Éducation comparée / nouvelle série, n°9, pp 83 - 103

Petite enfance et éducation à la santé: Quelles approches en France et au Québec?

Kindergarten and health education: what approaches in France and in Quebec?

Caroline Bizzoni-Prévieux
Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Cette étude porte sur la nature, la complexité et le champ d'inscription des actions en éducation à la santé à la maternelle. Les résultats montrent qu'au Québec le rapport à soi est le plus travaillé alors qu'en France les rapports à soi et à l'autre sont travaillés de façon égale. Au Québec, les actions ont tendance à être proportionnellement plus nombreuses qu'en France à combiner plusieurs rapports. En France comme au Québec, la majorité des actions sont simples à savoir qu'elles sont indépendantes les unes des autres et donc qu'elles ne se lient pas entre elles pour former un système. Aussi, les actions s'inscrivent dans des thématiques de santé autres que la promotion d'un mode de vie actif en France comme au Québec.

MOTS CLÉS

Maternelle, éducation à la santé, pratiques enseignantes, analyse comparée, France-Québec.

ABSTRACT

This study concerns the nature, the complexity and the field of inscription of health education' actions in kindergarten. The results show that in Quebec the report to one is the most worked while in France reports to one and to the other one are worked in a equal way. In Quebec, actions tend to be proportionally more numerous an in France to combine several reports. In France as in Quebec, the majority of actions are simple to know that they are independent some of the others and thus 83an they are not bound between them to form a system. So, actions join themes of health others 83an the promotion of an active lifestyle in France as in Quebec.

KEYWORDS

Kindergarten, health education, teaching practices, comparative analysis, France-Québec.

1. INTRODUCTION

L'UNESCO définit la petite enfance comme étant «la période qui va de la naissance à l'âge de 8 ans». Ces années de remarquable développement du cerveau jettent les bases de l'apprentissage futur.

La petite enfance comme l'enfance et l'adolescence sont les périodes de l'existence auxquelles chacun est généralement le plus réceptif aux apprentissages donc des âges de la vie privilégiés pour mettre en place des actions de prévention et des programmes d'éducation à la santé tels que le programme de santé bucco-dentaire, le programme sur l'alimentation ou celui sur la sécurité.

Le Québec et la France font un constat partagé selon laquelle l'école constitue un enjeu central des politiques de prévention et d'éducation à la santé (Broussouloux et Lamoureux, 2007). Selon les pays ou les régions, l'éducation à la santé tient une place différente dans le paysage scolaire (Pommier et Jourdan, 2007). Dans certains pays (Finlande, par exemple), il s'agit d'une matière scolaire au même titre que les mathématiques ou le français, dans d'autres, c'est un domaine transversal, soit associé à la citoyenneté (France, par exemple) soit au développement personnel (Portugal, par exemple). Enfin, dans certains cas, comme au Québec, l'éducation à la santé est, à la fois, présente comme discipline (associée à l'éducation physique) et comme domaine transversal (Turcotte, Gaudreau et Otis, 2007).

Mais qu'en est-il réellement dans les programmes scolaires en maternelle en France et au Québec (Ministère de l'Éducation Nationale, 1998; Ministère de l'Éducation nationale, 2006 et Ministère de l'Éducation du Québec, 2001).

1.1 Problématique

1.1.1 Le contexte scolaire des 3-6ans en France et au Québec

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

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

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

Au Québec, l'instruction est obligatoire dès l'âge de cinq ans. L'enfant entre en classe de maternelle et on parlera d'éducation préscolaire. Dans certaines écoles, on retrouvera des classes de pré-maternelle pour des enfants de 4 ans. Ce service est offert aux élèves souffrant d'un handicap ou vivant dans des milieux défavorisés. C'est un service mi-temps qui est complété par un accueil gratuit au service de garde.

Les objectifs du programme de maternelle québécois sont de :

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

Il est important de préciser qu'au Québec, il n'existe pas d'école maternelle telle que peuvent l'entendre des professeurs des écoles en France, ni d'école élémentaire mais seulement des écoles primaires dans lesquelles sont intégrées les classes de maternelle.

1.1.2 L'inclusion de l'éducation à la santé en maternelle en France et au Québec

En France comme au Québec, à la suite des changements importants qu'ont subis les systèmes éducatifs entre les années 60 et 80, la place de l'éducation à la santé a été redéfinie. Par la suite, le ministère de l'Éducation nationale en France en 1998, ainsi que le ministère de l'Éducation au Québec, en 2001 lors de leur réforme, ont marqué leur volonté de développer fortement l'éducation à la santé dans le système scolaire par plusieurs circulaires qui incitaient les équipes éducatives à s'impliquer davantage dans cette démarche. La nouveauté de ces injonctions a été d'ancrer l'éducation à la santé dans et à travers plusieurs disciplines.

En tenant compte de cette volonté commune de la France et du Québec d'ancrer l'éducation à la santé à l'école en référence à des injonctions que l'on peut considérer comme semblables, la question suivante se pose: quelles sont les similitudes et les différences des actions en éducation à la santé mises en œuvre dans les classes maternelles françaises et québécoises? En pointant des éléments de réponses à ces questions, cette recherche permet l'avancement des

connaissances notamment sur la nature des actions en éducation à la santé. Les résultats contribuent à orienter les pratiques professionnelles des enseignants dans le champ et la formation des enseignants de la petite enfance en éducation à la santé.

2. CONTEXTE THÉORIQUE

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

2.1 La notion d'éducation à la santé en question

Dans la littérature, on observe la coexistence d'une large diversité d'acceptations de la notion d'éducation à la santé (Fortin, 2004; Gaudreau, 2000; Otis et Bizzoni-Prévieux, 2008; Otis et Grenier, 2010). De nombreux auteurs ont tenté de clarifier cette notion et d'offrir des définitions (Castillo, 1987; Coppé et Schoonbroodt, 1992; Green, 1984; Leselbaum et De Peretti, 1997; Tones, Tilford et Robinson, 1990 et Mérini, 2007, 2009).

Pour cette étude, nous avons choisi celle de Mérini qui définit l'éducation à la santé à l'école, à partir des pratiques effectives des enseignants, comme l'installation d'une série de rapports à l'autre, à soi, au milieu, au passé et à l'avenir, ayant comme objectif d'amener l'élève à développer des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière de santé rejoignant par là le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979). Elle est retenue parce qu'elle permet, au contraire de toutes les autres, de qualifier les actions selon leur nature et leur complexité et trouve son parallèle dans les programmes scolaires de maternelle en France et au Québec.

Le rapport à l'autre caractérise l'ensemble des interactions de l'élève avec ses pairs et son environnement social. Il est travaillé sous l'angle du rapport à la communauté scolaire, à la règle ou à la loi, par exemple, le travail sur le code de vie à l'école. Le rapport à soi relève de la dimension individuelle, il cherche à amener l'élève à prendre soin de lui, d'un point de vue sanitaire (tabagisme, pratique régulière d'activité physique) mais aussi dans la maîtrise de ses émotions. Le rapport au milieu matériel et physique est travaillé tant dans une

perspective de protection de l'environnement que dans l'embellissement ou l'organisation du milieu scolaire pour améliorer la qualité de la vie. Nous pouvons citer comme exemple, les jardins pédagogiques ou l'élaboration d'un parc-école. Enfin, la dimension temporelle est abordée par le rapport au passé dont le but est d'amener les élèves à identifier et à prendre en compte leur histoire ou l'histoire des peuples, et du rapport à l'avenir. Dans ce cas, il s'agit d'aider les élèves à se projeter dans la suite de leur cursus: passage de la maternelle au primaire, réflexion sur leur projet de vie, etc.

2.2 Recension des écrits dans le champ de l'éducation à la santé en maternelle

L'intérêt de la recherche pour les pratiques en éducation à la santé des enseignants en maternelle en France et au Québec est relativement récent, et les travaux publiés sont quasi-inexistants.

En France, bon nombre de recherches relatives à l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école ont été réalisées (Berger et al., 2007 ; Cogérino, 1998 ; Jourdan et al., 2002). Aucune d'entre elles ont étudié l'éducation à la santé en maternelle.

Au Québec, Michaud en 2002 et Turcotte en 2006 ont réalisé des recherches sur l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école, par le biais des structures d'analyse de l'éducation physique, car une partie du programme de l'enseignant en éducation physique et à la santé comprend une compétence disciplinaire en lien avec l'éducation à la santé. Par ailleurs, cette inclusion se fait en privilégiant, en général, une seule dimension de la santé : la santé physique. Ces deux recherches s'adressaient à un public du secondaire et du primaire excluant les maternelles.

L'originalité de notre recherche est de porter un regard différent sur l'analyse des pratiques en éducation à la santé en maternelle: 1) en analysant ces actions à travers la définition de Mérini (2007, 2009) qui permet de caractériser la nature de ces actions et leur niveau de complexité; 2) en s'appuyant sur des traces de pratiques explicites plutôt que sur des pratiques observées, à partir des grilles du chercheur, ou déclarées.

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

2.3 Objectifs spécifiques

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

3. MÉTHODOLOGIE

L'approche de recherche privilégiée est une analyse comparée s'appuyant sur une logique qualitative, descriptive et interprétative. La démarche méthodologique repose sur l'étude de cas multiples (Merriam, 1988).

3.1 La sélection des écoles constituant chaque cas

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

Dans le but d'éviter que les différences observées ne soient d'abord liées à des caractéristiques différentes des écoles, celles-ci ont été sélectionnées de façon à obtenir des groupes les plus comparables possibles. Il importe de préciser ici que les systèmes scolaires sont enracinés dans des cultures et des histoires qui les ont façonnés au fil du temps si bien qu'il n'est pas possible d'obtenir des groupes strictement identiques (par exemple, la taille moyenne des écoles québécoises est très supérieure à celle des écoles françaises dont certaines ont seulement une ou deux classes, les indices de

défavorisation, généralisés au Québec, n'existent pas en France …). Un lourd travail de construction raisonnée de l'échantillon est toujours nécessaire (Bizzoni-Prévieux, 2011). Les critères d'inclusion retenus ont été : 1) le contexte géographique; 2) la taille de l'école et 3) le contexte socio-économique L'échantillon a été construit dans le but d'offrir une large diversité de contextes scolaires.

3.2 Déroulement et instrumentation

La collecte des données a été réalisée sur une période de deux ans, de septembre 2004 à juin 2006 en France et de septembre 2005 à juin 2007 au Québec, selon la méthodologie initiée par Berger et al. (2007) et développée par Mérini, Victor et Jourdan (2009).

3.3 Considérations éthiques

Dans cette recherche, l'ensemble des considérations éthiques a été respecté. Dans un premier temps, l'équipe de recherche a pris soin d'étiqueter chaque écrit professionnel pour une même école, puis de le rendre anonyme à la source. Tous les documents ont, par la suite, été revus de manière à ce qu'aucun nom de personnes ou de groupes ne puisse permettre l'identification de l'école.

La restitution des principaux résultats de l'étude comme le fait de proposer un dispositif de formation aux acteurs est une des dimensions éthiques complémentaires du protocole, les personnes concernées étant considérées comme des sujets impliqués et non comme des objets d'étude.

3.4 Méthode d'analyse des résultats

Dans chaque écrit, les actions en éducation à la santé ont été repérées puis codées à l'aide d'un code alphanumérique (O1, O2,…). Une même action repérée dans différents écrits gardait son code d'origine au fil du temps. La liste des actions ainsi repérées, école par école, puis cas par cas, constituait la base de données. Par la suite, chaque action a été analysée selon sa nature (le type de rapports travaillés) et selon ses champs d'inscription (promotion d'un mode de vie actif ou autres thématiques de santé). La codification et l'analyse des actions étaient réalisées dans un premier temps par deux observateurs indépendants, puis ces deux observateurs se rencontraient de manière à vérifier la

concordance de leurs décisions. En cas de désaccord sur la codification ou l'analyse, une décision consensuelle était prise. Un troisième observateur validait ces dernières décisions. Puis deux autres variables ont été créées : la première concerne la combinaison des rapports dans les actions en éducation à la santé et la seconde la complexité des actions (uniques ou interdépendantes).

Cette étude a une visée compréhensive, elle ne cherche pas à inférer des causalités. Les données chiffrées fournies permettent d'illustrer les résultats de l'analyse qualitative des traces écrites. En ce qui concerne la comparaison entre la France et le Québec, des pourcentages ont été calculés (ex. nombre d'actions travaillant le rapport à soi sur le nombre total d'actions) et ceci pour chaque indicateur retenu.

4. RÉSULTATS

Un nombre plus important d'actions en éducation à la santé a été répertorié dans les écoles au Québec comparativement à celles de la France (106 au Québec et 33 en France). Sur les 33 actions en éducation à la santé, en France, les élèves de maternelle étaient impliqués dans 15 actions seulement. Au Québec, les élèves de maternelle ont été impliqués dans 53 actions sur 106. Il nous apparaît important de préciser que sur les 15 actions en France, aucune ne concernaient uniquement les élèves de maternelle. Au Québec seule, une action n'impliquait que les élèves de maternelle à savoir une action portant sur la dégustation de fruits.

4.1 La nature des actions en éducation à la santé en maternelle en France et au Québec

Rappelons que le premier objectif de cette étude est de rendre compte de la nature des actions en éducation à la santé réalisées en maternelle en France et au Québec en lien avec la définition de l'éducation à la santé de Mérini (2007, 2009). À titre illustratif, des exemples d'actions en éducation à la santé menées dans les écoles québécoises et françaises selon le type de rapports travaillés sont présentés au tableau 1. Il importe de préciser qu'en France et au Québec, la nature des actions ne semble pas varier de façon significative selon la taille de l'école, ni selon les contextes géographique et socio-économique.

Tableau 1: Exemples d'actions en éducation à la santé dans les classes maternelle au Québec et en France selon le rapport travaillé

Types de rapports	Exemples d'actions en éducation à la santé
Rapport à l'autre	Travail autour des droits des enfants, jardin collectif, conseil de coopération, travail des codes de vie.
Rapport à soi	Yoga, contrôle bucco-dentaire, programme iso-actif, alimentation.
Rapport au milieu	Plantation arboretum, jardin collectif, classe verte, arbre aventure, implantation d'un sentier d'interprétation.
Rapport au passé	Grands-parents lecture, classe découverte sur thématique historique.
Rapport à l'avenir	Visite des maternelles à l'école élémentaire.

Comparons à présent la nature des rapports travaillés au Québec et en France. Tel qu'indiqué au tableau 2, il existe une différence significative entre la France et le Québec dans la proportion d'actions en lien avec le rapport à soi (92,4% au Québec et 60% en France, $p<0,0001$) et en lien avec le rapport au passé (1,9% au Québec et 13.3% en France, $p= 0,04$) alors que les autres types de rapports semblent travailler dans des proportions relativement similaires.

Tableau 2: Comparaison de la nature des actions en éducation à la santé en maternelle en France et au Québec

	Québec N= 53		France N= 15	
Types de rapports	N	% [1]	N	%
Rapport à l'autre	41	77,3	9	60
Rapport à soi	49	92,4	9	60
Rapport au milieu	22	41,6	5	33.3
Rapport au passé	1	1,9	2	13,3
Rapport à l'avenir	2	3,8	1	6,6

Dans cette étude, au Québec, le rapport à soi est le plus travaillé (92,4%) comparativement à tous les autres rapports. En France, les enseignants travaillent autant le rapport à l'autre que le rapport à soi (60%) plutôt que les autres rapports.

Le rapport au milieu physique (jardin collectif et classe découverte en France et réalisation d'un parc-école au Québec, par exemple) se classe en France comme au Québec au troisième rang en termes d'importance (41,6% au Québec et 33,3% en France).

4.2 La combinaisons des rapports en éducation à la santé en maternelle au Québec et en France

Une même action en éducation à la santé peut faire appel à une combinaison de rapports. Par exemple, une école décide de travailler la coopération entre une classe d'élèves de maternelle et une classe d'élèves âgés de 11 ans lors d'une classe découverte. Les enseignants travaillent à la fois le rapport à l'autre avec la coopération et le rapport au milieu avec la classe découverte. Tel qu'indiqué au tableau 3, la majorité des actions au Québec utilise plus d'un rapport (83%) alors qu'en France moins de la moitié des actions combine au moins deux rapports (40%).

[1] Le pourcentage représente la proportion d'actions référées à un rapport sur le nombre total d'actions en France ou au Québec. Par exemple, au Québec, 41 actions traitaient du rapport aux autres sur un total de 53 actions analysées (77, 3 %).

Tableau 3: Comparaison de la combinaison de rapports repérée en éducation à la santé en maternelle au Québec et en France

	Québec N= 53		France N= 15	
	N	%	N	%
Actions utilisant un seul rapport	9	17	9	60
Actions utilisant plus d'un rapport	44	83	6	40

Au Québec comme en France, les combinaisons de rapports les plus fréquentes sont d'une part, les rapports à l'autre et à soi (45% des actions combinées au Québec) et d'autre part, la triple combinaison des rapports à l'autre, à soi et au milieu (41% des actions combinées au Québec et 33,3% des actions combinées en France) ce qui correspond aux visées du programme des deux contextes..

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

Les données recueillies ont par ailleurs montré que l'action pouvait être simple, indépendante et se suffire à elle-même (hygiène bucco-dentaire, dégustation de fruits, etc.), ou qu'elle pouvait être complexe c'est-à-dire que sous une même action *racine*, on retrouve d'autres actions généralement de plus petite envergure comme par exemple une action intitulée *relation école-famille* regroupe des actions telles que *embellissement des locaux*, *lavages des mains*, *recyclage des déchets*, *etc.* Ces actions sont en quelque sorte constituées en système d'actions et interdépendantes (Crozier et Friedberg, 1977).

Que ce soit en France ou au Québec, les actions simples sont majoritaires. Cette situation pourrait s'expliquer d'une part, par l'âge des élèves (en France, ils sont âgés entre 3 et 5 ans et au Québec, entre 4 et 5) et d'autre part, par les objectifs et les visées des différents programmes.

Par contre, tel qu'illustré au tableau 4, le Québec se distingue de la France sur ce point, puisqu'aucune des actions repérées en France ne semble se lier à une autre pour constituer un système alors qu'on retrouve un certain nombre d'actions complexes au Québec

(parc-école, programme iso-actif, relation école-famille, fête de Noel, activités sportives, etc.).

Tableau 4: Comparaison de la complexité des actions en éducation à la santé en maternelle au Québec et en France

Actions	Québec N= 53		France N= 15	
	N	%	N	%
Simples	42	79,2	15	100,0
Complexes	11	20,8	0	0,0

4.4 Le champ d'inscription des actions en éducation à la santé en maternelle au Québec et en France

Il semble qu'en France comme au Québec, l'éducation à la santé soit majoritairement travaillée à travers d'autres savoirs, d'autres connaissances que celles reliées à la promotion d'un mode de vie actif et à la discipline de l'éducation physique (66% des actions en éducation à la santé au Québec et 86,6% en France ont un lien avec d'autres thématiques et disciplines).

Tableau 5 : Comparaison du champ d'inscription des actions en éducation à la santé en maternelle au Québec et en France

Nature des activités	Québec N= 53		France N= 15	
	N	%	N	%
En lien avec la promotion d'un mode de vie actif	18	34	2	13,4
En lien avec d'autres thématiques de santé	35	66	13	86,6

5. Discussion

Il nous apparaît important de rappeler que l'éducation à la santé existe dans différents milieux tels que la famille, les institutions telles que l'hôpital, les associations, les milieux de garde et l'école, celui auquel nous nous sommes intéressés pour cette étude. Le milieu scolaire a des spécificités à savoir que les enseignants doivent suivre un programme, des recommandations du ministère, que l'école, si l'on se réfère au modèle écologique de Bronfenbrenner est un microsystème qui regroupe d'autres micro-systèmes tels que la classe, la cour, le réfectoire, …. Tous ces microsystèmes demandent aux jeunes élèves d'être capables de s'adapter à des situations différentes car les règles de vie en communauté peuvent différer.

Comme nous venons de le préciser, les enjeux de l'éducation à la santé à l'école pour les enfants âgés de 3 à 6 ans sont liés au programme du ministère de l'éducation national (MEN, 1998) et pour les enfants de 5 ans au programme du ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS, 2001). Ces enjeux sont d'une part de développer les compétences personnelles liées à l'autonomie, la confiance en soi, l'hygiène, le sommeil et aussi de sensibiliser aux différents problèmes de santé.

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

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

Le nombre d'écrits professionnels provenant des enseignants des classes de maternelle sont relativement rares en France comme au Québec. Il semble que la tradition *orale* soit plus présente qu'au primaire.

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

En ce qui concerne les facteurs culturels et socio-historiques, une analyse des résultats nous permet de relever trois différences entre le Québec et la France: 1) la nature des rapports travaillés, 2) la complexité des actions et 3) leur degré d'ouverture sur le champ social.

Au Québec, les classes de maternelle travaillent plus le rapport à soi, comme le préconise le programme de formation de l'école québécoise dont les objectifs sont entre autres, de permettre à l'enfant de se connaître, de développer sa personnalité, … (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2001).

En France, le rapport à l'autre et le rapport à soi semblent être travaillés à part égale. Là encore, les enseignants travaillent comme le suggère le socle commun des connaissances et des compétences (MEN, 2005).

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

En ce qui concerne la complexité des actions en éducation à la santé, le fait que le nombre de rapports combinés et que les actions soient plus complexes au Québec est peut-être dû à la diversité des acteurs de la communauté éducative impliqués au Québec à travers le domaine général de formation *santé et bien-être* qui permet collectivement de construire des actions plus complexes. Cela pourrait traduire une plus grande ouverture de l'école québécoise et une meilleure prise en compte du contexte social, elle serait moins *sanctuarisée* que l'école française.

Si, au Québec, l'éducation à la santé, au primaire, est travaillée majoritairement à travers des savoirs appartenant au domaine de l'éducation physique (Bizzoni-Prévieux et al., 2010 ; Michaud 2002 et Turcotte 2006), la situation semble s'inverser quand on examine uniquement les actions dans lesquelles sont impliquées les classes de maternelle. Une explication pourrait trouver son origine dans le fait que ce sont généralement les titulaires de classe qui enseigne l'éducation physique et non pas l'enseignant spécialiste en éducation physique et à la santé.

6. Conclusion

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

Cette étude contribue à l'ouverture d'un nouveau paradigme celui de l'éducation à la santé à l'école qui donne le primat à la question éducative et non à celle de la prévention habituellement soutenue par la Santé publique.

Cette recherche peut ainsi permettre de reproblématiser (Martinand, 2000) la mise en œuvre de l'éducation à la santé à l'école, de la regarder autrement qu'à travers les dimensions physique et sociale telle qu'elle a pu être étudiée auparavant. Développer cet aspect pourrait être une piste de renouvellement de la lecture scientifique des pratiques des enseignants et de la formation, du soutien et de l'accompagnement en éducation à la santé.

D'autre part, la comparaison entre la France et le Québec ouvre sur la réflexion à mener à propos de l'impact du contexte institutionnel et politique (la présence d'un éducateur physique et à la santé, le statut du directeur et la présence d'une politique communautaire) mais aussi sur la prééminence des phénomènes culturels dans la mise en place d'actions en éducation à la santé à l'école.

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

Rappelons, enfin, que c'est une étude de cas multiples. L'un des principes de ce type de recherche est la description détaillée d'un ou plusieurs cas et, en cela, reste difficilement généralisable. Une recherche avec un échantillon plus large ou composé uniquement de classe de maternelle permettrait, sans doute, de valider les résultats à une plus grande échelle et ainsi de mieux comprendre les interrelations entre les actions et leurs impacts potentiels, sur les pratiques enseignantes et les élèves.

Références bibliographiques

BEAUDOIN, C., RIVARD, M. -C., GRENIER, J. et CATY, D. (2006). *Les enjeux de l'intégration de l'éducation à la santé à l'école primaire: l'apport de l'ÉPS au Québec, en Ontario et en France*. Présentation lors du colloque international de l'ARIS. Besançon, France.

BERGER, D., RIFFAUD, A. et JOURDAN, D. (2007). *Éducation à la santé dans les écoles élémentaires… Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manisfestes en classe en éducation à la santé.* Actes du colloque de l'AREF. Strasbourg, France : Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation.

BIZZONI-PRÉVIEUX, C. (2011). *Les partenariats en éducation à la santé à l'école primaire: analyse comparée entre la France et le Québec.* Thèse de doctorat inédite. Université du Québec à Montréal/Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, France.

BIZZONI-PRÉVIEUX, C**.,** MÉRINI, C., OTIS, J., GRENIER, J. et 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, volume 36, 3.*

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

CASTILLO, F. (1987). *Le chemin des écoliers ou l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Universités.

COGÉRINO, G., MARZIN, P. et MÉCHIN, N. (1998). Pratiques et représentations chez les enseignants en éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et formation, 28,* 9-28.

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

CROZIER M., FRIEDBERG E. ([1977] 1992). L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. Éditions du Seuil, coll. Points Essais.

DO, C-L. et ALLUIN, F. (2003) L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège en 2001-2002, note d'information DPD D3, avril 2003.

FORTIN, J. (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. Dans D. Jourdan et M. Tubiana (Dir), *La formation des acteurs en éducation à la santé en milieu scolaire.* Toulouse, France : Éditions universitaires du sud, 51-65.

GAUDREAU, L. (2000). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. Dans C.Garnier et M.-L. Rouquette (Dir) : *Représentations sociales et éducation.* Montréal, Québec : Éditions nouvelles, 143-164.

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

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

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

JOURDAN, D, PIEC, I., AUBLET-CUVELIER, B., BERGER, D., LEJEUNE, M.-L., LAQUET-RIFFAUD, A., GENEIX, C et GLANDDIER, P.-Y. (2002). Éducation à la santé à l'école: pratiques et représentations des enseignants au primaire. *Santé Publique* 4 (14), 403-423.

LESELBAUM, N. et DE PERETTI, C. (1997). L'éducation à la santé en milieu scolaire: quelles approches des conduites addictives. *Toxibase*, 1- 21.

MAMECIER, A., BOUTET-WAISS, F., NAVES, P., RAVARY, Y., SALLE, J. et VIENNE, P. (2004). Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège. Inspection générale des affaires sociales; FRANCE. Inspection générale de l'éducation nationale; FRANCE. Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 107 p.

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

MÉRINI, C., VICTOR, P. et JOURDAN, D. (2009). *Analyse des dynamiques collectives de travail des écoles impliquées dans le dispositif "Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école"*. Clermont-Ferrand, France : IUFM d'Auvergne – IA du Puy-de-Dôme.

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

MERRIAM, S. B. (1988). ***Qualitative research and case study applications in education***. San Francisco, Californie: Jossey-Bass.

MICHAUD, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval, Sainte-Foy, Québec.

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

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

Ministère de l'Éducation nationale. (2006). *Le socle commun des connaissances et des compétences*. Loi d'orientation de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005. Paris, France : Gouvernement de France.

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

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

OTIS, J. et BIZZONI-PRÉVIEUX. C. (2008). *Le modèle d'inclusion de l'éducation à la santé à l'école au Québec : Défis pour la formation et les pratiques enseignantes et enseignants*. Communication présentée lors du 2ème Colloque National sur la Formation des Enseignants en éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Paris, France.

OTIS, J. et GRENIER, J. (2010). L'éducation à l'école : Bilan, défis et perspectives d'avenir. Dans J. Grenier, J. Otis et G. Harvey (Dir) : *Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire.* Montréal, Québec : Presses de l'Université du Québec, 215-251.

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

SANSOLIOS S, MIKKELSEN BE: *Views of parents, teachers and children on health promotion in kindergarten--first results from formative focus groups and observations***.** *Int J Pediatr Obes*; 2011 Oct; 6 Suppl 2:28-32.

St LÉGER, L. (1999). *Health promotion in schools*. Dans: *A report for the European Commission by the international union for health promotion and education. The evidence of health promotion effectiveness-shaping public health in a new Europe*.110-133.

TARDIF, M. et LEVASSEUR, L. (2004). L'irruption du travail collectif dans le travail enseignant. Dans J.-F Marcel (Dir.) : ***Les pratiques enseignantes hors de la classe***._Paris, France : L'Harmattan, 251-266.

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

TURCOTTE, S., GAUDREAU, L., & OTIS, J. (2007). *Les objets d'enseignement-apprentissage: éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique*. STAPS, 75, 115-129.

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