



PHENex Journal/Revue phénEPS

L'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes canadiens d'éducation physique

Inclusion of Health Education in Canadian Physical Education Programs

Sylvain Turcotte
Université de Sherbrooke

Jean-François Desbiens
Université de Sherbrooke

Clémence Trudel
Université de Sherbrooke

Julie Demers
Université de Sherbrooke

Martin Roy
Université de Sherbrooke

Au cours des deux dernières décennies, l'actualisation des curricula scolaires a permis de consolider la place occupée par l'éducation à la santé à l'école. L'éducation physique est perçue comme l'une des disciplines scolaires susceptible de contribuer aux actions en éducation à la santé. S'appuyant sur une analyse documentaire de neuf programmes d'éducation physique primaire canadiens, cette étude avait pour objectifs d'identifier et de situer les finalités éducatives et les objets d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé insérés dans ces programmes. Quatre grandes finalités éducatives émergent et elles sous-tendent des acceptations variées de la santé. Vingt-huit objets d'enseignement-apprentissage ont été répertoriés et classés à l'intérieur des quatre facteurs clés du développement individuel des jeunes. Leur inclusion dans les programmes analysés est extrêmement divergente, ce qui confère un statut particulier à chacun de ces programmes, soulevant des questions quant au rôle dévolu à l'éducation physique en promotion de la santé.

In the last two decades, the modernization of school curricula has helped strengthen the role of health education in school settings. Physical education is perceived as one subject matter that can help bring about concrete changes in health education. Stemming from the documentary analysis of nine physical education programs taught in Canadian elementary schools, the study's goals were to describe the program orientations and content directly related to health

education. The four major educational orientations that emerged reflect varying levels of acceptance of health as an integral part of physical education. Twenty eight elements of content were identified and classified under the four main factors of children's personal development. Their level of integration in the programs analyzed varies widely. This conveys a special status to each program and raises questions regarding the role that physical education is called upon to play in the promotion of health.

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, la transformation des curricula scolaires à l'enseignement primaire au Canada a permis d'actualiser les programmes d'éducation physique. Les nouvelles orientations de ces programmes traduisent un réel intérêt à renouveler le mandat de cette discipline scolaire en amenant l'ensemble des acteurs de cette discipline à reconsidérer radicalement leur rôle respectif pour situer leur action dans une perspective tenant compte des enjeux sociaux actuels (Andrieu, 2001; Brunelle, 2002; Siedentop et Locke, 1997; Tinning, 2004). Les données épidémiologiques (Kimm et Obarzanek, 2002; Mitchell, Wake, Canterford et Williams, 2008; Shields, 2006; World Health Organization (WHO), 2008a et 2008b) montrent l'urgence d'agir sur certains de ces enjeux sociaux que sont les habitudes de vie et les comportements néfastes des enfants et des adolescents pour les aider à acquérir des aptitudes et à développer les capacités à faire des choix judicieux pour leur santé et leur bien-être.

Une des tendances actuelles mises de l'avant dans les programmes scolaires est d'instituer ou de renforcer la mise en œuvre d'actions en éducation à la santé. L'éducation physique est l'une des disciplines scolaires qui peut contribuer substantiellement aux actions en éducation à la santé; ces actions peuvent contribuer à la prévention de l'obésité (Davis, Gance-Cleveland, Hassink, Johnson, Paradis et Resnicows, 2007) ainsi qu'à réduire l'apparition des facteurs de risques comportementaux (Trudeau et Shephard, 2005). Cette contribution potentielle de l'éducation physique à l'éducation à la santé des jeunes s'impose présentement dans plusieurs pays occidentaux (Puhse et Gerber, 2005). Cette préoccupation sociale fait en sorte que l'éducation à la santé occupe une place importante à l'intérieur des intentions éducatives des programmes d'enseignement en éducation physique. L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique amène une modification des programmes de cette discipline scolaire et constitue une étape déterminante dans la mise en œuvre d'activités d'apprentissage par les éducateurs physiques. Or, on retrouve une diversité importante de programmes en éducation physique à l'école primaire (Hodges Kulinna, 2008). Cette diversité est le résultat, entre autres, de la présence d'un grand nombre de disciplines contributives à ce champ disciplinaire. Les modalités d'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique sont donc parsemées de tentatives des plus diverses en fonction de la place que lui accordent les concepteurs de programmes, ce qui explique pourquoi l'importance de l'éducation à la santé varie grandement d'un programme à l'autre. Deux approches prédominantes semblent toutefois se dégager dans ces tentatives d'inclusion de l'éducation à la santé.

Des approches en éducation à la santé

La première approche gravite autour de la fusion de l'éducation à la santé et de l'éducation physique. Cette fusion donne alors lieu à une redéfinition de la discipline scolaire qu'est l'éducation physique. L'appellation du nouveau programme de formation en Australie, *Santé et éducation physique*, est un bel exemple de ce type de fusion. Comme le souligne Tinning (2004), ce programme de *Santé et d'éducation physique* vise, outre le développement de la motricité et des habiletés associées aux activités physiques, le développement personnel ainsi que la gestion appropriative de sa santé et de son bien-être. Ainsi, une jonction est opérée entre le champ disciplinaire de l'éducation à la santé et celui de l'éducation physique. Le développement des compétences psychosociales mises en œuvre en éducation à la santé est partie prenante de ces programmes.

La deuxième approche contraste avec celle qui vient d'être mentionnée alors que la santé demeure une dimension secondaire dans les programmes d'éducation physique (Klein, 1997). Par exemple, aux États-Unis, l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique est admise depuis fort longtemps par les éducateurs physiques. Cette inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique est influencée par les pratiques sociales de santé et par les études issues du secteur de la santé publique. Ainsi, l'éducation physique et à la santé est presque exclusivement imprégnée des pratiques d'amélioration ou de maintien de la condition physique et des discours idéologiques, scientifiques ou éducatifs qui la portent (Manidi et Dafflon-Arvanitou, 2000). La situation est semblable au Royaume-Uni où les sujets qui sont traités sous le vocable d'éducation à la santé correspondent également à l'amélioration de la condition physique et à l'adoption d'un style de vie physiquement actif (Daley, 2002; Harris, 1997). Cette approche emprunte une démarche de prévention ou de développement de la santé et du bien-être centrée principalement sur le corps en action et soutenue par divers types d'activités physiques.

À la lumière de ces constats, l'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes en éducation physique soulève de multiples interrogations. Parmi celles-ci, la suivante nous apparaît importante : au Canada, l'actualisation des curricula scolaires, dans les deux dernières décennies, a-t-elle réellement contribué à une véritable inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique au-delà du thème de la condition physique et d'un mode de vie actif? C'est à partir de cette interrogation que cette étude décrit et analyse le processus d'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement en éducation physique au primaire des provinces et territoires du Canada. Plus précisément, les objectifs de cette étude sont : a) d'identifier et de situer les finalités éducatives de l'éducation à la santé au sein des programmes d'enseignement en éducation physique; b) d'identifier les objets d'enseignement-apprentissage traitant de l'éducation à la santé dans ces programmes.

Cadre théorique

Deux tendances s'opposent pour définir l'éducation à la santé, à savoir : a) une axée sur la modification de comportement; et b) l'autre axée sur la gestion appropriative (Turcotte, Gaudreau et Otis, 2007). Elles évoquent deux perspectives très différentes de ce que constitue l'objet de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires. Dans la première tendance, l'éducation à la santé se donne comme finalité l'apprentissage des comportements favorables à la prévention des risques existants pour la santé et le bien-être des jeunes. Cet apprentissage des comportements favorables demeure la tendance principale de l'éducation à la santé qui est comprise et abordée sous l'angle des sciences de la santé. À titre d'exemple, une campagne de sensibilisation ciblant l'ensemble des élèves d'un milieu scolaire sur les facteurs de risque associés à l'obésité représente une action concrète en lien avec l'adoption de comportements favorables. La deuxième tendance délaisse la notion de comportements favorables afin de prioriser comme finalité le développement d'un processus éducatif favorisant la responsabilisation individuelle des jeunes. Ainsi dans cette tendance, l'éducation à la santé joue un rôle de médiation entre le jeune et son environnement afin de lui permettre de choisir les comportements propices à l'atteinte d'un état optimal en matière de santé et de bien-être. À ce sujet, un jeune qui est amené à analyser son niveau de pratique d'activités physiques, à partir d'un corpus de connaissances acquis lors de son cheminement scolaire, sera en mesure d'établir une stratégie afin d'améliorer ou de maintenir son niveau de pratique d'activité physique. L'objectif recherché est le développement et le transfert de moyens favorisant l'adoption d'une pratique régulière d'activité physique. La place de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique serait donc sujette à l'influence de ces deux tendances. Le premier objectif de cette étude qui a pour but d'identifier et de situer les finalités éducatives de l'éducation à la santé permettra de préciser comment ces deux tendances se reflètent concrètement à l'intérieur de chacun des programmes.

Une finalité éducative représente l'énoncé de principe indiquant l'orientation générale privilégiée dans un système éducatif donné (Legendre, 2005). Une finalité correspond à un énoncé global qui s'adresse à un ensemble de personnes et qui, dans sa formulation, précise les visées générales d'un programme. Les résultats d'une étude menée antérieurement (Turcotte, Desbiens, Mercure, Demers et Trudel, 2007) ont mis en évidence le fait que les finalités éducatives s'entremêlent souvent à d'autres concepts à l'intérieur des descripteurs des programmes d'enseignement en éducation physique. Pour cette raison, une attention particulière dans la démarche méthodologique est nécessaire afin de les circonscrire.

Le deuxième objectif de cette étude qui a pour but d'identifier les objets d'enseignement-apprentissage traitant de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique permettra de situer le « quoi », à savoir les différents types de savoirs présents dans les programmes. Plus particulièrement, ces objets d'enseignement-apprentissage sont ceux qui ont été jugés indispensables au développement et à la mise en œuvre de l'éducation à la santé en éducation physique. Le cadre de référence utilisé dans la présente étude pour l'identification des objets d'enseignement-apprentissage traitant spécifiquement de l'éducation à la santé repose sur les quatre facteurs clés du développement individuel des jeunes en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être

(Comité national d'orientation *École en santé*, 2005) à savoir : 1) l'estime de soi; 2) la compétence sociale; 3) les habitudes de vie; 4) les comportements sains et sécuritaires. Ces facteurs sont des indicateurs permettant de préciser les perspectives privilégiées pour l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. Une description détaillée de ces quatre facteurs est présentée au Tableau 1.

Tableau 1

Facteurs clés du développement individuel des jeunes (Comité national d'orientation *École en santé*, 2005).

Facteurs	Description
1. L'estime de soi	L'estime de soi correspond aux perceptions qu'un jeune a de lui-même en fonction : 1) des différents aspects de sa vie et de sa personne; 2) de ses relations avec les personnes de son entourage; 3) de la satisfaction qu'il en retire; 4) d'une estime de soi positive.
2. La compétence sociale	La compétence sociale repose sur la capacité d'un jeune à maîtriser un certain nombre d'habiletés psychosociales afin de vivre des relations sociales de qualité telles que : 1) savoir résoudre des problèmes; 2) savoir prendre des décisions; 3) communiquer efficacement; 4) se fixer des buts et les atteindre; 5) avoir une pensée critique.
3. Les habitudes de vie	Les habitudes de vie correspondent aux comportements caractérisant la façon de vivre d'un jeune ainsi qu'aux déterminants sous-jacents aux différentes habitudes de vie : 1) sa pratique d'activité physique; 2) son alimentation; 3) ses conduites face à l'alcool, aux drogues et au tabac; 4) son hygiène corporelle; 5) sa gestion du stress; 6) son sommeil; 7) sa condition physique; 8) son corps.
4. Les comportements sains et sécuritaires	Les comportements sains et sécuritaires tiennent compte des comportements préventifs sur les plans suivant : 1) la sexualité; 2) les activités de loisirs et de pratique d'activité physique; 3) les déplacements actifs (vélo, patin et marche, entre autres).

Méthodologie

La démarche méthodologique de la présente étude repose sur une recherche de type documentaire (Quivy et Van Campenhoudt, 2006; Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997) à visée descriptive. Au plan méthodologique, la recherche documentaire présente un avantage non négligeable puisqu'elle élimine, en grande partie, l'influence de l'intervention du chercheur au moment de la cueillette des données et annule la possibilité de réaction du sujet à l'opération de mesure. Malgré cet avantage, une recherche documentaire doit être faite avec précaution en gardant en tête que le décodage

des textes relève en grande partie de l'interprétation du lecteur indépendamment du message encodé par le rédacteur. Les documents ayant servi à la présente étude sont des documents publics de type programmes gouvernementaux.

Les données recueillies

L'échantillon est composé de neuf programmes représentant neuf provinces canadiennes sur dix incluant les trois territoires. Le Tableau 2 présente les différents programmes analysés ainsi que les années de publication de ces programmes. La version francophone de chacun de ces programmes a été utilisée pour cette étude. Des visites sur les sites web des ministères des différentes provinces ont permis de se procurer les programmes d'enseignement pour les écoles primaires. Afin de s'assurer que les documents trouvés sur les sites étaient les plus récents et qu'ils étaient à jour, des courriels ont été envoyés aux différents responsables des ministères de l'Éducation (taux de réponse 10/11 = 90,9 %). Par ailleurs, le site du ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse ne permettait pas le téléchargement du programme d'éducation physique et à la santé. Des appels téléphoniques ont alors été faits pour en confirmer la date de parution et pour se le procurer. L'ensemble des informations recueillies a été confronté avec celles contenues dans un rapport de recherche (The Canadian Association for Health, Physical Education, Recreation and Dance (CAHPERD), 2007) ayant pour principal objectif de décrire les caractéristiques de chacun des programmes canadiens en éducation physique et à la santé. Cette stratégie a permis de corroborer la validité des documents recueillis ainsi que les sources documentaires utilisées dans le cadre de cette étude.

Tableau 2

Échantillon des programmes canadiens analysés

Provinces et territoires canadiens	Année de publication
1. Québec (Qc)	2001
2. Ontario (Ont.)	2005
3. Manitoba (Man.)	2001
4. Saskatchewan (Sask.)	1999
5. Nouveau-Brunswick (N.-B.)	2006
6. Nouvelle-Écosse (N.-E.)	2000
7. Alberta/Nunavut/Territoires du Nord-Ouest (Alb., Nunavut et T.N.O.)	2000
8. Terre-Neuve et Labrador (T.-N.-L.)	2003
9. Colombie-Britannique et Yukon (C.-B. et Yn)	2006

L'analyse des données

Une lecture de chacun des programmes a permis d'identifier les passages décrivant les finalités éducatives ainsi que les objets d'enseignement-apprentissage. En ce qui concerne les finalités éducatives, les passages retenus correspondent aux visées générales des programmes et forment le corpus de données permettant d'identifier et de situer les finalités éducatives reliées à l'éducation à la santé. Au total, un corpus de 17 énoncés a été repéré et analysé de façon inductive à l'aide de la démarche d'analyse préconisée par l'Écuyer

(1987). Cette démarche d'analyse s'est déployée en cinq étapes, à savoir : 1) le choix et la définition des unités de classification; 2) le processus de catégorisation et de classification; 3) la quantification et le traitement statistique; 4) la description scientifique; 5) l'interprétation des résultats.

Dans un premier temps, l'analyse du contenu des énoncés a été réalisée de façon individuelle par deux codeurs. Préalablement au codage des finalités éducatives, ils ont suivi une séance de formation servant à les familiariser avec la description et la compréhension des deux tendances permettant de caractériser l'éducation à la santé. Cette formation avait pour but de faciliter la définition des unités de classification potentielles ainsi que le processus de catégorisation et de classification des énoncés répertoriés. Après avoir terminé un premier codage de l'ensemble des énoncés recueillis, les deux codeurs ont confronté les résultats obtenus par chacun d'entre eux. Cette confrontation a permis un ajustement des unités de codage à partir d'un accord inter codeur afin de valider l'ensemble des 17 énoncés retenus.

Dans un deuxième temps, un troisième codeur a procédé à une nouvelle analyse des 17 énoncés retenus par les deux premiers codeurs. Ce codeur est familier avec ce type d'analyse et a suivi des formations en lien avec les approches présentes en éducation à la santé. Ceci a permis d'estimer l'indice de fidélité inter codeur entre d'une part la catégorisation des deux premiers codeurs et d'autre part celle du troisième codeur. Ce troisième codeur avait en sa possession la liste des catégories, les définitions de ces catégories ainsi que le répertoire de l'ensemble des unités de codage. Le degré de reproductibilité du codage en lien avec les finalités des programmes est de 95 %. Cette valeur correspond au pourcentage d'accord inter codeur (Landry, 1998) obtenu par le troisième codeur relativement à la catégorisation des finalités présentes dans les neuf programmes analysés.

En lien avec le second objectif de la recherche, une grille a été élaborée pour analyser les objets d'enseignement-apprentissage traitant spécifiquement de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique. Cette grille d'analyse repose sur les quatre facteurs clés du développement individuel des jeunes en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être (Comité national d'orientation *École en santé*, 2005) à savoir : 1) l'estime de soi; 2) la compétence sociale; 3) les habitudes de vie; 4) les comportements sains et sécuritaires.

Cette grille à catégories prédéterminées a servi à une analyse déductive des données sur les objets d'enseignement-apprentissage. Par conséquent, la stratégie d'analyse préconisée par l'Écuyer, (1987) a été réduite de six à quatre étapes, soit : 1) le regroupement des énoncés; 2) l'identification des sous-catégories; 3) la description des résultats; 4) l'interprétation des résultats.

Au total, pour l'ensemble des programmes, deux codeurs ont identifié et classé 1000 énoncés par consensus, permettant d'ajuster les définitions des sous-catégories et l'interprétation du contenu des unités de codage. Le consensus obtenu par ces deux codeurs assure la validation des énoncés retenus par ces derniers. Préalablement au codage des objets d'enseignement-apprentissage, ils ont suivi une formation leur permettant de se familiariser avec la définition de chacun des facteurs associés au développement individuel des jeunes en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être.

Par la suite, un troisième codeur a procédé au classement, de façon indépendante, d'un échantillon de 20 % des énoncés provenant de chacun des

programmes. Les coefficients de fidélité obtenus lors du contre-codage des objets d'enseignement-apprentissage varient entre 81 % et 100 %, à l'exception d'un programme (programme 5) où le résultat était inférieur à 80 %. Ce programme a fait l'objet d'une nouvelle codification de la part des deux codeurs. Cette codification a été étendue à l'ensemble des objets d'enseignement-apprentissage identifiés lors de l'extraction des données, ce qui n'était pas le cas lors de la première analyse. L'entente inter codeur a permis d'obtenir un coefficient de fidélité de 90 % pour ce programme. Dans l'ensemble, les coefficients de fidélité (81 % < Étendue < 100 %) obtenus démontrent la robustesse du procédé privilégié pour l'analyse des données.

Résultats

La première partie de cette section présentera les finalités éducatives sous-jacentes à l'éducation à la santé au sein des programmes d'enseignement en éducation physique. Cette présentation sera suivie de celle des objets d'enseignement-apprentissage traitant de l'éducation à la santé dans ces programmes.

Les finalités éducatives

L'analyse documentaire révèle une grande disparité entre les différents programmes dans la description des finalités éducatives. Plus spécifiquement, les résultats montrent que les finalités sont variées et sous-tendent des acceptions de la santé assez larges, incluant parfois des dimensions rattachées à l'identité, à la culture et à la vie en société. Pour l'ensemble des programmes canadiens en éducation physique au primaire, quatre grandes finalités émergent des données analysées. Une description de chacune d'entre elles est présentée ci-dessous en fonction du lien créé avec l'éducation à la santé.

Dans le descriptif de la première finalité, on insère des éléments associés à l'éducation à la santé à des caractéristiques propres au domaine de l'éducation physique. Ainsi, une attention particulière est portée afin de démontrer que l'éducation physique n'est pas uniquement centrée sur l'éducation corporelle, mais qu'elle peut également contribuer à la responsabilisation de l'élève à l'égard de sa santé et de son bien-être. On retrouve cette finalité dans le tiers des programmes d'éducation physique (les programmes 1, 6 et 9 du Tableau 2). L'exemple suivant illustre cette insertion sans égard à un arrimage entre les deux champs disciplinaires puisqu'aucun lien n'est précisé entre l'éducation physique et l'éducation à la santé: « *Dans cette perspective, le nouveau programme d'éducation physique et à la santé vise, outre le développement de l'efficacité motrice et d'habiletés psychosociales, l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de comportements nécessaires à une gestion judicieuse par chacun de sa santé et de son bien-être* » (programme 1 du Tableau 2). Ainsi, ces programmes visent le développement de différents aspects sans proposer une complémentarité entre eux qui favoriserait l'apprentissage de l'élève.

La deuxième finalité, présente dans quatre programmes (les programmes 2, 3, 7 et 8 du Tableau 2), diffère de la première; on retrouve dans cette seconde finalité une réelle tentative d'arrimage entre l'éducation à la santé et l'éducation physique. Dans l'exemple présenté ci-dessous, le développement des connaissances, des habiletés et des attitudes doit conduire à l'adoption d'un mode de vie sain et actif. Celui-ci est rendu possible grâce à la contribution de chacun

des pôles décrits dans cette finalité : « *Le but du programme d'éducation physique de la maternelle à la 12^e année est de permettre aux élèves d'acquérir les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires pour mener une vie saine et active* » (programme 7 du Tableau 2). Cet exemple montre clairement que l'adoption d'un mode de vie sain et actif sera tributaire d'un arrimage entre les connaissances, les habiletés et les attitudes développées par chacun des élèves.

La troisième finalité contraste avec les deux premières en délaissant la notion d'éducation à la santé pour s'orienter uniquement vers le développement de la dimension physique. Le libellé de cette finalité met en évidence l'ascendant du champ disciplinaire principal, dans ce cas-ci l'éducation physique, sur le champ disciplinaire de l'éducation à la santé qui est complètement absent. L'exemple suivant illustre bien cette explication : « *La finalité du programme d'éducation physique est le développement de personnes éduquées physiquement* » (le programme 4 du Tableau 2).

Enfin, la quatrième finalité (le programme 5 du Tableau 2) est très générale et elle est centrée sur le développement de la personne dans son intégralité. La place occupée par l'éducation à la santé semble implicite à la notion de développement global et intégral de l'élève : « *Le programme d'éducation physique joue un rôle important en éducation parce qu'il contribue au développement global et intégral de l'élève et à son épanouissement en tant que personne autonome et créatrice* ».

En somme, quatre grandes finalités éducatives ont pu être mises en évidence. Deux sont reliées à une inclusion de l'éducation à la santé et sont introduites dans sept des neuf programmes analysés, une autre repose uniquement sur le développement physique, alors que la dernière mise sur le développement global et intégral de l'élève.

Les objets d'enseignement-apprentissage

Nos analyses montrent une grande diversité dans le vocabulaire utilisé dans les programmes canadiens afin de présenter les types de savoirs privilégiés. Compte tenu de cette importante diversité, nous avons décidé d'utiliser le terme « objet d'enseignement-apprentissage » pour présenter ces savoirs.

Au total, 28 objets d'enseignement-apprentissage ont été répertoriés à l'intérieur des neuf programmes analysés. La répartition de ces objets en fonction des quatre facteurs clés du développement individuel des jeunes en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être est la suivante : 1) l'estime de soi (n=2); 2) la compétence sociale (n=4); 3) les habitudes de vie (n=14); 4) les comportements sains et sécuritaires (n=6). Ces résultats mettent en évidence l'importance accordée aux comportements caractérisant la façon de vivre des jeunes. Par ailleurs, une nouvelle catégorie s'est ajoutée aux quatre facteurs clés. Cette catégorie repose sur deux objets d'enseignement reliés à des facteurs environnementaux et non sur des facteurs de développement individuel, ce qui explique l'émergence de cette nouvelle catégorie. Le Tableau 3 présente l'ensemble des objets d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé répertoriés à l'intérieur des neuf programmes analysés.

Tableau 3

Les objets d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé présents dans les programmes d'éducation physique

Objets d'enseignement-apprentissage/Programmes	Qc	Ont.	Man.	Sask.	N.-B.	N.-É.	Alb., T.N.-O. et Nunavut	T.-N.-L.	C.-B. et Yn	Totaux
<i>1. L'ESTIME DE SOI (2 objets)</i>										
1.1. Attitude positive face à la pratique d'activités physiques (PAP)	X	X	X	X		X	X			6
1.2. Facteurs de motivation		X	X	X		X	X		X	6
<i>2. LA COMPÉTENCE SOCIALE (4 objets)</i>										
2.1. Partage, respect des autres et éthique sportive	X	X	X	X		X	X	X	X	8
2.2. Communication et résolution de conflits		X	X	X		X	X		X	6
2.3. Développement de l'autonomie et de la responsabilisation		X	X	X		X	X		X	6
2.4. Développement personnel		X	X	X		X	X		X	6

<i>3. HABITUDES DE VIE (14 objets)</i>										
3.1. Habitudes alimentaires		X	X	X		X	X		X	6
3.2. Symptômes, causes et gestion du stress	X	X	X			X	X			5
3.3. Hygiène	X	X	X							3
3.4. Consommation de drogues, alcool, tabac et toxicomanie		X	X							2
3.5. Effets de la sédentarité	X									1
3.6. Pratique d'activités physiques	X		X	X		X	X		X	6
3.6.1 Effet de la PAP sur la condition physique, la santé et le bien-être	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
3.6.2 Incidence des technologies sur la PAP			X							1
3.6.3 Condition physique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
3.6.4 Évaluation et analyse de la condition physique			X							1
3.6.5 Effort physique	X	X	X		X	X			X	6
3.6.6 Principes d'entraînement	X	X	X	X	X	X	X		X	8
3.7. Croissance, développement corporel et puberté		X	X	X		X				4
3.8. Structure, fonctionnement du corps humain et physiologie de l'effort	X	X	X	X	X	X			X	7

<i>4. LES COMPORTEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES (6 objets)</i>										
4.1. Sécurité en activité physique	X	X	X	X		X	X		X	7
4.2. Utilisation et installation du matériel	X		X			X			X	4
4.3. Premiers soins et prévention des blessures	X	X	X							3
4.4. Violence, intimidation, assistance et sécurité dans la société		X	X							2
4.5. Sexualité		X	X							2
4.6. Tenue vestimentaire	X		X						X	3
<i>5. AUTRES (2 objets)</i>										
5.1. Sensibilisation à la PAP dans des environnements alternatifs				X		X	X			3
5.2. Carrières reliées à PAP				X		X				2
Totaux :	15	20	25	16	5	19	14	3	15	

Les résultats du Tableau 3 font apparaître un nombre très variable d'objets d'enseignement-apprentissage d'un programme à l'autre, à savoir de 3 à 25. Ces objets sont les plus nombreux dans les trois programmes suivants : 1) Manitoba (25/28); 2) Ontario (20/28); 3) Nouvelle-Écosse (19/28). Les résultats révèlent que les objets d'enseignement-apprentissage sont les moins nombreux dans les programmes de Terre-Neuve et Labrador (3/28) et du Nouveau-Brunswick (5/28). Enfin, une place prépondérante des objets d'enseignement-apprentissage est également observable dans les programmes suivants : 1) Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut (14/28); 2) Colombie-Britannique et Yukon (15/28); 3) Québec (15/28); 4) Saskatchewan (16/28).

D'autre part, les données analysées révèlent que, parmi l'ensemble des objets d'enseignement-apprentissage, certains ont une place privilégiée dans une majorité de programmes en éducation physique. Ce sont ceux abordant : 1) les effets de la pratique d'activités physiques sur la condition physique, la santé et le bien-être (9/9); 2) la condition physique (9/9); 3) les principes d'entraînement (8/9); 4) le partage, le respect des autres et l'éthique sportive (8/9); 5) la sécurité en activité physique (7/9); 6) la structure, le fonctionnement du corps humain et la physiologie de l'effort (7/9); 7) la pratique d'activités physiques (6/9); 8) les attitudes à adopter face à la pratique d'activités physiques (6/9); 9) les facteurs de motivation (6/9); 10) le développement personnel (6/9); 11) le développement de l'autonomie et de la responsabilisation (6/9); 12) les habitudes alimentaires (6/9); 13) la communication et la résolution de conflits (6/9); 14) l'effort physique (6/9); 15) les symptômes, les causes et la gestion du stress (5/9).

À l'inverse, certains objets d'enseignement-apprentissage se retrouvent dans un nombre restreint de programmes à savoir : 1) les effets de la sédentarité (1/9); 2) l'incidence des technologies sur la pratique d'activités physiques (1/9); 3) la consommation de drogues, d'alcool, de tabac et la toxicomanie (2/9); 4) la sexualité (2/9); 5) la tenue vestimentaire (3/9); 6) l'évaluation et l'analyse de la condition physique (1/9); 7) la violence, l'intimidation, l'assistance et la sécurité dans la société (2/9); 8) les carrières reliées à la pratique d'activités physique (2/9); 9) l'hygiène corporelle (3/9); 10) la sensibilisation à la pratique d'activités physiques dans des environnements alternatifs (3/9); 11) l'utilisation et l'installation du matériel (4/9); 12) les premiers soins et la prévention des blessures (3/9); 13) la croissance, le développement corporel et la puberté (4/9).

Une synthèse des quatre facteurs clés du développement individuel des jeunes ainsi que de leurs composantes est présentée ci-après. Cette synthèse a pour objectif de présenter succinctement la question du « quoi » dans l'enseignement de l'éducation à la santé présente en éducation physique.

L'estime de soi. Le premier facteur individuel regroupe deux objets d'enseignement-apprentissage favorisant le développement d'une estime de soi positive. Ces deux objets constituent une préoccupation dans la majorité des programmes analysés. D'une part, une importance est accordée au développement d'une attitude positive et au plaisir ressenti lors de la pratique d'activités physiques. Cet objet permet au jeune de reconnaître la satisfaction qu'il retire lorsqu'il pratique des activités physiques et influence l'apparition d'une attitude générale positive face à l'adoption d'un mode de vie actif. D'autre part, une attention particulière est portée à l'identification des facteurs motivationnels qui ont une incidence sur le choix des comportements individuels.

L'identification de ces facteurs permet au jeune de porter un regard critique sur lui-même en considérant l'influence positive ou négative de ces facteurs dans l'adoption de certaines habitudes de vie.

La compétence sociale. Ce facteur est orienté vers des interventions ciblant l'acquisition et la maîtrise d'habiletés psychosociales. Les objets d'enseignement-apprentissage présents dans les programmes analysés et favorisant le développement de ce facteur individuel sont : 1) le partage, le respect des autres et l'éthique sportive; 2) la communication et la résolution de conflits; 3) le développement de l'autonomie et de la responsabilisation; 4) le développement personnel qui met l'emphase sur la capacité des jeunes à se fixer des objectifs personnels en fonction de leurs besoins individuels.

Parmi l'ensemble des compétences psychosociales répertoriées dans la littérature (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2001), il est possible d'en relier certaines aux objets d'enseignement-apprentissage présentés précédemment telles que : 1) savoir communiquer efficacement; 2) établir des relations interpersonnelles positives; 3) savoir résoudre des problèmes et prendre les décisions qui s'imposent; 4) développer une pensée critique face à ses conduites individuelles; 5) être responsable de ses conduites individuelles; 6) faire preuve d'éthique sportive.

Les habitudes de vie. Les comportements caractérisant la façon de vivre d'un jeune ainsi que les déterminants sous-jacents aux différentes habitudes de vie définissent ce facteur. La pratique d'activité physique est un objet prédominant lorsqu'il est question des habitudes de vie dans les programmes d'éducation physique. La pratique d'activités physiques regroupe des objets d'enseignement-apprentissage qui ont pour but d'amener les élèves à reconnaître les effets potentiels de cette pratique sur leur développement corporel ainsi que l'identification des conséquences de certaines conduites potentiellement néfastes telles que l'inactivité physique et une sur utilisation des loisirs passifs (jeux vidéo et technologies de l'information, entre autres). Parmi l'ensemble des objets d'enseignement répertoriés, les effets de la pratique d'activités physiques sur la condition physique, la santé et le bien-être ainsi que l'amélioration de sa condition physique sont les deux seuls objets que l'on retrouve dans chacun des programmes analysés. Par ailleurs, la condition physique est principalement orientée vers l'amélioration des déterminants qui la définissent ainsi que sur l'atteinte d'habiletés permettant aux élèves d'en gérer les modalités de mise en œuvre. Plus spécifiquement, l'exécution d'exercices favorisant le développement de l'endurance cardio-vasculaire et des qualités musculaires telles que la force, la vitesse et la souplesse est privilégiée. Une attention particulière est également portée aux spécificités des exercices d'échauffement et de récupération. Le niveau de pratique qui se définit par l'intensité, la durée et la fréquence est précisé à l'intérieur de l'objet d'enseignement-apprentissage traitant de l'effort physique. En particulier, la prise en compte des fréquences cardiaques est une mesure privilégiée dans la plupart des programmes. Enfin, l'évaluation et l'analyse de la condition physique ont pour objectif de conscientiser les élèves quant à leur condition physique ainsi qu'à établir et à mettre en œuvre une démarche leur permettant de l'améliorer ou de la maintenir.

D'autres habitudes de vie sont également présentes dans les programmes à savoir : 1) les habitudes alimentaires; 2) les symptômes, les causes et la gestion du stress; 3) l'hygiène corporelle; 4) la consommation de drogues, d'alcool, de tabac et la toxicomanie. La première a pour mission de favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires auprès des élèves en leur permettant de reconnaître les besoins nutritifs quotidiens pour un enfant de leur âge. Une attention particulière est portée aux étapes de développement et de croissance des jeunes. De plus, une importance est accordée à la relation existante entre la pratique d'activités physiques et les besoins nutritifs associés à sa mise en œuvre. L'identification des services d'aide accessibles aux personnes ayant des troubles liés à l'alimentation est également présente dans certains programmes.

La deuxième réfère à la possibilité, pour l'élève, d'identifier les causes ainsi que les effets provoqués par des situations stressantes. De plus, une expérimentation de diverses techniques de relaxation a pour objectif d'amener l'élève à utiliser différents moyens afin d'atténuer les effets ressentis dans ses activités quotidiennes. La troisième, à savoir l'hygiène corporelle, se présente sous trois formes distinctes à l'intérieur des programmes ayant intégré cet objet d'enseignement-apprentissage soit : 1) associée à la pratique d'activités physiques; 2) rattachée aux changements provoqués par l'apparition de la puberté; 3) reliée à l'hygiène dentaire. Enfin, la consommation de produits illicites pour les enfants (drogues, alcool, tabac et médicaments) est associée autant aux dangers susceptibles d'apparaître en cas de consommation qu'aux avantages de ne pas consommer ces produits.

Pour terminer, ce facteur est également constitué d'objets favorisant l'identification des parties du corps humain ainsi que des différents systèmes fonctionnels. Un lien est également effectué avec les phénomènes physiologiques reliés à la pratique d'activités physiques et les facteurs qui influencent la masse corporelle. Enfin, le développement corporel est abordé sous l'angle des caractéristiques qui influent sur le rythme de la croissance, en particulier lors de la puberté.

Les comportements sains et sécuritaires. Les comportements sains et sécuritaires sont reliés aux règles de sécurité applicables lors de la pratique d'activités physiques dans des environnements variés ainsi qu'aux modalités d'utilisation du matériel. Le but recherché est l'adoption d'un comportement sécuritaire de la part des élèves. L'obligation d'une tenue vestimentaire lors de la participation aux cours d'éducation physique est également décrite comme étant un élément assurant la sécurité des élèves. De plus, certains programmes mettent l'emphase sur d'autres situations dangereuses émanant de divers environnements et des règles de sécurité à observer pour assurer sa protection. Les premiers soins et la prévention des blessures permettent aux élèves d'apprendre les mesures à suivre dans des situations d'urgence pouvant survenir lors de la pratique d'une activité physique ou dans des situations autres que dans le domaine sportif. Enfin, la sexualité regroupe une diversité d'éléments traitant des infections transmises sexuellement, des méthodes contraceptives, de l'identification des influences auxquelles sont soumis les enfants ainsi que des rôles assignés à chacun des sexes.

Autres. Cette nouvelle catégorie est constituée de deux éléments associés à des facteurs environnementaux et non à des facteurs de développement individuel, soit : 1) la sensibilisation à la pratique d'activité physique dans des environnements alternatifs; 2) les carrières reliées à la pratique d'activités physiques. Le premier objet vise à une sensibilisation des jeunes aux différents types d'environnements favorisant l'adoption ou le maintien d'une pratique d'activité physique. La présentation des ressources et des infrastructures d'une communauté est un bel exemple de sensibilisation aux environnements alternatifs. Enfin, certains programmes mettent l'accent sur l'identification des carrières professionnelles qui ont un lien avec le domaine de l'activité physique.

Vingt-huit objets d'enseignement-apprentissage ont été identifiés à l'intérieur des neuf programmes analysés. On y retrouve une disparité notable entre les provinces et les territoires alors que les objets d'enseignement-apprentissage sont diversifiés et leurs composantes non moins diverses. L'éducation à la santé en éducation physique montre un visage différent d'un programme à l'autre.

Discussion

Alors qu'il devient prioritaire d'intervenir auprès des jeunes afin de les aider à adopter des comportements favorables à leur santé et à leur bien-être, dans les faits, au Canada, les volontés politiques semblent s'arrimer aux enjeux sociaux actuels. En effet, les résultats de cette étude montrent que l'actualisation des curricula scolaires à l'enseignement primaire au Canada a permis une réelle inclusion de l'éducation à la santé dans la plupart des programmes d'éducation physique. Toutefois, les finalités ainsi que les objets d'enseignement-apprentissage de l'éducation à la santé diffèrent d'un programme à l'autre, ce qui entraîne des écarts importants entre les provinces et les territoires quant à la place occupée par l'éducation à la santé en éducation physique.

La description de la majorité des finalités éducatives présentes dans les programmes analysés révèle un faible degré d'interdisciplinarité entre le champ disciplinaire de l'éducation à la santé et celui de l'éducation physique. On retrouve donc un type d'inclusion qui s'apparente à une dimension instrumentale de la santé puisqu'elle met en évidence l'ascendant de la discipline principale, dans ce cas-ci l'éducation physique, sur l'éducation à la santé. Cette inclusion disciplinaire de l'éducation à la santé soulève donc de multiples interrogations quant aux réelles possibilités de développer des initiatives éducatives tenant compte des pratiques propres au domaine de l'éducation à la santé. Ces résultats questionnent aussi les assises théoriques éducatives sous-jacentes à l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique dans les programmes analysés et montrent à quel point les rapports entre le champ de l'éducation à la santé et le milieu scolaire sont, en somme, très variables et montrent la difficulté de trouver la niche la plus appropriée à l'éducation à la santé (Ridge, Northfield, St Leger, Marshall, Sheehan et Maher, 2002; St Leger, 2004). Toutefois, il faut reconnaître les efforts déployés dans quatre programmes où l'on retrouve une réelle tentative de fusion de l'éducation à la santé et de l'éducation physique. Les finalités éducatives de ces programmes tiennent compte des préoccupations sociales actuelles, ce qui modifie les normes communes associées aux assises théoriques éducatives. Cette modification des normes communes conduit nécessairement à un questionnement à l'égard du rôle dévolu à l'éducation physique scolaire ainsi

que des pratiques professionnelles attendues de la part des enseignants de cette discipline. Toutefois, la transformation des curricula scolaires, des rôles et des pratiques attendues de la part des enseignants n'est pas garante de l'instauration de nouvelles approches éducatives.

Les objets d'enseignement-apprentissage répertoriés dans cette étude montrent une diversité importante des contenus intégrés dans les programmes d'éducation physique lorsqu'il est question de l'enseignement en éducation à la santé. La présence de ces nombreux objets d'enseignement-apprentissage tend à confirmer que l'éducation physique scolaire est dans une importante période de renouvellement de ses assises éducatives. Cependant, les objets d'enseignement-apprentissage les plus souvent répertoriés dans l'ensemble des programmes montrent la prédominance d'objets traditionnellement présents en éducation physique. En particulier, plusieurs objets d'enseignement-apprentissage sont développés en relation avec les notions associées à la condition physique et à la pratique d'activités physiques. Il serait donc question d'une transposition des objets d'enseignement-apprentissage de l'éducation physique à l'éducation à la santé (Turcotte, Otis et Gaudreau, 2007). Cette tendance confirme que la démarche de développement de la santé et du bien-être est centrée principalement sur le corps en action et soutenue par divers types d'activités physiques, ce qui est corroboré par Klein (1997) dans son analyse de la place occupée par l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique.

Cependant, les résultats de cette étude ont mis en évidence la présence d'objets d'enseignement-apprentissage favorisant la mise en œuvre d'une éducation à la santé s'éloignant des objets traditionnellement privilégiés en éducation physique. Les facteurs portant sur *l'estime de soi* et *la compétence sociale* illustrent parfaitement cette évolution en ciblant le développement personnel du jeune et de ses compétences psychosociales. Ces éléments jouent un rôle déterminant dans une éducation à la santé, médiatrice entre l'individu et son environnement, ce qui correspond à la deuxième tendance d'éducation à la santé qui privilégie la responsabilisation individuelle. La seule présence de ces objets ne peut garantir à elle seule la gestion appropriative de sa santé et de son bien-être, mais elle démontre une ouverture à une perspective peu présente en éducation physique.

Enfin, la présence de certains objets d'enseignement-apprentissage dans les programmes d'éducation physique amène à se questionner sur la pertinence de leur intégration. À titre d'exemple, l'intégration de la sexualité dans les programmes du Manitoba et de l'Ontario nous amène à nous interroger sur les fondements sous-jacents à une telle intégration. En ce sens, une réflexion s'impose afin de clarifier la contribution réelle de l'éducation physique scolaire au développement des facteurs clés en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être.

Nul doute que la variété des grands thèmes présents dans les programmes canadiens illustre l'étendue du défi que représente l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. Les objets d'enseignement-apprentissage dont il a été question dans cette étude correspondent aux savoirs qu'auront à enseigner les éducateurs physiques en éducation à la santé. La présence de ces objets d'enseignement-apprentissage influence le type d'intervention pédagogique qui sera mené par les enseignants.

L'appropriation de ces objets exige la mise en place d'une structure favorisant la formation continue d'enseignants qui soit cohérente avec les particularités de chacun des programmes tout en étant adéquate en éducation à la santé. Or, les travaux menés dans plusieurs provinces canadiennes montrent que la formation initiale des enseignants est inadéquate à l'implantation des programmes d'enseignement et qu'il y a une insuffisance de formations continues offertes aux enseignants en exercice (Hardman et Marshall, 2000; Mandigo, Thompson, Spence, Melnychuk, Schwartz, Marshall et Causgrove Dunn, 2004). Par ailleurs, le défi que représente l'appropriation de ces objets est encore plus grand dans le cas où il n'y a pas de spécialiste en éducation physique, ce qui est le cas dans la majorité des écoles primaires des provinces et territoires canadiens à l'exception du Manitoba, du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard (DeCorby, Halas, Dixon, Wintrop et Hanzen, 2005; Robinson et Melnychuk, 2006) où l'enseignant généraliste a la responsabilité d'enseigner l'éducation physique. Pourtant, il a été démontré que le spécialiste en éducation physique est l'enseignant le mieux qualifié pour atteindre les objectifs mis en œuvre dans les programmes en éducation physique et ainsi assurer l'optimisation des apprentissages requis (Mandigo et al, 2004).

Conclusion

La préoccupation centrale de cet article était de mettre en évidence les modalités d'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires en éducation physique par l'entremise des finalités éducatives et des objets d'enseignement-apprentissage. Les résultats de notre analyse du contenu des neuf programmes d'éducation physique révèlent des modalités d'inclusion diversifiées de l'éducation à la santé. Nos résultats invitent à poursuivre nos investigations sur la place réelle que peut occuper l'éducation à la santé en éducation physique ainsi que l'efficacité de son opérationnalisation en milieu scolaire. Pour l'instant, le rôle dévolu à l'éducation physique scolaire dans l'institution et le renforcement d'actions en éducation à la santé est plutôt obscur et nécessiterait une clarification au plan des assises théoriques. Cette clarification permettrait d'identifier les axes contributives des deux champs disciplinaires et d'identifier les points d'ancrage d'une éducation à la santé incluse en éducation physique.

Les résultats obtenus dans cette étude ne permettent pas de préciser comment s'opérationnalise la mise en œuvre des objets d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé de la part des enseignants en éducation physique. Le portrait de cette opérationnalisation reste partiel (Turcotte, Otis, Gaudreau, 2007). Il devient donc essentiel de poursuivre des études s'intéressant à une réelle mise en œuvre de l'éducation à la santé de la part d'enseignants en éducation physique.

Références

- Alberta Learning. (2000). *Éducation physique (M-12)*. Gouvernement de l'Alberta.
- Andrieu, G. (2001). *Histoire de l'éducation physique de 1936 à nos jours*. Paris : Éditions Action.
- Brunelle, J. (2002). L'intervention en activité physique et sportive : un point de vue sur la recherche nord-américaine. *Avante*, 8(2), 1-13.

- Comité national d'orientation *École en santé*. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes*. Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et l'Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux.
- Daley, A. J. (2002). School based physical activity in the United Kingdom: can it create physically active adults? *Quest*, 54, 21-33.
- Davis, M. M., Gance-Cleveland, B., Hassink, S., Johnson, R., Paradis, R., & Resnicows, G. (2007). Recommendations for Prevention of Childhood Obesity. *Pediatrics*, 120, S229-S253.
- DeCorby, K., Halas, J., Dixon, S., Wintrop, L., & Hanzen, H. (2005). Classroom Teachers and the Challenges of Delivering Quality Physical Education. *Journal of Educational Research*, 98(4), 208-220.
- Éducation, Formation professionnelle et Jeunesse Manitoba. (2001). *Éducation physique et Éducation à la santé : Programme d'études : document de mise en œuvre pour un mode de vie actif et sain. Enseignement primaire (maternelle à 6^e année)*. Gouvernement du Manitoba.
- Hardman, K., & Marshall, J. (2000). Physical education in schools: Preliminary findings of a worldwide survey, Part II. *Journal of the International Council for Health, Physical Education, Recreation, Sport, and Dance*, 36(4), 8-12.
- Harris, J. (1997). A health focus in physical education. In L. Almond (Ed.), *Physical education in schools* (2nd ed.). London: Kogan Page.
- Hodges Kulinna, P. (2008). Models for curriculum and pedagogy in elementary school physical education. *Elementary School Journal*, 108(3), 219-227.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2001). *Éducation pour la santé des jeunes: démarches et méthodes*. Paris: Les éditions Inserm.
- Kimm, S.Y.S., & Obarzanek, E. (2002). Childhood Obesity: A New Pandemic of the New Millennium. *Pediatrics*, 110, 1003-1008.
- Klein, G. (1997). Conceptions doctrinales des rapports à la santé en EPS dans les programmes étrangers. In A. Owhadi-Richardson (Ed.), *Éducation pour la santé et EPS* (pp. 63-68). Centre régional de documentation pédagogique de l'Académie d'Amiens.
- Landry, R. (1998). L'analyse de contenu. In B. Gauthier (Ed.) Recherche sociale. *De la problématique à la collecte de données* (pp. 329-356). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: notion et étapes. In J.P. Deslauriers (Ed.) *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-65). Sillery: Presses de l'Université du Québec.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.). Montréal : Guérin.
- Mandigo, J. L., Thompson, L. Spence, J., Melnychuk, N., Schwartz, M., Marshall, D., & Causgrove Dunn J. (2004). A Descriptive Profile of Physical Education Teachers and Related Program Characteristics in Alberta. *The Alberta Journal of Educational Research*, 50 (1), 87-102.
- Manidi, M.-J., & Dafflon-Arvanitou, I. (2000). *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Éducation à la santé par l'activité physique*. Paris : Masson.

- Ministère de l'éducation et de la formation de l'Ontario. (2005). *Le curriculum de l'Ontario, de la 1^{ère} à la 8^e année : Éducation physique et santé*. Gouvernement de l'Ontario, Ministère de l'éducation et de la formation de l'Ontario.
- Ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse. Direction des services acadiens et de langue française. (2000). *Programme d'études Éducation physique Maternelle à 6^e année*. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.
- Ministère de l'Éducation de la Colombie Britannique. Bureau des programmes d'études en langue française. (2006). *Éducation physique de la maternelle à la 7^e année*. Gouvernement de la Colombie Britannique.
- Ministère de l'éducation de la Saskatchewan. (1999). *Éducation physique, 1^{ère} à 5^e année, programme d'études*. Gouvernement de la Saskatchewan.
- Ministère de l'Éducation de Terre-Neuve-et-Labrador. Division de l'élaboration des programmes. (2003). *Éducation physique. Primaire et élémentaire. Programmes d'études 2003*. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Nouveau-Brunswick. Direction des services pédagogiques. (2006). *Programmes d'études : Éducation physique M-8*. Gouvernement du Nouveau-Brunswick.
- Mitchell, R., Wake, M., Canterford, L., & Williams, J. (2008). Does maternal concern about children's weight affect children's body size perception at the age of 6,5?-A community-bases study. *International Journal of Obesity*, 32, 1001-1007.
- Poupard, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Puhse, U., & Gerber, W. (2005). *International comparison of physical education*. Bern : Meyer & Meyer Sport.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Ridge, D., Northfield, J., St Leger, L., Marshall, M., Sheehan, M., & Maher, S. (2002). Finding a place for health in the schooling process: A challenge for education. *Australian Journal of Education*, 46(1), 19-33.
- Robinson, D., & Melnychuk, N. (2006). A Call for PE Consultants and Specialists: Let's Get Serious about Implementation Quality PE. *Physical and Health Education Journal*, 72(3): 6-10.
- Shields, M. (2006). L'embonpoint chez les enfants et les adolescents. *Rapport sur la santé*, 17, 27-43.
- Siedentop, D., & Locke, L. (1997). Making a difference for physical education. What professors and practioners must build together. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 68(4), 25-33.
- St Leger, L. (2004). What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? *Health Education Research*, 19(4), 405-408.
- The Canadian Association for Health, Physical Education, Recreation and Dance (CAHPERD). (2007). *Environmental scan: physical education, mandated physical activity, non-mandated physical activity, sport and surveillance and monitoring activities in Canada*.

- Tinning, R. (2004). Rethinking the preparation of HPE teachers : ruminations on knowledge, identity, and ways of thinking. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 32(3), 241-253.
- Trudeau, F., & Shephard, R. J. (2005). Contributions of school programmes to physical activity levels and attitudes in children and adults. *Sports Medicine*, 35, 89-106.
- Turcotte, S., Desbiens, J.-F., Mercure, G., Demers, J., & Trudel, C. (2007). *Description et analyse de l'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement au primaire au Canada*. 19th International Union for Health Promotion and Education World Conference, Vancouver, Canada; 10 au 15 juin 2007.
- Turcotte, S., Gaudreau, L., & Otis, J. (2007). Démarche de modélisation de l'intervention en éducation à la santé incluse en éducation physique. *STAPS*, 77, 63-78.
- Turcotte, S., Otis, J., & Gaudreau, L. (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.
- World Health Organization. Children overweight and obesity. (2008a). Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.
- World Health Organization. WHO's action on childhood obesity. (2008b). Disponible à l'adresse : http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_WHOs_actions/en/index.html.