

Les partenariats en éducation à la santé au primaire : analyse comparée

Partnerships in Health Education at the Elementary Level: a Comparative Analysis

La cooperación en educación para la salud en la primaria: análisis comparado

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

Volume 14, numéro 2, 2011

L'éducation à la santé en milieu scolaire : un champ de pratique et de recherche en émergence

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1008911ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1008911ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

ISSN

1911-8805 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bizzoni-Prévieux, C., Mérini, C., Otis, J., Jourdan, D. & Grenier, J. (2011). Les partenariats en éducation à la santé au primaire : analyse comparée. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 43–60.
<https://doi.org/10.7202/1008911ar>

Résumé de l'article

L'objectif de cet article est de décrire et de comparer les partenariats au Québec et en France à travers le filtre des réseaux d'ouverture et de collaboration et des ressources mobilisées à l'école primaire pour mettre en oeuvre l'éducation à la santé. Points communs aux deux contextes, la formation des élèves est la raison principale du travail en partenariat à l'école et, pour ce faire, elle trouve ses ressources à l'intérieur même de sa structure. Des particularités apparaissent toutefois. En France, les actions sont souvent sous-traitées, les enseignants considèrent les spécialistes plus compétents qu'eux-mêmes et les intervenants extérieurs à l'école sont différents. On y retrouve surtout des « préventologues » tandis qu'au Québec, ce sont des parents ou des associations qui s'engagent dans les actions.

Les partenariats en éducation à la santé au primaire : analyse comparée

Caroline Bizzoni-Prévieux

Université du Québec à Trois-Rivières
Laboratoire PAEDI EA 4281 Clermont Universités/IUFM d'Auvergne
Université Blaise Pascal Clermont 2

Corinne Mérini

Laboratoire PAEDI EA 4281 Clermont Universités/IUFM d'Auvergne
Université Blaise Pascal Clermont 2

Joanne Otis

Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
Université du Québec à Montréal

Didier Jourdan

Laboratoire PAEDI EA 4281 Clermont Universités/IUFM d'Auvergne
Université Blaise Pascal Clermont 2

et Johanne Grenier

Université du Québec à Montréal

Les partenariats en éducation à la santé au primaire : analyse comparée

Résumé

L'objectif de cet article est de décrire et de comparer les partenariats au Québec et en France à travers le filtre des réseaux d'ouverture et de collaboration et des ressources mobilisées à l'école primaire pour mettre en œuvre l'éducation à la santé. Points communs aux deux contextes, la formation des élèves est la raison principale du travail en partenariat à l'école et, pour ce faire, elle trouve ses ressources à l'intérieur même de sa structure. Des particularités apparaissent toutefois. En France, les actions sont souvent sous-traitées, les enseignants considèrent les spécialistes plus compétents qu'eux-mêmes et les intervenants extérieurs à l'école sont différents. On y retrouve surtout des «préventologues» tandis qu'au Québec, ce sont des parents ou des associations qui s'engagent dans les actions.

Mots-clés : éducation à la santé, partenariat, ressources, écoles primaires France-Québec

Partnerships in Health Education at the Elementary Level: a Comparative Analysis

Abstract

This article aims at describing and comparing the partnerships in place in Québec and in France filtered through their networks of openness and collaboration, and the resources used at the elementary level to develop health education. A common feature in both contexts, student education is the main reason for establishing work partnerships at the school and, as such, resources are found within its own structure. However, there are particularities. In France, actions are often contracted outside the school; teachers consider that specialists are more competent than they are, and external actors differ. They are mostly working with “preventionists” while, in Québec, these actions are undertaken by parents or associations.

Key words: health education, partnership, resources, France-Québec elementary schools

La cooperación en educación para la salud en la primaria: análisis comparado

Resumen

El objetivo de este artículo es describir y comparar las actividades de cooperación en Quebec y en Francia a través de redes de apertura y de colaboración así como de recursos movilizados en la escuela primaria para poner en práctica la educación para la salud. Los dos contextos tienen en común la formación de los alumnos como razón principal del trabajo cooperativo en la escuela, formación que, por lo tanto, encuentra sus recursos dentro de su misma estructura. Sin embargo, se destacan algunas particularidades. En Francia, las acciones son con frecuencia objeto de subcontratación; los docentes consideran que los especialistas son más competentes que ellos mismos y los que intervienen fuera de la escuela son distintos en comparación con Quebec. Se encuentran más “preventólogos” mientras en Quebec, son los padres o asociaciones quienes se involucran en las acciones.

Palabras clave: educación para la salud, cooperación, recursos, escuelas primarias Francia-Quebec

1. Introduction

1.1 La transformation de la forme scolaire

En France comme au Québec, depuis une quinzaine d'années, l'organisation du travail scolaire échappe de plus en plus à la forme scolaire telle que décrite par Vincent (1994) à savoir une transmission de savoirs codifiés et de règles dépersonnalisées auxquelles les élèves doivent consentir dans un lieu et un temps spécifique unissant les élèves et leur maître. En effet, même si la classe reste toujours le dispositif de base du travail scolaire, de plus en plus d'acteurs autres que les enseignants (parents, intervenants extérieurs, aides-éducateurs) interviennent et le travail enseignant ne peut plus se circonscrire seulement à l'espace-classe (Almudever, 2004; Gather-Thurler et Maulini, 2007; MEN, 1989; Perrenoud, 1993; Tardif et Lévesque, 2004). Au Québec, une particularité existe, à savoir la présence d'enseignants spécialistes comme l'enseignant en éducation physique et à la santé ou l'enseignant en musique à l'intérieur même de l'école. L'école, incluant notamment les enseignants, est amenée à développer en parallèle de la pratique d'enseignement, des pratiques plus collectives.

1.2 La transformation des règles

Explorons à présent le cadre réglementaire dans lequel les pratiques collectives se développent. Ce cadre se trouve être double : d'une part, la réglementation qui organise le programme des activités scolaires (en tant que prescription primaire) et, d'autre part, celle qui organise la formation des enseignants (en tant que prescription secondaire) (Goigoux, 2007).

Sur le plan de la réglementation des activités scolaires, le programme de formation de l'école québécoise (MEQ, 2001) et le socle commun des connaissances et compétences en France (MEN, 2006) font apparaître aux côtés des domaines disciplinaires, d'autres domaines d'apprentissages (les domaines généraux de formation et les compétences transversales au Québec (MEQ, 2001 ; 2003) et les piliers, notamment les 5, 6 et 7, du socle commun des connaissances en France (MEN, 2006) qui n'interpellent pas seulement l'enseignant, mais toute la communauté éducative.

Pour ce qui est de la formation des enseignants, les référentiels de compétences professionnelles de la profession enseignante pour le Québec (2001) et des enseignants pour la France (2006) incitent les enseignants à diversifier leurs pratiques afin de mieux répondre aux besoins des élèves. Dans ces référentiels, on retrouve deux compétences au Québec et une en France liées au travail en coopération^{1 2} avec la communauté éducative qui est définie par Deslandes et Bertrand en 2001 comme «un regroupement de partenaires qui se sentent concernés par la réussite et le développement du plein potentiel, qui partagent une vision et des valeurs communes, et qui, dans leurs réalisations interpersonnelles, manifestent de la bienveillance, de la chaleur et du soutien à l'égard des autres membres de la même communauté».

1.3 L'émergence de nouveaux domaines d'activité

De nouveaux domaines d'activité comme les éducations à... apparaissent dans les programmes scolaires. Ces éducations à... ont comme caractéristiques d'être partagées par l'école, la famille, les associations, etc. (Lebeaume, 2004) contraignant les enseignants à travailler collectivement. Elles font davantage appel à des pratiques sociales (qui obligent à une ouverture de l'école sur son contexte) qu'à des savoirs de référence et, en conséquence, tendent à déstabiliser les enseignants (Ibid.). Ces activités mettent en relation les champs disciplinaires et a-disciplinaires, ainsi que différents univers tels que l'école, la famille, la communauté, etc., et mobilisent, en conséquence, différentes catégories professionnelles (enseignants, personnels non enseignants, personnels techniques...) autour d'un même objectif : amener les enfants à construire des opinions raisonnées pour faire des choix éclairés en matière d'environnement, de santé et de citoyenneté (Lange et Victor, 2006). Ainsi, la transformation de la forme scolaire, les différentes réformes réalisées au Québec (2001) et en France (1998) et ces nouveaux domaines d'apprentissages montrent que le travail collectif s'impose aux enseignants en matière d'éducation à... et notamment, en éducation à la santé.

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

2 En France, la compétence 9 (Travailler en équipe et coopérer avec les parents et les partenaires de l'école.)

Pour étudier le travail collectif de l'école autour de l'éducation à la santé, nous avons choisi de l'aborder à travers la notion de « partenariat » sous le filtre des réseaux d'ouverture et de collaboration et des ressources mobilisées à l'école primaire pour mettre en œuvre l'éducation à la santé.

2. Le partenariat : un concept complexe

Bien qu'il existe plusieurs typologies du partenariat que nous avons décrites dans une publication récente (Bizzoni et Mérini, 2009), nous centrons ici nos propos sur la typologie du partenariat tel que formulée par Mérini puisque les données ont été analysées selon ce cadre conceptuel. Mérini (1997) a défini le partenariat comme « le minimum d'action commune négociée visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnus comme communs » (p. 13). Selon cet auteur, la négociation est au cœur de la relation partenariale. En l'absence de celle-ci, la commandite, la délégation ou la sous-traitance remplace le partenariat. La négociation permettra de relier des personnes, des objets, des lieux, des temps et des niveaux très différents, ce qui confère une apparente complexité aux actions.

Mérini (1999, 2006) montre, par ailleurs, que la notion de partenariat prend appui sur l'action et sur des modes de fonctionnement en réseau qu'elle nomme : réseaux d'ouverture et de collaboration et qu'elle considère comme « une connexion non stabilisée d'acteurs ayant à agir ensemble sur un problème reconnu comme commun » (*op. cit.* p. 013). Ces réseaux sont des structures au sein desquelles les compétences et les champs d'action s'agencent de manière à répondre au problème commun. Ils sont utilisés pour mettre en synergie des acteurs et des actions, et permettent de comprendre les intentions de l'extension du travail enseignant à l'extérieur de la classe et de l'école.

Mérini affine la description du travail en réseaux en caractérisant ceux-ci selon quatre dimensions : l'enjeu, la durée, la forme du réseau et la forme de l'action d'ouverture. C'est à partir de ces quatre dimensions que Mérini repère trois types de réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) (tableau 1).

Tableau 1
Les réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC)

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

- Le premier type de réseau est fortement centralisé autour de l'acteur organisateur. Son intention générale est de poser un regard, d'apporter un témoignage relatif à une expertise particulière. L'enjeu est de l'ordre de l'information.

- Le deuxième type de réseau relie deux systèmes : celui de l'école et celui de ses partenaires. Ceux-ci mettent leur terrain d'exercice ou leurs compétences au service d'une mise en œuvre en dimension réelle et authentique de l'éducation. La formation des élèves est l'enjeu principal.
- Le troisième regroupe des acteurs de niveau, de catégorie et de statut différents dans une intention collective de recherche ou d'innovation qui peut lier la classe à des dispositifs de formation ou de recherche. La transformation est l'enjeu de ce réseau.

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

3. Recension des écrits

En France et au Québec, les recherches sur les actions en éducation à la santé à l'école ont privilégié les perceptions des éducateurs physiques au primaire et au secondaire (Michaud, 2002) par une lecture des pratiques centrée sur un champ disciplinaire. Cette lecture est fondée sur les déclarations des professeurs d'éducation physique et sportive au collège (Cogérino, Marzin et Méchin, 1998) et des professeurs des écoles (Jourdan, Pic, Aublet-Cuvelier, Berger, Lejeune, Laquet-Riffaud, Geneix et Glanddier, 2002). Au Québec, seul Turcotte (2006) a travaillé sur des pratiques à la fois déclarées et observées chez des éducateurs physiques et à la santé du primaire. Ce regard disciplinaire, bien qu'important pour caractériser certaines actions en éducation à la santé, ne met en relief, ni les partenariats qui se forment, ni les dynamiques collectives qui s'opèrent dans la mise en place de ces actions.

Peu d'auteurs ont abordé la question du partenariat dans le milieu scolaire et quand ils l'ont fait, c'est en transférant leur mode de compréhension du partenariat en tant qu'accords interorganisationnels (Carlson, Eisenmann, Pfeiffer, Jager, Sehnert, Yee, Klavinski et Felz, 2008, Kreulen, Bednarz, Wehrwein et Davis, 2009; Weiner, Cantara, Kuo et Lione, 1988). Quelques-uns se sont appuyés sur une typologie ou une modélisation de la notion de partenariat. Dans cette catégorie, on peut identifier deux genres de démarche : l'une définit le partenariat, mais n'utilise pas la modélisation pour analyser les résultats obtenus (Berger *et al.*, 1998), l'autre caractérise le partenariat et organise les résultats à partir des catégories du modèle (Mérini et de Peretti, 2002; Mérini, Victor et Jourdan, 2009). Aucune recherche québécoise n'a, jusqu'à ce jour, présenté des travaux sur le partenariat en éducation à la santé à l'école.

En France, le laboratoire Processus et Action des Enseignants : Déterminants et Impacts (PAEDI) a développé une méthodologie innovante et spécifique à partir d'écrits professionnels relatifs à l'éducation à la santé. Initiée uniquement à partir de traces recueillies en classe par Berger, Riffaud et Jourdan (2007), cette méthodologie a été reprise et développée par Mérini, Victor et Jourdan (2009) avec des écrits professionnels en éducation à la santé collectés par l'équipe-école traçant les actions dans et hors de la classe. L'analyse de ces traces écrites permet que les actions tant individuelles que collectives soient repérées et caractérisées.

Par cette méthodologie, les chercheurs ont démontré que les actions en éducation à la santé se développent grâce à des structures ou à des dispositifs apportant des ressources matérielles, financières ou humaines, qui vont permettre aux équipes de mettre en place ou de stabiliser leurs

actions et qu'ils ont nommés vecteurs d'action. Mérini *et al.* (2009) ont distingué deux logiques dans le rôle que ces vecteurs peuvent jouer. Premièrement, ils peuvent impulser et être à l'origine de l'action: ils sont alors appelés vecteurs «origine», deuxièmement, ils permettent, dans leur apport de moyens, de stabiliser ou de développer l'action, et dans ce cas ils sont appelés vecteurs «bailleurs». On retrouve différents types de vecteurs.

- Des vecteurs «école»: les actions sont impulsées, organisées et animées par les équipes-écoles en relation avec les parents selon les possibilités locales.
- Des vecteurs «territoriaux»³ : dans ce cas, ce sont les municipalités, les régions ou les départements qui impulsent ou soutiennent des actions.
- Des vecteurs «nationaux/internationaux»: les actions sont alors rendues possibles grâce, par exemple, à l'appui d'organismes internationaux humanitaires tels que l'UNICEF, la Fédération du sport étudiant.
- Des vecteurs «intervenants extérieurs»: des personnes, professionnelles ou non, qui animent des ateliers ou des séquences de prévention, voire, contribuent à la mise en place d'ateliers. Ces intervenants extérieurs à l'école apportent leurs moyens et/ou interviennent directement auprès des élèves.
- Des vecteurs de «circonscription»⁴: ce sont des actions qui unissent plusieurs écoles dans un dispositif d'envergure marquant ainsi une politique de circonscription.

Dans cette recherche, nous sommes donc partis de la modélisation des vecteurs d'actions telle que réalisée en France par Mérini *et al.* (2009) pour nous intéresser aussi aux dynamiques collectives de travail à travers le filtre du partenariat tel que le définit Mérini (1999, 2006). On peut faire l'hypothèse que si les contextes socioculturels et réglementaires des activités scolaires de la France et du Québec sont différents, les dynamiques collectives sont comparables. En ce sens, la dimension comparatiste contribue à amoindrir tout particularisme culturel.

Dans un premier temps, nous avons comparé la France et le Québec : a) selon le type de réseaux d'ouverture et de collaboration qui structurent les actions collectives en éducation à la santé; b) selon les vecteurs d'actions qui les impulsent ou les stabilisent. Dans un second temps, contexte par contexte, nous avons exploré les liens possibles entre les vecteurs d'actions en présence et le type de réseaux d'ouverture et de collaboration caractérisant les actions collectives en éducation à la santé.

4. Méthodologie de l'étude

Nous avons privilégié l'analyse comparée en nous appuyant sur une logique qualitative, descriptive et interprétative. La démarche méthodologique repose sur l'étude de cas multiples que Merriam (1988) définit en référence à quatre caractéristiques principales: particulariste, c'est le cas en soi qui est important; descriptive puisque le résultat final est une description détaillée comportant néanmoins des éléments d'interprétation; heuristique, en ce sens qu'elle améliore la compréhension du cas et permet l'émergence de nouvelles interactions ou variables, et enfin inductive au sens où l'étude de cas dépend en grande partie du raisonnement du chercheur.

3 La territorialité en France est représentée par la commune, le département, la région. Au Québec, on retrouve la municipalité, les municipalités régionales de comté (MRC) et les régions.

4 L'équivalent des circonscriptions, au Québec, est appelé commission scolaire.

4.1 La sélection des écoles constituant les cas analysés

Les douze écoles primaires incluses dans l'étude ont été sélectionnées dans deux regroupements scolaires : six au sein d'une commission scolaire de la Montérégie au Québec et six dans une circonscription de la région de l'Auvergne en France. Afin d'éviter que les différences observées ne soient d'abord liées aux caractéristiques des écoles plutôt qu'au contexte culturel (pays), celles-ci ont été sélectionnées de façon à obtenir des groupes comparables. Six paires d'écoles identifiées Q1 à Q6 pour le Québec et F1 à F6 pour la France ont ainsi été obtenues. Outre la recherche de l'homogénéité dans les paires, l'échantillon a été construit pour offrir une large diversité de contextes scolaires. Dans une récente publication, l'appariement a fait l'objet d'une validation statistique pour s'assurer que les différences observées entre les pays ne sont pas liées à des variations entre les écoles (Bizzoni-Prévieux, Otis, Mérini, Grenier et Jourdan, 2010).

4.2 Les données brutes

Tant en France qu'au Québec, les directeurs des écoles participantes devaient collecter tous les écrits professionnels tels que les comptes rendus des divers conseils, des lettres aux parents, des productions d'élèves, etc. dans une pochette fournie à cet effet. Celle-ci était récupérée à la fin de chaque année. Par souci de comparabilité entre la France⁵ et le Québec, seuls les écrits professionnels des deux premières années ont été retenus.

Chaque écrit professionnel a été étiqueté pour une même école, puis rendu anonyme à la source. Les actions en éducation à la santé ont été codées (O1, O2, ...). Une même action repérée dans différents écrits gardait le même code alphanumérique. Un tableau d'indexation des traces et des actions a ainsi été monté. La liste des actions qui y sont compilées constitue la base de la banque de données.

4.3 Le repérage des actions collectives, des types de réseaux et des vecteurs d'actions

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la négociation qualifie l'action partenariale (Mérini 1999, 2006). Le repérage d'au moins trois des quatre critères suivants dans les actions nous permet d'affirmer que nous sommes en présence d'actions collectives : 1) la présence d'actions interdépendantes : les actions sont reliées les unes aux autres et font appel à différents acteurs ; 2) la présence d'actions réalisées dans une même école avec plusieurs classes, 3) la présence d'actions avec plusieurs écoles, 4) la présence d'échanges et d'accords explicites entre partenaires dans les écrits professionnels.

Une fois que les actions en éducation à la santé en France et au Québec ont été identifiées comme étant des actions individuelles ou collectives, nous nous sommes attachés à repérer le type de réseau impliqué dans les actions collectives. Pour ce faire, nous avons cherché, dans les écrits professionnels, dans les entretiens et dans les notes du chargé de projet, les critères de détermination des réseaux : l'enjeu, la durée, la forme du réseau et la forme d'ouverture (tableau 1) (Mérini et Bizzoni-Prévieux, 2009 ; Mérini, 1999, 2006).

5 La collecte des écrits professionnels en France a duré 3 ans.

Pour les vecteurs d'actions, nous nous sommes basés sur le tableau des indexations des traces et des actions. On retrouve dans ce tableau une case qui s'intitule «à l'origine de l'action» et une autre case «ressources humaines, financières et matérielles». Cette dernière case permettait de savoir qui était le bailleur de l'action.

Ces deux étapes, identification des types de réseaux et des vecteurs d'actions étaient réalisées dans un premier temps par deux observateurs indépendants qui se rencontraient de manière à vérifier la concordance de leurs décisions. En cas de désaccord, une décision consensuelle était prise. Un troisième observateur validait ces dernières décisions.

4.4 L'analyse des données

Pour comparer les données entre la France et le Québec, des pourcentages ont été calculés pour chaque pays (ex. nombre d'actions collectives sur le nombre total d'actions au Québec) et ceci pour chaque indicateur retenu. Les pourcentages ont été ensuite contrastés à l'aide de tests non paramétriques (χ^2) qui permettent de comparer des échantillons indépendants. La même procédure a été utilisée, contexte par contexte, pour dégager les liens entre les types de réseaux et les vecteurs d'actions. Étant donné le caractère exploratoire de cette recherche et la faible taille de l'échantillon, le seuil de signification pour chaque test a été fixé à 0,05 et les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 17. Rappelons que cette étude avait une visée compréhensive et qu'elle ne cherchait pas à inférer des causalités. En effet, les données chiffrées fournies permettent d'illustrer les résultats de l'analyse qualitative des traces écrites. Aussi, au-delà de ce seuil de signification sur le plan statistique, les résultats seront présentés en tenant compte des notes d'observations et des entretiens réalisés avec les acteurs dans chaque école.

4.5 Considérations éthiques

Plusieurs mesures ont été mises en place pour que cette recherche respecte les principes éthiques. La décision de participer à la recherche a été prise de façon collégiale par l'équipe-école, le directeur d'école, le conseil d'établissement et les enseignants ayant été impliqués dans cette décision. Seules les traces écrites des acteurs consentants ont été prises en compte. Toutes les traces écrites, école par école, ont été regroupées, puis rendues anonymes. Un retour des résultats a été assuré, les personnes concernées étant considérées comme des sujets engagés dans la recherche et non comme des objets d'étude.

5. Résultats

De toutes les actions en éducation à la santé repérées dans les 12 écoles étudiées, au Québec comme en France, la majorité est collective plutôt qu'individuelle (81/106, soit 76,4% au Québec, comparativement à 29/33, soit 87,9% en France, $p = 0,158$). Les prochaines analyses ne concernent que les actions collectives repérées dans les deux contextes.

5.1 Comparaison du Québec et de la France selon le type de réseaux d'ouverture et de collaboration caractérisant les actions collectives en éducation à la santé

Au Québec comme en France, les actions collectives en éducation à la santé se structurent selon une diversité de types de réseaux, la majorité étant réalisée en réseaux d'ouverture et de collaboration⁶ (ROC1 : 23,6 % ; ROC2 : 49,1 % ; ROC3 : 14,5 % de toutes les actions collectives repérées dans les deux contextes), soit en réel partenariat (87,3 %) plutôt qu'en sous-traitance (ST : 12,7%). Tel qu'indiqué au tableau 2, certains points communs, mais aussi des particularités, sont à souligner entre les deux contextes ($p = 0,004$).

Alors qu'au Québec, la quasi-totalité des actions collectives en éducation à la santé est réalisée en partenariat (93,8 %), la sous-traitance caractérise près du tiers (31,0 %) de ces actions dans les écoles françaises. Dans les deux contextes, les partenariats se polarisent de façon identique autour des réseaux de type 2, indice que l'action collective en éducation à la santé a d'abord comme enjeu, tant au Québec qu'en France, la formation des élèves. Elle s'étale dans le temps sur une période de quelques semaines ou quelques mois et relie l'école à l'un ou l'autre de ses partenaires (réseau binaire). En France, les autres types de réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC 1 et 3) sont moins fréquents qu'au Québec. Les réseaux de type 1 semblent toutefois plus fréquents dans les deux contextes que les réseaux de type 3. Ces réseaux de type 1 sont des formes plus simples de réseaux d'ouverture et de collaboration, centralisées autour de l'acteur organisateur (réseau en étoile), sans nul doute plus faciles à mettre en place. L'action collective dans ce contexte est souvent ponctuelle et vise l'information. Les réseaux de type 3 qui s'inscrivent dans la durée, visent la transformation et impliquent l'école, ses partenaires et ce, de façon intersectorielle et à divers paliers (réseau multipolaire). Ils représentent un total de 14,5 % des actions collectives en éducation à la santé, proportion plus importante au Québec qu'en France (17,3 % versus 6,9 %).

Tableau 2
Comparaison entre la France et le Québec selon le type de réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) caractérisant les actions collectives

Éléments de comparaison		Québec		France		Valeur de p
		Sur 81 actions		Sur 29 actions		
		N	%	N	%	
Partenariat ou non	ST	5	6,2	9	31,0	0,004
	ROC 1	22	27,2	4	13,8	
	ROC 2	40	49,4	14	48,3	
	ROC 3	14	17,3	2	6,9	

ST : sous-traitance

6 Pour faciliter la lecture du texte, le terme «réseau» a été utilisé pour réseau d'ouverture et de collaboration.

5.2 Comparaison du Québec et de la France selon les vecteurs « origine » des actions collectives en éducation à la santé

Au-delà du repérage de l'action et du type de réseaux qui la structure, on peut s'interroger sur la manière dont elle émerge. La nature des vecteurs « origine » qui ont permis de mettre en place les actions collectives en éducation à la santé dans les écoles primaires en France comme au Québec est plutôt semblable sauf sur quelques aspects.

En général, 88,5 % des actions collectives n'ont qu'un seul vecteur à leur origine (tableau 3). Dans les deux contextes, tel qu'indiqué au tableau 3, l'école semble le premier vecteur à l'origine des actions collectives (86,5 %), mais de façon prédominante au Québec (92,6 % versus 65,2 % ; $p=0,003$). En France comme au Québec, le deuxième vecteur « origine » le plus fréquemment utilisé par les écoles, mais dans une moindre mesure (19,2 %), est le vecteur « intervenants extérieurs ». Parmi les intervenants extérieurs, que nous avons repérés dans les écrits professionnels, on retrouve en France, les parents, les associations, la gendarmerie, les pompiers, les intervenants de la ligue contre le cancer ou en premiers soins (secourisme). Au Québec, ce sont les parents qui sont le plus souvent sollicités par l'école.

Peu d'autres vecteurs semblent à l'origine des actions collectives en éducation à la santé. Le rôle des vecteurs « nationaux et internationaux » n'est présent qu'au Québec, mais dans une très faible proportion (6,2 %). En France, la territorialité est à l'origine d'une certaine proportion d'actions collectives en éducation à la santé (8,7 %) alors qu'elle n'est pas du tout impliquée au Québec ($p=0,008$). Dans les deux contextes, la circonscription ou la commission scolaire participe peu à l'initiation des actions collectives (5,8 %) (IEN).

Tableau 3
Comparaison entre la France et le Québec
selon les vecteurs « origine » des actions collectives

Éléments de comparaison		Québec		France		Valeur de p
		Sur 81 actions		Sur 23 actions*		
		N	%	N	%	
Nature des vecteurs origine	École	75	92,6	15	65,2	0,003
	TER	0	0,0	2	8,7	0,008
	Ntl/Intl	5	6,2	0	0,0	0,224
	IEX	15	18,5	5	21,8	0,731
	IEN	5	6,2	1	2,3	0,742
Vecteurs origine	Unique vs multiples	70	86,4	22	89,7	0,224

*L'origine de 6 actions sur 29 en France n'a pu être identifiée.

TER : vecteur territorial ou régional ; Ntl/Intl : vecteur national ou international

IEX : vecteur intervenant extérieur ; IEN : vecteur circonscription ou commission scolaire

5.3 Comparaison du Québec et de la France selon les vecteurs « bailleurs » des actions collectives en éducation à la santé

Après avoir identifié les acteurs impliqués à la naissance d'une action collective en éducation à la santé, nous nous sommes intéressés à reconnaître les ressources mobilisées pour la mise en place et la pérennisation des actions collectives en éducation à la santé. Dans les deux contextes, une fois que les actions collectives sont mises en œuvre, une plus forte proportion est soutenue par au moins deux bailleurs différents comparativement au moment de leur origine (22,0%). De plus, si l'origine des actions collectives vient surtout de l'école ou des intervenants extérieurs, tel qu'illustré au tableau 4, le soutien à ces actions provient d'une plus grande diversité d'autres bailleurs.

En France comme au Québec, les ressources humaines, matérielles et/ou financières les plus fréquemment utilisées appartiennent à l'école (66,0%), mais dans une moindre mesure qu'au moment où l'action collective émerge. C'est au Québec toutefois que l'on observe la plus grande proportion d'actions collectives liées à ce vecteur « bailleur » (au Québec, 74,1% et en France, 42,8%; $p=0,003$). Dans les deux contextes, c'est environ la moitié des actions collectives qui sont liées au vecteur « intervenants extérieurs » (45,9%) et dans les deux cas, le rôle de la circonscription ou de la commission scolaire reste tenu (2,8%).

La France comparativement au Québec, se démarque ici aussi par une plus forte proportion d'actions collectives soutenues par la territorialité (en France, 28,6% et au Québec, 7,4%; $p=0,003$). Ce vecteur est donc plus important en France qu'au Québec, à la fois pour initier l'action, mais surtout, pour la stabiliser et la maintenir.

Tableau 4
Comparaison entre la France et le Québec
selon les vecteurs « bailleurs » des actions collectives

Éléments de comparaison		Québec		France		Valeur de p
		Sur 81 actions		Sur 28 actions*		
		N	%	N	%	
Nature des vecteurs bailleurs	École	60	74,1	12	42,8	0,003
	TER	6	7,4	8	28,6	0,003
	Ntl/Intl	8	9,9	1	2,8	0,298
	IEX	35	43,2	15	53,6	0,345
	IEN/	1	1,2	2	5,6	0,101
Vecteurs bailleurs	Unique vs multiples	64	79,0	21	75	0,660

*Le bailleur de 1 action sur 29 en France n'a pu être identifié.

TER : vecteur territorial ou régional ; Ntl/Intl : vecteur national ou international

IEX : vecteur intervenant extérieur ; IEN : vecteur circonscription ou commission scolaire

Pour mieux comprendre les dynamiques collectives, contexte par contexte, les vecteurs d'actions mobilisés ont été mis en lien avec le type de réseaux mis en place.

5.4 Liens entre vecteurs d'actions collectives et type de réseaux d'ouverture et de collaboration en France

En France, quand l'école est à l'origine de l'action, on observe une plus forte proportion d'actions réalisées en réseaux d'ouverture et de collaboration, notamment parmi les actions collectives de type 2 (71,4%) plutôt que parmi celles de sous-traitance (11,1%) ($p = 0,050$). L'école, en France, initie donc ses actions collectives autour de l'enjeu « formation » de l'éducation à la santé et sous cet angle, elle en sera l'acteur organisateur. Inversement, quand les intervenants extérieurs sont à l'origine de l'action collective, elle aurait tendance à se trouver le plus souvent parmi les actions sous-traitées plutôt que parmi celles réalisées en partenariat complexe, c'est-à-dire en réseaux d'ouverture et de collaboration de type 2 et 3.

Quand l'école ($p = 0,021$) et la territorialité ($p = 0,024$) sont bailleurs et apportent leurs moyens pour mener à bien des actions en éducation à la santé, les actions réalisées en partenariat sont proportionnellement plus importantes. La territorialité semble être un type de vecteur « bailleur » particulièrement favorable à la mise en place d'actions collectives en éducation à la santé sous forme de réseaux de type 2 et 3. Enfin, les actions collectives réalisées en sous-traitance impliquent uniquement des intervenants extérieurs comme vecteur « bailleur », alors que ceux-ci ne sont pas les seules ressources mobilisées dans les actions collectives réalisées en partenariat ($p = 0,004$).

Tableau 5
Liens entre vecteurs d'actions collectives
et type de réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) en France

	Sous-Traitance (N= 9)		ROC 1 (N= 4)		ROC 2 (N= 14)		ROC 3 (N= 2)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Vecteurs « origine » des actions collectives									
École	2	11,1	2	50,0	10	71,4	2	100,0	0,050
TER	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0,528
Ntl/Intl	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,000
IEX	4	44,4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0,811
IEN	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0,784
Unique vs multiples	6	66,6	3	75,0	12	86,0	2	100,0	0,504
Vecteurs « bailleur » des actions collectives									
École	0	0,0	3	75,0	8	57,1	1	50	0,021
TER	0	0,0	1	25,0	6	42,9	2	100	0,024
Ntl/Intl	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0	0,775
IEX	9	100,0	2	50,0	3	21,4	1	50	0,004
IEN	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0	0,512
Unique vs multiples	9	100,0	2	50,0	11	78,5	0	0	0,016

TER : vecteur territorial ou régional ; Ntl/Intl : vecteur national ou international

IEX : vecteur intervenant extérieur ; IEN : vecteur circonscription ou commission scolaire

5.5 Liens entre vecteurs d'actions collectives et type de réseaux d'ouverture et de collaboration au Québec

Au Québec, tel qu'indiqué au tableau 6, quand le vecteur « intervenants extérieurs » est à l'origine de l'action, les actions collectives constituent une plus forte proportion d'actions réalisées en réseaux d'ouverture et de collaboration, notamment ceux plus complexes de type 3 (57,1 %) ($p = 0,0001$) qui s'inscriront dans la durée et auront un objectif de transformation. Rappelons que les intervenants extérieurs sont différents dans les deux contextes, étant au Québec, pour une grande majorité, des parents, alors qu'en France, ce sont surtout des « préventologues » (ligue contre le tabac, la toxicomanie, etc.).

L'analyse du tableau 6 permet aussi de voir qu'au Québec, les actions collectives des réseaux d'ouverture et de collaboration de type 3 sont proportionnellement moins souvent soutenues par un seul vecteur « origine » ($p = 0,011$) ou « bailleur » ($p = 0,001$) comparativement à celles des autres types de réseaux. L'initiation d'actions collectives structurées sous forme de réseaux complexes et multipolaires semble donc favorisée par la présence de plusieurs vecteurs « origine » et la présence de plusieurs bailleurs semble contribuer à la stabilisation de ces actions collectives.

Tableau 6
Liens entre vecteurs d'actions collectives
et type de réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) au Québec

	Sous-Traitance (N= 5)		ROC 1 (N= 21)		ROC 2 (N= 40)		ROC 3 (N= 15)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Vecteurs « origine » des actions collectives									
École	5	100,0	20	90,9	37	92,5	13	92,9	0,920
Territorialité	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,000
Intl/Ntl	0	0,0	1	4,5	4	10,0	0	0,0	0,501
IEX	0	0,0	1	4,5	6	15,0	8	57,1	0,0001
IEN	0	0,0	2	9,1	3	7,5	0	0,0	0,638
Unique vs multiples	5	100,0	19	90,0	37	92,5	9	60,0	0,011
Vecteurs « bailleurs » des actions collectives									
École	3	60,0	17	77,3	28	70,0	12	85,7	0,579
TER	0	0,0	1	4,5	2	5,0	3	21,4	0,171
Ntl/Intl	1	20,0	1	4,5	6	15,0	0	0,0	0,262
IEX	2	40,0	12	54,5	12	30,0	9	64,3	0,088
IEN	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0,792
Unique vs multiples	5	100,0	18	86,0	35	87,5	6	40,0	0,001

TER : vecteur territorial ou régional ; Ntl/Intl : vecteur national ou international

IEX : vecteur intervenant extérieur ; IEN : vecteur circonscription ou commission scolaire

6. Discussion

Rappelons que la méthodologie utilisée, soit l'analyse des écrits professionnels comme principale source des données, comporte certains biais et a comme inconvénient de ne rendre compte que d'une partie des actions en éducation à la santé. L'interprétation des résultats doit tenir compte de ces limites et rester prudente quant à leur portée. Malgré ces limites, la présente recherche a tout de même permis d'explorer les configurations du partenariat, à savoir le type de réseaux d'ouverture et de collaboration, les ressources mobilisées à l'origine et par la suite, dans le développement de l'action collective en éducation à la santé en France et au Québec.

La présence importante d'actions en éducation à la santé sous-traitées en France pourrait s'expliquer, en partie, par le fait que les enseignants auraient peut-être tendance à considérer leurs partenaires comme plus compétents. Ainsi les pompiers seraient mieux placés pour fournir des informations sur les règles de sécurité ou donner une formation en secourisme, les gendarmes pour aborder la réglementation en vélo, etc. La vision techniciste de l'éducation à la santé semble embarrasser le sentiment de compétence des enseignants français. Les enseignants québécois semblent, eux, se sentir en capacité d'agir même si c'est le plus souvent d'un point de vue hygiéniste et sanitaire (Bizzoni-Prévieux, Otis, Mérini, Grenier et Jourdan, 2010).

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

On peut s'interroger sur le rôle des parents et de leurs liens avec l'école. L'étude montre ici deux modèles différents : d'une part, le développement de services débordant le cadre scolaire (le service de garde, ou présence d'une association de parents à l'intérieur même de l'école) pour le Québec, là où en France ce genre de services est externalisé. En effet, les ressources sollicitées par l'école sont différentes : en France, la territorialité semble être un acteur incontournable dans la mise en place d'actions de grande envergure en éducation à la santé alors qu'au Québec, ce sont les parents qui semblent jouer ce rôle. Par contre, quand on regarde les objectifs des actions, on s'aperçoit que peu importe le contexte, ils sont dans la majorité des cas semblables, à savoir les besoins des élèves ou la demande sociale.

On peut par ailleurs formuler l'hypothèse qu'une mise en œuvre globale et systémique de l'éducation à la santé suppose des compétences non seulement relatives à l'objet, mais aussi à la dimension collective du travail. En France comme au Québec, on retrouve une majorité d'actions en réseaux de type 2. Cette situation pourrait avoir trois raisons : 1) tout d'abord l'âge des enfants pour lesquels des informations sur une thématique est moins adaptée ; 2) la deuxième voudrait que ce type de réseau demande moins d'habiletés à collaborer et moins de négociation, car ils sont binaires et plus classiques. Ils impliquent deux personnes dans une sorte d'aller-retour de formation entre le spécialiste et l'enseignant. De fait, ils seraient moins compliqués à mettre en place que des réseaux de type 3, au sens où les accords portent plus sur la structure et l'organisation de l'action que sur les enjeux de l'action qui sont largement déterminés par la forme du dispositif. D'autre part, ce type de réseau (2) demande l'intervention d'un moins grand nombre de personnes, et les accords ne concernant que deux d'entre elles, ils se font plus aisément ; 3) la troisième concernerait la durée de l'action. Le réseau de type 2 s'inscrit, en effet, dans une durée suffisante pour que les apprentissages se mettent en place.

Ainsi si l'éducation à la santé semble culturellement déterminée (Bizzoni, Mérini, Otis, Grenier et Jourdan, 2010), la manière de la mettre en œuvre est, elle, plus liée aux enfants et à leurs besoins. On peut dire aussi que s'il y a une telle prégnance des actions en réseaux de type 2, cela correspond à la construction des connaissances et des compétences à l'âge du primaire. La perspective constructiviste des apprentissages correspondrait mieux à cet âge.

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

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

Au bout du compte, on peut s'interroger sur ce qui conduit vraiment les enseignants à faire de l'éducation à la santé : est-ce une réponse aux besoins évalués des élèves, une réponse à la demande sociale (entre autres, celle des parents), un faire-valoir de l'école qui travaille son image de marque aux yeux de son environnement, ou une réponse à la dimension personnelle des enseignants (Goigoux, 2007) pour qui le bien-être des élèves peut être très important ?

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

S'il peut être difficile de trouver un espace dans les programmes de formation pour y insérer de tels dispositifs, les stages en milieu scolaire et la formation continue restent des lieux possibles pour de tels projets (Loizon, 2009).

7. Conclusion

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

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

L'émergence d'activités scolaires et de prescriptions qui obligent au réaménagement du travail scolaire amène les enseignants à devoir collaborer avec des partenaires et des parents, ce qui élargit le champ d'action des pratiques enseignantes. D'autre part, la mise en place d'actions en éducation à la santé à l'école ne peut se faire que grâce à une chaîne de volontés politiques et nous remarquons qu'en France et au Québec, ces chaînes s'organisent différemment même si les mécanismes de construction sont semblables. En effet, on constate que les acteurs présents à côté de l'école sont quelque peu différents. Si au Québec, une grande place est faite aux parents et aux associations, en France, la territorialité et la circonscription semblent être des acteurs-clés dans la mise en place d'actions en éducation à la santé. Peu importe les acteurs, un travail en éducation à la santé en partenariat avec les parents ou une association demande une implication de la part des enseignants, une autre façon de penser leur métier et de négocier avec des gens différents, ce qui implique de regarder son métier autrement. En effet, la formation des enseignants les amène à penser et à s'approprier leur métier de la façon classique, à savoir «seul avec ses élèves dans sa classe» et à transmettre des connaissances ancrées dans des disciplines. L'apparition de ces nouvelles activités scolaires fait en sorte qu'ils ont à repenser leur métier en fonction des objectifs d'apprentissages. Pour autant, ce changement de pratique ne peut se faire seul et les enseignants devraient être accompagnés et soutenus dans leur développement professionnel.

Références

- Almudever, B. (2004). Socialisation organisationnelle des enseignants et intersignification des conduites : la dichotomie entre activités dans la classe et activités hors la classe en question. In J.-F. Marcel (dir.), *Les pratiques enseignantes hors de la classe* (p. 99-113). Paris, France : L'Harmattan.
- Berger, D., de Peretti, C., Poisson, P., Campiutti, J.-M et Collet, R. (1998). Éducation à la santé et partenariats : présentation de deux recherches-action. *Recherche et Formation*, 28, 47-63.
- Bizzoni-Prévioux, C. et Mérini, C. (2009). *The question of the partnership in education*. La question du partenariat en éducation. In P. Masson et M. Pilo (dir.), *Partnership in education : Theoretical Approach and case studies* ; In P. Masson et M. Pilo (dir.), *Le partenariat en éducation : Approche théorique et études de cas* (p. 13-20 et 34-42). Thebookedition.com.
- Bizzoni-Prévioux, C., Otis, J., Mérini, C., 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*, XXXVI(3), 695-716.

- Carlson, J. J., Eisenmann, J. C., Pfeiffer, K. A., Jager, K. B., Sehnert, S. T., Yee, K. E., Klavinski, R. A. et Feltz, D. L. (2008). Partners for heart health: a school-based program for enhancing physical activity and nutrition to promote cardiovascular health in 5th grade students. *BMC Public Health*, 8. www.biomedcentral.com/1471-2458/8/420.
- Cogérino, G., Marzin, P. et Méchin, N. (1998). Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et formation*, 28, 9-28.
- Deslandes, R. et Bertrand, R. (2001). La création d'une véritable communauté éducative autour de l'élève ; une intervention cohérente et des services mieux harmonisés : Rapport de recherche. CQRS/MEQ.
- Gather-Thurler, M. et Maulini, O. (2007). *L'organisation du travail scolaire : Enjeu caché des réformes ?* Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique*, 3, 19-41.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.-L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. et Glanddier, P.-Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants au primaire. *Santé publique* 4 (14), 403-423.
- Kreulen, G. J., Bednarz, P. K., Wehrwein, T. et Davis, J. (2008). Clinical education partnership: A model for school district and college of nursing collaboration. *Journal of school nursing*, 24(6), 360-369.
- Landry, C. (1994). Émergence et développement du partenariat en Amérique du nord. In C. Landry et F. Serre (dir.) *École et entreprise : vers quel partenariat ?* Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lange, J.-M. et Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? In Recherches sur la communication et l'apprentissage des sciences et des techniques, *Didaskalia*, n° 28, 1-134.
- Lebeaume, J. (2004). Éducation à ... et formes scolaires. Colloque « En quoi la réussite des élèves est-elle en relation avec la question de la santé à l'école ! ». Versailles, France.
- Lesain-Delabarre, J.-M. (1999). Partage, Convergence et démocratie : difficultés du partenariat. Dans l'intelligence en débat. *La Nouvelle Revue de l'AIS*.
- Loizon, D. (2009) Pour une formation des enseignants en éducation à la santé. *Formation et profession*, 2, 18-22.
- Mérini, C. (2006). *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application* (2^e éd.). Paris : L'Harmattan. (1^{re} éd. 1999).
- Mérini, C. et Bizzoni-Prévieux, C. (2009). Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école. *Formation et profession*, 2, 33-36.
- Mérini, C. et de Peretti, C. (2002). Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? *Santé publique*, 14, 147-164.
- Mérini, C., Victor, P. et Jourdan, D. (2009). Analyse des dynamiques collectives de travail des écoles impliquées dans le dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école ». Clermont-Ferrand, France : IUFM d'Auvergne – IA du Puy-de-Dôme.
- Merriam, S. B. (1988). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval, Québec.
- Ministère de l'Éducation nationale. (1989). Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation. Paris : Gouvernement de France.
- Ministère de l'Éducation nationale. (1998). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire N°: 98-237, BOEN/ n°45 du 03-12-1998. Paris : Gouvernement de France.

-
- Ministère de l'Éducation nationale. (2006). Cahier des charges de la formation des maîtres en IUFM. J.O du 28.12.2006. Paris : Gouvernement de France.
- Ministère de l'Éducation. (2001). *La formation des enseignants : les orientations, les compétences professionnelles*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Perrenoud, P. (1993). Formation initiale des maîtres et professionnalisation du métier. *Revue des sciences de l'éducation*, 19(1), 59-76.
- Tardif, M. et Levasseur, L. (2004). L'irruption du travail collectif dans le travail enseignant. In J.-F. Marcel (dir.), *Les pratiques enseignantes hors de la classe*. Paris : L'Harmattan, (p. 251-266).
- Turcotte, S. (2006). *L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique: analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal.
- Vincent, G. (dir.) (1994). *L'éducation prisonnière de la forme scolaire*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Weiner, P. D., Cantara, J. D., Kuo, N. H. et Lione, J. (1988). A partnership in health education between a neighbourhood school and a community hospital. *Journal of Community Health*, 13(3), 184-194.