

# Sommaire

- 2 **ÉDITORIAL**  
*Thierry Karsenti*
- 5 **DOSSIER**  
L'éducation à la santé en milieu scolaire au Québec
- 5 Introduction  
*Sylvain Turcotte, Jean-François Desbiens*
- 7 Rencontre avec Joanne Otis  
*Sylvain Turcotte*
- 15 L'éducation à la santé dans les programmes scolaires québécois  
*Johanne Grenier*
- 19 Pour une formation des enseignants en éducation à la santé  
*Denis Loizon*
- 24 Du travail en classe à la vie collective dans l'établissement : éduquer à la santé aujourd'hui  
*Didier Jourdan*
- 29 Les visages multiples de l'éducation à la santé en milieu scolaire  
*Marie-Claude Rivard, Charlotte Beaudoin*
- 33 Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école  
*Corinne Mérini, Caroline Bizzoni-Prévieux*
- 37 *Petits cuisstots-Parents en réseaux*, offert dans des écoles montréalaises : Un lieu de partage des expertises professionnelles entre l'école, la famille et la communauté  
*Johanne Bédard, François Larose, Yves Couturier, Louise Potvin, Véronique Lisée, France Lemaire*
- 41 **LIVRE**  
Pour poursuivre la réflexion entamée dans ce dossier : Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire  
*Joanne Otis*
- 45 **CHRONIQUE INTERNATIONALE**  
La formation initiale des enseignants en Grèce dans les trente dernières années : le difficile défi de la professionnalisation  
*Vassilis Komis, Thanassis Karalis, Konstantinos Ravanis, Stathis Balias*
- 48 **CHRONIQUE DIDACTIQUE**  
Le rapport à l'orthographe des élèves québécois en fin de primaire  
*Caroline Bégin*
- 51 **CHRONIQUE CULTURE ET ÉTHIQUE**  
Un enseignant malade de sa moralité  
*Denis Jeffrey*
- 54 **CHRONIQUE SUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE EN ENSEIGNEMENT**  
La précarité d'emploi, une voie périlleuse d'entrée en enseignement  
*Joséphine Mukamurera, Stéphane Martineau*
- 57 **RENDEZ-VOUS AVEC LA RECHERCHE**  
Entrevue avec Steve Bissonnette  
*Suzanne-G. Chartrand*
- 60 **VIENT DE PARAÎTRE**

## Le bulletin du CRIFPE

est publié par le Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante

### Directeur du bulletin

Thierry Karsenti U. de Montréal

### Comité de rédaction

Jean-François Desbiens U. de Sherbrooke

Stéphane Martineau UQTR

Denis Simard U. Laval

### Adjointe à la production

Sophie Goyer U. de Montréal

### Responsables des chroniques

Jean-François Cardin U. Laval

Suzanne-G. Chartrand U. Laval

Érick Falardeau U. Laval

Denis Jeffrey U. Laval

Thierry Karsenti U. de Montréal

Stéphane Martineau UQTR

### Collaboration spéciale

Stathis Balias U. de Patras

Charlotte Beaudoin U. d'Ottawa

Johanne Bédard U. de Sherbrooke

Caroline Bégin U. Laval

Caroline Bizzoni-Prévieux UQTR

Yves Couturier U. de Sherbrooke

Johanne Grenier UQAM

Didier Jourdan IUFM d'Auvergne

Thanassis Karalis U. de Patras

Vassilis Komis U. de Patras

François Larose U. de Sherbrooke

France Lemaire U. de Sherbrooke

Véronique Lisée U. de Sherbrooke

Denis Loizon IUFM U. de Bourgogne

Corinne Mérini U. Blaise Pascal

Joséphine Mukamurera U. de Sherbrooke

Joanne Otis UQAM

Louise Potvin U. de Montréal

Konstantinos Ravanis U. de Patras

Marie-Claude Rivard UQTR

Sylvain Turcotte U. de Sherbrooke

### Révision linguistique

Monique Paquin

### Correction des épreuves

Gabriel Dumouchel U. de Montréal

### Conception et réalisation graphiques

Sylvie Côté U. Laval

Tous les textes sont soumis à un comité de lecture

ISSN 1718-8237

Cette publication est rendue possible grâce au financement des Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC)

Fonds de recherche sur la société et la culture

Québec



Tous les textes sont publiés sous une licence Creative Commons, version 2.0 Canada, catégorie Paternité – Pas de modification.

# ÉDITORIAL

## L'école laïque au Québec

**Le professeur Jean-Pierre Proulx peut partir à la retraite en ayant le sentiment d'avoir transformé l'école québécoise**

Thierry KARSENTI  
CRIFPE  
Université de Montréal



Dans son éditorial de la rentrée 2009, le Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE) souhaite rendre hommage à l'un de ses membres qui ont le plus marqué l'éducation au Québec : le professeur Jean-Pierre Proulx. Celui-ci a pris sa retraite de l'Université de Montréal il y a à peine quelques jours, après y avoir occupé sa fonction de 1991 à 2008. Avant d'œuvrer à l'Université de Montréal, il a été journaliste au quotidien *Le Devoir* pendant quelque 17 ans. Il y était spécialiste des questions d'éducation et de religion. En plus d'avoir occupé l'importante fonction de président du Conseil supérieur de l'éducation du Québec de 2002 à 2006, le professeur et chercheur au CRIFPE Jean-Pierre Proulx a surtout marqué la société québécoise avec la publication du rapport intitulé *Laïcité et religions. Perspective nouvelle pour l'école québécoise*<sup>1</sup>, également appelé rapport Proulx, rendu public le 31 mars 1999.

### **De l'enseignement religieux au concept de laïcité ouverte, pour le respect des droits et libertés**

Le rapport *Laïcité et religions* a effectivement eu un impact majeur sur la façon dont est (ou n'est plus) enseignée la religion dans les écoles publiques du Québec. En effet, le groupe de travail présidé par Jean-Pierre Proulx a émis plusieurs recommandations à l'intention du gouvernement, dont celle visant à ce que le système éducatif du Québec soit dorénavant « *fondé sans équivoque sur le respect de ces droits fondamentaux que sont l'égalité de tous et la liberté de conscience et de religion* » (p. 229). L'idée du professeur Proulx et des autres membres du Comité était de donner une nouvelle perspective à l'enseignement religieux dans les écoles publiques du Québec, plus proche du concept de « *laïcité ouverte* » (p. VII) qui a été notamment mis de l'avant dans leur rapport.

Depuis lors, les recommandations du rapport Proulx ont été pour la plupart mises en œuvre au Québec avec, notamment depuis l'automne 2008, l'implantation du programme Éthique et culture religieuse<sup>2</sup>. Ce programme

1 <http://www.meq.gouv.qc.ca/REFORME/religion/html-fr/fr/index.htm>

2 <https://www7.mels.gouv.qc.ca/DC/ECR/>

est en quelque sorte ce qui finalise le long et complexe processus de séparation entre l'État et l'Église au Québec recommandé par le rapport Proulx. L'enseignement de la religion catholique ou protestante était une des dernières fortifications de l'Église dans l'école publique québécoise. Elle a finalement été démantelée avec l'application de ce nouveau programme d'études, au profit des droits et libertés universels.

Le processus a été complexe et sinueux, et il semble qu'il ait fallu un professeur-chercheur au commerce agréable comme Jean-Pierre pour permettre à notre société d'évoluer et de se rapprocher ainsi encore plus des finalités universelles de droit et d'égalité. J'indique que le processus a été long, car on oublie peut-être qu'il a été amorcé au Québec dès 1976 par Camille Laurin, alors ministre de l'Éducation. Le ministre Laurin avait proposé la loi 3, qui visait la suppression des commissions scolaires protestantes et catholiques au profit de commissions linguistiques. On se souvient que la loi avait été jugée inconstitutionnelle, car elle contrevenait à l'article 93 de la constitution canadienne de 1867. Ce qu'il faut comprendre ici, c'est qu'en 1867, lors de la naissance du Dominion du Canada, le système scolaire n'était pas structuré en fonction des langues, mais bien des religions. D'un côté, il y avait les protestants – surtout des anglophones – et de l'autre, les catholiques, francophones pour la plupart. L'école publique de 1964 n'a aucunement mis fin à cette ségrégation religieuse. La bataille a été reprise par Jean Garon qui, peut-être sous la pression de Jacques Parizeau, proposa dans les conclusions des États généraux sur l'éducation de poursuivre la déconfessionnalisation du système d'éducation, malgré la vive opposition des parents dans les divers médias. Mais il faut réellement attendre, à la fin des années quatre-vingt-dix, le rapport Proulx sur la confessionnalité scolaire pour qu'une réelle métamorphose s'opère. Et même là, tout n'était pas gagné. Car en 2000, puis en 2005, le gouvernement du Québec a maintenu provisoirement un régime d'option (la fameuse clause dérogatoire) qui a permis aux parents d'inscrire leurs enfants à l'enseignement religieux catholique ou protestant autant qu'à l'enseignement moral dans les écoles publiques. Mais à ce moment, une fois de plus, le professeur Jean-Pierre Proulx est intervenu. Alors qu'il assurait la présidence du Conseil supérieur de l'éducation, il publiait, le 8 février 2005, un avis au ministre de

l'Éducation intitulé *Pour un aménagement respectueux des libertés et des droits fondamentaux : une école pleinement ouverte à tous les élèves du Québec*<sup>3</sup>. Cet avis faisait notamment état de plusieurs recommandations, dont celle de ne pas renouveler la clause dérogatoire à la Charte canadienne des droits et libertés, et celle d'abroger la clause dérogatoire à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

Un peu moins de trois mois après la parution de l'avis du Conseil supérieur, le ministre de l'Éducation de l'époque, Jean-Marc Fournier, annonçait que même si la clause dérogatoire avait été prolongée pour une période de trois ans, les écoles publiques québécoises devraient proposer à leurs élèves, dès l'automne 2008, un programme d'éthique et de culture religieuse. Ce nouveau programme, qui faisait suite à la fois aux recommandations du rapport Proulx et à l'avis que venait tout juste de déposer le Conseil supérieur de l'éducation, devait (enfin) permettre d'offrir une seule et même formation à l'ensemble des élèves des écoles publiques du Québec. L'État proposait ainsi à l'école publique et laïque des moyens de répondre plus adéquatement aux défis sociaux actuels et aux besoins des jeunes d'aujourd'hui.

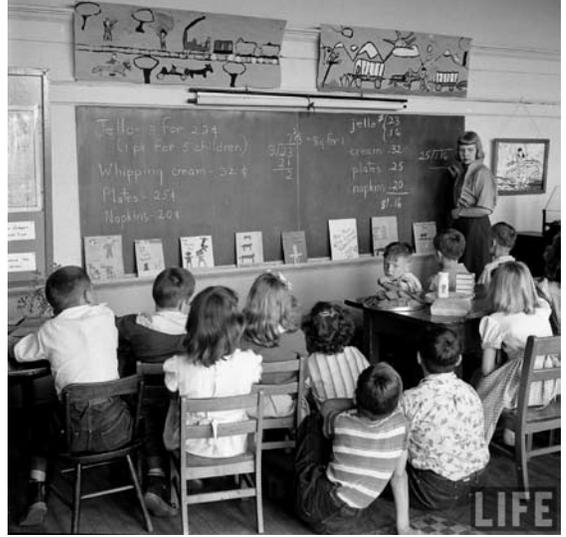
En plus d'avoir apporté une contribution inestimable au rapport *Laïcité et religions*, qui a littéralement transformé l'école québécoise, le professeur Jean-Pierre Proulx a participé au cours des dernières années au renforcement des liens entre le CRIFPE et le milieu de l'éducation. Il a ainsi été responsable du chantier « liens entre les milieux de pratique et la recherche », mis en place au CRIFPE. Il a instauré une formation destinée aux « journalistes pédagogiques », futurs enseignants intéressés par le journalisme pédagogique, qu'il connaissait bien.

Oui, le professeur Jean-Pierre Proulx peut partir à la retraite en ayant le sentiment d'avoir transformé l'école québécoise, d'avoir changé les chercheurs qu'il a côtoyés. Merci Jean-Pierre pour ta contribution exceptionnelle au milieu de l'éducation du Québec. Merci d'avoir lutté, si gentiment, mais combien efficacement, pour le *plein épanouissement de la personnalité des élèves du Québec et le renforcement du respect de leurs droits et libertés fondamentales*.



3 <http://www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/>

# Mon cher Jean-Pierre,



**T**u nous quittes après une carrière de premier plan au département, à la faculté et dans le monde de l'éducation du Québec.

Je sais que la formation des étudiants t'a toujours grandement préoccupé, et que celle-ci a motivé ton passage à la direction du Centre de formation initiale des maîtres. Tu préparais et révisais constamment tes cours, suivais au besoin des formations pédagogiques et n'hésitais pas à consulter des collègues afin d'améliorer ton enseignement. Pour toi, cela était normal. La faculté a d'ailleurs reconnu tes efforts en t'octroyant un prix d'excellence en enseignement, dont tu m'as semblé à l'époque assez fier! Ton manuel tout chaud sur le système scolaire du Québec manifeste aussi avec éloquence cet engagement constant dans la formation des étudiants et ce souci pédagogique qui fut le tien.

Parmi l'ensemble des collègues, tu es certainement celui dont la personnalité publique aura été la plus affirmée et reconnue. Pour plusieurs d'entre nous, tu auras été un modèle de présence sur la place publique et de participation aux débats éducatifs (ceux sur la restructuration scolaire à Montréal, la place de la religion à l'école, la réforme scolaire en cours, l'enseignement culturel des religions et de nombreux autres enjeux sur lesquels ton devoir de citoyen et d'universitaire te commandait d'intervenir). Tu l'as toujours fait de manière claire et précise (ta formation de journaliste t'aura aidé), argumentant ton point de vue tout en respectant celui des autres, cherchant à éclairer et influencer le débat collectif dans le sens d'une décision la plus démocratique et la plus raisonnable possible. Tu exprimais ton point de vue en faisant confiance à l'intelligence et à la raison des autres. Je sais que tu vas continuer à le faire et nous nous en réjouissons tous.

Je crois qu'OPINÉDUQ, cette banque de sondages sur l'éducation que tu as montée et mise à la disposition de tout un chacun, avec la collaboration du CRIFPE, participe de ce souci de participation citoyenne à la délibération éducative. Tout comme d'ailleurs ta présidence du Conseil supérieur de l'éducation. Je t'y ai vu animer la table du Conseil de telle sorte que tous puissent exprimer leur opinion et participer à la construction d'un consensus. Pour toi, l'éducation n'est pas qu'affaire d'expertise et de science, mais aussi de valeurs et de politique, au sens le plus noble de ce terme.

Avec ton départ, nous perdons un collègue d'une courtoisie, d'une « bonhomie élégante », selon l'expression d'un doctorant, et d'un humour remarquables, toujours disponible lorsque nécessaire, un exemple de collégialité généreuse et affable.

Je te connais de multiples intérêts : puissent les années qui viennent te permettre de les cultiver dans la chaleur de l'amour de tes proches et dans le bon souvenir amical de tes collègues.

*Claude Lessard*

Professeur titulaire  
au Département d'administration  
et fondements de l'éducation

# Dossier

## L'éducation à la santé en milieu scolaire au Québec

Sylvain **TURCOTTE**

CRIFPE

Université de Sherbrooke, GRIEFPAP

Jean-François **DESBIENS**

CRIFPE

Université de Sherbrooke, GRIEFPAP

Contrairement à ce que plusieurs pensent, l'éducation à la santé en milieu scolaire au Québec n'a pas été introduite récemment puisqu'elle y fait son apparition à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle dans le cadre du développement de la santé publique et de la lutte contre la pauvreté. D'une éducation à la santé menée sous l'égide des professionnels du domaine médical, elle est maintenant intégrée à la scolarisation, ce qui lui permet de se développer au sein des curricula scolaires tout en préservant son lien d'attachement avec la santé publique. La transformation des rapports entre l'éducation à la santé et le milieu scolaire explique, en partie, la grande diversité des approches visant à inclure l'éducation à la santé à l'école. S'intéresser à l'éducation à la santé en milieu scolaire exige donc de prendre en considération l'ensemble des vecteurs s'y rattachant.

Au Québec, la dernière réforme des curricula a considérablement modifié les attentes à l'égard de l'éducation à la santé à l'école. Autrefois intégrée principalement dans le programme de formation personnelle et sociale, l'éducation à la santé est maintenant introduite à des endroits variés dans les curricula. Elle se présente dans un domaine général de formation et sous différentes compétences du programme d'éducation préscolaire ou provenant d'autres programmes disciplinaires. Durant cette période, l'*Entente de complémentarité des services* entre le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)



et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a permis le développement de l'approche *École en santé* et la mise sur pied de la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*. Ces volontés politiques trouvent également leur place dans les actions de divers organismes publics tels que Kino-Québec et la Fédération québécoise du sport étudiant, qui ont développé des programmes d'intervention propres au milieu scolaire. Ce bref résumé de l'état actuel de la situation justifie pleinement la décision du comité de rédaction du bulletin *Formation et profession* d'y consacrer un dossier spécial.

Ce dossier propose des éléments d'analyse permettant de mieux comprendre les enjeux, les finalités, les contenus et l'opérationnalisation de l'éducation à la santé en milieu scolaire en fonction des choix réalisés par le système scolaire québécois. Les auteurs se penchent sur des questions telles que l'origine et les particularités de certaines initiatives qui ont mené à l'inclusion de l'éducation à la santé en milieu scolaire, le développement de la formation professionnelle des enseignants, les pratiques des acteurs mobilisés dans la mise en œuvre des programmes et l'importance de l'action concertée entre les différents acteurs, et offrent des illustrations de ces initiatives. Le dossier débute par une entrevue avec la professeure Joanne Otis, de l'Université du Québec à Montréal, connue pour ses travaux sur l'analyse des facteurs psychosociaux et socioculturels associés aux comportements de santé ainsi que sur l'évaluation des interventions en éducation à la santé. La professeure Otis est titulaire d'une Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé depuis octobre 2004. Dans cette entrevue, elle discute de la place accordée à l'éducation à la santé en milieu scolaire ainsi que des enjeux et des défis permettant aux différents acteurs impliqués dans cette éducation de mener des interventions efficaces. Par la suite, le dossier est constitué de six textes écrits par des collaborateurs du Québec, de l'Ontario et de la France.

Dans le premier texte, Johanne Grenier, professeure à l'Université du Québec à Montréal, présente une lecture des différentes modalités d'inclusion de l'éducation à la santé dans les récents programmes de formation au préscolaire, au primaire et au secondaire. Elle s'interroge sur les ancrages actuels de l'éducation à la santé et les conditions facilitant leur mise en œuvre. Dans le

deuxième texte, Denis Loizon, professeur à l'IUFM de Bourgogne, met en parallèle les transformations adoptées dans le cadre du renouveau pédagogique et le processus de développement professionnel des enseignants. La réflexion proposée par cet auteur est appuyée par un modèle de formation professionnelle en éducation à la santé. Dans le troisième texte, Didier Jourdan, professeur à l'IUFM d'Auvergne, propose une organisation des finalités de l'éducation à la santé qui amène à préciser la contribution potentielle de chacun des acteurs de ce domaine. Cette organisation est issue des pratiques privilégiées par les acteurs qui interviennent en éducation à la santé dans les établissements scolaires. Dans le quatrième texte, Marie-Claude Rivard, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, et Charlotte Beaudoin, professeure à l'Université d'Ottawa, traitent des initiatives développées hors des curricula scolaires. Le portrait présenté par ces auteures montre la préoccupation sociale à l'égard de l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes ainsi que l'importance de l'école comme environnement privilégié dans la mise en œuvre d'actions en matière de santé et de bien-être auprès des jeunes. Dans le cinquième texte, Corinne Mérini, professeure à l'Université Blaise Pascal, et Caroline Bizzoni-Prévieux, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, mettent en évidence les mécanismes de construction d'actions partenariales sous-jacents au développement et à la mise en œuvre des initiatives en éducation à la santé. Ces auteures montrent comment le travail en partenariat se structure en réseaux en plus de reposer sur des registres de signes qui rendent la collaboration possible en éducation à la santé. Dans le sixième texte, Johanne Bédard, professeure à l'Université de Sherbrooke, et ses collaborateurs présentent un projet réalisé dans les écoles montréalaises qui rend compte de l'implantation d'une intervention globale et concertée en promotion et en prévention de la santé. La présentation du projet PC-PR illustre la complexité derrière la mise en œuvre d'une intervention de ce type ainsi que le soutien nécessaire pour la réussite de tels projets. Enfin, le dossier se termine par la présentation d'un ouvrage permettant de poursuivre la réflexion sur la place occupée par l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cet ouvrage met en relief les principaux enjeux discutés dans ce dossier en plus de proposer des pistes favorisant l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives en éducation à la santé.

# Rencontre avec



**Joanne Otis**

Université du Québec à Montréal

## L'éducation à la santé en milieu scolaire : d'hier à aujourd'hui

Entrevue réalisée par

Sylvain **TURCOTTE**  
CRIFPE

Université de Sherbrooke, GRIEFPAP

*Joanne Otis est professeure à l'Université du Québec à Montréal, et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé.*

**Sylvain Turcotte : Certains ont l'impression que la récente réforme des programmes de formation a permis à l'éducation à la santé de faire sa place en milieu scolaire. L'éducation à la santé à l'école : est-ce nouveau?**

**Joanne Otis :** Selon mes repères historiques, je dirais sans l'ombre d'un doute que l'éducation à la santé au Québec est présente en milieu scolaire depuis longtemps. Déjà, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, sous le courant hygiéniste et pour des impératifs de santé publique, les médecins de l'époque font pression pour que l'enseignement de l'hygiène et d'exercices corporels soit intégré à l'école. C'est l'époque de la tuberculose et des maladies infectieuses et il faut trouver un moyen efficace pour travailler auprès des enfants : l'école semble le milieu tout désigné pour intervenir. Malgré les recommandations, malgré les règlements et même une loi en 1892 rendant ces enseignements obligatoires, il n'y a pas vraiment de mise en application de ces prescriptions. Au début du 20<sup>e</sup> siècle, de nombreuses conférences sur l'hygiène scolaire sont données, on procède au dépistage des problèmes de santé des enfants et on sensibilise les instituteurs à la nécessité d'enseigner les règles d'hygiène sans que les résultats de ces initiatives soient convaincants. Dans les années 40, la gymnastique et l'hygiène sont listées parmi les 15 matières du cours primaire, mais leur enseignement est très peu dispensé. L'intérêt pour l'éducation à la santé s'estompe pendant cette période.

Dans les années 60 et 70, une série de rapports dénoncent le piètre état de la condition physique des élèves et la non-intégration des programmes d'éducation physique et à la santé dans les écoles francophones. Ces rapports réitérent aussi l'importance de viser chez les élèves et les étudiants québécois un état optimal de santé et de bien-être. Je parle ici des rapports Parent en 1963, Guay en 1964 et Beauregard en 1975. Malgré les recommandations formulées dans ces rapports, le dossier évolue peu. Encore une fois, les politiques balisant ces préoccupations ne sont pas claires.

C'est au début des années 80 que l'éducation à la santé est intégrée explicitement dans le programme scolaire québécois. L'éducation à la santé s'inscrit alors, d'une part, dans le champ disciplinaire de l'éducation physique en précisant que les enseignants ont le mandat d'amener l'élève à acquérir des habitudes de santé et de bien-être par la pratique de l'activité physique, et d'autre part, dans le nouveau programme intitulé *Formation personnelle et sociale* (FPS). Ce programme propose cinq volets, dont l'un est spécialement consacré à l'éducation à la santé, la santé étant abordée sous ses dimensions physique, psychologique, sociale et environnementale. Divers guides et autres ressources sont alors mis à la disposition des enseignants, éducateurs physiques et enseignants de FPS, pour les soutenir dans cette tâche.

En 1992, la sortie de la *Politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confirme la légitimité de l'éducation à la santé à l'école. Cette politique propose 19 objectifs assortis de stratégies pour réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent le plus la population. Cette fois, les éducateurs physiques se positionnent comme acteurs centraux en éducation à la santé à l'école. En effet, en 1993, ils présentent un mémoire sous l'égide de la CEEPQ<sup>1</sup> (maintenant la FÉÉPEQ<sup>2</sup>) pour défendre leur contribution à l'amélioration de l'état de santé des élèves et des étudiants par la promotion de l'activité physique. Dans ce mémoire, ils font une démonstration convaincante des liens entre cette habitude de vie et la prévention de multiples problèmes de santé.

1 Confédération des éducateurs et éducatrices physiques du Québec.

2 Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec.

On voit donc qu'à cette époque, la place de l'éducation à la santé à l'école est en relative sécurité parce que des mandats clairs sont donnés à deux enseignants distincts, l'éducateur physique et l'enseignant en FPS. Il y a un espace disciplinaire réservé à l'éducation à la santé. Difficile de dire toutefois dans quelle mesure cette stratégie contribue à améliorer l'état de santé des élèves.

À l'heure actuelle, avec le *Programme de formation de l'école québécoise* (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport – MELS), le seul endroit où l'éducation à la santé a un espace disciplinaire explicitement réservé, c'est sous la troisième compétence de l'éducation physique et à la santé (EPS), *Adopter un mode de vie sain et actif*. Elle pourrait aussi s'arrimer aux savoirs essentiels d'autres disciplines telles *Science et technologie* ou *Éthique et culture religieuse*. Mais ces derniers ancrages semblent fragiles. Les enseignants de ces disciplines, en particulier d'EPS, ont-ils les outils nécessaires pour jouer ce rôle qui va maintenant au-delà de la promotion de la pratique de l'activité physique et demande que la santé soit envisagée sous toutes ses dimensions? Également, l'éducation à la santé est incluse dans le domaine général de formation (DGF) *Santé et bien-être*; dans quelle mesure pourra-t-elle être mise en œuvre sous ce domaine alors qu'elle devient la responsabilité de tous, chaque acteur à l'école ayant déjà des mandats plus formels et prioritaires à assumer?

**L'éducation à la santé est donc présente à l'école depuis plusieurs années, mais avec le nouveau programme, il semble y avoir une certaine rupture avec ce qu'on pouvait retrouver dans les anciens programmes de formation.**

Les modalités d'inclusion se sont transformées, mais je ne parlerais pas de rupture puisqu'on est encore dans le même paradigme, sous les mêmes représentations de l'éducation à la santé. Le fait que ce sont les médecins et les instances de santé publique qui aient fait pression au départ pour que l'école participe à l'éducation à la santé a contribué à la construction d'une représentation de l'éducation à la santé principalement orientée vers la réduction des comportements à risque et l'adoption de comportements sains. Les éducateurs physiques ont adhéré à cette représentation et c'était légitime; ils allaient aider les élèves à pratiquer l'activité physique, qui est un comportement sain et qui prévient de multiples problématiques menaçant la santé des jeunes à court, moyen ou long terme, dans une logique de santé publique. C'est

pourquoi, selon moi, il n'y a pas vraiment de rupture parce que dans le programme actuel, sous l'angle de la troisième compétence disciplinaire de l'EPS, *Adopter un mode de vie sain et actif*, les représentations de l'éducation à la santé sont sensiblement les mêmes, cette compétence demeurant intimement liée aux compétences *Agir et Interagir*.

Sous l'angle du DGF *Santé et bien-être*, les représentations de l'éducation à la santé s'élargissent quelque peu : ici, on parle de responsabiliser l'élève et de l'amener à prendre en charge sa santé en l'aidant à faire des choix éclairés. C'est une approche un peu plus humaniste, un peu plus proche aussi de la philosophie de l'éducation à la santé. Mais on retrouvait ces mêmes représentations de l'éducation à la santé dans le programme FPS. Il n'y a donc pas de rupture.

Ce qui est nouveau toutefois, c'est que par ce même DGF *Santé et bien-être*, l'éducation à la santé n'est plus seulement la responsabilité de deux enseignants, chacun dans sa discipline, mais la responsabilité de tous les acteurs, autant les enseignants, les parents que les autres ressources présentes à l'école, qui doivent mettre en place des initiatives qui permettent à l'élève de faire des choix éclairés en matière de santé. Cette responsabilité partagée implique aussi que l'éducation à la santé contribue au développement des compétences transversales et que tous les domaines d'apprentissage soient sollicités.

C'est à l'analyse des savoirs essentiels de ces domaines d'apprentissage qu'on peut voir les ancrages possibles pour l'éducation à la santé. Ainsi, le domaine des *Science et technologie*, par les savoirs essentiels présentés sous l'univers vivant, est-il un domaine propice à l'inclusion de situations d'apprentissage et d'évaluation (SAE) en éducation à la santé en partenariat avec les autres ressources complémentaires à l'école. Dans plusieurs autres domaines d'apprentissage, des savoirs essentiels sont directement en lien avec l'éducation à la santé, mais les enseignants ont du mal à faire cette transposition, peut-être à cause de leurs représentations de l'éducation à la santé qui se limitent à la modification des habitudes de vie et à la prévention. Par exemple, *Éthique et culture religieuse* serait un programme où il serait possible d'aborder des préoccupations en éducation à la santé. Ce programme mise beaucoup sur le développement des valeurs et du jugement critique, compétence transversale également importante lorsqu'on veut faire des choix éclairés en matière de santé.

Un autre élément structurant nouveau et favorable à l'éducation à la santé est la mise en place, à la suite de la conclusion de l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et celui de l'éducation en 2003, de plusieurs autres programmes à l'école, entre autres, en promotion et prévention. Cette entente soutient l'approche *École en santé* qui offre plusieurs ressources et outils pour soutenir l'école dans l'établissement de ses priorités en matière de santé et des stratégies à mettre en place pour améliorer la qualité de vie de ses élèves. Cette entente et cette approche multiplient donc le nombre d'acteurs légitimes en éducation à la santé, ce qui devrait favoriser le partenariat et le partage de cette responsabilité.

En bref, pour moi, ce n'est pas une rupture, ce sont des modalités différentes d'inclusion de l'éducation à la santé à l'école, théoriquement prometteuses, parce que je crois sincèrement que l'éducation à la santé doit être une responsabilité partagée. Mon inquiétude n'est pas d'ordre théorique, mais opérationnel : comment cela pourra-t-il se faire puisque, pour l'instant, on voit peu de plans concrets entourant, par exemple, la conception et l'implantation de SAE relatives à l'éducation à la santé, peu d'actions systématiques et cohérentes offertes hors classe d'une année à l'autre, peu d'actions menées en partenariat entre les enseignants des divers domaines d'apprentissage entre eux ou entre les enseignants et les autres acteurs présents à l'école. Je trouve aussi qu'on a encore bien peu de moyens concrets pour s'approprier ce champ et mobiliser l'ensemble des acteurs, tout au moins de façon plus efficace qu'avant la réforme.

### **Est-ce que je me trompe en disant qu'il existe un lien indissociable entre les besoins de la société et la mise en œuvre ou l'inclusion de l'éducation à la santé en milieu scolaire?**

Il y a effectivement un lien indissociable entre les besoins de la population et l'éducation à la santé, dans la mesure où les besoins sont définis à partir des indicateurs disponibles sur l'état de santé de la population et de ses déterminants, et que les politiques publiques, et par conséquent les fonds, vont vers des actions susceptibles de régler ces problèmes. Si l'on pense aux premières pressions au Québec pour inscrire l'éducation à la santé dans les programmes scolaires, on constate qu'elles sont venues de la santé publique. Pourquoi? Parce que les problèmes de santé, la morbidité et la mortalité qui en découlent coûtent cher. Ce sont donc les constats sur

l'état de santé des enfants et des adolescents qui rendent légitime l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école, du moins d'un point de vue de santé publique. Mais qu'en est-il du point de vue de l'école? Les problèmes jugés prioritaires par la santé publique sont-ils ceux que l'école reconnaît comme tels dans son quotidien? Dans sa logique et compte tenu de la mission de l'école, l'éducation à la santé n'a de sens que si elle contribue à la réussite de l'élève. Pour qu'il y ait éducation à la santé, il faut donc qu'il y ait arrimage entre les priorités de santé publique et les besoins définis par l'école au fil des années scolaires.

C'est le pari que semblent vouloir relever les responsables de l'approche *École en santé* avec leur volonté formelle de s'inscrire de façon plus directe dans la logique de l'école et d'articuler leur discours autour de la réussite de l'élève. Comme le soutient si bien notre collègue Corinne Mérini, pour que ce partenariat prenne vie toutefois, il est indispensable que l'éducation à la santé soit ancrée dans les besoins reconnus comme communs, et par l'école, et par la santé.

**Est-ce que les différentes modalités d'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes généraux et disciplinaires vont permettre de mettre en place des pratiques efficaces et d'obtenir les résultats escomptés?**

Actuellement, il est très difficile d'avancer que cette nouvelle approche sera plus efficace que la précédente. Ses principes sont très défendables, car basés sur des données probantes. Les ancrages proposés sont légitimes, mais les enseignants et les autres acteurs de l'école ne sont pas encore prêts à envisager les savoirs essentiels, ni les compétences disciplinaires et les compétences transversales dans une logique où l'éducation à la santé peut prendre forme, en particulier dans une logique collaborative. Son implantation est trop récente, en particulier au secondaire. Et on est encore en processus d'implantation : à titre d'exemple, l'intégration du programme *Éthique et culture religieuse* qui a mobilisé toutes les énergies des écoles cette année. En ce moment, chaque enseignant essaie de s'approprier le programme, exclusivement ou presque sous l'angle de son domaine d'apprentissage, centré d'abord sur sa discipline. Comme chaque fois qu'on introduit un changement dans un système, certaines personnes plus innovatrices plongent tête première, alors que certaines autres résistent, s'accrochant à ce qu'elles connaissent et maîtrisent. Plusieurs enseignants nous ont signalé

regretter l'ancien programme FPS, mais dans l'ensemble, on a surtout senti de l'ouverture face au nouveau programme, une volonté d'y adhérer malgré ce sentiment bien compréhensible actuellement de ne pas trop savoir comment y arriver.

Les données épidémiologiques disponibles à ce jour ne peuvent donc rendre justice aux efforts en émergence ou à peine mis en œuvre parce que ces démarches sont beaucoup trop récentes pour qu'on puisse en mesurer les effets. N'oublions pas non plus que : 1) ce qui détermine l'état de santé des enfants et des adolescents est complexe; 2) l'école n'est pas la seule à porter le fardeau de l'éducation et de la promotion de la santé; 3) l'évaluation des effets d'une telle approche dépend aussi des indicateurs qu'on choisit et des représentations qu'on se fait de l'éducation à la santé. Du point de vue de l'école, est-ce logique que les indicateurs permettant de porter un jugement sur l'efficacité de ses efforts ne soient que des taux d'incidence et de prévalence de problèmes de santé? Compte tenu de l'intention éducative et des axes de développement du DGF *Santé et bien-être*, il serait pertinent de réfléchir à d'autres indicateurs plus près de ce qui est visé. Au-delà de l'adoption d'un mode de vie sain et actif, pourquoi ne pas mesurer la capacité des jeunes à prendre des décisions éclairées en matière de santé en cherchant à savoir, par exemple, s'ils sont capables de lister les pour et les contre de chaque option offerte et de discuter des conséquences de leurs actions sur leur santé et celle des autres, etc.? Pourquoi ne pas mesurer leur capacité à prendre le contrôle sur leur santé et à être critiques, par exemple, en considérant des gestes concrets posés dans l'année tels qu'être allé chercher une ressource par eux-mêmes sur le Web ou à la clinique, avoir sollicité un adulte pour avoir un conseil, avoir défendu un ami victime de violence psychologique, etc.? Bref, le jugement qu'on portera sur les effets des nouvelles politiques mises en place dépendra beaucoup des indicateurs dont on se dotera. Cette question ouvre un champ encore inexploré.

D'autre part, avant de vouloir mesurer les effets de ces politiques, il faudra peut-être porter un jugement sur la qualité de l'implantation de chaque stratégie proposée. Ce monitoring sera essentiel. On voit qu'il y a des initiatives qui émergent, sous le leadership d'acteurs différents, de l'extérieur et de l'intérieur de l'école; mais pour l'instant, ce ne sont encore que des initiatives isolées les unes des autres. Pourtant, on sait que la cohérence et

la complémentarité des actions, le respect du développement psychosocial des jeunes, l'intégration dans les curriculums, la formation des enseignants, etc. sont des critères d'efficacité importants des programmes d'éducation et de promotion de la santé. À l'heure actuelle, très peu de ces critères sont respectés.

Encore quelques années sont nécessaires avant que le contexte ne soit optimal. Par ailleurs, sans une formation initiale en éducation à la santé qui habilite les divers acteurs à jouer ce rôle et sans volonté ferme de la part des gestionnaires de l'école de mettre en place diverses formes de soutien à l'actualisation de ces efforts, j'ai bien peur qu'on n'arrive aux mêmes constats qu'avant la réforme.

**Que signifie « éduquer à la santé »? Aider les jeunes à modifier et à transformer leur comportement ou proposer des actions en matière de gestion appropriative de sa santé et de son bien-être?**

Il y a effectivement plusieurs façons d'envisager l'éducation à la santé et, personnellement, je crois qu'on aurait avantage à considérer que, pour toutes sortes de raisons, chacune d'elles a sa place à l'école. Plusieurs auteurs ont participé aux débats sur cette question et c'est à travers leurs réflexions que je retiens quatre perspectives : comportementale, humaniste, appropriative et critique. L'adhésion plus franche à l'une ou l'autre de ces perspectives dépend aussi fortement de la façon dont chaque enseignant se représente son rôle d'éducateur. Dans une perspective comportementale, on aide l'élève à adopter de saines habitudes de vie. Plusieurs modèles et théories peuvent soutenir le choix des savoirs essentiels pour appuyer ce travail d'encadrement de l'élève dans la poursuite de cette finalité. *L'éducateur est un instructeur.* Sous un angle plus humaniste, l'éducateur à la santé créera un contexte pédagogique favorable qui aidera l'élève au fil des situations à prendre des décisions éclairées en matière de santé. Selon cette perspective, on mise sur le processus décisionnel et la signification de cette décision pour l'élève plutôt que sur le résultat sur sa santé. *L'éducateur est un accompagnateur.* La perspective appropriative amène l'élève à poser des gestes concrets pour obtenir plus de contrôle et de pouvoir sur sa santé. Au-delà de la prise de décision, on amène l'élève à participer activement à la définition de ses propres objectifs de santé et à trouver les moyens de les atteindre, ces moyens pouvant aller jusqu'à trouver

des solutions pour transformer son environnement. *L'éducateur est un facilitateur.* La perspective critique s'inscrit dans la poursuite de cette logique appropriative, mais elle implique un niveau d'engagement social plus important où les élèves sont non seulement amenés à se mobiliser pour transformer leur environnement, mais aussi à revendiquer leurs droits et à faire respecter ceux des autres quand la santé est menacée. *L'éducateur et l'élève deviennent des agents de changement.* Ces perspectives sont plus complexes, riches et interdépendantes que ce que je viens de décrire, mais je voulais rapidement situer les diverses visions qui pourraient être véhiculées à l'école en éducation à la santé.

Si on regarde la façon dont le programme est implanté à l'heure actuelle, on voit bien que les perspectives comportementale et humaniste sont prépondérantes. En revanche, à long terme, quand l'ensemble des acteurs sera en mesure de se préoccuper des compétences transversales, il y aura là matière à travailler en éducation à la santé sous les angles appropriatif et critique. D'autre part, selon les domaines d'apprentissage visés, le cycle d'enseignement et le développement psychosocial des élèves rencontrés, une perspective peut être plus appropriée qu'une autre. Le temps représente aussi une contrainte à l'adhésion à une perspective plutôt qu'à une autre; les perspectives appropriative et critique demandent la mise en place de plusieurs SAE s'imbriquant au fil des mois sur une même année et, en cohérence, d'une année à l'autre. D'autre part, l'implantation de ces dernières visions est davantage réaliste lorsqu'elle est réalisée en partenariat.

**Depuis le début, nous avons beaucoup parlé des enseignants et de leur responsabilité. D'autres acteurs sont aussi impliqués. Qu'entend-on par « responsabilité partagée »?**

Compte tenu de l'entente MELS-MSSS concernant les services complémentaires, un ensemble d'acteurs autres que les enseignants sont présents à l'école : infirmières, psychopédagogues, travailleurs sociaux et autres qui varient d'un milieu à l'autre selon ce qui est jugé prioritaire. La responsabilité partagée implique donc toutes ces personnes, incluant la direction, les parents, les membres du conseil d'établissement, les intervenants d'organismes communautaires, des représentants des instances municipales, etc. Tous ces gens doivent contribuer d'une

manière ou d'une autre à la mise en place d'initiatives qui vont toucher les DGF et viser le développement des compétences transversales de l'élève.

Mais dans les faits, comment tout cela peut-il s'actualiser? Il n'en demeure pas moins que c'est l'enseignant qui, chaque semaine, est le plus présent auprès des élèves. S'il n'est pas en mesure de créer des SAE en éducation à la santé qui s'ajustent bien avec ses compétences disciplinaires ou ses savoirs essentiels, c'est voué à l'échec. Par contre, si l'enseignant est tout seul à faire cela, c'est aussi voué à l'échec, faute de cohérence et de complémentarité entre les actions. Il faut un chef d'orchestre et des stratégies de partage des connaissances pour faire des liens entre ce que chacun des enseignants, à chaque niveau, va faire, et entre les enseignants et les autres ressources. Quand l'enfant exprime un problème ou lorsque l'enseignant décèle une préoccupation particulière chez l'élève à laquelle il n'est pas en mesure de répondre, parce que le contexte de la classe ne s'y prête pas ou par manque de compétences, l'enseignant dirige l'enfant vers une ressource des services complémentaires. Toutefois, lorsque l'enfant rencontre le travailleur social ou l'infirmière, si ces ressources ne savent pas ce qui se fait ou se dit en classe, il n'y aura pas de complémentarité dans les interactions.

Au-delà de cette complémentarité où chacun joue son rôle, les acteurs en présence sont maintenant appelés à travailler en partenariat. Dans les écoles visitées récemment, on a observé de nouvelles alliances impliquant diverses combinaisons de ressources tant enseignantes que liées aux services complémentaires. Ces alliances sont souvent nées d'une intention exprimée dans le projet éducatif ou dans le plan de réussite. Des SAE sur plusieurs cours sont développées, l'animation étant partagée d'un cours à l'autre par plusieurs intervenants. Ces SAE peuvent être complétées par une activité hors classe orchestrée par un membre de l'équipe des services complémentaires.

Les parents doivent aussi être sollicités. Tout un défi, mais essentiel à relever dans le contexte de l'éducation à la santé, encore une fois pour assurer une cohérence et une complémentarité dans les actions. Il faut bien réaliser que l'enfant a peu de contrôle sur plusieurs facteurs qui pourraient le soutenir dans ses choix vers l'adoption d'un mode de vie sain et dans l'appropriation de sa santé. Par exemple, si l'enfant revient à la maison et que ses parents

ne le font souper qu'à sept heures, si le lunch est fait à la dernière minute, si les parents n'ont pas le temps de conduire l'enfant au centre sportif, où est la cohérence? Le soutien du milieu familial est extrêmement important dans la capacité du jeune à actualiser ce qu'il va apprendre à l'école. Les parents doivent minimalement être au courant des initiatives de l'école et, idéalement, être partie prenante, peu importe leurs conditions de vie. C'est à l'école et à ses partenaires qu'incombe le choix de stratégies adaptées pour qu'il y ait dialogue en matière de santé entre l'école, les parents et l'enfant, sans que ce dialogue porte préjudice à l'un ou à l'autre.

### **Faut-il éduquer à la santé selon le statut socioéconomique du quartier ou de la communauté?**

À mon avis, et ça me semble fondamental en éducation à la santé, on cherche le développement optimal de multiples compétences de vie chez chaque enfant ou chaque adolescent rencontré, et ce, peu importe ses aptitudes personnelles et son milieu culturel ou socioéconomique. C'est une question de droits et de justice sociale. Les besoins à combler diffèrent certes selon les cultures, les conditions socioéconomiques, etc. Les disparités sur le plan de la santé en lien avec ces caractéristiques sont largement documentées. Ce qui est important toutefois, c'est la prise en compte de ces particularités personnelles et environnementales dans le travail de l'éducateur lorsqu'il accompagne l'enfant dans sa trajectoire. Sinon, je pense réellement que les stratégies éducatives sont les mêmes. On a accès à une panoplie de formules pédagogiques, de styles d'enseignement, d'approches théoriques et de modèles. On sait que les stratégies les plus efficaces sont celles qui engagent l'enfant, qui sont basées sur ses besoins, ses expériences, celles qui impliquent son réseau social, etc. Plus on se centre sur ces principes dans le développement des SAE en éducation à la santé, plus les spécificités de l'environnement social de l'enfant sont prises en compte.

Je pense que ce qui est important comme éducateur à la santé, c'est d'avoir cette sensibilité à l'environnement dans lequel les enfants évoluent afin de pouvoir les amener à bien le décoder, à y trouver des ancrages qui correspondent à leurs valeurs et à leur statut, et à s'y adapter. Dans chaque environnement, il y a des ressources, même en milieu défavorisé. Elles sont peut-être moins nombreuses, différentes, mais elles sont là. Il faut amener les jeunes à les reconnaître et à les utiliser de façon optimale.

Le défi est toutefois plus important lorsque des enfants de statuts socioéconomiques différents se côtoient. Comment développer des SAE qui n'accentueront pas les disparités et qui miseront plutôt sur le respect des différences, la valorisation des résiliences de chacun et la solidarité entre les élèves? D'autre part, il me semble qu'en milieu défavorisé, les perspectives appropriative et critique seraient plus pertinentes.

**On a fait l'historique, on a établi des pistes, on a parlé de formation, mais quels sont les défis de l'éducation à la santé en milieu scolaire?**

Les défis sont nombreux, mais en quelques mots, je dirais que la formation, la concrétisation des partenariats, le développement d'outils concrets et la question de l'évaluation en éducation à la santé sont les enjeux les plus importants. J'ai déjà discuté de la plupart de ces enjeux, mais j'aimerais revenir sur la formation. Je pense que la condition essentielle pour qu'un jour l'éducation à la santé ait sa place et joue son rôle à l'école, c'est d'investir dans la formation initiale de tous les enseignants et de tous les acteurs susceptibles de travailler à l'école pour qu'il y ait partage d'un langage commun. Je ne dis pas qu'il faut que tous les gens s'entendent sur une même représentation de l'éducation à la santé, mais au moins qu'ils puissent se situer comme intervenants en fonction de leurs propres représentations de la santé et de l'éducation à la santé. Il faut réfléchir aux avenues de formation initiale et continue, en pensant à court, moyen et long termes puisqu'il est difficile d'envisager des transformations rapides ou relativement radicales dans les programmes de formation universitaire.

Les cours à développer devraient non seulement s'adresser aux éducateurs physiques et à la santé, mais à tous les enseignants qui sont appelés à œuvrer au primaire, au secondaire et au collégial; puisque c'est une responsabilité partagée, tous devraient avoir au moins une base commune. Je pense d'ailleurs que les enseignants auraient avantage à obtenir une formation dans l'ensemble des domaines généraux de formation puisqu'à mon avis, ces cinq domaines sont intimement liés, faisant appel au développement des mêmes compétences, particulièrement en ce qui concerne *Santé et bien-être* et *Citoyenneté*. Aborder ces domaines généraux de façon concomitante permettrait d'exploiter les multiples représentations de l'éducation à la santé : éduquer à la santé, c'est aider l'élève à adopter et maintenir des

modes de vie sains, à faire des choix éclairés en matière de santé et dans sa vie en général, à prendre en charge sa santé et à se donner les moyens de modifier les environnements qui sont néfastes ou qui ne correspondent pas à ses aspirations. Cette vision rejoint l'éducation à la citoyenneté. Devenir citoyen, c'est devenir quelqu'un qui va contribuer à son bien-être et au bien-être de sa collectivité. Ça demande diverses habiletés et compétences – leadership, esprit critique, mobilisation pour le respect des droits –, compétences tout aussi importantes pour l'appropriation de sa santé. Les programmes de formation des personnes susceptibles de faire partie des équipes aux services complémentaires devraient offrir des crédits universitaires sur ces mêmes thèmes.

Les formations futures devraient aussi porter sur les pratiques collaboratives en éducation. Quand on regarde les programmes actuels, il n'y a pas ou très peu de crédits réservés aux pratiques collaboratives. Si l'éducation à la santé est une responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs de l'école, les enseignants devraient apprendre à travailler en partenariat, entre eux et avec les autres acteurs de l'école, parents, ressources des services complémentaires, etc.

Cependant, à court terme, les lacunes sont importantes. La formation continue est à peu près inexistante et le soutien à l'échelle locale et régionale pour mobiliser les différents acteurs autour de l'éducation à la santé varie grandement d'une région à l'autre. Il y a peu de lieux où ils peuvent réfléchir aux objectifs communs à poursuivre. Il y a peu de ressources pour les aider à développer des SAE qui tiennent compte du développement de l'enfant, des différents cycles, etc. Il faut sans doute être patient. Rappelons-nous que cette réforme est en début d'implantation et que les priorités sont ailleurs. Comme intervenants et chercheurs en éducation à la santé, il faudra être créatifs et travailler de façon étroite avec les responsables de programmes afin de trouver des solutions immédiates pour introduire quelques notions en éducation à la santé dans la structure de formation des enseignants, qu'ils soient aux études ou sur le marché du travail.

Il faudra aussi offrir un soutien aux commissions scolaires à l'échelle provinciale pour développer des outils de formation continue et pour améliorer la formation des conseillers pédagogiques. Le défi en éducation à la santé est aussi en lien avec la réappropriation par le mi-

lieu scolaire de ces enjeux. D'ailleurs, une révision de la définition de l'éducation à la santé dans des paradigmes d'éducation plutôt que de santé publique serait bénéfique. L'école se fait proposer une logique de prévention qui est légitime, mais qui ne peut pas prendre place à l'école si elle ne se transforme pas en une logique de réussite de l'élève. Les personnes les plus aptes à faire ces transformations sont les enseignants et les autres acteurs présents à l'école. Il faudra qu'on leur donne l'espace et les ressources nécessaires à cette réflexion. L'éducation à la santé en milieu scolaire, c'est un esprit, c'est une vision de la vie à l'école, une vision de ce milieu de vie, qui doit transcender l'ensemble des activités de l'école.

# L'éducation à la santé dans les programmes scolaires québécois

Johanne **GRENIER**  
Université du Québec à Montréal



## Introduction

Les États généraux sur l'éducation au Québec (1996) ont eu des retombées importantes sur plusieurs plans et la place de l'éducation à la santé (ES) dans le milieu scolaire n'y a pas échappé. Bien que l'école soit depuis longtemps un lieu privilégié pour l'ES, les récentes révisions des programmes de formation des élèves en ont substantiellement modifié l'enjeu.

Le but de cet article est de faire état des modalités d'inclusion de l'ES dans les programmes de formation québécois destinés aux élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire. Selon Motta (1998), le découpage des programmes et la ventilation des contenus d'enseignement de l'ES en milieu scolaire dépendent évidemment des acceptions de la santé en vigueur dans ce milieu. De plus, différents types de modalités d'inclusion sont possibles. Ainsi, l'ES peut être présentée comme « thème transversal », comme « domaine d'intervention » ou comme « inclusion dans d'autres disciplines » (Ibid., 1998). La lecture des programmes de formation préscolaire, primaire et secondaire permet de constater que l'ES est tantôt présentée comme thème transversal dans le cas d'un des domaines généraux de formation et dans le cas des compétences globales propres au préscolaire, ou comme une inclusion dans d'autres disciplines telles que dans les programmes d'*Éducation physique et à la santé* (MELS, 2007; MEQ, 2006a), de *Science et technologie* (MELS, 2007; MEQ, 2006a) et d'*Éthique et culture religieuse* (MELS, 2007).

## Une vision transversale de l'ES à l'école : le domaine général de formation Santé et bien-être pour les élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire

Le *Programme de formation de l'école québécoise* au primaire et au secondaire (MELS, 2007; MEQ, 2006a, 2006b) présente le domaine général de formation *Santé et bien-être* où, du début du primaire à la fin du secondaire, l'intention demeure constante : « Amener l'élève à adopter une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité » (MEQ, 2006b, p. 44). L'élève vivra l'ES par le développement de la conscience de soi et de ses besoins, par une prise de conscience des conséquences sur sa santé et sur son bien-être de ses choix personnels, par l'adoption d'un mode de vie actif et une conduite sécuritaire. Au deuxième cycle du secondaire, les conséquences de choix collectifs sur le bien-être des individus seront abordées.

L'organisation des programmes de formation prévoit que les domaines généraux de formation échappent aux frontières disciplinaires. On souhaite aussi qu'ils favorisent l'intégration des apprentissages et qu'ils soient un point d'ancrage au développement des compétences disciplinaires et transversales. Le domaine général *Santé et bien-être* ne peut être traité par une seule discipline et à un moment précis. Il nécessite une action concertée des divers intervenants de l'école. Il appelle la cohésion et la complémentarité des interventions éducatives de tous les acteurs de l'école. Autant d'attentes constituent à la fois une opportunité extraordinaire et un défi très exigeant. C'est par le domaine général de formation *Santé et bien-être* que le partenariat pour l'ES prend tout son sens. Cependant, il est raisonnable de se demander si cet ancrage hors discipline ne fait pas de l'ES un dossier que l'enseignant prendra en charge après avoir maîtrisé l'enseignement des compétences disciplinaires dont il est l'unique responsable et lorsqu'il aura du temps pour établir des collaborations avec d'autres intervenants.

### Une vision de programme : le cas du préscolaire

L'éducation préscolaire pose des jalons de l'ES parmi trois des six compétences de son programme. On re-

marquera, à la compétence *Agir avec efficacité dans différents contextes sur le plan sensoriel et moteur* (MEQ, 2006a), que l'enfant est amené à trouver des moyens de se détendre, à adopter de bonnes postures et de saines habitudes de vie et à respecter les règles de sécurité. Dès l'âge de cinq ans, le *Programme de formation de l'école québécoise* offre des possibilités d'intégrer, à petites doses, quelques éléments essentiels de l'ES.

### Trois visions disciplinaires de l'ES

#### L'éducation à la santé dans le programme d'éducation physique et à la santé

De prime abord, le programme d'éducation physique semble tout destiné à accueillir l'ES. C'est par la compétence *Adopter un mode de vie sain et actif* que l'éducateur physique offrira aux élèves du primaire et du secondaire des activités qui leur permettront a) d'analyser les effets de leurs habitudes de vie, b) de planifier une démarche visant à modifier certaines de leurs habitudes de vie, c) de s'engager dans une démarche visant à modifier certaines de leurs habitudes de vie, d) d'en faire le bilan. Les savoirs essentiels véhiculés lors de ces démarches traitent des bienfaits de la pratique d'activités physiques, des caractéristiques associées à la sédentarité, de la condition physique, de la relaxation, de l'hygiène corporelle, des techniques de gestion du stress, de la pratique sécuritaire et, bien entendu, du fonctionnement du corps humain en mouvement.

Il est possible d'observer une progression du niveau de la compétence *Adopter un mode de vie sain et actif* du primaire vers le secondaire. Alors qu'au primaire on demandera à l'élève de modifier une habitude de vie progressivement dès le 2<sup>e</sup> cycle, les élèves du secondaire seront amenés à discuter de la persévérance dans l'adoption d'un mode de vie sain et actif et devront démontrer leur capacité à maintenir ou modifier trois saines habitudes de vie tout en offrant à la condition physique une place privilégiée. Aussi, les élèves du primaire discuteront d'hygiène corporelle, de relaxation et de comportement sécuritaire lorsqu'il est question de modifier une habitude de vie. Au secondaire, le spectre s'étend à l'alimentation, à la consommation de substances nocives pour la santé, au sommeil, au stress et à la consommation excessive de matériel multimédia.

Au-delà de la démarche de l'élève, l'évaluation de la compétence *Adopter un mode de vie sain et actif* au secondaire comporte aussi une obligation de résultats en lien avec la condition physique. Ainsi, l'attente de fin de cycle, au premier cycle du secondaire, en plus de présenter les éléments reliés à l'adoption d'habitude de vie indique que « ... l'élève fait preuve d'une bonne condition physique (flexibilité, endurance cardiorespiratoire et force-endurance) selon les normes canadiennes correspondant à son groupe d'âge » (MELS, 2007, p. 481). Au deuxième cycle du secondaire, l'élève « démontre que sa condition physique (flexibilité, endurance cardiorespiratoire et force-endurance) progresse selon des résultats qui correspondent à son groupe d'âge » (Ibid., 2007, ch. 9, p. 20).

Il va sans dire que l'acteur principal impliqué dans la compétence *Adopter un mode de vie sain et actif* est l'éducateur physique. Il faut cependant reconnaître que la nature même de la compétence et la démarche proposée pour la développer impliquent pour une grande part l'élève lui-même. Enfin, bien que les actions soient toujours plus onéreuses en termes de temps, il est intéressant de constater que le programme suggère l'appui de la famille et de la communauté pour l'atteinte de cette compétence. Que ce soit par la validation de la pratique régulière des élèves par leurs parents ou par la participation des élèves à des équipes sportives scolaires, parascolaires ou civiles, l'adoption d'un mode de vie sain et actif dépassera toujours les frontières du gymnase de l'école et, de ce fait, demeurera toujours un défi quant à son évaluation.

### **L'éducation à la santé dans le programme de science et de technologie**

La lecture des savoirs essentiels proposés aux élèves du primaire permet de déceler la présence de l'ES dans le domaine de la science et de la technologie. Ces savoirs, qui sont divisés en quatre univers, incluent l'univers du vivant dont l'élève fait partie. L'élève pourra, par l'étude de cet univers, apprendre, discuter et analyser les informations en lien avec son propre corps tel que le propose le programme : anatomie externe de l'homme, nutrition, croissance, respiration, reproduction, système reproducteur. Aussi, l'étude de la science et de la technologie offre à l'élève une incursion dans les grandes sphères d'application de la science et de la technologie que sont le génie médical, la pharmacologie, etc., autant d'occasions d'y glisser quelques notions importantes

d'ES ou d'ouvrir le débat pour permettre à l'élève de développer les connaissances nécessaires en vue de faire des choix éclairés en matière de santé.

Au secondaire, l'étude du vivant prend une plus grande place et permet d'aborder plusieurs notions directement reliées à l'ES qui précisent et complètent celles du primaire. Au premier cycle, c'est par l'étude de la perpétuation des espèces que l'élève pourra aborder les modes de reproduction, la fécondation, la grossesse, les stades du développement de l'humain de même que la contraception et les maladies transmises sexuellement. Au deuxième cycle du secondaire, les connaissances associées à l'univers du vivant traiteront entre autres de nutrition, des relations entre les systèmes nerveux et squelettique ainsi que de reproduction.

Parmi les démarches ciblées dans le *Programme de formation de l'école québécoise* pour le deuxième cycle du secondaire, celle de l'élaboration d'une argumentation sera privilégiée pour l'ES. Lors de cette démarche, l'élève est appelé à « construire une argumentation relative à différentes problématiques, à prendre conscience de son engagement personnel, et à évaluer ses croyances et ses valeurs » (MELS, 2007, ch. 6, p. 26). On souhaite qu'il fasse appel à l'interprétation des informations et les mette en relation, qu'il reconnaisse les idées préconçues et les présupposés et qu'il prenne en compte les faits apparemment contradictoires.

Les contenus et les démarches du domaine de la science et de la technologie offrent plusieurs possibilités de travailler l'ES en milieu scolaire. Au primaire, l'enseignant, titulaire de classe, s'occupera des contenus du domaine de la science et de la technologie. Au secondaire, les spécialistes en science et technologie porteront la responsabilité de ce domaine d'apprentissage.

### **L'éducation à la santé dans le programme d'éthique et de culture religieuse**

Il peut être surprenant de rechercher l'ES au sein de cette matière scolaire. Pourtant, le programme d'*Éthique et culture religieuse* offre des modalités très intéressantes pour l'ES, notamment sur le plan des compétences *Réfléchir sur des questions éthiques* et *Pratiquer le dialogue*.

La réflexion sur des questions éthiques permet d'aborder l'ES par l'analyse de situations d'un point de vue éthique, par l'examen de la diversité des repères d'ordre culturel, moral, religieux, scientifique ou social et par

l'évaluation des options ou des actions possibles. Au primaire, à partir de situations simples et familières, l'élève réfléchira entre autres sur les besoins des êtres humains, les relations interpersonnelles et l'interdépendance des êtres vivants. Au premier cycle du secondaire, la réflexion s'amorce sur des situations plus complexes liées à la liberté, l'autonomie et l'ordre social, pour approfondir, à la fin du secondaire, les questions associées à la tolérance et à l'ambivalence de l'être humain. En développant son autonomie de réflexion en lien avec les questions éthiques, l'élève étoffe sa capacité à se créer une opinion éclairée pour effectuer des choix en matière de santé.

Outre cette réflexion éthique, la compétence *Pratiquer le dialogue* accueille aussi très favorablement le développement de l'ES puisqu'elle offre à l'élève un processus de délibération intérieure puis un apprentissage de l'échange d'idées avec les autres. Ainsi, la délibération intérieure sera l'occasion de s'interroger sur sa démarche, ses perceptions, ses préférences et ses attitudes, alors que l'échange d'idées avec les autres ouvre à la rencontre de l'autre et crée un temps de partage avec les autres d'où émergeront des points de vue différents.

Une multitude de croisements sont possibles entre les compétences disciplinaires du programme *Éthique et culture religieuse* et l'ES. De plus, les thèmes à aborder en lien avec l'ES dans le but de développer ces compétences ouvrent la réflexion sur l'estime de soi, les relations personnelles et le bien-être psychologique, pour n'en nommer que quelques-uns. Cette ouverture, par le programme *Éthique et culture religieuse*, complète une vision trop souvent réduite aux aspects physiques de la santé.

## Conclusion

L'examen de l'ES dans les programmes de l'école préscolaire, primaire et secondaire du Québec démontre clairement la présence, la variété et l'éclatement des modalités d'inclusion de l'ES à l'école. Ces programmes de formation étant construits par compétences, l'ES peut y trouver son compte, du moins sur papier.

L'ES dans le domaine général de formation *Santé et bien-être* est un lieu privilégié pour son épanouissement. Dans un domaine général de formation, les projets d'ES sont infinis, peuvent regrouper l'ensemble des disciplines et offrir une toile de fond pour le développement des autres compétences. Mais, la structure du programme n'a prévu

aucun porteur de dossier pour les domaines généraux de formation. Ainsi, seules la collaboration enseignante et la collaboration hors l'école peuvent contribuer au développement de l'ES en milieu scolaire. C'est par un travail d'équipe que l'intégration des contenus d'ES aux disciplines concernées ou non par l'ES est possible.

L'ancrage de l'ES dans trois principaux domaines d'apprentissage par l'intermédiaire des disciplines de l'éducation physique et à la santé, de la science et technologie et de l'éthique et culture religieuse lui garantit une certaine stabilité. Des enseignants sont nettement désignés pour porter les dossiers et contribueront au développement de l'ES. Cependant, cette division du contenu peut mettre en péril la vision globale de l'ES et dénaturer son essence même en la réduisant à une liste de notions à apprendre ou de compétences propres aux disciplines.

Lire l'ES au travers des programmes offerts aux élèves révèle de très grandes possibilités pour le développement de l'ES en milieu scolaire. Les responsables qui ont conçu les programmes lui ont, volontairement ou non, très clairement fait une place, mais l'ES s'épanouira-t-elle pour autant? Comment les enseignants lisent-ils ces mêmes programmes? Y voient-ils autant d'occasions d'éduquer à la santé? Disposent-ils du temps nécessaire à la collaboration avec d'autres enseignants? Qu'en est-il des formateurs d'enseignants, ont-ils les moyens de prendre en compte un domaine aussi englobant et exigeant que l'ES en milieu scolaire?

## Références

- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2007). *Programme de formation de l'école québécoise, enseignement secondaire, deuxième cycle*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (1996). *Les états généraux sur l'éducation 1995-1996 – Exposé de la situation*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2006a). *Programme de formation de l'école québécoise, éducation préscolaire, enseignement primaire*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2006b). *Programme de formation de l'école québécoise, enseignement secondaire, premier cycle*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Motta, D. (1998). Éducation à la santé et disciplines scolaires. Réflexions sur les expériences anglo-saxonnes. *Recherche et formation*, 28, 79-99.

# Pour une formation des enseignants en éducation à la santé

Denis LOIZON  
IUFM de l'Université de Bourgogne



La mise en œuvre des programmes scolaires québécois qui visent un renouveau pédagogique exige une articulation très forte entre les programmes scolaires et le développement de la formation professionnelle des enseignants au Québec afin que ceux-ci pénètrent les pratiques professionnelles, d'où notre question : comment relier le développement de la formation professionnelle en éducation à la santé avec ces programmes? C'est à cette question que nous allons tenter de répondre en nous appuyant à la fois sur notre expérience de formateur d'enseignants et de chercheur dans le domaine de l'éducation physique et sur celle de l'analyse des pratiques d'enseignement.

Nous nous intéresserons dans un premier temps à ce qui pourrait être considéré comme une « pratique idéale » dans le champ de l'éducation à la santé (ES) pour mettre en évidence, dans un deuxième temps, les compétences nécessaires pour parvenir à cet idéal. Nous proposerons alors un modèle de formation professionnelle pour réussir ce pari du développement de l'ES en milieu scolaire. Enfin, dans un troisième temps, nous illustrerons notre modèle à partir d'un exemple pour montrer que celui-ci permet aussi le développement des compétences professionnelles attendues des enseignants au Québec (MEQ, 2001).

## Les pratiques professionnelles attendues

Pour tenter de répondre à notre question, nous allons d'abord envisager la formation en nous référant à une sorte d'idéal présentant les pratiques professionnelles attendues. Quel enseignant souhaitons-nous former pour qu'il participe au développement de l'ES?

Ce qui est visé avant tout dans les textes officiels du côté des élèves, c'est le développement du jeune, c'est-à-dire de ses compétences diverses (personnelles, sociales, techniques...). Ce projet éducatif global nécessite d'abord de travailler dans un contexte serein avec des enseignants capables de promouvoir la santé au travers de projets intéressants pour les jeunes, comme des « olympiades » de fin d'année où chaque élève serait amené à pratiquer au moins une activité. Nous cherchons à développer un bien-être pour tous, professeurs et élèves, afin que tout le monde travaille dans un climat favorable sur les plans affectif, relationnel et physique. Nous partons donc du principe suivant : plus l'enseignant sera serein et plus les relations avec les élèves seront positives; il s'agirait de travailler ici sur le pôle de la santé relationnelle. Deux aspects nous semblent fondamentaux pour favoriser les apprentissages et le bien-être : d'une part, la relation, et d'autre part, la maîtrise des savoirs.

Ces savoirs doivent répondre à des besoins bien ressentis par les élèves afin qu'ils aient du sens pour eux; c'est ici la question de la pertinence des savoirs qui est posée. Mais ces savoirs doivent avoir aussi une cohérence afin que les élèves puissent les relier dans une visée éducative (ex. : *la prévention des conduites à risque*). Cette cohérence, d'abord disciplinaire, s'établit au travers de savoirs finalisés par le bien-être de tous, mais elle doit aussi être interdisciplinaire pour que l'effet en soit accru auprès des élèves.

Nous attendons donc de l'enseignant qu'il soit capable de concevoir et de mener à bien des projets interdisciplinaires pertinents et cohérents en éducation à la santé, car avec Morin (1999), nous pensons que l'éducation doit permettre à l'élève de relier les savoirs pour comprendre le *global*. Le travail scolaire sur la base de projets interdisciplinaires en éducation à la santé viserait donc cette *reliance* des savoirs scolaires mobilisés pour promouvoir la santé.

## **Quelles sont les compétences à développer dans ce champ disciplinaire de l'éducation? Vers un modèle de formation en éducation à la santé**

Pour répondre à cette question et atteindre cette forme d'idéal esquissée plus haut, il nous semble tout d'abord nécessaire que les enseignants soient formés à la conception de projets en éducation à la santé, ce qui suppose d'apprendre en amont à travailler en équipe. C'est sur la base de cette construction que les savoirs relatifs à l'éducation à la santé vont trouver leur sens. À la différence des modèles traditionnels de la formation des enseignants où l'intégration des savoirs précède l'élaboration de projets didactiques, notre modèle de formation en ES entend mener de front la conception de projets et l'acquisition de savoirs propres à l'ES.

La conception de projets va donc constituer le noyau central de notre modèle de formation dans la mesure où tout projet visant le développement de la santé doit pouvoir s'intégrer dans les autres projets de l'établissement. En s'appuyant sur le principe de *faisabilité*, il serait possible de demander aux enseignants de concevoir un projet qui ne concernerait qu'une seule classe de l'établissement en mettant en relation au minimum trois enseignants, et un seul objet de savoir relatif à l'ES, par exemple le développement d'une seule compétence psychosociale (*Être à l'écoute des autres*). Au lieu d'acquérir les savoirs sans les mettre en relation avec leur utilité sociale, ici, la formation ferait le pari de l'approfondissement d'un savoir et du travail sur son acquisition par les élèves au travers d'un projet. De même, avant de pouvoir travailler avec les différents partenaires du système éducatif, il nous semble raisonnable de demander d'abord aux jeunes enseignants de travailler entre eux, de construire d'abord des compétences sociales pour arriver à la conception et à la mise en œuvre de ces projets. Le développement de ce travail d'équipe sur des projets en ES va constituer l'arrière-plan de notre modèle de formation (voir schéma). Dans notre modèle, il s'agit de faire vivre le développement de ces compétences en formation pour que les futurs enseignants puissent les promouvoir par la suite.

Enfin, pour aller jusqu'au bout de cette logique, l'équipe des enseignants doit pouvoir évaluer les effets de ce projet en ES sur les élèves. Cette dernière compétence est peut-être la plus difficile à construire dans la mesure où on ne peut pas toujours « démêler » ce qui relève de l'effet du projet et ce qui s'est développé dans une histoire de vie. C'est le cas, par exemple, du développement de l'esprit critique ou du développement des compétences personnelles, comme le proposent Simar et Jourdan (2008).

Autre compétence fondamentale à développer : *Savoir analyser sa pratique professionnelle*. Le développement de cette compétence constitue le premier axe de notre modèle de formation. Analyser sa pratique, c'est porter un regard distancié sur son action, c'est décrire et expliquer son activité, mais aussi celle des élèves, et faire des propositions de réajustement pour être plus efficace. C'est aussi être capable d'expliquer les écarts entre le projet annoncé et la pratique réelle. C'est enfin « *dire sa pratique* », la confronter à d'autres, d'où la nécessité d'apprendre à travailler en équipe, car cette analyse ne se fait pas facilement lorsque l'enseignant est seul. Dans le référentiel de compétences des enseignants au Québec, cette dernière compétence est incluse de manière explicite dans la compétence *S'engager dans une démarche individuelle et collective de développement professionnel* (MEQ, 2001, p. 125). Si l'on souhaite réellement que les pratiques évoluent, alors il faut travailler en formation sur l'attitude de l'enseignant vis-à-vis de l'élève pour permettre au sujet élève d'exister dans la relation professeur-élève. Il s'agit de reconnaître l'Autre avec ses différences et ses droits... Éduquer à la santé passerait, selon nous, par cette reconnaissance qui développe estime de soi et sentiment de compétence. *Être ou ne pas être*, tel est l'enjeu de l'éducation à la santé du côté de l'élève. Ceci signifie que, du côté de l'enseignant, il faut développer des compétences psychosociales, c'est-à-dire pour nous, formateurs, concevoir et mettre en œuvre une formation à l'enseignement qui applique déjà les grands principes de l'éducation à la santé qu'elle souhaite ensuite voir développer chez les élèves. Ces compétences relationnelles méritent donc d'être développées à côté des savoirs qui sont effectivement à enseigner en ES. Ceci constitue le deuxième axe de notre modèle de formation.

Le troisième axe relève des savoirs à transmettre pour que l'élève acquière une véritable connaissance de lui, de son corps, de sa santé, des comportements et de leurs effets. Nous ne détaillerons pas ces différents savoirs qui font l'objet d'une littérature importante dans certains pays, par contre, il semble intéressant de mettre au jour une question didactique fondamentale : comment ces savoirs sont-ils enseignés? Dans bien des formations en éducation à la santé, il s'agit de faire passer des informations de manière descendante sous forme de cours magistraux qui ne sont pas forcément en relation avec les questions que se posent les étudiants. Ces cours ne répondent pas à un réel besoin professionnel; c'est toute la question de la pertinence des formations qui est alors posée. Il nous appartient de revoir et d'organiser les enseignements autrement en prenant appui sur des problèmes ou demandes professionnels réels. L'étude menée en France auprès de formateurs en IUFM (Loizon, 2008) montre que dans le cadre de la formation à l'enseignement de l'éducation physique et à la santé (EPS), ces différents objets de savoir relèvent uniquement d'une dimension physiologique et sécuritaire, comme le soulignent également Turcotte, Otis et Gaudreau (2007) au Canada, et qu'ils sont transmis sous forme de remarques, de conseils liés aux aléas de la gestion des groupes d'étudiants. La recherche menée sur la base d'entretiens auprès de ces formateurs nous apprend que ces objets de savoir sont sélectionnés bien souvent à partir de l'histoire personnelle ou professionnelle des formateurs.

Notre dernier axe va se centrer sur un point particulier qui nous semble être un des leviers possibles d'évolution des pratiques professionnelles : le travail sur les conceptions de l'enseignement. Notre expérience nous montre que lorsque les enseignants débutants sont invités à parler de leurs conceptions, en petits groupes ou en formation individuelle, en répondant à certaines questions (p. ex. : *Quel adulte je veux contribuer à former?*), ils vont dans le sens des discours officiels qui souhaitent former un élève responsable, autonome et critique. Lorsqu'ils décrivent ensuite leurs pratiques, ils s'aperçoivent vite qu'il existe un écart, parfois un fossé, entre leurs conceptions et leurs pratiques réelles. C'est alors que se construit pour chacun un projet de transformation qui vise à trouver les moyens de réduire cet écart. Le même cheminement pourrait se réaliser dans le cadre de l'ES en

questionnant les enseignants sur leurs conceptions de la santé, de l'éducation à la santé, et sur les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à développer les trois pôles du modèle de Simar et Jourdan (2008). Autrement dit, c'est accepter que pour un sujet, l'ES consiste à privilégier la pratique des activités physiques et pour un autre, à développer davantage les compétences relationnelles ou la gestion du stress. De même, il serait possible de repérer dans les discours sur les conceptions de l'enseignement, des points d'entrée en matière d'ES, comme le bien-être mental ou social, afin de glisser du discours à ce qui est réellement fait au quotidien.

Pour conclure cette partie, nous proposons donc un modèle de formation professionnelle (figure 1) organisé autour d'un noyau central (la conception d'un projet en ES) avec quatre axes de connaissances et de compétences à développer : les savoirs en ES, les compétences relationnelles, l'analyse de sa pratique et un travail sur les conceptions de l'ES, l'ensemble intégrant en arrière-plan le travail en équipe. Le tout est finalisé par la recherche du bien-être de tous les élèves; c'est cette finalité qui devrait en assurer la cohérence interne sur le plan disciplinaire tout comme sur le plan interdisciplinaire.

## Une illustration de notre modèle de formation professionnelle

Si l'on souhaite que l'éducation à la santé se développe dans le milieu scolaire, la première compétence à développer serait, d'après notre modèle, la conception de projet et sa mise en œuvre, ce qui relève bien des composantes des compétences 1, 3 et 4 du référentiel de compétences professionnelles québécois. Pour illustrer notre modèle, nous prendrons un exemple à propos de l'hygiène.

Nous pouvons très bien concevoir que quelques étudiants travaillent à la rédaction d'un projet en ES sur l'hygiène auprès d'élèves. Leur travail consisterait alors à bien déterminer les contenus relatifs à l'hygiène (*hygiène corporelle, hygiène de vie, comportements à risques*) et à les intégrer dans une progression au sein de situations éducatives d'abord dans une seule discipline (p. ex. l'EPS). Ensuite, il leur faudrait vérifier que ce projet pourrait s'inscrire plus largement dans un établissement où le développement de l'autonomie des élèves serait recherché, autour de l'intégration de certaines normes sociales. Ce projet prendrait ainsi tout son sens dans une réflexion à propos de la douche obligatoire ou pas en EPS. La pratique des élèves sur cette notion d'hygiène corporelle pourrait être évaluée à partir d'un questionnaire de satisfaction rempli par les étudiants.

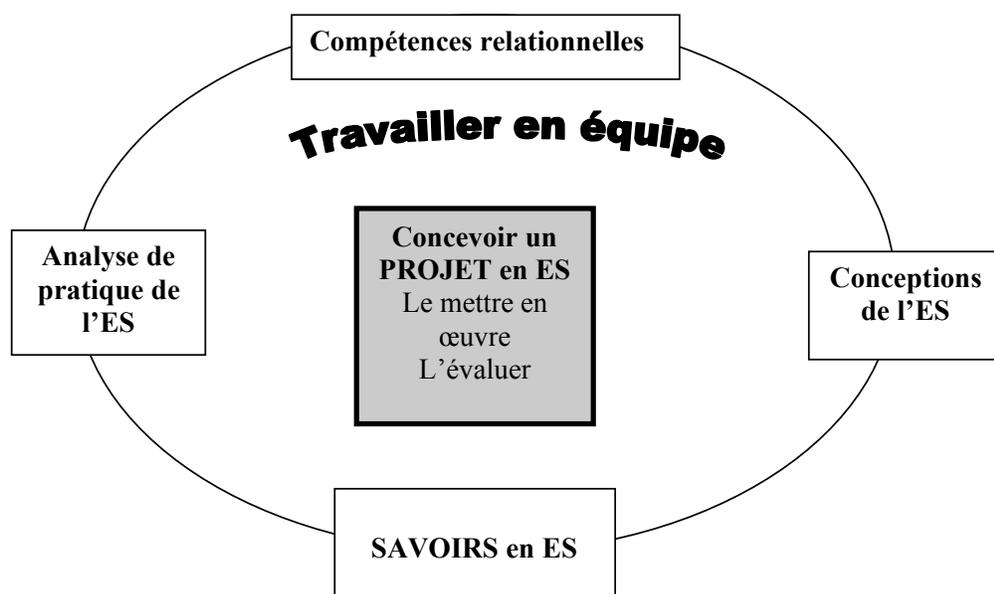


Figure 1. Modèle de formation professionnelle en éducation à la santé

À travers cet exemple s'articulent tous les pôles de notre modèle. Au centre, le projet sur l'hygiène avec sa conception, qui demande d'abord de travailler en équipe, puis un travail avec un formateur sur les savoirs relatifs à l'hygiène, aux bienfaits de cette hygiène et aux risques d'une hygiène de vie déplorable. Parallèlement à cette intégration des savoirs, il pourrait y avoir une réflexion menée avec l'aide d'un formateur sur les conceptions que chaque étudiant a de l'hygiène de vie en comparant la sienne à ce qui est attendu des élèves, en essayant également d'établir ce qui les a poussés à choisir ce thème. La mise à jour des conceptions que chacun s'est construites sur la nécessité ou pas de prendre une douche en EPS ou simplement après un effort physique est une illustration de ce type de réflexion. De même, la révélation des dilemmes à gérer dans l'enseignement de l'EPS face à cette question pourrait relever de l'analyse des pratiques professionnelles : obliger à prendre la douche et perdre du temps d'engagement moteur chez les élèves ou davantage d'engagement et pas de douche? La réflexion pourrait se poursuivre du côté de l'enseignant, sur les moments utiles ou les occasions à saisir pour parler d'hygiène dans ses cours d'EPS.

Cet exemple nous permet de comprendre comment il est possible d'articuler nos différents pôles à partir de la conception d'un projet en ES. Mais, comme pour tout projet, le modèle présenté plus haut suppose un accompagnement des jeunes enseignants dans la durée pour répondre à leurs questions, qu'elles soient didactiques, techniques ou conceptuelles. Ceci relève de la nécessité si l'on veut permettre le développement des compétences fondamentales qui serviront de base au développement d'autres compétences professionnelles (MEQ, 2001).

## Conclusion

Dans le *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes* (MELS, 2005), on peut lire la finalité éducative la plus innovante à nos yeux : « renouveler nos pratiques ensemble pour que les jeunes s'épanouissent et réussissent ». Nous ne pouvons que souscrire à ce projet ambitieux, magnifique... C'est le propre d'un projet : tendre vers cet idéal auquel chacun aspire, élève, professeur ou parent. Notre modèle de formation des enseignants dans le domaine de l'éducation à la santé tente de répondre à cette aspiration louable et précieuse pour l'avenir de nos enfants en partant du principe suivant : *faisons vivre à nos étudiants en formation ce que nous souhaitons qu'ils fassent vivre à leurs élèves!*

## Références

- Loizon, D. (2008, mars). *Éducation à la santé : ce qui s'enseigne en EPS dans la formation initiale des professeurs des écoles en IUFM. Le cas de l'IUFM de Bourgogne*. Communication orale présentée au 2<sup>e</sup> colloque national des IUFM – Un nouveau cadre pour l'éducation à la santé et la prévention des conduites addictives. Quels enjeux, quels dispositifs? Paris, France.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2001). *La formation à l'enseignement. Les orientations. Les compétences professionnelles*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Morin, E. (1999). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Simar, C. et Jourdan, D. (2008). La contribution spécifique de l'éducation physique à la lumière de travaux de recherche récents. *Revue Eps*, 329, 10-12.
- Turcotte, S., Otis, J. et Gaudreau, L. (2007). Les objets d'enseignement-apprentissage : éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. *Revue STAPS*, 75, 115-129.

## Du travail en classe à la vie collective dans l'établissement : éduquer à la santé aujourd'hui

Didier JOURDAN  
IUFM d'Auvergne



Qu'est-ce qu'éduquer à la santé aujourd'hui dans les établissements scolaires, les classes? Il existe différentes façons de répondre à cette question. Celle que nous avons choisie ici consiste d'abord à donner la parole aux acteurs de l'école avant de rendre compte des nombreux travaux scientifiques conduits dans ce domaine. Plusieurs équipes ont organisé des entretiens, des temps de rencontre avec des enseignants, des directions d'école, des conseillers, des personnels de santé scolaire, d'entretien et de service alimentaire dans le but de connaître la façon dont ils contribuaient à l'éducation à la santé.

### Éduquer au quotidien

En 2006 et 2007, 200 personnes travaillant dans 5 écoles françaises (écoles moyennes appelées « collèges » accueillant des élèves de 11 à 15 ans) ont été invitées à s'exprimer à la fois sur leur vision de l'éducation à la santé et sur leurs pratiques (Leyrit, Simar, Friaud, Jourdan et Jourdan, 2007). Il ressort de ce travail que pour eux, il existe trois façons de contribuer à l'éducation à la santé des élèves. Les professionnels décrivent d'abord majoritairement leur action comme celle d'un éducateur au travers des activités quotidiennes en classe ou hors classe. Pour beaucoup, c'est une attitude générale d'attention aux questions de santé, de sécurité, de respect et de bien-être des élèves : « *C'est notre devoir de montrer un adulte responsable* » (professeur de français). « *Dans le cadre des cours de physique-chimie, on fait particulièrement attention à ce qui est en relation avec la matière : les dangers qui peuvent être liés à l'électricité par exemple, tout ce qui peut être lié à certains produits chimiques dangereux, [...] c'est l'éducation aux risques* » (professeur de physique chimie). « *C'est pour ça que j'interviens beaucoup sur l'idée qu'ils ont d'eux-mêmes. Tant qu'on ne sait pas soi-même se respecter, c'est difficile le jeu avec les autres* » (professeur, éducation spécialisée).

Au-delà de cette attitude générale, certains des enseignants vont avoir une contribution plus spécifique, et cela de façon différente selon leur discipline : « *Dans le programme d'éducation civique en 5<sup>e</sup>, il y a la lutte contre les substances nocives* » (professeur d'histoire-géographie). « *J'essaie de faire en fonction du thème de la classe. En 6<sup>e</sup>, j'ai traité le tabac, on parle de l'alcool* » (professeur de biologie). « *Au sein du cours, ça peut être tout bête, c'est des rapprochements. Je m'enquiers de ce qu'ils font dans d'autres disciplines et je viens poser ma petite pierre, ma petite touche personnelle là-dessus* » (professeur d'arts plastiques).

Lorsque les enseignants pensent que leur discipline ne s'y prête pas, ils estiment que leur contribution est modeste : « *Je ne participe pas à des actions en particulier, j'ai un rôle minime en éducation à la santé dû à mon statut de prof de mathématiques. Je me sens un peu concerné en tant que prof principal* » (professeur de mathématiques).

## Écouter, soutenir, accompagner

Lorsqu'ils sont invités à décrire la façon dont ils contribuent à l'éducation à la santé, certains professionnels se placent également sur le terrain de l'accompagnement individuel des élèves. Ceci est bien évidemment valable pour les conseillers ou les personnels sociaux ou de santé, mais c'est aussi le cas pour des enseignants et des agents de service : « *Alors, quand je suis confrontée avec un gamin qui n'est pas bien, je veux dire, je ne vais pas... à ce niveau-là... parce qu'il n'y a pas de... je veux dire, de consommation très régulière... peut-être plus m'attacher sur le fait qu'il n'est pas bien, à qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour aider leur enfant à sortir de cette difficulté-là?* » (assistant social). « *Déjà quand on est professeur principal, on est obligé de faire ce rôle-là d'éducateur psychologue parce qu'on a la classe en charge. Si un gamin a des problèmes, c'est à nous de les gérer* » (professeur de français). « *On écoute un petit peu les jeunes qui parlent entre eux et puis [...], je pense qu'il y a une certaine confiance qui s'est établie entre eux et nous... et donc, on rentre dans leur conversation, et surtout lorsque ce sont des sujets comme ça...* » (professeur d'éducation physique).

## Prendre place dans des projets collectifs à l'échelle de l'établissement

Une minorité met en avant sa contribution à des projets collectifs sur des thématiques de santé. « *Moi j'ai suivi une formation CRIPS [Centre régional d'information et de prévention du sida, association partenaire de l'éducation nationale en France] qui nous permet d'intervenir en éducation à la santé, à la sexualité auprès des élèves* » (professeur de biologie). Dans ce cas, la dimension collective et la durée sont fortement valorisées. « *Comme j'ai dit, en collaboration avec une équipe, pas seul, en collaboration avec l'infirmière, avec l'équipe éducative, les autres professeurs. Moi m'impliquer il n'y a pas de souci (...), mais je pense qu'il doit y avoir communication entre les professeurs, qu'on monte un projet collectif* » (professeur d'histoire-géographie). « *Je crois que la lutte contre l'alcoolisme elle doit être faite de concert par tous les adultes* » (professeur de français). Du côté des directions d'école, c'est le rôle d'accompagnement des projets qui est mis en avant. « *Je dirais que j'ai plutôt un rôle d'accompagnement. Moi, c'est plutôt mobiliser les équipes derrière les projets, les accompagner, faire des bilans intermédiaires et aussi assister à ce qui se fait si on veut que les projets perdurent* » (directeur).

Ces quelques éléments soulignent la diversité des pratiques en éducation à la santé. Loin du stéréotype qui confine souvent l'éducation à la santé à la transmission d'informations biomédicales, les professionnels ont souvent une perception large de leur action. Dans toutes les études, ils sont en fait très peu nombreux à estimer qu'ils n'ont pas à contribuer, d'une façon ou d'une autre, à l'éducation à la santé.

## Des pratiques de classe variées

Pour ce qui concerne plus spécifiquement le volet pédagogique, d'autres travaux ont été conduits. On a, par exemple, invité les enseignants de 36 écoles primaires en France à donner les traces écrites de l'activité de la classe en éducation à la santé. Les documents ( $n = 743$ ) ont été analysés et montrent une hétérogénéité importante des pratiques sur le plan tant des contenus enseignés que des approches pédagogiques et didactiques, mais aussi une difficulté à définir l'éducation à la santé comme objet d'enseignement. Les traces sont le plus souvent enracinées dans une discipline scolaire,

mais sont conçues en lien avec d'autres disciplines. Les questions de santé sont très largement abordées pour travailler à la prise de conscience de soi, la socialisation et le développement des compétences transversales. Le nombre de traces relatives aux matières scolaires donne une idée de la façon dont les enseignants en perçoivent la contribution. Les disciplines concernées sont la biologie ( $n = 68$ ), le français ( $n = 60$ ), l'éducation civique ( $n = 46$ ), l'environnement ( $n = 35$ ), les arts plastiques ( $n = 18$ ) et l'éducation physique ( $n = 5$ ). La dimension biologique est donc très présente, mais le langage (dans sa dimension liée au développement personnel) et la citoyenneté sont considérés comme des disciplines clés. L'éducation physique est, par contre, peu mobilisée.

Les travaux de Turcotte, Otis et Gaudreau (2007) au Québec, basés sur l'observation et des entretiens avec les enseignants d'éducation physique, ont montré qu'il existait deux grandes façons de mettre en œuvre la nouvelle compétence *Adopter un mode de vie sain et actif*. Il s'agit d'une part d'une éducation à la santé axée sur les savoir-faire et de l'autre, d'une éducation à la santé qui privilégie les savoirs théoriques. La première s'appuie sur des activités classiquement prises en compte par les enseignants (gestion du risque, par exemple), la seconde est moins habituelle puisque l'enseignant prévoit, dans le cours, des temps pour donner une information sur une question de santé spécifique. Ces deux orientations constituent ainsi deux tendances qui traduisent des façons différentes d'inclure l'éducation à la santé en éducation physique.

Une vaste étude a été conduite au Sénégal entre 2004 et 2006 sur la base d'entretiens et de questionnaires destinés à des enseignants d'éducation familiale et sociale ainsi que de sciences de la vie et de la Terre (Diagne, 2008). Ce travail était centré sur les pratiques en éducation à la sexualité. Les résultats montrent que si, pour les enseignants, il s'agit d'abord de transmettre des savoirs à caractère scientifique (ceci s'explique par l'appartenance disciplinaire des enseignants concernés), les autres dimensions de l'éducation à la sexualité sont très présentes (volets affectif, émotionnel, social, juridique...). L'importance du partenariat avec les associations est également soulignée.

Pris ensemble, ces éléments montrent que plusieurs dimensions de l'éducation à la santé sont simultanément présentes dans les pratiques et les représentations : acquisition de connaissances, développement personnel, dimension citoyenne... Il est bien évident que, selon le niveau d'enseignement (école primaire ou secondaire), la discipline enseignée, la personnalité et les centres d'intérêt des enseignants, l'accent sera mis sur l'un ou l'autre des aspects.

Cette première approche de la question des pratiques en éducation à la santé illustre leur riche diversité. D'autres travaux peuvent contribuer à enrichir la réflexion des praticiens. Ce sont les apports de la recherche sur l'efficacité des actions en éducation à la santé.

### **Des travaux sur « l'efficacité » du travail en éducation à la santé**

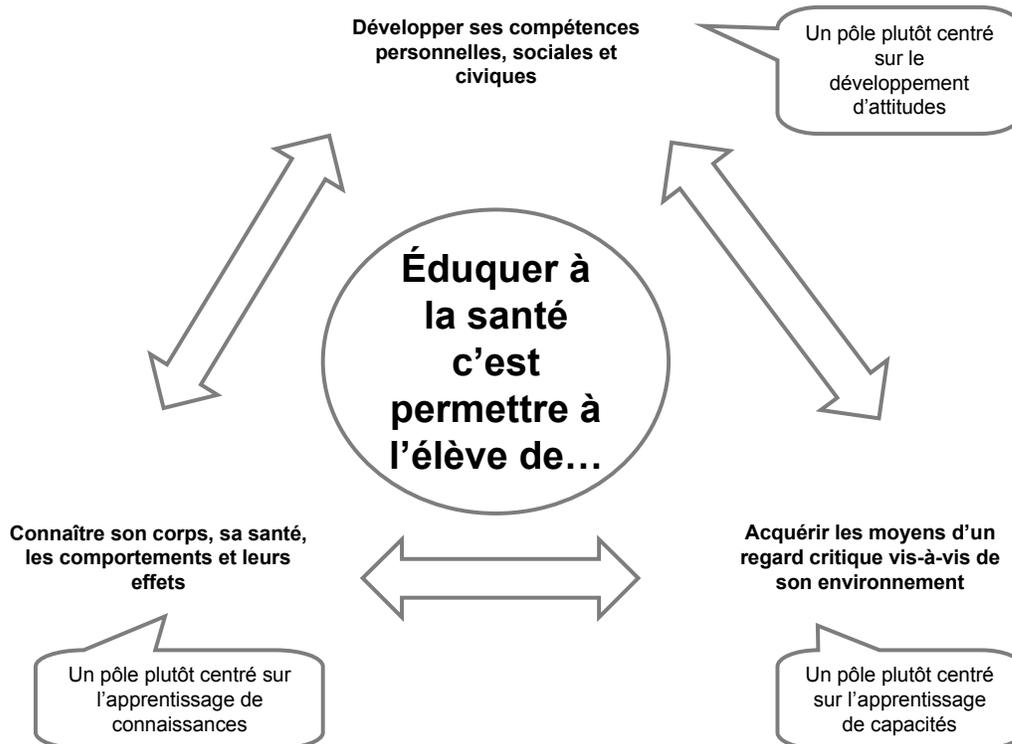
Il importe de rappeler au préalable que toutes les recherches conduites dans ce domaine se heurtent à la difficulté de l'évaluation de l'impact de l'éducation. Tous les résultats peuvent être discutés puisque des critères d'évaluation ont dû être choisis par les auteurs. Pour autant, on observe une réelle convergence de très nombreux travaux sur plusieurs points. Les études conduites dans le but de mettre en évidence les éléments clés susceptibles de permettre la réussite de cette démarche éducative dans ce domaine particulier montrent que les interventions multifactorielles et globales sont les plus pertinentes. La synthèse de l'Organisation mondiale de la Santé (Stewart-Brown, 2006) souligne que pour être efficace, une action doit inclure des activités dans plus d'un domaine relatif à la santé et tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève dans l'établissement. À l'échelon des écoles, l'environnement scolaire, les relations, la qualité de vie et le climat d'établissement sont aussi reconnus comme des déterminants majeurs. Les autres travaux de recherche vont dans le même sens et soulignent que les éléments clés sont la durée de l'action, le travail collectif des enseignants, le soutien institutionnel, la formation et l'accompagnement des acteurs ainsi que la mise en œuvre d'une approche globale centrée sur le développement des compétences sociales. Il n'est pas surprenant de retrouver ici, pour un domaine particulier, l'essentiel de ce qui a été reconnu comme facilitant la réussite éducative en général et la réduction des inégalités en particulier (Fullan, 2001).

## Éduquer à la santé aujourd'hui

Il est maintenant possible d'apporter quelques éléments de réponse à la question initiale. Éduquer à la santé, c'est contribuer à développer chez les élèves la capacité à faire des choix éclairés et responsables en matière de santé. Conduire les élèves à accéder à cette capacité à choisir en matière de comportements de santé suppose de prendre en compte les différents aspects impliqués dans le développement des conduites à risque : les facteurs liés aux comportements eux-mêmes, ceux qui sont liés à la personne et ceux qui sont liés à l'environnement. Il est donc possible d'organiser les finalités de l'éducation à la santé autour de ces trois pôles (figure 1) :

- Permettre l'acquisition de savoirs et de savoir-faire relatifs au corps et à la santé, aborder et permettre l'expression des élèves sur des problèmes de société qui font appel à la fois à des valeurs, à des lois et à des savoirs scientifiques;
- Contribuer à l'apprentissage des savoir-être (compétences psychosociales);
- Développer chez les élèves le sens critique (stéréotypes, médias, pairs...).

L'éducation à la santé n'est ainsi pas l'affaire de spécialistes. Elle relève de l'action quotidienne des adultes chargés de l'éducation des enfants. Cela ne signifie nullement que tous les intervenants aient à se situer de la même façon, mais bien que chacun a sa place spécifique. Les acteurs issus du champ sanitaire et social (assistants sociaux, infirmiers, médecins) ont un rôle d'expert, de conseiller au service de projets pour lequel les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants. Les équipes d'encadrement et de vie scolaire jouent un rôle déterminant dans l'analyse des besoins, l'élaboration et le suivi des projets. Concrètement, pratiquer l'éducation à la santé, c'est réunir deux aspects : d'une part, le volet pédagogique, c'est-à-dire le travail d'éducation à la santé conduit dans les cours et, d'autre part, un volet plus large prenant en compte tous les aspects de la vie dans l'établissement (St Leger, 2009). Ce second domaine n'est pas moins important que le premier; il concerne tout ce qui contribue, à l'échelle de l'établissement, à la création d'un environnement physique, social et d'apprentissage favorable. C'est ce que font déjà de nombreux établissements dans le but notamment de promouvoir la réussite des élèves ou de lutter contre la violence.



**Figure 1.** Éduquer à la santé aujourd'hui : contribuer au développement des compétences des élèves dans trois principaux domaines

## Références

- Diagne, F. (2008). *Les enseignants, l'éducation à la sexualité et la prévention du SIDA au Sénégal : étude des déterminants de l'activité des professeurs d'économie familiale et sociale et des professeurs de sciences de la vie et de la Terre*. Thèse de doctorat non publiée, Université Pascal, Clermont-Ferrant, France.
- Fullan, M. (dir.). (2001). *Leading in a culture of change*. San Francisco, CA : Jossey Bass.
- Leyrit, E., Simar, C., Friaud, L., Jourdan, M. H. et Jourdan, D. (2007, août). *Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative*. Congrès international AREF 2007, Actualité de la recherche en éducation et en formation, Strasbourg, France. Récupéré le 10 juillet 2009 de [http://www.congresintaref.org/actes\\_site.php#1](http://www.congresintaref.org/actes_site.php#1)
- St Leger, L. (2009). *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*. Paris, France : IUHPE. Récupéré le 10 juillet 2009 de [http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books\\_Reports/HPS\\_GuidelinesII\\_2009\\_French.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_French.pdf)
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach?* Copenhagen, Danemark : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Récupéré le 10 juillet 2009 de <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Turcotte, S., Otis, J. et 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.

## Les visages multiples de l'éducation à la santé en milieu scolaire

Marie-Claude RIVARD  
Université du Québec à Trois-Rivières

Charlotte BEAUDOIN  
Université d'Ottawa



Au Canada, depuis la réforme scolaire de la fin des années 90, tous les programmes d'enseignement de chaque province se préoccupent de la santé. L'école devant régulièrement composer avec de nouveaux enjeux sociaux, plusieurs disciplines scolaires sont appelées à faire leur part en intégrant et en mettant en place des dispositifs qui favorisent une meilleure éducation à la santé auprès des enfants. Toutefois, les défis de l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école sont nombreux! En ce sens, les avis ministériels et les travaux de plusieurs chercheurs proposent que cette responsabilité de l'éducation à la santé soit également partagée avec la famille et les membres de la communauté environnante. La problématique de la santé déborde donc les frontières curriculaires et, de ce fait, de nombreuses initiatives ont été développées pour promouvoir la santé et le bien-être auprès des jeunes et les voies d'accès pour les éduquer à la santé se sont multipliées. Des organismes nationaux (p. ex. PHE Canada) et provinciaux ont redoublé d'efforts depuis l'avènement de la Charte d'Ottawa en 1986, et aujourd'hui près d'une douzaine d'associations provinciales ont élaboré diverses initiatives dans leur province respective. Le présent chapitre traite justement de la diversité de ces initiatives, tout particulièrement au Québec.

### Orientation et plan d'action gouvernemental

Le gouvernement du Québec s'est doté en 2006 d'un Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, intitulé *Investir pour l'avenir*. Ce plan d'action, développé conjointement avec sept ministères et trois organisations gouvernementales, cible entre autres la famille et les établissements scolaires. Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) adhère à cette vaste alliance grâce notamment à une politique-cadre destinée aux milieux scolaires. La

politique-cadre (MELS, 2007) invite les établissements scolaires à promouvoir particulièrement un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation auprès de leurs élèves. À cet égard, le MELS maintient depuis quelques années le programme de subvention *Écoles en forme et en santé* à l'intention des établissements scolaires publics qui soumettent des projets liés à la pratique régulière d'activités physiques et à une saine alimentation pour des jeunes du primaire (3<sup>e</sup> cycle) ou du secondaire (1<sup>er</sup> cycle).

### Diverses initiatives d'organismes gouvernementaux

En périphérie du système scolaire québécois, plusieurs paliers d'intervention ont pris des initiatives en ce qui concerne la santé chez les jeunes et accordent également une importance accrue à la pratique régulière d'activités physiques et à une saine alimentation. À titre d'exemple, Kino-Québec, un organisme gouvernemental bien connu depuis 1978, a pour mission de promouvoir un mode de vie physiquement actif visant à contribuer au mieux-être de la population québécoise. Le programme Kino-Québec cible notamment les milieux scolaires comme environnement favorable à la pratique régulière d'activités physiques dans et autour de l'école. Depuis sa campagne *Viens jouer dehors* en 1978, d'autres campagnes médiatisées ont défilé, par exemple *Rendez-vous d'automne*, *Plaisirs d'hiver*, *Voilà l'été*. Outre ces diverses campagnes, Kino-Québec lance régulièrement des concours et des bourses afin de stimuler et de supporter les établissements scolaires. Par exemple, les concours *École active 2009 - Ma cour m'active! Mon assiette m'inspire!*, au niveau primaire, et *École active 2009 - OPÉRATION ados!* au secondaire, ont tout récemment été lancés. Ces initiatives, déployées selon les saisons, les contextes scolaires ou les problématiques soulevées par les médias, sont généralement élaborées en partenariat avec le MELS, les municipalités et les organismes communautaires du Québec.

D'autres initiatives sont chapeautées par la Fédération québécoise du sport étudiant, qui a vu le jour en 1988 et qui est représentée dans l'ensemble de la province par les associations régionales du sport étudiant. La mission de la Fédération est d'assurer, de façon concertée, le développement et la promotion du sport et de l'activité

physique à tous les ordres d'enseignement. Par l'entremise du programme ISO-ACTIF mis sur pied en 2004, la Fédération encourage la promotion et les interventions pour de saines habitudes de vie chez les jeunes en valorisant les milieux scolaires à s'engager dans les trois volets suivants : la pratique d'activités physiques, la saine alimentation et la prévention du tabagisme. Le volet activité physique comporte notamment les activités *Gym en forme* au primaire et *Élèves en forme* au secondaire, sans oublier le *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant*, souligné en mai de chaque année, au cours duquel le plaisir et les bienfaits associés à l'activité physique sont célébrés à travers les établissements scolaires québécois. Le volet alimentation comprend en l'occurrence le populaire *Défi Moi j'croque* présenté sous forme d'un concours régional qui incite plus de 220 000 élèves québécois du primaire à manger cinq portions de fruits ou de légumes par jour pendant cinq jours consécutifs. Enfin, le volet prévention du tabagisme comporte entre autres le programme *La gang allumée pour une vie sans fumée* qui tente de sensibiliser les jeunes de 12 à 18 ans face à la problématique du tabagisme. Au cours de la dernière année scolaire 2007-2008 pour laquelle les résultats sont connus, plus de 800 écoles ont été certifiées ISO-ACTIVES à travers le Québec.

Québec en forme est un organisme à but non lucratif issu d'un partenariat entre la fondation Lucie et André Chagnon et le gouvernement du Québec. Créé en 2002, cet organisme a pour mission de favoriser, par le soutien de projets de mobilisation au sein des communautés locales, l'adoption et le maintien d'un mode de vie actif et d'une saine alimentation chez les 4 à 12 ans. En plus de prôner de saines habitudes de vie, le programme met à contribution la persévérance scolaire et la lutte contre le décrochage scolaire. Initialement implanté dans les milieux défavorisés où les taux de décrochage sont les plus inquiétants, Québec en forme est aujourd'hui implanté dans plusieurs milieux scolaires sans égard à l'indice de défavorisation socioéconomique.

## L'approche École en santé : vision nouvelle pour une école en transformation

Ces quelques initiatives ministérielles ou gouvernementales, présentées ici en abrégé, méritent notre attention puisqu'en s'introduisant de la sorte dans le milieu scolaire, elles se rapprochent des jeunes et cherchent à résoudre les grands problèmes de santé que sont la sédentarité et la malbouffe, évoqués autant par la communauté scientifique que par les praticiens du domaine. Toutefois, de nombreux travaux de recherche révèlent que ces initiatives sont limitées en termes d'impacts pour les élèves, car elles ne sont généralement pas mises en place en tenant compte du développement global du jeune. Ces initiatives font aussi face à de multiples obstacles tels que le morcellement des interventions éducatives destinées aux jeunes, l'essoufflement des acteurs engagés en promotion et en prévention et le manque de cohérence dans l'ensemble des actions éducatives en santé (Rowan, Vanier et Léry, 2003). De manière à contrer ces obstacles et à optimiser les impacts chez les jeunes, d'autres initiatives, en complémentarité avec celles abordées précédemment, sont mises de l'avant dans les réseaux scolaires.

L'*approche école en santé* figure certainement comme chef de file dans plusieurs provinces canadiennes. Il importe de préciser que l'*approche école en santé* émane de différentes initiatives de type « École en santé » largement répandues depuis une vingtaine d'années partout dans le monde. En effet, depuis les années 80, le concept « École en santé » apparaît dans la littérature sous différents intitulés, par exemple « Comprehensive School Health Programs » ou « Health Promoting Schools ». Au Canada, deux provinces se sont distinguées au début des années 90 et 2000, en implantant une approche d'école en santé : la Nouvelle-Écosse, avec le projet *Annapolis Valley Health Promoting Schools Project*, et la Colombie-Britannique, avec le projet *Active Schools! BC*. Les travaux de recherche réalisés dans le cadre de ces projets concluent aussi à un certain nombre d'obstacles liés principalement à leur implantation, par exemple le rôle des enseignants jugé à la fois essentiel et largement mis au défi dans l'aménagement et l'animation des activités éducatives en santé, les perceptions divergentes des élèves, parents et personnels de l'école en ce qui touche la santé à l'école

et le partenariat avec la communauté obligeant un partage des responsabilités jugé complexe en présence de plusieurs intervenants.

L'*approche École en santé* (AES) au Québec découle d'une entente de complémentarité signée en 2003 entre les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation afin de réunir, pour une première fois, des objectifs communs visant à favoriser le développement optimal des jeunes. Fondée sur une vision commune, l'approche comprend deux visées. La première est dite « globale », car elle cible six facteurs clés associés au développement du jeune (estime de soi, compétence sociale, comportements sains et sécuritaires, saines habitudes de vie, environnements scolaire, familial et communautaire). La seconde est dite « concertée », car elle interpelle trois groupes d'acteurs gravitant autour de la formation des élèves (intervenants scolaires, membres de la famille et de la communauté) dans le but de favoriser leur santé, leur bien-être et leur réussite (MELS, 2005). De plus, l'AES au Québec semble être une approche prometteuse en termes d'impacts et de pérennité puisqu'elle découle d'une double volonté politique tout en s'inscrivant dans la continuité des initiatives scolaires menées à ce jour en matière de santé. L'AES se veut près des réalités qui caractérisent les différentes écoles en prenant ancrage dans le *Programme de formation de l'école québécoise* et de façon plus spécifique dans les plans de réussite qui guident les moyens d'action de chacun des milieux scolaires québécois. Cela dit, l'AES n'est déployée que depuis 2005 dans le réseau scolaire. C'est pourquoi les résultats de recherche qui examinent, entre autres, les conditions de son implantation et les retombées sont attendus avec beaucoup d'intérêt.

## Conclusion

Ce survol des initiatives, déployées selon diverses modalités et à différents paliers d'intervention, témoigne des nombreux efforts collectifs pour promouvoir la santé chez les jeunes, mais aussi de l'ampleur des défis que pose l'éducation à la santé, en milieu tant scolaire qu'extrascolaire. Parions que de nouvelles initiatives se préparent actuellement au sein des communautés concernées par cette problématique et que de nouvelles conceptions de l'école en santé émergeront bientôt au Québec et ailleurs. Nul doute que les futures initiatives devront être amorcées dans l'esprit d'une vision commune de la santé et dans la quête de complémentarité et de cohérence dans les orientations et les actions menées auprès des jeunes. À ce propos, plusieurs études font ressortir que la collaboration école-famille est particulièrement complexe, mais essentielle à l'atteinte des objectifs visés par toute école destinée à devenir en santé. De fait, certains auteurs soulignent que même si l'éducation des jeunes est l'objectif principal de l'éducation à la santé en milieu scolaire, il faut mener des interventions en tenant compte des connaissances et des habitudes de leur famille, tout particulièrement celles de leurs parents (Hopper, Munoz, Gruber et Nguyen, 2005). Tubiana (2004) souligne, en parlant de l'éducation à la santé : « Elle ne se substitue pas à l'action des parents, mais elle la conforte, l'oriente ou la complète » (p. 7). Voilà un défi de taille! Dans ce contexte, il est indispensable d'inclure les familles dans les actions d'éducation à la santé mises de l'avant à l'école, pour assurer la continuité de ces actions (MELS, 2005). Toutefois, les mécanismes et les interactions qui composent la collaboration école-famille sont peu documentés en ce qui concerne spécifiquement la promotion des saines habitudes de vie auprès des élèves d'âge scolaire. Pour sa part, la triple collaboration école-famille-communauté est encore mal documentée.

En résumé, l'ensemble des actions en matière de santé devrait cibler le développement global des jeunes, être conduit dans une perspective de continuité faisant appel aux différents acteurs qui gravitent autour d'eux, soit les intervenants scolaires, les familles et les membres de la communauté, et ce, dans un esprit de collaboration et de partenariat.

## Références

- Hopper, C. A., Munoz, K. D., Gruber, M. B. et Nguyen, K. P. (2005). The effect of a family fitness program on the physical activity and nutrition behaviors of third-grade children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 76(2), 130-139.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2007). *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Rowan, C., Vanier, C. et Léry, R. (2003). *École en santé en Montérégie : recension des écrits et étude exploratoire*. Longueuil, QC : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Tubiana, M. (2004). Préface. Dans D. Jourdan (dir.), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse, France : Éditions Universitaires du Sud.

## Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école

**Corinne MÉRINI**  
Université Blaise Pascal

**Caroline BIZZONI-PRÉVIEUX**  
Université du Québec à Trois-Rivières

**L**a santé est un processus dynamique (OMS, 1986, 2005) influencé par une diversité de facteurs et dont la responsabilité incombe à une série d'acteurs et de systèmes. Ainsi, l'élève, sa famille, l'école, les structures associatives et communautaires, mais aussi les services de santé publique sont finalement associés dans la responsabilité de promouvoir la santé sans que cela soit forcément explicite.

L'école est un lieu où peuvent être acquis des comportements positifs en matière de santé (Jourdan, 2007). Elle dispose, en effet, de suffisamment d'influence pour assurer l'apprentissage des connaissances et le développement des compétences nécessaires à la prise de décisions saines, et reste le seul endroit fréquenté par pratiquement tous les enfants. Pour autant, elle ne peut agir seule. Son action prolonge celle des familles et des partenaires ou y fait écho et répond aussi, parfois, à des accords interinstitutionnels.

Cet article se propose d'éclairer les mécanismes de construction d'actions partenariales à partir de cas issus des milieux scolaires comme celui d'Estim'action, qui est un cas relativement courant sur lequel nous appuierons notre analyse.

L'école met en place cette action d'éducation à la santé (ES) portant sur l'activité physique et l'alimentation, en collaboration avec l'enseignante titulaire, l'éducateur physique, le directeur de l'école, les familles, l'intervenante du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et le champion d'athlétisme Bruny Surin. Chacun s'engage dans l'action là où il est, avec ses ressources et ses spécificités : l'infirmière du CSSS est chargée de recueillir des données morphologiques auprès des élèves, de fournir à chacun d'eux un podomètre, d'intervenir en classe pour réaliser avec eux des ateliers sur la nutrition et de dîner avec eux. L'enseignante, initiatrice du projet, coordonne les opérations, participe aux séances de course, et complète le travail de l'éducateur physique pour respecter les objectifs du projet. Les apprentissages



moteurs et psychosociaux sont au cœur du débat. Le directeur joue le rôle de facilitateur en allant chercher les ressources humaines et financières nécessaires et en assumant les médiations avec les services administratifs de santé parfois résistants. Les familles sont interpellées par le biais d'une contractualisation du suivi de l'élève pour accompagner ce dernier dans les activités physiques et le travail sur l'alimentation à la maison. Le champion d'athlétisme est une sorte de parrain de l'action qui suit les enfants par Internet, échange avec eux et rencontre quelques-uns d'entre eux, stimulant ainsi leur intérêt et leur motivation pour l'activité physique tout en valorisant leurs résultats.

Il reste à comprendre ce qui a réuni tous ces acteurs et comment est né le projet Estim'action. La titulaire de classe impulse l'action pour répondre aux difficultés d'attention ou à l'hyperactivité de certains élèves et améliorer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes au travers de la réussite d'une performance sportive. L'éducateur physique et Bruny Surin ne peuvent qu'adhérer à cet objectif de promotion de l'activité physique là où les services de santé publique y voient une occasion de prévenir les pathologies liées au surpoids et à la sédentarité.

Tous ces acteurs partagent, ici, une problématique commune même si les intérêts de chacun sont légèrement différents : développement de compétences psychosociales pour l'enseignante, développement des habiletés motrices pour l'éducateur physique, promotion de l'athlétisme pour Bruny Surin, valorisation de l'école au travers d'un projet d'envergure pour le directeur, prévention sanitaire pour les services de santé et santé de l'enfant pour les parents.

Les objectifs, on le voit, ne sont pas communs au départ. Ils le deviendront dans la construction collective. Ils vont permettre à chacun de s'engager à son niveau et dans son rôle.

Un partenariat ne se décrète pas ou ne se prescrit pas; il se bâtit en réponse à une problématique. L'action est négociée dans des échanges paritaires si ce n'est égaux, ce qui distingue le partenariat d'une sous-traitance (où l'un commande à l'autre de faire une part du travail) ou d'une délégation (où l'un confie à l'autre le soin d'agir à sa place).

Le partenariat n'a de sens que dans l'idée d'organiser collectivement une action qui ne pouvait être menée par l'enseignant seul, dans ses logiques habituelles d'intervention : « *L'école est une microsociété, et quand on n'a pas les compétences, on va utiliser des ressources qui sont à notre disposition [...] Moi, je ne suis pas spécialiste; je vais chercher l'infirmière scolaire, elle va parler et moi je vais en profiter pour reprendre cela avec les enfants* » (enseignante de 4<sup>e</sup> année).

On peut parler d'une réorganisation du travail scolaire dans une configuration inhabituelle (aménagement des horaires, diversification des lieux, déplacement physique ou symbolique des débats de la classe sur le terrain des partenaires...) afin de créer des liens entre les différents partenaires. Pour le projet Estim'action, l'éducateur physique devait intégrer huit à neuf minutes de course dans son propre programme. Pour sa part, l'enseignante devait créer des créneaux horaires complémentaires nécessaires pour répondre à l'objectif de courir quatre fois par semaine (le travail pouvant se prolonger à la maison), ouvrir sa classe à l'infirmière pour le travail sur l'alimentation, ou à Bruny Surin pour les échanges.

Le travail partenarial se structure à partir de réseaux de collaboration qui vont agencer l'ouverture de l'école en direction des parents et/ou des partenaires. « *Si tu touches un peu à la santé, ça permet de te sortir de tes quatre murs, de décloisonner un peu, d'aller à la cafétéria, d'aller à l'extérieur, d'aller au gymnase, en plus d'avoir une relation différente avec tes élèves que celle que tu as habituellement dans ta classe* » (enseignante de 4<sup>e</sup> année).

L'ouverture est bâtie à partir de pratiques en réseaux selon trois configurations de réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) caractérisables selon leur forme, leur enjeu, la nature de l'ouverture et la durée de la collaboration.

Le réseau de type 1 est en forme d'étoile centrée sur l'enseignant qui coordonne l'action. L'enjeu est d'amener les élèves à s'informer. L'ouverture a pour fonction de leur permettre de poser un regard sur un objet, une thématique particulière. L'action est courte et dure quelques heures. Ce type de réseau peut être illustré par la visite d'une nutritionniste, d'un sexologue, d'une hygiéniste dentaire ou, comme dans notre cas, d'un athlète de haut niveau apportant des informations sur les activités athlétiques.

Le réseau de type 2 a une forme linéaire. Il aménage des allers et retours physiques, ou symboliques, entre les pratiques du partenaire et celles de l'école. L'enjeu est de former les élèves à des gestes particuliers. L'ouverture met les élèves en action et dure entre 6 et 10 semaines. On peut citer pour exemples : l'atelier de cuisine des « petits cuistots », la formation aux gestes de premier secours, la plantation d'un arboretum, « grands-parents lecture », ateliers « intimidation » ou de sciences « Opti génies », etc. Pour Estim'action, on peut citer les périodes de course avec l'éducateur physique qui sont prolongées par des périodes avec l'enseignante.

Le réseau de type 3 est organisé autour de plusieurs pôles d'activités qui associent une multitude de partenaires et organisent une ouverture foisonnante. L'enjeu de ce réseau est la transformation des pratiques et/ou des mentalités. Dans notre cas, pour contribuer à modifier les habitudes alimentaires des élèves, l'école a travaillé sur les menus du service alimentaire, a confectionné la plaquette *Info guide alimentaire* réalisée par les élèves de 6<sup>e</sup> année, organisé, en collaboration avec le comité d'établissement, des repas santé à la cafétéria, participé au défi « Moi j'croque » du sport étudiant. Enfin, les parents ont été associés à l'action par le biais du défi santé « parents-enfants ». Ce type de réseau est très hétérogène et associe des acteurs n'ayant pas l'habitude ni la vocation, à priori, d'œuvrer ensemble. La durée de collaboration est longue (plusieurs années) afin de construire des habitus permettant de faciliter le travail conjoint.

Chacun de ces réseaux a sa pertinence. Il n'existe pas de hiérarchie entre eux; ils peuvent même être combinés dans une même action selon les ressources et les contraintes du contexte. On peut seulement signaler que le réseau de type 3 suppose des habiletés à collaborer bien stabilisées.

Le partenariat marque, avant tout, l'ouverture de l'école à d'autres acteurs, d'autres logiques, d'autres codes. La relation partenariale est loin d'être homogène et de se traduire par des consensus univoques. Elle est perpétuellement en tension entre « travailler avec l'autre » et, dans le même temps, « travailler contre l'autre » pour affirmer les spécificités de rôle de chacun. C'est dans le travail sur la reconnaissance et l'affirmation des différences que vont s'inventer de nouveaux modes d'action, tout en mettant en conflit les logiques et les codes des

partenaires. On peut donc s'interroger sur ce qui rend les échanges possibles et constructifs dans ce jeu permanent de travail avec ou contre l'autre.

La régulation des échanges se fait par le biais du contrat de collaboration (Mérini, 2006) qui est le contrat moral qui lie les partenaires. C'est par ce contrat que les partenaires vont réguler leurs échanges et engager leur responsabilité (au sens où chacun est responsable de mener à bien le projet) et, ainsi, construire leur rôle dans le débat collectif. Ce contrat est moral et tacite. Il permet les régulations qui s'imposent pour que ce qui suscite des conflits puisse être constructif dans la production commune. Le contrat de collaboration avance sous le manteau, c'est-à-dire qu'il repose sur les messages et les signaux implicites que les partenaires s'envoient mutuellement lors de leurs échanges, informant ainsi l'autre de l'espace et des zones de responsabilité investis dans la construction commune. On a pu établir trois grands registres de signes qui sont tissés par les partenaires et rendent la collaboration possible :

- La sémiotique affective, qui est le premier registre de signes partagés, constitue la base de la communauté de travail. Elle traduit le plaisir, le désir que les partenaires éprouvent à travailler ensemble. Si les partenaires n'ont pas envie de travailler ensemble, ils développent des stratégies d'évitement, invoquant, par exemple, le manque de temps, la distance ou le manque de moyens. Ce registre de signes est convoqué lors d'une négociation difficile où souvent les partenaires font appel à l'humour, ou offrent une boisson à un moment où l'échange risque le blocage. C'est donc par le biais de messages d'intérêt et de considération que les jeux sont régulés : « *J'ai bien apprécié que tu viennes vers moi, c'est difficile mais on a réussi nos quatre entraînements semaine* » (l'éducateur physique s'adressant à l'enseignante, tous deux se tapant dans les mains).
- La sémiotique instrumentale recouvre toutes les informations relatives au projet : comme la définition des objectifs, des moyens, des échéances, des partenaires concernés, etc. Cette partie est généralement la seule rédigée et utilisée pour une demande d'autorisation ou de subvention : « *Dans l'étape du projet "Jeunes entrepreneurs", l'enseignante doit décrire le projet en une vingtaine de lignes pour avoir l'accord de la direction et le soutien des partenaires* » (directeur d'une école).

- La sémiotique référentielle renvoie aux systèmes d'intelligibilité auxquels ont recours les partenaires pour comprendre le problème commun à résoudre. Chacun a un parcours professionnel, une formation, un âge et une connaissance du problème et de son historicité différents. Ces différences vont s'exprimer fortement dans la négociation et être source de conflits de codes, de langages, de valeurs... qui, s'ils ne sont pas éclaircis, risquent d'aboutir à des conflits de personnes. Ce registre de signes est celui qui demande la plus grande vigilance. Il est important d'écouter comment chacun comprend le problème commun et, ainsi, de clarifier l'origine des différences pour qu'elles puissent être constructives dans l'élaboration de l'action et des objectifs communs. « *L'éducation à la santé, c'est apprendre au jeune ce qu'est le bien-être physique, mental, social* (dit une directrice) ». « *Moi je considère que les enfants ont besoin d'être mis en forme, c'est donc les informer du côté de l'alimentation et de l'activité physique* (dit l'éducatrice physique) ». « *Pour moi, c'est une philosophie, une façon d'aborder ce qui est autour de nous* (répond l'enseignant) ». Une enseignante de l'adaptation scolaire, affirme, elle, que « *c'est faire de la prévention* ». On voit ici qu'un même objet, l'ES, peut être conçu de manière différente et amener à des pratiques qui peuvent entrer en conflit. Il est essentiel d'éclaircir le point de vue à partir duquel le problème commun est abordé afin d'éviter tout malentendu susceptible de se cristalliser en conflit de personnes.

En conclusion, on peut dire que le partenariat aménage l'ouverture de l'école autour d'une action négociée. Par des pratiques en réseau, les partenaires vont permettre à l'élève de créer des liens, de mettre en relation et de construire du sens entre ce qui se dit et se fait à l'école, entre ce qu'il vit ou vivra à l'extérieur. La situation partenariale est hétérogène et met en conflit les univers de chacun, ce qui nécessite des régulations. Pour cela, les partenaires organisent leurs échanges au creux du contrat de collaboration. Travailler en partenariat suppose des compétences en matière de montage d'actions plurielles, de négociations et de communication rarement acquises en formation initiale en enseignement. Ceci nécessite sans doute une prise en compte de la dimension collaborative des pratiques en éducation à la santé dans ces formations.

## Références

- Jourdan, D. (2007). L'éducation à la santé à l'école : apprendre à faire des choix libres et responsables. *Revue Sève*, 3(16), 53-59.
- Mérini, C. (2006). *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*. Paris, France : L'Harmattan.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, ON : OMS, Santé et Bien-être social, Canada, CPHA.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005, août). *La 6<sup>e</sup> conférence mondiale sur la promotion de la santé*, Bangkok, Thaïlande.

## ***Petits cuistots-Parents en réseaux, offert dans des écoles montréalaises : Un lieu de partage des expertises professionnelles entre l'école, la famille et la communauté***

Johanne **BÉDARD**, CRIFPE, Université de Sherbrooke  
 François **LAROSE**, CRIFPE, Université de Sherbrooke  
 Yves **COUTURIER**, CRIFPE, Université de Sherbrooke  
 Louise **POTVIN**, Université de Montréal  
 Véronique **LISÉE**, doctorante, Université de Sherbrooke  
 France **LEMAIRE**, étudiante à la maîtrise, Université de Sherbrooke

### ***Petits cuistots-Parents en réseaux, un projet qui va dans le sens de l'approche École en santé***

Au Québec, l'approche *École en santé* (ES) soutient le déploiement et l'implantation d'une intervention globale et concertée en promotion et en prévention de la santé et du bien-être (MELS, 2005), réalisée à partir de l'école. L'approche ES affirme qu'il existe des liens importants entre la santé et l'apprentissage et que leur promotion passe par des programmes, des incitatifs, des mesures, des projets et des activités qui reposent sur des collaborations entre les élèves, les parents, les enseignants, la direction des écoles et des partenaires institutionnels et communautaires. Par ailleurs, plusieurs études suggèrent que la réussite éducative et la qualité des apprentissages des enfants sont directement reliées à l'implication des parents au sein des activités de l'école ainsi qu'à la valeur, à l'importance et à la constance de la relation que la famille entretient avec les personnels de l'équipe-école (Fan, 2001).

Le projet *Petits cuistots-Parents en réseaux* (PC-PR) est une initiative du milieu communautaire montréalais visant à lier, dans un même espace social, les enjeux relatifs à la santé, à l'éducation et au développement communautaire. Il répond intégralement à l'approche ES. Conçu par un groupe de nutritionnistes à la demande des parents d'un quartier défavorisé de Montréal, puis mis en



œuvre depuis 2002 par l'organisme communautaire *Les ateliers cinq épaves* (Ateliers 5E), ce projet est soutenu par des organismes partenaires, soit la Commission scolaire de Montréal, la Table de concertation sur la faim et le développement social, la Fondation Lucie et André Chagnon et Centraide du Grand Montréal.

Le volet *Petits cuistots* (PC), par la mise en œuvre du *Programme d'art culinaire, d'alimentation et de nutrition* (PACAN) – programme conçu et mis en application par les Ateliers 5E (2008) –, privilégie chez les enfants âgés de 4 à 12 ans le développement de compétences permettant une prise en charge de leur nutrition. Le PACAN est finement articulé au curriculum québécois. À ce titre, le développement de compétences transversales d'ordre méthodologique, mais aussi personnel et social est visé. Également, des compétences disciplinaires liées au développement personnel, et plus spécifiquement à l'éducation physique et à la santé, sont ciblées ainsi que des compétences particulières au domaine de la science et de la technologie. Le projet PC-PR est actuellement composé de huit ateliers de cuisine-nutrition d'une durée d'une heure trente chacun offerts annuellement aux élèves des classes de huit écoles primaires participantes, de la maternelle 4 et 5 ans jusqu'à la 6<sup>e</sup> année inclusivement, pour un total de 122 classes. Ces ateliers permettent à l'enfant d'acquérir de nouveaux savoirs et de développer des compétences en matière de choix et de préparation d'aliments sains. C'est dans un esprit de collaboration étroite autour d'activités d'apprentissage authentiques et dans une perspective écosystémique qu'élèves, enseignants, spécialistes de l'école, parents et agent de développement social participent aux ateliers animés par des nutritionnistes lors desquels tous réalisent des recettes culinaires.

Pour sa part, le volet *Parents en réseaux* (PR) s'inscrit comme une expérience d'apprentissage à la responsabilité sociale basée sur l'investissement des parents à l'école et l'organisation d'événements familiaux ou de moments d'échange entre parents. Ce volet permet d'offrir les activités de consolidation, majoritairement animées par les agents de développement des Ateliers 5E. Elles prennent la forme d'une série d'événements communautaires et mettent en lien les parents des enfants rejoints par le projet PC-PR, l'école et des réseaux communautaires existants, de manière à répondre aux finalités du projet.

Ces deux volets sont liés par un dispositif de mobilisation des parents qui, tout en soutenant l'intervention d'éducation nutritionnelle et en stimulant les relations école-famille-communauté, favorise l'intégration des parents dans des réseaux d'entraide formels et informels. Par son caractère fortement novateur, le projet PC-PR répond à une conception de l'école promotrice de santé et soutient l'établissement des liens entre l'école, la famille et la communauté tels que ciblés par les orientations ministérielles (MELS et MSSS).

### **L'évaluation du projet *Petits cuistots-Parents en réseaux***

Le projet PC-PR a fait l'objet de deux recherches évaluatives (2005-2008), subventionnées parallèlement par les *Instituts de recherche en santé du Canada* (IRSC) et le *Conseil de recherches en sciences humaines du Canada* (CRSH). Celles-ci ont été menées par une équipe interuniversitaire et multidisciplinaire réunissant l'Université de Sherbrooke, l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Montréal. Ces études ont nécessité auprès des divers acteurs participant au projet PC-PR la diffusion de questionnaires, la passation d'entrevues individuelles et de groupe, l'observation directe *in situ* ainsi que par vidéoscopie. Les résultats obtenus lors des différentes collectes d'information réalisées dans le cadre des études des IRSC et du CRSH sont accessibles par le biais des rapports de recherche (Bédard, Potvin *et al.*, 2009), qui se trouvent sur le site du *Centre de recherche sur l'intervention éducative* (<http://www.crie.ca>).

La réflexion que nous menons aujourd'hui porte principalement sur l'interaction entre les différents acteurs qui œuvrent au sein du projet PC-PR et son impact sur la relation école-famille-communauté à l'égard de l'éducation à la santé.

## Qu'en est-il du partenariat et de ses impacts au regard de l'éducation à la santé?

Les divers recueils réalisés durant les trois années de recherche montrent que pour la quasi-totalité des personnes et professionnels interrogés, l'éducation à la nutrition apparaît importante et que l'école demeure un lieu privilégié d'intervention. Les effets positifs des ateliers de cuisine-nutrition sur certaines dispositions des enfants, tel l'intérêt pour découvrir de nouveaux aliments, mais aussi sur le développement de connaissances chez ces derniers à l'égard de l'alimentation et la santé, ont été démontrés (Bisset, Potvin, Daniel et Paquette, 2008). Également, le projet PC-PR permet des pratiques interprofessionnelles effectives susceptibles de soutenir favorablement les élèves du préscolaire et du primaire et leurs parents dans l'acquisition de savoirs nutritionnels et de techniques culinaires, et le développement de saines habitudes alimentaires et de vie. Il facilite la réussite scolaire des jeunes, entre autres par l'implication de leurs parents à l'école. C'est par l'entremise des ateliers de cuisine-nutrition que les milieux scolaire, familial et communautaire agissent ensemble et simultanément pour le développement global de l'enfant.

Plus spécifiquement, les résultats obtenus mettent en évidence que l'intervention valorisée dans le cadre des ateliers de cuisine-nutrition implique la reconnaissance et l'articulation des qualités personnelles et des compétences professionnelles des divers acteurs qui collaborent au sein du projet PC-PR. Elle nécessite également la mise en œuvre de ces compétences au travers d'un processus d'appropriation de la part des parents (Abdul-Adil et Farmer, 2005). Elle exige aussi le développement de l'interdisciplinarité didactique, pédagogique et professionnelle chez les intervenants des réseaux scolaires et communautaires qui œuvrent auprès de l'enfant. En conséquence, l'intervention de nature interdisciplinaire dans le cadre du projet PC-PR est conçue en tant que finalité. En effet, la mise en commun des expertises distinctes et partagées, des discours porteurs et des méthodologies privilégiées est l'assise de l'ensemble des praticiens – qui forment et ancrent l'intervention éducative – et des parents qui y participent (Valle et Aponte, 2002).

De plus, l'opérationnalisation du projet PC-PR entraîne

le déploiement du capital social des quartiers où sont implantées les écoles. Le capital social est l'ensemble des attitudes, des normes, des valeurs et des ressources humaines, sociales, physiques et financières qu'une communauté met au service de ses membres pour les mener vers la réussite (Putnam, 1996). En effet, lorsque ces ressources sont mises en œuvre de façon articulée, les enfants et leur famille tirent profit des interactions entre les systèmes avec lesquels ils établissent des interrelations. À ce titre, le projet PC-PR privilégie le partenariat entre plusieurs des acteurs du milieu de vie de l'enfant, qui devient une composante du capital social (Sheldon et Van Voorhis, 2004).

## En guise de conclusion

Le projet PC-PR interpelle les compétences professionnelles des nutritionnistes, des agents de développement, des enseignants mais aussi du personnel professionnel non enseignant et des parents. Une relative homogénéité des représentations des différents acteurs est observée concernant les obstacles et les retombées positives des ateliers de cuisine-nutrition. De plus, ces derniers s'entendent pour dire que le projet PC-PR permet la consolidation des relations entre l'école et les parents de même que la complémentarité et l'intégration de l'intervention éducative. Tous affirment que le projet PC-PR a des effets sur l'apprentissage nutritionnel et culinaire des enfants. Ce constat nous mène à croire à la création d'une réelle communauté de pratique autour du projet PC-PR.

En cette période où la relation école-santé et les liens école-famille-communauté sont omniprésents dans les orientations ministérielles, il est essentiel de concevoir en quoi et comment l'école constitue un environnement favorable où les actions de la communauté peuvent connaître un prolongement. Il va sans dire que l'école est le lieu particulier où se croisent les divers acteurs qui gravitent dans le projet PC-PR. C'est donc dans un contexte de réelle collaboration que ces derniers ont évolué au cœur des écoles qui actualisent le projet PC-PR, où les relations qui se développent relèvent d'un partenariat authentique.

## Références

- Abdul-Adil, J.-K. et Farmer, A.-D. (2005). Inner-city African American parental involvement in elementary schools: Getting beyond urban legends of apathy. *School Psychology Quarterly*, 21(1), 1-12.
- Bédard, J.\*, Potvin, L.\*, Couturier, Y., Desbiens, J.-F., Hasni, A., Larose, F., Lebrun, J., Lenoir, Y., Receveur, O., Terrisse, B. et Turcotte, S. (2009). *Rapports des recherches IRSC et CRSH (2005-2008) relatifs aux différents recueils de données pour la période 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008. Faits saillants pour les divers recueils réalisés durant les trois années d'études et rapports distincts par mesure*. Sherbrooke, QC : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Centre de recherche sur l'intervention éducative. Récupéré le 10 juillet 2009 de <http://www.crie.ca> (Onglets : Recherches; Diffusion des résultats; Étude PC-PR; Items [15 rapports]).
- Bisset, S. L., Potvin, L., Daniel, M. et Paquette, M. (2008). Assessing the impact of the primary school-based nutrition intervention *Petits-cuistots-Parents en réseaux*. *Revue canadienne de santé publique*, 99(2), 107-113.
- Fan, X.-T. (2001). Parental involvement and student's academic achievement: A growth modeling analysis. *Journal of Experimental Education*, 70(1), 27-61.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2005). *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Putnam, R. (1996). Bowling alone: America's declining social capital. *Current*, 373, 3-9.
- Sheldon, S. B. et Van Voorhis, F.-L. (2004). Partnership programs in US schools: Their development and relationship to family involvement outcomes. *School Effectiveness and School Improvement*, 15(2), 125-148.
- Valle, J. W. et Aponte, E. (2002). IDEA and collaboration: A bakhtinian perspective on parent and professional discourse. *Journal of Learning Disabilities*, 35(5), 469-479.

# Livre

Pour poursuivre la réflexion entamée dans ce dossier

## Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire

Sous la direction de Johanne Grenier, Joanne Otis et Gilles Harvey  
Québec (QC) : Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société

Parution prévue pour l'automne 2009

Joanne OTIS

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, UQAM



*Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire* est un ouvrage collectif qui sera publié à l'automne 2009 par les Presses de l'Université du Québec, dans la collection « Santé et Société ». Il regroupe les contributions de près d'une vingtaine de chercheurs et d'intervenants participant depuis plusieurs années à la réflexion sur la place de l'éducation à la santé à l'école. Ceux-ci proviennent tant des milieux universitaires francophones que des milieux de pratiques de l'éducation et de la santé. Pourquoi avoir souhaité faire équipe pour produire un tel ouvrage? Parce que depuis l'implantation du Programme de formation de l'école québécoise au début des années 2000, il y a du nouveau : l'éducation à la santé est devenue une responsabilité partagée entre tous les acteurs présents à l'école, enseignants et ressources des services complémentaires, parents et directeurs, intervenants de la municipalité et des organismes communautaires. Cet ouvrage précise ce nouveau contexte d'inclusion de l'éducation à la santé à l'école. D'un chapitre à l'autre, les enjeux actuels sont mis en relief et des pistes pour l'action sont proposées.

Les quatre premiers chapitres posent les bases pour nourrir la réflexion sur l'éducation à la santé à l'école. Au chapitre 1, Rose-Marie Lèbe, professeure à l'Université de Montréal, donne des repères historiques précieux pour comprendre le long chemin parcouru au Québec depuis la moitié du 19<sup>e</sup> siècle pour confier à l'école ce mandat d'éducation à la santé. Elle dira que l'école représente dès ces années « le principal lieu de convergence des efforts de propagande en faveur de l'hygiène ». On comprend aussi qu'il a fallu bien des années avant que le discours ne se traduise par des actions concrètes. En fait, l'éducation à la santé ne fait partie du programme scolaire québécois que depuis le début des années 1980, se logeant à ce moment dans le champ disciplinaire des éducateurs physiques et des enseignants de formation personnelle et sociale. Lèbe termine son tour d'horizon avant le renouveau pédagogique, auquel elle ne fait pas du tout allusion.

Le chapitre 2 est sans nul doute un des chapitres forts de cet ouvrage. Il permet au lecteur de comprendre rapidement et très clairement comment l'éducation à la santé s'inscrit dans le Programme de formation de l'école québécoise, principalement sous la 3<sup>e</sup> compétence disciplinaire, *Adopter un mode de vie sain et actif*, et sous les savoirs essentiels de l'éducation physique et à la santé (EPS) ainsi que sous le domaine général de formation (DGF) intitulé *Santé et bien-être*. Sylvain Turcotte, professeur à l'Université de Sherbrooke, fait de l'inclusion de l'éducation à la santé dans la discipline de l'éducation physique son cheval de bataille. Il profite de ce chapitre pour éclairer les défis que soulève cette question, basant son argumentaire sur des constats importants tirés de sa thèse doctorale. Selon lui, ce nouveau programme oblige une réorientation de l'éducation physique puisqu'il provoque une remise en question des pratiques pédagogiques habituellement privilégiées dans cette discipline ainsi que du rôle de l'éducation physique dans le développement global des enfants et des adolescents. Pour Turcotte, l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique se heurte à plusieurs défis : d'une part, une relative divergence des référents théoriques à la base des deux domaines et un décalage important entre les pratiques pédagogiques utilisées par les éducateurs physiques et celles qui sont préconisées en éducation à la santé, ce dont il fait une démonstration convaincante; d'autre part, le flou entourant l'arrimage entre la 3<sup>e</sup> com-

pétence disciplinaire de l'EPS et l'intention éducative du DGF *Santé et bien-être*. En réponse à ces défis, Turcotte propose huit axes pour structurer la formation initiale des futurs éducateurs physiques et à la santé, dont le huitième porte sur les processus de collaboration entre les divers acteurs. De son point de vue, la collaboration et le partenariat en éducation à la santé à l'école seront toutefois difficiles compte tenu notamment de la forte mobilité des ressources enseignantes et autres, du peu de temps de présence de certains acteurs comme l'infirmière ou du peu de coopération établie jusqu'ici entre les enseignants.

Au chapitre 3, Gille Harvey, professeur à l'Université du Québec à Montréal, situe la problématique dans le contexte plus large de l'approche globale à la santé en milieu scolaire. Cette approche a pour objectif de favoriser l'adoption de comportements sains et la création d'environnements facilitant l'adoption et le maintien de ces comportements. Le chapitre témoigne des différentes saveurs de cette approche selon l'adaptation que les Américains ou les Européens en ont faite. Les modèles présentés se déclinent sous de multiples composantes et chaque fois, l'implication de multiples acteurs et des communautés semble une condition essentielle. En fait, « l'intérêt de l'approche globale pour l'éducation à la santé est de répartir l'effort d'éducation et de promotion de la santé entre les différents acteurs qui apportent chacun leur expertise ». L'approche *École en santé* actuellement promue au Québec depuis 1999 s'inscrit dans la même veine. Elle est minutieusement décrite et Harvey présente de façon concrète comment se partagent les responsabilités selon les acteurs impliqués. Les informations tirées de ce chapitre sont particulièrement importantes pour situer le rôle de la santé publique à l'école dans le contexte du renouveau pédagogique.

Au chapitre 4, l'un des plus substantiels de cet ouvrage, Corinne Mérini, professeure à l'IUFM de Versailles, et ses collaborateurs présentent les résultats d'une vaste étude réalisée en France dans des écoles élémentaires pour nous proposer un repérage et une analyse de la diversité des pratiques en éducation à la santé dans ces écoles. Ce chapitre permet ainsi de situer le débat dans un autre contexte culturel où l'éducation à la santé à l'école s'intègre au quotidien des enfants par l'entremise de l'enseignant titulaire. C'est à cet enseignant qu'incombe la responsabilité de la mise en œuvre de l'éducation

à la santé, ce qui pose le problème de la transversalité disciplinaire. Selon leurs résultats, la diversité des pratiques se manifeste, entre autres, par la diversité des ressources mobilisées à l'intérieur comme à l'extérieur de la classe, des acteurs concernés par le problème et des niveaux d'actions enclenchées. Ces résultats sont donc discutés sous l'angle des pratiques collaboratives et du partenariat et c'est là que plusieurs leçons peuvent être appliquées au contexte québécois. Pour Mérini, « un réel partenariat suppose que les opérations mises en œuvre soient l'aboutissement d'une chaîne de volontés, qu'il y ait une négociation permettant des actions et qu'elles soient inscrites dans un projet commun ».

Parce que l'éducation à la santé doit être une responsabilité partagée tout au long de la trajectoire de l'élève à l'école, les sept chapitres suivants rendent compte d'expériences de recherche et d'intervention en éducation à la santé réalisées aux divers ordres d'enseignement. Les chapitres 5, 6 et 7 portent chacun un regard différent sur l'éducation à la santé à l'école primaire. Au chapitre 5, Frédéric Le Cren, professeur à l'Université du Québec à Montréal, et ses collaborateurs présentent les conceptions de l'éducation à la santé et les moyens d'intervention tels que rapportés par 46 enseignants d'EPS à l'école primaire. Leurs résultats supportent les grands constats émis par Turcotte au chapitre 2 voulant qu'il y ait peu d'intégration des référents théoriques aux pratiques de ces enseignants et qu'il y ait un écart important entre leurs conceptions de l'éducation à la santé et les moyens d'intervention qu'ils appliquent. Les enjeux de formation initiale ainsi que d'évaluation des apprentissages sont soulevés par ces auteurs. Après ce point de vue des enseignants en EPS, Charlotte Beaudoin, professeure à l'Université d'Ottawa, présente au chapitre 6 la perception des parents à l'égard des cours d'éducation physique et à la santé dans les écoles primaires ontariennes. Ayant mené des entretiens téléphoniques auprès de 29 parents, elle souligne qu'ils voient une relation entre mise en forme et réussite scolaire, mais qu'ils ont du mal à concevoir comment ils pourraient s'impliquer dans les cours d'EPS ou dans la vie de l'école pour contribuer à l'éducation à la santé de leurs enfants. Outre l'enseignant d'EPS ou le parent, l'élève lui-même peut être un acteur important en éducation à la santé. C'est sous cet angle que Mireille Blais, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières décrit au chapitre 7 une intervention

novatrice de recherche-action réalisée dans une école primaire de la région de Québec. Cette initiative est un bel exemple de partenariat entre quatre enseignants en EPS, quatre titulaires, deux chercheuses et une centaine d'élèves qui ont expérimenté un système de responsabilisation visant à les aider à s'engager de façon autonome en matière de pratique d'activités physiques à l'extérieur de l'école. Basé sur un contrat d'apprentissage appelé *Passeport Santé*, ce système de responsabilisation comporte quatre stratégies (autogestion, supervision, évaluation informelle et récompenses) qui aident l'élève à s'appropriier tout au moins cette habitude de vie. La force de cette initiative est de correspondre à une approche appropriative de sa santé, représentation encore peu valorisée en éducation à la santé dans le contexte québécois. Or, cette initiative semble avoir eu du sens pour les élèves puisque la majorité y ont collaboré activement et avec succès.

Pour témoigner des expériences qui se déroulent à l'école secondaire, au chapitre 8, Monique Ducharme, agente de planification-programmation auprès de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, relate l'implantation du projet-pilote *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* qui s'est étalé sur cinq ans, en partie avant que la réforme ne prenne place à l'école secondaire. Ce projet s'inscrit sous les orientations de l'approche *École en santé* et adhère à un modèle écologique des interventions en matière de promotion de la santé. Son but est « de favoriser une image corporelle saine ainsi que des attitudes positives et des comportements sains à l'égard du corps, du poids, de l'alimentation et de l'activité physique ». Il mise aussi sur la promotion de l'estime de soi et du respect des autres, vision plus humaniste et moins traditionnelle de l'éducation à la santé. Certaines activités impliquent l'ensemble des acteurs de l'école alors que d'autres se déroulent en classe, avec l'aide de l'enseignant : elles incluent tant la formation des divers acteurs que des actions pour modifier l'environnement et des activités éducatives intégrées au curriculum des disciplines. Cette expérience est l'une des rares de l'ouvrage à témoigner d'un partenariat entre les acteurs de la santé et ceux de l'éducation. On y désigne plusieurs conditions de succès qui sont justement liées aux caractéristiques de ce partenariat, entre autres, la concordance entre les valeurs du programme et celles du projet éducatif de

l'école, et la participation active de tous à la définition de ce projet commun.

Au chapitre 9, Luc Chiasson, enseignant-chercheur au Cégep de Lévis-Lauzon, et ses collaborateurs font le portrait de l'auto-efficacité des cégépiens par rapport à quatre habitudes de vie. Au-delà des profils dressés, ce chapitre est intéressant d'un point de vue théorique puisqu'il aborde de façon simple l'importance de travailler en éducation à la santé sur ce concept qu'Albert Bandura a développé, l'auto-efficacité (*self-efficacy*), soit cette perception d'être capable de réaliser diverses tâches permettant d'exercer un meilleur contrôle, sur sa santé par exemple. Ce chapitre aide à comprendre comment la théorie peut supporter le développement d'interventions en éducation à la santé.

Les chapitres 10 et 11 permettent un regard sur l'éducation à la santé à l'université. Danielle Larocque, chargée de cours à l'Université du Québec à Montréal, raconte comment, grâce au partenariat entre le Département de kinanthropologie et le Centre sportif, on a pu mettre en place un cours libre de soutien à la réussite scolaire, soutenant que la condition physique n'est pas une fin en soi, mais un élément nécessaire à cette réussite. Dans ce chapitre, on explique de façon convaincante ce lien entre condition physique et réussite, dans une logique propre à l'éducation plutôt qu'à la santé publique. Au chapitre 11, Marie-Claude Rivard et François Trudeau, professeurs à l'Université du Québec à Trois-Rivières, démontrent comment, au fil de leur formation universitaire, les futurs enseignants en EPS transforment leurs perceptions de l'éducation à la santé et de leurs propres habitudes de vie par l'acquisition de certaines connaissances et par les expériences qu'ils cumulent. Face à ces constats, ces auteurs réalisent l'importance de revoir la formation initiale des enseignants en EPS puisqu'elle joue un rôle déterminant sur ces perceptions et habitudes de vie.

Les chapitres 12 et 13 proposent divers outils et ressources pour faciliter l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école. Au chapitre 12, Monique Dubuc, coordonnatrice nationale du programme Kino-Québec, resitue clairement la raison d'être de la promotion de l'activité physique à l'école en lien avec l'éducation et la promotion de la santé. Après ce vibrant plaidoyer, elle décrit brièvement l'ensemble des programmes, activités et matériels éducatifs que le programme Kino-Québec met

à la disposition des acteurs intéressés par l'éducation à la santé à l'école, mettant en relief l'importance du travail concerté des acteurs. Pour leur part, au chapitre 13, Claude Bordeleau, professeur à l'Université du Québec à Chicoutimi, et ses collaborateurs présentent un outil de référence sur le Web qui permet, principalement aux enseignants en EPS, d'avoir accès à des informations crédibles qui facilitent le démarrage d'un projet en éducation à la santé. Finalement, au chapitre 14, en guise de synthèse de l'ouvrage, des leçons sont tirées de ces divers chapitres et les perspectives d'avenir de l'éducation à la santé à l'école québécoise à l'ère du partenariat sont dégagées.

Bien que le regard posé dans cet ouvrage sur l'éducation à la santé en partenariat à l'école soit plutôt centré sur la perspective de l'éducateur physique et à la santé, le point de vue d'autres acteurs importants à l'école est présenté. Le lecteur y puisera les informations nécessaires pour développer une vue d'ensemble de la problématique et il trouvera des ressources et des références utiles pour alimenter ses réflexions et soutenir ses actions afin de travailler en équipe à l'éducation à la santé à l'école. L'un des premiers ouvrages à poser la question de l'éducation à la santé à l'école à l'ère du partenariat, il aura le mérite d'être le point de référence lorsqu'on voudra tracer l'évolution de la réflexion et des pratiques sur cette problématique dans les prochaines années.