURE DE L'EDUCATION A LA SANTE EN SYRIE

Une analyse permet de comprendre la nature de la santé scolaire avant l'intégration de l'éducation à la santé dans les écoles syriennes. Entre 1980 et 1995 le service de santé scolaire en collaboration avec le ministère de l'éducation nationale présente aux élèves en milieu

---

<sup>15</sup> CNA : Conseil National de l'Alimentation

scolaire la sensibilisation aux comportements sanitaires et environnementaux par des conférences, des ateliers, des affiches et différentes activités. Ce service développe la capacité et la formation des professionnels dans le champ sanitaire, ce qui valorise leur autonomie et leur responsabilité dans un but de promotion de la santé.

Il a pour objet de soutenir les ateliers et les activités qui s'intéressent aux soins sanitaires dans les écoles. Il distribue aux écoles de petits guides qui sont mis à la disposition des enseignants pour sensibiliser leurs élèves aux comportements sains tels que l'alimentation, les habitudes quotidiennes d'hygiène et la vaccination contre différentes maladies.

En 1993 le service de santé scolaire propose d'intégrer l'éducation à la santé en milieu scolaire. Afin de mener à bien cette idée, le service de santé scolaire syrienne organise des ateliers expérimentaux pour former les personnes qui vont travailler dans ce domaine. Depuis cette date l'éducation à la santé est mise en valeur dans les établissements scolaires. Le tableau (5) montre les différentes dates marquantes pour l'éducation à la santé en Syrie.

1998	→ Concernant la santé des élèves : programme pour dix ans.
2008	→ Education à la santé est un programme national dans l'enseignement scolaire
2010	→ Relatives aux connaissances et des compétences personnelles et relationnelles (guide des enseignants)

**Tableau 5. Les principales dates encadrant l'éducation à la santé en Syrie**

### **3.1. Les savoirs en éducation à la santé dans les programmes scolaires syriens**

Le programme syrien propose une présentation des compétences et des comportements qui vont de pair afin de favoriser la mise en place d'un bien-être et d'une bonne santé.

L'école est une microsociété qui renforce la vie en collectivité et, par conséquent, l'apprentissage des compétences psychosociales inhérent au sein de ce cadre au quotidien. L'autonomie et l'initiative personnelle, la responsabilité, la relation aux autres, la solidarité et l'esprit critique sont des compétences que les élèves apprennent à mettre en place petit à petit pour leur permettre de prendre des décisions individuelles et collectives. Nous présentons dans le tableau 6 l'éducation à la santé dans le programme syrien :

<b>Thèmes</b>	
<b>Qui suis-je / ma famille</b>	Le contrôle des émotions, la confiance en soi, la responsabilité par rapport à soi-même et à la société qui l'entoure sont des attitudes travaillées par l'élève. Les élèves sont capables d'interroger sur ce qui fait partie de leur environnement.
<b>Les quatre saisons (l'hiver, le printemps, l'été, l'automne)</b>	Les élèves abordent les notions d'air, de changement d'état de l'eau. La sensibilisation à l'environnement et à sa protection est mise en place.
<b>Mon école</b>	Les élèves apprennent à observer et découvrir ce qui les entoure et à s'interroger sur le fonctionnement du monde d'un point de vue logique. La distinction vivant-non vivant est entamée. Ils apprennent les règles élémentaires de l'hygiène du corps et les règles de la vie quotidienne.
<b>Mon aliment et ma santé</b>	Les élèves découvrent les parties du corps et les cinq sens : leurs caractéristiques et leurs fonctions. Ils sont initiés à l'hygiène et à la santé notamment à la nutrition. Ils apprennent à sensibiliser aux comportements alimentaires.
<b>Les matières</b>	Les élèves apprennent à respecter les autres et les règles de vie collective ; travailler en groupe, respecter les différences matières. Par les activités qui comportent des règles, les élèves développent leurs capacités d'adaptation et de coopération. Ils comprennent et acceptent l'intérêt et les contraintes des situations collectives.
<b>Ma ville</b>	Les élèves apprennent la politesse, remercier la personne qui apporte une aide ou ne pas couper la parole de celui qui parle. Ils respectent la vie collective, ils apprennent à se déplacer dans l'espace de leur environnement.
<b>Les transports</b>	Les élèves apprennent les règles de sécurité personnelles et collectives. Ils sont sensibilisés aux problèmes de l'environnement (pollution, bruit) et à repérer un danger et le prendre en compte
<b>Les plantes et les animaux</b>	Le cycle de vie dont les étapes primordiales : naissance, croissance, production, mort sont observées. Les élèves sont informés des différentes formes de maltraitance.
<b>La planète</b>	Les élèves acquièrent l'esprit critique en observant les phénomènes physico-chimiques. Les quantités sont abordées sous forme de problèmes.

**Tableau 6. L'éducation à la santé dans le programme scolaire syrien**

### **3.2. Analyse des compétences personnelles et relationnelles (en lien avec l'éducation à la santé)**

#### *A-L'autonomie, l'initiative personnelle et le respect des autres*

Durant sa scolarité, l'enfant apprend à devenir autonome. C'est un des aspects de la personnalité que vise l'éducation afin de garantir à l'enfant son choix de vie personnelle et sa réussite scolaire. Cette autonomie s'accompagne de deux aspects : l'autonomie comme finalité des apprentissages et l'autonomie comme moyen pour installer des apprentissages. Le premier aspect vise l'acquisition de l'autonomie chez l'élève dans les activités scolaires et à l'intérieur d'une collectivité. Le deuxième aspect implique que l'élève arrive à faire preuve d'autonomie durant les apprentissages, c'est-à-dire à réfléchir sur l'activité qui lui est proposée. Dans ce sens, l'éducation à la santé s'appuie sur cette autonomie afin que chacun puisse réfléchir sur son comportement et prendre les décisions élémentaires par rapport à lui-même et à son entourage.

#### *b-L'expression personnelle*

En arabe, dans l'apprentissage du langage oral, nous relevons les compétences suivantes : l'élève est capable de poser des questions, d'exprimer son point de vue, ses sentiments. L'expression personnelle doit permettre à chacun de pouvoir exprimer son point de vue sur des sujets variés et dans des débats menés dans la classe. Elle implique aussi de pouvoir dire son ressenti, de développer des capacités relationnelles en posant des questions à l'autre et en prenant en compte les opinions d'autrui. La dimension créatrice de l'expression est aussi prise en compte lors du langage oral.

#### *c-L'esprit critique*

Le raisonnement et l'esprit critique sont des attitudes développées à l'école par le biais des sciences expérimentales durant les démarches d'investigation. Elles amènent l'élève à réfléchir au monde qui l'entoure, aux phénomènes qui régissent l'environnement et à lui-même. Cette attitude est travaillée en transversalité dans l'éducation à la santé.

L'éducation à la santé s'appuie sur différents thèmes du programme scolaire syrien. Certains thèmes sont directement liés à l'éducation à la santé « les aliments, les plantes, les animaux et la planète et la nature », d'autres sont abordés par l'intermédiaire des compétences

personnelles et relationnelles figurant dans le guide des enseignants (2010). La figure 2 montre les thèmes dans le programme scolaire syrien qui sont en lien direct et indirect avec l'éducation à la santé :

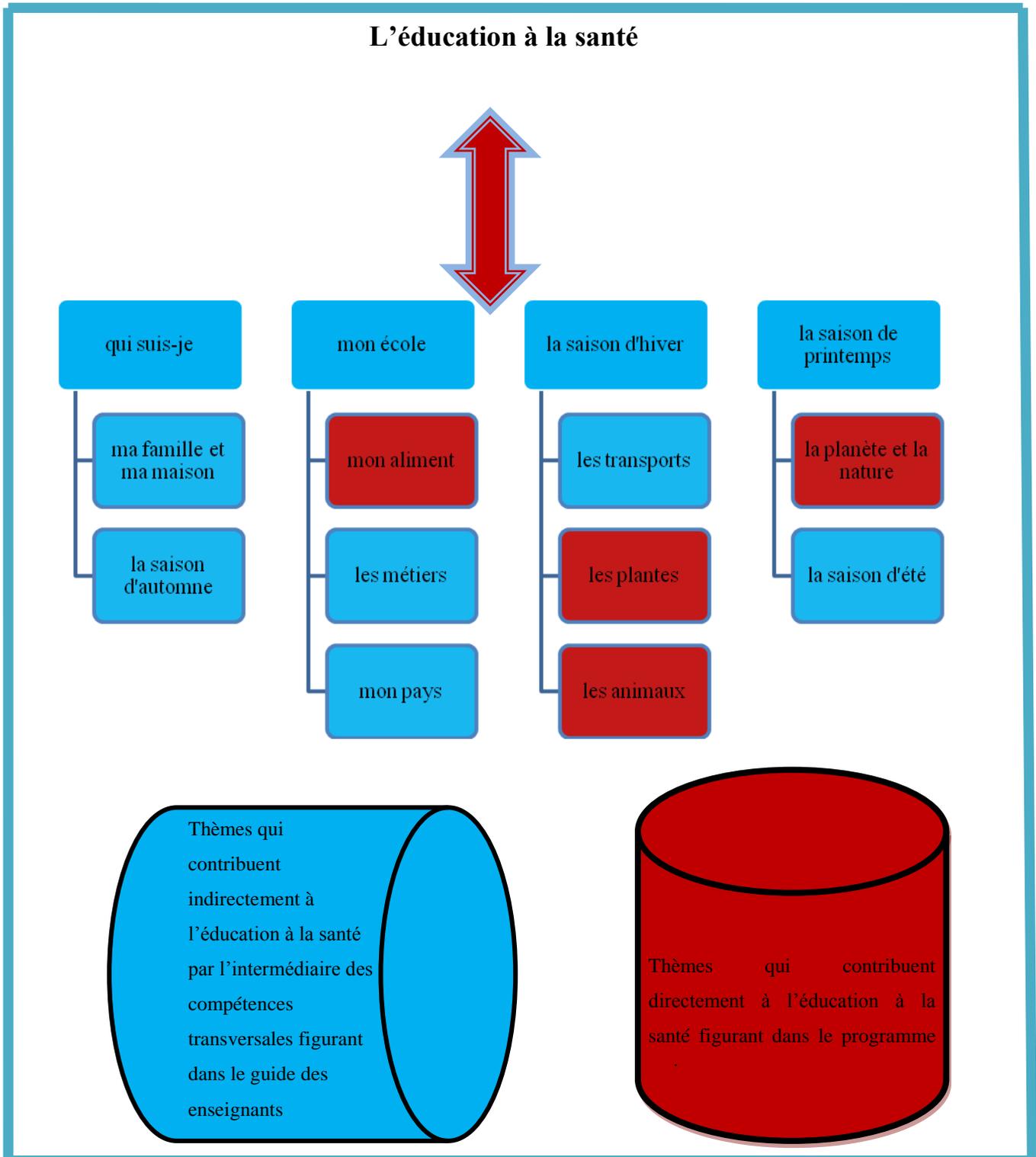


Figure 2. Le lien (direct et indirect) à l'éducation à la santé dans les thèmes abordés du programme scolaire syrien en maternelle.

### 3.3. Réalité du projet de l'éducation à la santé en milieu scolaire syrien

En 1993, Abd-Al Azize Al Nahar, (Responsable de la santé scolaire dans le Ministère d'Education en Syrie en collaboration avec l'UNICEF<sup>16</sup> et l'UNESCO<sup>17</sup>) a posé l'idée de l'insertion de l'éducation à la santé à l'école primaire. A partir de cette date, l'administration de la santé a organisé des conférences, des ateliers, des travaux expérimentaux pour former les futurs acteurs et développer leurs capacités dans le cadre de la santé.

Au terme de cette formation, les acteurs doivent proposer des listes principales de concepts sanitaires et environnementaux afin qu'ils puissent être examinés avant de les insérer dans les matières scolaires.

L'administration de la santé scolaire trouve que ce projet présente un intérêt au niveau individuel et personnel dans la mesure où il permet à chacun de développer des capacités pour améliorer la longévité et la qualité de sa vie. Il présente aussi un intérêt social en participant à la lutte contre les inégalités sociales. Enfin, il relie l'apprentissage des concepts sanitaires à l'école et la possibilité de les pratiquer dans la réalité.

En 1998, ce projet vise en pratique un plan plus large sur une période de 10 ans. Il débute dans cinq villes syriennes (Damas, banlieue de Damas, Darraa, Al souoyda et Al konaytira) dans les classes à partir du CE2.

Année après année, ce projet a grandi afin de toucher toutes les villes syriennes et toutes les classes primaires. En fait, avant cette date, l'éducation à la santé était transversale dans la biologie, l'éducation à la citoyenneté, l'éducation physique...etc., et après 1998, l'appellation « l'éducation à la santé » a été apposée sur la couverture du livre de biologie mais le contenu n'avait pas changé, l'éducation à la santé restait transmise en biologie de façon indirecte.

En 2008, ce projet est devenu un programme national applicable à 100% dans toutes les écoles syriennes (primaire, collège, lycées, universités). Six ateliers de travail organisés par le Ministère de l'Education Nationale sont mis en place chaque année portant, sur les différents thèmes de la santé publique, ainsi qu'une journée consacrée à l'éducation à la santé pendant

---

<sup>16</sup> **UNICEF** : United Nations Children's Fund (Association Humanitaire pour la survie et la protection des enfants du monde

<sup>17</sup> **UNESCO** : United Nations Educational, scientific and cultural organization

laquelle des activités sont organisées comme des expositions, des tableaux, des dessins, des chansons, des pièces de théâtre.

Les enseignants du département des sciences de l'éducation qui enseignent l'éducation à la santé à l'université questionnent leurs élèves de première année (test en amont) pour évaluer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements sur les différents sujets qui ont un lien avec la santé, puis ils proposent un sujet à étudier sous forme d'activité à réaliser :

- **Activité à la maison** : pendant 3 à 5 jours, chaque élève note les comportements positifs et négatifs concernant le sujet proposé. En classe, les élèves discutent de leurs idées avec leurs camarades et l'enseignant. L'enseignant fait le croisement entre les différentes attitudes pour encourager les bons comportements et améliorer les mauvais.
- **Visite du quartier** : pendant la même durée de temps, chaque élève seul ou en groupe visite le quartier pour décrire les comportements négatifs et positifs concernant le même sujet pour en discuter en classe, afin d'améliorer les mauvais comportements et les remplacer par des comportements sains.

Après cette étape, l'enseignant précise le problème et divise les élèves en quatre groupes :

- Le premier groupe récupère les informations et les recherches scientifiques concernant le sujet sur le terrain.
- Le deuxième groupe regroupe les études statistiques sur l'état actuel de la santé.
- Le troisième groupe prépare les différents supports pédagogiques (dessins, photos, tableaux, supports audio-visuels, contes, pièces de théâtre)
- Le quatrième groupe distribue des lettres sanitaires, organise une exposition ou un concert.

Chaque groupe montre sa réalisation en classe. Après quelques jours, l'école invite le responsable de la santé scolaire et les différents acteurs dans le cadre de la santé pour voir les travaux que les élèves ont fait en discutant des causes et des conséquences de ce problème.

Le projet de l'éducation à la santé s'applique dans la faculté de l'éducation en Syrie, l'enseignant demande aux étudiants de première année d'appliquer ce projet pour s'entraîner sur le terrain. A la fin du semestre, l'administration de la faculté organise une exposition pour montrer les causes et les conséquences des comportements sanitaires avec les différents supports pédagogiques afin d'aborder les problèmes rencontrés.

Malgré les efforts ministériels concernant le développement des capacités des acteurs dans le cadre de la santé, la recherche en éducation à la santé reste très modeste, la plupart des

travaux ne sont pas appliqués sur le terrain, car le budget n'est pas suffisant pour réaliser un tiers des travaux proposés.

#### **4. ECOLE ET SANTE : QUELLE RELATION ..... ?**

Les missions des sciences de la santé et de l'école ont été renforcées en France comme dans les pays de la Communauté Européenne. La médecine voit ses missions curatives s'élargir aux missions préventives et l'école qui travaille les champs disciplinaires adopte une visée éducative dans le domaine de la santé. La mission principale de chacune étant de développer chez chaque personne la prise de conscience de son capital santé, des risques qu'il encourt et des solutions qu'il peut envisager (Leselbaum, 1997).

L'éducation à la santé est un domaine qui a évolué comme tout enseignement selon le contexte politique, historique et international. La notion de santé publique est apparue au début du 20<sup>ème</sup> siècle. Elle passe aussi par le biais de l'école afin de prévenir les maladies les plus fréquentes à l'époque et véhiculer les comportements sains (Nourrisson, 2002).

L'éducation et la santé sont des notions construites humainement avant d'être construites par les sciences. Les relations qui naîtront de ces deux notions seront donc idéologiquement, théoriquement ou normativement modélisées. (Klein, 2010). De ce fait, la définition doit être définie avec plus de justesse afin que l'école puisse adapter ses enseignements et avoir un impact plus fort.

La fonction sociale de l'éducation à la santé est primordiale pour Descarpentries (2008) dans la mesure où l'individu se construit à l'intérieur d'une société et élabore de ce fait, ses conceptions, ses choix de vie et donc de santé. Se former tout au long de la vie est un précepte applicable autant à la vie professionnelle qu'au maintien de la santé et du bien être.

Education et santé sont donc deux termes qui entretiennent des relations étroites et difficiles à définir autant dans l'appellation que dans le champ disciplinaire qu'elles peuvent toucher. Quant aux conceptions de la santé, Eymard (2004) distingue trois modèles qui permettent d'établir un parallèle entre les modèles de santé et ceux de l'éducation.

#### 4.1. Les modèles de santé

*-Le modèle linéaire ou organiciste de la santé négative (centré sur l'absence de maladie)*

Eymard (2004) utilise le terme de « *modèle organiciste* » plutôt que celui de « *conception linéaire* » en référence à Bury (1988). Par le modèle linéaire, la santé se définit comme un effet de cause à conséquence : est en bonne santé, celui qui surveille sa santé, dans le cas contraire, on est malade. Etre en bonne santé signifie ne pas avoir de maladie. La santé comme modèle organiciste se positionne sur un axe dont les extrémités représentent la santé et la maladie, le bien-être se situant sur cet axe : C'est une conception biomédicale présente autant chez les professionnels que chez les citoyens étant donné qu'on pense le bien-être en terme de santé ou de maladie. On est dans une conception contradictoire de la santé, soit on est en bonne santé, soit on ne l'est pas. C'est l'apparence extérieure qui est l'indicateur de bonne santé. L'aspect de la personne montre s'il présente une maladie ou non. Or on ne peut pas dire s'il est bien portant ou non car la santé ne se mesure pas seulement à l'apparence ou au ressenti de l'individu.

« On peut se sentir bien portant, c'est-à-dire juger d'après son sentiment de bien-être vital, mais l'on ne peut jamais savoir que l'on est bien portant... L'absence du sentiment (d'être malade) ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien en apparence ». (Kant, 1988, p.117).

La prévention devient alors le mode d'intervention dans ce modèle de santé. On en distingue trois niveaux : avant que le trouble de santé ne se manifeste (prévention primaire), lorsque le trouble s'est développé (prévention secondaire) et enfin lorsqu'il faut aménager la vie du patient parce que le traitement n'a pas fait effet (prévention tertiaire).

*-Le modèle global de la santé positive par l'adaptation individuelle et ajustement social*

(centré sur la personne). Ce modèle considère la santé comme un ensemble de conditions à mettre en place pour atteindre un bien-être. Ce n'est plus seulement le domaine biomédical qui est mis en avant mais bien toutes les facettes de l'individu et de sa vie que ce soit au niveau psychologique ou social. La personne est regardée dans sa globalité et est donc considérée en bonne santé lorsque toutes ces conditions sont mises en place et effectives.

Selon Gremy & Pissarro (1982) la santé se définit comme : « La capacité de la personne à s'adapter aux agressions éventuelles de la part de son environnement (technique, social, politique, économique, voir naturel) sans prélèvement sur ses capacités vitales » (Gremy& Pissarro, 1982, p.21). Les travaux de Maslow (1970) vont dans le sens de cette vision de la santé. La hiérarchisation des besoins qu'il a fait apparaitre met en évidence que chaque palier représentant un besoin doit être satisfait avant de passer au niveau supérieur, ce qui montre les relations entre ces différents besoins qui concourent au bien-être de toute personne. On distingue cinq besoins: les besoins physiologiques (manger, boire, dormir, ...), de sécurité (du corps, de l'emploi, de la santé, ...), les besoins sociaux (amour, amitié, appartenance, ...), les besoins d'estime (confiance, respect des autres et par les autres, estime personnelle) et les besoins d'accomplissement personnel : morale, créativité, résolution des problèmes [....]. Voici la figure (3) qui montre la pyramide des besoins :



**Figure 3. La pyramide des besoins d'après Maslow (1970)**

Les limites de ce modèle se fondent sur la mesure de ces conditions, on ne peut réellement définir quelles sont les conditions à remplir dans tel domaine pour signifier que quelqu'un est en bonne santé dans la mesure où ces domaines restent subjectifs (Bury, 1988). Une autre limite est la non prise en compte par l'OMS des facteurs environnementaux. Or l'environnement conditionne les réactions d'un individu et c'est en s'adaptant que l'on peut constater s'il est bonne santé ou non, le milieu est un facteur d'adaptation et la santé un processus par lequel la personne tente de trouver un équilibre dans un nouveau milieu et de nouvelles conditions. Cela signifie qu'il y a une norme pour vivre dans un milieu donné. Le

problème de la normalité se pose. La norme n'existe pas dans la mesure où chacun réagit différemment selon l'environnement dans lequel il se trouve. Canguilhem (1966), définit le pathologique non pas comme le contraire de la norme mais comme celui de la normativité, comme les normes qu'un individu met en place face à de nouvelles conditions et qui lui sont propres.

C'est à partir de la normativité, c'est-à-dire la capacité à poser des normes, que l'on peut définir ce qui distingue le normal et le pathologique.

Un individu peut être normal dans un environnement et anormal dans un autre, ce qui pose la question de la normalité et de l'environnement. Vivre, c'est faire des choix pour pouvoir s'adapter aux nouvelles conditions de l'environnement et il en résulte qu'être en bonne santé c'est être plus que normal. Il faut donc s'intéresser au milieu de l'individu pour savoir comment évolue un individu. L'adaptation à un milieu peut devenir une pathologie dans un autre milieu si l'individu ne revoie pas les normes qu'il s'est posées dans le milieu précédent. Lutter pour sa santé est indispensable pour se sentir bien dans sa peau, pour pouvoir avancer et avoir une propre estime de soi. Pour cela, penser l'avenir est indispensable afin de pouvoir renoncer aux satisfactions immédiates et ainsi préserver un capital santé qui n'est pas inné mais qui relève du combat permanent, (Tubiana, 2004) :

*-Le modèle de la santé conçue comme l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde.*

Dans ce modèle, l'individu se situe dans une autonomie qui lui appartient et dans une perspective de sa santé qui lui est propre. Ce modèle renvoie davantage à la connaissance de soi dans une approche psychosociale : « l'estime de soi, la confiance en soi, le sentiment d'efficacité personnelle ou de compétence personnelle, l'auto-détermination, afin de l'aider à se sentir libre de diriger sa vie, d'être maître de son projet de santé et de sa qualité de vie » (Lacombe & Charrier, 2000).

La santé n'est plus vue comme un but à atteindre nécessitant d'agir dans un instinct de préservation mais elle devient un allié de la vie quotidienne afin de mener chaque instant au mieux (Eymard, 2004). On n'est plus dans la seule prévention mais dans l'action. La santé participe au bien-être de la personne et fait partie du cheminement personnel de chacun. C'est pour cela qu'il ne peut y avoir de normes dans la mesure où chaque personne s'adapte selon les étapes qui surviennent dans sa vie.

## 4.2. Les modèles de l'éducation

L'éducation est un processus qui se retrouve tout au long de la vie afin de faire face au changement. Les modèles de l'action éducative sont multiples. Trois modèles sont ici décrits en référence aux travaux de M. Lesne (1977) et Eymard (2004) :

### *-Le modèle de l'instruction (transmettre une culture scientifique)*

Ce modèle se définit par la transmission de connaissances, de savoir savant. « La relation éducative en santé s'est instaurée historiquement dans le cadre d'un mode essentiellement transmissif d'informations » (Nourrisson, 2002, p.158), L'enseignant transmet un savoir à l'élève ignorant. Il est le détenteur d'un savoir et ce savoir doit permettre le devenir de l'homme. Les connaissances sont établies par la sphère scientifique et se doivent d'être mises à jour continuellement afin d'être le plus proche de la vérité scientifique. Ce modèle implique donc la reconnaissance des vérités scientifiques objectives ainsi que les normes qui régissent la science et l'élaboration des savoirs. Il pose aussi le principe de la capacité intellectuelle de l'homme à se développer en intégrant les savoirs savants afin de sortir de son ignorance. Enfin, l'homme de sciences et l'homme ignorant se rencontrent dans ce modèle avec un rapport de pouvoir l'un vers l'autre.

### *-Le modèle du développement du sujet (centré sur le sujet)*

Ce modèle replace le sujet au centre de l'apprentissage en lui donnant les moyens de s'exprimer sur ses connaissances et sur son expérience. Eymard (2004), affirme que le sujet devient l'organisateur et l'animateur de l'apprentissage de l'autre dans une approche constructiviste.

Cette relation renvoie à la notion d'accompagnement du sujet dans cette voie de donner la capacité à l'individu d'une meilleure connaissance de soi, afin d'accéder à l'autre lui permet d'acquérir des savoirs par expérience au détriment des savoirs savants. Ce modèle implique une dimension constructiviste des connaissances qui ne sont pas réelles sans les individus. Il pose la capacité pour l'homme de construire des savoirs grâce à l'expérience. Enfin, l'homme de sciences et le sujet apprenant se rencontrent dans ce modèle avec un rapport égalitaire.

*-Le modèle de l'interaction sociale (savoir-être, relation du soi au monde).*

Ce modèle instaure un apprentissage par la découverte de l'environnement, par le questionnement et une recherche autonome afin d'acquérir et de construire son propre savoir mais surtout un savoir-faire. L'éducateur replace l'enfant dans la curiosité du monde qui l'entoure et des phénomènes qui le régissent. L'enfant va se retrouver au milieu d'interactions sociales qui se font au fur et à mesure de sa vie et apprend à s'y adapter et à construire ce qui définira sa relation à l'autre et son avenir en tant qu'être social. Ce modèle implique une approche socioconstructiviste du savoir qui se fait au fur et à mesure des interactions sociales. Il pose la capacité pour l'homme de construire des savoirs contextualisés dans une société. Enfin, l'Homme de sciences et le peuple se rencontrent ici pour confronter leurs savoirs.

Ces différents modèles s'entrecroisent et amènent à des stratégies dans l'action préventive de l'enseignant. Cela ne veut pas dire qu'on agit directement sur l'attitude finale du destinataire de l'action et que son comportement sera directement impacté par une des méthodes. Il est profitable de mettre en place ces méthodes afin d'avoir des objectifs précis et ainsi déterminer les actions à mettre en place (Eymard, 2004).

#### **4.3. La mise en lien des modèles d'éducation et de santé**

Eymard (2004), propose une modélisation générale des liens théoriques entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation à partir du tableau ci-dessous. Chaque cas illustre les caractéristiques d'une relation éducative en santé qui valoriserait un modèle « x » de la santé et un modèle « y » de l'éducation. Le schéma présente donc neuf approches possibles.

Santé	Organiciste et négative	Globale et positive. Adaptation individuelle ou ajustement social	Existence Autonomie d'un sujet Ouvert sur le monde
<b>Education</b>			
<b>Instruction</b>	Utiliser les résultats de la science pour : Informers des éléments de savoirs nécessaires à la prévention des maladies au niveau individuel et collectif  dans la maîtrise de la non maladie.	Dans la maîtrise de la non maladie Se servir des résultats de la science pour : Enseigner les savoirs visant l'adaptation, voire l'ajustage physique, psychologique et culturel du sujet et des groupes dans un environnement social en perpétuelle évolution. Dans la maîtrise de la santé totale et globale	Confronter les résultats de la science pour : Transmettre les savoirs nécessaires aux sujets et aux groupes, afin qu'ils puissent décider de leur santé dans un environnement social en évolution. Le sujet conjugue son savoir expérientiel aux savoirs savants pour organiser son mode de vie.
<b>Développement du sujet</b>	Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître. Le diriger dans la connaissance de son potentiel énergétique pour lutter contre les maladies.	Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de développer la connaissance qu'il a de lui-même et de la société dans laquelle il évolue. Piloter, guider le sujet ou les groupes dans la connaissance de l'interaction de l'individuel physique, psychologique et culturel au collectif, pour qu'il ajuste son comportement aux normes sociétales.	Entrer en relation éducative avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître et de connaître le monde dans lequel il évolue. L'accompagner dans la prise de décision individuelle et collective concernant la santé, dans une connaissance du soi sujet et groupal évoluant dans un environnement social.
<b>Inter action sociale</b>	Diriger des projets de santé individuels et collectifs. Développer la conscience individuelle et collective des problèmes de lutte contre les maladies. Construire un projet social de lutte contre les maladies. Amener le sujet à s'interroger par lui-même et le collectif dans une perspective de maîtrise de non maladie, pour le bien de soi et des autres.	Manager des projets de santé individuels et collectifs. Développer la conscience individuelle de l'adaptation du sujet et des groupes sociaux, à un environnement en perpétuelle évolution. Amener le sujet et les groupes sociaux à uniformiser leurs attitudes aux normes en vigueur, définies par des priorités collectives	Construire des projets de santé individuels et collectifs avec les sujets ou les groupes. Développer l'autonomie du sujet et des groupes sociaux pour favoriser les prises de décision individuelles et collectives quant à la santé de l'Homme, de la société et du monde. Amener le sujet ou le groupe à faire des choix individuels et collectifs, en tenant compte de son équilibre interne et d'une approche écologique des problèmes de santé.

**Tableau 7. L'articulation entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation d'après Eymard (2004)**

Autant « être en bonne santé » permet de mettre en place l'éducation de l'enfant ou d'entamer une formation, autant l'éducation permet de maintenir l'individu en bonne santé (OCDE,<sup>18</sup> 2010). Les questions et études actuelles s'orientent vers la qualité de l'enseignement à préconiser afin que l'égalité des chances soit aussi valable au niveau de la santé. La santé a un coût non négligeable que les politiques publiques tentent d'enrayer mais l'éducation peut aussi permettre de réduire les écarts si les bonnes habitudes sont prises en amont et que les conséquences graves peuvent être évitées.

En effet, avoir pris connaissances des risques encourus selon les habitudes prises a un impact sur le capital santé d'un individu. Les études de Ferrie, Rolf & Troesken (2009), montrent que développer ses compétences dans le domaine sanitaire permet une meilleure prise en charge personnelle et adaptée à son propre rythme. L'individu aura conscience des conséquences de ses actes en intégrant les différentes conceptions sanitaires, chacun pourra alors prendre ses responsabilités. Malgré une éducation populaire au niveau de la santé, chacun reste maître de sa santé et du choix de vie qu'il fait.

Un rapport récent de l'Organisation Mondiale pour la Santé (Suhrcke & Paz Nieves, 2011) propose une revue de littérature des recherches (entre 1995 et 2008) qui questionnent la relation inverse c'est-à-dire une mauvaise santé pendant la petite enfance ou des comportements non sains pendant l'adolescence : cela pourrait faire suite au manque d'éducation au niveau sanitaire et des connaissances afférentes.

Il apparaît alors que l'école est un espace où ces connaissances auront le plus de chance d'être acquises dans la mesure où les enfants ont l'obligation d'être scolarisés et se retrouvent donc dans un environnement social propice aux apprentissages dans les différents champs disciplinaires et au même niveau que ses pairs. Que ce soit au niveau des projets sur le long terme mis en place ou des apprentissages quotidiens des gestes et habitudes sanitaires, l'école tient une place prépondérante dans la prévention de la santé chez les enfants scolarisés (Merini, Jourdan, Victor, Berger, & Peretti, 2004).

L'école se retrouve au milieu de plusieurs enjeux, au niveau de la santé, dans sa mission éducatrice et transmissive. Elle doit pouvoir jongler entre ces différents paramètres afin d'être

---

<sup>18</sup>OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

en adéquation avec ce qui se passe socialement et scientifiquement dans le domaine de la santé. Elle doit se tenir constamment à jour et donc adapter ses programmes, ses contenus, ses méthodes, ses modes d'accueil des élèves ainsi que le discours qu'elle tient aux apprenants. L'enseignant aura la tâche difficile d'être à la fois porteur d'un message clair mais aussi qui peut se voir modifié par des paramètres qu'il ne contrôle pas et que l'individu lui-même ne contrôle pas mais qu'il devra pourtant surveiller. La prévention trouve alors tout son sens dans la mesure où l'individu doit avoir un regard sur sa propre santé. L'école devient alors un médiateur afin d'avoir le rôle le plus juste possible devant une mission aussi lourde de sens et de conséquences qu'est la santé (Jourdan, 2004a). Afin d'assurer au mieux cette mission préventive et critique envers la prise de conscience individuelle de l'importance de la santé, les pouvoirs publics auront à mettre en place des programmes scolaires adéquats, des méthodes d'enseignement, la formation des acteurs de l'école.

L'élève est un citoyen à part entière, il construit cette citoyenneté à l'école par les gestes qu'il répète au quotidien et par les relations avec les acteurs de l'école, adultes et enfants. L'école ne doit pas être une rupture mais une continuité de sa vie de tous les jours au sein de laquelle on lui apportera les connaissances, attitudes et comportements nécessaires à son bien-être.

L'approche globale en éducation à la santé signifie que l'on s'intéresse à l'élève dans ses dimensions physique, mentale et sociale, et pour cela, il est nécessaire de dépasser le cadre des disciplines pour l'envisager dans une approche interdisciplinaire.

## **5. LES ACTEURS DE L'EDUCATION A LA SANTE DANS LE SYSTEME SCOLAIRE**

### **5.1 Les différents acteurs de l'éducation à la santé**

L'éducation à la santé est l'affaire de tous. Dans le milieu scolaire, les acteurs sont multiples et variés, ce qui permet une coopération et un apport important pour une prévention réussie. Tout le personnel est concerné par cette question et chacun agit à son niveau afin d'avoir un impact auprès des élèves.

*a- Les personnels de santé*

Les professionnels de la santé sont des acteurs essentiels dans l'enceinte des établissements scolaires.

En premier lieu, le médecin scolaire et l'infirmier scolaire ont pour mission de l'information préventive et éducative (auprès du public qu'ils accueillent) : bilan de santé, contribution aux actions collectives d'éducation à la santé, surveillance sanitaire, examens de santé, mise en place et suivi des projets d'accueil individualisés, protection de l'enfance. Ils sont, en Europe, les seuls à exercer exclusivement en milieu scolaire (dans l'enceinte des établissements scolaires). Leur rôle de conseiller technique auprès des responsables institutionnels est important lors de la mise en place du volet santé à l'intérieur du projet d'école (Werch et al, 1996).

Les infirmières scolaires seraient des vecteurs positifs d'une action de prévention individuelle de consommation excessive ! Mais il existe un écart énorme entre les acquis scientifiques et la formation des professionnels (Serrins et al, 1995) ; les professionnels de santé sont informés en moyenne 5 à 7 ans après que les chercheurs ont établi des connaissances dans ce champ. Cet écart marque une distorsion entre la réalité sanitaire qui change continuellement et les enseignements. Les professionnels de la santé doivent se tenir à jour des connaissances scientifiques par des veilles informatives et ainsi adapter au mieux leur enseignement des concepts sanitaires. Par ailleurs, les personnels de santé de l'Education nationale sont en nombre limité. En 2005, on comptait une infirmière pour 1840 collégiens et lycéens et un médecin pour 7500 à 12000 élèves selon les secteurs. De plus, les médecins dépendent du Ministère de l'Education Nationale ; les infirmières, elles relèvent du chef d'établissement ce qui limite le temps consacré effectivement à des actions d'éducation à la santé (Sommelet, 2006).

*b- Les enseignants*

En prenant le collège par exemple, on se rend compte que ce sont les professeurs des sciences de la vie et de la terre et d'éducation physique qui évoquent le plus le domaine sanitaire dans leurs cours étant donné qu'ils ont reçu une formation sur ce thème. Il existe des formations proposées en option mais elles ne sont pas véritablement demandées ni suivies par les professionnels de l'Education Nationale.

Les enseignants ont des représentations qui vont agir dans l'enseignement qu'ils feront dans ce domaine. Leurs propres conceptions influenceront la mise en place didactique qui sera réalisée pour une éducation préventive en santé. La formation sera utile pour construire cet enseignement et permettre de faire rejaillir des représentations différentes afin d'améliorer la conception de l'enseignement et le rôle à jouer de l'acteur en matière de santé (Jourdan, Bertin, Fiard & et Vaisse, 2003). Soulignons que le métier d'enseignant traverse actuellement une période de redéfinition

« Aujourd'hui, les différentes institutions de transmission de savoir et les activités d'éducation et de formation connaissent une forte déstabilisation qui affecte à la fois les organisations et les pratiques professionnelles. Ainsi, les métiers de l'éducation et de la formation se trouvent pris entre une exigence de rationalisation, une volonté de professionnalisation, un consensus sur leur caractère socialement prioritaire et des incertitudes conflictuelles sur leurs objectifs d'action » (Bourdoncle & Demailly, 1999, p. 130).

Les enseignants doivent quotidiennement gérer deux paramètres essentiels dans leur métier : la logique des savoirs enseignés (savoir, savoir-être, savoir-faire) et la logique de la conduite de la classe (celle de la régulation sociale des échanges et des comportements).

#### *c- Le rôle des autres catégories de personnels*

La place des acteurs de l'école dans le domaine de la santé dépend fortement de leur fonction à l'intérieur de l'école. Les chefs d'établissement ou les conseillers principaux d'éducation gardent une vue d'ensemble dans les préventions à mener et du développement d'une coopération entre les personnes de l'établissement et ainsi favoriser un climat de travail favorable. Les personnels de service s'attacheront à perpétuer un environnement physique agréable et propice la santé et au bien-être. (MEN, 2008).

Il convient de souligner que même si l'éducation à la santé n'est pas centrale dans l'activité professionnelle de l'école, elle n'est pas pour autant absente du paysage. Une étude récente conduite auprès de 207 personnes travaillant dans 5 collèges a montré que 89% des professionnels se sentaient impliqués dans l'éducation à la santé. Ils se situent essentiellement en tant qu'éducateurs dans le quotidien de la vie de l'établissement. La fraction des personnels qui prennent part, même très modestement, à des démarches collectives est quant à elle limitée à 23% (Leyrit, Simar, Friaud, & Jourdan, 2007).

## 5.2. Les préparations des enseignants en éducation à la santé

Depuis 1986, par le biais du Bulletin officiel, le ministère de l'éducation nationale a préconisé l'éducation à la santé dans les établissements scolaires, individuellement comme collectivement, afin que l'élève prenne conscience des enjeux sanitaires qui lui sont propres et puisse en être l'acteur principal par le biais de formations et de l'acquisition des connaissances. C'est collectivement et en agissant selon leurs compétences et leurs missions respectives que les acteurs scolaires mèneront à bien cette mission d'éducation sanitaire que ce soient les directeurs des écoles, les chefs d'établissements, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmiers, les conseillers d'orientation, les médecins, les assistants de service social, les psychologues scolaires, les secrétaires médicaux-scolaires. Les enseignants les plus actifs prennent en compte dans leurs activités professionnelles les apprentissages à la santé. Les préconisations industrielles indiquent qu'une organisation préparée doit être mise en œuvre afin d'assurer une bonne cohérence entre les activités et la complémentarité entre les acteurs (Nouh, 2008).

Parmi les différents acteurs de l'éducation à la santé nous nous intéresserons à l'enseignant de l'école primaire. La formation des enseignants de l'éducation à la santé au primaire dépend de la collaboration entre l'IUFM<sup>19</sup> et d'autres services de l'éducation nationale (médecins, infirmières, assistantes sociales, conseillers pédagogiques, inspecteurs...) ainsi que des Institutions ou Associations de santé publique. Pendant l'année de formation qui suit leur réussite au concours, les professeurs des écoles suivent un module obligatoire sur la santé et sur la sécurité à l'école. Ils sont en premier lieu invités à noter, au cours des stages qu'ils effectuent, leurs observations et leurs questions concernant la place de la santé à l'école, puis le comportement des enfants dans ces domaines et les projets d'éducation pour la santé. Par la suite, ils consacrent leur travail au rôle de l'école et du maître en matière de prévention, à la place de l'éducation pour la santé dans les activités de classe. Des projets d'éducation pour la santé réalisés dans le département leur sont présentés, notamment dans le domaine de l'alcoolisme et des conduites à risque. Par ailleurs, ils assistent à deux conférences au cours de l'année en matière d'éducation à la santé.

---

<sup>19</sup> **IUFM** : Institut Universitaire de Formation des Maîtres, actuellement (**ESPE**) : Etablissement Supérieur du Professorat et de l'Education

Les enseignants abordant l'éducation à la santé déclarent, par ailleurs, rédiger un mémoire de fin d'études portant sur un projet d'éducation pour la santé. (Berthon, 2004).

### **5.3. La formation des professionnels**

L'offre de formation pour le développement de l'éducation à la santé reste pauvre alors que la formation des acteurs reste primordiale afin de répondre au mieux aux besoins réels du terrain surtout dans le cadre de la formation initiale.

La formation continue des enseignants est très diverse d'une académie à l'autre et selon les années. Le plan de formation de l'académie de Clermont-Ferrand, par exemple, proposait, en 2006-2007, un stage de trois semaines sur les éducations à la santé, à l'environnement et au développement durable en premier degré, des stages sur le projet (CESC), l'éducation à la nutrition, les conduites addictives en second degré. Dans d'autres académies, l'éducation à la santé et la prévention est quasiment inexistante dans les plans de formation continue (Jourdan, 2010).

## **6. LA RECHERCHE EN EDUCATION A LA SANTE EN FRANCE**

La recherche en France dans le domaine de l'éducation à la santé est modeste, dispersée et souvent cloisonnée entre les différentes disciplines (l'épidémiologie, la psychologie, la sociologie, les sciences de l'éducation, l'économie ou encore les sciences politiques).

En 2008, un questionnaire a été envoyé à trois lycées technologiques agricoles en Midi-Pyrénées pour connaître les comportements alimentaires des élèves et l'impact d'un nouveau module portant sur l'alimentation dans leurs études (Nouh, 2008). Cette étude a montré que malgré l'insertion de l'éducation à la santé dans le module « fait alimentaire » en STAV, il n'y a pas de changement dans les comportements alimentaires pour 90 des 120 élèves interrogés. Le changement était survenu grâce aux effets extérieurs (parents, médias).

L'éducation pour la santé étant une discipline à orientation pratique, dont la « matière » est l'être humain vivant, la recherche y est de type appliquée : recherche de développement, recherche évaluative et recherche-action en sont les principales tendances. Si la recherche évaluative a comme objet les processus et les effets des actions éducatives, les deux autres touchent à la fois l'analyse des besoins et l'implantation des actions et programmes (Inserm, 2001).

## **6.1. Etat de la recherche en France sur les représentations de l'éducation à la santé**

Depuis 1992, les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM) sont chargés de mettre en œuvre la formation des enseignants. Des études ont tenté de faire le point sur la place de l'ES dans la formation des enseignants des premier et second degrés. Les travaux de Jourdan (2004a) montrent que la formation en ES pose de nombreux problèmes quant à ses objectifs, son public, son insertion dans la formation et ses modalités.

### **6.1.1 Offre de formation**

L'éducation à la santé semble peu intégrée dans les IUFM selon les résultats d'un questionnaire envoyé aux écoles normales en 1991 (Jourdan & Bourgeois-Victor, 1998). Malgré cela, des actions sont organisées, afin de promouvoir la santé. Il y a apparemment des obstacles par rapport à cette formation. Cela peut être dû aux manques de moyens financiers et matériels, ou encore d'un manque de clarté des programmes à cette époque, ou encore aux limites d'une telle éducation qui touche non plus aux savoirs scientifiques à proprement parler mais à la vie intime même des destinataires de cette éducation. En se basant sur l'analyse des plans de formation, Jourdan et Bourgeois-Victor (1998), ont montré que l'éducation à la santé tient une place dans les enseignements à l'IUFM et ce à plusieurs niveaux : développement de l'enfance, modules de l'école maternelle, conférences thématiques dans le domaine sanitaire comme par exemple les drogues ou la maltraitance. Certains instituts proposent aussi des modules sur l'éducation à la santé, la citoyenneté et l'environnement.

Les modalités de formation sont multiples dans l'éducation à la santé : soit sous forme directe avec l'appellation « éducation à la santé », soit sous forme mixte, transversale et globale ou au contraire sous un aspect ciblé. Deux approches semblent donc ressortir du temps et des moyens dont disposent les IUFM pour l'éducation à la santé : une approche globale et une approche spécifique. La première induit une généralité et un point de vue d'ensemble sur les thématiques et les enjeux liés au domaine de la santé. La deuxième approche essaie de spécifier cette éducation en se centrant sur un thème en particulier : on a une approche plus profonde et un point de vue plus précis sur un thème en particulier. (Brucker cité par Jourdan, 2004a).

### 6.1.2. Enseignants et formation

Une autre étude conduite en 2001-2002 (Jourdan, 2002), portant sur l'ensemble de l'Académie de Clermont-Ferrand, a permis de montrer que 71% des enseignants du 1er degré déclaraient pratiquer l'éducation à la santé avec leurs élèves. Avec un taux de réponse de 62% des écoles tirées au sort, il y a un réel intérêt de la part des enseignants en ce qui concerne le domaine sanitaire et cela implique alors des conceptions multiples en théorie comme en pratique.

En 2003, une autre étude (Jourdan, Bertin, Fiard & Vaisse) a été conduite auprès de professeurs d'éducation physique et sportive (EPS) du second degré ; elle montre que leur identité professionnelle constitue un prisme à travers lequel ils se construisent leurs propres représentations de l'éducation à la santé et de leur rôle dans ce domaine. Ils ont une conception de l'éducation à la santé qui est en lien avec la fonction cardiaque, l'effort et l'endurance. Pour ces professeurs d'EPS<sup>20</sup>, être en bonne santé, c'est être un sujet « *énergétiquement* » en action. Jourdan (2004b) démontre que ce sont principalement des professeurs de biologie qui sont le plus impliqués dans l'éducation à la santé, sûrement du fait de l'approche globale soulignée par l'éducation à la santé qui correspond aux enseignements des sciences de la vie et de la terre. Cette approche globale dans le premier degré est mise en exergue par rapport à une approche plus thématique au second degré. La « *présentation de service* » est aussi suggérée pour ne pas oublier que cette éducation se construit en partenariat. On tend alors à faire connaître ces différents partenaires afin que les futurs enseignants ne se sentent pas dépourvus devant autant de thèmes sanitaires et autant de manières de les traiter au niveau pédagogique.

### 6.1.3. Mise en pratique de la formation

Dans l'éducation à la santé, comme dans toute éducation, se pose le facteur représentation de l'enseignant. En effet, les conceptions et les représentations sont différentes d'un individu à un autre et cela se répercute sur la pédagogie appliquée en classe. Deux tendances font alors leur apparition. D'une part, celle où l'enseignant préférera une approche thématique pour aborder la santé et donc se concentrera sur des thèmes particuliers. D'autre part, l'approche globale essaie d'avoir une vision plus large englobant la santé des élèves. Ces conceptions et

---

<sup>20</sup> **EPS** : Education Physique et Sportive

représentations différentes, et entraînant donc une mise en pratique différente, proviennent du fait que l'enseignant appartient à une zone d'éducation prioritaire ou à un regroupement pédagogique intercommunal et s'il a bénéficié d'une formation dans ce domaine. (Jourdan et al., 2002). Le principal obstacle à la généralisation de la prise en compte de l'éducation à la santé n'est pas de nature technique mais liée à l'idée que les acteurs se font de leur mission. Ceux qui choisissent l'approche thématique sont majoritairement les enseignants se retrouvant en écoles regroupées en réseaux. Le soutien des parents n'étant pas assez prononcé, cette prévention reste sommaire et scolaire. Dans le cas d'une approche globale, une étude portant sur des traces écrites en éducation à la santé à l'école a été réalisée afin de mettre en relief les obstacles à la mise en place de projets d'éducation à la santé. Cette démarche globale marque un partenariat qui s'appuie sur les conceptions, les organisations matérielles et pédagogiques et les pratiques au sein de l'établissement, ce qui a pour conséquence un véritable changement au niveau du comportement sanitaire. Le variable « établissement » paraît déterminant dans le champ de la promotion de la santé. En 2007, une étude qualitative du laboratoire PAEDI (Processus d'Action des Enseignants Déterminants et Impacts) de l'IUFM d'Auvergne (Leyrite, Simar, Friaud, & Jourdan) a été conduite par entretiens auprès de 207 professionnels de cinq collèges. Ces derniers estiment que l'éducation à la santé fait partie intégrante de leur profession mais qu'il y a un fossé entre la théorie et la pratique qui est difficile à mettre en œuvre. Pour 55% des professionnels, bien que les institutions et autres prérogatives les poussent à cet enseignement, c'est leur volonté personnelle qui déterminera la mise en place effective de l'éducation à la santé. Une autre étude (Berger & Jourdan, 2004), a été menée afin d'avoir un recueil des représentations des enseignants du primaire de la région Auvergne. Cette étude a été réalisée dans le cadre des priorités de la politique régionale de santé publique de la région Auvergne, en particulier du Programme Régional de Santé « *Alcool* » dont le pilotage de l'axe « *prévention en direction des jeunes* » a été confié aux structures de l'Education Nationale. Elle avait pour objectifs :

- d'évaluer les pratiques en éducation à la santé déclarées par les enseignants,
- de mettre en évidence leurs représentations quant à leur rôle dans l'ES de leurs élèves
- de situer les obstacles à leur implication dans des projets de prévention,
- de proposer des moyens de dépasser les obstacles rencontrés en termes d'organisation, d'information, de formation (Berger, Jourdan, Riffaut & Picc, 2004, p.4).

Les offres sont nombreuses et variées pour répondre aux besoins des élèves et des enseignants dans la mise en pratique de l'éducation à la santé. Deux démarches ressortent des pratiques

actuellement en place : la démarche globale prend davantage en compte la santé des élèves dans un sens large et suit la démarche thématique centrée sur plusieurs thèmes en particulier.

Malgré une volonté ministérielle forte et sincère, il apparaît que la mise en pratique s'avère difficile. Le manque de moyens financiers et matériels est mis en exergue de même qu'une représentation personnelle des enseignants sur cet enseignement quant à sa mise en place effective durant la classe. L'éducation à la santé est un enjeu qui présente des facteurs multiples : besoins réels des apprenants, offres de formation des enseignants, représentations individuelles et mises en pratique diverses. Des facteurs à la fois concourants et résistants entre eux. C'est dans la mise en pratique que notre recherche trouve son appui et sa source. Nous avons vu à quel point le partenariat est important pour mener à bien cette mission sanitaire qui ne peut se faire sans supports. Les supports pédagogiques constituent un outil d'aide non négligeable pour les enseignants. Il est vrai qu'en classe de maternelle les concepts sanitaires seront trop abstraits pour les jeunes esprits des enfants. Aussi, les supports pédagogiques doivent avoir leur place dans cet enseignement. Un guide d'utilisation a été suggéré aux enseignants afin de les orienter. Malgré les efforts des pouvoirs publics à intégrer l'éducation à la santé dans l'enseignement, il s'avère difficile de mettre en place un enseignement adéquat si les supports pédagogiques manquent aux enseignants et aux élèves. Cette étude permet de clarifier l'utilisation des supports pédagogiques dans le domaine sanitaire. Elle propose une analyse comparative de l'impact de ces supports dans l'enseignement des concepts sanitaires chez les plus jeunes élèves.

## **7. LES FACTEURS D'EFFICACITE EN EDUCATION A LA SANTE**

Le groupe d'experts de l'INSERM (2009), préconise d'utiliser conjointement différentes méthodes : on aura dans une seule séance des connaissances, des débats afin de faire participer les individus et développer leurs compétences psychosociales. Ces séances seront bénéfiques dans la durée et dans la régularité au lieu d'interventions ponctuelles. Placer l'apprenant dans une participation active au cœur d'un groupe sera plus constructeur et modulateur dans la mesure où socialement il sera confronté aux opinions et aux réflexions des autres et où il faudra exprimer ses propres ressentis sans avoir la crainte d'être jugé.

L'éducation à la santé est un domaine où la transmission de connaissances ne peut être suffisante pour s'approprier les conduites adéquates ou pertinentes à un style de vie sain et adapté à ses besoins sanitaires. Aussi, il est mieux de mettre l'apprenant dans les situations vécues au quotidien qui demandent de solliciter des compétences psychosociales telles que la négociation, la résolution de problèmes, la pensée créatrice, la capacité à prendre des décisions, à faire face (*coping*), les relations interpersonnelles et la communication. La priorité est donnée à la prévention des comportements à risque, en particulier ceux liés à la sexualité et à la consommation des substances psychoactives. Un des facteurs importants de ces comportements à risque est l'inégalité constatée entre les sexes féminin et masculin.

Le « programme caché » des établissements c'est-à-dire les valeurs, le climat relationnel et les pratiques éducatives au quotidien, influent sur la construction de l'identité et sur les apprentissages. L'éducation de la santé fait partie de la promotion de la santé lancée au niveau du Ministère de la Santé et elle ne peut s'en détacher. L'éducation sanitaire doit donc prendre en compte plusieurs facteurs : curriculum (les contenus d'enseignement), environnement (physique, organisationnel et psychosocial, intégrant les valeurs et les aspects relationnels), services de santé ; partenariats (avec les parents, les communautés locales, le secteur de la santé et le secteur associatif), fonctionnement de l'école.

Selon Jourdan (2010), il serait possible d'organiser les finalités de l'éducation à la santé autour de plusieurs pôles :

- Permettre l'acquisition des savoirs et savoir-faire, notamment ceux relatifs au corps et à la santé
- Aborder et permettre l'expression des élèves sur des problèmes de société qui font appel à la fois à des valeurs, des lois, des savoirs scientifiques,
- Contribuer à l'apprentissage des savoirs-être (compétences personnelles, sociales et civiques)
- Développer chez les élèves la résistance à l'emprise de l'environnement (stéréotypes, médias, pairs, etc.) et la capacité à identifier les soutiens et les ressources locales.

L'éducation à la santé n'est pas garante de la transmission du savoir ni de la responsabilisation de chacun. Pour aider l'enseignant, les prescriptions officielles élaborent des contenus d'enseignement spécifiques validés par des procédures d'évaluation. Cela ne reflète pourtant pas l'hétérogénéité des enfants et de la classe. Les élèves ne sont pas seulement des objets recevant le savoir. L'enseignant et l'élève sont les deux noyaux

principaux de la vie scolaire. Tout ce qui provient d'eux a un impact majeur sur le déroulement des cours et les résultats scolaires obtenus. L'approche psychanalytique explique « qu'apprendre, c'est investir du désir dans le savoir [...] (Lecorps, 2002, p. 97). La didactique ne s'attache donc pas seulement à la transposition des savoirs mais aussi à la manière dont le savoir sera transmis. Le chapitre suivant consacre son contenu à la relation didactique et au savoir qui fait le lien entre l'enseignant et les élèves.

### Synthèse du chapitre

Le chapitre « de la notion d'éducation à la santé à l'état des savoirs en milieu scolaire », présente la différence entre l'éducation à la santé et l'éducation *pour* la santé ; la première notion existe dans le champ scolaire, la deuxième dans le domaine de la santé publique. L'école, par sa mission éducatrice et transmissive, joue un rôle important dans le domaine sanitaire auprès des enfants scolarisés (Merini et al., 2004).

Elle se doit de mettre en place une prévention appropriée pour une éducation à la santé efficace. De même que la formation tout au long de la vie est rendue possible, de même l'éducation à la santé est une formation assurée tout au long de la scolarité par les acteurs de l'école afin que les élèves deviennent des personnes responsables et critiques vis-à-vis de leur santé, aidés des experts issus de la santé (Jourdan, Cardot & Berger, 2008). Cette prévention se fera quotidiennement avec le rapport des gestes et des comportements adéquats avec une bonne santé afin de ne pas tomber sous l'influence des addictions ou des pressions sociales.

L'éducation à la santé se base sur des savoirs de nature aussi diverse que conjecturale tels que : les savoirs traditionnels qui sont fondés même s'ils sont considérés comme « profanes » par rapport aux savoirs savants, qui sont mouvants car en référence à l'état actuel des connaissances.

Ce savoir est aussi fragile du fait qu'il repose sur des statistiques concernant une population donnée mais qui n'est pas vérifiée pour chaque individu car une formation est donc nécessaire pour les enseignants qui se lancent dans l'éducation à la santé afin qu'ils cernent au mieux leurs missions, leurs outils et les acteurs avec lesquels ils vont travailler.

L'éducation à la santé se scinde en deux démarches : globale car touchant tous les champs et thématique en se centrant sur des thèmes particuliers. La mise en pratique de cette prévention est donc difficile sur le terrain car multiple au niveau de la théorie

La concrétisation d'une éducation à la santé s'avère également problématique par le manque de moyens financiers et matériels. La représentation des enseignants est un obstacle de plus (Berger & Jourdan, 2004).

Il doit prendre en considération la transversalité de l'éducation à la santé afin de mettre en place une action efficace : les besoins et les représentations des différents acteurs et la réalité du terrain.

## Chapitre 2 : La didactique et ses concepts

**E**nseigner en classe nécessite, d'une part une transformation des savoirs savants en programmes scolaires -les savoirs enseignés ne pouvant effectivement se calquer sur les savoirs savants- et, d'autre part, une transformation des programmes en contenus effectifs d'enseignement. Toutes ces facettes de la didactique sont abordées dans ce chapitre, dans lequel nous présenterons les différents champs théoriques relatifs au système didactique, le rapport aux savoirs de l'enseignant et des élèves et la relation qui regroupe l'enseignant et l'élève. La description des représentations des enseignants et des élèves, ainsi que celle du triangle didactique termine ce chapitre.

### 1. LA DIDACTIQUE, MISE EN PLACE DES SAVOIRS ENSEIGNES

Dans la définition de la didactique, deux dimensions à noter: une dimension anthropologique car effectuée par les hommes et une dimension médiatique par la diffusion des savoirs. Brousseau (1988), souligne cet aspect humain et non pas seulement technique. La didactique est donc la science de la diffusion, par l'étude des connaissances et des pratiques dans les groupes humains (Chevallard, 2002). Cornu & Vergnion, (1992), s'attachent à dire que la didactique, une science que l'on peut appliquer à la pratique sur le terrain et qui est susceptible de changements. La didactique et la pédagogie sont deux termes inhérents à l'enseignement. Sarrazy (2002), place la pédagogie au niveau éducatif pour l'enseignant alors que la didactique se situe selon Altet (1994), du côté de l'apprenant et des contenus.

La quête de rationalisation semble avoir ses racines dans un lointain passé. Comenius (1657), utilise déjà le substantif « didactique » dans l'ouvrage « Didactica Magna ». Les pédagogues n'ont alors cessé de penser comment transmettre : en passant par Rousseau dans l'Emile (1762) qui parle de contrat social ou encore Brousseau (1986), utilise le terme de contrat didactique, ce qui est mis en avant n'est plus seulement l'enseignement des savoirs mais aussi la transmission et comment la rendre efficace auprès des hommes et par les hommes. Le

savoir rationnel et le savoir construit ensemble sont deux aspects de l'enseignement qui est conjointement travaillé afin d'assurer la transmission à tous les hommes (Meirieu, 2005).

Bien qu'importante, cette transmission des savoirs ne doit pas oublier de faire réfléchir sur le principal acteur du triangle didactique, à savoir l'apprenant (Develay, 1992). L'enseignant se devra de réfléchir au rôle et à la place de cet apprenant dans la transmission (Venturini, Amade-Escot & Terrisse, 2002), alors même qu'il présente « des structures de pensée invariantes, appelées schèmes, et ce, dans une démarche transversale aux contenus » (Astolfi In Martinand, 1996). Le travail de l'enseignant est donc triple : réfléchir autant sur son propre rôle que sur celui de l'apprenant dans une relation au savoir qui ne sera jamais similaire à une autre et dans laquelle chacun arrive avec ses aprioris. C'est ce que Astolfi & Develay, 1989, Langlade, 1997) appelle le triangle didactique et que (Chevallard, 1985), nomme par « système didactique » en appuyant sur la réflexion qui s'y prête. Partir du triangle didactique et réfléchir à l'articulation entre ses trois axes amènent les apprentissages à être plus efficaces.

Selon Terrisse (2000), les recherches en didactique des disciplines scientifiques et technologiques ont en commun « Un ensemble de concepts et de méthodes, une proximité qui les délimite en tant que champ scientifique ... Ce qui les différencie, ce sont les objets sur lesquels portent ces recherches qui sont souvent des disciplines scolaires ou universitaires, avec des contenus d'enseignement spécifiques et un rapport particulier au savoir de référence »

Le « système didactique » donc, s'intéresse à la relation maître- élève afin de s'approprier un savoir Martinand (1989). Les chercheurs en didactique se veulent critique et proposent des démarches. Cette recherche se différencie de la didactique praticienne, qui est celle des enseignants dans leur pratique professionnelle.

La démarche pédagogique actuelle n'est plus transmissive comme avant où l'on pensait qu'il suffisait de dire à l'élève le savoir pour qu'il le comprenne. L'enseignant part des savoirs de l'élève afin de mettre en place des situations où l'élève va construire lui-même un savoir, cette démarche se veut constructiviste. C'est la responsabilité de l'enseignant d'annoncer à l'élève le but auquel se rattache cette situation afin qu'il puisse effectuer les ponts nécessaires entre ce qu'il fait en classe et l'extérieur. Le savoir parcourt alors des dimensions différentes que ce soit au niveau des représentations des élèves qu'au niveau rationnel.

## 1.1. L'analyse didactique

L'analyse didactique porte successivement sur le savoir, l'enseignant et l'apprenant, qui sont représentés schématiquement ci-après (figure 4, p.64) par les trois sommets du « triangle didactique ». Pour dépasser les approches linéaires, chacune de ces trois dimensions est mise en relation avec les deux autres.

Astolfi (1997), utilise la notion de « secteurs ». Chaque secteur définit ce qui se passe entre les trois pôles. Les trois secteurs, « les stratégies d'appropriation », « élaboration des contenus » et la relation enseignant-élève sont à analyser afin de pouvoir mettre en place le secteur central qui est la situation d'apprentissage.

Les contenus prennent forme dans le premier secteur A où le maître doit pouvoir passer du savoir savant au savoir enseigné. C'est dans ce secteur que l'enseignant envisage la transposition didactique afin de pouvoir articuler sa situation d'apprentissage.

Le secteur B des appropriations demande d'analyser les mécanismes d'apprentissage de l'apprenant et particulièrement face au savoir enseigné. Ici, nous nous intéresserons particulièrement aux effets des apprentissages.

Le troisième secteur C met l'enseignant et l'élève dans une situation particulière car relationnelle et donc présente dans tous les enjeux d'un contrat didactique préalable pour une situation d'apprentissage. Pour que le contrat puisse se mettre en place, il faut l'existence d'un « milieu ». Ce milieu est défini par les comportements de l'élève et de l'enseignant que ce soit au niveau de la discipline, des activités menées, du langage, c'est-à-dire de la relation entre le cours et ce qui est dit.

L'analyse des trois axes met en relation deux des éléments du système didactique illustré par le triangle que nous avons vu tout en y intégrant le troisième pôle. On se retrouve alors, dans un système complexe permettant de mettre en évidence les interrelations existantes entre ces trois dimensions.

Ici, la référence au concept de transposition didactique permettra de mettre en relief l'acquisition ou non des concepts sanitaires. Nous pourrions comparer les attentes et pratiques des professeurs avec celles des élèves. Si les données qualitatives se rejoignent alors, nous pourrions dire que la transposition didactique a réussi dans ce domaine. Nous avons trois éléments pour la transposition didactique : l'enseignant, l'élève et le savoir. La transposition

s'effectue lors de l'enseignement pour un résultat final souhaité avoisinant le savoir premier, « le guide d'enseignement dans cette étude ». Les données quantitatives, elles, montreront que les élèves ont vraiment acquis ce que l'enseignant voulait transmettre et le fait qu'ils soient arrivés ou non à retenir les notions de base d'une bonne santé.

Le cadre conceptuel schématiquement présenté ci-après, se fonde structurellement sur quatre références qui nous semblent fondamentales : la transposition didactique, liée à une pratique sociale de référence, les contenus d'enseignement, le rapport au savoir et le contrat didactique.

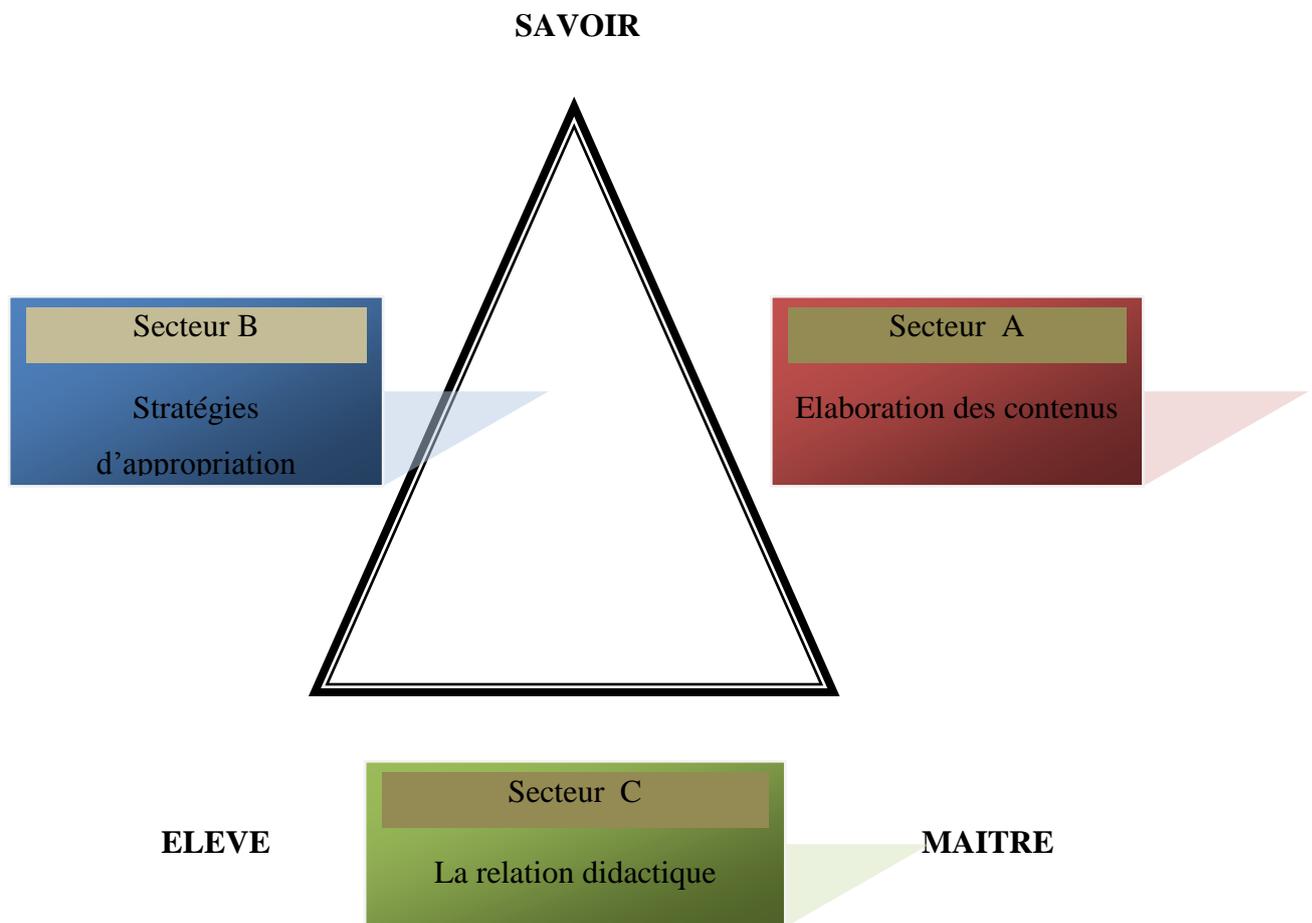


Figure 4. Le triangle didactique d'après Astolfi (1997).

## 1.2. La didactique des savoirs en santé

L'état des lieux de la recherche dans les champs de la santé, de la psychologie et des sciences de l'éducation n'avait mis en évidence aucun résultat didactique pour éduquer, enseigner et

former aux savoirs de la santé (Eymard, Gatto & Ravestein, 2006). La question se pose d'emblée de savoir si la santé est un domaine concerné par la transposition didactique car elle n'est pas considérée comme un champ disciplinaire sinon ressortissant d'un enseignement transdisciplinaire. La didactique concerne la transmission et l'appropriation du savoir dans une discipline. Elle se construit en partant des représentations des élèves (Giordan, 1999) et des contextes de l'apprentissage (Astolfi & Develay, 1989). Pour certains, cela relève des difficultés d'appropriation propre aux savoirs enseignés (Astolfi, Darot, Ginsburger-Vogel & Toussaint, 1997). D'autres considèrent la didactique comme la composante technique de l'acte pédagogique (André, 1994). Dans le domaine sanitaire, « nous avons davantage affaire à des savoirs non disciplinaires ayant une acception à caractère juridique, issus de compromis politiques et donc, par essence, polémiques, mouvants et objets de controverses » (Lange & Victor, 2006, p.89).

Emanant pourtant de la sphère scientifique, les savoirs sanitaires restent aussi le fait de savoirs manipulés et sujet de polémique. Ce qui est retenu est donc leur capacité à toucher la population, à la faire réfléchir.

La dimension scientifique des savoirs doit être donc travaillée en parallèle avec les savoirs des patients et de la population ciblée lors de la prévention. Leurs savoirs déjà construits « de référence » doivent être intégrés à l'éducation à la santé. Cette dimension sociale est importante afin de responsabiliser au mieux le public visé. La raison doit prendre le pas sur les connaissances construites socialement. La réflexion autour de ses propres connaissances et des connaissances scientifiques est engagée afin que chacun puisse prendre les décisions adéquates à sa santé.

L'opinion raisonnée selon Lange & Victor, 2006, est construite par l'individu lui-même à l'intérieur de la sphère sociale grâce aux débats comme l'annonce J. Fortin (2001). S'exprimer, échanger son point de vue tout en tenant compte de l'opinion d'autrui, construire sa propre vision, être critique face à son environnement et ses pratiques, autant de compétences à mettre en place et insérer dans des situations d'apprentissage pour les élèves.

Il s'avère de ce qui précède, et c'est ce que nous retenons, que la didactique de la santé consiste à replacer les savoirs enseignés dans leur pratique sociale afin que l'élève puisse appréhender au mieux la portée de ces savoirs et ainsi construire son propre raisonnement.

## 2. L'ELABORATION DES CONTENUS : SECTEUR A

### 2.1. Les différentes conceptions du savoir

Le terme savoir peut avoir plusieurs sens : science, information, compétence, cognition, croyance, contenu, représentation, processus... et la liste est loin d'être exhaustive (Raynal & Rieunier, 1997). C'est pour cela qu'il ne faut pas les présenter comme immuables et donc sans aucune dimension culturelle, humaine ou sociale (Giordan, 1983).

Deux conceptions du savoir se posent : un savoir savant qui est envisagé au niveau scientifique, qui est établie comme véridique par la communauté scientifique et ses pairs. Ce savoir est vu comme transmissif. Le savoir est ici théorique. D'un autre côté, « le savoir est infini, multiforme, sans contour discernable. S'il est savoir pour la pensée, il devient savoir-faire pour l'action » (Malglaive, 1998). Le savoir devient pratique et est légitimé par leurs producteurs et leurs utilisateurs. Ces deux conceptions du savoir renvoient à deux formes d'utilisation et d'appropriation du savoir par les acteurs du processus didactique.

En prenant en compte les différents aspects du savoir, la connaissance elle-même prend ces deux aspects où d'une part, l'apprenant simplifie les savoirs en les organisant à sa manière et d'autre part les disjoint en leur donnant leur spécificité propre. Il en est de même pour les enseignants : « les savoirs théoriques regroupent les savoirs disciplinaires, la connaissance du système éducatif et les travaux en didactique. Les savoirs pratiques sont issus de l'action, ils sont liés à l'expérience professionnelle des enseignants » (Altet, 1994).

### 2.2. La question de références

Lorsque l'on analyse les origines des savoirs enseignés, il est nécessaire d'aborder la question des références (Terrisse, 2001).

La transposition didactique consiste à adapter les savoirs scientifiques des différents champs disciplinaires en savoirs à enseigner. Ce qui a pour conséquence des origines multiples pour le savoir. Lors de l'élaboration des programmes officiels, il est à noter que les savoirs à enseigner s'organisent selon des influences sociales, culturelles et scientifiques. Le modèle scientifique a un poids tel qu'il prédomine dans l'élaboration des programmes officiels de l'éducation nationale. Il en est de même pour le domaine de l'éducation à la santé. Les pratiques sociales de référence sont aussi prises en compte. Dans la mesure où elles sont

malléables, cela provoque des changements qu'il faut prendre en considération au fur et à mesure de leur évolution. Ces changements dans l'enseignement sont pris en compte selon l'enseignant qui aura à décider de ce qu'il enseignera ou non à ses élèves tout en respectant les programmes. Il y a bien là un écart entre les savoirs scientifiques et les pratiques sociales de référence qui est laissé à la subjectivité de l'enseignant, selon une « rationalité limitée dans le traitement de situations complexes » (Durand & Riff, 1993). Ainsi, le savoir à enseigner n'est pas forcément le savoir enseigné.

### **2.3. Le processus de transposition didactique**

La question de la transposition didactique se pose pour toutes les disciplines scolaires : comment passer d'un savoir savant à un savoir scolaire ? Comment faire d'un savoir scientifique un savoir à enseigner ? « Il ne s'agit pas simplement de décalquer les notions et analyses du savoir savant de référence, mais de les transposer et de les adapter à l'enseignement, en tenant compte des objectifs didactiques et aussi des capacités intellectuelles des apprenants » (Pellat, 2009).

La notion de transposition didactique, d'abord introduite par Verret (1975) en sociologie, est reprise, développée et précisée dans le sens du passage des savoirs savants aux savoirs enseignés par Chevallard dès 1980. L'ouvrage de ce dernier, entièrement consacré au savoir mathématique et plus particulièrement aux transformations que subissent les théories des mathématiciens lorsqu'elles deviennent savoirs scolaires, d'abord dans les programmes, puis dans les manuels et les salles de classe, est devenu une référence pour d'autres disciplines. Yves Chevallard a fortement contribué à associer la notion de transposition aux savoirs dits « savants », ceux dont se réclament les disciplines scolaires comme les mathématiques, les sciences naturelles (Biologie, chimie, géologie, physique) et les sciences humaines et sociales (histoire, géographie, philosophie).

En éducation à la santé, il existe des savoirs savants qui sont des savoirs enseignés. Dans cette discipline, les savoirs savants à l'école maternelle ne s'enseignent pas mais participent à la sensibilisation des enfants aux bons comportements en santé. Selon Chevallard (1991), la transposition didactique concernerait à la fois le travail qui permet de faire d'un objet à enseigner un objet d'enseignement que Chevallard appelle « transposition didactique stricto sensu ») et l'étude plus large du processus de transposition didactique (sensu lato). Les deux

transpositions pouvant être effectuées par deux personnes différentes. L'enseignant remplit, lui, les deux rôles.

Chevallard (ibid), ajoute une dimension sociale lorsqu'il mentionne que le passage de l'objet du savoir à l'objet à enseigner résulte d'un projet social d'enseignement et aboutit à un contrôle social de l'acquisition de ces savoirs. Cette dimension sociale est présente quelque soit la nature du savoir transposé : savant, expert (Joshua, 1996), théorique, commun ou encore réfléchis.

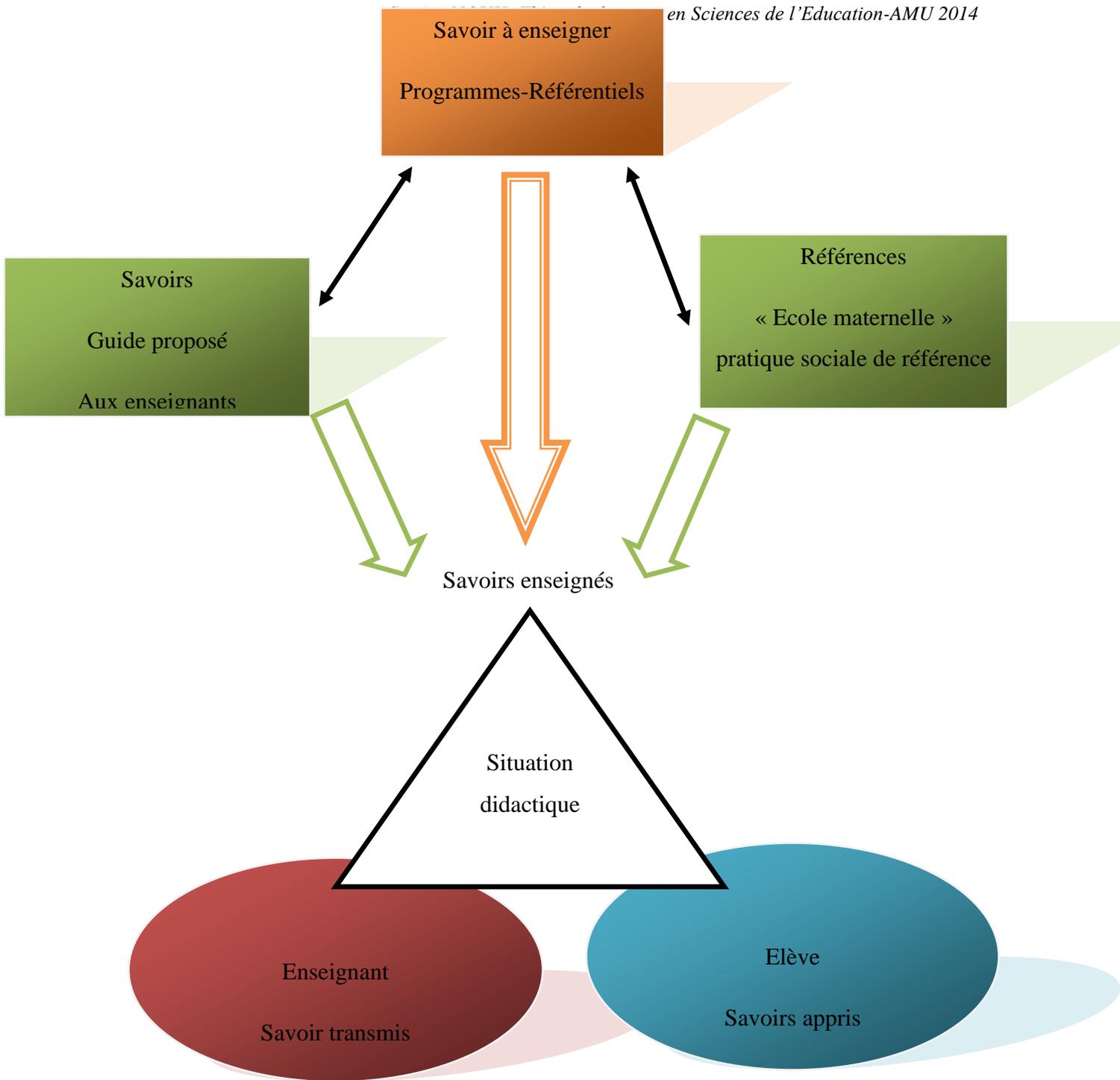
Dans la conception de Develay (1992), différents degrés de transposition didactique sont mentionnés. Le premier niveau appelé transposition au sens large s'accompagne d'un facteur social. Elle a pour but d'enseigner à un public le plus large possible afin de garantir la diffusion du savoir. La transposition didactique consiste ici à bien réfléchir aux différentes pratiques sociales de références afin de transposer au mieux le savoir du niveau scientifique au niveau social.

La deuxième transposition didactique concerne l'enseignant qui va effectuer cette étape selon les programmes, le niveau des élèves, ses ambitions, et selon l'importance qu'il donne aux différentes (temps, énergie.) objectifs des programmes. La transposition interne « relève largement de la marge d'interprétation, voire de la création des enseignements ». (Perrenoud, 1998, p.165).

Chevallard (1985,1991), regarde autrement le parcours des savoirs. Il voit deux niveaux : de l'état de savoirs savants à l'état de savoirs à enseigner (transposition externe), puis de l'état de savoirs à enseigner en savoirs enseignés (transposition interne). Les supports pédagogiques sont la matérialisation de ces transpositions. Ils témoignent directement du travail de l'enseignant par rapport à ces savoirs et la manière qu'il va les enseigner. Un troisième niveau de transposition didactique apparaît et cela se passe au niveau de l'élève. Lors de l'apprentissage de ce savoir, le savoir enseigné devient un savoir assimilé.

La transposition didactique est le processus durant lequel l'enseignant s'approprie les savoirs et les transforme. On peut alors observer le cheminement que prend le savoir depuis sa conception jusqu'à sa mise en œuvre plus particulièrement par le biais des supports pédagogiques.

Le schéma ci-après (figure 5, p.70) illustre les différentes étapes qui marquent le passage du savoir à enseigner au savoir enseigné et transmis. Il indique les différentes influences qui déterminent le processus de transformation du savoir correspondant à la « phase interne » de la transposition des savoirs qui incombe à l'enseignant.



**Figure 5. Phase « interne » de la transposition didactique**

#### **2.4. La transposition didactique des savoirs en santé**

Puisant son origine dans les mathématiques, la « transposition didactique » (Chevallard, 1989), consiste à transformer un savoir issu de la sphère scientifique en savoir utilisable par l'apprenant. Par la suite, les autres disciplines furent concernées par cette adaptation du savoir afin de permettre un enseignement adapté. Pourtant, les savoirs en santé ne semblent pas rentrer dans cette démarche.

L'origine des savoirs est donc « savante ». Le savoir savant est construit dans un milieu scientifique composé de chercheurs qui ont publié les résultats de travaux de recherche en tentant parfois une vulgarisation de ce savoir. Transposer amènera à adapter ce savoir au « niveau » de l'apprenant. Les personnes responsables de cette transposition se situent au croisement de la sphère scientifique et de la sphère publique. Le domaine sanitaire passe aussi par cette manipulation du savoir : faire de la prévention auprès de la population demande de connaître les risques et donc avoir les connaissances scientifiques qui s'y rattachent. La transposition ne concerne que certains domaines dans la mesure où ces derniers ont validé des critères d'objectivation, de durabilité et de validation scientifique. Ainsi, par exemple, on trouvera des savoirs transposés en santé mais on n'enseignera pas la chiropractie dans les établissements de formation des futurs professionnels médicaux.

Le domaine sanitaire est particulier car la transposition didactique ne concerne pas seulement la transformation du savoir. En effet, dans une institution, on aura un cadre et des modalités d'évaluation et l'apprenant ne cherchera guère à savoir d'où provient ce savoir et ce qu'il faut mettre en place pour l'acquérir. Or, dans le cadre de la santé, la réalité est autre, l'apprenant doit s'y intéresser afin de mieux comprendre son problème de santé et mettre en place les comportements adéquats. La transposition didactique concerne donc tous les acteurs de la santé, y compris le citoyen, acteur de sa santé et pas seulement l'enseignant et le savoir savant.

La présente thèse s'intéresse à l'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants scolarisés en école maternelle, via des supports pédagogiques, outils résultant d'une transposition didactique, utilisés par les acteurs de la santé pour favoriser le processus d'appropriation d'un savoir et son intégration dans un comportement favorable à une bonne santé.

Le domaine de la santé se détache aussi de la transposition didactique des autres champs disciplinaires par le fait que certains savoirs sont retenus bien que « non savants ». On voit alors apparaître des savoirs « experts » ou « pratiques de référence ». Certes, ces savoirs ne correspondent pas aux critères cités plus haut mais ils sont retenus car ils correspondent à l'expérience de la population. On partira de ces savoirs afin de permettre une meilleure transmission et une réflexion du public visé.

Les acteurs de la santé se retrouvent alors dans une position délicate où ils doivent transmettre des savoirs dont ils ignorent la provenance mais qu'ils doivent pourtant arriver à faire accepter par le patient pour qu'il puisse améliorer son état. Dans les autres champs disciplinaires, si on ne connaît pas l'origine du savoir, on peut s'en passer. Mais dans le domaine sanitaire, cela induit un apprentissage forcé auquel le patient fait obstacle et se retrouve inactif face à sa maladie.

Les savoirs « pratiques de référence » concernent des habitudes individuelles prises dans la vie quotidienne, comme une forme d'adaptation au milieu qui s'est installée et automatisée. Ces savoirs ne correspondent pas à une transposition didactique mais sont présents. On entend souvent alors des témoignages sur les pratiques différentes de tel ou tel praticien (Eymard ,Gatto & Ravestein, 2006).

Avant d'aborder ce qui caractérise la dynamique du sujet enseignant et son rapport au savoir qui intègre les dimensions didactiques, psychologique et psycho-sociale, il est nécessaire de définir et d'expliquer la notion de rapport au savoir.

### **3. LE RAPPORT AU SAVOIR**

Le rapport au savoir a commencé à être étudié lorsque l'élève a été mis au centre du système éducatif comme un véritable apprenant et non un simple réceptacle à remplir de savoirs. L'interaction entre l'élève et le professeur devient alors primordiale afin de comprendre les enjeux de l'apprentissage, ce qui se passe chez l'élève à ce moment. Il est « le rapport au monde, à l'autre et à soi-même d'un sujet confronté à la nécessité d'apprendre » (Charlot, 1997). On ne s'intéresse plus seulement aux modes de transmission mais à la perception des processus d'apprentissage chez les deux actants du triangle didactique. L'élaboration de savoirs à enseigner ne peut s'opérer sans tenir compte des élèves, de leur âge, de leur niveau, et de la façon dont ils s'approprient et reconstruisent les savoirs en phase interactive. Cette préoccupation montre la nécessité d'articuler l'analyse menée sur le secteur « élaboration des contenus » à celles des deux autres axes du système didactique. La dimension épistémologique dans laquelle s'inscrivent le processus de transposition didactique et le rapport au savoir, rend compte des savoirs à enseigner, de leur statut et de leurs références que tout enseignant s'approprie et transforme.

La transposition didactique au sens large, objet d'étude des didacticiens, englobe donc à la fois la question du choix de l'objet à enseigner et l'adéquation entre ce savoir à enseigner et l'objet qui est effectivement enseigné. Mais sur quels objets porte plus spécifiquement l'apprentissage scolaire ? Comment les élèves comprennent-ils les notions enseignées ? Comment se les approprient-ils et comment s'en servent-ils dans leur pratique ? Notre propos abordera dans le prochain paragraphe ces questions sous l'angle de l'apprentissage.

#### **4. LES STRATEGIES D'APPROPRIATION : SECTEUR B**

Cet axe du système didactique reliant l'apprenant au savoir est celui où se joue le processus de l'« appropriation didactique » (Halté, 1992). De nombreuses recherches étudient les mécanismes d'appropriation des savoirs qui comprennent les opérations de réception, de construction ou de reconstruction du savoir et la manière dont l'apprenant traite les informations qu'il reçoit.

Depuis Platon et chez bien d'autres auteurs après lui, la connaissance n'est que réminiscence : nous n'apprenons rien que nous ne sachions déjà de quelque manière. L'élève dispose de certains acquis préalables en termes de savoirs et de savoir-faire. Selon la théorie piagétienne l'apprentissage s'opère par étapes successives nécessitant l'emboîtement de structures cognitives. Les contraintes externes liées au milieu et les contraintes internes liées aux ressources du sujet, nécessitent un ajustement permanent de l'activité de l'apprenant. Chaque élément nouveau est intégré à une structure cognitive existante et entraîne une ré-équilibration à un niveau de complexité plus élevé. Sans occulter l'importance des mécanismes d'appropriation des savoirs mis en jeu par l'élève dans le processus d'apprentissage, notre recherche se limite à rendre compte d'une part de l'activité des élèves et des effets observables de l'apprentissage et d'autre part, du rôle de l'enseignant dans l'élaboration des conditions d'apprentissage, c'est-à-dire la manière dont il met en œuvre les « ponts cognitifs permettant à l'élève d'ancrer le savoir nouveau dans ce qu'il sait déjà » (Astolfi, Develay, 1989). L'orientation donnée à cette recherche en ce qui concerne les apprentissages, se justifie par son inscription dans le champ de la didactique et par le constat que « les mécanismes mis en jeu au niveau des apprentissages ne sont pas directement observables, seuls le sont, les effets visant à l'amélioration des performances » (Magill, 1985). Les stratégies d'appropriation impliquent l'élève directement dans son rapport au savoir qui

peut être à la fois très subjectif mais aussi très objectif : subjectif du point de vue de l'élève car il doit pouvoir mettre en place les différentes stratégies qu'il estime nécessaires afin de s'approprier au mieux le savoir enseigné, objectif dans la mesure où l'enseignant a mis en place une situation d'apprentissage qui prend en compte les compétences de l'apprenant et qui demande de pouvoir mettre en place des stratégies selon la situation (Brousseau, 1998).

L'apprenant aura alors à opérer des choix, à faire des opérations parfois sans s'en rendre compte mais qui seront déterminants pour une meilleure compréhension.

## 5. LA RELATION DIDACTIQUE : SECTEUR C

La relation didactique relie l'enseignant à l'apprenant. Elle sert de support à l'analyse des conditions de « l'intervention didactique ». (Halté, 1992). Cet axe de recherche fait intervenir la notion de contrat didactique.

### 5.1. Le contrat didactique

Le contrat didactique est un contrat tacite passé entre l'élève et le professeur. Ce contrat n'est pas posé en début d'année avec une énumération des droits et des devoirs de chacun. C'est un contrat sous-entendu qui permet de poser les rôles de chacun sans que cela ne vaille la peine d'être dit. Ce contrat prend forme lorsque l'enseignant annonce un nouvel objectif. Tout se passe comme si cet objectif allait être atteint si les conditions de coopération d'un côté comme de l'autre étaient tenues (Brousseau, 1998). Le contrat didactique porte bien son nom dans la mesure où il prend forme et effet du moment où un savoir est en jeu et que l'objectif à réaliser est pris en charge par les deux parties : l'apprenant et l'enseignant (Joshua, 1996).

### 5.2. Les ruptures de contrat didactique (RCD)

Les ruptures de contrat didactique apparaissent surtout lorsqu'il n'y a plus de contact entre les deux acteurs au niveau du savoir. Lorsqu'un problème apparaît dans la relation pédagogique, il est important d'accompagner l'élève dans son apprentissage pour lui montrer qu'il y a un chemin qui peut permettre de résoudre le blocage qu'il rencontre dans sa construction du savoir.

Il y a rupture de contrat didactique (RCD), lorsque qu'un décalage important est observé entre ce que l'enseignant a prévu et la réalité de la relation didactique. Il y a aussi RCD, lorsque les

clauses souvent implicites du contrat ne peuvent pas être appliquées et que l'élève occulte le problème, car il ne veut pas ou ne sait pas le résoudre. La RCD peut incomber à l'enseignant ou à l'élève, « le contrat didactique s'achève par l'effacement des conditions d'apprentissage, et non par la résiliation de ses clauses » (Brousseau, 1988). Les phases de RCD sont nécessairement gérées par l'enseignant, sur la base d'un nouveau contrat afin de « maintenir la relation didactique avec chaque élève » (Sensevy, Mercier, & Schubauer-Leoni, 2000). Un enseignement sans RCD peut faire penser que les rapports institutionnels au savoir suffisent à résoudre tous les problèmes d'apprentissage pour tous les élèves d'une même classe, ce qui paraît inconcevable. Les RCD « sont inhérentes au fonctionnement didactique » (Amade-Escot, 1998). L'apprentissage est ainsi alimenté et réactivé par les RCD. L'enseignement est de contrôler les perturbations en vue de faire évoluer le contrat (Chevallard, 1989).

Le rapport au savoir étant un enjeu délicat, impalpable voire non observable, cela demande un travail didactique conséquent de la part de l'enseignant qui doit pouvoir se mettre en position d'observateur et de critiquer tout à la fois.

## 6. LES CONCEPTIONS DE LA DIDACTIQUE

Les recherches en didactique se sont particulièrement intéressées aux conceptions des élèves, puis des enseignants. Il faut définir ce qu'est une conception : « la conception, ou plus exactement les conceptions, se présentent comme un ensemble d'informations, d'attitudes et d'opinions, formant un système explicatif personnel, structuré et organisé ayant comme fonction principale l'appréhension du monde physique » (Goridan, 1998).

Giordan & Girault (1995), définit les « conceptions comme tous les aspects conceptuels de la mémoire à long terme ». Il ajoute que les conceptions sont « une tentative d'explication » (Giordan, 1998). Nous exposerons ce que cela veut dire dans la première partie de ce chapitre mais nous voulons ici montrer ce que les conceptions impliquent chez l'élève, l'enseignant et la relation didactique.

### 6.1. Les représentations des élèves

Il apparaît que l'élève n'est pas une page vierge où l'on appose des connaissances mais qu'il se rend en classe avec des notions, des concepts qu'il a déjà construits en dehors de l'école.

L'élève se rend aussi en cours avec des conceptions toutes faites sur la matière qu'il va aborder ainsi que des appréhensions et intérêts divers. Face à des situations-problèmes que l'enseignant met en place, l'élève fera face à ses conceptions et essaiera d'en construire des nouvelles.

Nous retrouvons ici la théorie constructiviste et le concept de conflit sociocognitif de Doise & Mugny (1981). En effet, les représentations de l'élève sont des constructions qu'il a élaborées seul ou à plusieurs lors de son évolution dans son environnement. Ces représentations sont donc ancrées en lui et peuvent résister face à de nouveaux obstacles cognitifs. C'est pour cela qu'un élève se retrouvant devant un problème donné en classe devra surmonter ces obstacles afin de parvenir à la connaissance que l'enseignant veut transmettre. Il devra réadapter son savoir et remodeler ce qu'il savait ou croyait savoir. L'élève possède des conceptions et a pris l'habitude de les utiliser lorsqu'il en a besoin. Lorsqu'un nouveau problème surgit et remet en cause ses conceptions, il va résister afin de ne pas détruire ce qu'il sait, « par facilité » et n'abandonnera pas ses représentations. Toutefois afin de résoudre le problème donné, il tentera de trouver une explication afin d'assimiler ce nouveau savoir.

## **6.2. Les représentations des enseignants.**

Les croyances de l'enseignant se situent au niveau de la connaissance et de la manière de la transmettre. L'enseignant possède déjà des conceptions sur l'enseignement et l'apprentissage. Toute conception suppose une subjectivité et la transmission de la connaissance de l'enseignant-élève le sera tout autant. L'enseignant est concerné par une discipline, ses conceptions sur cette discipline sont fondées selon lui, selon son expérience et il en résulte qu'il peut avoir une toute autre vision que son collègue dans la même discipline. L'enseignement effectué traduit en partie les conceptions de l'enseignant ; c'est lui qui décide de la manière dont seront menées les activités et de l'organisation de son cours. Les instructions officielles en sciences expérimentales préconisent que l'enseignement planifie des situations problèmes et identifie les obstacles que peuvent affronter les élèves. Mais ces préconisations peuvent ne pas être en adéquation avec les conceptions des enseignants.

## **6.3. Conception et relation triangulaire.**

La relation triangulaire, comme nous l'avons déjà vu, traduit les différentes relations entre le savoir, l'élève et l'enseignant. Il est apparu au fil de notre écrit que ces trois pôles impliquent

des conceptions dans leur fonctionnement même et leur validation. Il est donc nécessaire de préciser les représentations qu'ont les élèves et les enseignants vis-à-vis du savoir, d'expliquer que l'enseignant doit partir des représentations de ses élèves avant de concevoir tout projet éducatif. L'enseignant doit considérer ce que les élèves connaissent déjà pour pouvoir orienter du mieux possible son cours et mener les activités adéquates afin que les élèves arrivent à l'objectif fixé. L'enseignant pointe aussi du doigt l'activité du sujet, c'est-à-dire que l'élève doit être acteur de son apprentissage et non pas un simple récipient qui reçoit le savoir sans l'utiliser à bon escient (Nouh, 2008). Pour cette étude, les connaissances, les savoirs à transmettre aux élèves concernant les concepts sanitaires, sont délimités dans le guide qui nous est proposé et intitulé « le savoir à enseigner ». L'enseignant dans cette étape devra faire des choix sur les savoirs, proposer des activités éducatives, concevoir des exercices, réaliser des documents d'appui et utiliser les supports pédagogiques qui sont possibles. Sa fonction est d'augmenter la probabilité de l'appropriation des connaissances par les élèves en adaptant le savoir à enseigner en savoir enseigné. L'enseignant ne peut savoir où se situe l'élève par rapport à ses acquisitions s'il ne réalise pas d'évaluation sommative ou formative lors de l'apprentissage. Pour cela nous présentons des tests écrits à l'enseignant pour donner aux enfants ; ces tests sont insérés à la fin du guide d'enseignement. L'éducation à la santé demande de transposer les savoirs scientifiques en savoirs enseignés. Il est nécessaire de bien connaître les savoirs théoriques dans le domaine de la santé et ainsi y travailler au niveau de la didactique afin de s'assurer de la bonne compréhension des savoirs tant au niveau de l'enseignant que de l'élève. La transposition didactique concerne donc le premier travail de l'enseignant et est un des gestes professionnels : préparer la classe. Ce travail consiste à « transposer » les savoirs scientifiques en savoirs enseignés afin qu'ils soient abordables pour les élèves. L'enseignant se doit d'adapter ce qu'il va enseigner au niveau de sa classe, aux acquis des élèves, à leur représentation.

## Synthèse du chapitre

Le chapitre « la didactique et ses concepts » s'intéresse prioritairement aux savoirs et à leur appropriation par les élèves. La première transposition, opérée par les spécialistes de la commission nationale des programmes, vise à la transformation des savoirs et des pratiques savantes en programme scolaires ; la seconde, opérée par l'enseignant, consiste en la transformation des programmes en contenus effectifs d'enseignement. La dernière étape est le processus d'apprentissage qui concerne la construction des savoirs et des compétences dans l'esprit des élèves. Entre ces trois pôles s'établit une relation **d'appropriation** où les élèves construisent leurs connaissances à travers des supports pédagogiques et la nature des interactions et aussi **une relation pédagogique** entre l'enseignant et l'élève qui a de l'impact tant sur la qualité de l'expérience scolaire des élèves, leur motivation scolaire et la réduction de l'indiscipline que sur le vécu professionnel des enseignants. Une autre relation s'installe : la **relation didactique** qui vise à montrer la manière dont l'enseignant peut transposer les objets du savoir, les stratégies qu'il met en jeu pour adapter le savoir à la classe.

Ces trois relations sont centrées sur le même objet : le savoir. Le savoir appartient à plusieurs statuts et il est judicieux de savoir quel savoir est mis en jeu pendant l'apprentissage et le but que l'enseignant fixe pour l'apprenant par rapport à ce savoir.

Dans le domaine de la santé, la réalité est autre, la transposition didactique ne se limite pas au transfert de connaissance, mais doit être intéressé par l'apprenant afin qu'il soit en mesure de mieux comprendre le problème des soins de santé.

La transposition didactique dans le domaine de la santé ne se limite pas à l'enseignant et les connaissances acquises, mais concerne tous les travailleurs de la santé, y compris les citoyens. Les acteurs de santé se retrouvent dans une position délicate car ils doivent transmettre le savoir connu par son origine et qui demande l'acceptation par l'apprenant afin qu'il puisse améliorer sa santé. Dans d'autres domaines, on peut négliger l'origine d'un savoir, mais dans le domaine de la santé, on doit déterminer l'origine des savoirs. Sinon, l'apprentissage sera forcé et empêchera l'apprenant de faire face à son problème de santé.

L'enseignant se doit de lire ces programmes et de les respecter dans la mise en œuvre de son enseignement en prenant en compte les différents aspects qu'une notion peut prendre à travers différentes disciplines. L'analyse de contenu de ces programmes permet de mettre en relief ce qui est attendu dans le domaine sanitaire et les divers aspects des différents concepts à travers les programmes scolaires qui sont présentés dans le chapitre suivant.

## Chapitre 3 : L'analyse de contenu des programmes scolaires syrien et français

L'objectif de cette analyse des programmes scolaires est d'une part de déterminer les concepts sanitaires contenus dans les deux programmes et d'autre part d'en préciser l'importance en fonction de leurs fréquences d'apparition dans chaque pays. Ainsi, la fréquence d'apparition de certaines caractéristiques du contenu représente en analyse quantitative une information significative. (Smati, 2009).

### 1. Définition de l'analyse de contenu

L'analyse de contenu est considérée comme :

« Une des techniques mises au point par et pour les sciences humaines. Elle vise à une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation construite. Il s'agit de détruire « l'illusion de la transparence ». Pour arriver à ses buts (Bardin, 2007, p.123-124).

Elle permet d'interpréter un message en lecture seconde par la description objective de ce qui est dit, le sens qui en découle et le classement quantitatif des informations. Il s'agit d'une famille de procédés spécialisés servant à la collecte, à la description et au traitement des données. Elle aide à produire un savoir original, des connaissances nouvelles et contribue à établir des faits, à élargir des perspectives ou à corriger des perceptions. Elle sert à la découverte de réalités qui, autrement, resteraient cachées. L'analyse de contenu se présente sous deux formes :

- L'analyse de contenu quantitative (Bonville, 2006), est une méthode extensive du discours. On analyse un grand nombre d'informations sommaires, la fréquence d'apparition des éléments du discours et les relations entre eux. Cette technique permet de décrire, de traiter et d'interpréter les données émanant des messages étudiés en visant le dénombrement ou la mesure de l'importance des phénomènes qui est liée à la fréquence de leurs manifestations, ainsi, à la fréquence d'apparition de certaines caractéristiques du contenu des messages. Ceux-ci fournissent un ensemble de données qui permet de « rendre compte de régularités, de tendances, de patrons observés dans les messages.» (Ibid., p.9).

- L'analyse de contenu qualitative permet d'obtenir le point de vue des individus au niveau des attitudes ou des comportements (Ibid)

Chaque programme a été analysé de façon détaillée<sup>21</sup> afin de caractériser la récurrence que les concepts sanitaires tiennent dans les différents programmes par rapport aux thèmes abordés. L'analyse de contenu des programmes de savoirs n'est pas le but de cette recherche. Elle constitue une méthode nécessaire pour produire des savoirs sur le contenu des programmes scolaires par rapport aux concepts sanitaires. La totalité des thèmes abordés dans les deux programmes a été prise en considération lors de cette analyse.

## **2. L'analyse de contenu de programme scolaire de maternelle en Syrie**

Ali, Mortada & Ilyas (2003), définissent le programme scolaire comme l'ensemble des connaissances, des activités, des méthodes et moyens mis en œuvre pour réussir le développement de l'enfant.

En 1978, le Ministère de l'Éducation a publié le décret n ° 2870 qui prévoit l'identification des programmes éducatifs dans les écoles maternelles dans la mesure où il s'agit d'une institution sociale qui a pour but de satisfaire les besoins essentiels et de créer l'ambiance idéale pour favoriser les ressources et capacités des enfants.

Le programme vise à prendre en compte la croissance d'un enfant de façon équilibrée, physiquement, émotionnellement, socialement, mentalement et moralement et lui fournir autant de connaissances qui lui permettront de suivre l'école primaire. Ce programme est organisé autour de 14 thèmes contenant un ensemble de connaissances spécifiques scientifiques, linguistiques, mathématiques, sociales, physiques ainsi que les connaissances artistiques intégrées de manière transversale. Ce programme couvre aussi les différents aspects de la croissance (mentaux, cognitifs, sociaux, sensoriels) et propose des activités éducatives ciblées pour renforcer ces connaissances (Mortada & Abu Alnour, 2005).

Dans cette étude, l'analyse de ces connaissances a été réalisée dans chaque thème abordé afin de déterminer les fréquences des concepts sanitaires en pourcentage<sup>22</sup> La fréquence d'apparition des concepts sanitaires dans les différents types de connaissances a été réalisée après avoir repéré ces éléments par la lecture intégrale du programme. Chaque fréquence a été calculée en pourcentage selon le concept auquel elle se rapportait.

---

<sup>21</sup> cf. Annexe1, 2, p.2-26

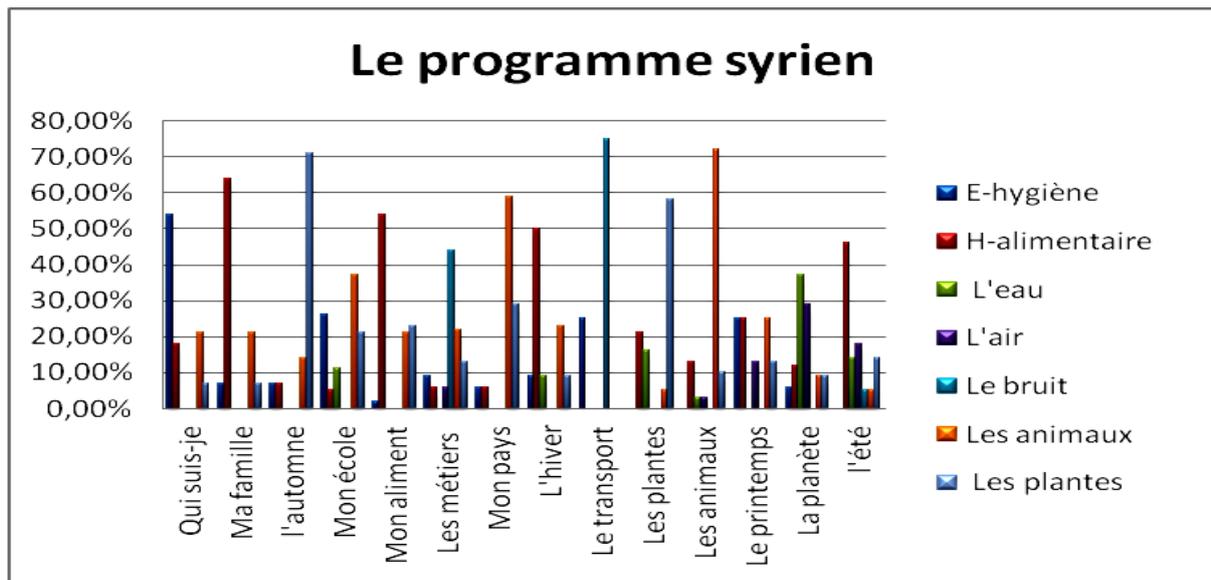
<sup>22</sup> cf. annexes 1, p. 2-17

**$P = \text{Nombre de fréquence du concept dans une connaissance} * 100$**

**Total de fréquence du concept dans toutes les connaissances**

Par la suite, un tableau récapitulatif<sup>23</sup> a permis de regrouper la totalité des connaissances et des fréquences pour chaque thème.

Une vision générale et claire de tous les concepts sanitaires contenus dans les thèmes principaux du programme syrien sont présentés dans la figure ci-dessous (fig.6).



**Figure 6. Les différents thèmes dans le programme scolaire syrien**

Le programme syrien présente le contenu sur plusieurs thèmes selon les priorités de l'éducation nationale.

Les concepts sanitaires n'apparaissent pas tous avec la même fréquence. Le concept « les animaux » occupe la première place en se retrouvant dans tous les thèmes sauf celui du « transport ». 72% des thèmes sur « les animaux », 58% dans « mon pays » sont relevés pour ce concept. Les élèves apprennent dans les connaissances mathématiques à regrouper les animaux selon leur environnement, leur forme ; dans les connaissances scientifiques, ils apprennent à comprendre la reproduction animale et leur protection. Il faut noter qu'en Syrie la maltraitance envers les animaux est un fait récurrent. L'éducation nationale syrienne veut mettre en valeur l'intérêt porté à ce thème. Le concept « hygiène alimentaire » est indiqué pour 64%, 54%, 50%, et 45% dans le thème « ma famille », 54%, « mon aliment », 50%, « les saisons d'hiver » et 45% dans le thème de l'été ». L'hygiène alimentaire est traitée dans

<sup>23</sup> cf. annexe 1, p.17

tous les thèmes sauf celui du transport. Les élèves apprennent les règles élémentaires d'hygiène alimentaire, c'est-à-dire bien se nourrir pour être en bonne santé. Ce thème s'appuie sur des connaissances scientifiques et mathématiques comme : classer les aliments selon la taille ou le couleur ; ce concept apparait aussi dans des connaissances linguistiques comme l'utilisation des vocabulaires précis liés aux aliments.

Ex : L'apprentissage de la lettre B (ب) des mots concernant les légumes et les fruits montre la localisation de cette lettre dans les mots soit cette lettre est au début du mot, au milieu ou à la fin

-Au début du mot : بندوره (tomate), بطاطا (pomme de terre)

-Au milieu: كebab (kebab), سبانخ (épinard)

- A la fin : عناب (raisin)

Les thèmes « la saison d'automne et les plantes » consacrent 71% et 57% de leur contenu respectif pour le concept des « plantes ». Ces pourcentages sont justifiés dans la mesure où le programme syrien essaie de consacrer une partie de son contenu à l'éducation de l'environnement. De même que pour les deux premiers concepts cités, les plantes sont traitées dans tous les thèmes du programme sauf celui des transports. Le concept « les plantes » fait appel aux connaissances scientifiques (la croissance des plantes), mathématiques (classement des plantes) et linguistiques (vocabulaire lié à la vie végétale).

L'hygiène corporelle vient en quatrième position avec une place dans 11 thèmes excepté les animaux, les plantes et la saison d'été. Cela peut se comprendre étant donné que ces thèmes ne concernent pas directement l'être humain pour « les animaux et les plantes ». Les trois autres saisons faisant référence à l'hygiène corporelle, la saison d'été ne traite pas ce concept. Les élèves y apprennent les règles d'hygiène quotidiennes (connaissances scientifiques et physiques) en réfléchissant sur leur attitude et celles des autres et en apprenant un vocabulaire lié au corps et à la toilette (connaissances linguistiques). Ce sont les connaissances linguistiques qui sont le plus sollicitées.

Le « bruit » est un concept présent dans le programme mais dans seulement deux thèmes : le transport et les métiers Il apparait avec un pourcentage de 75% dans le thème « les transports » et un taux de 44% dans le thème «les métiers ». Les élèves apprennent à prendre conscience de l'ouïe (connaissances scientifiques), à connaître les différents types de bruit

(connaissances linguistiques) et ses conséquences sur les personnes (connaissances sociales). Toutefois, la dimension sociale qui s'y rattache n'est pas forcément évidente pour chacun selon son mode de vie.

Les deux derniers concepts « l'eau et l'air » n'ont pas de place suffisante dans ce programme. L'eau et l'air, deux éléments primordiaux, ne sont pas mis en avant dans l'apprentissage des concepts sanitaires. Les connaissances liées à ces éléments sont peu abordables pour des enfants de cet âge. En effet, l'eau est visible mais l'enfant ne comprend pas encore d'où elle vient, comment on la récupère et ses différentes utilisations. Il en va de même pour l'air qui n'est ni visible, ni palpable et donc reste un concept difficile à saisir pour les enfants de cet âge. Ces concepts s'appuient sur des connaissances exclusivement scientifiques.

### **3. L'analyse de contenu de programme scolaire de maternelle en France**

Suite à la loi d'orientation de 1989, l'enseignement primaire est organisé en trois cycles pluriannuels, des objectifs devant être atteints non plus à la fin d'une année scolaire, comme auparavant, mais en fin de cycle.

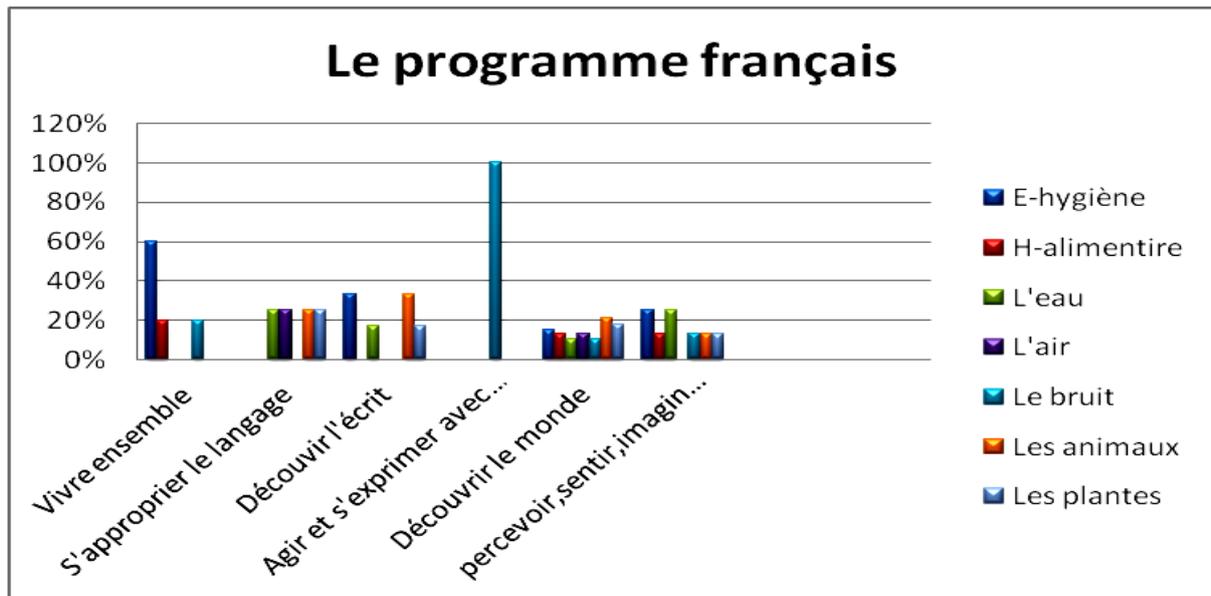
La maternelle est concernée par deux cycles : la petite et la moyenne section constitue le cycle 1 ou cycle des apprentissages premiers, la GS constitue le cycle 2 ou cycle des apprentissages fondamentaux, qui inclut aussi les deux premiers niveaux de l'école élémentaire : les cours préparatoire et élémentaire niveau 1 (CP-CE1). (Wikipédia en ligne, Ecoles maternelles en France, s.d).

Le programme français en maternelle se présente sous la forme de six grands thèmes et non pas par disciplines comme en primaire. Les six grands thèmes sont : s'approprier le langage, découvrir l'écrit, vivre ensemble, découvrir le monde, agir et s'exprimer avec son corps et le dernier thème percevoir, sentir, imaginer et créer. Un tableau récapitulatif<sup>24</sup> regroupe la totalité des connaissances et des fréquences pour chaque thème.

La figure n°7 présente les fréquences des concepts sanitaires contenus dans les thèmes abordés du programme français.

---

<sup>24</sup> cf. annexe 2, p.25



**Figure 7. Les différents thèmes dans le programme scolaire français**

Les concepts sanitaires sont traités en proportion différente selon les thèmes.

Il y a une forte présence du concept « l'eau » dans tous les thèmes sauf « vivre ensemble ». Ce concept vient en tête des concepts traités avec un total de pourcentage élevé. On constate qu'à lui seul il atteint 100% dans le thème « agir et s'exprimer avec son corps ». Ce thème correspond à l'éducation physique et sportive et les élèves sont amenés à pratiquer la natation et donc à découvrir l'eau par le jeu.

- Evolue dans un milieu instable la piscine :
- Entre dans l'eau par l'escalier, entre dans l'eau par le toboggan
- Entre dans l'eau en sautant, s'immerge en soufflant dans l'eau

Le concept « l'eau » amène les enfants à connaître les caractéristiques et les sources de l'eau (connaissances scientifiques) et à prendre soin de l'eau en les responsabilisant (connaissances sociales). L'eau est donc un concept sanitaire et un élément qui prend toute son importance au sein de l'école et auquel le programme français donne une place considérable dans les connaissances à apporter aux élèves.

En deuxième place, vient le concept d'« éducation » à l'hygiène dans les thèmes suivants « vivre ensemble, découvrir l'écrit, découvrir le monde et percevoir, sentir, imaginer et créer ». Ce concept semble particulièrement important dans le « vivre ensemble » (40%), la découverte de la vie en collectivité et de ses règles. Les connaissances linguistiques sont le plus sollicités pour ce concept (vocabulaire précis lié au corps et à la toilette). Les élèves apprennent quelques règles d'hygiène, ils connaissent les rythmes de vie et des règles

d'hygiène dans des situations concrètes (connaissances sociales). Ils apprennent à prendre en charge de manière autonome des soins d'hygiène (connaissances scientifiques). Les élèves français ont un rapport direct avec l'hygiène à l'intérieur de l'école et de la collectivité.

Viennent ensuite les concepts « animaux » et « plantes » qui apparaissent avec un pourcentage plus faible mais se retrouvent dans quatre thèmes : s'approprier le langage, découvrir l'écrit, découvrir le monde et percevoir, sentir, imaginer et créer. Les concepts des animaux et des plantes sont donc abordés de manière pluridisciplinaire. Dans l'enseignement du concept « les animaux », les élèves apprennent à connaître les deux principaux modes de reproduction des animaux (ovipare/vivipare), à connaître leurs besoins nutritifs (carnivore, végétarien, omnivore) liés aux connaissances scientifiques. Dans le concept « les plantes », ils apprennent à comparer les fruits et les légumes (connaissances mathématiques), à comprendre d'où ils viennent et comment ils poussent (connaissances scientifiques).

Les concepts « bruit, air et hygiène alimentaire,» apparaissent dans quatre thèmes avec un pourcentage faible : vivre ensemble, découvrir le monde, percevoir, sentir, imaginer, créer et s'approprier le langage. Toutefois, les thèmes dans lesquels ils apparaissent permettent de les aborder sous leurs différentes facettes. Par exemple, les savoirs français mettent en avant le fait de repérer les nuisances concernant le bruit et celles causées à l'entourage proche (connaissances sociales). Les élèves sont amenés à réfléchir à la place du bruit dans la vie sociale. Le concept « l'air » amène les élèves à connaître à quoi sert l'air, les pollutions qui peuvent être causées par l'homme et ses conséquences (connaissances scientifiques et sociales). En ce qui concerne le concept « hygiène alimentaire », les élèves doivent réfléchir au rôle de l'hygiène en observant leur propre comportement et ceux des autres (connaissances sociales). Ce concept s'appuie sur des connaissances mathématiques (travail sur le temps les 4 repas quotidiens, le lavage des mains avant et après le manger).

La prise en compte de l'éducation à la santé dans le programme scolaire français se traduit par une répartition dans les six grands thèmes différents abordés en classe. Un thème peut être consacré exclusivement à un concept, ce qui peut expliquer que dans un autre thème les concepts ne soient pas abordés directement. Le programme français s'appuie sur une forte mobilisation des savoirs, des connaissances pour un seul thème donné et ainsi aborde tous les concepts sanitaires qui s'y rattachent.

#### 4. Comparaison entre les deux programmes

Comparaison de la Syrie et de la France selon les fréquences des concepts sanitaires dans le programme scolaire de maternelle « grande section ». le tableau 8 montre cette comparaison :

Eléments de comparaison	Syrie	France
<b>Nbre thèmes abordés</b>	14 thèmes « différents et nommés distinctement »	6 thèmes « moins nominatifs mais présentés en groupe de compétence »
<b>Les ressemblances de présentation entre les thèmes</b>	Présente les thèmes par un groupe nominal « déterminant + nom » Ex : le transport  Chaque thème traitant des saisons est séparé (l'été, le printemps, l'automne, l'hiver). Les thèmes de la découverte du monde : mon aliment, les plantes, les animaux et la planète sont séparés. Les 4 thèmes traitant de l'identité de l'enfant sont séparés (qui suis-je ?, ma famille, mon école, mon pays) Tous les thèmes traitent de l'apprentissage du langage et de l'écrit.  Les thèmes de la vie sociale sont séparés (les métiers et le transport).	présente les thèmes sous forme verbale Ex : vivre ensemble  Les thèmes traitant des saisons et de la découverte du monde sont regroupés dans le thème « découverte du monde ».  Les thèmes traitant de l'identité de l'enfant sont regroupés dans le thème « vivre ensemble ». L'apprentissage du langage et de l'écrit apparaissent dans le programme dans les thèmes « s'approprier le langage et découvrir l'écrit ».  Les thèmes de la vie sociale sont regroupés dans le thème « vivre ensemble ».
<b>Concepts sanitaires abordés</b>	4 thèmes en lien direct avec l'éducation à la santé « mon aliment, les animaux, les plantes et la planète » et 10 thèmes restent en lien indirect avec l'éducation à la santé  Certains concepts sont plus abordés que d'autres tels que l'hygiène alimentaire, les animaux et les plantes. (27, 30 et 18%)	Un seul thème en lien direct avec l'éducation à la santé « découverte du monde » et 5 thèmes par l'intermédiaire des compétences transversales figurant dans le socle commun Aborde tous les concepts équitablement avec un pourcentage entre 10 et 15 % pour chaque concept
<b>Concepts sanitaires abordés selon le pays</b>	les concepts de l'eau, l'air sont moins abordés en Syrie dans les autres thèmes	L'eau semble un thème relativement important c'est le seul concept repris dans « s'approprier le langage » et « agir et s'exprimer avec son corps »

**Tableau 8. Comparaison entre le programme syrien et français**

Cette analyse de contenus permet de comprendre comment les programmes syriens et français incluent les concepts sanitaires dans leur enseignement. Même si de prime abord, les thèmes généraux sont différents et traités de manière disparate dans les deux pays, il n'en demeure pas moins que les concepts sanitaires sont enseignés en école maternelle. Des thèmes avec des

appellations différentes selon le pays, la Syrie nomme distinctement le domaine abordé alors que pour la France, on retrouvera le domaine sous la forme verbale.

Les deux pays ont donné une place importante à l'éducation sanitaire à l'école maternelle et pour la découverte des principes d'hygiène importants à acquérir. La France comme la Syrie placent l'hygiène, la nature et l'environnement dans l'enseignement. Les Ministères de l'Education Nationale incluent donc les concepts sanitaires dans les différents domaines d'enseignement. Selon cette analyse, les concepts apparaissent dans des domaines différents et selon des pourcentages et des fréquences inégales. De nature différente, ils offrent un large éventail pour les enfants scolarisés en école maternelle. Le fait que les concepts soient abordés dans des domaines différents d'enseignement selon le pays traduit une adaptation de ces concepts dans plusieurs domaines et laissent déjà entrevoir une approche différente par les pays et une réelle prise en compte de la transversalité de l'éducation à la santé. Les deux pays présentent donc des programmes différents mais une homogénéité quant à la diversité et à la place des concepts sanitaires abordés.

La suite de cette analyse se consacre à montrer comment les professeurs mettent en pratique les programmes scolaires en ce qui concerne l'éducation à la santé. L'enseignement ne peut se limiter à une transmission des savoirs académiques. L'enseignement doit avoir un sens pour les élèves. Les supports pédagogiques permettent d'illustrer les cours et de concrétiser des savoirs parfois abstraits.

## **Chapitre 4 : Les supports pédagogiques dans l'enseignement**

**C**e chapitre présente l'intérêt des supports pédagogiques dans l'enseignement. L'objectif est de saisir comment se fait le choix de ces supports en particulier en maternelle. Nous concluons, comme c'est d'ailleurs le cas pour tous les chapitres composant la première partie de cette thèse, avec une synthèse des principaux supports présentés.

### **1. LES ETUDES PRECEDENTES**

Une étude syrienne (Syam, 2000), a montré l'impact de l'utilisation des dessins et des couleurs dans l'éducation à l'hygiène en école maternelle. Selon les moyennes obtenues entre deux tests avant et après, l'auteur a observé un meilleur impact sur l'apprentissage des règles d'hygiène grâce à l'utilisation de ces supports. Cependant se pose la question de leur impact sur les comportements des enfants, notamment en termes de place dans l'activité des enfants à l'école maternelle.

Kalache (2000), met en évidence que les supports pédagogiques jouent un rôle important dans l'acquisition des concepts spatiaux par les enfants de maternelle. Elle souligne que les enfants peuvent acquérir toutes les connaissances, les savoirs ainsi que les concepts en utilisant les supports qui servent l'objectif d'apprentissage.

La notion d'un support pédagogique tend à devenir un outil quotidien au service des enseignants, notamment dans les disciplines scientifiques et dans le cadre du sanitaire.

L'enseignant peut devenir « critique » au regard des savoirs scientifiques élaborés par les chercheurs puis « créateur » des savoirs enseignés lorsqu'il opère une transposition didactique avant de se retrouver dans sa position plus habituelle de formateur (Blanchet, 2000).

## 2. DEFINITION DES SUPPORTS PEDAGOGIQUES

Appelés supports didactiques, moyens pédagogiques, moyens didactiques, aides didactiques ou encore moyens audiovisuels, les supports pédagogiques ont une fonction essentielle qui est de servir la communication en formation, en illustrant de manière plus concrète les propos du formateur. Le support pédagogique est un média et non une finalité ou un remplaçant de l'enseignant. Il faut le placer à sa juste fonction : un moyen de faire passer le message voulu. (Madani, 2009).

Les supports pédagogiques se sont considérablement améliorés au cours du XIXe siècle ; ce qui se traduit par une augmentation de la qualité de l'enseignement (Al Tobajy, 1958, Salama, 2002). Ils constituent « des moyens qui permettent de faire passer de l'information entre l'éducateur et l'éduqué, de présenter de façon intéressante le cours de l'enseignant ; et pour l'enfant de comprendre le message transmis par l'éducateur » (Al kala, 1994, p.23).

« Le support est un outil pédagogique, associé à une démarche et élaboré dans le but d'aider ou d'accompagner « un » public à comprendre, à apprendre ou à travailler...C'est donc un outil au service de la pédagogie, c'est-à-dire -plus modestement- au service de ceux qui apprennent ou de ceux qui les aident à apprendre (formateurs, enseignants, tuteurs, parents, collègues...). (Kalache, 2000, p 35).

Chaque outil pédagogique prend son importance par rapport à la situation d'apprentissage dans la transmission des savoirs au public, il n'existe donc pas d'outil commun. Madani (2009) précise qu'aucun moyen d'enseignement n'est supérieur aux autres. En ce qui concerne l'apprentissage d'une tâche donnée, les moyens d'enseignement simples et peu coûteux sont préférables aux moyens complexes et onéreux.

Les livres, les photos, le graphique, l'exposition, la vidéo et les cartes sont les supports les plus répandus. Un support peut se confondre avec une technique : le jeu, le conte. La frontière est mince entre le support en tant qu'objet au service de l'enseignement et l'outil que nous devons analyser en tant que porteur d'un message propre et complexe. C'est l'usage que nous faisons de ce support qui détermine sa nature, ce dernier peut se convertir durant la séance en un outil tout à fait adapté à l'enseignement. Cela prouve une fois de plus que c'est l'enseignant qui pilote son enseignement et doit donc au préalable définir les enjeux et les utilisations diverses que peut suggérer le support utilisé. La démarche didactique reste une

étape clé dans la conception du support tant dans les objectifs que lui voue l'enseignant que dans les utilisations détournées que pourront en faire les élèves. Nous pouvons citer l'exemple de la photographie qui reste un support mais dans le cas où il faudra « faire parler » cette photo, en retirer le côté subjectif en passant par la réflexion des apprenants, elle devient un outil. De même, un regroupement de photos reste un support mais dans le cas où il faudra relier ces photos entre elles par le biais d'une assimilation ou d'une différence, guidé par l'enseignant vers un « bon chemin » : cohérence de regroupement des photos, légendes, textes explicatifs, questionnement, organisation thématique. Ce « bon chemin » l'est, quand il est adéquat : il n'y a pas de « bons » et de « mauvais » outils pédagogiques, il n'y a que des bons outils adaptés à un public (ibid., 2009).

Il y a donc une association entre le support et la démarche qui fait l'outil. Le support ne reste qu'un moyen au service de la démarche ou de la stratégie éducative : le chemin que le support fait emprunter à l'esprit pour arriver à un savoir ou à la compréhension.

### **3. LES FONCTIONS DES SUPPORTS PEDAGOGIQUES**

Les supports pédagogiques présentent des fonctions essentielles et différentes. La fonction du support pédagogique est déterminée par l'objectif visé par l'enseignant. C'est l'enseignant qui donnera du sens au support pédagogique et présentera le support aux élèves selon les quatre fonctions suivantes :

- « La fonction de sensibilisation », comme son nom l'indique, fait appel au sens des élèves. Le support renouvelle l'attention des élèves dans l'acte d'apprentissage ; à cet effet l'utilisation de l'image aura un impact très fort sur le public. Par exemple la projection d'un document vidéo sur l'importance du respect des règles de sécurité, la description d'une unité de production, etc. (Al kala, 1998)

- « La fonction de motivation » a pour but d'éveiller l'intérêt des élèves et leur envie d'apprendre. Nous pouvons utiliser ces techniques pour créer la motivation, éveiller la curiosité des élèves, soutenir leur intérêt, leur donner le goût d'apprendre. Cette fonction est capitale lorsqu'on s'adresse à un auditoire / public d'enfants pour lequel la formation doit être la plus proche possible de la réalité et du vécu de l'apprenant (Salama, 1996). Un support

pédagogique doit répondre à plusieurs critères : ainsi, il ne doit pas être répétitif au risque de lasser les élèves loin de l'enseignement.

- « La fonction illustration du support pédagogique » permet à l'enseignant de donner corps aux concepts enseignés particulièrement lorsque ces derniers sont abstraits. Les supports pédagogiques permettent d'illustrer les propos du formateur. Les apprenants peuvent concrétiser une notion abstraite, ce qui rend le concept plus accessible et compréhensible. En effet, même si l'explication verbale est donnée, il est plus facile de se représenter l'objet ou la notion avec un support papier (affiches, schémas, dessins, graphiques). De même, certains objets sont imposants et donc ne peuvent être déplacés, on ramène alors dans la classe, des objets non transportables (Ibrahim, 1999).

- « La fonction optimisation didactique », comme son nom l'indique, est de rendre optimale l'apprentissage en réduisant le temps de compréhension. L'utilisation de supports pédagogiques permet d'optimiser la formation, c'est-à-dire faire acquérir des connaissances « vite et bien ». Dans ce sens, Syam & Al kala (1995), trouvent que certains documents vidéo réalisés en dessin animé, permettent de faire comprendre en quelques minutes des processus complexes. Pour Kalache (2000), certains documents pédagogiques représentant des applications pratiques clarifient, simplifient les opérations et facilitent leur réalisation.

Hanna (1999), précise que certaines représentations graphiques clarifient des notions abstraites, par exemple : une représentation graphique sur un transparent à rabats permet de dévoiler progressivement les difficultés à mesure que se déroulent les explications et évite de présenter l'ensemble de la figure dans toute sa complexité.

- « La fonction expression du support pédagogique » laisse plus de place à la parole et à l'expression libre. L'introduction de moyens didactiques permet à l'apprenant de s'exprimer davantage, de manière plus rapide et plus immédiate. Elle lui permet aussi de développer son esprit d'observation, d'analyse et de réflexion et l'amène à réagir, à s'exprimer par rapport à ce qu'il a observé (Sankar, 1994).

- « La fonction aide au contrôle des apprentissages » est une fonction, un support, sur lequel s'appuie l'enseignant afin d'évaluer les connaissances des élèves. L'utilisation des supports pédagogiques aidera le formateur dans l'évaluation des acquis chez les apprenants à proposer des activités à partir de la projection de documents visuels ou audiovisuels (Kalache, 2000)

Le support pédagogique est donc une aide pour construire un enseignement. Il peut motiver les élèves dans leurs apprentissages en leur permettant d'entrer dans la notion étudiée par le biais du jeu, de la photographie, de documents sonores. Les supports sont aussi variés que peuvent l'être les enseignements ou les pédagogies envisagées. De plus, avec l'ère du numérique, l'école est en concurrence directe avec les nombreux supports présents dans le quotidien des élèves. L'école doit pouvoir proposer des supports qui permettent de répondre aux besoins intellectuels des élèves tout en leur conservant un esprit critique et de recherche tel que le préconise le socle commun de connaissances et de compétences.

#### 4. DES SUPPORTS PEDAGOGIQUES ADAPTES

Les supports sont de plus en plus variables comme les pédagogies applicables en classe. Nous pouvons citer les supports audio-visuels, manipulables directement par l'élève. L'enseignant reste dans une dynamique de recherche afin de pouvoir répondre à la demande des élèves et de favoriser leur motivation. Le choix du support pédagogique adéquat dépend de la méthode pédagogique choisie et des objectifs à atteindre.

« Les processus d'apprentissage sont au centre de toute pédagogie : Le rôle du formateur est de proposer, observer et réguler les activités des élèves. Pour cela, il doit choisir les méthodes pédagogiques qui lui paraissent le mieux appropriées pour atteindre les objectifs fixés. Les méthodes pédagogiques mettent en œuvre des outils pédagogiques et des situations d'apprentissage » (Meirieu, 1989, p.146).

Nous essaierons de montrer les principes de leur choix. Blanchet (2000), identifie deux règles importantes que l'enseignant doit prendre en considération pendant son choix des supports pédagogiques :

- Les objectifs des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires au moment de la conception d'en support

L'enseignant doit se poser la question suivante : « quel est l'objectif poursuivi à travers l'utilisation de ce support pédagogique ? ».

Bien que les objectifs soient multiples, on peut attribuer trois fonctions principales à l'utilisation des supports pédagogiques :

- ✓ Favoriser la compréhension et la mémorisation par les élèves d'une notion centrale dans l'acquisition d'un concept sanitaire.
- ✓ Capturer l'attention des élèves en provoquant une rupture dans le cours de la séance pédagogique.
- ✓ Sortir du cadre strict du cours magistral en apportant de l'originalité dans la classe. (Al Lykaie, 1991)

- La prise en compte du public auquel s'adresse l'enseignement

Dans la présentation de différents types de supports selon Blanchet (2000), il est utile de mettre en relief leurs impacts. L'adaptation à l'auditoire donne tout son sens au support. En effet, le même support, présenté de la même manière n'aura pas le même impact -ni la même efficacité- selon le public destinataire. Le support doit donc être adapté en fonction des contraintes propres au public, celles-ci sont de plusieurs ordres :

### *1. Le niveau*

Le niveau du public doit être pris en compte selon deux axes : le premier consiste à vérifier si les élèves ont les prérequis nécessaires à la compréhension des informations portées par le support pédagogique ; dans le cas contraire ce dernier doit être simplifié. L'auditoire rejette systématiquement tout support jugé « complexe ». Le second peut sembler plus abstrait puisqu'il consiste à évaluer les capacités de concentration et d'attention du public. Ces notions sont fondamentales car même un support « réussi » sera voué à l'échec pédagogique s'il est trop ambitieux en proposant une somme de données trop importante aux élèves. Ainsi il peut être nécessaire de scinder l'information en deux et donc d'utiliser deux supports successifs en ménageant entre les deux une étape de prise de notes qui permettra aux élèves de varier leur activité.

### *2. Les origines sociales*

Les différences sociales représentent l'une des difficultés majeures de l'enseignement, elles peuvent jouer un rôle important dans le rapport des élèves aux supports pédagogiques. Par exemple :

- Les catégories sociales les plus défavorisées sont généralement moins réceptives aux supports pédagogiques du type cassette vidéo. Les habitudes télévisuelles des élèves les amènent le plus souvent à adopter la passivité devant un écran. Cette attitude peut poser problème si l'enseignant ne prend pas des mesures pour s'assurer de l'attention des élèves (questionnaires, consignes précises, projection de séquences de très courtes durée [...]). (Blanchet, 2000, p.27)
- Les catégories sociales plus aisées ont parfois du mal à associer l'outil informatique à la notion de travail. L'habitude d'utiliser à la maison l'informatique comme moyen de détente à travers des jeux, la bonne maîtrise du réseau internet, tous ces facteurs amènent les élèves à ne pas toujours prendre en compte les consignes de l'enseignant. Ce type de comportement a pour conséquence que les élèves ne sont alors généralement pas capables de travailler en autonomie : dès que l'enseignant a le dos tourné, les élèves n'appliquent plus les consignes et font comme bon leur semble. Ces difficultés sont celles rencontrées classiquement lors de la mise en place d'un travail de recherche sur internet par exemple.

### 3. Les modes d'apprentissage

Les rapports des élèves aux supports pédagogiques peuvent également constituer une difficulté supplémentaire à leur utilisation :

- Les enseignants n'ont pas tous la même utilisation des supports. Leur fréquence d'utilisation varie ainsi que les objectifs poursuivis par les différents enseignants. Chaque enseignant prépare différemment les supports qu'il a choisis.
- Les habitudes des enseignants ont un impact sur le rapport qu'auront les élèves au support pédagogique. En effet, la manière dont l'enseignant présente son support et amène la séance demande un temps d'adaptation pour les élèves qui doivent donc non seulement s'habituer à ce genre de présentation, mais aussi s'y adapter au fur et à mesure pour permettre une meilleure réussite quant à l'objectif demandé.

Les capacités doivent être perçues par l'enseignant, la manière dont fonctionne la mémoire de chacun des élèves est aussi à prendre en compte. De même que les enseignants ont leur manière de fonctionner. Les élèves sont différents et demandent une adaptation adéquate des

supports à la situation d'apprentissage selon le niveau de chacun. La mémoire qu'elle soit visuelle, auditive, émotionnelle ou kinesthésique est utilisée différemment selon les individus.

- La mémoire visuelle: 80 % des informations qui s'imposent à nous au cours d'une journée nous parviennent grâce à la vue (Freud M., 2011). Ce sont les motifs ou les formes choisis qui jouent sur une meilleure mémorisation (Etienne, 2004). La vue est donc selon Blanchet (2000), un moyen d'enregistrement de données par l'intermédiaire du canal visuel. La plupart des supports pédagogiques permettent ce type de mémorisation car l'élève accède d'abord au support via cet aspect sensoriel. Même si la vue n'est pas suffisante pour enregistrer des données plus complexes, il faut savoir présenter ce genre de supports aux élèves et ainsi permettre un jeu et un entraînement de mémorisation ainsi qu'une organisation personnelle des connaissances.
- La mémoire auditive. Les informations sont nombreuses et diverses quand elles sont véhiculées par la voix. Mais chacun retire l'information qu'il veut et donc en mémorise quelques-unes. Le commentaire des supports devient alors un passage important dans la mesure où il permet une appropriation du sens du support et fait émerger l'essentiel. La corrélation entre la mémoire auditive et la mémoire visuelle facilite la mémorisation des notions abordées au travers du support. (Freud M, 2011).
- La mémoire kinesthésique, ou encore la mémoire des gestes fait appel à la mémorisation de « voir faire » et du « faire ». Les apprenants ont tendance alors à mieux mémoriser en voyant l'enseignant joindre le geste à la parole et en essayant par la suite de rejouer ces gestes pour retrouver par lui-même ce qui est demandé. Les supports font rarement appel à cette mémoire. Pourtant, cette mémoire mérite que nous nous y attardions car la manipulation est un moyen de favoriser la mémoire et l'implication dans l'activité. L'enseignant devra donc pallier cette transitif en proposant par exemple aux élèves de reformuler les données apportées et ensuite de les noter (Ibid, 2011).
- La mémoire émotionnelle, est basée sur le rapprochement de données nouvelles avec d'autres plus anciennes qui ont déjà été mémorisées. L'apprenant arrive à faire des assimilations entre son vécu et la nouvelle situation, ce qui amène à une mémorisation plus efficace. L'enseignant est alors dans la recherche des conceptions, des

représentations des élèves (Sankar 1986, Perry 1993). Il part de ces représentations pour mener à bien sa séance et créer un support adéquat.

L'utilisateur d'outil pédagogique se doit d'appréhender l'empreinte de son auteur, sa filiation conceptuelle et contextuelle, ses positionnements innovants. Au préalable, il connaît le public concerné, le champ pédagogique abordé, les objectifs de l'action, les moyens nécessaires en temps, en argent, en compétences- et le rôle assigné à l'outil. L'expérimentation de l'outil doit vérifier l'adéquation du scénario pédagogique dans lequel s'inscrit l'outil, avec ses objectifs.

## 5. LES TYPES DE SUPPORTS PEDAGOGIQUES

Le but de ce chapitre n'est pas de dresser une liste exhaustive de l'ensemble des supports pédagogiques à disposition des enseignants mais nous nous intéresserons à ceux qui sont le plus couramment utilisés et à ceux que nous avons proposés pour l'enseignement des concepts sanitaires.

Nous nous attarderons plus longuement sur le tableau effaçable (noir, blanc) ainsi que sur le dessin, les contes et les transparents car leur maîtrise est particulièrement importante dans la mesure où ils représentent les supports pédagogiques les plus largement utilisés par les enseignants.

### a) Le tableau effaçable (noir, blanc)

Kalache (2000), explique que le tableau est un support pédagogique qui permet à l'enseignant de rendre visible ce qu'il écrit à plusieurs enfants en même temps. En cas de changement d'information, il est facile d'effacer ce qui n'est pas retenu. Le tableau est le cahier de l'élève, il structure le travail d'écriture qui sera fait par la suite par l'élève. L'enseignant doit donc réfléchir à l'utilisation du tableau afin que l'élève puisse se situer dans ce qu'il apprend.

Le tableau permet aussi d'accrocher des cartes, des images ou des photos et de comparer ou de relier avec les mots correspondants.

Malgré son importance et son utilisation pour noter les informations essentielles, le tableau blanc présente aussi des inconvénients (tableau 9) :

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Economique</li> <li>• Vivant, bonne animation</li> <li>• Possibilité de correction, de modification</li> <li>• Grande surface : grand dessin, plus grand nombre d'informations</li> <li>• peut servir d'écran de projection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos tourné au groupe</li> <li>• Perte de mémoire : effaçable</li> <li>• Changement d'échelle : difficulté d'utilisation</li> <li>• Conditionné à l'utilisation de petits matériels périssables (craies, feutres).</li> <li>• Pas de préparation à l'avance, écriture en direct : risque de fautes, d'illisibilité</li> </ul>

**Tableau 9. Avantages et inconvénients du tableau effaçable d'après Kalache (2000)**

Après avoir présenté l'essentiel de ce moyen pédagogique, il est à préciser que pour l'enseignement en maternelle, le tableau reste un support insuffisant dans l'apprentissage des concepts sanitaires.

b) Les dessins

Selon Nasser (1989), les dessins comprennent l'ensemble des activités qui aboutissent à la création d'un monde figuratif : ils requièrent le concours de la main, de l'œil, d'outils, de techniques et de matériaux. Lorsque nous devons faire passer un message technique, le dessin permet soit d'aller au trait essentiel, soit de visualiser des représentations abstraites que l'image réelle serait incapable de remplacer.

c) Les contes

Ce support aide à la concertation, à l'imagination en facilitant la compréhension des messages que l'enseignant veut transmettre. Nous considérons que ce moyen est efficace quand il accompagne d'autres supports comme les dessins ou les photos afin qu'il puisse éclairer l'objet par lequel nous racontons cette histoire.

d) Les transparents

Le transparent est un film de plastique sur lequel l'enseignant écrit. Support le plus employé par les enseignants après le tableau, il nécessite l'utilisation d'un appareil de projection.

L'image ainsi reproduite apparaît sur un écran, au tableau ou au mur. La plupart des établissements d'enseignement sont équipés pour effectuer ces projections de transparents. (Madani, 2009).

Etienny (2006), énonce trois fonctions des transparents:

- Visualiser les idées et les informations afin que le message à transmettre soit plus vivant donc assimilé plus facilement ;
- Renforcer le message ;
- Concentrer l'attention de l'auditoire. L'enseignant fait son intervention face à ces auditeurs, ce qui lui permet de maintenir le contact visuel.

Le transparent permet d'améliorer la compréhension et la mémorisation du sujet traité. C'est le moyen le plus simple à réaliser pour les élèves. Il est utilisé pour enrichir des informations et non pas pour se substituer à l'enseignant. Malgré son efficacité dans l'enseignement scolaire, son utilisation a des avantages et des inconvénients résumés dans le tableau 10 :

<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilité d'utilisation</li> <li>• Production facile (informatique)</li> <li>• Convient à des groupes nombreux</li> <li>• Préparation à l'avance, en totalité ou en partie</li> <li>• Utilisation à la lumière du jour</li> <li>• Image de grande taille</li> <li>• Vivant, « animation » possible : Superposition, complément en direct</li> <li>• Formateur face à son auditoire</li> <li>• Permet des démonstrations</li> <li>• Ordre de présentation modifiable</li> <li>• Photocopie possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûteux</li> <li>• Conditionné à l'utilisation de matériels périssables (feutres, ruban adhésif et caches pour montage), susceptibles de panne (rétroprojecteur) et parfois absents (feutres, rétroprojecteur, écran)</li> <li>• Liés à la conception : trop d'information</li> <li>• Liés à la réalisation : application, temps</li> <li>• Bruit du rétroprojecteur.</li> </ul>

**Tableau 10. Avantages et inconvénients des transparents d'après Etienny (2006).**

Le transparent n'est pas le seul outil pédagogique à la disposition de l'enseignant. Au moment de la préparation d'un cours, il faut se demander s'il est le mieux adapté à la formation pour un apprentissage efficace. Au cours d'une séance, le nombre de transparents à projeter doit être limité. En effet, leur multiplication peut provoquer une lassitude du public. En tout état de cause, il convient d'alterner commentaires, rétroprojecteur éteint et projection de transparents.

Dans cette recherche, ce support est proposé aux enseignants afin de montrer les images d'une histoire que nous avons dessinée.

### **Synthèse du chapitre**

Nommés différemment selon son utilisation, les supports pédagogiques sont présents dans toute formation. Leur fonction est de rendre concret ce qui est enseigné et ainsi faciliter la communication entre enseignant et élève. Il ne faut pas pour autant croire que le support remplace l'enseignant. Le support doit être considéré comme un média et non la finalité de la formation.

La démarche didactique de l'enseignant devient alors nécessaire afin de travailler en amont de la formation le support tant dans sa nature que dans ses objectifs. La qualité du support ne se définit pas par sa nature mais par l'utilisation et la préparation qu'en fait l'enseignant et par l'appropriation et l'utilisation qu'en fera l'élève. De même, pendant la formation, l'enseignant devra s'adapter à l'utilisation du support par l'élève car sa préparation ne peut être exhaustive et il se peut que l'élève utilise différemment le support.

La fonction du support sera dépendante donc de l'objectif de l'enseignant qui va orienter l'utilisation de l'élève selon ses intentions pédagogiques. Les supports pédagogiques possèdent quatre fonctions essentielles : sensibilisation, mobilisation, illustration du support pédagogique et optimisation didactique. La fonction sensibilisation permet de mettre en éveil les sens de l'élève et donc de lui apporter un support susceptible de soutenir l'attention du public et celle de la mobilisation permet de donner du sens à l'apprentissage, ce qui est différent de la motivation qui vise plus le but que le sens même de ce que l'on apprend. Ce sens est encore plus compréhensible dans la mesure où le support illustre les propos de l'enseignant et rend concret ce qui est en train d'être appris par l'élève. Cette illustration permet en elle-même de réduire le temps de compréhension en faisant un saut conceptuel vers le domaine dans lequel il est attendu que l'élève réutilise le savoir en jeu. C'est ce qui est appelé l'optimisation du support pédagogique.

Les supports pédagogiques sont donc ainsi un médiateur important entre l'élève et le savoir. Il appuie les propos de l'enseignant. Le choix des supports ne doit pas se faire à la légère.

Blanchet (2000) définit deux principes selon lesquelles l'enseignant doit toujours se baser afin d'optimiser son enseignement : les objectifs de l'utilisation des supports pédagogiques choisis et la prise en compte du public visé que ce soit son niveau, son origine sociale et ses modes d'apprentissage. Aucun public n'est égal à un autre. D'un public à un autre, il faudra réajuster le support ou totalement changer afin de faire correspondre les objectifs au public et ainsi choisir le support adéquat.

Les supports pédagogiques sont donc multiples de par leur nature donc mais aussi et surtout de par leur objectif posé par l'enseignant et leur utilisation par l'élève. Un support pédagogique reste donc lié à la subjectivité de l'enseignant et à celle de l'élève surtout au moment de l'appropriation de ce support par l'apprenant.

## Synthèse de la première partie

**L**a première partie présente la base théorique d'étayage de la thèse ainsi que l'analyse de programme scolaire. L'objectif majeur de cette partie est de situer le thème de recherche englobant à la fois l'objet de l'éducation à la santé :

« L'éducation à la santé se voit assigner deux objectifs. Il s'agit, d'une part, de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires pour effectuer des choix libres et responsables en matière de santé et, d'autre part, de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves l'objet que l'éducation à la santé a créé en ce qui concerne le développement de l'élève à partir de l'apprentissage et la construction des savoirs » (Simar, Jourdan & Fitzgerald, 2012, p. 39).

Le message à transmettre aux élèves pendant l'enseignement (Chevallard, 1991) et le moyen ou le support que l'enseignant a utilisé dans son cours (Al kala, 1994). Les quatre chapitres qui composent cette partie s'intéressent en priorité à expliquer la relation qui associe ces trois points.

Les concepts ne sont parfois pas directement indiqués dans les programmes ou ne bénéficient pas d'une partie spécifique. Toutefois, ils apparaissent en transversalité dans les compétences requises des disciplines plus larges. Par exemple : dans le programme scolaire syrien quatre thèmes sont en lien direct avec l'éducation à la santé « mon aliment, les animaux, les plantes et la planète » et dix thèmes en lien indirect avec l'éducation à la santé. Un seul thème en lien direct avec l'éducation à la santé « découverte du monde » et cinq thèmes par l'intermédiaire des compétences transversales figurent dans le socle commun dans le programme français.

Les programmes syriens et français donnent donc leur place aux concepts sanitaires en alliant spécificité et transversalité des connaissances et compétences attendues.

Les chapitres qui suivent ont pour but de rassembler et mettre en lien les apports théoriques mobilisés dans les développements précédents dans une visée de problématisation plus « serrée » de l'objet de la recherche. Nous préciserons tout d'abord les orientations théoriques retenues afin de montrer la place que l'éducation à la santé tient dans le milieu scolaire, ainsi que la transmission des savoirs aux enfants et l'importance des supports pédagogiques dans

l'enseignement. Ceci conduira à formuler la question de recherche. Nous établirons ensuite le cadre conceptuel et les méthodes privilégiés pour répondre à ces questions.

Selon certains psychologues qui ont suivi l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'âge de l'Université, il existe dans le cours du développement, des périodes différentes et distinctes. Rousseau (1792), précise que chaque âge de la vie a sa perfection convenable. La construction des concepts chez l'enfant se fait progressivement comme l'ont démontré plusieurs théoriciens.

Piaget (1923), utilise la notion de période préopératoire pour caractériser ce que l'enfant apprend de 2 ans à 6 ans. Il part du principe que l'enfant acquiert une logique en développant son intelligence par différents stades. Montessori (1959), souligne que la partie la plus importante de la vie n'est pas celle qui correspond aux études universitaires, mais bien la première période qui s'étend de la naissance à six ans, parce que c'est précisément pendant cette période que se forment, non seulement l'intelligence, le grand instrument de l'homme, mais aussi l'ensemble des facultés psychiques. La sensibilité et l'imagination sont les instruments d'une relation aux mondes extérieur et intérieur. Elles jouent un rôle majeur dans le développement de la première enfance. Cette première période de l'enfance qui se prolonge de la naissance jusqu'à six ans, présente des manifestations notablement différentes. Le type mental reste le même. De zéro à six ans, cette période comporte deux subdivisions distinctes : la première, de zéro à trois ans, révèle un type de mentalité que l'adulte ne peut pas approcher, c'est-à-dire sur lequel il ne peut exercer aucune influence directe. Ensuite, de trois ans à six ans, le type mental reste le même, l'enfant commençant cependant à être influençable dans une certaine mesure. Cette période est caractérisée par de grandes transformations qui surviennent chez l'individu.

Nous observons à travers le point de vue de Montessori (1959) que l'individu de six ans devient assez intelligent pour être admis à l'école et être capable de découvrir et d'acquérir de nombreux concepts, notamment ceux qui touchent à sa vie quotidienne. La période de l'école maternelle n'efface pas ces découvertes mais tend au contraire à les renforcer pour construire les savoirs des enfants. Cette étape est celle de la manipulation, car l'enfant n'est pas encore capable de construire des notions sans supports ; ce qui marque la véritable importance des supports et de leur utilisation qui doit être à la fois construite selon les notions abordées et les objectifs visés et adaptés à leur âge. L'éducation à la santé, la transposition didactique et les

supports pédagogiques: trois concepts à mettre en lien afin de construire notre principale question de recherche qui est : l'apprentissage des concepts sanitaires par des enfants de 5 à 6 ans via des supports pédagogiques adaptés permet-il une meilleure acquisition de ces concepts? Permet-il une meilleure approche des notions abstraites que sont la santé, l'hygiène et l'alimentation ? Constitue-t-il un véritable média pour l'éducation à la santé ?

# Deuxième Partie

## De la théorie à la pratique

## Chapitre 4 : Présentation des questions et des hypothèses de la recherche

L'école se trouve investie d'une mission qui a évolué depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. En 1995, le Ministère de l'Education Nationale a posé un cadre institutionnel à l'éducation à la santé à l'école. Cette éducation est partie des leçons de morale pour parvenir aujourd'hui à une éducation préventive au niveau sanitaire. L'école prend tout son sens dans le besoin de l'égalité des chances, les conceptions sanitaires s'adressent à tous les élèves citoyens afin de leur garantir un capital santé et ce, dès la petite enfance (Leselbaum, 1997).

Nourrisson (2008), propose un historique de la mise en place de l'éducation à la santé dans les écoles. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'éducation à la santé fait son apparition en même temps que la création des écoles. Elle présente même des questions immédiates quant à la sécurité sanitaire des enfants amenés à se rencontrer dans un même espace et en si grand nombre. La santé se présente en objets d'attention. Selon l'époque, les objets d'attention différent et évoluent. Au 18<sup>ème</sup> siècle, ce qui prime est la prévention et il est alors question de la santé physique. La prévention de l'état corporel est gage d'une bonne santé. Il s'agit de protéger le corps contre toute maladie.

L'histoire de l'éducation à la santé commence il y a deux siècles. L'idée vient des philosophes, en proposant à l'Etat de surveiller la santé de sa population. Découle de cette idée, le devoir d'éducation envers le peuple. La Convention Nationale adopte donc en 1793 un décret qui prévoit de mettre en place des officiers de santé afin de visiter quatre fois par an, suivant les saisons, les élèves des écoles nationales et en leur expliquant les règles d'une bonne santé. Les premiers acteurs de l'éducation à la santé sont donc des inspecteurs.

En 1837, des salles d'asile sont mises en place. Ces sont les prémices de l'école maternelle. Elles accueillent les enfants des femmes ouvrières. La fréquence de visite augmente : une fois par semaine, les enfants sont examinés, non plus par l'inspecteur, mais par des médecins envoyés par la mairie.

Avec l'apparition de la variole au 18<sup>ème</sup> siècle, apparaît un changement. L'inoculation de la variole devient une pratique préventive dans les établissements. Elle consiste à prélever le

virus chez un individu atteint et à le transmettre à un individu sain. Considérée comme immorale, cette pratique est volontaire. La vaccination qui consiste en la même méthode, mais cette fois sur un animal, est considérée comme comportant moins de risques.

L'opinion publique, en ce qui concerne le domaine sanitaire, fait preuve d'une évolution au cours des changements sociétaux et médicaux. Les parents sont les premiers acteurs de la santé de leurs enfants. Ils se sont petit à petit intéressés aux moyens médicaux découverts afin de permettre à leurs enfants d'être en bonne santé ; physique ou mentale, une des conditions pour une bonne réussite scolaire. Il est donc nécessaire de se tenir au courant des évolutions et de ce qui est le meilleur pour les enfants. Les parents aisés étaient les premiers à prendre en considération les changements sanitaires et les conditions de scolarisation de leurs enfants dans les établissements. Certains parents, ayant dans leur cercle social des médecins, prenaient en charge l'inoculation de leurs enfants à un très jeune âge.

De même que celle-ci n'a pas été acceptée de suite et n'a pas été réalisée sur les enfants de manière systématique, la vaccination reste un sujet de controverse. Cela demande de prendre en compte les mœurs, afin d'amener chacun à prendre ses responsabilités et à entamer une démarche qui garantit une sécurité sanitaire stable.

L'inoculation devient obligatoire d'abord dans les écoles militaires et les parents aisés préfèrent la faire pratiquer sur leurs enfants afin de les préserver. Cette pratique médicale devient ensuite obligatoire dans les écoles publiques par un décret du Premier Empire en 1809 après la découverte d'un vaccin par le médecin anglais Jenner en 1798. Là encore, tout le monde n'est pas concerné et les moyens matériels manquant, une nouvelle pratique voit le jour. Les enfants déjà vaccinés font l'objet d'un prélèvement qui est inoculé aux enfants non vaccinés.

Les lois Guizot (1833) et Falloux (1850) obligent les communes à ouvrir des écoles pour garçons et filles. Ce qui a pour conséquence, une augmentation du nombre d'élèves et donc une promiscuité propice au manque d'hygiène. Cela provoque une première alerte sanitaire. Le Ministère de l'Instruction Publique crée alors les corps d'inspecteurs d'académie.

Ils constatent le manque d'air, d'espace, de lumière, de matériaux sanitaires. La santé et l'insalubrité sont mises en relation. Même si l'instruction et la salubrité des locaux deviennent des objectifs d'Etat, l'appréciation est laissée aux communes et aux maires et parfois, ces derniers tardent à apporter les améliorations nécessaires à un environnement sain.

Le choléra et la typhoïde renforcent les inquiétudes d'autant plus que les médecins sont impuissants face à ces nouvelles maladies. D'autant plus que les médecins sont impuissants face à ces nouvelles maladies dont ils ignorent le mode de propagation. Préserver la condition physique devient une exigence pour rester en bonne santé si bien que même les punitions sont interdites. A partir de 1850, les sphères politique et médicale se rendent compte qu'une bonne condition physique permet de se maintenir en bonne santé. La guerre des années 1870 a aggravé les inquiétudes et les comportements sanitaires cèdent à la « dégénérescence ». La prévention passe à l'étape de l'éducation.

En 1853, la gymnastique, l'alimentation et la propreté corporelle vont être renforcées et faire l'objet de contrôles réguliers (Vigarello, 1999). Les enseignants en sciences de la vie et en éducation physique vont être sollicités afin de transmettre aux élèves les bases d'une santé fortifiée. Les quantités de viande nécessaire au bon développement sont, par exemple, calculées pour être données aux élèves. La propreté est aussi un des objets d'attention de la santé. De la propreté pour guérir, s'est établie la notion de propreté comme entretien régulier de la santé (Parayre, 2010). Rendant l'école obligatoire, La République augmente l'effectif des élèves et avec lui, l'inquiétude de la fréquentation du « milieu » scolaire, un terme qui renvoie au monde biologique. Il faut alors considérer « l'hygiène des locaux scolaires », construire des sanitaires.

En 1882, une commission d'hygiène est formée dans les écoles primaires afin d'assurer l'inspection des locaux. Il est mis en place la pratique d'une propreté partielle faite à l'école en salles d'asile et en école primaire (visages et mains), de bains de pieds et de bains entiers dans les lycées. Les moyens matériels manquant, le bain n'est pratiqué que par les élites. L'installation de salles de bains reste encore balbutiante et devient un projet ambitieux lancé par les bourgeois en 1860 pour les lycées (Goubert, 1986). Malgré cela, le manque de communication, la pudeur des élèves et le temps d'organisation pour de nombreux élèves reste des contraintes réelles. Le bain public est une solution où les enfants sont amenés tous les trois mois et les bains de pieds restent accessibles dans les écoles. Les lycées sont donc favorisés en termes de matériels. Les pouvoirs vont tenter après les recherches scientifiques une homogénéisation des installations sanitaires dans les différents degrés de l'enseignement. En 1879, un service de médecins inspecteurs essaie de se mettre en place afin de favoriser l'inspection sanitaire des écoles.

Au 19<sup>ème</sup> siècle le bien-être psychologique devient un objet d'attention de la santé (Parayre, 2010), La santé est un domaine complexe et il ne suffit plus d'une visite médicale et d'un traitement médicamenteux pour être en bonne santé. La santé morale ajoute une nouvelle dimension à la prévention sanitaire. Il s'agit ici de redresser le corps, les mentalités et les comportements. L'alcoolisme est un fléau sanitaire et les enseignants des disciplines de vie (sciences naturelles) sont chargés d'une mission sanitaire en 1890 qui sera également attribuée aux instituteurs par la suite. Toutes les matières sont concernées. L'école se voit investie d'une nouvelle mission en plus de l'instruction : la sécurité de l'enfant. L'école se doit de surveiller l'enfant tant au niveau de sa vie que de sa santé. L'alcoolisme est un thème qui a suscité plus d'engouement que les autres aspects sanitaires en termes d'information, de formation des enseignants ou encore de matériels. La prévention ne suffit pourtant pas. En effet, le discours moralisateur et préventif n'a parfois pas assez de poids face aux publicités incitatives.

La Troisième République voit la mission des médecins s'agrandir avec un objectif préventif en milieu scolaire. L'inspection médicale commence à se médicaliser et à se spécialiser et les médecins remplacent petit à petit les inspecteurs chargés de cette mission (Parayre, 2007).

La responsabilisation des parents est un facteur important dans l'état sanitaire des enfants. Avec le risque zéro recherché, les préoccupations augmentent en même temps que les comportements déviants avec l'apparition des drogues, des prises de risques comme la vitesse au volant. L'éducation sexuelle fait aussi son apparition à l'école. Les partenariats et acteurs de la santé se multiplient : enseignants, parents, médecins, associations, élèves.

L'évolution de l'enseignement de la santé à l'école est parallèle à l'évolution de la société, des mœurs, des maladies et de la science. L'enjeu est double : d'une part sanitaire, permettre le renouvellement des générations en bonne santé et d'autre part civique, la formation des citoyens à des actes raisonnés, à une pensée collective sur le bien public. (Parayre, 2010).

A l'école maternelle, période où les petits sont en plein apprentissage de la propreté, il est particulièrement intéressant de les sensibiliser à la santé. Que ce soit dans les moments quotidiens où ils échangeront avec leurs pairs et les adultes responsables de leur éducation ou encore dans les moments d'apprentissage sous forme de jeux ou de découvertes, les élèves seront dans l'approche des concepts sanitaires. A cet âge, les enfants demandent une attention particulière et sont enclins à la découverte du monde qui les entoure. Le rôle des enseignants et acteurs de l'école est de profiter de cette phase de découverte afin d'enrichir au mieux leurs

connaissances et leurs habitudes sanitaires au sein d'une société qui n'est pas le reflet de leur famille sinon une société construite à l'école et donc différente en tout point de vue dans laquelle ils vont évoluer et confronter leur avis (Jourdan & Victor, 1998).

En 2003, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) mettent donc à la disposition des établissements scolaires les moyens de faire passer l'information aux élèves surtout par le biais de supports pédagogiques (MEN, 2008). Salama (2002) trouve que l'enseignant proposant des jeux, des supports pédagogiques facilite l'apprentissage des concepts abstraits par une mise en pratique pour les jeunes élèves de maternelle. Cet apprentissage nécessite un travail en amont des enseignants afin d'adapter les savoirs scientifiques pour ce jeune âge. Les supports pédagogiques viennent compléter l'enseignement en apportant une aide sensitive pour l'apprentissage chez les élèves de maternelle. Cette recherche centrée sur les quatre grandes questions suivantes :

**-Les contenus des programmes des écoles maternelles proposés par le Ministre de l'Education en Syrie et en France abordent-ils les concepts sanitaires à transmettre aux enfants de 5 à 6 ans dans les écoles maternelles ?** Cette question permettra d'identifier les concepts sanitaires contenus dans les deux programmes et d'établir une comparaison entre les deux pays en ce qui concerne l'orientation donnée par l'éducation à la santé à l'école.

**-Quelle est la méthode adoptée par les enseignants en classe de maternelle afin d'enseigner les concepts sanitaires aux enfants de 5 à 6 ans en France et en Syrie ?**

Cette question permettra à travers des questionnaires adressés aux enseignants d'identifier leurs manières d'enseigner les concepts sanitaires, ainsi que leurs conceptions de l'utilisation des supports pédagogiques dans l'enseignement.

**-Le guide qui est mis à la disposition des enseignants pour faciliter l'acquisition des concepts sanitaires est-il efficace sur les apprentissages des enfants?**

**- L'apprentissage des concepts sanitaires par des supports pédagogiques chez les enfants de 5 à 6 ans est-il différent dans les deux pays?** Cette question permettra à travers des tests écrits pour les enfants d'étudier l'impact de cet enseignement en matière d'utilisation des supports pédagogiques. Ces questions appuient l'hypothèse suivante :

**L'hypothèse générale : Dans des écoles maternelles en France et en Syrie, le niveau de compréhension des concepts sanitaires par des enfants en classe expérimentale (avec supports pédagogiques) est supérieur à celui des enfants de la classe témoin (sans supports pédagogiques).** Deux variables sont proposées afin de tester leur effet sur l'hypothèse générale.

**-VC1 :** L'expérience des enseignants

**-VC2 :** Le niveau de formation des enseignants

## Chapitre 5. Les orientations méthodologiques

**L**a recherche en didactique comme toute recherche praxéologique pose le principe de sa légitimité scientifique. Marginalisée à ses débuts, elle n'est pas reconnue : « ses techniques et ses instruments sont tributaires des sciences humaines et sociales et de la technologie culturelle » (Martinand, 1990). Le questionnement récent, en ce qui concerne le champ de la didactique montre que cette position a évolué : la pertinence des problématiques de recherche, les méthodologies utilisées et les critères de validation des résultats confèrent maintenant à ce type de recherches sa légitimité. Cette reconnaissance renvoie alors à la fréquence d'usage de ses méthodes et aux formes de contrôle du champ scientifique dans lequel elles s'appliquent. La recherche qui est en lien avec la santé ne peut se penser seulement dans le pôle épidémiologique mais peut se penser au sein des sciences de l'éducation comme une relation éducative dans le terrain de la santé (Vial, 2000). Notre recherche s'inscrit dans les sciences de l'éducation qui a comme point de départ incontournable la singularité des sujets en lien avec la plupart des travaux traitant des pratiques d'enseignement.

Il n'existe pas une seule méthode de recherche en Sciences de l'Education. Les méthodes utilisées ne restent pas figées dans leurs critères et les techniques instrumentales. Il s'agit pour chaque recherche, de s'inscrire dans les codes de sa discipline scientifique et d'adapter l'instrument de validation à la problématique de recherche.

La méthodologie évolue en fonction des objets et des pratiques de recherche. Il n'y a pas et ne pourra jamais y avoir une unité méthodologique au sens où une seule méthode de recherche pourrait suffire pour codifier les règles utilisées dans les différents enjeux de la recherche scientifique. (JM. Van Der Maren, 1996, p.9-10).

Les méthodes de la recherche doivent apporter au chercheur, une garantie de validité du savoir produit (Corbalan, 1994, p.39).

## 1. Le plan expérimental

L'impact des supports mis en place dans cette recherche sur les apprentissages réalisés par les enfants sera testé :

- **classes témoins** où l'enseignement se fera sans support
- **classes expérimentales** où l'enseignement se fait avec les supports pédagogiques proposés dans le guide (dessin, photos, livres, chansons, affiches et matériels de classe)

Le résultat de cet impact est mesuré à travers des tests écrits destinés aux enfants des deux types de classes.

Un guide pour enseigner les concepts sanitaires dans des écoles maternelles est mis à disposition des enseignants afin de favoriser une utilisation optimale des supports pédagogiques insérés dans ce guide.

## 2. La population

La recherche présentée porte sur l'apprentissage des concepts sanitaires par des enfants de 5 à 6 ans en se centrant sur l'intérêt des supports pédagogiques. Pour construire l'échantillon à étudier, nous avons rencontré les directeurs des écoles maternelles dans les deux pays. Notre choix s'est porté sur sept écoles maternelles dans chaque pays situées dans des villes différentes. Les tableaux ci-dessous (T.11 et T.12) présentent les écoles qui ont participé à la recherche dans les deux pays:

Ecoles maternelles	lieux	Nombre de classes	Nombre d'enfants	Nombre d'enfants	Nombre d'enseignants qui ont participé à l'enseignement des concepts sanitaires et répondu au questionnaire	Nombre d'enseignants qui ont répondu au questionnaire dans les écoles concernées	Nombre d'enseignants qui ont répondu au questionnaire hors les écoles concernées
Al Fars	Damas	2	25	24	2	4	
Kassion	Daraa	2	24	23	2	2	
Azhar Nissan	Alep	2	23	25	2	4	
Al Abrar	Daraya	2	22	25	2	2	
Al Majed	Homs	2	24	25	2	2	
Al Gota	Alkonaytira	2	23	24	2	2	
Al Haneen	Lattaquié	2	23	25	2	2	
		14	164	170	14	18	18 =50

Tableau 11. Les écoles enquêtées dans les écoles syriennes

Ecoles maternelles	lieux	Nombre de classes	Nombre d'enfants	Nombre d'enfants	Nombre d'enseignants qui ont participé à l'enseignement des concepts sanitaires et répondu au questionnaire	Nombre d'enseignants qui ont répondu au questionnaire dans les écoles concernées	Nombre d'enseignants qui ont répondu au questionnaire hors les écoles concernées
Bourliaguet	Toulouse	2	27	25	2	4	
Agenêts	Nantes	2	25	24	2	3	
Voltaire	Angers	2	25	24	2	3	
Albert camus	Lyon	2	23	27	2	4	
Chanteranne	Clermont- Ferrand	2	26	25	2	3	
Point de jour	Bordeaux	2	25	26	2	3	
Hugo	Nice	2	25	25	2	3	
		14	176	176	14	23	13=50

Tableau 12. Les écoles enquêtées dans les écoles françaises

Toutes les écoles syriennes sont des écoles privées et payantes contrairement aux écoles françaises qui sont publiques et gratuites. Chaque école concernée dans cette étude comporte

deux classes de grande section avec un effectif d'élèves différent dans chaque classe ainsi que dans chaque pays. Les écoles syriennes comme les écoles françaises présentent un enseignant dans chaque classe. Ces enseignants ont participé à l'enseignement des concepts sanitaires aux enfants de 5 à 6 ans.

### 3. Les outils de recueil des données

Après avoir sélectionné les écoles comme échantillon d'études, nous avons réfléchi au choix de corpus :

- Les supports pédagogiques que nous avons proposé aux enseignants sont : livres, photos, dessins, histoires, affiches et matériel de classe. Certains de ces supports ont été réalisés à la main (ex : dessins d'histoire racontée, fabrication d'un tableau en carton pour accrocher les cartes ou les photos). Ces supports sont importants pour les enfants de 5 à 6 ans car ils regroupent différents sens : ouïe et vue. Ils sont visibles et faciles à utiliser. De plus, ces supports disparaissent peu à peu du fait de la nouvelle technologie qui remplace ces supports.

- Nous avons choisi sept concepts sanitaires (éducation d'hygiène, hygiène alimentaire, eau, air, bruit, animaux et plantes) afin que les enfants prennent connaissance de ces concepts car ils vont les étudier au CP de façon approfondie. Les limites linguistiques et culturelles d'une comparaison entre les pays ont aussi déterminé ce choix ; par exemple, dans la préparation des supports pédagogiques, les affiches, les contes, les thèmes et les chansons ont été traduits afin de faciliter la compréhension par les enfants de deux pays. Le tableau (13) présente un exemple de cette traduction :

Conte Français	Traduction
<p>« <i>Petit ange parfait Jules ne veut pas se laver</i> » cette histoire extraite de (Blanchut, 2008). Cette histoire parle de :</p> <p><i>Shampooing, savon et dentifrice, Jules en a horreur ! mais quand il devient un petit ange parfait, Jules veut bien se laver et se parfumer. Jules a jardiné. Il a les mains pleines de terre et si Maman le lui fait remarquer, il demande : « Me les savonner ? pourquoi ? j'ai des choses à faire.... »</i></p> <p><i>Mais parfois, Jules est un Petit Ange parfait ! après chaque activité, il se débarbouille avec beaucoup d'entrain dans la salle de bains. « Hum ! Mes mains sentent bon le savon ! » Jules horreur qu'on le lave. Il se débat tellement dans</i></p>	<p>هذه القصة مقتبسه من بلانشوت<sup>2</sup> 2008 تحت عنوان الملاك الصغير جول لا يريد الاغتسال. تتحدث القصة عن الشامبو والصابون ومعجون الاسنان هذه الاشياء ترعب جول</p> <p>لكن عندما يصبح ملاك صغير جول يحب الاستحمام والتعطر دخل جول الحديقة وعاد بيدين مليئتين بالتراب. اذا امه لاحظت فسوف تطلب منه غسل يديه بالماء والصابون لكنه سيخبرها بأنه لم ينتهي بعد.....</p> <p>لكن في بعض الاحيان يتحول جول الى ملاك صغير ويغسل يديه بالماء والصابون بعد كل نشاط يقوم به</p> <p>عندما يدخل جول الى الحمام تتعالى اصواتنا في النقاش ويتحول الحمام الى مسبح من كثرة مايلقي العابه المبللة على الارض. لكن عندما يتحول جول الى ملاك صغير يدعني احمم رأسه دون ان يتحرك وعندها لست بحاجة الى الغضب</p>

la baignoire que la salle de bains se transforme en pataugeoire. Mais parfois, Jules est un Petit Ange parfait ! il se laisse froter sans bouger. Maman n'a pas besoin de se fâcher. Et je pose toujours cette question « pourquoi Jules ne reste pas un Petit Ange Parfait »<sup>25</sup>

وأتساءل لماذا لا يبقى جول دائما ملاك صغير

### Conte syrien

### Traduction

عبير وعبره النظافة.. هذه القصة من تأليف توفيق بعام 2008 تتكلم هذه القصة عن بنت اسمها عبير وعمرها 5 سنوات. عبير تأتي الى المدرسة دون ان تغسل وجهها ويديها وتمشط شعرها وتنظف اسنانها. اصدقائها ينظرون اليها نظره نفور واشمئزاز ومعلمتها تكلمها مرارا وتكرارا عن ضرورة الاهتمام بنظافتها الشخصية لكن دون فائدة تذكر. وحين عادت عبير الى البيت وحل الليل وذهبت لفرشها ونامت رأت حلما عجيبا. رأت نفسها في قاعه كبيره ورأت معلمتها تجلس خلف الطاولة لتحاكمها فجاء كل من المشط وقصاصه الاظافر وفرشاه الاسنان والصابون وقالوا بصوت مرتفع وبلهجة غضب نريد معاقبه عبير عقابا شديدا لإهمالها لنظافتها الشخصية. بكت عبير وطلبت السماح من ادوات النظافة ووعدهم بالاعتناء بنظافتها الشخصية في اليوم التالي استيقظت عبير وغسلت يديها بالصابون وغسلت وجهها ومشطت شعرها وفرشت اسنانها ونظفت حذاؤها وذهبت الى المدرسة.

Abir et la propreté. Cette histoire a été écrite par (Tawfik, 2008).

Elle raconte l'histoire d'une fille âgée de 5 ans qui s'appelle Abir. Abir vient à l'école sans se laver le visage et les mains, sans se brosser les cheveux ni les dents. Ses amis se moquent d'elle. L'enseignant a parlé de l'hygiène mais elle semble ne pas avoir écouté. Un jour cette petite fille rêve que les objets de toilette (savon, brosse à dents, brosse aux cheveux, mouchoir, coupe angles) la jugent à cause de la négligence de son corps. Le lendemain elle décide de changer son comportement et de rester propre<sup>26</sup>.

### Chanson syrienne

### Traduction

هذه الانشوده مقتبسه من مديرية الصحة المدرسيه في وزارة التربيه السوريه تحت عنوان النظافة من الايمان في عام 1995 اسناني بعد الاكل انظفها بالفرشاة وبالمعجون اغسلها تغدو ناصعة ماجملها نخر اوجاعي ابعدها والصحة دوما انشدها

Cette chanson a été extraite d'un support scolaire (Service de la Santé Scolaire syrienne, 1995) parle de :

Je brosse mes dents après chaque repas.  
Je me les lave avec un brosse à dents et du dentifrice  
Elles deviennent très blanches, elles sont très jolies  
Je ne les néglige pas pour que les caries restent très loin  
Je brosse mes dents après chaque repas

### Thèmes d'images Syriens

### Traduction

-احرص دائما على نظافة جسمك بالاستحمام المستمر  
-استعمل مناشف نظيفة  
-احرص على العناية بشعرك  
-لا تهمل غسل يديك قبل الطعام وبعده  
-لا تهمل نظافة اسنانك  
-لا تنسى قص اظفرك  
-لا تشرب المياه الملوثة  
-لا تأكل الخضراوات و الفواكه قبل غسلها

-N'oubliez pas de prendre une douche tous les jours  
-Utilisez des serviettes propres  
-N'oubliez pas de prendre soin de vos cheveux  
-Ne pas négliger de se laver les mains avant et après manger  
-Ne négligez pas de vous brosser les dents  
-N'oubliez pas de couper vos ongles  
-Ne buvez pas de l'eau contaminée  
-Ne mangez pas des fruits et légumes avant de les laver

<sup>25</sup> Cf. Annexe 11, p. 109

<sup>26</sup> Cf. Annexe 11, p. 116

ضع القمامة بمكانها المناسب -Mettez les déchets à leur place<sup>27</sup>

### **Tableau 13. Les supports pédagogiques traduits**

Pendant la préparation des tests aux enfants, des rencontres ont été organisées avec les enseignants. Lors de ces réunions, nous avons discuté sur chaque concept sanitaire pour identifier les points communs entre les deux pays et les différentes écoles et ainsi préparer des tests adaptés aux enfants. Par exemple, le concept bruit est différent dans les deux pays. Ainsi, le conducteur français n'utilise pas le klaxon dans la rue sauf si c'est nécessaire alors que le conducteur syrien l'emploie souvent. La sortie des enfants de l'école en Syrie produit beaucoup de bruit car les enfants sortent en même temps alors qu'en France les parents récupèrent les enfants lors de la sortie. Il en est de même pour la cantine scolaire. En France, la cantine scolaire est proposée par la mairie qui finance les repas et veille à un bon équilibre alimentaire pour les enfants. En Syrie, aucune cantine n'est mise en place. Chacun doit trouver le moyen de se nourrir lors de la pause déjeuner afin de ne pas avoir à repartir à la maison. Ce sont les parents qui fournissent des sandwichs et les placent dans le sac de l'enfant. Il y a interdiction d'amener un repas complet à l'école.

Trois outils de recueil de données ont été choisis pour fournir des informations sur la place de l'éducation à la santé dans le programme scolaire, le rôle des enseignants dans la sensibilisation des enfants aux concepts sanitaires et l'efficacité des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires aux enfants.

#### **La comparaison du contenu des programmes**

L'analyse du contenu des programmes scolaires des deux pays (Syrie, France) a permis de prendre connaissance de l'orientation de l'éducation à la santé à l'école donnée par ces programmes. Un questionnaire adressé aux enseignants des écoles maternelles dans les différentes écoles a permis d'identifier :

- leurs opinions sur l'utilisation des supports pédagogiques dans l'enseignement des concepts sanitaires.
- leurs méthodes d'enseignements des concepts sanitaires qu'ils déclarent utiliser en classe de maternelle pour enseigner les concepts sanitaires aux enfants de 5 à 6 ans.

<sup>27</sup> Cf. Annexe 11, p. 121

- les difficultés éventuelles qu'ils déclarent rencontrer concernant l'utilisation des supports pédagogiques dans l'enseignement.
- leurs motivations et leurs résistances pour enseigner les concepts sanitaires en utilisant les supports pédagogiques.

Des tests écrits destinés aux enfants ont été préparés pour mesurer leur influence sur l'apprentissage des concepts sanitaires des enfants.

Le traitement des données quantitatives a été réalisé avec trois logiciels de traitement de données statistiques (Excel, Statview et Spss). Nous avons finalement pu constituer le corpus au cours de l'année 2009 en respectant les critères de cohérence et d'exhaustivité requis pour cette étape du choix du corpus. L'utilisation du logiciel Excel a permis de mettre en forme les histogrammes après calcul des pourcentages. Le logiciel Statview a permis de rassembler les résultats pour confronter les données des enseignants syriens et français. Le logiciel Spss a permis de calculer les moyennes et les écarts-types des tests des enfants ainsi que les significations.

#### **4. Guide d'enseignement des concepts sanitaires**

Ce guide a pour objectif d'une part de présenter les supports pédagogiques que nous estimons nécessaires pour l'apprentissage des concepts sanitaires et d'autre part, de représenter une aide pour les enseignants en facilitant leur travail dans la transmission des savoirs aux enfants de grande section.

Les connaissances à transmettre ont été organisées après rencontre avec les enseignants français et les enseignants syriens concernés par cet apprentissage. L'éducation à la santé était entamée dans chaque pays mais cela n'était pas approfondi. Les discussions ont permis de mettre en place les concepts sanitaires à travailler et présenter un enseignement possible dans le domaine sanitaire.

Dans ce guide, les concepts sanitaires enseignés sont l'hygiène corporelle et bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire, l'eau, l'air, le bruit, les animaux et les plantes. Ces concepts ont été retenus car ils sont inclus dans le programme de l'école maternelle dans les deux pays.

Les supports pédagogiques proposés sont des affichages, des photos, des magazines, des histoires, des dessins, des livres et quelques objets dans la classe (des crayons, verres, plantes, colle). Les étapes d'enseignement sont expliquées aux enseignants afin de transmettre les connaissances aux enfants. Un exemple de l'enseignement des concepts sanitaires

(hygiène corporelle et bucco-dentaire) a été détaillé dans ce chapitre. Les autres concepts sont présentés en annexes<sup>28</sup>

### **L'hygiène corporelle et bucco-dentaire**

Tous les éléments liés aux concepts sanitaires ont été identifiés dans le programme scolaire des deux pays. La précision des points essentiels des programmes concernant l'éducation d'hygiène est prise en considération dans ce guide. Des supports pédagogiques sont proposés afin que les enseignants puissent les utiliser pendant l'enseignement du concept. L'éducation d'hygiène est centrée sur l'apprentissage des règles élémentaires et de l'hygiène bucco-dentaire ainsi que sur la manière dont les enfants doivent prendre soin de leur corps.

Le Ministre de l'Education Nationale français (2005), affirme dans le programme scolaire que l'enfant acquiert des compétences personnelles par l'école maternelle:

« Pour donner à chaque enfant l'occasion d'une première expérience scolaire réussie, l'école maternelle lui permet de former sa personnalité et de conquérir son autonomie au sein d'une communauté qui n'est plus celle de sa famille » (MEN, 2005, p.61).

L'hygiène individuelle est une marque de respect de soi et des autres, dans les temps de vie en collectivité, et doit être intégrée aux principes de base de l'éducation :

« Chaque jour et de manière très concrète, dans le respect des habitudes culturelles de chacun, l'élève apprend à satisfaire aux règles élémentaires d'hygiène : du corps : lavage des mains au savon, (notamment aux moments de manipulation et de dégustation » ". (Ibid. p. 116).

« Mouchage du nez, brossage régulier des dents, etc. Une sensibilisation aux questions d'hygiène et de santé permet aux enfants de comprendre la nécessité de respecter l'intimité de chacun, l'intégrité de son corps et celui des autres. (Ibid. p. 118).

#### **Déroulement des séquences d'apprentissage**

**1<sup>ère</sup> étape : Débat collectif autour de « Qu'est ce que ça veut dire être en bonne santé ? »**

L'enseignant organise un échange autour des questions suivantes :

- Qu'est- ce que ça veut dire avoir une bonne santé ?
- A quoi ça sert d'être propre ?
- Est- ce qu'il faut juste se laver les mains et se brosser les dents ? »

<sup>28</sup> cf. annexe 5, p.48.

En montrant des photos aux enfants, l'enseignant raconte une histoire afin qu'ils comprennent les règles d'hygiène.

L'histoire choisie est un extrait de (Tawfik, 2008) et s'intitule: *Abir et la propreté. Elle raconte l'histoire d'une fille âgée de 5 ans qui s'appelle Abir. Abir vient à l'école sans se laver le visage et les mains, sans se brosser les cheveux ni les dents. Ses amis se moquent d'elle. L'enseignant a parlé de l'hygiène mais elle semble ne pas avoir écouté. Un jour cette petite fille rêve que les objets de toilette (savon, brosse à dents, brosse aux cheveux, mouchoir, coupe-ongles) la jugent à cause de la négligence de son corps. Le lendemain elle décide de changer son comportement et de rester propre.*

L'enseignant attire l'attention sur les règles d'hygiène par des questions :

- Comment cette fille vient à l'école ?
- Quels sont les objets de toilette dans cette histoire ?
- Qu'est ce qu'elle a décidé ?
- Qui peut raconter le rêve d'Abir ?
- Qu'est ce que nous apprenons de cette histoire ?

L'enseignant montre aux enfants les objets de toilette nécessaires puis il pose les questions suivantes :

- A votre avis à quoi servent ces objets ?
- De quoi-a-t-on besoin pour se laver les cheveux, les mains et brosser les dents ?

L'enseignant note au tableau les objets de toilette pour que les enfants acquièrent du vocabulaire sur la toilette et le chemin corporel.

## **2<sup>ème</sup> étape : Sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire**

Des affiches et des photos sur l'hygiène bucco-dentaire sont présentées afin que les enfants puissent connaître la nécessité des dents et de leur hygiène dans la vie quotidienne. L'enseignant poursuit cette séance en posant les questions suivantes :

- Pour quoi avons-nous des dents ? Ça sert à quoi ?
- Qui brosse ses dents ? Quand ?
- Combien de fois par jour ? Comment brosse-t-on ses dents ?
- Qu'arrive-t-il si on ne se brosse pas ses dents ?

L'enseignant note au tableau les réponses des enfants en montrant la bonne façon de brosser les dents et combien de fois par jour et combien de temps, l'enseignant n'oublie pas de rappeler aux enfants de se rendre chez le dentiste une fois par an.

## **Suite étape 2 : Recherche par un groupe**

L'enseignant divise la classe en deux groupes afin qu'ils différencient les aliments qui sont bons ou non pour les dents en distribuant des images sur des produits alimentaires (bonbons, glace, viandes, légumes, fruits, soda). L'enseignant demande au premier groupe de relever les aliments qui ne sont pas bons pour les dents et au deuxième groupe de faire le contraire en collant les photos sur le tableau et en expliquant les causes et les conséquences concernant le soin des dents.

### **3<sup>ème</sup> étape : Introduire les effets nocifs d'une mauvaise hygiène**

Par un débat collectif, l'enseignant pose les questions suivantes :

- Qu'est-il important de faire pour être propre ?
- Pourquoi doit-on se laver ?
- Qu'est-ce que se passe si on ne se lave pas ?
- Est-ce que tu bois dans le même verre que ton ami ? Pourquoi ?

L'enseignant note les réponses des enfants au tableau en expliquant les comportements sains et mauvais et leur effet sur la santé. (Les poux, les microbes, les odeurs)

Afin de revoir toutes les connaissances que les enfants ont apprises, l'enseignant pose des questions à la fin de cette séance:

- De quoi avons-nous parlé ?
- Quels sont les objets de toilette ?
- Quels sont les produits alimentaires qui ne sont pas bons pour les dents ?
- Combien de fois par an, il faut se rendre chez le dentiste ?

Les enfants écoutent une chanson pour comprendre les règles d'hygiène bucco-dentaire. *Je me brosse les dents*. Cette chanson, produite par le service de la santé scolaire syrienne (1995) est retranscrite ci-après :

*Je me brosse les dents après chaque repas  
Je les lave avec une brosse et du dentifrice  
Elles deviennent très blanches, elles sont très jolies  
Je ne les néglige pas pour que les caries restent très loin  
Je brosse mes dents après chaque repas*

**Evaluation sur :** - les outils d'hygiène

- les règles d'hygiène bucco-dentaire
- les comportements sains

#### **1- Relie les bons gestes à faire pour être propre.**

À partir des images, les enfants doivent relier chaque partie du corps avec l'objet de toilette qui correspond.

#### **2-Vrai ou faux ?**

Des questions avec des choix multiples concernant l'hygiène bucco-dentaire sont posées. La consigne est de cocher la bonne réponse.

#### **3-Barre les images où l'enfant ne suit pas un comportement sain, puis colorie les bons comportements.**

Les images présentées montrent : un enfant boit dans le même verre que son ami / un enfant se brosse les cheveux / un enfant mange des bonbons / un enfant se lave les mains / un enfant se gratte les cheveux à cause des poux / un enfant tousse sans utiliser de mouchoir.

#### **Observation**

A la fin de l'enseignement de ce concept, il est demandé aux enseignants de noter leurs

observations concernant les compétences que les enfants ont développées pendant cet apprentissage. Les enseignants écrivent leurs observations.

**Exemple :**

-Les enfants connaissent un vocabulaire satisfaisant sur le corps, l'hygiène et sur les gestes quotidiens pour être propre : se moucher, se couper les ongles, se brosser les cheveux...etc.

-Les mots d'hygiène et de santé ont été expliqués et repérés.

-Les mots : mains, dents, cheveux ont été retrouvés dans ce guide

-Les mots de microbes, caries, poux ont été mentionnés

**Tableau 14 : l'hygiène corporelle et bucco-dentaire dans le guide d'enseignement**

## **5. Le traitement des données**

L'élaboration et la mise en œuvre d'un dispositif de recueil des données empiriques visent à obtenir des informations pertinentes dont le traitement et l'analyse peuvent permettre de confronter les hypothèses de recherche au terrain des pratiques. Par conséquent, ce chapitre a pour objectif de rendre compte de la méthode suivie et des choix réalisés pour construire les instruments de collecte des données. Cette démarche de validation des questions de la recherche nécessite d'établir empiriquement un questionnaire de recherche en nous appuyant sur des traitements statistiques par le logiciel Statview.

La stratégie de validation de l'hypothèse générale exige de mettre empiriquement en évidence et d'examiner le rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires. De ce fait, nous nous appuyerons principalement sur des tests écrits adressés aux enfants à la fin de l'enseignement des concepts sanitaires. Pour traiter ces tests, nous utilisons le logiciel Spss. Nous préciserons tout d'abord le processus de conception du questionnaire et ensuite la démarche d'élaboration des tests des enfants.

### **5.1. Les opinions des enseignants concernant l'apprentissage des concepts sanitaires**

Instrument produisant des données provoquées (Van Der Maren, 1996), le questionnaire est particulièrement adapté à l'analyse d'un phénomène social en raison des multiples possibilités de quantification qu'il autorise. Le but principal de l'utilisation de cet outil d'observation est ici d'obtenir des informations sur les points de vue des enseignants sur la méthode et l'utilisation de supports pédagogiques qui leur semblent adaptés pour enseigner les concepts sanitaires aux enfants en classe de maternelle.

## **-Distribution du questionnaire aux enseignants**

La population interrogée a été choisie au sein de quatorze écoles, qui contiennent deux classes (grande section) ; en effet, cette étude exige deux classes (expérimentale, témoin) et notre choix des écoles a été fait de façon directe (raisonnée). Ces écoles sont situées dans différentes villes choisies au hasard. Nous avons distribué 120 questionnaires (60 dans chaque pays). Parmi ces questionnaires distribués, nous avons pu en récupérer 100 qui se sont avérés exploitables. En ce qui concerne les enseignants syriens, 50 ont été intéressés par l'étude et répondu au questionnaire, parmi eux 32 enseignants dans des écoles concernées et 18 enseignants étaient hors de ces écoles. L'enquête par questionnaire a duré 60 jours à hauteur d'une semaine dans chaque école. Cela a été réalisé entre le 25 mars et le 23 mai 2009.

En ce qui concerne les enseignants français, 50 enseignants ont répondu au questionnaire, parmi eux 37 enseignants dans des écoles concernées et 13 enseignants étaient hors des ces écoles. La passation a eu lieu pendant six mois. Cela a été réalisé entre le 6 octobre 2009 et le 10 avril 2010.

Le questionnaire comportait 48 questions présentant plusieurs modalités de réponses : choix multiples et ouvertes<sup>29</sup>. Nous avons codé<sup>30</sup> et regroupé les questions par thèmes en tentant de saisir :

- 1- La nature des participants selon l'expérience dans l'enseignement, le diplôme, la formation
- 2- Le rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires
- 3- Les supports pédagogiques et l'adaptation aux enfants
- 4- L'enseignement des concepts sanitaires dans les écoles maternelles
- 5- Les difficultés et les propositions.

---

<sup>29</sup> cf. annexe 3, p.27

<sup>30</sup> cf. annexe 4, p.35

## 5.2. Les tests d'évaluation d'apprentissage des concepts sanitaires.

Ces tests ont conduit à une adaptation de tests écrits au niveau des enfants. Les tests comportent des photos<sup>31</sup> et des questions<sup>32</sup> renvoyant au concept sanitaire enseigné que ce soit dans la classe expérimentale ou la classe témoin.

Nous avons rencontré trois enseignants dans chaque pays afin de tester le guide que nous avons proposé dans cette étude. Ce guide présente les démarches à suivre pendant l'enseignement des concepts sanitaires et les contenus de la transmission des savoirs aux enfants ainsi que l'utilisation des supports pédagogiques proposés.

### ➤ Les enseignants des classes expérimentales et témoins

Nous avons expliqué aux enseignants de chaque classe qu'ils devaient enseigner les concepts sanitaires avec (supports pédagogiques) pour les classes expérimentales et sans (supports pédagogiques) pour les classes témoins.

### ➤ Les étapes de la mise en place de l'enseignement dans les deux classes

- *L'enseignement des concepts sanitaires avec les supports pédagogiques (classe expérimentale).*

En utilisant les supports pédagogiques, l'enseignant de la classe expérimentale commençait la séance en attirant l'attention sur le concept concerné. Il devait poser des questions, corriger les réponses, écrire sur le tableau, répéter les savoirs, raconter une histoire, montrer des photos afin que les enfants puissent relier ce concept avec la vie quotidienne. A la fin de cet enseignement, des tests écrits ont été proposés aux enfants pour évaluer cet apprentissage.

- *L'enseignement des concepts sanitaire sans supports pédagogiques (classe témoin).*

L'enseignant de classe témoin devait enseigner les concepts sanitaires aux enfants sans utiliser les supports pédagogiques. La consigne était d'attirer l'attention des enfants en s'appuyant sur des questions et des réponses, de discuter, répéter les savoirs, corriger les réponses, raconter des histoires mais sans aucun support utilisé. Les enfants ont été évalués avec des tests écrits. Ce sont les mêmes que les tests des enfants de la classe expérimentale. Cet enseignement a duré une semaine pour chaque classe dans chaque école.

---

<sup>31</sup> Les photos présentées dans les tests écrits ne sont pas affichées aux enfants dans la classe expérimentale.

<sup>32</sup> cf. annexe 8, p 80

- . *Passation des tests aux enfants*

Les enseignants ont distribué les tests directement après la séance d'enseignement de chaque concept. Chaque test comporte trois feuilles de travail et chaque feuille comprend une question à laquelle l'enfant doit répondre en utilisant des couleurs ou le crayon.

Chaque enfant devait écrire son nom sur les trois feuilles afin de les agraffer. Selon la question posée et le travail demandé à l'enfant, nous avons distribué des notes à chaque question. Pour la première et la deuxième feuille de chaque test, nous avons donné une note de trois si la réponse est correcte. Une note de quatre est attribuée pour la troisième feuille de travail car la question posée sur cette feuille présente le concept de deux façons (négative, positive) : nous avons demandé à l'enfant de faire les deux en même temps ; par exemple : « Fais une croix sous l'image où l'enfant ne gaspille pas d'eau puis barre l'image où l'enfant gaspille l'eau » Le tableau 15 présente une comparaison entre les deux classes.

Comparaison	Classe expérimentale	Classe témoin
<b>Utilisation des supports pédagogiques</b>	l'apprentissage des concepts sanitaires avec des supports pédagogiques (photos, images, affiches, livres, dessins, fruits et animaux en plastique, magazines et matériels de classe)  Ex : l'enseignant lit à haute voix et de manière expressive l'histoire en s'appuyant sur les images qui facilite la compréhension des enfants à cette histoire.	l'apprentissage des concepts sanitaires se passe sans supports pédagogiques. Les questions et les réponses sont dominantes à l'enseignement  L'enseignant raconte la même histoire aux enfants sans montrer les images, les enfants n'ont pas les images sous les yeux, ils écoutent et prennent connaissance du récit
<b>Guide d'enseignement des concepts sanitaires</b>	Utilisation du guide qui montre les démarches d'enseignement des concepts sanitaire avec l'utilisation des supports pédagogiques proposés  Ex : l'enseignant peut utiliser le livre (En bonne santé) pour montrer les enfants les images qui expriment les comportements alimentaires sains.	Utilisation du même guide pour suivre les mêmes démarches d'enseignement des concepts sanitaires en évitant l'utilisation des supports pédagogiques.  L'enseignant pose des questions aux enfants concernant les comportements alimentaires sains dans la vie quotidienne.
<b>Tests des enfants</b>	Les mêmes tests aux enfants  L'objectif en distribuant les mêmes tests aux enfants dans les deux classes est de savoir le rôle des supports pédagogiques proposés dans le guide en ce qui concerne l'apprentissage des concepts sanitaires.	

**Tableau 15. Plan expérimental : Classe expérimentale/classe témoin**

Troisième partie

Les principaux résultats  
de l'étude empirique

## **Les méthodes pédagogiques des enseignants d'école maternelle**

Le questionnaire adressé aux enseignants des écoles maternelles dans les deux pays a permis d'identifier les méthodes d'enseignement que les enseignants déclarent utiliser pour enseigner les concepts sanitaires en classe de maternelle aux enfants de 5 à 6 ans. Ce questionnaire donnant des informations sur l'opinion, le niveau de formation et l'expérience dans l'enseignement, permet de savoir si ces éléments constituent une variable dans l'apprentissage des concepts sanitaires chez les enfants de 5 à 6 ans.

### **Le questionnaire comme technique de recueil de données**

Les données explicatives servent davantage à la compréhension de la situation et plus particulièrement des mouvements et processus de relation et interrelation entre les différents éléments constatés et décrits (Dayde, 2007).

La collecte des données par questionnaire a été réalisée auprès de 120 enseignants répartis dans les deux pays (France, Syrie) entre les mois de mars 2009 et avril 2010. A la clôture de cette enquête nous avons enregistré un retour de 100 questionnaires. L'utilisation des différents modes de diffusion de questionnaire<sup>33</sup> a probablement favorisé l'augmentation du nombre de réponses. En effet nous enregistrons un taux de retour de 83% qui semble relativement élevé en comparaison avec des enquêtes par questionnaire visant des populations comparables (Fave-Bonnet, 1993).

Les réponses recueillies ont été traitées avec le logiciel de traitement de données statistiques Statview. Cet outil a tout d'abord été utilisé pour une série d'analyse statistique visant à répondre aux questions de la recherche.

- Quelle est la méthode adoptée par les enseignants en classe de maternelle afin d'enseigner les concepts sanitaires aux enfants de 5 à 6 ans en France et en Syrie

Les questions ont été regroupées par thèmes en tentant de saisir :

- 1- Présentation de la population des enseignants
- 2- Le rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires

---

<sup>33</sup> Un tiers d'enseignants a répondu à l'enquête en utilisant le support de diffusion papier (33%) reçu par voie postale (pour une partie de notre échantillon) ou imprimé par l'enseignant lui-même à partir de la version numérique qui lui a été transmise par courriel. Une majorité d'enseignants ont utilisé cette version numérique pour répondre (45%). Enfin, 22% des enseignants ont répondu en face à face.

- 3- Les supports pédagogiques et l'adaptation aux enfants
- 4- L'enseignement des concepts sanitaires dans les écoles maternelles
- 5- Les supports utilisés, propositions posées et difficultés concernant l'enseignement des concepts sanitaires

### 1- Présentation de la population des enseignants

Les renseignements sur les enseignants permettent de mettre en relief leur expérience dans l'enseignement.

#### Sexes

La population enquêtée comporte 89% de femmes contre 11% d'hommes. (Tab.16)

Sexes	France	Syrie	Total
Femme	42	47	89
Masculin	8	3	11
Total	50	50	100

**Tableau 16. Répartition de la population selon le genre**

#### Nombre d'années d'expérience d'enseignement

67% de l'échantillon total présente une expérience d'au moins 6 années dans l'enseignement. Seuls 21% des enseignants ont une expérience entre 7 et 11 ans. Ce tableau montre que les enseignants français possèdent plus d'expérience que les enseignants syriens en termes d'années. On sait que l'utilisation des supports demande une certaine expérience et que cela se répercute dans l'apprentissage. (Tab. 17)

Nombre d'année d'expérience	France	Syrie	Total
1 an	5	1	6
2 ans	5	7	12
3 ans	8	12	20
4 ans	7	3	10
5 ans	4	7	11
6 ans	10	10	20
7 ans	4	4	8
8 ans	6	2	8
9 ans	0	1	1
10 ans	1	1	2
11 ans	0	2	3
Total	50	50	100

**Tableau 17. Nombre d'années d'expérience d'enseignement**

### Nombre d'années d'expérience dans l'enseignement en maternelle

18% de la population ont 3 ans d'expérience dans les écoles maternelles contre 13% qui ont moins de 2 ans d'expérience. Enseigner en maternelle est différent du primaire et demande de l'expérience. Le tableau révèle que près de la moitié des enseignants questionnés en sont aux prémices de leur expérience en maternelle avec tout au plus 3 années de pratique. Selon le pourcentage de ce tableau, nous pouvons dire que l'égalité d'expérience dans les écoles maternelles dans les deux pays est représentée par la 4<sup>ème</sup> année avec 20% de personnes interrogés. Plus précisément les français ont plus d'expérience dans l'enseignement maternelle que les syriens (30% contre 24%). Les pourcentages montrent que les enseignants français ont plus d'années d'enseignement en maternelle que les syriens au-delà de 5 ans. (Tab.18)

Nombre d'année d'expérience	France	Syrie	Total
1 an	8	5	13
2 ans	5	10	15
3 ans	7	11	18
4 ans	10	10	20
5 ans	12	8	20
6 ans	4	2	6
7 ans	3	2	5
8 ans	1	2	4
Total	50	50	100

**Tableau 18. Nombre d'années d'expérience dans l'enseignement en maternelle**

### Le degré scientifique de la formation des enseignants

43% des enseignants français ont une licence tout domaine disciplinaire confondu contre 30% des enseignants syriens qui ont le baccalauréat, 7% des enseignants français ont un master 1 contre 2% des enseignants syriens, c'est-à-dire que le degré scientifique chez les enseignants français dans les écoles maternelles est plus important que chez les enseignants syriens. Le niveau de formation est important dans le milieu scolaire. En effet, avoir fait des études supérieures apporte une vision plus spécialiste dans le domaine étudié et peut avoir des répercussions positives sur l'enseignement car l'enseignant possède alors des connaissances mieux adaptées et des capacités à comprendre les processus mis en jeu dans son domaine. (Tab. 19).

Degré scientifique	France	Syrie	Total
Bac	0	30	30
Licence	43	18	61
Master 1	7	2	9
Total	50	50	100

**Tableau 19. Degré scientifique des enseignants**

### La formation professionnelle des enseignants

37% des enseignants français ont suivi des formations professionnelles à l'IUFM contre 2% pour les enseignants syriens. 48% des syriens ont effectué des stages d'apprentissage et des formations à l'école normale contre 13% de français. Autant la pratique que la théorie comptent pour l'enseignement. Le tableau montre que la pratique s'est plus faite en Syrie par les stages d'apprentissage alors que la formation théorique domine dans le cas français grâce à l'IUFM. (Tab.20).

La formation professionnelle	France	Syrie	Total
Ecole normale	10	20	30
Stage d'apprentissage	3	28	31
IUFM, formation initiale	24	2	26
IUFM, formation continue	13	0	13
Total	50	50	100

**Tableau 20. La formation professionnelle des enseignants**

### Synthèse

Les enseignants français présentent une expérience plus longue avec un total de 30 années d'expérience contre 24 pour les enseignants syriens pour la population de plus de 4 ans d'expérience dans l'enseignement. Il est à noter aussi que les enseignants en maternelle sont essentiellement des femmes ; elles représentent 89 % de la population étudiée.

De plus, la variable « formation » laisse voir une notable différence pour les enseignants. En effet, tous les enseignants français possèdent un diplôme supérieur au baccalauréat contre 30 % des enseignants syriens qui en sont titulaires. De même, la formation en IUFM est présente pour les enseignants français même si elle n'est pas obligatoire. Plus de 30% des enseignants français ont suivi une formation en IUFM pendant laquelle, durant une année, ils étaient

professeurs stagiaires sous la tutelle d'un enseignant titulaire. Le diplôme et le stage sont autant d'atouts pour la pratique auprès des enfants.

## 2- Rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires

### **Les supports pédagogiques, intéressants à utiliser pour l'apprentissage des concepts sanitaires<sup>34</sup>**

Selon 65% des enseignants, l'utilisation des supports pédagogiques rend l'apprentissage de tous les concepts sanitaires intéressant. 26% les jugent intéressants pour seulement certains concepts sanitaires. 9% ne se prononcent pas. A ce propos Al kala (1983), affirme que les supports pédagogiques facilitent l'apprentissage à l'école, ils aident à attirer l'attention des élèves (Tab.21).

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	32	33	65
D'accord selon les concepts	13	13	26
Pas de réponse	5	4	9
Total	50	50	100

**Tableau 21. L'utilisation intéressante des supports pédagogiques pour l'apprentissage des concepts sanitaires**

### **Les supports pédagogiques, un outil réel qui favorise l'apprentissage des concepts sanitaires.<sup>35</sup>**

Plus de la moitié des enseignants interrogés dans les deux pays (54%) juge que l'explication de tous les concepts sanitaires par les supports pédagogiques permet de les rendre réels pour les enfants de maternelle. 34% affirment que l'explication ne vaut que pour certains concepts sanitaires. Ce questionnaire étant fermé, les enseignants n'ont pas précisé quels sont ces concepts. 12% ne se prononcent pas. L'apprentissage des concepts sanitaires demande une explication surtout pour les concepts abstraits comme l'air ou le bruit. Cette explication est facilitée par l'utilisation des supports pédagogiques comme l'explique Al Bazar (1974), en les rendant proche du vécu des élèves, de leur réalité (Tab.22).

<sup>34</sup> Cf. Annexe 3, Question 1, p. 30.

<sup>35</sup> Cf. Annexe 3, Question 5, p. 30

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	26	28	54
D'accord selon les concepts	18	16	34
Pas de réponse	6	6	12
Total	50	50	100

**Tableau 22. Les supports pédagogiques, un outil réel qui favorise l'apprentissage des concepts sanitaires.**

### **Le rôle important des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants<sup>36</sup>**

49% de la population interviewée déclare que les supports pédagogiques jouent un rôle important dans l'apprentissage de tous les concepts sanitaires par les enfants. 39% des enseignants dans les deux pays disent que les supports pédagogiques sont importants pour l'apprentissage de certains concepts sanitaires contre 12% des personnes interrogées qui ne se prononcent pas pour cette question. Dans l'ensemble, on peut dire que les enseignants sont partagés entre le rôle des supports pédagogiques selon le concept traité. (Tab.23).

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	26	23	49
D'accord selon les concepts	19	20	39
Pas de réponse	5	7	12
Total	50	50	100

**Tableau 23. Le rôle important des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants.**

### **Les supports pédagogiques, une aide dans la découverte des concepts sanitaires<sup>37</sup>**

48% de l'échantillon est divisé au niveau des opinions, jugeant que les supports pédagogiques aident les enfants à découvrir tous les concepts sanitaires eux-mêmes. A ce propos, Dewey (1990) affirme que les enfants doivent découvrir leur environnement eux même par les outils qui les entourent et ne pas étudier l'environnement de façon traditionnelle par la répétition. 42% des enseignants dans les deux pays sont d'accord sur cette question mais seulement pour certains concepts sanitaires. 10% des personnes interrogées ne répondent pas concernant les supports pédagogiques qui aident les enfants à découvrir les concepts sanitaires eux-mêmes. (Tab.24).

<sup>36</sup> Cf. Annexe 3, Question 6, p. 30.

<sup>37</sup> Cf. Annexe 3, Question 8, p. 30.

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	24	24	48
D'accord selon les concepts	21	21	42
Pas de réponse	5	5	10
Total	50	50	100

**Tableau 24. Les supports pédagogiques, une aide dans la découverte des concepts sanitaires**

### **La diversité des supports pédagogiques pour la compréhension des concepts sanitaires chez les enfants<sup>38</sup>**

Plus de la moitié des enseignants (59%) affirme que la diversité des supports pédagogiques facilite la compréhension de tous les concepts sanitaires par les enfants. A ce sens, Mayesky (1980), atteste que l'apprentissage des concepts d'environnement qui est en lien avec la santé personnelle et publique doit être fait par des supports différents afin que l'enfant soit capable de comprendre son environnement et trouver la solution pour chaque problème rencontré. 22% jugent que la diversité des supports pédagogiques facilite la compréhension de quelques concepts sanitaires chez les enfants. Le reste de l'échantillon, 19% ne se prononcent pas sur la diversité des supports pédagogiques facilitant la compréhension des concepts sanitaires par les enfants (Tab.25).

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	29	30	59
D'accord selon les concepts	13	9	22
Pas de réponse	8	11	19
Total	50	50	100

**Tableau 25. La diversité des supports pédagogiques pour la compréhension des concepts sanitaires par les enfants**

### **Les supports pédagogiques, un lien entre les informations visibles et abstraites<sup>39</sup>**

61% de notre population affirme que l'utilisation des supports pédagogiques aide à l'enseignement de tous les concepts sanitaires en permettant de passer des informations visibles aux informations abstraites. 26% jugent que cette utilisation n'est valable que pour certains concepts sanitaires. 13% ne se prononcent pas quant à cette question. (Tab.26).

<sup>38</sup> Cf. Annexe 3, Question 10, p. 30.

<sup>39</sup> Cf. Annexe 3, Question 26, p. 31.

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	31	30	61
D'accord selon les concepts	14	12	26
Pas de réponse	5	8	13
Total	50	50	100

**Tableau 26. Les supports pédagogiques, un lien entre les informations visibles et abstraites**

### 3- Les supports pédagogiques et l'adaptation aux enfants

#### **Le travail en groupe, facilitateur de l'apprentissage des concepts sanitaires<sup>40</sup>**

53% de la population étudiée assure que les enfants doivent travailler en groupe pour faciliter l'apprentissage de tous les concepts sanitaires. A ce propos Kalach (2000) affirme que les enfants peuvent acquérir toutes les connaissances, les savoirs ainsi que les concepts en utilisant les supports qui servent l'objectif d'apprentissage.

32% des enseignants interrogés pensent que les enfants peuvent acquérir certains concepts sanitaires s'ils travaillent en groupe. Ce pourcentage correspondant à l'étude de Syam (2000) qui a montré l'impact de l'utilisation des dessins et des couleurs dans l'éducation à l'hygiène en école maternelle selon les moyennes obtenues entre deux tests avant /après. 15% des enseignants ne donnent aucune réponse concernant le travail en groupe sur l'apprentissage des concepts sanitaires. (Tab.27)

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	29	24	53
D'accord selon les concepts	14	18	32
Pas de réponse	7	8	15
Total	50	50	100

**Tableau 27. Le travail en groupe, facilitateur de l'apprentissage des concepts sanitaires**

#### **Les supports pédagogiques, une aide pour le transfert des connaissances dans la vie réelle<sup>41</sup>**

Parmi les enseignants interrogés, 55% d'entre eux disent que l'utilisation des supports pédagogiques amène l'enfant à bien appliquer les concepts sanitaires dans la vie quotidienne.

<sup>40</sup> Cf. Annexe 3, Question 13, p. 30.

<sup>41</sup> Cf. Annexe 3, Question 29, p. 32.

40% affirment que cette utilisation n'est valable que pour certains concepts. 5% ne se prononcent pas. (Tab.28).

Les supports pédagogiques	France	Syrie	Total
D'accord pour tous les concepts	29	26	55
D'accord selon les concepts	17	23	40
Pas de réponse	4	1	5
Total	50	50	100

**Tableau 28. Les supports pédagogiques, une aide pour le transfert des connaissances dans la vie réelle**

## Synthèse

Pour la plupart des questions, on peut remarquer que les professeurs français et syriens ont la même opinion concernant les supports pédagogiques et leur utilisation. Dans l'ensemble, les enseignants sont donc d'un avis positif pour l'utilisation des supports pédagogiques. Leurs avis se divisent quand il s'agit de cette utilisation selon les concepts. En effet, la majorité des enseignants (plus de la moitié pour la plupart des questions, 48 à 61%) pensent que les supports pédagogiques présentent un intérêt pour l'apprentissage de tous les concepts sanitaires. Dans ce sens Al kala (1983), affirme que l'enseignement en maternelle via les supports pédagogiques augmente l'intérêt chez les élèves en évitant l'ennui dans la classe. 20 à 40% des enseignants se rejoignent pour dire que les supports pédagogiques ne trouvent leur sens que pour certains concepts sanitaires. Il reste quand même 10 à 20% des enseignants qui ne donnent pas leurs avis concernant le rôle des supports pédagogiques et leur impact quant à l'apprentissage des concepts sanitaires.

## 4- L'enseignement des concepts sanitaires dans les écoles maternelles

### Enseignement des concepts sanitaires par les parents de l'enfant<sup>42</sup>

42% des enseignants français trouvent que l'enfant apprend les concepts sanitaires par l'intermédiaire de ses parents. A ce propos, F. Jacques (2004), traite dans son livre « Education et Formation » des devoirs des parents pour bien éduquer leurs enfants en précisant que :

Si les parents sont tenus pour responsables de la conduite de leurs enfants, c'est qu'ils ont dans leurs attributions et dans leurs devoirs de les éduquer, de leur enseigner les règles de la vie personnelle et de la vie en société. Cela donne une priorité absolue à la famille en matière d'éducation (Jacques, 2004, p.21).

<sup>42</sup> Cf. Annexe 3, Question 1, p. 32.

37% de la population syrienne est un peu d'accord concernant les parents qui apprennent les concepts sanitaires à leurs enfants. 19% ne sont pas d'accord. L'intermédiaire que représentent les parents est donc un élément que les enseignants déclarent connaître. (Tab.29).

L'intermédiaire des parents	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	42	2	44
Un peu d'accord	0	37	37
Moyennement d'accord	0	0	0
Pas du tout d'accord	8	11	19
Total	50	50	100

**Tableau 29. L'enseignement des concepts sanitaires par les parents de l'enfant**

### **Enseignement des concepts sanitaires par les amis de l'enfant<sup>43</sup>**

35 % de la population étudiée déclare que l'enfant fait la connaissance des concepts sanitaires par l'intermédiaire de ses amis. 29% de notre échantillon dans les deux pays ne sont pas du tout d'accord avec cette proposition. Les enseignants sont partagés quant à l'apprentissage des concepts sanitaires par l'intermédiaire des amis qui sont eux-mêmes des enfants, ce qui peut poser des difficultés concernant les connaissances transmises. (Tab.30).

L'intermédiaire des amis	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	18	17	35
Un peu d'accord	2	11	13
Moyennement d'accord	17	6	23
Pas du tout d'accord	13	16	29
Total	50	50	100

**Tableau 30. L'enseignement des concepts sanitaires par les amis de l'enfant**

### **Enseignement des concepts sanitaires par la publicité et des campagnes de prévention<sup>44</sup>**

49% de la population dans les deux pays trouve que l'enfant fait la connaissance des concepts sanitaires par la publicité et des campagnes des préventions. Dans ce sens Ammon (2011), trouve que

La répétition et la fréquence qui fait par la publicité joue un rôle important pour influencer le public en diffusant de manière récurrente des idées, des images, des types de relations, etc. Cette diffusion répétitive permet de faire découvrir aux enfants beaucoup de choses dans la vie (Ammon, 2011, p.46).

<sup>43</sup> Cf. Annexe 3, Question 2, p. 32.

<sup>44</sup> Cf. Annexe 3, Question 3, p. 32.

37% sont un peu d'accord. Seuls 14% déclarent ne pas être d'accord. L'impact des publicités et des campagnes de prévention semble représenter une influence importante auprès des jeunes pour les enseignants et donc est une source de plus pour les représentations des élèves. (Tab.31).

L'intermédiaire de la publicité et des campagnes de prévention	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	27	22	49
Un peu d'accord	16	21	37
Moyennement d'accord	0	0	0
Pas du tout d'accord	7	7	14
Total	50	50	100

**Tableau 31. L'enseignement des concepts sanitaires par la publicité et des campagnes de prévention**

### Enseignement des concepts sanitaires par l'école<sup>45</sup>

81% des enseignants questionnés affirment que l'école joue un rôle important concernant la connaissance des concepts sanitaires par des enfants. 11% sont un peu d'accord contre 8% qui ne sont pas du tout d'accord sur cette question. L'école est un médiateur important pour l'apprentissage des concepts sanitaires selon la majorité des enseignants enquêtés. La présence de la cantine, de la récréation, des activités extra-scolaires ou des intervenants extérieurs sont des facteurs existants à l'intérieur de l'école. Plus spécifiquement, les activités scolaires renvoient à la pédagogie proposée par l'enseignant. (Tab.32).

L'intermédiaire de l'école	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	41	40	81
Un peu d'accord	5	6	11
Moyennement d'accord	0	0	0
Pas du tout d'accord	4	4	8
Total	50	50	100

**Tableau 32. L'enseignement des concepts sanitaires par l'école**

### Enseignement des concepts sanitaires par les activités scolaires<sup>46</sup>

Plus de la moitié des enseignants (54%) trouve que l'enfant fait la connaissance des concepts sanitaires par les activités scolaires contre 10% des enseignants qui sont un peu d'accord. 22% de la population dans les deux pays est moyennement d'accord avec la connaissance des

<sup>45</sup> Cf. Annexe 3, Question 4, p. 32.

<sup>46</sup> Cf. Annexe 3, Question 5, p. 32.

concepts sanitaires par les activités scolaires. Seulement 14% ne sont pas du tout d'accord. (Tab. 33).

L'intermédiaire des activités scolaires	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	36	18	54
Un peu d'accord	2	8	10
Moyennement d'accord	9	13	22
Pas du tout d'accord	3	11	14
Total	50	50	100

**Tableau 33. L'enseignement des concepts sanitaires par les activités scolaires**

### **La perception de l'utilité des supports pédagogiques par les enseignants<sup>47</sup>**

36% déclarent que les supports pédagogiques jouent un rôle dans l'apprentissage des concepts sanitaires chez les enfants des écoles maternelles contre 25% qui sont moyennement d'accord. 21% ne sont pas d'accord quant à la connaissance des concepts sanitaires par les supports pédagogiques. Plus de la majorité des enseignants déclarent être d'accord sur l'utilité des supports pédagogiques. (Tab.34).

L'intermédiaire des supports pédagogiques	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	18	18	36
Un peu d'accord	6	12	18
Moyennement d'accord	16	9	25
Pas du tout d'accord	10	11	21
Total	50	50	100

**Tableau 34. La perception de l'utilité des supports pédagogiques par les enseignants**

### **Explication des concepts sanitaires par des jeux spécifiques<sup>48</sup>**

52% des enseignants questionnés sont moyennement d'accord avec l'utilisation des jeux spécifiques afin d'expliquer les concepts sanitaires aux enfants contre 32% qui sont tout à fait d'accord. 11% ne sont pas d'accord quant à cette question. L'opinion en ce qui concerne les jeux spécifiques est donc mitigée chez les enseignants (Tab.35).

<sup>47</sup> Cf. Annexe 3, Question 6, p. 32.

<sup>48</sup> Les jeux spécifiques sont soit des jeux symboliques, c'est-à-dire qui imitent les éléments de la vie réelle comme les légumes en plastique soit des jeux construits afin de faire comprendre aux enfants une notion en passant par la manipulation comme une installation électrique qui valide ou non les essais de l'enfant lors d'une activité (par exemple : un circuit électrique qui s'allume ou non selon la réponse pointée par l'enfant). Cf. Annexe 3, Question 7, p. 31.

Explication des concepts sanitaires par des jeux spécifiques	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	17	15	32
Un peu d'accord	4	1	5
Moyennement d'accord	24	28	52
Pas du tout d'accord	5	6	11
Total	50	50	100

**Tableau 35. Explication des concepts sanitaires par des jeux spécifiques**

### Les répétitions dans l'apprentissage des concepts sanitaires<sup>49</sup>

55% de la population trouve que l'enfant acquiert les concepts sanitaires par la répétition contre 23% qui est moyennement d'accord, et 21% un peu d'accord concernant ce moyen. Les répétitions sont donc importantes pour un meilleur apprentissage des concepts sanitaires pour plus de la moitié des enseignants questionnés. (Tab.36).

Répétition permettant l'apprentissage des concepts sanitaires	France	Syrie	Total
Tout à fait d'accord	25	30	55
Un peu d'accord	10	11	21
Moyennement d'accord	14	9	23
Pas du tout d'accord	1	0	1
Total	50	50	100

**Tableau 36. Les répétitions dans l'apprentissage des concepts sanitaires**

### Synthèse

L'apprentissage extérieur des enfants est un élément existant pour les enseignants. Ils ne considèrent donc pas que l'enfant arrive en classe sans aucun savoir. 42% en France pensant que les parents sont acteurs de l'apprentissage des concepts sanitaires alors que les enseignants syriens sont moins d'accord avec ce principe. L'avis est mitigé pour ce qui est du rôle des amis. Il est sûrement difficile d'évaluer l'acquisition des concepts sanitaires chez les enfants par les publicités ou campagnes de prévention. 40 % des enseignants sont d'accord sur le rôle de l'école et son importance pour les enfants dans l'apprentissage des concepts sanitaires via les activités scolaires et surtout la répétition que font les maîtres. Pourtant, l'opinion des enseignants reste toutefois partagée quant aux supports pédagogiques et jeux spécifiques. Les différentes sources d'enseignement (amis, parents, publicités,...) sont prises en compte par les enseignants. Ils sont conscients du fait que l'école n'est pas le seul acteur de

<sup>49</sup> Cf. Annexe 3, Question 9, p. 31.

l'apprentissage des enfants même si l'école reste pour eux le lieu privilégié où les enfants vont parfaire leur apprentissage des concepts sanitaires par les activités scolaires.

### **5- Supports utilisés, propositions apportées, difficultés rencontrées concernant l'enseignement des concepts sanitaires**

Les questions ouvertes permettent de connaître les supports pédagogiques utilisés par les enseignants dans les deux pays, les difficultés rencontrées qui les empêchent d'effectuer une bonne transmission ainsi que leurs propositions pour améliorer l'enseignement des concepts sanitaires par des supports pédagogiques.

- **Les supports utilisés pour l'enseignement des concepts sanitaires**

#### **Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner l'hygiène corporelle<sup>50</sup>**

Les enseignants français déclarent utiliser les matériels de classe (18%) et les affiches (16%). Les livres, les photos, images et cartes et les contes viennent en seconde position. Aucun enseignant n'a répondu utiliser les chansons. Une seule réponse étant possible dans le questionnaire, il se peut que les enseignants aient écrit le support qu'ils utilisent le plus mais cela ne présuppose pas que les chansons ne sont pas du tout utilisées en classe. La population syrienne affirme utiliser les chansons (18%), les photos (16%) et les contes (16%) pour l'enseignement de l'hygiène corporelle. Dans ce sens Ibrahim (1999), affirme que les supports utilisés pour l'hygiène corporelle permettent d'amener en classe ce qui n'est pas transportable autrement comme la douche ou le lavabo et permettent de mettre en scène des enfants de l'âge des élèves. (Tab.37).

Les supports pédagogiques	Livres	Affiches	Matériels de classe	Photos, images cartes	Chansons	Contes	Total
France	3	16	18	6	0	7	50
Syrie	0	0	0	16	18	16	50
Total	3	16	18	22	18	23	100

**Tableau 37. Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner l'hygiène corporelle**

#### **Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner l'hygiène alimentaire<sup>51</sup>**

28% des enseignants français déclarent utiliser des jeux plastiques pour enseigner l'hygiène alimentaire puis les matériels de classe (14%) et les photos ou les images (7%). Par contre

<sup>50</sup> Cf. Annexe 3, Question 1, p. 33.

<sup>51</sup> Cf. Annexe 3, Question 1, p. 33.

25% des enseignants syriens déclarent utiliser les photos puis les livres et les chansons afin d'enseigner l'hygiène alimentaire aux enfants de maternelle. Les enseignants français privilégient ici la manipulation des jeux en plastique et les enseignants syriens les photos. (Tab.38).

Les supports pédagogiques	Livres	Photos, images cartes	Matériel de classe	Vidéo	Chansons	Jeux plastique	Total
France	1	7	14	0	0	28	50
Syrie	12	25	1	3	7	2	50
Total	13	32	15	3	7	30	100

**Tableau 38. Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner l'hygiène alimentaire**

**Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner les concepts d'environnement « l'eau, l'air, le bruit, les animaux et les plantes »<sup>52</sup>**

Sur 50 enseignants interrogés en France, 28% d'entre eux déclarent utiliser les magazines spéciaux « Wakou et Wapiti » et les contes (14%) afin d'enseigner les concepts d'environnement comme « l'eau, l'air, les bruits, les animaux et les plantes ». 16% déclarent utiliser les matériaux de classe. Par contre, 19% de la population syrienne utilise les images et les photos pour enseigner les concepts d'environnement. 16% utilisent des magazines scientifiques. 11% utilise les livres. Selon les enseignants interrogés les magazines scientifiques, les matériaux de classe ainsi que les photos regorgent d'images et sont importants pour les élèves et sont adaptés à leur âge. (Tab.39).

Les supports pédagogiques	Livres	Photos images cartes	Matériel de classe	Supports multi-média	Vidéo	Magazines	Contes	Total
France	0	0	16	0	6	14	14	50
Syrie	11	19	0	4	0	16	0	50
Total	11	19	16	4	6	30	14	100

**Tableau 39. Les supports pédagogiques utilisés pour enseigner les concepts d'environnement**

<sup>52</sup> Cf. Annexe 3, Question 1, p. 33.

### Comparaison entre la France et la Syrie concernant les supports pédagogiques que les enseignants déclarent utiliser pour enseigner les concepts sanitaires

Supports pédagogiques utilisés	France	Syrie
<b>Hygiène corporelle</b>	18% les matériaux de classe 16% les affiches 7% les contes 6% les photos, images et cartes 3% les livres	18% les chansons 16% les photos, les images et les cartes 16% les contes
<b>Hygiène alimentaire</b>	28% les jeux plastiques 14% matériaux de classe 7% des photos, images, cartes 1% livres	25% des photos, images, cartes 12% livres 7% chansons 3% vidéo 2% jeux plastiques 1% matériaux de classe
<b>Concepts de l'environnement L'eau, l'air, le bruit, les animaux et les plantes</b>	16% matériaux de classe 14% magazines (Wakou et Wapiti) 14% contes 6% vidéo	19% des photos, images, cartes 16% magazines scientifiques 11% livres 4% supports multimédia

**Tableau 40. Comparaison entre la France et la Syrie concernant les supports pédagogiques que les enseignants déclarent utiliser pour enseigner les concepts sanitaires**

Les enseignants français et syriens montrent une différence dans l'utilisation des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires. En effet, les enseignants français ont tendance davantage utiliser les matériels de classe et les jeux en plastique afin d'amener les élèves à la manipulation. Les magazines et les contes sont des supports écrits qui viennent en seconde position pour l'apprentissage des différents concepts. Les livres et les photographies sont peu utilisés chez les enseignants français.

Les enseignants syriens s'opposent donc aux enseignants français dans l'utilisation qu'ils font des photographies et des livres et auxquels ils accordent une place importante dans l'apprentissage des concepts sanitaires tous confondus. Il est à noter la présence des chansons chez les enseignants syriens et qu'on ne trouve pas du tout chez les enseignants français. Les magazines et les contes viennent également en seconde position pour les enseignants syriens.

Il est à noter que dans les deux pays, les supports multimédia ne trouvent pas un grand écho dans l'apprentissage des concepts sanitaires. Pourtant, les dessins et les couleurs favorisent l'apprentissage des concepts sanitaires surtout au niveau de l'hygiène (Syam, 2000).

- **Propositions des enseignants pour transmettre les concepts sanitaires aux enfants**

### **Les supports pédagogiques nécessaires pour la transmission des concepts sanitaires<sup>53</sup>**

16% des enseignants français déclarent utiliser des images grand format pour transmettre les concepts sanitaires aux enfants. 11% souhaitent augmenter les matériels de classe. 23% se répartissent entre l'utilisation des photos (9%), les livres spéciaux (6%) et les jeux d'imitation (7%). Par contre 22% de la population syrienne proposent d'utiliser des livres spéciaux, 10% déclarent qu'il est nécessaire d'utiliser les photos et les affiches. 8% déclarent utiliser les jeux d'imitation (6%) les matériels de classe et (3%), les images grand format. (Tab.41).

Les supports pédagogiques	Matériel de classe	Supports multi-Média	Photos, affiches	Image grand Format	Livres spéciaux	Jeux imitation	Total
France	11	1	9	16	6	7	50
Syrie	6	1	10	3	22	8	50
Total	17	2	19	19	28	15	100

**Tableau 41. Les supports pédagogiques nécessaires pour la transmission des concepts sanitaires**

### **Les activités scolaires importantes pour transmettre les concepts sanitaires<sup>54</sup>**

18% des enseignants français jugent que les jeux éducatifs sont importants pour transmettre les concepts sanitaires aux enfants. 9% des enseignants français déclarent nécessaires l'atelier de cuisine et 9% la visite des lieux. 8% proposent de mettre en place de mini- débats avec les enfants. A ce propos Eveleigh & Tozzi (2002), trouvent que :

« Le débat, dans la mesure où il donne l'occasion à celui qui en est acteur d'aiguiser son sens du jugement, contribue sans aucun doute à la structuration identitaire de l'élève comme sujet. Ce dernier va en effet se retrouver confronté aux opinions des autres et va ainsi être amené à réfléchir et à faire évoluer ses propres représentations.» (Eveleigh & Tozzi, 2002, p.14).

En revanche 13% des enseignants syriens proposent de mettre l'accent sur les jeux de rôle. 22% sont distribués entre les chansons et les jeux éducatifs. 10% trouvent que le théâtre est nécessaire pour transmettre les concepts sanitaires. (Tab.42).

<sup>53</sup> Cf. Annexe 3, Question 2, p. 33.

<sup>54</sup> Cf. Annexe 3, Question 3, p. 34.

Les supports pédagogiques	Chansons	Jeux éducatifs	Mini débats	Jeux de rôle	Atelier de cuisine	Visite de lieux	Théâtre	Total
France	2	18	8	0	9	9	4	50
Syrie	11	11	0	13	1	4	10	50
Total	13	29	8	13	10	13	14	100

**Tableau 42. Les activités scolaires importantes pour transmettre les concepts sanitaires**

- **Propositions des enseignants pour développer l'utilisation des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires<sup>55</sup>**

Afin de développer l'utilisation des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires, 16% de la population française de l'enquête propose de travailler en petits groupes d'enfants pour bien montrer les supports aux enfants. 10% propose de faire la cuisine et 10% propose de répertorier et diffuser des listes de supports classées/par genre, thème.

14% propose de laisser un budget réservé à l'achat des supports pédagogiques et pour beaucoup de sorties et de visites d'usine. En revanche 21% de la population syrienne affirme que réserver un budget à l'achat des matériels est important. 11% propose la mise en place de locaux adaptés aux jeunes enfants. 16% sont partagés entre l'achat des jeux éducatifs concernant les concepts sanitaires et l'augmentation des sorties et des visites à l'usine. (Tab.43).

Les supports pédagogiques	Petits groupes d'enfants	Jeux éducatifs	Sortie visite d'usine	Locaux adaptés	Faire la cuisine	Liste des supports classés	Achat des matériaux	Sans réponse	Total
France	16	0	9	0	10	10	5	0	50
Syrie	0	8	8	11	0	0	16	7	50
Total	16	8	17	11	10	10	21	7	100

**Tableau 43. Propositions pour développer l'utilisation des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires**

<sup>55</sup> Cf. Annexe 3, Question 5, p. 34.

- **Les problèmes rencontrés concernant l'utilisation des supports pédagogiques**

### **Problèmes économiques<sup>56</sup>**

Les problèmes économiques que les enseignants évoquent dans l'utilisation des supports pédagogiques sont pour 52% de la population des deux pays le manque de budget nécessaire. 20% indiquent le manque de vidéo projecteur dans l'école. 12% affirment que la connexion d'internet n'existe pas dans l'école. 9% des enseignants syriens déclarent que leurs écoles manquent de vidéos. (Tab.44).

Problèmes économiques	Manque de budget nécessaire	Branchement internet	Manque vidéo projecteur	Manque audio vidéo	Sans réponse	Total
France	28	5	10	0	7	50
Syrie	24	7	10	9	0	50
Total	52	12	20	9	7	100

**Tableau 44. Problèmes économiques**

### **Problèmes administratifs<sup>57</sup>**

33% de notre échantillon trouvent que les problèmes administratifs qui empêchent l'utilisation des supports pédagogiques dans la classe sont les papiers à remplir pour les demandes de supports. 67% ne se prononcent pas quant aux problèmes administratifs. (Tab.45)

Problèmes administratifs	Beaucoup de papiers	Pas de réponse	Total
France	23	27	50
Syrie	10	40	50
Total	33	67	100

**Tableau 45. Problèmes administratifs**

### **Problèmes d'espace<sup>58</sup>**

15% des enseignants français affirment que les problèmes d'espace qui les empêchent d'utiliser les supports pédagogiques sont en premier lieu l'interdiction d'utiliser les espaces de

<sup>56</sup> Cf. Annexe 3, Question 4, p. 34.

<sup>57</sup> Cf. Annexe 3, Question 4, p. 34.

<sup>58</sup> Cf. Annexe 3, Question 4, p. 34.

restauration comme terrain d'expérimentation. En deuxième lieu, 12% trouvent que le travail sur l'équilibre alimentaire à la cantine est très complexe. En troisième lieu 10% trouvent que l'observation sur la nature pour amener les enfants à bien connaître les problèmes qui touchent la santé publique est difficile. D'autres problèmes comme le manque d'accès à des points d'eau et le manque de lieux adaptés et spacieux pour faire des expériences sur l'importance de l'eau et l'air ont été évoqués. Par contre 37% de la population syrienne trouve que le manque de lieux adaptés et spacieux pour faire des expériences et le manque d'accès à des points d'eau sont les plus dominants dans les écoles syriennes. 13% affirment que l'observation sur la nature est difficile. (Tab.46)

Problèmes d'espace	Difficile de faire l'observation sur la nature	Equilibre alimentaire dans la cantine est très complexe	Manque de lieux adaptés et spacieux	Manque d'accès à des points d'eau	Espace de restauration	Total
France	10	12	5	8	15	50
Syrie	13	0	19	18	0	50
Total	23	12	24	26	15	100

**Tableau 46. Problèmes d'espace**

### Problèmes de temps<sup>59</sup>

42% des enseignants français trouvent que les problèmes de temps concernent la préparation des cours assez longue et le manque de temps pour l'aide individuelle. 8% déclarent que le programme scolaire est trop chargé, c'est la raison pour laquelle ils utilisent rarement les supports pédagogiques. 17% des enseignants syriens déclarent que le programme scolaire est trop chargé. 33% trouvent que le temps n'est pas assez long pour la préparation des cours ainsi que pour l'aide individuelle. De plus chaque concept a besoin d'assez de temps pour être bien expliqué (Tab.47).

Problèmes de temps	Temps de préparation est assez long	Programme scolaire est trop chargé	Manque de temps pour l'aide individuelle	Temps imposé pour un concept est trop court	Total
France	28	8	14	0	50
Syrie	14	17	13	6	50
Total	42	25	27	6	100

**Tableau 47. Problèmes de temps**

<sup>59</sup> Cf. Annexe 3, Question 4, p. 34.

**Comparaison entre la France et la Syrie concernant les problèmes que les enseignants déclarent empêcher l'utilisation des supports pédagogiques pour enseigner les concepts sanitaires.**

Les problèmes rencontrés	France	Syrie
<b>Problèmes économiques</b>	28% manque de budget nécessaire 10% manque de vidéo projecteur 5% manque de connexion internet 7% sans réponse	24% manque de budget nécessaire 10% manque de vidéo projecteur 7% manque de connexion internet 9% manque d'audio vidéo
<b>Problèmes administratifs</b>	23% beaucoup de papiers  27% ne donnent aucune réponse	10% beaucoup de papiers qui empêchent l'utilisation des supports pédagogiques 40% sans réponse
<b>Problèmes d'espace</b>	15% manque d'espace de restauration 12% l'équilibre alimentaire dans la cantine est très complexe 10% l'observation sur la nature est difficile 8% manque d'accès à des points d'eau 5% manque de lieux adaptés et spacieux	- - 13% l'observation sur la nature est difficile 18% manque d'accès à des points d'eau 19% manque de lieux adaptés et spacieux
<b>Problèmes de temps</b>	28% temps de préparation des supports pédagogiques est assez long 14% le temps pour l'aide individuelle est assez court 8% programme scolaire est trop chargé -	14% temps de préparation des supports pédagogiques est assez long  13% le temps pour l'aide individuelle est assez court 17% programme scolaire est trop chargé  6% temps imposé pour un concept est très court

**Tableau 48. Comparaison entre la France et la Syrie concernant les problèmes que les enseignants déclarent empêcher l'utilisation des supports pédagogiques pour enseigner les concepts sanitaires.**

En ce qui concerne les problèmes rencontrés pour l'enseignement des concepts sanitaires, le tableau comparatif permet de constater que la réalité sur le terrain donne à voir des problèmes rencontrés autant dans la préparation des séquences que dans les possibilités économiques ou pratiques. En effet, les enseignants des deux pays se rejoignent pour pointer du doigt les mêmes problèmes.

Pour ce qui est des problèmes économiques, l'enseignant français comme l'enseignant syrien met en avant le manque de budget nécessaire, de vidéo projecteur et de branchement internet. Les nouvelles technologies doivent donc faire partie de l'enseignement selon les enseignants

et permettre de faciliter l'enseignement des concepts sanitaires. Pour ce qui est des problèmes administratifs, les enseignants s'accordent aussi pour parler de la quantité de papiers à remplir (plus de 20%) mais la majorité des enseignants syriens (70%) ne donnent pas de réponse quant à cette catégorie de problèmes. Ce qui laisse penser que ce n'est pas le problème primordial dans l'enseignement des concepts sanitaires.

Les problèmes d'espace permettent de regrouper les enseignants des deux pays. Les enseignants syriens comme les enseignants français soulignent les problèmes liés à l'observation sur la nature, l'accès à des points d'eau et au manque de lieux adaptés et spacieux. Les enseignants français y ajoutent les problèmes d'espace de restauration et d'équilibre alimentaire. Les enseignants dénoncent donc des problèmes pratiques dans la mesure où les élèves ne peuvent pas vraiment se repérer et rendre concrets leurs apprentissages au sein de l'école vu le manque de structures adéquates.

Pour les problèmes de temps aussi, les enseignants des deux pays se rejoignent et indiquent que le temps de préparation des supports pédagogiques est assez long, celui pour l'aide individuelle est assez court et le programme scolaire trop chargé. Les enseignants français sont plus nombreux pour dire que le temps de préparation des supports pédagogiques est long alors que les enseignants syriens indiquent en plus de ces problèmes un temps imposé trop court pour enseigner un concept.

La comparaison entre les deux pays pour les problèmes d'enseignement des concepts sanitaires montre que les enseignants syriens et les enseignants français ont la même opinion dans la pratique de cet enseignement et rencontrent les mêmes difficultés.

## **Synthèse**

Les résultats permettent d'apporter un élément de réponse à cette recherche et de comparer les pratiques d'enseignements des deux pays. Le questionnaire s'oriente autour de cinq grands axes qui rendent compte de la pratique pédagogique des enseignants des deux pays. Les enseignants des deux pays souhaitent une approche commune en ce qui concerne l'enseignement des concepts sanitaires : l'aide en petits groupes. Il semblerait qu'enseigner en petits groupes permette une meilleure acquisition des concepts grâce à une prise de parole plus élaborée tant au niveau de l'enseignement que des questions posées par les élèves. En ce sens, Aubert-Pérès & Vieuxloup (2003), affirment que le débat apparait de surcroit comme

une forme de travail qui prépare l'insertion sociale des apprenants. Cette forme crée un espace d'écoute, de respect mutuel, d'égalité et de tolérance lors des différentes interventions.

« Prendre la parole, organiser des débats en classe, c'est d'abord apprendre à travailler en groupe. (...) Travailler en petits groupes, c'est tendre vers l'acquisition d'habiletés sociales, socio-affectives comme la politesse, l'estime de soi, le respect des autres, l'encouragement de la curiosité, l'acceptation des différences individuelles (...) » (Aubert-Pérès & Vieuxloup, 2003, p.78).

La méthode que les enseignants déclarent adopter prend des chemins différents. Les supports pédagogiques sont bien acceptés et utilisés, cependant certains problèmes font surface dans leur transmission. Toutefois, des solutions sont proposées par les enseignants.

Les supports pédagogiques se révèlent utiles pour l'apprentissage des concepts sanitaires mais les contraintes rencontrées par les enseignants empêchent une bonne transmission.

Il existe une nette différence entre l'enseignement français et syrien. Pour le concept d'hygiène corporelle, les livres, affiches et matériels de classe seront utilisés en France alors qu'en Syrie, les élèves l'aborderont par les photos, chansons et contes. Nous retrouvons la même tendance pour les concepts d'hygiène alimentaire et les concepts environnementaux. Les enseignants français s'appuient fortement sur le matériel de classe et une utilisation plus importante des livres et de l'oral (chants, contes) pour les enseignants syriens.

Pour enseigner les concepts sanitaires, l'élève est mis au centre de l'apprentissage. L'élève, dans un tel exercice, est invité à considérer une situation sous différents angles, si bien « qu'il n'est plus un simple réceptacle d'informations; il participe à leur traitement et à leur expression ». (Ibid, p.16)

En effet, les forts pourcentages vont aux jeux éducatifs, aux jeux de rôle, au théâtre, à la cuisine. Mettre l'enfant en scène ou mettre en scène des personnages dans l'apprentissage des concepts sanitaires permet un plus grand impact sur des jeunes élèves, selon les enseignants. Il est évident que, mentalement parlant, l'enfant a plus de facilité à reproduire une action vue ou jouée plutôt que de mettre en pratique une simple recommandation abstraite pour son jeune esprit. Le côté ludique de l'apprentissage est mis en avant grâce aux chansons, aux contes et aux jeux éducatifs. Les enseignants savent que l'élève aura plus d'attention en participant à un jeu plutôt qu'à une leçon avec des mises en garde.

Les problèmes d'ordre technique sont aussi abordés par les enseignants qui déplorent un manque de budget, de matériel et d'accès aux endroits spécifiques aux concepts sanitaires afin de préparer au mieux les supports pédagogiques et les présenter aux enfants. Ainsi, accéder aux cuisines de l'école ou encore visiter une usine semble une activité importante aux yeux des enseignants afin que les élèves se rendent compte de l'acheminement de l'aliment vers son plat. A ce propos Salama (2002), affirme que les activités scolaires qui s'appuient sur l'observation et la découverte de l'environnement jouent un rôle important dans l'apprentissage des concepts surtout ceux qui sont en lien avec la santé publique.

Les supports pédagogiques sont donc bien acceptés et utilisés par les enseignants mais il reste des améliorations à faire dans leur conception et leur accessibilité. L'expérience et la formation restent des facteurs essentiels pour une utilisation et une conception optimales dans l'apprentissage des concepts sanitaires surtout auprès de jeunes élèves. Les solutions proposées vont dans ce sens puisque les enseignants insistent sur un budget plus adapté, plus de temps pour préparer les concepts ou encore le travail en petits groupes, ce qui facilite la communication entre élèves et enseignant.

## **L'impact des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires par les enfants**

**L'hypothèse générale sur laquelle est fondée cette recherche est la suivante :**

Dans les écoles maternelles de France et de Syrie, le niveau de compréhension des concepts sanitaires par des enfants en classe expérimentale (avec supports pédagogiques) est supérieur à celui des enfants dans la classe témoin (sans supports pédagogiques).

### **Plan expérimental**

Pour apprécier l'impact des supports, nous avons choisi deux classes par école, une classe témoin dans laquelle l'enseignant a fait les cours sans supports et une classe expérimentale où l'enseignement a été fait avec des supports pédagogiques. Cet impact a été mesuré au moyen de tests écrits destinés aux enfants des deux classes.

Les tests ont été distribués directement après la séance d'enseignement des concepts sanitaires. Chaque test comporte trois feuilles de travail et chaque feuille comprend une question à laquelle l'enfant doit répondre en utilisant des crayons de couleurs ou le crayon à papier.

Pour répondre à l'hypothèse, les tests « T de student » ont permis de comparer les moyennes des résultats des deux groupes et ainsi mesurer la différence entre les deux classes.

L'observation des moyennes des classes ainsi que l'écart-type est important afin d'illustrer nos propos (Kinnear & Gray, 2005). Les écarts-types présentent un intérêt non moindre en montrant les variations de notes à l'intérieur d'un même groupe. Plus l'écart est importante, plus les notes sont différentes à l'intérieur d'un échantillon et donc montrent une différence de compréhension pour les élèves lors des tests. Par contre l'utilisation du seuil de signification est importante pour appuyer les résultats des moyennes. Si le seuil est inférieur à 0.05, cela veut dire qu'il y a peu de chances pour qu'il y ait erreur au niveau de l'échantillonnage, alors on rejette l'égalité des moyennes ; et on accepte leur signification. Si le seuil est supérieur à

0.05, cela veut dire qu'il y a de fortes chances pour que l'échantillonnage soit sujet à une erreur et que les moyennes soient égales. Leur significative n'est alors pas retenue, et il faudra chercher les variables une à une pour expliquer l'interaction au niveau du groupe. (Stafford & Bodson, 2007).

### 1. L'analyse des tests des enfants syriens dans les deux classes

Les tableaux suivants présentent le nombre d'enfants syriens dans les deux classes, et les enfants qui ont répondu aux mêmes tests à la fin de l'enseignement de chaque concept sanitaire.

#### L'hygiène corporelle chez les enfants syriens

Les moyennes et l'écart-type réalisés sur les tests des enfants dans les deux classes après l'enseignement du concept «l'hygiène corporelle» montrent qu'il y a une différence statistiquement significative<sup>60</sup> entre les performances des enfants des deux groupes. La moyenne des résultats aux tests réalisés par les enfants dans les classes expérimentales est supérieure à 9,4 et l'écart-type est 1.06 contre 5,5 pour la moyenne des notes des résultats dans les classes témoin avec l'écart-type de 3.08. Les enfants qui apprennent le concept d'hygiène corporelle avec les supports pédagogiques ont obtenu des notes supérieures.

Ces résultats viennent corroborer ceux des travaux de Syam (2000), qui ont montré l'impact de l'utilisation des dessins et des couleurs dans l'apprentissage de l'hygiène à l'école maternelle. (Tab, 49).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	164	9.4390	1.06934	.08350
Témoin	170	5.5176	3.08503	.23661

Tableau 49. L'hygiène corporelle chez les enfants syriens

#### L'hygiène alimentaire chez les enfants syriens

En ce qui concerne l'apprentissage de «l'hygiène alimentaire» les moyennes des résultats aux tests des enfants dans les deux classes montrent une différence avec une moyenne de 8.41 et un écart-type de 1.91 pour la classe expérimentale contre une moyenne de 6.50 et un écart-type de 3.04 pour la classe témoin. La différence est statistiquement significative<sup>61</sup>.

<sup>60</sup> Cf. Annexe 6, T1, p.67.

<sup>61</sup> Cf. Annexe 6, T2, p.67.

Dans la classe expérimentale, les enfants ont pu manipuler les photos des histoires ainsi que les objets utiles au concept de l'hygiène alimentaire (fruits en plastique) contrairement à la classe témoin qui n'avait pas ces supports. Ces résultats corroborent ceux de travaux de Kalache (2000), qui ont montré que les enfants dans la classe expérimentale apprennent les concepts spatiaux en utilisant les supports et en jouant (Tab, 50).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	164	8.4146	1.91508	.14954
Témoin	170	6.5030	3.04162	.23397

**Tableau 50. L'hygiène alimentaire chez les enfants syriens**

### Le concept d'eau chez les enfants syriens

Le tableau ci-dessous montre une différence entre les enfants des deux classes avec une moyenne de 8.70 et l'écart-type de 1.93 contre une moyenne de 6.40 et l'écart-type de 2.84 pour le groupe témoin. Cette différence est statistiquement significative<sup>62</sup>. Les résultats des enfants dans les classes expérimentales sont supérieurs aux résultats des enfants dans les classes témoins. Cela permet de justifier que les supports pédagogiques ont facilité l'apprentissage de ce concept.

L'élève connaît certes déjà l'eau mais ici dans l'enseignement, il prend conscience de son utilisation et de la manière de l'utiliser. « L'enfant apprend ce qui est en lien avec son environnement par le biais des supports pédagogiques existant dans l'environnement qui l'entoure ». (Dyasi, 1981, p.25) (Tab, 51).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	164	8.7012	1.93191	.15086
Témoin	170	6.4000	2.84595	.21827

**Tableau 51. Le concept d'eau chez les enfants syriens**

### Le concept de l'air chez les enfants syriens

Les moyennes des résultats des tests montrent une différence entre les deux groupes avec une moyenne de 8.30 et l'écart-type de 2.12 contre une moyenne de 6.80 et l'écart-type de 2.58 pour la classe témoin. La différence est statistiquement significative<sup>63</sup>. Cela montre l'avancement des résultats des enfants dans le groupe expérimental sur leurs camarades du groupe témoin sans supports pédagogiques.

<sup>62</sup> Cf. Annexe 6, T3, p.68.

<sup>63</sup> Cf. Annexe 6, T4, p.68.

Un concept aussi abstrait que l'air, traité en maternelle, demande un enseignement approprié. Grâce aux supports qui sont le livre, l'histoire et les photos, les objets (bouteille, ballon, eau chaude), les élèves ont appris plus facilement ce concept sanitaire.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	164	8.3049	2.12314	.16579
Témoin	170	6.8000	2.58489	.19825

**Tableau 52. Le concept de l'air chez les enfants syriens**

### Le concept du bruit chez les enfants syriens

Les moyennes des résultats aux tests concernant le concept du bruit montrent une différence entre les deux groupes, (moyenne est de 7.51 et l'écart-type de 2.05 contre une moyenne de 6.09 et l'écart-type de 2.31 pour le groupe témoin). La différence n'est pas statistiquement significative  $0.61 > 0.05^{64}$ . Ce concept est présent dans la vie quotidienne des enfants des deux classes. (Tab, 53).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	164	7.5122	2.05593	.16054
Témoin	170	6.0941	2.31856	.17783

**Tableau 53. Le concept du bruit chez les enfants syriens**

### Le concept des animaux chez les enfants syriens

Les moyennes des résultats montrent la différence entre les deux groupes. Cette moyenne est de 8.4 avec l'écart-type de 1.93 contre une moyenne de 6.3 avec un écart-type de 2.29 pour le groupe témoin. La différence est statistiquement significative<sup>65</sup>, donnant l'avantage aux enfants de la classe expérimentale avec (supports pédagogiques) dans l'apprentissage du concept « les animaux ».

Grâce aux supports (dessin, photos, étiquette, magazines Wakou, Wapiti, affiche, animaux en plastique), les élèves ont pu mieux comprendre ce concept (Tab, 54).

<sup>64</sup> Cf. Annexe 6, T5, p.69.

<sup>65</sup> Cf. Annexe 6, T6, p.69.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	164	8.4085	1.93709	.15126
Témoin	170	6.3176	2.29335	.17589

**Tableau 54. Le concept des animaux chez les enfants syriens**

### Le concept des plantes chez les enfants syriens

En ce qui concerne le concept « des plantes », les résultats de deux groupes montrent une différence avec une moyenne de 8.1 et l'écart-type de 1.89 contre une moyenne de 6.9 et l'écart-type de 2.13 pour le groupe témoin. La différence n'est pas statistiquement significative,  $0.52 > 0.05^{66}$ . L'effet des supports pédagogiques est faible par rapport au concept des plantes (Tab, 55).

Les enfants apprennent à connaître le cycle de vie d'une plante (comprendre le principe de germination d'une plante), à connaître les besoins nutritifs des végétaux. Les supports qui sont utilisés (photos, dessins, étiquettes et matériels de classe). Ce concept a besoin d'enseignement plus approfondi. Cela démontre que l'effet des supports utilisés est faible par rapport à ce concept.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	164	8.1293	1.89966	.14834
Témoin	170	6.9241	2.13077	.16342

**Tableau 55. Le concept des plantes chez les enfants syriens**

### Synthèse

Les principaux résultats permettent de constater que les enfants de la classe expérimentale obtiennent de meilleurs résultats aux tests que ceux de la classe témoin. Non seulement les résultats sont toujours supérieurs à ceux de la classe témoin mais les écarts sont significatifs, particulièrement pour les concepts « hygiène, alimentation, eau, air et animaux ».

Pour les concepts « le bruit et les plantes », la différence entre les moyennes aux tests des enfants n'est pas significative. Cela peut s'expliquer par le fait que ce sont des concepts abstraits auxquels les enfants ne sont pas toujours confrontés. Bien que le bruit soit présent dans leur quotidien, il reste que ce n'est pas un phénomène sur lequel ils s'attardent, étant donné que le bruit est souvent créé par l'enfant même lors des jeux. Cela peut poser problème

<sup>66</sup> Cf. Annexe 6, T7, p.70.

au niveau de la compréhension des différents niveaux de bruits. De même, les plantes sont présentes pour l'enfant mais il n'en comprend pas encore l'importance et le statut d'être vivant. Il sait les regarder mais connaître leur importance relève d'un enseignement plus approfondi.

Les écarts-types sont plus significatifs pour tous les autres concepts. Il s'agit de concepts que les enfants rencontrent quotidiennement et pour lesquels ils sont rappelés à l'ordre même si cela n'est pas concret ; que ce soit au niveau de l'hygiène avec les leçons des parents ou au niveau d'un concept abstrait comme l'air lorsqu'on dit à l'enfant de se protéger du froid, l'enfant entend souvent parler de ces concepts. Il lui est plus facile de faire le lien avec ce que l'enseignant dit en classe lorsqu'il aborde ces thèmes.

Il est juste alors de dire que les supports pédagogiques présentent un intérêt pédagogique non négligeable, l'enfant prend alors le temps de poser des mots et des images sur ce qu'il apprend.

## **2. L'analyse des tests des enfants français dans les deux classes**

Les tableaux ci-dessous présentent le nombre d'enfants français qui ont appris les concepts sanitaires, soit avec les supports pédagogiques (classes expérimentales), soit sans supports dans (classes témoin). À la fin de l'apprentissage, des tests d'évaluation ont été distribués aux enfants des deux classes.

### **Le concept de l'hygiène corporelle chez les enfants français**

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la différence entre les moyennes des performances en fonction du groupe. La différence de performance entre les deux groupes n'est pas significative ( $0.90 > 0.05^{67}$ ).

Les enfants apprennent quelques règles d'hygiène, ils connaissent les rythmes de vie et des règles d'hygiène dans des situations concrètes. Prendre en charge de manière autonome des soins d'hygiène. Les enfants français ont un rapport direct avec l'hygiène à l'intérieur de l'école et de la collectivité. Les supports pédagogiques ne sont pas un facteur déterminant dans l'apprentissage du concept « l'hygiène corporelle ». (Tab, 56).

---

<sup>67</sup> Cf. Annexe 7, T1, p.72.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	176	8.4345	2.03910	.15370
Témoin	176	7.1282	2.01149	.15185

**Tableau 56. Le concept de l'hygiène corporelle chez les enfants français**

### Le concept de l'hygiène alimentaire chez les enfants français

Le tableau ci-dessous montre une différence entre les moyennes de la performance des enfants des deux groupes. Cette différence est statistiquement significative<sup>68</sup>. L'apprentissage de ce concept a été facilité pour les classes expérimentales. Les supports pédagogiques ont favorisé la mémoire visuelle chez les enfants. (Tab, 57).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	176	8.6386	2.01136	.15161
Témoin	176	6.2580	2.66453	.20085

**Tableau 57. Le concept de l'hygiène alimentaire chez les enfants français**

### Le concept de l'eau chez les enfants français

Les moyennes de la performance des enfants aux tests montrent une différence au niveau des groupes. La différence est statistiquement significative<sup>69</sup>. Les supports pédagogiques ont joué un rôle dans la compréhension de ce concept (Tab, 58).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	176	8.7386	1.62125	.12221
Témoin	176	6.2295	2.62394	.19779

**Tableau 58. Le concept de l'eau chez les enfants français**

### Le concept de l'air chez les enfants français

Il en ressort de tableau ci-dessous, que les moyennes des résultats aux tests des enfants concernant le concept l'air sont différentes. La différence est statistiquement significative.<sup>70</sup> Les enfants qui apprennent ce concept avec les supports pédagogiques ont obtenu des notes supérieures. (Tab, 59).

<sup>68</sup> Cf. Annexe 7, T2, p.72.

<sup>69</sup> Cf. Annexe 7, T3, p.73.

<sup>70</sup> Cf. Annexe 7, T4, p.73.

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	176	8.7557	1.54271	.11629
Témoin	176	6.0511	2.51003	.18920

**Tableau 59. Le concept de l'air chez les enfants français**

### Le concept du bruit chez les enfants français

A la lumière des résultats du tableau ci-dessus, il y a une différence entre les deux groupes. Cette différence est statistiquement significative,<sup>71</sup> pouvant que les enfants dans la classe expérimentale ont obtenu des meilleurs résultats durant l'enseignement de ce concept (Tab, 60).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	176	8.3750	1.89020	.14248
Témoin	176	6.4659	2.56771	.19355

**Tableau 60. Le concept du bruit chez les enfants français**

### Le concept des animaux chez les enfants français

Les moyennes des résultats dans le concept des animaux confirment la différence entre les deux groupes. Cette différence est statistiquement significative<sup>72</sup>. L'apprentissage du concept animal avec les supports pédagogiques a eu un impact dans la classe expérimentale qui a un meilleur résultat que la classe témoin (Tab, 61).

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	176	8.7500	1.80634	.13616
Témoin	176	6.1875	2.34559	.17681

**Tableau 61. Le concept des animaux chez les enfants français**

### Le concept des plantes chez les enfants français

En ce qui concerne l'apprentissage du concept « des plantes », La moyenne des résultats aux tests des enfants est différente. La différence est statistiquement significative<sup>73</sup>. Donnant l'avantage aux enfants de la classe expérimentale avec des « supports pédagogiques » (Tab, 62).

<sup>71</sup> Cf. Annexe 7, T5, p.74

<sup>72</sup> Cf. Annexe 7, T6, p.74

<sup>73</sup> Cf. Annexe 7, T7, p.75

Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Expérimental	176	8.6818	1.37359	.10354
Témoin	176	6.4195	2.53308	.19094

**Tableau 62. Le concept des plantes chez les enfants français**

### Synthèse

L'interprétation des résultats montre qu'une différence apparaît au niveau de l'apprentissage des concepts sanitaires avec l'appui des supports pédagogiques. Pour tous les tests, la moyenne des classes expérimentales est supérieure à celle des classes témoins. Pour le concept « l'hygiène corporelle », la différence de performance n'est pas statistiquement significative et donc le rôle des supports pédagogiques a été moindre. En effet, l'écart type est sensiblement le même pour ce concept donc, les notes sont aussi dispersées dans un groupe que dans l'autre.

Même si les moyennes sont parfois proches pour tous les autres concepts, l'écart-type qui est plus faible dans les classes expérimentales ; ce qui montre que les notes sont plus homogènes dans ce groupe que dans les classes témoins.

Ces résultats vont dans le sens d'un impact au niveau de l'enseignement des concepts sanitaires et du recours aux supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires en école maternelle en France.

Au sein d'un même pays les effets des supports pédagogiques ont été constatés. Passons maintenant à la comparaison entre la Syrie et la France. Dans un premier temps, la comparaison sera faite entre les groupes expérimentaux en France et en Syrie et dans un deuxième temps, entre les moyennes des groupes témoins dans les deux pays.

### 3. L'analyse des tests des enfants dans les classes expérimentales dans les deux pays

Cette analyse présente la comparaison entre les enfants dans les classes expérimentales en Syrie et en France qui ont appris les concepts sanitaires avec les supports pédagogiques.

### Synthèse

Les principaux résultats après l'analyse des tests des enfants dans les classes expérimentales dans les deux pays permettent de constater que les groupes expérimentaux en France et en

Syrie ont fourni des résultats proches et assez semblables même si parfois les écarts-types sont plus importants dans un pays que dans l'autre.

En ce qui concerne l'apprentissage de l'hygiène corporelle, les moyennes des groupes expérimentaux que ce soit en France ou en Syrie ne présentent pas de grande différence 9.43 (Syrie) contre 8.45 (France)<sup>74</sup>. Notons une différence entre les écarts-type avec une grande disparité pour le groupe français. Ce qui montre que le rôle des supports pédagogiques a été plus significatif pour les classes expérimentales syriennes que pour les classes françaises.

D'autre part, les moyennes des résultats aux tests des enfants à l'égard de l'apprentissage du concept « bruit » ont montré un progrès pour les enfants français que les enfants syriens 8.37 (France) contre 7.51 (Syrie)<sup>75</sup>. En plus, une différence entre les écarts-types avec une grande disparité pour le groupe syrien. Ce qui explique l'effet des supports pédagogiques dans l'apprentissage du concept bruit chez les classes expérimentales françaises plus que les classes expérimentales syriennes. N'oublions pas toutefois que la France présente 12 élèves de plus en effectif que la Syrie, ce qui peut expliquer la différence dans les écarts-types.

Pour les autres concepts « l'hygiène alimentaire, l'eau, l'air, les animaux et les plantes » les moyennes aux tests des enfants sont très proches, cela montre que la performance est identique entre la France et la Syrie.

Les supports pédagogiques présentent un impact important et sont utiles dans l'enseignement des concepts sanitaires. Cela nous permet de dire que les résultats des classes expérimentales en France et en Syrie sont sensiblement les mêmes. Ce qui indique qu'il n'y a pas de différence entre les classes expérimentales des deux pays.

Les groupes expérimentaux ont fourni des résultats proches et assez semblables même si parfois les écarts-types sont plus importants dans un pays que dans l'autre. N'oublions pas toutefois que la France présente 12 élèves de plus en effectif que la Syrie, ce qui peut expliquer la différence dans les écarts-types.

Les supports pédagogiques présentent un impact important et sont utiles dans l'enseignement des concepts sanitaires. Cela nous permet de dire que les résultats des classes expérimentales en France et en Syrie sont sensiblement les mêmes. Ce qui indique qu'il n'y a pas de différence entre les classes expérimentales des deux pays.

---

<sup>74</sup> Cf. Annexe 9, p.103

<sup>75</sup> Cf. Annexe 9, p.103-104

#### 4. L'analyse des tests des enfants dans les classes témoins dans les deux pays

Cette analyse permet de comparer les moyennes des résultats aux tests des enfants dans les classes témoin en Syrie et en France, qui ont appris les concepts sanitaires de façon traditionnelle sans supports pédagogiques. Sachant que ces groupes d'enfants ont répondu aux mêmes tests que les groupes expérimentaux.

##### Synthèse

Les résultats pour les groupes témoins dans chaque pays ont été analysés. Les deux groupes ont fourni des résultats proches dans tous les concepts ainsi que des écarts-types semblables et importants. Nous avons observé une grande dispersion des notes selon les concepts.

Les concepts « l'hygiène corporelle et l'hygiène alimentaire »<sup>76</sup> ont posé plus de problèmes au groupe témoin syrien, avec des écarts-types qui sont plus importants, qui pose problème pour la France, c'est le concept « hygiène alimentaire ». Il semblerait que le concept d'hygiène soit moins perceptible pour les groupes témoins car il passe par l'éducation et par la répétition des gestes.

Effectivement, les résultats sont presque similaires,<sup>77</sup> ce sont les explications du professeur qui ont permis aux élèves de comprendre les concepts sanitaires. Pour cela, les enseignants ont dû faire une préparation conséquente, ce qui implique peut être une expérience et un degré scientifique notables afin que les élèves puissent assimiler des concepts aussi abstraits.

Pour constater que les supports pédagogiques ne sont pas les seuls facteurs qui ont un impact et qu'il y a d'autres paramètres qui en jeu; deux variables sont proposées afin de tester leur effet sur l'hypothèse générale.

**Rappel de l'hypothèse générale :** Dans les écoles maternelles de France et de Syrie, le niveau de compréhension des concepts sanitaires par des enfants en classe expérimentale (avec supports pédagogiques) est supérieur à celui des enfants dans la classe témoin (sans supports pédagogiques).

**VC1 :** L'expérience des enseignants dans l'enseignement

---

<sup>76</sup> Cf. Annexe 9, p.106

<sup>77</sup> Cf. Annexe 9, p.106-107

## VC2 : Le niveau scientifique des enseignants

Pour tester l'effet de deux variables, les différents facteurs et les seuils de signification sont présentes dans le tableau tests des effets fixes de type III, afin de connaître l'impact des variables « niveau scientifique des enseignants et leur expérience dans l'enseignement » à l'intérieur des groupes, des pays et des concepts et au niveau de l'interaction de ces variables avec le groupe\*pays\* concept\*.

### **5. L'effet du variable niveau scientifique des enseignants sur l'apprentissage des concepts sanitaires.**

Le tableau ci-dessous montre les effets principaux ; il y a 4 facteurs, (pays, concept, groupe et niveau scientifique) et tous sont statistiquement significatifs, sauf le facteur pays. Ce qui indique que ce facteur ne présente pas de particularité pour l'utilisation des supports pédagogiques dans l'enseignement des concepts sanitaires. Cela veut dire que dans les deux pays, les conditions d'enseignement étaient les mêmes : que ce soit au niveau de la gestion de la classe, du local etc... D'autre part, les mêmes supports et le même guide sont mis à la disposition des enseignants des deux pays pour enseigner les concepts sanitaires, mais au niveau de l'interaction, le facteur pays est statistiquement significatif dans l'expérience à deux facteurs (pays\*concept, pays\*groupe), à trois facteurs (pays\*concept\*groupe) et à quatre facteurs (pays\*concept\*groupe\*niveau scientifiques). Cela signifie que le facteur pays n'est pas un facteur déterminant dans l'apprentissage des concepts sanitaires, mais qu'il peut entrer en considération selon le niveau scientifique des enseignants et selon la différence culturelle entre les deux pays.

De plus, dans ce tableau, toutes les interactions sont significatives, la dernière ligne, « Pays\*Concept\*Groupe\*Niveau scientifique », est celle qui nous intéresse le plus.

Nous constatons que le niveau scientifique des enseignants a joué un rôle important avec les supports dans les classes expérimentales ainsi que dans les classes témoin sans supports, cela indique l'effet de cette variable sur les résultats des enfants dans les deux classes des deux pays (Tab, 63).

## Tests des effets fixes de type III

Source	Numérateur	Dénominateur		F	Sig.
	ddI	DdI			
Constante	1	675.000		5681.540	.000
Pays	1	675.000		.124	.725.
Concept	6	4086.000		4.990	.001
Groupe	1	675.000		228.242	.000
Pays*Concept	6	4086.000		275.725	.000
Pays*Groupe	1	675.000		4.870	.004
Concept*Groupe	6	4086.000		3.413	.002
Pays*Concept*Groupe	6	4086.000		6.034	.000
Niveau scientifique	2	675.000		2.752	.002
Pays* Niveau scientifique	1	675.000		3.118	.003
Concept* Niveau scientifique	12	4086.000		2.285	.000
Groupe* Niveau scientifique	2	675.000		.578	.000
Pays*Concept* Niveau scientifique	6	4086.000		2.434	.000
Pays*Groupe* Niveau scientifique	1	675.000		.482	.003
Concept*Groupe* Niveau scientifique	12	4086.000		3.109	.001
Pays*concept*Groupe* Niveau scientifique	6	4086.000		3.489	.005

Tableau 63. Niveau scientifique présente dans le tableau récapitulatif de l'ANOVA à 4 facteurs

### L'effet de variable expérience des enseignants sur l'apprentissage des concepts sanitaires.

Le tableau suivant montre les effets principaux des 4 facteurs (Pays, concept, groupe et l'expérience des enseignants) ainsi que l'interaction de ces facteurs. Nous observons qu'il y a des effets principaux significatifs pour tous les facteurs sauf le facteur pays mais au niveau de l'interaction, le facteur pays joue un rôle important dans l'apprentissage des concepts sanitaires selon les concepts et les groupes.

L'interaction à quatre facteurs ou à quatre voies dans la dernière ligne (pays\*concept\*groupe\*expérience) présente un intérêt en ce qui concerne l'expérience des enseignants. Cela signifie que la variable expérience des enseignants a un effet positif dans l'apprentissage des concepts sanitaires selon les groupes, les concepts et les pays. Ce qui

indique l'effet de cette variable sur les résultats des enfants dans les deux classes des deux pays (Tab, 64).

Source	Numérateur	Dénominateur	F	Sig.
	ddI	ddI		
Constante	1	674.000	9600.452	.000
Pays	1	674.000	3.306	.069
Concept	6	4044.000	2.773	.000
Groupe	1	674.000	228.242	.000
Pays*Concept	6	4044.000	2.530	.001
Pays*Groupe	1	674.000	4.033	.004
Concept*Groupe	6	4044.000	3.079	.000
Pays*Concept*Groupe	6	4044.000	3.080	.005
Expérience	3	674.000	9.899	.003
Pays*Expérience	3	674.000	2.949	.000
Concept*Expérience	18	4044.000	4.246	.000
Groupe*Expérience	2	674.000	9.787	.000
Pays*Concept*Expérience	18	4044.000	2.434	.001
Pays*Groupe*expérience	1	674.000	5.934	.003
Concept*Groupe*Expérience	12	4044.000	2.828	.001
Pays*concept*Groupe*Expérience	6	4044.000	1.334	.004

**Tableau 64. Expérience des enseignants présente dans le tableau récapitulatif de l'ANOVA à 4 facteurs**

### Synthèse

Suite à cette analyse, il apparaît que les variables « niveau scientifique » et « expérience » des enseignants ont effectivement un impact sur l'apprentissage des concepts sanitaires. Les supports pédagogiques sont nécessaires pour la compréhension des concepts sanitaires chez les élèves mais la connaissance, l'appropriation et l'utilisation de ces supports demandent un niveau scientifique et une expérience réelle afin d'avoir de meilleurs résultats au niveau des apprentissages des élèves. En effet, présenter un support, l'utiliser ou l'introduire au bon moment, savoir rebondir sur les questions des enfants, leur expliquer à quoi cela sert et comment l'utiliser dans la séance d'apprentissage sont des compétences que l'enseignant acquiert avec l'expérience et l'apport de la formation théorique en amont de sa pratique.

En isolant les variables une à une, les tableaux synthétiques présentés montrent que les variables scientifique et l'expérience sont significatives dans l'apprentissage des concepts sanitaires. Pour la majorité des enseignants des deux pays, l'échantillon présentait un niveau licence ainsi que 3 à 5 ans d'expérience pour des enseignants des deux pays. Ces variables ont donc joué un rôle important dans l'apprentissage des concepts sanitaires.

Les effets de ces variables (niveau scientifique et expérience) affirment l'hypothèse générale selon laquelle les résultats des classes expérimentales utilisant les supports pédagogiques, impliquant leur bonne utilisation grâce à l'expérience et au niveau scientifique des enseignants, sont supérieurs aux classes témoins sans supports pédagogiques.

## Synthèse et conclusion générale

L'éducation à la santé est une question vive qui anime les conversations plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'enseigner ce thème à l'école. Cette thèse se donne pour but de préciser le rôle des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires. L'approche se fait de manière interdisciplinaire en convoquant les sciences de l'éducation, la santé, la biologie pour les informations scientifiques sur l'enseignement des concepts sanitaires tels que l'eau, l'air, les animaux et les plantes et la sociologie pour le développement des compétences sociales.

Trois grandes parties, en plus d'une présentation générale introductive, ont composé cette recherche. Le sujet traité a été déterminé et encadré dès la présentation générale dans laquelle l'annonce des objectifs de travail a été faite.

La première partie est consacrée à l'approche théorique de cette recherche. Dans le premier chapitre une présentation de la différence entre l'éducation à la santé et *pour* la santé ; la première notion existe dans le champ scolaire, la deuxième dans le domaine de santé publique. La circulaire du 24 novembre 1998, parue au Bulletin officiel n°43, représente un texte fondateur dans le domaine de l'éducation à la santé à l'école. Ce domaine est donc pris en compte par l'Education Nationale afin de permettre aux enfants d'accéder à des connaissances sanitaires. Les recherches dans le domaine de l'éducation à la santé présentent la complexité de l'enseignement de la santé étant donnée la diversité des cadres de références, des problématiques et des modalités de traitement. Le manque de formation des enseignants est à déplorer. Il est nécessaire de travailler en amont sur les représentations des enseignants afin que s'opère au mieux la transposition didactique des savoirs à enseigner en savoirs enseignés en classe.

Le deuxième chapitre s'intéresse prioritairement aux savoirs et à leur appropriation par les élèves. La première transposition, opérée par les spécialistes de la commission nationale des programmes, vise à la transformation des savoirs et des pratiques savantes en programmes scolaires; la seconde, opérée par l'enseignant, consiste en la transformation des programmes en contenus effectifs d'enseignement.

La dernière étape est le processus d'apprentissage qui concerne la construction des savoirs et des compétences dans l'esprit des élèves.

Ces trois actants du système didactique entretiennent évidemment des relations entre eux. Elles vont conditionner des heuristiques selon trois approches disciplinaires à la fois distinctes et complémentaires, une approche épistémologique : l'axe Savoir-Enseignant, une autre psychologique : axe Enseignant-Élève et une dernière pédagogique : axe Élève-Savoir.

L'ensemble du contenu du programme scolaire dans les deux pays (France, Syrie) a été analysé dans le troisième chapitre. Cette analyse a permis de déterminer les fréquences des concepts sanitaires afin de connaître la place de l'éducation à la santé dans les deux programmes. L'enseignement des concepts sanitaires se retrouve dans les programmes scolaires syrien et français. Pour pouvoir comparer les pratiques et surtout l'utilisation des supports pédagogiques pendant l'enseignement de ces concepts, un rapprochement des thèmes retrouvés et leur fréquence dans le programme a été effectué. Les programmes scolaires accordent une place importante à ces concepts dans la mesure où le jeune élève découvre le monde dans lequel il vit à l'école maternelle. Il est vrai que les deux pays présentent différemment les concepts sanitaires et n'abordent pas les thèmes de la même manière. Toutefois, les concepts sanitaires sont une réalité prise en compte et les ministères des deux pays incitent à la mise en place de cet enseignement dès le plus jeune âge. Les concepts sanitaires sont importants pour développer la conscience du jeune enfant par rapport à sa santé et ainsi prendre les bonnes habitudes.

Le quatrième chapitre de cette thèse est consacré aux supports pédagogiques dans l'enseignement, ces supports défini comme des moyens qui doivent aider l'enseignant à transmettre les contenus de son enseignement. Pour éviter qu'ils ne deviennent un obstacle, au lieu d'un support, il est impératif de connaître leurs avantages, leurs inconvénients et leurs limites.

Les outils déjà élaborés ne sont pas des référentiels, ils ne dispensent en aucun cas l'enseignant de la réflexion pédagogique et de la construction de ses interventions. Ils ne sont donc pas à considérer comme des carcans, mais bien comme

-des moyens d'illustration,

-des moyens d'animations,

-des moyens qui aident à la compréhension de leurs cours.

Différents types de supports didactiques sont proposés aux enseignants qui peuvent les utiliser pendant l'enseignement des concepts sanitaires. Le tableau effaçable (blanc / noir) a été retenu ainsi que les dessins, les contes, les transparents.

Malgré leurs importances et leurs utilisations dans l'enseignement, ces supports présentent des avantages et des inconvénients confirmés par l'expérience.

La deuxième partie annonce les questions et les hypothèses de cette thèse. Ainsi cette partie est consacrée à la présentation méthodologique. Grâce à une méthodologie exhaustive les grandes lignes ont été déterminées dans cette partie afin d'organiser le travail sur le terrain.

La dernière partie s'intéresse au travail sur le terrain et comprend deux sections : la première section définir le questionnaire adressé aux enseignants.

Nous avons établi une présentation de nos résultats des 100 questionnaires recueillis dans les deux pays. L'interprétation et le traitement ont été effectués afin de faire la comparaison entre la France et la Syrie concernant :

- Les méthodes d'enseignement des concepts sanitaires
- Le point de vue des enseignants sur l'utilisation des supports pédagogiques dans l'enseignement des concepts sanitaires
- Les difficultés qui freinent cette utilisation

A la fin de cette première section, des propositions ont été faite par les enseignants pour améliorer l'apprentissage des concepts sanitaires (*le travail en petits groupes d'enfants permet d'obtenir un impact lors des enseignements*).

Les données recueillies ont permis de mettre en relief les problèmes liés à l'utilisation des supports pédagogiques dans l'enseignement des concepts sanitaires mais aussi les solutions proposées par les enseignants.

Ces derniers évoquent le temps de préparation des séquences, les problèmes administratifs rencontrés ou encore le manque de possibilité de mise en pratique sur le terrain par l'absence ou le peu d'exploitation des moyens matériels.

Les enseignants ne sont donc pas réticents à l'utilisation des supports mais préféreraient un budget adapté et plus de temps pour préparer les séances ou encore un travail en petit groupes pour une meilleure exploitation des outils proposés. La communication est mise en avant afin de faire participer le plus possible l'élève, grâce aux activités qui sont mises en place telles

que les jeux éducatifs, les jeux de rôle, le théâtre ou faire la cuisine qui ont révélé de forts pourcentages dans les analyses des questionnaires.

Les enseignants syriens et français se distinguent aussi par la nature des supports pédagogiques qu'ils utilisent selon le concept étudié. Les enseignants syriens déclarent utiliser les livres et le langage oral (chants, contes) alors que les enseignants français s'appuient d'avantage sur le matériel de classe. Les enseignants français et syriens se sont donc prononcés sur l'utilisation des supports pédagogiques et les solutions qu'ils pensent favorables pour une meilleure adaptation des supports sur l'enseignement des concepts sanitaires

La deuxième section a porté sur le traitement des tests des enfants afin de savoir l'impact des supports pédagogiques dans l'enseignement des concepts sanitaires.

Les résultats obtenus par les enfants aux tests écrits dans les deux classes des deux pays ont montré que les groupes expérimentaux ont des résultats sensiblement identiques lors de la passation des tests bien que les écart-types soient différents selon le pays. Les supports pédagogiques ont donc eu un impact sur l'apprentissage des concepts sanitaires dans ces groupes. Cela permet de dire que les résultats des classes expérimentales en France et en Syrie sont sensiblement les mêmes.

Les résultats pour les groupes témoins sont proches pour l'apprentissage des concepts sanitaires avec des écart-types importants à l'intérieur des groupes. Les résultats aux tests montrent que l'apprentissage des concepts sanitaires a été plus difficile sans supports pédagogiques. L'enseignement des concepts abstraits est plus délicat à aborder lorsqu'il n'y pas d'exemple sous forme de supports. Cela explique les différences des notes à l'intérieur des groupes témoins qui ont bénéficié de l'enseignement sans supports pédagogiques. On constate que les résultats des classes témoins des deux pays ne sont pas différents.

Les variables « niveau scientifique et expérience » des enseignants et leur interaction avec les groupes\*concepts\*pays\* ont été analysés afin de mesurer leur impact dans l'enseignement des concepts sanitaires. Il est apparu que ces variables ont joué un rôle dans l'apprentissage des concepts sanitaires. La majorité des enseignants présentent un niveau licence ainsi que 3 à 5 ans d'expérience dans les deux pays. L'enseignant qui possède une plus grande expérience et un rapport théorique utilise de manière optimale les supports pédagogiques afin de mener au mieux sa séance d'apprentissage et avoir plus d'impact au niveau de la représentation, de l'appropriation et de la compréhension des élèves en ce qui concerne les concepts sanitaires.

Les résultats confirment les études antérieures dans la mesure où les supports pédagogiques se sont révélés être une aide pour l'enseignement et l'apprentissage des concepts sanitaires.

« Le support est un outil pédagogique, associé à une démarche et élaboré dans le but d'aider ou d'accompagner « un » public à comprendre, à apprendre ou à travailler...C'est donc un outil au service de la pédagogie, c'est-à-dire -plus modestement- au service de ceux qui apprennent ou de ceux qui les aident à apprendre (formateurs, enseignants, tuteurs, parents, collègues... ». (Kalache, 2000, p 35).

En revanche, les résultats de cette étude sont différents car il s'agissait d'étudier l'enseignement des concepts sanitaires, alors que les autres études précédentes ont porté sur les thèmes. De plus, cette recherche s'est focalisée sur l'école maternelle et non pas les autres niveaux mis en avant dans les études antérieures. L'âge de la maternelle est un âge de découverte, les supports pédagogiques sont mieux accueillis par les élèves de maternelle que ceux des cycles supérieurs.

Les résultats apportés par la présente étude montrent qu'effectivement les supports pédagogiques sont importants dans l'apprentissage des concepts sanitaires. Cette étude est novatrice dans le sens où plusieurs supports ont été proposés durant une seule séance d'apprentissage. De plus, la comparaison entre la Syrie et la France permet de mettre en évidence que malgré la différence entre les programmes des deux pays et la formation des enseignants, les supports pédagogiques ont constitué une aide et ont permis de mettre les élèves sur un pied d'égalité lors de l'enseignement des concepts sanitaires. Les résultats montrent que les groupes expérimentaux ont des résultats supérieurs et sensiblement égaux par rapport aux groupes témoins qui n'avaient pas bénéficié des supports pédagogiques pour l'enseignement des concepts sanitaires.

Cette étude démontre donc l'impact des supports pédagogiques sur l'apprentissage des concepts sanitaires. Non seulement les supports pédagogiques permettent une meilleure représentation du concept pour les élèves mais il a été montré qu'ils permettent une meilleure appropriation des concepts lors des restitutions de connaissances pendant les tests. De plus, la qualité du support, ou le support lui-même, ne sont pas suffisants en comparaison du travail de préparation en amont. Egalement, la connaissance de leur utilisation pour les élèves est indispensable. Ce qui demande des connaissances théoriques et une expérience professionnelle des enseignants afin de s'approcher de la représentation des élèves et de leur appropriation des supports. Les enseignants sont conscients de l'importance de ces supports mais déplorent le peu de matériel proposé. En effet, la préparation des supports demande un

temps considérable et les enseignants ne disposent pas de ce temps pour créer ou adapter les supports adéquats en ce qui concerne les concepts sanitaires.

### **Apports de la recherche à la communauté scientifique**

Cette recherche a privilégié une approche comparative entre la Syrie et la France en ce qui concerne l'apprentissage des concepts sanitaires avec ou sans supports pédagogiques, en école maternelle. Cette approche s'est faite, tout d'abord, d'un point de vue éducatif proprement dite (stratégies pédagogiques). Ensuite cette approche comparative s'est faite en analysant la préparation professionnelle des enseignants et enfin par les propositions des enseignants concernant l'amélioration des supports pédagogiques ainsi que leurs opinions quant à l'utilisation des supports pédagogiques dans l'apprentissage des concepts sanitaires.

A l'issue de cette recherche, une analyse comparative a été menée afin de rendre compte de l'impact des supports pédagogiques dans l'enseignement des concepts sanitaires chez les jeunes élèves. Un nouveau guide des enseignants a pu être réalisé concernant l'apprentissage des concepts sanitaires pour les enfants de 5 à 6 ans (Annexe 5, p.48).

### **Perspectives de recherche**

Selon les recherches, exceptée l'étude de Syam (2000) sur l'utilisation des dessins et des couleurs dans l'apprentissage de l'hygiène aux enfants en maternelle, aucune étude n'a porté sur l'intérêt des supports pédagogiques sur l'apprentissage des concepts sanitaires en France ou en Syrie. Dès lors, les pistes de recherche sont nombreuses :

#### **Pour la Syrie**

Les écoles maternelles en Syrie sont privées et payantes. Nombreux sont les enfants syriens qui ne peuvent pas bénéficier de tout ce que les écoles maternelles offrent en ce qui concerne les différentes connaissances et concepts ainsi que de la diversité des activités préscolaires. Ainsi, il est important de suivre la proposition de Kalache (2000) d'intégrer les écoles maternelles dans le système éducatif syrien. D'autre part, j'attire l'attention des professionnels travaillant dans le département des outils pédagogiques du ministère de l'éducation syrien sur la nécessité de la préparation des supports pédagogiques pour les écoles maternelles comme c'est le cas dans les autres niveaux d'enseignement. Ainsi il serait nécessaire de préparer un

guide spécial de l'enseignement des concepts sanitaires et de le distribuer à l'école maternelle après l'avoir testé.

### **Pour la Syrie et la France**

Au cours de l'expérience exploratoire en Syrie et en France, nous avons remarqué le manque d'activités scolaires et extrascolaires en particulier en ce qui concerne l'apprentissage des concepts sanitaires. De plus, nous confirmons ce que Jourdan (1992, 2000, 2004) a souligné concernant la nécessité de former les enseignants en éducation à la santé et de développer leurs compétences scientifique, éducative et psychologique. D'autre part, nous confirmons les travaux de Berger et al, (2004) sur la nécessité d'évaluer les pratiques des enseignants en éducation à la santé et de mettre en évidence leurs représentations quant à leur rôle dans l'éducation à la santé de leurs élèves. Une étude sur le lien entre les parents et les écoles au sujet du changement de mauvais comportements sanitaires chez les enfants pourrait également apporter des données complémentaires à notre étude.

### **Apports personnels de la recherche et nouveaux horizons professionnels.**

Cette thèse n'a pas pour vocation de mettre un point final à une carrière, et en aucun cas, à mon activité pédagogique. Bien au contraire, elle a été envisagée comme une façon de prolonger la vie active comme projet d'apprentissage continu et continué. Ce projet s'ouvre donc sur de nouvelles perspectives qui se situent en Syrie, notamment, dans le cadre de l'éducation à la santé chez les jeunes enfants, de la formation initiale des futurs enseignants et de la formation continue des professionnels de santé en éducation à la santé, mais aussi dans le cadre de la recherche. Suite à cette recherche sur l'apprentissage des concepts sanitaires, je suis plus motivée que jamais pour continuer à aborder ce sujet et reprendre le travail sur l'enseignement de chaque concept de façon détaillée. Un travail focalisé sur les différentes sources des médias qui attirent l'attention des enfants sur l'apprentissage des concepts sanitaires, et la préparation des spacieux supports pour l'enseignement des concepts sanitaires feront l'objet de la perspective de recherche que j'aborderai dès mon retour en Syrie.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aboulfeth, K. (2010). Le manuel scolaire : quelle utilisation ? in *cahier de l'éducation et de la formation*, (3), 5-7. Repéré à <http://www.extpdf.com/livre-scolaire-6-eme-anne-primaire-en-tunisie-pdf.html#pdf#a2>
- Alep, Y. (1999). *Quelles légitimités pour les savoirs scolaires sur la société : questions socialement vives, rapports aux savoirs et stratégies didactiques*. Document de travail. Aix-Marseille : IUFM.
- Altet, M. (1994). *La formation professionnelle des enseignants*. Paris: PUF
- Amade-Escot, Ch. (1998). *Apport des recherches didactiques à l'analyse de l'enseignement : une étude de cas, le contrat didactique*. Recherches en EPS : bilan des perspectives. Paris : Revue EPS.
- Ammon, R. (2011). *Rôle et enjeux de la télévision satellitaire comme espace de l'éducation informelle : Etude du cas du rôle des quatre chaînes hautement regardées dans l'éducation culturelle en Syrie* (Thèse de doctorat en sciences de l'éducation) Université du Mirail, Toulouse II.
- André, J. (1994). Motivation et apprentissages scolaires. In Association nationale des conseillers pédagogiques CPAIEN, Actes du XXVIII Congrès des CPAIEN. Éducation - Santé - Environnement, Montpellier, 17-19 mai 1993, Paris : Nathan.
- Astolfi, J.-P. & Develay, M. (1989). *La didactique des sciences*. Paris : PUF.
- Astolfi, J.-P., Darot, E., Ginsburger-Vogel, Y., & Toussaint J. (1997). *Pratiques de formation en didactiques des sciences*. Bruxelles : De Boeck & Larcier
- Astolfi, J.-P. (1997). *L'erreur, un outil pour enseigner. Pratiques et enjeux pédagogiques*. Paris : ESF
- Aubert-Pérès, J. (2003). *Comment donner la parole aux élèves ? Aid à la pratique du débat en classe*. Bretagne : CRDP
- Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique*. Vrin.
- Bardin, L. (2007). *L'analyse du contenu*. Paris : PUF

- Bart, D. (2008). *Les modes de valorisation de la recherche en Sciences de l'éducation et le développement professionnel des enseignants-chercheurs de la discipline* (Thèse de doctorant en sciences de l'éducation), Université du Mirail, Toulouse II.
- Beitone, A. (2004). Enseigner des questions socialement vives. Note sur quelques confusions repéré à <http://www.aix-mrs.iufm.fr/formations/filieres/ses/didactique/qsv.htm>
- Berger, D., Jourdan, D., Riffaud, A. & Piec, I. (2004). Pratique et représentations en éducation à la santé des maîtres du premier degré. In A. Giordan, J.-L. Martinand & D. Raichvarg (Éds.), *Le corps objet scientifique, objet technologique dans l'éducation et la culture, Actes des XXVIes Journées internationales sur la communication, l'éducation et la culture scientifiques, techniques et industrielles*, (6 pages). Paris : DIRES. Consulté le 20 février 2014, sur ARTheque - STEF - ENS Cachan, <http://artheque.ens-cachan.fr/items/show/2881>.
- Berger., D., Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Lejeune, M.L., Laquet-Riffaud, A., Geneix & Glanddier, C. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 14(4), pp.403-423. Repéré à [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2002/4/403\\_423.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2002/4/403_423.pdf)
- Berger, D., Riffaud, A. & Jourdan, D. (2007, août). Education à la santé dans les écoles élémentaires...Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé, communication présentée au colloque international (AREF), Strasbourg.
- Berger, D., Pizon, F., Bencherif L. & Jourdan, D. (2009). Education à la santé dans les écoles élémentaires....représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia* : n34-66 France. Repéré à [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/30429/Didaskalia2009\\_34-66.pdf](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/30429/Didaskalia2009_34-66.pdf)
- Bernard, S., Munoz, F., Carvalho, G., Clement, P. & Berger, D. (2007, août). *L'Éducation à la Santé et à la Sexualité : conceptions d'enseignants et futurs enseignants de douze pays*, communication présentée au colloque international (AREF), Strasbourg.
- Berthet, E. (1983). *Information et éducation sanitaire*. Collection « Que sais-je? », Paris : PUF
- Berthon, S. (2000). Approche historique de l'éducation pour la santé à l'École. *La santé de l'homme*. INPES, (346) 17-18.

- Berthon, S. (2004). Les formations en éducation à la santé en France : état des lieux et recommandations, in D. Jourdan & M. Tubiana (Eds.), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire* (pp.67-92). Toulouse : université du sud.
- Billon, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Revue de Recherches en Éducation, SPIRALE*. (25) 17-30.
- Bizzoni-Previoux, C., Otis, J., Merini, C., Grenier, J. & Jourdan, D. (2010). L'éducation à la santé à l'école primaire : approche comparative des pratiques au Québec et en France ». *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 695–715. doi : 10.7202/1006252ar
- Blanchet, S. (2000). *Les supports pédagogiques choix- conception- utilisation*, Montpellier : IUFM
- Blondel, J.-L., Noye, D. (1993) : Faut-il encore se soucier des outils pédagogiques ? *Revue actualité de la formation permanente*, (124), 37- 40.
- Bonville, J. (2006). *L'analyse de contenu des médias*, Bruxelles : De Boek
- Bourdoncle, R. & Demaillyl, L. (1999). Les professions de l'éducation et de la formation. *Revue française de pédagogie*, 128(1), 128-131. Repéré à : [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp\\_05567807\\_1999\\_num\\_128\\_1\\_3055\\_t1\\_0128\\_0000\\_4](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_05567807_1999_num_128_1_3055_t1_0128_0000_4)
- Brixi, O. Berthon, S. & Baudier, F. (1996). La charte d'Ottawa : quelques repères en éducation à la santé. *Santé de l'Homme*, (325) 5-10
- Brousseau, G. (1988). Les différents rôles du maître. *Bulletin de l'Association mathématique du Québec*, 2(23), 14-24
- Brousseau, G. (1995). Didactique des sciences et formation des professeurs. Repéré à : [http://hal.archivesouvertes.fr/docs/00/55/08/74/PDF/Brousseau\\_1995\\_presentation\\_ddm\\_formation\\_professeurs.pdf](http://hal.archivesouvertes.fr/docs/00/55/08/74/PDF/Brousseau_1995_presentation_ddm_formation_professeurs.pdf)
- Broussouloux, S., & Houzelle-Marchal, N. (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire*. éditions INPES.
- Bury, J. (1988). *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: De Boeck

- Bury, J. (1992). *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Caillot, M. (1992). Vers une didactique cognitive ? *Intellectica*, 1/2 (13-14), 273-289. Repéré à [http://www.intellectica.org/SiteArchives/archives/n13\\_14/13\\_12\\_Caillot.pdf](http://www.intellectica.org/SiteArchives/archives/n13_14/13_12_Caillot.pdf)
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et la pathologique*. Paris: PUF
- Cardot J.-P. (2011). *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé: analyse des représentations et identité professionnelle* (Thèse de doctorat en sciences de l'éducation), à l'IUFM d'Auvergne, Lyon1.
- Chalvin, D. (1999). Méthodes et outils pédagogiques. Dans *l'encyclopédie des pédagogues pour adultes* (vol. 2, p.194-200). Paris: ESF
- Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir. Eléments pour une théorie*. Paris: Anthropos.
- Chevallard, Y. (1985). *La transposition didactique, du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble: La pensée sauvage.
- Chevallard, Y. (1989). *Le concept de rapport au savoir : rapport personnel, rapport institutionnel, rapport officiel*. Communication présentée au séminaire de didactique. Grenoble : IMAG.
- Chevallard, Y. (1991). *La transposition didactique, du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble : La pensée sauvage.
- Chevallard, Y. (1997, Octobre). Questions vives, savoirs moribonds : le problème curriculaire aujourd'hui. Communication présentée au colloque défendre et transformer l'école pour tous, Marseille
- Chevallard, Y. (2002, Juin). Approche anthropologique du rapport au savoir et didactique des mathématiques. In Actes des 3<sup>ème</sup>s journées Franco-québécoises « *Didactiques et rapports aux savoirs* », Paris
- Clement, P. (1991). Respirer, digérer: assimilent-ils ? *Revue en recherche didactique en sciences expérimentales, ASTER* (13), 133-155

- Conne, F. (1992a). Savoir et connaissance dans la perspective de la transposition didactique, *Recherche en didactique des mathématiques*, (12), 221-270
- Conne, F. (1992b). Un grain de sel à propos de la transposition didactique *Education et Recherche*, (14), 57-71
- Corbalan, J.-A. (1994). *Le projet d'établissement, lecture communicationnelle, études de cas de collèges et de lycées* (thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication), Université Paul Valéry, Montpellier III
- Cotton, E. (1982). *L'éducation pour la santé : méthodes*. Ecole de santé publique Bruxelles : université de Bruxelles.
- Dayde, V. (2007). *Le projet éducatif local comme espace de rencontre entre projet d'établissement et projet de territoire* (Thèse de doctorant en Sciences de l'Education) Université du Mirail, Toulouse II.
- Descarpentries, J. (2008). Conceptualisation de l'intervention éducative en santé publique. *Promotion & Education*, 15(1), 74-87
- Descarpentries, J. (2006). Bien-être entre éducation et santé. *Ethique & santé*, 3(3), 156 – 160
- Develay, M. (1992). *De l'apprentissage à l'enseignement : pour une épistémologie scolaire*. Paris : ESF.
- Doise, W. & Mugny G. (1981). *Le développement social de l'intelligence*. Paris : Interéditions.
- Dolz, J. & Schneuwly, B. (1998). *Pour un enseignement de l'oral. Initiation aux genres formels de l'école*. Paris : ESF
- Durand, M. & Riff, J. (1993). Planification et décision chez les enseignants. Bilan à partir des études en éducation physique et sportive, analyses et perspectives. *Revue Française de Pédagogie*, (103), 81-107.
- Dyasi, M. (1981). Some Environmental Education Activites in Africa. *Journal of environmental Education*, 2(2) 20-32
- Eliason, F. & Jenkins, T. (1990). *A practical Guide to Early Childhood Currieulum*, London: Merrill publishing

- Elisabeth, P. (1993). Concevoir un outil pédagogique. *Revue actualité de la formation permanente*, (124), 27-30.
- Etienne, M. (2004). *Des méthodes et des outils pédagogiques adéquats pour l'animateur et l'apprenant en fonction d'objet définis, mémoire professionnel*. Lausanne : DFAP repéré à [http //www.metienne.ch/formulaires/memoire/dfap03\\_metienne.pdf](http://www.metienne.ch/formulaires/memoire/dfap03_metienne.pdf)
- Etienney, O. (2006). Création et utilisation de supports pédagogiques pour la formation théorique de plongeur. (Mémoire de l'obtention du titre d'instructeur régional), FFESSM : Côte d'Azur.
- Eveleigh, H. & Tozzi, M. (2002). Pourquoi débattre en classe ? *Les cahiers pédagogiques*, (401), 8-54
- Eymard, Ch. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives, recherches en éducation*, 3(5), 13-34.
- Eymard, Ch., Gatto, F. & Ravestein, J. (2006). *De la constitution des savoirs expérientiels des personnes vivant avec une pathologie chronique à une didactisation des savoirs en santé*. in acte de la 8e Biennale de l'éducation et de la formation : "Expérience(s), savoir(s), sujet(s)". Lyon
- Eveleigh, H. & Tozzi, M. (2002) Débattre en classe. In *Cahiers pédagogiques*, (401) 8-54.
- Fave-Bonnet, M.-F. (1993). *Les enseignants-chercheur physiciens*. Paris: INRP
- Ferrie, J., Rolf, K. & Troesken, W. (2009). *Healthy, Wealthy, and Wise? Physical, Economic and Cognitive Effects of Early Life Conditions on Later Life Outcomes in the U.S., 1915-2005*. Ann Harbor : National Poverty Center.
- Fortin, J. (2001). *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. Paris: Hachette éducation.
- Fortin, J. (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In D. Jourdan & M. Tubiana (Eds), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire (pp.51-65)*, Toulouse : Editions Universitaires du Sud.
- Freud, M. (2011). *Application pratiques* repéré à <http://www.michelfreud.com/chronique-memoir-qui-flache.pdf>
- Gatto, F. & Eymard, Ch. (2006). Résultats des recherches en didactique comparée des savoirs en santé (colloque AFREES 2005) *Révue ReK*, 2 (11-26)

Gaussel, M. (2011). Éducation à la santé : vers une démocratie sanitaire. *In dossier d'actualité Veille et Analyses*, (69), 1-16

Giordan, A. (1983). *L'élève ou les connaissances scientifiques*. Berne : Peter Lang

Giordan, A. & Vecchi, G. (1987). *Les origines du savoir*, Neuchâtel : Delachaux.

Giordan, A. & Girault, Y. (1995). « Utilisation des conceptions en didactique des Sciences. »  
In A. Giordan, Y. Girault & P. Clément (Eds), *Conceptions et connaissances*, (pp.47-69) Berne : P. Lang

Giordan, A. (1999). *Une didactique pour les sciences expérimentales*. Paris : Belin

Giordan, A., Guichard, J. & Guichard, F. (2000). Interagir avec son corps, in « la lettre de l'OCIM », (67), 3-8

Grémi, F & Pissarro, B. (1982). Propositions pour une politique de prévention. Rapport au Ministre de la Santé . Paris

Halte, J.-F. (1992). *Didactique du français*. Paris : Collection Que sais-je ?

Haut Comité de Santé Publique (1997). *Santé des enfants, santé des jeunes* : rapport adressé à la conférence nationale de santé et au parlement, Paris : Editions ENSP, Collection Avis et rapports.

Herr, M. (1989). *Les textes officiels et l'histoire. Analyse de trois textes relatifs à l'EPEP et sport en France (1920-1980)*. Clermont Ferrand : Editions AFRAPS- STAPS.

Hincelin, L. (1998). Comment choisir son support en éducation pour la santé, *revue in contact santé* (129), 16-17

Inserm (2001). *Education pour la santé des jeunes Démarche et méthodes*, juin 2001, Paris : Expertise collective Inserm repéré à [http://lara.inist.fr/bitstream/2332/1383/2/INSERM\\_ESJ2.pdf](http://lara.inist.fr/bitstream/2332/1383/2/INSERM_ESJ2.pdf)

Inserm (2009). *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. Paris : Expertise collective Inserm, repéré à <http://lara.inist.fr/bitstream/2332/1483/2/INSERM-R09-03.pdf>

- Jacques, F. (2004). *Education et formation : essai sur quelques constantes éducatives*, Paris
- Joshua, S., & Dupin, J.-J. (1993). *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. Presses Universitaires de France.
- Johsua, S. (1996). Le concept de transposition didactique n'est-il propre qu'aux mathématiques ? In C. Raïsky & M. Caillot (Dir) *Au-delà des didactiques, la didactique. Débat autour des concepts fédérateurs* (pp. 61-73). Bruxelles : De Boeck.
- Jonnaert, P. & Van Der Borght, C. (1999). *Créer des conditions d'apprentissage : un cadre de référence socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants*. Bruxelles: De Boeck.
- Jourdan, D., & Bourgeois-Victor, P. (1998). La formation des enseignants du primaire en éducation à la santé dans les IUFM : enjeux et obstacles. *Revue recherche & formation*, (28), 29-46.
- Jourdan, D., Berger, D., PIEC, I., Aublet-Cuvelier, B., Lejeune, M.-L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. & Glanddier, P.-Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, (41), 403- 423.
- Jourdan, D., Bertin, F., Fiard, J., & VAISSE, J. (2003). *Education à la santé en collège et lycée. Pratiques et représentations des enseignants d'EPS*. Biennales de l'AFRAPS, Université du littoral : Dunkerque.
- Jourdan, D. (2004a). Quelle éducation à la santé à l'école ? *Revue des professionnels de l'enfance*, (27), 1-7 repéré à [http://www.laicite-educateurs.org/IMG/pdf/education\\_sante.pdf](http://www.laicite-educateurs.org/IMG/pdf/education_sante.pdf)
- Jourdan, D. (2004b). Quels enjeux pour la formation des acteurs de l'éducation à la santé In D. Jourdan (Ed.), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, (pp.33-50), Toulouse : Editions Universitaires du Sud.
- Jourdan, D. (2004c). Eduquer à la santé, éduquer pour la santé : quels enjeux pour la formation des enseignants ? *Questions vives, recherches en éducation*, 3(5), 83-96.
- Jourdan, D. & Berger, D. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *La Santé de l'Homme*, (377), 17-20.

- Jourdan, D., Cardot J.-P., & Berger, D. (2008). La formation des enseignants à l'éducation à la santé et à la prévention des conduites addictives. In D. Berger & D. Jourdan (Dir.), *Education à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ? Actes du colloque des 10 et 11 mai 2006* (pp.31-62). Toulouse : Editions universitaires du sud.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes
- Kant, E. (1988). *Les conflits des facultés*. Paris : Vrin
- Kinnear, P., Gray, C. (2005). *Spss facile appliqué à la psychologie et aux sciences sociales maîtriser le traitement de données*. Bruxelles: De Boeck.
- Klein, A. (2007, août). *Education et santé : approches philosophiques*. Symposium Sciences de l'Education et santé, communication présentée au congrès international AREF, Strasbourg
- Klein, A. (2010, septembre). *L'éducation en santé au secours des Sciences de l'éducation : prémisses à un essai d'épistémologie croisée*. Communication présentée au congrès International AREF, Genève.
- Lacombe, P. & Charrier, G. (2000). Fonctionnement des collèges et prévention des conduites à risque. *Revue française de pédagogie* (132), p.179.  
En ligne [http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/INRP\\_RF132\\_9.pdf](http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/INRP_RF132_9.pdf)
- Lange J.-M. & Victor P. (2006). Didactique curriculaire et « éducation à .... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia*, (28) 85-100
- Lasswell, D. & Leites, N. (1949). *Language of politics. Studies in quantitative semantics*, New York: George Stewart
- Leal, Y. (2012). *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent : Une étude de cas contrastés en didactique clinique à l'école élémentaire*. Thèse de doctorat en science de l'éducation. Université du Mirail, Toulouse II

- Lebeaume, J. (2007). *Les manuels scolaires : des sources particulières pour l'étude curriculaire des sciences et des techniques à l'école*. Papier présenté à l'IOSTE Congress, Critical analysis of sciences textbooks, Hammamet, Tunisia.
- Lecorps, Ph. (2002). De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé : questions et interrogations morales et éthiques, *La santé de l'homme*, (362), 21-23.
- Legardez, A. & Alpe, Y. (2001, Septembre). *La construction des objets d'enseignements scolaires sur des questions socialement vives : problématisation, stratégies didactiques et circulations des savoirs*. Communication présentée au quatrième congrès AECSE, Actualité de la recherche en éducation et formation, Lille.
- Legardez, A. & Simonneaux, L. (2006). *L'école à l'épreuve de l'actualité. Enseigner les questions vives*, Paris : ESF.
- Leselbaum, N. (1997). L'éducation à la santé en milieu scolaire quelles approches des conduites addictives ? » *Revue documentaire Toxibase* (1), 1-21
- Leyrite, E., Simar, C., Friaud, L., Jourdan, M.-H. & Jourdan, D. (2007). *Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la citoyenneté : résultats d'une étude qualitative*. Communication présentée au congrès international AREF, Strasbourg. Repéré à [http://www.congresintaref.org/actes\\_pdf/AREF2007\\_Emilie\\_LEYRIT\\_489.pdf](http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Emilie_LEYRIT_489.pdf)
- Madani, Y. (2009). *Développement des compétences génériques des formations, aides pédagogiques*, Maroc : OFPPT
- Magill, R.-A. (1985). *Motor learning: Concepts and applications*. Dubuque : Brown Publishers.
- Malglaive, G. (1998). *Enseigner à des adultes*. Paris : PUF.
- Martinand, J.-L. (1990) *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*
- Martinand, J.-L. (1994). Didactique. Dans P. Champ & C. Elévé (Éds), *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*, (pp. 254-256). Paris : Nathan
- Martinand, J.-L. (1996). D'où est venue la didactique ? *Educations* (7). 22-25

- Martinand, J.-L. (2001). Pratique de référence et problématique de la référence curriculaire. In Terrisse (Ed.), *Didactique des disciplines, Les références au savoir* (pp.18-24), Bruxelles : De Boëck.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York : ISBN
- Maslow, A. (1989). « Vers une psychologie de l'être ». Paris : Fayard
- Matalan, B. (1988). *Décrire, expliquer, prévoir. Démarches expérimentales et terrain*. Paris : Armand Colin
- Mayesky, M. (1980). *Creative Activities for young Children*, New York: Delmar publishers Albany
- Meirieu, P. (1989). *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*, paris : ESF
- Meirieu, P. (2005, Octobre). Aider les professeurs à se former dans et par l'implication dans un projet pédagogique collectif. Communication présentée aux journées (el protagonismo des profesorado : experiencias de aula y propuestas para su formacion), Madrid. Repéré à <http://www.meirieu.com/rapportsinstitutionnels/formationmadrid.pdf>
- Mérini, C., Jourdan, D., Victor, P., Berger, D. & Peretti, C. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : ENSP.
- Michaud, C. (2001). La place de l'outil, de la conception à l'utilisation, *Cap prévention*, (12). 5-11
- Ministère de l'Education National (1998). *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège* (publication 2574 n° 25) Paris : CNDP.
- Ministère de l'Education National (2003). *L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*. Paris : CNDP.
- Ministère de l'Education National (2005). *Qu'apprend-on à l'école maternelle*. Paris : SCEREN-CNDP/XO
- Ministère de l'Education National (2008). *L'éducation à la santé dans les établissements du second degré en 2008-2009*. In note d'information, repéré à [http://media.education.gouv.fr/file/2011/74/4/DEPP-NI-2011-17-education-sante-etablissements-second-degre\\_201744.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/2011/74/4/DEPP-NI-2011-17-education-sante-etablissements-second-degre_201744.pdf)

Ministère de l'Education National (s.d). Les métiers de l'éducation nationale, professeur des écoles. Repéré à <http://www.education.gouv.fr/cid1052/professeur-des-ecoles.html>

Mucchielli, A. (2001). *Les sciences de l'information et de la communication*. Paris : Hachette

Nouh, S. (2008). *L'analyse didactique d'un module d'enseignement interdisciplinaire du fait alimentaire : pratiques déclarées des enseignants et impact sur les élèves : tension et difficultés dans la perspective d'une éducation à la santé* (Mémoire de Master 2 en sciences de l'éducation non publié). Université du Mirail, Toulouse II.

Nourrisson, D. (2002). *Education à la santé XIXe-XXe siècle*. Rennes : Ecole nationale de santé publique.

Nourrisson, D. (2008, Mai). La prévention en milieu scolaire au risque de l'éducation. In D. Berger & D. Jourdan (Eds.), *Education à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM, Actes du colloque des 10 et 11 mai 2006* (pp. 263-271). Toulouse : EUS.

OCDE (2010), *L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale*, Paris : OCDE. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1787/9789264086333-fr>

Organisation Mondiale de la Santé (1993). Equipe de la Division "Santé mentale et prévention des toxicomanies" *Programme sur la santé mentale. Life Skills Education in School*. Suisse: Genève repéré à [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who\\_mnh\\_psf\\_93.7a\\_rev.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf)

Parayre, S. (2007, Août). Les prémices de l'hygiène à l'école (1802-1850). In. Actes du 6<sup>e</sup> Congrès internationale d'Actualités de la Recherche en Education et Formation, Strasbourg repéré à [www.congresintaref.org/actes\\_pdf/AREF2007\\_Severine\\_PARAYRE\\_484.pdf](http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Severine_PARAYRE_484.pdf)

Parayre, S. (2008). L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles : vers la création d'une éducation à la santé, *Recherches & éducations*, (1), 177-193

Parayre, S. (2010). Santé et éducation. L'entrée de l'éducation à la santé à l'école par la prévention (XVIIIe – XIXe siècles) : Protéger, renforcer et redresser le corps, *revue recherche et éducation* (3), 25-46

Pellat J.-C. (2009). *Quelle grammaire enseigner?* Paris : Hatier (collection "Enseigner à l'école primaire).

- Perrenoud, P. (1998). De l'alternance à l'articulation entre théories et pratiques dans la formation des enseignants » in Tardif, M., Lessard, C. & Gauthier, C. (dir.). *Formation des maîtres et contextes sociaux. Perspectives internationales* (pp.153-199) Paris : PUF
- Popper, K. (1982). *Realism and the Aim of Science* London: Hutchinson.
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (1988). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Bordas
- Rapport Flajolet (2008). La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, repéré à <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Raynal, F. & Rieunier, A. (1997). *Pédagogie : Dictionnaire des concepts-clés. Apprentissage, formation et psychologie cognitive* (p. 405). Paris : ESF.
- Saab, O., Berger, D. & El-Hage, F. (2010, septembre). *La contribution de l'éducation à la santé au développement sociocognitif et à la promotion de la santé : étude des conceptions des élèves libanais*. Communication présentée au congrès international (AREF), Université de Genève
- Sarrazy B. (2002). Didactique, Pédagogie et Enseignement : pour une clarification du débat dans la communauté des sciences de l'éducation. In J.F. Marcel. *Les Sciences de l'Éducation : des recherches, une discipline ?* [Actes de l'Université d'été « Éducation, Recherche et Société » (2000, juillet) Carcassonne de Paris : l'Harmattan. Repéré à [http://daest.pagesperso-orange.fr/Pages%20perso/textes\\_sarrazy/dpe\\_carcas\\_2002.pdf](http://daest.pagesperso-orange.fr/Pages%20perso/textes_sarrazy/dpe_carcas_2002.pdf)
- Sensevy, G., Mercier, A. & Schubauer-Leoni, M.-L. (2000). Vers un modèle de l'action didactique du professeur à propos de la course à 20. In *Recherches en didactique des mathématiques*, 20 (3), 263-304
- Serrins, DS. Edmundson, EW & Laflin, M. (1995). Implications for the alcohol/drug education specialist working with children of alcoholics *Journal of Drug Educ* (25) 171-190
- Simar, C., Jourdan, D. & Pizon, F. (2007, Août). *Etude du rapport des enseignants du premier degré à un dispositif d'éducation à la santé et de la citoyenneté*. Communication présenté au congrès international (AREF), Strasbourg.
- Simar, C. & Jourdan, D. (2008) La contribution spécifique de l'éducation physique à la lumière de travaux de recherche récents. *Revue EP.S.*, (329), 10-12.

- Simar, C., Jourdan, D. & Fitzgerald, A. (2012, Mai). *Émancipation et éducation à la santé: analyse des prescriptions assignées aux acteurs du milieu scolaire issus de systèmes éducatifs différents*. Communication présentée au colloque des Formes d'éducation et processus d'émancipation. Université Rennes 2.
- Simonneaux, L. (2003). L'argumentation dans les débats en classe sur une technoscience controversée. *Interactions langagières, Aster*, (37), 189-214
- Smati, N. (2009). *Médiation de faits culturels par la presse et les radios régionales en Tunisie* (Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication). Ecole supérieure d'audiovisuel, Université de Toulouse II
- Sommelet, D. (2006). *L'enfant et l'adolescent : un jeu de société, une priorité du système de santé*. Rapport. Repéré à <http://www.santé.gouv.fr/html/actu/sommelet/rapport.pdf>
- Stafford, J. & Bodson, P. (2007). *L'analyse multivariée avec SPSS*. Canada: PUQ
- St Leger, L. & Nutbeam, D. (1999). Evidence of Effective Health Promotion in Schools. In Boddy, D. (Ed). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe* (pp.110-122). Brussels : European Union
- Suhrcke, M. & Paz- Nieves, C. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen: World Health Organization.
- Tardif, M., & Lessard, C. (1999). *Le travail enseignant au quotidien. Expérience, interactions humaines et dilemmes professionnels*. Bruxelles, De Boeck.
- Tessier S., Andreys J.-B & Ribeiro M.-A.(2004), *Santé publique, santé communautaire*. Paris : Vigot-Maloine,
- Terrisse, A. (2000). Epistémologie de la recherche clinique en sports de combat. In A.Terrisse. Recherches en sports de combat et en Arts Martiaux, état des lieux. *Revue EPS*. Collection recherche et formation, 95-108.
- Terrisse, A. (2001). La référence dans l'enseignement de l'éducation physique et sportive. In Terrisse (Ed.), *Didactique des disciplines, Les références au savoir* (pp.119-139). Bruxelles : De Boeck

- Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education, effectiveness, efficiency and equity*. London : Chapman and Hill.
- Trevisi, S. (1994). *La transposition didactique, in papier de travail*, Genève : Université de Genève.
- Tubiana, M. (2004) Préface In D. Jourdan (Ed.), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Editions universitaires du sud.
- Van Staevel-Gaime, E. (2008). *Amélioration de l'hygiène en milieu scolaire* Chamalières : IUFM
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles : De Boeck
- Vigarello, G. (1999). *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris : Points Histoire.
- Vigarello, G. (2004). *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*, Paris : Seuil
- Vermeil, G. (1980). *Les difficultés scolaires*. Paris : Douin
- Verret, M. (1975). *Le temps des études*. (Thèse de doctorat d'état en sociologie) Paris5
- Vial, M. (2000). La recherche en sciences de l'éducation et la santé, *Revue de Recherche en Education Spirale*, (25), 119-142.
- Werch, CE., Carlson, JM., Pappas, DM., & DiClemente, CC. (1996). Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *Journal of School Health*, 66(9), 335–338.

### Les références du guide d'enseignement

- Bélineau, N., Beaumont, E. & Michelet, S. (2004). *L'imagerie des tout-petits (en bonne santé)*. Paris : Fleurus
- Blandino, G. (2010). *Toute ma maternelle, tout le programme (grande section)* Paris : Hachette livre.
- Blanchut, F. (2008). *Petit ange parfait Jules ne veut pas se laver*. Paris : Fleurus
- Bouchet, M. (2009). *Tout pour réussir l'année du CP*. Paris : Bordas /Sejer
- Centre Interprofessionnel de Documentation et d'Information Laitières (1995) *L'alimentation des jeunes en milieu scolaire : le guide du gestionnaire*. Paris : Cidial
- Garnier, J. & Chauvet, H. (2011). *Mon bilan de la maternelle prêt pour le CP !* Paris : Magnard
- Iyssawy, I. (2009). *La pollution*. Damas : Al Hafez
- Iyssawy, I. (2009). Le siffler de singe. Damas : Al Hafez
- Iyssawy, I. (2009). Tarif et Tarifa et la protection de l'eau. In Iyssawy (Ed), *Histoires environnementales avec Tarif et Tarifa* (pp. 3-10). Damas : Al Hafez
- Iyssawy, I. (2008). *L'enfant propre*. Damas : Al Hafez
- Ministre De l'Education en Syrie (2004). *Les sciences et l'éducation à la santé*. Damas : Edition scolaire
- Mira-Pons, M. (2005). *Le bruit*. Toulouse : Milan jeunesse
- Service de la Santé Scolaire Syrienne (1995). *Chanson de la propreté*. Damas : Edition scolaire
- Tawfik, N. (2008). *Abir et la propreté*. Damas : Al Hafez

## Les références Arabes

- Abu Mirza, G. (1993). *Une guide pour le programme de maternelle*. Egypte : Edition de Majdalawy
- Al Bazar, A. (1974). *Les supports pédagogiques dans l'école maternelle*. Irak : Edition Bagdad
- Ali, I., Mortada, S. & Ilyas, A. (2003). *L'évolution de la pensée éducative à l'école*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Al Kala, F. (1983). *Les supports pédagogiques entre la réalité et la pratique*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Al Kala, F. (1994). *Les supports pédagogiques dans l'enseignement*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Al Kala, F., Syam, M. (1995). *Technologie des supports pédagogiques dans l'enseignement*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Al Lykaie, A. (1991). *Les supports pédagogiques et ses méthodes*. Egypt. : CLE
- Al Shammasse, A. & Al Snade, G. (2005). *La maternelle et la société*. Damas : Edition de
- Al Topajy, H. (1988). *Les supports de la communication dans l'enseignement*. Al Koweït : Al kalyma
- Hanna, F. (1999). *Les jeux par les enfants*. Syrie : Edition Est –Ouest de la culture
- Ibrahim, F. (1999). Le développement de la notion de temps chez l'enfant. *Revue de l'éducation*, 15(120), 125-155
- Kalache, M. (2000). *Rôle des supports pédagogiques dans l'acquisition des concepts spatiaux par les enfants de 5-6 ans*. (Mémoire en Sciences de l'éducation) Université de Damas.
- Kynawy, H. (1992). *L'enfant et l'école maternelle*. Egypte : Edition d'Anglo
- Nasser, Y. (1989). *Les méthodes d'enseignement*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Mortada, S. & Abu Anour, H. (2003). *Entrée à la maternelle*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Mortada, S. & Abu Anour, H. (2005). *Entrée à la maternelle*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Salama, W. (2002). *L'éducation à l'environnement de l'enfant à l'école maternelle*. Egypt : Alfyker Al Arabie.

- Salim, M.-S. (1988). *Une bonne éducation d'enfance conduit à une bonne éducation de l'environnement*, communication présentée au colloque national de l'enfant égyptienne. Université d'Ain Chams à Caire
- Sankar, S. (1986). *L'éducation à l'école maternelle*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Sankar, S. (1994). *Les méthodes de l'enseignement dans l'école maternelle*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Sasila, R. (2010). Imaginez une proposition visant à garantir la qualité de l'environnement éducatif à l'école maternelle en Syrie. *Revue de l'université de Damas*, 26(3), 1-46
- Syam, M. (1994). *Les supports pédagogiques et leur importance dans l'enseignement de maternelle*. Damas : Edition de l'université de Damas
- Syam, M. (2000, Mars). *Le dessin et les couleurs dans l'apprentissage de l'hygiène à l'école maternelle*. Communication présentée au congrès de la culture de l'enfant arabe, Al Zakazek , Egypt.

**SOMMAIRE DES ANNEXES**

<i>ANNEXE1 : Les fréquences des concepts sanitaires dans le programme syrien selon les connaissances dans chaque thème abordé .....</i>	<i>2</i>
<i>ANNEXE 2 : Les fréquences des concepts sanitaires dans le programme français selon les connaissances dans chaque thème abordé.....</i>	<i>18</i>
<i>ANNEXE 3 : Questionnaire des enseignants.....</i>	<i>27</i>
<i>ANNEXE 4 : Codage du questionnaire.....</i>	<i>35</i>
<i>ANNEXE 5 : l'enseignement des concepts sanitaires.....</i>	<i>48</i>
<i>L'hygiène alimentaire.....</i>	<i>49</i>
<i>L'eau.....</i>	<i>52</i>
<i>L'air.....</i>	<i>55</i>
<i>Les animaux.....</i>	<i>58</i>
<i>Les plantes.....</i>	<i>62</i>
<i>Le bruit.....</i>	<i>65</i>
<i>ANNEXE 6 : Le seuil de signification pour les notes des enfants syriens dans les deux classes.....</i>	<i>70</i>
<i>ANNEXE 7 : Le seuil de signification pour les notes des enfants français dans les deux classes.....</i>	<i>75</i>
<i>ANNEXE 8 : Tests des enfants.....</i>	<i>80</i>
<i>L'hygiène corporelle... ..</i>	<i>81</i>
<i>L'hygiène alimentaire.....</i>	<i>84</i>
<i>L'eau.....</i>	<i>87</i>
<i>L'air.....</i>	<i>90</i>
<i>Les bruit .....</i>	<i>93</i>
<i>Les animaux.....</i>	<i>96</i>
<i>Les plantes .....</i>	<i>99</i>

*ANNEXE 9 : Les groupes expérimentaux dans la France et la Syrie.....102*

*ANNEXE 10 : Les groupes témoins dans la France et la Syrie.....105*

*ANNEXE 11 : Supports pédagogiques traduits.....108*