



Collection
SANTÉ ET SOCIÉTÉ

FAIRE ÉQUIPE pour **L'ÉDUCATION à la SANTÉ** en **MILIEU SCOLAIRE**

Sous la direction de
Johanne GRENIER
Joanne OTIS
Gilles HARVEY



Presses
de l'Université
du Québec

**FAIRE ÉQUIPE pour
L'ÉDUCATION à la SANTÉ
en MILIEU SCOLAIRE**

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450
Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone: 418-657-4399 • Télécopieur: 418-657-2096
Courriel: puq@puq.ca • Internet: www.puq.ca

Diffusion/Distribution :

CANADA et autres pays

PROLOGUE INC.
1650, boulevard Lionel-Bertrand
Boisbriand (Québec) J7H 1N7
Téléphone: 450-434-0306 / 1 800 363-2864

SUISSE

SERVIDIS SA
Chemin des Chalets
1279 Chavannes-de-Bogis
Suisse

FRANCE

AFPU-DIFFUSION
SODIS

BELGIQUE

PATRIMOINE SPRL
168, rue du Noyer
1030 Bruxelles
Belgique

AFRIQUE

ACTION PÉDAGOGIQUE
POUR L'ÉDUCATION ET LA FORMATION
Angle des rues Jilali Taj Eddine
et El Ghadfa
Maârif 20100 Casablanca
Maroc



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

FAIRE ÉQUIPE pour L'ÉDUCATION à la SANTÉ en MILIEU SCOLAIRE

Sous la direction de

**Johanne GRENIER
Joanne OTIS
Gilles HARVEY**

2010



Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec
et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire
(Collection Santé et société)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-2481-1

1. Éducation sanitaire. 2. Hygiène scolaire. 3. Promotion de la santé. 4. Éducation physique. 5. Éducation sanitaire – Québec (Province). I. Grenier, Johanne, 1964- . II. Otis, Joanne, 1954- . III. Harvey, Gilles, 1951- . IV. Collection : Collection Santé et société.

LB3405.F34 2009 371.7'1 C2009-941907-6

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce à l'aide financière de la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC).

Intérieur

Mise en pages : INFOSCAN COLLETTE-QUÉBEC

Couverture

Conception : RICHARD HODGSON

Illustration : Inspirée de TETEAMODELER.COM

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2010 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2010 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2010

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada

Table des matières

INTRODUCTION	1
<i>Johanne GRENIER et Joanne OTIS</i>	
Bibliographie.....	4
CHAPITRE 1	
L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET L'ÉCOLE QUÉBÉCOISE	
<i>Perspectives historiques</i>	5
<i>Rose-Marie LÈBE</i>	
1. Le concept de santé	8
1.1. Une définition	8
1.2. Santé devient donc synonyme d'activité... ..	11
2. L'éducation à la santé	12
3. Les liens entre l'exercice et la santé	13
4. L'éducation à la santé dans les écoles québécoises	17
Bibliographie.....	21
CHAPITRE 2	
PROBLÉMATISATION	
<i>L'éducation à la santé et l'éducation physique</i>	25
<i>Sylvain TURCOTTE</i>	
1. La transformation des programmes de formation en éducation physique au Québec	28
2. Les théories et modèles de référence de l'éducation à la santé et de l'éducation physique	31

3. Les pratiques pédagogiques pour l'enseignement en éducation à la santé et celles identifiées auprès des enseignants en éducation physique et à la santé.....	36
4. La formation des enseignants en éducation à la santé.....	39
5. Une vision élargie de l'éducation à la santé en milieu scolaire	42
Conclusion	44
Bibliographie.....	45

CHAPITRE 3

POUR UNE APPROCHE GLOBALE À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE	49
<i>Gilles HARVEY</i>	
1. Vers un paradigme psychosocial	51
2. L'approche globale pour la santé en milieu scolaire.....	52
3. Aperçu de l'historique de l'approche globale.....	52
3.1. Les écoles promotrices de santé.....	52
3.2. «Comprehensive school health program» aux États-Unis	53
3.3. «L'approche globale de la santé en milieu scolaire» au Canada.....	54
3.4. Réseau européen d'écoles en santé en Europe.....	56
3.5. L'école en santé au Québec	57
4. Comment les écoles promotrices de santé s'inscrivent-elles dans des approches globales en éducation à la santé?	59
Conclusion	61
Bibliographie.....	62

CHAPITRE 4

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE EN FRANCE	
<i>Éléments d'analyse</i>	65
<i>Corinne MÉRINI</i>	
1. Des pratiques différentes dans l'enseignement primaire et secondaire	68
1.1. Des pratiques à mettre en lumière.....	68

1.2.	Nécessité de la diffusion de ressources et d'outils d'analyse.....	69
1.3.	Des pratiques ordinaires peu lisibles et à rationaliser.....	69
1.4.	L'éducation à la santé à la fois objet d'étude et objectif partagé avec la famille et la cité.....	70
2.	Une approche systémique pour un objet complexe	71
2.1.	Approche systémique et multiréférentielle comme cadre théorique	71
2.2.	Méthodologie.....	72
3.	Résultats et mise en perspective à partir de l'analyse transversale des actions et des niveaux d'action hétérogènes.....	74
3.1.	Des origines de l'action diversifiées.....	74
3.2.	Des actions inscrites dans une dynamique de projet.....	74
3.3.	Objectifs et thèmes de travail	75
3.4.	Les acteurs des projets.....	75
3.5.	La réflexion éthique.....	76
3.6.	«Les cibles» des actions	76
3.7.	Des thématiques diversifiées	76
3.8.	Les méthodes adoptées.....	77
3.9.	Les outils	78
3.10.	L'évaluation	78
3.11.	Les difficultés rencontrées.....	79
3.12.	Les facteurs de pérennisation	79
4.	Mise en perspective	80
4.1.	Une variété d'axes forts.....	80
4.2.	Des axes de cohésion se sont développés	80
4.3.	L'implication résultante majeure des actions	81
5.	Des pistes à creuser	81
5.1.	Une sensibilisation des enseignants à l'éducation à la santé.....	81
5.2.	Apprendre à travailler à plusieurs	82
5.3.	L'évaluation comme outil.....	83
5.4.	L'évaluation comme outil pour formaliser et réguler l'action.....	83
5.5.	L'évaluation comme outil de reproblématisation.....	83
	Conclusion	84
	Bibliographie.....	85

CHAPITRE 5

ÉVALUATION DU NIVEAU D'INTÉGRATION DU VOLET ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LES ÉDUCATEURS PHYSIQUES DU PRIMAIRE	87
<i>Frédéric LE CREN, Jean-Claude MAGNY et Émilie KALINOVA</i>	
1. Problématique.....	88
2. Cadre théorique	90
2.1. La conception fonctionnelle	90
2.2. La conception perceptuelle.....	90
2.3. La conception adaptative.....	91
2.4. Les modèles théoriques en éducation à la santé appliqués à l'éducation physique	91
3. Méthodologie.....	93
3.1. Population.....	93
3.2. Présentation du questionnaire.....	93
3.3. Procédure de collecte des données.....	94
3.4. Analyse des résultats	94
4. Résultats	95
4.1. Conceptions de l'éducation à la santé	95
4.2. Les domaines d'intervention	95
4.3. Les approches en santé.....	96
4.4. Les théories éducatives.....	96
4.5. Les structures pour l'éducation à la santé	97
4.6. Capacités à mobiliser chez les élèves.....	97
4.7. Les moyens d'intervention	98
4.8. Durée d'intervention accordée à l'éducation à la santé	98
4.9. Les stratégies d'intervention	99
4.10. Les outils d'intervention.....	99
4.11. Les ressources utilisées	100
4.12. Les moyens d'évaluation.....	101
5. Synthèse.....	102
5.1. Au plan conceptuel.....	102
5.2. Au plan de la formation.....	102
6. Limites.....	103
7. Démarches prospectives proposées	103
Bibliographie.....	104

CHAPITRE 6**LA PERCEPTION DES PARENTS À L'ÉGARD DES COURS D'ÉDUCATION
PHYSIQUE ET À LA SANTÉ EN ONTARIO FRANCOPHONE..... 105***Charlotte BEAUDOIN*

1. Problématique.....	107
1.2. Le facteur «parent».....	107
1.2. L'influence de la famille et des pairs.....	107
1.3. Le rôle potentiel des parents à l'école.....	108
2. Méthodologie.....	110
2.1. Participants	111
2.2. Collecte des données	111
3. Résultats	112
4. Discussion et conclusion	117
Bibliographie.....	119

CHAPITRE 7**CARACTÉRISTIQUES D'UN SYSTÈME DE RESPONSABILISATION
POUR AIDER LES ÉLÈVES À S'ENGAGER DE FAÇON AUTONOME
EN MATIÈRE DE PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE..... 121***Mireille BLAIS*

1. Problématique.....	122
2. Méthodologie.....	123
2.1. Origine de la présente recherche-action.....	123
2.2. L'équipe de recherche.....	124
2.3. La collecte de données	124
2.4. L'analyse des données	125
3. Résultats	126
3.1. Nature et contenu de la formule pédagogique	126
3.2. Caractéristiques du système de responsabilisation	126
3.3. L'autogestion	127
3.4. La supervision	127
3.5. L'évaluation informelle	128
3.6. La récompense.....	128
4. Discussion	129
Conclusion	130
Bibliographie.....	131

CHAPITRE 8**COMMENT FAIRE ÉQUIPE POUR L'ÉDUCATION
À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE ?***Leçons à tirer de l'implantation du programme**Bien dans sa tête, bien dans sa peau* 135*Monique DUCHARME*

1. Problématique..... 137

2. Description du programme..... 139

3. Perspectives critiques 141

Conclusion : défis et occasions d'implantation..... 143

Bibliographie..... 144

CHAPITRE 9**LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE
DES ÉTUDIANTS DE CÉGEPs PAR RAPPORT
À CERTAINES HABITUDES DE VIE***Analyse d'une expérience au collégial* 145*Luc CHIASSON, Johanne GRENIER et Marie-Ève GIRARD*

1. Problématique..... 146

2. Méthodologie..... 150

2.1. Construction et validation du questionnaire..... 150

2.2. Définitions opérationnelles des variables..... 152

2.3. Échantillon..... 153

2.4. Procédure de collecte, de saisie
et d'analyse des données 153

3. Résultats 154

3.1. Résultats descriptifs du niveau des habitudes
de vie des étudiants selon le sexe..... 1543.2. Résultats descriptifs du sentiment
d'efficacité personnelle des étudiants
à l'égard de ces habitudes selon le sexe..... 1563.3. Le lien entre la qualité des habitudes de vie
et le sentiment d'efficacité personnelle 157

Conclusion 159

Bibliographie..... 161

CHAPITRE 10**ACTIVITÉ PHYSIQUE ET RÉUSSITE ACADÉMIQUE
À L'UNIVERSITÉ***Danielle LAROCQUE*

1. But, structure et contenu du cours	167
2. La démarche pédagogique.....	168
3. La clientèle	169
4. Les effets obtenus.....	170
4.1. Les effets d'ordre académique	170
4.2. Les effets d'ordre cognitif	171
4.3. Les effets d'ordre psychologique	172
4.4. Les effets d'ordre physique	172
5. Perspective critique	173
Conclusion	174
Bibliographie.....	175

CHAPITRE 11**HABITUDES DE VIE ET STYLE D'INTERVENTION
EN ÉDUCATION À LA SANTÉ CHEZ LES ÉTUDIANTS
EN ÉDUCATION PHYSIQUE ET À LA SANTÉ***Influences de la formation initiale, du sexe
et de l'origine géographique**Marie-Claude RIVARD et François TRUDEAU*

1. Questions de recherche	179
2. Cadres théoriques	180
3. Objectif	181
4. Méthodologie.....	181
4.1. Échantillon.....	181
4.2. Questionnaire.....	181
4.3. Analyse statistique.....	182
5. Résultats et discussion.....	182
5.1. Comparaison entre les étudiants de 1 ^{re} et de 4 ^e années.....	183
5.2. Comparaison entre les étudiants et les étudiantes.....	188
5.3. Comparaison entre les étudiants d'origine rurale et urbaine	189
Conclusion	190
Bibliographie.....	191

CHAPITRE 12

KINO-QUÉBEC ET LA PROMOTION, À L'ÉCOLE,
D'UN MODE DE VIE PHYSIQUEMENT ACTIF 193

Monique DUBUC

- 1. Kino-Québec et le mieux-être des jeunes 194
- 2. Une situation préoccupante 195
- 3. Une approche globale..... 196
 - 3.1. De l'école..... 196
 - 3.2. ... à l'environnement familial, scolaire et municipal..... 197
- 4. Des interventions à privilégier 198
- 5. Kino-Québec: un partenaire de choix..... 200
- Bibliographie..... 201

CHAPITRE 13

UN OUTIL DE DÉMARRAGE POUR FACILITER
L'IMPLANTATION D'UN PROJET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ 205

Claude BORDELEAU, Gilles HARVEY, François TRUDEAU et Linda MORENCY

- 1. La réalisation du site Web 207
- 2. Les choix théoriques 208
- 3. Le contenu du site 209
 - 3.1. Première partie: éducation à la santé 209
 - 3.2. Deuxième partie: projets d'éducation à la santé..... 211
 - 3.3. Troisième partie: programmes de promotion
de la santé 211
 - 3.4. Quatrième partie: laboratoires 211
 - 3.5. Cinquième partie: veille informationnelle 212
- Conclusion 213
- Bibliographie..... 214

CONCLUSION

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE
Bilan, défis et perspectives d'avenir..... 215

Joanne OTIS et Johanne GRENIER

- 1. La transformation du contexte d'inclusion de l'éducation
à la santé à l'école 217

1.1. L'inclusion disciplinaire, de l'éducation à la santé par la troisième compétence disciplinaire en éducation physique et à la santé «Adopter un mode de vie sain et actif»	219
1.2. L'inclusion transdisciplinaire de l'éducation à la santé par le domaine général de formation «Santé et bien-être»	222
1.3. L'inclusion hors discipline de l'éducation à la santé par les services éducatifs complémentaires et l'«Approche École en santé».....	224
2. De la légitimité de l'éducation à la santé à l'école : des logiques et finalités multiples	227
3. Le partenariat : les enjeux, des exemples	229
4. Les conceptions de l'éducation à la santé : celles qui dominent, celles qui émergent	232
5. De l'importance des ancrages théoriques pour orienter l'action en éducation à la santé	237
6. Mettre en œuvre des initiatives d'éducation à la santé à l'école : obstacles et conditions favorables.....	239
7. L'urgence de la formation des futurs acteurs en éducation à la santé	242
8. La question de l'évaluation des initiatives en éducation à la santé	245
Pour conclure	248
Bibliographie.....	249
NOTICES BIOGRAPHIQUES.....	253

Introduction

*Johanne GRENIER
et Joanne OTIS*

Dans notre société occidentale, la question de la santé chez les jeunes occupe une place de plus en plus préoccupante. Les conclusions de plusieurs recherches rapportent entre autres que la sédentarité et les déséquilibres alimentaires caractérisent leurs modes de vie, ce qui constitue une menace importante à leur santé (OMS, 2004). Depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 (OMS, 1986) et la Déclaration de Jakarta en 1997 (OMS, 1997), l'école est officiellement reconnue comme lieu majeur d'éducation à la santé. Bien que l'inclusion de l'éducation à la santé dans les curricula scolaires ne soit pas unique au Québec (Ministère d'Éducation et de Formation de l'Ontario, 2000 ; Ministère de l'Éducation nationale, 1998), l'éducation à la santé fait maintenant partie du programme d'enseignement dispensé par l'éducateur physique dans les écoles du niveau primaire, secondaire et collégial. Dans le cadre de l'une des trois compétences à acquérir par l'élève, soit « Adopter un mode de vie sain et actif », l'éducateur physique assume une grande part de l'accompagnement de l'élève dans l'appropriation de sa santé (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). Cependant, cette responsabilité d'éducation à la santé n'incombe pas uniquement à l'éducateur physique. En effet, dans l'un des cinq domaines généraux de formation, soit « Santé et bien-être », il est fait mention d'apprendre à adopter et maintenir de saines habitudes de vie. L'éducation à la santé en milieu scolaire est donc un projet d'équipe tout au long de la vie de l'élève. Par ailleurs, l'école exerce une influence sur la santé des jeunes qui se concrétise non seulement par l'entremise du curriculum, mais aussi par l'environnement organisationnel qu'elle met en place et par les services qu'elle offre. Ainsi, l'école a un rôle de premier plan à jouer

dans l'éducation à la santé auprès des enfants, mais le succès de cette tâche complexe exige la consolidation ou la création de partenariats entre les divers acteurs à l'intérieur même de l'école (les élèves eux-mêmes, les enseignants, les parents) et hors de l'école, dans la communauté.

C'est dans cet esprit qu'est rédigé l'ouvrage *Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Il tente de répondre à quelques questions: Comment s'intègre l'éducation à la santé dans les écoles au Québec, en Ontario et en France? Comment l'éducateur physique peut-il faire équipe avec les autres intervenants de l'école pour l'éducation à la santé en milieu scolaire? Comment s'articule l'éducation à la santé au primaire, au secondaire, au collégial et à l'université?

Dans le but de favoriser le travail d'équipe des différents responsables et partenaires de l'éducation à la santé en milieu scolaire, nous avons choisi de donner place aux intervenants du milieu scolaire et de la santé autant qu'aux chercheurs qui s'intéressent à l'éducation à la santé sous différents angles, ouvrant ainsi une perspective d'éducation à la santé qui va au-delà de la pratique régulière de l'activité physique traditionnellement récupérée par les éducateurs physiques en milieu scolaire.

La première partie de cet ouvrage propose trois chapitres théoriques qui permettront de jeter les bases de réflexions relativement à l'éducation à la santé à l'école. D'abord, un bref retour dans l'histoire permet de constater que cette préoccupation pour l'éducation à la santé n'est pas nouvelle. Déjà dans l'Antiquité, les médecins informaient leurs concitoyens des saines habitudes de vie. Puis une réflexion sur les assises théoriques du domaine de l'éducation et du domaine de la santé met en lumière les difficultés à trouver le meilleur emplacement de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Enfin, un survol des tendances internationales appuie l'importance d'une approche globale de l'éducation à la santé qui propose une vision intégrative nous invitant à rechercher de nouvelles façons d'intervenir en éducation à la santé.

Dans un deuxième temps, des recherches et des récits d'expérience de pratique professionnelle témoignent des efforts de mise en œuvre de l'éducation à la santé en milieu scolaire, et ce, à tous les ordres d'enseignement. Les recherches menées au niveau primaire sont rapportées pour la France, le Québec et l'Ontario. Les pratiques enseignantes, les perceptions des parents de même que des expériences de terrain sont analysées. Après des élèves du secondaire, un programme de promotion de la santé à stratégies multiples est décrit et les obstacles à l'implantation ainsi que les conditions

de succès d'un projet d'une telle envergure sont mis en relief. Enfin, un récit d'expérience sur les habitudes de vie chez les étudiants du collégial représente une partie importante des réflexions des enseignants de cet ordre d'enseignement. Puis, deux chapitres abordent la question de l'intégration de l'éducation à la santé à l'université. Le lecteur sera à même de constater le déséquilibre entre les ordres d'enseignement, ce qui témoigne de la réalité, puisque les recherches en éducation à la santé, principalement au Québec, sont beaucoup plus nombreuses au niveau primaire.

La troisième partie de l'ouvrage propose des ressources pour les intervenants impliqués dans le domaine de l'éducation à la santé. Une première ressource issue du domaine de la santé offre aux intervenants scolaires quelques possibilités de travail en partenariat avec ce milieu. Une deuxième ressource, accessible sur le Web, propose des réflexions théoriques autant que des outils pratiques destinés à faciliter le travail de ceux qui ont la responsabilité de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Ces ressources sont souvent méconnues des intervenants des milieux scolaires et communautaires et nous souhaitons que cet ouvrage incite les responsables de différents programmes ou initiatives à se faire connaître auprès des milieux scolaires, puisque l'éducation à la santé doit être portée par plusieurs types d'acteurs provenant de divers domaines.

Pour conclure, les directrices de cet ouvrage font le bilan des leçons à en tirer et tentent une réflexion sur les enjeux majeurs de l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école. Bien que ce livre se veuille une réflexion pour mettre en commun recherches, expertises et expériences, il ne représente qu'une initiative de départ qu'il faudra nourrir et entretenir afin que l'école soit un milieu privilégié pour l'éducation à la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Ministère d'Éducation et de Formation de l'Ontario (2000). *Le curriculum de l'Ontario – copies types de 9^e année. Éducation physique et santé*, Toronto, Ministère d'Éducation et de Formation de l'Ontario.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation nationale (1998). *Santé scolaire. Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*, Circulaire 98-108 du 1-7-1998, B.O. n° 28, 1998.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa, promotion de la santé*, <www.who.int/idhl-rils/idhl/Aii05003.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Organisation mondiale de la santé (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^e siècle*, <www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_fr.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Organisation mondiale de la santé (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, Rapport du secrétariat, 57^e Assemblée mondiale de la santé, <www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET L'ÉCOLE QUÉBÉCOISE

Perspectives historiques

Rose-Marie LÈBE, Département de kinésiologie, Université de Montréal

RÉSUMÉ

La santé est assurément au cœur de nos préoccupations sociales actuelles. Il suffit de consulter les chiffres alarmants que nous présentent les différentes études sur l'état de santé de la population québécoise, et en particulier celui des enfants d'âge scolaire, pour mieux comprendre l'urgence de conscientiser la population au problème crucial de la santé et d'intervenir pour tenter d'enrayer le fléau de la détérioration de celle-ci. À première vue, il serait tentant de considérer l'éducation à la santé comme un phénomène propre à notre temps, une priorité à laquelle notre génération doit faire face dans un monde où bien des facteurs se conjuguent pour détruire un environnement de plus en plus vulnérable. Et pourtant, il n'en est rien, il suffit de scruter le passé pour s'apercevoir que de telles préoccupations sont universelles

et ont traversé les époques. Il devient donc particulièrement intéressant de déterminer comment le milieu québécois a su justifier, intégrer et implanter l'éducation à la santé dans les écoles de la province tout au long de son histoire.

The children now love luxury, they have bad manners, contempt for authority. They show disrespect for elders, and love to chatter instead of exercising.

SOCRATE

La santé est assurément au cœur de nos préoccupations sociales actuelles. Il suffit de consulter les chiffres alarmants que nous présentent les différentes études sur l'état de santé de la population québécoise, et en particulier celui des enfants d'âge scolaire, pour mieux comprendre l'urgence de conscientiser la population au problème crucial de la santé et d'intervenir pour tenter d'enrayer le fléau de la détérioration de celle-ci.

Intervenir à l'échelle nationale pour mettre en place des mesures efficaces pour développer de saines habitudes de vie devient une priorité. Le ministère de l'Éducation du Québec l'a très bien compris, puisqu'il inclut l'éducation à la santé dans ses nouveaux programmes de formation de l'école québécoise. Santé et bien-être sont l'un des cinq domaines généraux de formation et «L'école a un rôle important à jouer à cet égard, notamment en ce qui a trait à la compréhension des enjeux liés à la santé et au bien-être et à l'adoption de saines habitudes de vie» (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001, p. 44). L'ensemble des intervenants du milieu scolaire œuvrent à cette action concertée avec la participation particulière de l'éducateur physique, qui doit s'assurer de faire acquérir une compétence particulière tout au long de la scolarité des élèves.

À première vue, il serait tentant de considérer l'éducation à la santé comme un phénomène propre à notre temps, une priorité à laquelle notre génération doit faire face dans un monde où bien des facteurs se conjuguent

pour détruire un environnement de plus en plus vulnérable. Et pourtant, il n'en est rien, il suffit de scruter le passé pour s'apercevoir que de telles préoccupations sont universelles et ont traversé les époques. Haley (1978), dans son excellente rétrospective de la culture victorienne, ne nous affirme-t-il pas que l'Angleterre du XIX^e siècle était tourmentée par la santé tant publique que personnelle de ses concitoyens, au point de leur faire oublier tous les autres problèmes domestiques ? « *No topic more occupied the Victorian mind than Health – not religion or politics, or improvement, or Darwinism* » (Haley, 1978).

Au Québec, les défenseurs du mouvement hygiéniste du début du XX^e siècle ont lancé une vaste opération de sensibilisation auprès des autorités publiques et de la population en général pour améliorer la santé des Canadiens français et mettre en place des services sanitaires dans les grandes villes.

Depuis l'Antiquité, les médecins se sont évertués à transmettre à leurs concitoyens les préceptes de saines habitudes de vie : que l'on songe à Galien avec son traité *Hygiēna* (deuxième siècle de notre ère), destiné aux citoyens éduqués de la Grèce, dans lequel il décrivait les facteurs nuisibles à la santé et les moyens d'y remédier, à Vergerio, humaniste de la Renaissance qui donne des conseils sur l'hygiène du corps dans son *De Ingenius Moribus et Liberalivus Studiis Cardano*, qui publie en 1560 son *De Sanitate Tuenda*, ouvrage qui traite du régime à suivre pour maintenir une bonne santé, à Georges Cheyne, qui fait paraître à Londres dès 1724 un *Essay of Health and Long Life*, et à Rickerson, qui fait paraître aux États-Unis le premier livre d'hygiène américain : *Means of Preserving Health and Preventing Diseases* (1806).

Tous ces auteurs ont sensibilisé leurs contemporains aux bienfaits de l'exercice physique, établissant empiriquement un lien entre une vie active et le maintien de la santé. Cette relation est aujourd'hui confirmée scientifiquement par de nombreux chercheurs qui considèrent que l'exercice est l'un des facteurs essentiels à la santé globale des individus. Il devient donc particulièrement intéressant pour les intervenants en éducation physique de retracer au fil du temps les aspects de cette longue collaboration et de déterminer comment le milieu québécois a su justifier, intégrer et implanter l'éducation à la santé dans les écoles de la province tout au long de son histoire.

1. LE CONCEPT DE SANTÉ

1.1. UNE DÉFINITION

Avant de préciser ce qu'est l'éducation à la santé, il faudrait, en tout premier lieu, définir le concept de santé. Qu'entend-on par santé ? Existe-t-il un consensus pour définir ce concept ? Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la santé (1946) donne une définition inclusive qui se veut universelle. Pour elle : «La santé est un état de bien-être complet, physique, mental et social et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité», mais est-ce assez explicite ? Si on analyse les variantes qu'apportent les auteurs contemporains, il apparaît évident que bien des interprétations sont possibles. Ainsi, les éducateurs physiques, dans le mémoire qu'ils présentaient en 1993 à la commission parlementaire du budget et de l'administration de la province de Québec, ajoutent la dimension de l'adaptabilité à l'environnement et aux modifications biologiques :

[...] le maintien d'une bonne santé nécessite que l'on soit capable de prévenir les maladies et les blessures, d'acquérir un certain niveau de bien-être physique, mental et social et de s'adapter de façon adéquate à différents environnements ou milieux de vie, à diverses périodes de l'existence (CEEPQ, 1993, p. 53).

Pour Bernadette Lamboy, il s'agit presque d'une harmonie personnelle :

Être en santé n'est pas forcément avoir la santé. Être en santé se rapproche beaucoup plus de la manière de m'y prendre avec ce qui se passe en moi. Ce que je fais de ce qui m'arrive. Comment je vais permettre à ce qui m'arrive d'éclorre et de fleurir pour que je devienne un peu plus qui je suis vraiment ? Comment je vais permettre à ce qui m'arrive de s'harmoniser avec le tout pour que naisse l'accord, osons-nous dire parfait ? (Lamboy, 1996, p. 27).

Autre discours pour Crombez (1994), qui introduit une notion plutôt dynamique et mécaniste de la santé :

La santé est donc un équilibre entre des événements morbides externes ou internes qui menacent l'organisme et sa structure, et des mécanismes de guérison qui tendent à corriger ces événements et leurs effets (Crombez, 1994, p. 37).

Curieusement, cette notion d'équilibre rappelle celle que prônaient les médecins de l'Antiquité, qui définissaient la santé comme l'équilibre des humeurs de l'individu, équilibre des éléments ingérés et des éléments excrétés, tout en tenant compte de l'influence de l'environnement climatique et des saisons¹.

Enfin, pour certains, toute définition de la santé reste teintée par la vision du monde et l'ensemble des valeurs véhiculées par la société à une époque donnée. Ainsi, dans le Québec de la fin du XIX^e siècle, les hygiénistes comme le Dr Desroches (1889) énoncent que celui qui jouit de la santé éprouve un sentiment général de bien-être, de contentement et de bonheur.

Un peu plus tard, un humaniste chrétien comme Paplauskas-Ramunas (1960) ajoutera une dimension spirituelle au concept de santé, en affirmant :

L'homme sain, dans le sens plénier de ce mot, c'est la personne intégrée au point de vue biologique, intellectuel, moral, spirituel, capable non seulement de s'adapter au milieu physique, culturel, social, religieux, mais aussi de le maîtriser, de le transformer, de l'enrichir, d'une façon créatrice, et ainsi de se réaliser dans toute la plénitude de son existence (p. 40).

Aujourd'hui, on parle de la santé parfaite avec comme corollaire le corps parfait dans un monde où la perfection biologique semble être devenue la norme. Pour sa part, Paplauskas-Ramunas laisse entendre que la notion de santé chez les élèves serait bien plus vaste et engloberait la réussite scolaire, leur épanouissement et leur insertion dans le milieu éducatif.

En résumé, il serait donc exact de parler de santé globale, couvrant tous les aspects de la vie d'un individu dans une société à une époque donnée, santé que l'on va promouvoir en fonction des priorités du moment et des idéaux politiques.

Le concept de santé sera donc tributaire de l'idéologie sociale et des besoins prioritaires de l'époque. Ainsi, en période de conflits armés, on insistera sur la santé des hommes afin qu'ils deviennent des guerriers forts et courageux afin de mieux remplir leur devoir de défenseurs de la patrie. Au XIX^e siècle, lors du développement industriel, on fera plutôt la promotion de la santé dans un souci de productivité, l'ouvrier

1. Hippocrate (V^e siècle av. J.C.) et Galien (II^e siècle) ont expliqué la santé par la théorie des humeurs.

malade n'étant guère rentable pour l'entreprise qui l'emploie. Aujourd'hui et pendant les époques de crise économique, on responsabilise chaque citoyen devant le fardeau des coûts sociaux de santé en l'incitant à se prendre en mains et à acquérir de saines habitudes de vie.

Il est certain que la santé ne sera pas toujours tributaire d'intérêts aussi mercantiles. Dans une approche humaniste, on recherchera plutôt l'épanouissement de l'individu dans sa condition d'homme, que ce soit au ^v^e siècle av. J.-C. en Grèce, où la santé est l'un des facteurs du système d'éducation (la *Païdeia*), ou à l'époque contemporaine, où il devient primordial de développer chaque citoyen dans sa spécificité.

Il est intéressant de noter que toutes ces approches sont présentes dans les développements et la promotion de la santé au Québec. Prenons, par exemple, le courant hygiéniste qui se développe dans notre province de la moitié du ^{xix}^e siècle au milieu du ^{xx}^e. On y retrouve simultanément un discours très conservateur et nationaliste que Tétreault (1979) qualifie de bourgeois, en même temps qu'un discours médico-social importé d'Europe et des États-Unis. En effet, deux tendances se manifestent simultanément: Guérard (1996), dans son *Histoire de la santé au Québec*, rappelle que les principaux éléments du discours hygiéniste

[...] «s'intègrent assez bien aux deux grandes idéologies du Québec de l'époque: le libéralisme, présent au sein des milieux d'affaires et le nationalisme traditionaliste dont se font les fervents défenseurs des membres de la petite bourgeoisie francophone parmi lesquels le clergé exerce une grande influence» (Guérard, 1996, p. 46).

Ainsi, les hygiénistes et les représentants des milieux médicaux vont plutôt adopter un discours auquel les milieux politiques et les milieux d'affaires seront sensibles en parlant de productivité, de puissance économique et de sécurité de la nation.

Dans le *Rapport du Conseil d'hygiène de la Province de Québec 1905-1906*, les besoins en santé sont justifiés par le fait que :

Tous les enfants qui meurent en bas âge diminuent la somme des forces de la nation au lieu de l'accroître et, pour notre pays, ce sont des capitaux qui se perdent sans se reproduire (Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1906, p. 104).

Pour les milieux traditionalistes, c'est l'un des protagonistes du courant hygiéniste, le D^r Lachapelle, qui représente le mieux les intérêts et les préoccupations de la classe sociale dirigeante de cette époque. Son

discours sur la santé fait référence aux grands thèmes mis de l'avant par la bourgeoisie francophone: religion, morale, importance des facteurs économiques et du travail, cohésion sociale et souci de développer une nation forte.

Derrière l'étude de l'hygiène, il y a une grave question: «le perfectionnement physique et moral et l'accroissement de notre nationalité» (Lachapelle, 1890, p. 9).

Tétreault (1979), quant à lui, affirme que ce discours sur l'hygiène de vie et la santé «épouse les formes les plus subtiles et les plus élevées de l'idéologie canadienne-française de l'époque» (Tétreault, 1979, p. 20). Il mentionne lui aussi la religion, la morale et l'esprit nationaliste, ainsi que l'impact économique de la santé publique.

Durant les années 1970, l'accent est plutôt mis sur les saines habitudes de vie et sur la mise en forme. Les spécialistes des sciences de l'activité physique telle Bouchard démontrent les conséquences néfastes de la sédentarité et étudient les facteurs qui influencent la condition physique. Le regard de la santé se tourne vers la mise en forme. Dans son rapport présenté au ministre d'État responsable du Haut-commissariat à la Jeunesse, aux Loisirs et aux Sports (1974), le comité d'étude sur la condition physique des Québécois dénonce le piètre état de santé de la population québécoise et en attribue les causes à leurs mauvaises habitudes de vie. L'effort qui est mis à partir de cette date sur le développement de la santé globale ne semble malheureusement pas avoir eu beaucoup d'impact, puisqu'une enquête sociale et de santé conduite plus de 20 ans plus tard rapporte une détérioration de la santé depuis 1987 et une augmentation du taux de Québécois inactifs, qui atteint près de 75%.

1.2. SANTÉ DEVIENT DONC SYNONYME D'ACTIVITÉ...

Le mémoire remis à la Commission des états généraux sur l'éducation, déposé par R. Larouche (1995) au nom des éducateurs physiques de la province, reprend en quelque sorte l'éventail des raisons évoquées pour promouvoir la santé dans une société donnée:

rendre le corps plus endurant, plus résistant, plus apte à combattre la fatigue physique et mentale tout en permettant d'acquérir des habitudes de vie saines qui améliorent la qualité de vie et la

productivité des travailleurs ainsi que la rentabilité des entreprises en les rendant plus compétitives, plus efficaces et efficientes (Larouche, 1995, p. 5).

2. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

L'état déplorable de la santé des Montréalais de 1880 à 1913 est une conséquence, selon Tétreault (1979), du manque de connaissances hygiéniques des classes modestes. Les autorités médicales et gouvernementales du XIX^e siècle n'hésitent pas comme le fait le D^r Lachapelle (1880) à dénoncer l'ignorance des familles canadiennes concernant les moyens à prendre pour leur santé et à qualifier cet état de fait de « fatalité mortelle ». Le D^r Lasalle (1885) attribue la cause de la très forte mortalité infantile de l'époque à ce manque de connaissances, à l'état insalubre des logements et au manque de volonté sociale de la part des différents niveaux de gouvernement.

Les efforts seront donc axés en tout premier lieu sur la mise en place d'un vaste programme de sensibilisation et de promotion de la santé qui va se déployer à travers le système scolaire québécois. L'école va constituer le principal lieu de convergence des efforts de propagande en faveur de l'hygiène. Une littérature spécialisée va être distribuée dans le milieu scolaire par le service provincial d'hygiène et le département de santé du gouvernement fédéral. Les enfants seront en tout premier lieu visés; ils deviendront, selon le terme des chercheurs Desrosiers, Gaumer et Keel (1991), des « propagateurs d'hygiène », démultipliant ainsi l'action de sensibilisation dans leur milieu. S'ajoute à cela une campagne d'éducation pour les institutrices d'écoles de rang et l'organisation dans les écoles, de conférences et de séances de cinéma à l'intention des mères de famille. Des annonces publicitaires dans les journaux et la distribution de littérature complètent cette approche pour l'ensemble de la population.

Ce mouvement d'éducation à la santé n'est pas nouveau, puisqu'il nous vient directement des États-Unis, où des éducateurs physiques comme Gulick et McKenzie ont insisté sur les besoins de mettre sur pied des programmes d'hygiène et d'éducation physique dans les milieux scolaires. En réalité, ce courant d'éducation à la santé venait directement d'Europe, où existaient depuis la fin du XVIII^e siècle certaines initiatives comme celle du comte Rumford, qui institua dans les écoles de Bavière une distribution de repas pour les écoliers déshérités.

Il suffit de faire référence à l'ouvrage de Wilson (1948), *Health Education. A Guide for Teachers and a Text for Teacher Education*, pour mieux comprendre tous les aspects de cette éducation à la santé :

Health is in itself one of the primary goals of education [...] Hence all educators, the entire school personnel, and every area of the curriculum are in some measure educating for health [...]. In terms of a program: health education is the process of providing learning experiences for the purpose of influencing knowledge, attitudes, or conduct relating to individual, community, or world health [...] in terms of end results: health education is the sum of experiences which favorably influence practices, attitudes, and knowledge relating to health (Wilson, 1948, p. 4).

Les objectifs généraux d'une telle éducation sont décrits en ces termes :

- (1) Éduquer les enfants et les adolescents afin de leur permettre de conserver ou d'améliorer leur santé et de leur assurer la force et la vitalité nécessaires pour vivre heureux et répondre à leurs besoins, ainsi qu'à ceux de leur famille et de leur communauté.
- (2) Promouvoir les connaissances, les attitudes et les comportements qui permettent aux parents et aux autres adultes de maintenir ou d'améliorer la santé dans le milieu familial et communautaire.
- (3) Améliorer la vie des individus et de la communauté dans le futur, travailler à l'amélioration des générations suivantes et bâtir une nation et un monde plus en santé (traduction libre, *id.*, p. 5).

3. LES LIENS ENTRE L'EXERCICE ET LA SANTÉ

Nombreux sont les intervenants qui ont établi des liens entre la pratique de l'activité physique et le maintien de la santé. Médecins, éducateurs et philosophes ont, au courant de l'histoire, justifié les besoins d'une éducation corporelle pour l'être humain tantôt de manière empirique en s'appuyant sur une intuition extraordinaire, tantôt en faisant appel à des recherches scientifiques soutenues par les connaissances de leur temps. Ainsi, dès le ^ve siècle av. J.-C., Hippocrate expose dans son livre *Du Régime* les grands points de sa doctrine sur la santé qu'il dit être le résultat de l'équilibre entre les aliments ingérés et les exercices pratiqués par les individus. Galien, illustre médecin du deuxième siècle de notre ère dont les préceptes

seront suivis jusqu'à la fin de la Renaissance, adopte pour sa part la conception selon laquelle les exercices physiques peuvent agir autant de manière préventive que curative sur la santé du corps humain.

Les humanistes de la Renaissance défendront eux aussi la pratique de l'activité physique à une époque où il est difficile de contrevenir aux croyances et dogmes imposés par le clergé. Ils utiliseront les arguments suivants pour tenter de démontrer le bien-fondé du développement du corps :

1. l'activité physique est nécessaire pour assurer la santé, elle permet d'améliorer la force, l'endurance et le développement organique ;
2. le corps qui pratique des exercices corporels devient vigoureux, agile, robuste et gracieux ;
3. l'exercice participe au développement moral puisqu'il développe l'autodiscipline, le contrôle des émotions, la vertu, le respect des règlements et de l'autorité ;
4. la pratique des activités corporelles entraîne des bénéfices au plan de la santé mentale car elle dissipe le découragement ; elle développe la bonne humeur, la joie et la satisfaction personnelle ;
5. l'activité physique est essentielle au développement des enfants et des adolescents ;
6. le développement intellectuel sera amélioré du fait que l'individu retournera plus dispos à ses études après une activité physique.

Une telle justification n'est pas loin de celle que les médecins hygiénistes du Québec utilisaient auprès des autorités cléricales pour défendre le bien-fondé d'un programme d'exercices dans les écoles ou de l'argumentation présentée par Larouche (1995) pour démontrer la nécessité de maintenir l'éducation physique scolaire auprès du gouvernement québécois.

[...] la pratique régulière et continue de l'activité physique [...] a généralement pour effet de réduire les risques de maladies cardiovasculaires, de maintenir le poids et de renforcer le fonctionnement des articulations [...] et des muscles. Elle a également un effet bénéfique sur les niveaux de stress, d'anxiété, de dépression, d'insomnies de fatigue. L'habitude de faire de l'exercice physique est généralement associée à une alimentation équilibrée et à une faible consommation

d'alcool et de tabac, ce qui multiplie son potentiel préventif. Diverses enquêtes démontrent que les jeunes physiquement plus actifs fument moins, s'alimentent mieux et de façon générale, discernent mieux les habitudes de vie favorables à leur bien-être et leur santé que les jeunes moins actifs.

L'habitude d'être actif physiquement durant la vie adulte étant influencée par les expériences vécues au cours de l'enfance et de l'adolescence, il importe qu'on acquière très tôt cette façon d'être et d'agir pour qu'elle s'intègre dans le mode de vie des jeunes.» (CEEPQ, 1995, p. 57)

Mais cette association entre exercice et santé a sans doute été mieux défendue par les médecins et éducateurs physiques américains. Dès le début du XIX^e siècle, ces derniers abordent fréquemment dans leurs écrits et leurs conférences les liens entre l'activité physique et la santé. Ils désignent d'ailleurs l'activité physique des enfants par le mot *physical education* (éducation physique) au lieu d'utiliser les termes *gymnastics* ou *calisthenics* normalement en usage à cette époque. Willich (1801), dans son ouvrage *Lectures on Diet and Regimen*, en donne une définition succincte et claire : «[...] *by physical education is meant the bodily treatment of children*» (Willich, 1801, p. 60).

Des médecins comme Whorton ou des éducateurs comme Charles Caldwell² ont consacré leur vie à développer l'éducation physique moderne qu'ils ont justifiée en utilisant un langage médical, Caldwell (1834) la définit ainsi :

[...] scheme of training, which contributes most effectually to the development, health, and perfection of living matter. As applied to man, it is that scheme which raises his whole system to its summit of perfection. If complete, it would be tantamount of an entire system of Hygiene. It would embrace everything that, by bearing in any way on the human body, might injure or benefit it in its health, vigour, and fitness for action (Caldwell, 1834, p. 28)

2. Professeur de renom au Département de médecine de l'Université de Transylvanie qui écrivit un best-seller en 1834 sous le titre *Thoughts on Physical Education*.

Les effets de l'entraînement physique sur l'état de santé des individus est d'ailleurs un thème qui revient continuellement dans les articles du *Boston Medical and Surgical Journal* de 1880 à 1900, où l'on fera souvent mention de l'*hygienic gymnastics* pour désigner les exercices plus particulièrement thérapeutiques issus de la gymnastique médicale de Ling³.

Selon Weston (1962), durant le XIX^e siècle aux États-Unis, la santé devient l'objectif principal de l'éducation physique et bien des unités académiques qui forment les éducateurs physiques de l'époque dans les universités américaines vont prendre le nom de départements de santé et d'éducation physique. Ce n'est que vers les années 1920 que la santé se séparera de l'éducation physique pour devenir autonome et que des spécialistes en santé feront leur apparition⁴.

Cette tendance aura comme conséquence le développement d'un domaine de recherche sur les sciences de l'activité physique humaine et plus particulièrement sur la physiologie de l'exercice. En effet, tout au long du XIX^e siècle, les chercheurs en Europe comme aux États-Unis vont étudier les effets de l'exercice sur l'organisme humain. En Angleterre, ce sera Smith qui analysera en 1857 les effets d'un travail manuel intense sur la santé et le bien-être de prisonniers ; en Allemagne, Kolb fera paraître en 1887 l'un des ouvrages les plus reconnus sur la physiologie de l'exercice, *Beitrag zur Physiologie Maximaler Muskelarbeit Besonders des Modernen Sports* et, un an plus tard, le Français F. Lagrange publiera sur ce sujet un livre qui sera disponible dès 1890 sur le continent américain sous le titre *Physiology of Bodily Exercise*.

Au Canada, la relation entre l'éducation à la santé et l'éducation physique fera l'objet de recherches à partir des années 1960. Frache (1965) décrira le caractère particulier de leur rapport en ces termes :

The interrelationship of health education and physical education is both natural and necessary: each affects the other, reinforces the other, and depends upon the other for success (Frache, 1965, p. 37)⁵.

-
3. La gymnastique médicale de Ling était généralement désignée sous le vocable gymnastique suédoise.
 4. À noter qu'au Québec et particulièrement à l'Université de Montréal, cette séparation ne se fera qu'à partir des années 1960.
 5. «Les interactions entre l'éducation à la santé et l'éducation physique sont à la fois naturelles et nécessaires; chacune influence l'autre, la renforce et dépend d'elle pour être efficace» (traduction libre).

Plus récemment, Martens (1986) tentera d'en cerner les similitudes et les différences reconnaissant à l'éducation à la santé la particularité de transmettre des connaissances plus générales sur le corps et les saines habitudes de vie, sur le contrôle et la prévention des maladies contagieuses, sur la santé dentaire et sur les facteurs de risque tels le tabagisme et l'usage des drogues. Par contre, les deux domaines sont concernés par la santé des individus, les bienfaits de l'activité physique, la personne dans sa globalité, le bien-être mental et social, le problème du contrôle du poids et la prévention des maladies reliées à la sédentarité.

4. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ DANS LES ÉCOLES QUÉBÉCOISES

L'implantation de l'éducation à la santé dans les écoles québécoises peut être directement associée à l'action des hygiénistes, qui prend naissance dans le contexte social particulier du Québec de la deuxième moitié du XIX^e siècle. À cette époque, la province, jusqu'alors majoritairement rurale, connaît une urbanisation rapide reliée à l'industrialisation qui entraîne une détérioration de la qualité de vie dans les grandes villes, ce qui a comme conséquence l'apparition de sérieux problèmes de santé dans la population. Les représentants de ce courant hygiéniste, et surtout les médecins, vont dénoncer l'épuisement des travailleurs dans les usines, l'effrayant taux de mortalité infantile, le surmenage scolaire, les ravages de la tuberculose et des maladies contagieuses et les méfaits de l'alcoolisme (Guay, 1980). Leur objectif va donc être de sensibiliser autant les autorités publiques que les particuliers à l'importance d'adopter des habitudes de vie saines et à la nécessité de promouvoir la santé publique et la santé privée de la population québécoise. Pour ce faire, ils vont proposer aux dirigeants politiques des mesures concrètes pour améliorer la salubrité des villes et vont suggérer de mettre sur pied des programmes d'éducation à la santé (Guay, 1987), sans toutefois clairement favoriser le développement de l'activité physique qui ne répond pas aux priorités de l'époque. En effet, la pratique des exercices corporels est loin d'être une priorité pour le milieu francophone catholique de la province.

Le discours hygiéniste sera donc incarné par les médecins québécois comme les docteurs Séverin Lachapelle, J. Desroches, H. Palardy et R. Masson. Le plus populaire d'entre eux, le plus écouté et certainement le plus engagé semble être le D^r Desroches. Non seulement il est rédacteur en chef du *Journal d'Hygiène populaire*, mais il écrit aussi pour les revues

pédagogiques comme *L'enseignement primaire* et publie de nombreux traités d'hygiène : *Catéchisme d'hygiène privée* (1889), *Traité élémentaire d'hygiène privée* (1890), *Préceptes de l'hygiène scolaire* (1891) et *Catéchisme d'hygiène privée et publique* (1897). En général, cette littérature s'adresse à deux types de populations : le public de la classe bourgeoise et le monde de l'éducation. Pour le milieu scolaire, les publications sont avant tout des ouvrages pédagogiques destinés à la formation des instituteurs qui devront enseigner l'hygiène dans les écoles et aider les enfants à acquérir de saines habitudes de vie. Les exercices physiques sont à peine présentés, on s'attarde surtout à dire à l'enseignant qu'il devra aérer la classe, ménager des récréations et surveiller la propreté des élèves.

Les médecins vont donc entreprendre dès 1870 une campagne en faveur de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles en sensibilisant les politiciens aux problèmes de santé des enfants, aux conditions hygiéniques déplorable du milieu scolaire et à l'ignorance des lois élémentaires d'une saine hygiène de vie. Ils vont souhaiter intervenir dans les écoles québécoises un peu à la manière des médecins européens, qui ont mis sur pied une médecine scolaire très performante. Enfin, ils vont suggérer l'intégration des exercices physiques dans les programmes scolaires en rappelant que la pratique de l'activité physique, comme le mentionne si bien le D^r Lachapelle (1893) lors d'une conférence qu'il prononce pour les enseignants catholiques de Montréal, est un excellent contrepoids au travail de l'esprit, un antidote pour l'homme contraint à la sédentarité par l'exigence des travaux intellectuels et une pratique pour contrebalancer l'influence funeste de l'immobilité musculaire.

Leur effort porte fruit, puisque l'enseignement de l'hygiène et des exercices corporels devient obligatoire dans les écoles à partir de 1873. L'enseignement de l'hygiène comporte trois aspects : 1) l'enseignement aux élèves des règles de l'hygiène personnelle, 2) l'inspection médicale des écoles et l'évaluation de la santé des enfants, le dépistage des maladies et l'évaluation des milieux de vie et 3) l'enseignement de l'activité physique par la pratique du sport ou de la gymnastique.

Malheureusement, l'application de cette heureuse décision restera lettre morte, faute d'un financement adéquat et d'un personnel qualifié pour la réaliser, et il faudra attendre la fin du XIX^e siècle pour voir une nouvelle loi⁶ imposer l'enseignement de l'hygiène dans les écoles québécoises.

Dans la pratique, les discours et les décisions gouvernementales ne semblent guère porter fruit, puisqu'une étude menée en 1907 dans 155 écoles de Montréal rapporte que sur 50 000 enfants examinés, 1 565 souffrent de malnutrition, 13 000 ont les dents cariées, 3 800 présentent une hypertrophie des amygdales, 3 656 ont des poux et 34 000 ne sont pas en bonne santé (Tétrault, 1979).

Il est curieux d'ailleurs de constater près de 25 ans plus tard que la situation ne semble pas s'être améliorée, puisque l'on reprend les mêmes arguments qu'à la fin du siècle précédent pour demander l'intégration de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles. De nombreuses conférences d'hygiène scolaire sont organisées, on procède au dépistage des problèmes de santé et des « défauts » des enfants d'âge scolaire et l'on sensibilise les instituteurs à la nécessité d'enseigner les règles d'hygiène.

Malgré cela, une dizaine d'années plus tard, les effets positifs de telles initiatives ne semblent pas évidents. Jean-Robert Bonnier, dans le rapport qu'il transmet en 1938 au Conseil d'hygiène de la province de Québec, constate que les écoles québécoises sont petites, désuètes, mal éclairées et peu ventilées. Il conclut en affirmant :

[...] les Canadiens-français font pitié au chapitre de l'hygiène et de la santé, l'Anglo-saxon ne lésine jamais dès qu'il s'agit de la santé et de l'instruction de la jeunesse croyant sagement que l'héritage le plus précieux est d'abord une santé resplendissante, plus un développement physique et intellectuel harmonieux (Guay, 1980).

À cette époque, la gymnastique et l'hygiène figurent pourtant parmi les 15 matières du cours primaire⁷, mais leur enseignement reste bien limité. Ainsi l'éducation à la santé doit partager les quelque 45 minutes qui lui sont accordées avec des leçons de civisme et de bienséance.

6. Loi adoptée en 1892.

7. Une heure sur les 26,5 de la semaine doit normalement y être consacrée durant les quatre premières années, et une demi-heure en 5^e et 6^e année...

En 1947, Leclerc confirme que cette situation n'évolue guère au fil des années, puisqu'il écrit : « N'est-il pas permis de douter de leurs bonnes intentions lorsque des institutions qui apportent pour motifs le développement physique et la santé, promeuvent des exercices physiques dans des conditions antipédagogiques et antihygiéniques ? » (Guay, 1980)

Il est difficile de cerner les raisons du retard dans l'application de l'éducation à la santé, mais il paraît évident que l'intérêt pour le sujet semble s'estomper à partir de la moitié du xx^e siècle. Jack Fouracre, lors des Congrès de la CAHPER en 1955 et 1957, dénoncera cette lacune.

Pourtant, la santé des Québécois semble toujours poser des problèmes et les rapports successifs sur le système éducatif proposeront tous des réformes pour améliorer la situation existante. Ainsi, le *Rapport Parent* (1963) dénonce la mauvaise condition physique des écoliers, le *Rapport Guay* (1964) reconnaît que les programmes officiels d'éducation physique et de santé ne sont pas appliqués dans les écoles francophones et le *Rapport Beauregard* (1975) recommande que l'on développe l'état optimal de santé et de bien-être des étudiants québécois.

Autant de bilans qui, au long des années, semblent confirmer que l'état de santé des Québécois reste une préoccupation constante et un problème jamais entièrement résolu, puisqu'il demande sans cesse de nouvelles initiatives.

Ce seront les éducateurs physiques et non les médecins qui vont devenir les fervents défenseurs d'une santé globale par l'activité physique, justifiant par le fait même la légitimité de l'enseignement de l'éducation physique dans les institutions scolaires. Le mémoire présenté en 1993 par la CEEPQ en donne un excellent exemple :

La CEEPQ est convaincue que ses membres, qui œuvrent aux différents niveaux d'enseignement (primaire, secondaire et collégial) peuvent contribuer, avec les autres intervenants de la santé, à l'atteinte des objectifs de la politique de la santé et bien-être annoncée par le Gouvernement [*sic*] du Québec en juin 1992.

[...] la pratique régulière et continue de l'activité physique [...] a généralement pour effet de réduire les risques de maladies cardiovasculaires, de maintenir le poids et de renforcer le fonctionnement des articulations [...] et des muscles. Elle a également un effet bénéfique sur les niveaux de stress, d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de fatigue. L'habitude de faire de l'exercice physique est généralement associée à une alimentation équilibrée et à une

faible consommation d'alcool et de tabac, ce qui multiplie son potentiel préventif. Diverses enquêtes démontrent que les jeunes physiquement plus actifs fument moins, s'alimentent mieux et de façon générale, discernent mieux les habitudes de vie favorables à leur bien-être et leur santé que les jeunes moins actifs.

L'habitude d'être actif physiquement durant la vie adulte étant influencée par les expériences vécues au cours de l'enfance et de l'adolescence. Il importe qu'on acquière très tôt cette façon d'être et d'agir pour qu'elle s'intègre dans le mode de vie des jeunes.» (CEEPQ, 1993, p. 57)

Aujourd'hui, l'éducation à la santé réintègre officiellement les programmes scolaires. Cela sera-t-il suffisant pour améliorer l'état de santé de la population québécoise? Seul l'avenir nous le dira.

BIBLIOGRAPHIE

- Beauregard, C. (1975). *Rapport du Groupe de travail sur l'éducation physique et le sport à l'école*, Québec, Ministère de l'Éducation, Service général des communications.
- Caldwell, C. (1834). *Thoughts on Physical Education*, Communication présentée à Convention of teachers in Lexington, Kentucky, novembre 1833, Boston, Marsh, Capen & Lyon.
- Comité d'étude sur la condition physique des Québécois (1974). *Rapport présenté au Ministre d'État responsable du Haut-commissariat à la Jeunesse, aux Loisirs et aux Sports*, Comité d'étude sur la condition physique des Québécois, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Confédération des éducateurs et éducatrices physiques du Québec et Représentants et représentantes des professeur-e-s d'éducation physique (CEEPQ) (1993). *L'éducation physique: une nécessité et un potentiel à exploiter*, Mémoire présenté à la commission parlementaire du budget et de l'administration par le comité de liaison CEEPQ-CEGEP.
- Conseil d'hygiène de la province de Québec (1906). *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec*, Québec, C.F. Langlois.
- Crombez, J.C. (1994). *La guérison en écho*, Montréal, MNH.
- Desroches, J. (1889). *Catéchisme d'hygiène privée*, Montréal, W.F. Daniel.
- Desroches, J. (1890). *Traité élémentaire d'hygiène privée*, Montréal, Bureau du Journal d'hygiène populaire.
- Desroches, J. (1891). *Préceptes de l'hygiène scolaire*. s.l.n.d.
- Desroches, J. (1897). *Catéchisme d'hygiène privée et publique*, Montréal, W.F. Daniel.

- Desrosiers G., B. Gaumer et O. Keel (1991). *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*, Montréal, Université de Montréal.
- Frache, J. (1965). «The interrelationship of health education and physical education», dans M. VanVliet (dir.), *Physical Education in Canada*, Scarborough, Prentice-Hall of Canada, p. 193-206.
- Guay, D. (1964). *L'éducation physique dans les écoles élémentaires du Québec*, Lévis, *La Tribune de Lévis*.
- Guay, D. (1980). *Histoire de l'éducation physique au Québec: conceptions et événements, 1830-1980*, Chicoutimi, Gaétan Morin.
- Guay, D. (1987). *Introduction à l'histoire du sport au Québec*, Montréal, VLB.
- Guérard, F. (1996). *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal.
- Haley, B. (1978). *The Health Body and Victorian Culture*, Cambridge, The Belknap Press.
- Lachapelle, S. (1880). *La santé pour tous ou Notions élémentaires de physiologie et d'hygiène à l'usage des familles, suivies du Petit guide de la mère auprès de son enfant malade*, Montréal, Imprimerie canadienne.
- Lachapelle, S. (1890). *Manuel d'hygiène*, Montréal, Cadieux et Derome.
- Lachapelle, S. (1893). *L'homme et l'hygiène: conférence faite devant l'Association des instituteurs catholiques de Montréal à l'École normale Jacques-Cartier, le 26 mai 1893*, Montréal, s.n.
- Lambooy, B. (1996). «Santé: la voie intérieure», *D'âmes et d'hommes*, vol. 9, automne, p. 26-29.
- Larouche, R. (1995). *Un peuple moins sédentaire et en meilleure santé à travers l'EP et la vie active*, Mémoire déposé par la FEEPEQ à la Commission des États généraux sur l'éducation.
- Lasalle, L. (1885). «L'hygiène dans les écoles», *Journal d'hygiène populaire*, vol. 1, n° 16, p. 1-2.
- Les autorités fédérales de la confédération suisse (1946). *Organisation mondiale de la santé, Constitution de l'organisation mondiale de la santé du 22 juillet 1946, Document 0.810.1*, <www.admin.ch/ch/f/rs/c0_810_1.html>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Martens, F. (1986). *Basic Concepts of Physical Education: The Foundations in Canada*, Champaign, Stipes Publishing Company.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Paplauskas-Ramunas, A. (1960). *L'éducation physique dans l'humanisme intégral*, Ottawa, Les Éditions de l'Université d'Ottawa.
- Parent, A.-M. (1963). *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, Québec, Imp. Desmarais.

- Tétrault, M. (1979). *L'état de la santé des Montréalais de 1880 à 1914*, Thèse de maîtrise, Montréal, Département d'histoire, Université de Montréal.
- Weston, A. (1962). *The Making of American Physical Education*, New York, Appleton-Century Crofts.
- Willich, A. (1801). *Lectures on Diet and Regimen*, New York, T&J. Swords.
- Wilson, C. (1948). *Health Education. A Guide for Teachers and a Text for Teacher Education*, Washington, National Education Association of the United States.

PROBLÉMATISATION

L'éducation à la santé et l'éducation physique

Sylvain TURCOTTE, Département de kinanthropologie, Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ

Les données épidémiologiques montrent l'urgence d'agir sur les habitudes de vie afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et d'axer les interventions éducatives à ce propos, particulièrement auprès des enfants et des adolescents, afin de les aider à adopter des comportements favorables à la santé dès leur plus jeune âge. Au Québec, la récente réforme des programmes de formation en enseignement aux niveaux primaire et secondaire se traduit par l'inclusion de l'éducation à la santé dans le programme disciplinaire d'enseignement en éducation physique. Cette inclusion modifie le rôle de l'éducation physique en incluant dans ses objets l'enseignement d'une nouvelle compétence disciplinaire, à savoir *Adopter un mode de vie sain et actif*. L'ajout de cette compétence au programme d'éducation

physique occasionne un élargissement des thématiques d'enseignement rattachées à cette discipline. Ce changement disciplinaire provoque une transformation des programmes de formation, en plus d'avoir une incidence directe sur les pratiques d'enseignement-apprentissage et la formation professionnelle. Le présent chapitre a pour but d'apporter un éclairage sur les défis que soulève la mise en œuvre d'un programme de formation en éducation à la santé inclus en éducation physique.

Dans le secteur de l'éducation et dans celui de la santé, une des tendances actuelles dans les pays occidentaux est de renforcer ou de consolider la présence de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cet effort découle des préoccupations soulevées par les données épidémiologiques recueillies auprès des jeunes, qui montrent l'urgence d'agir sur les habitudes de vie des enfants et des adolescents afin de les aider à adopter des comportements favorables à leur état de santé et de bien-être. L'inclusion de l'éducation à la santé à l'école a donné lieu à plusieurs tentatives qui ont abouti à des voies différentes de la réaliser, à savoir faire de l'éducation à la santé une discipline scolaire en tant que telle, en faire un domaine d'intervention qui s'ajoute aux autres interventions pédagogiques ou encore, en faire un thème transversal en inclusion dans d'autres disciplines (Motta, 1998). Ainsi, les rapports entre le domaine de l'éducation à la santé et celui de l'éducation sont très variables et il paraît assez difficile de trouver le meilleur emplacement de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette diversification dans la façon d'inclure l'éducation à la santé pose des défis aux intervenants de l'enseignement en général, comme à ceux de l'éducation physique. En effet, cette situation n'est pas différente en éducation physique, domaine dans lequel l'inclusion de l'éducation à la santé est plus récente, mais tout aussi diversifiée.

Au Québec, l'éducation physique passe actuellement par une période de réorientation importante quant au rôle qu'elle doit jouer à l'école, notamment en matière de santé, ce changement s'inspirant de deux questionnements. Le premier consiste en une remise en question des pratiques pédagogiques privilégiées par les éducateurs physiques, compte

tenu des conclusions à tirer de l'analyse de la situation de l'enseignement en éducation physique et de l'intérêt actuel du domaine de l'éducation pour une approche éducative centrée sur l'apprenant et non sur l'intervenant. Le deuxième s'inscrit dans la foulée d'une remise en question du rôle de l'éducation physique dans le développement global des enfants et des adolescents.

Dans ces circonstances, le nouveau mandat de l'éducation physique est, selon plusieurs auteurs, d'amener l'ensemble des acteurs de l'éducation physique à reconsidérer radicalement leur rôle respectif pour situer leur action dans une perspective sociale (Andrieu, 2001; Brunelle, 2002; Siedentop et Locke, 1997). Au Québec, ce mandat est clairement énoncé dans les nouveaux programmes de formation en éducation physique lorsqu'il est question des regards portés sur l'évolution de nos sociétés qui conduisent à un changement disciplinaire majeur en incluant l'éducation à la santé au programme d'éducation physique.

Les défis soulevés par l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique au Québec tiennent compte d'une inclusion d'un domaine, soit l'éducation à la santé, à un autre domaine, celui de l'éducation physique. Ce changement important en éducation physique exige de la part des enseignants de ce domaine l'appropriation des objets d'apprentissage relatifs à l'éducation à la santé et un ajout aux compétences d'enseignement pour s'adapter aux particularités propres aux interventions menées dans ce domaine. Étant donné ces circonstances, lorsque les enseignants d'éducation physique enseignent en éducation à la santé, ils sont confrontés au défi important de l'application quotidienne de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique.

L'enseignement en éducation à la santé soulève donc plusieurs défis de mise en œuvre qui sont examinés ci-après afin d'amorcer une réflexion sur l'inclusion de ce domaine à celui de l'éducation physique. Cette réflexion sera abordée à partir des angles suivants : la transformation des programmes de formation en éducation physique au Québec, les théories et modèles de référence de l'éducation à la santé et de l'éducation physique, les pratiques pédagogiques pour l'enseignement en éducation à la santé et celles identifiées auprès des enseignants en éducation physique et à la santé, la formation des enseignants en éducation physique dans le domaine de l'éducation à la santé et la place occupée par l'éducation à la santé en milieu scolaire.

1. LA TRANSFORMATION DES PROGRAMMES DE FORMATION EN ÉDUCATION PHYSIQUE AU QUÉBEC

La réforme du curriculum de l'école québécoise a amené une transformation importante de la place qu'occupe l'éducation à la santé dans le système scolaire québécois. En effet, une partie des nouvelles orientations ministérielles en éducation préscolaire et en enseignement primaire (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a) et au premier cycle du secondaire (Ministère de l'Éducation du Québec, 2003) se traduit par l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique pour ainsi constituer l'éducation physique et à la santé. L'éducation physique et à la santé se retrouve dans le domaine du développement personnel qui regroupe plusieurs disciplines qui ont comme objet d'étude la personne en relation avec elle-même, avec les autres et avec l'environnement. Plus particulièrement, ces nouveaux programmes d'éducation physique et à la santé visent à responsabiliser l'élève au regard de son agir corporel et de sa santé en lui permettant de développer : 1) un répertoire d'actions corporelles et de stratégies cognitives; 2) des attitudes positives dans ses relations avec les autres et 3) un sens critique pour une gestion judicieuse de sa santé.

Au sein des nouveaux programmes d'enseignement en éducation physique et à la santé (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a et 2003), les apprentissages sont divisés en trois compétences disciplinaires. Les deux premières compétences disciplinaires, soit « Agir dans divers contextes de pratique d'activités physiques » et « Interagir dans divers contextes de pratique d'activités physiques » sont issues des contenus disciplinaires de l'ancien curriculum en éducation physique. La troisième compétence disciplinaire, qui est « Adopter un mode de vie sain et actif », est nouvelle en éducation physique, quoiqu'elle était évoquée dans les anciens programmes de formation personnelle et sociale, de biologie et d'éducation physique. Auparavant, en éducation physique, la santé revêtait un caractère implicite dans les attentes de la société et elle se limitait au thème « Effort physique », alors que l'ajout de la troisième compétence « Adopter un mode de vie sain et actif » rend formel l'enseignement d'une variété de thématiques d'éducation à la santé de la part d'enseignants en éducation physique et le développement de situations d'apprentissage propices à l'appropriation par l'élève de sa santé et de son bien-être.

Au primaire, le développement de cette compétence permet à l'élève de s'engager dans une démarche visant l'amélioration de ses habitudes de vie au regard de sa santé et de son bien-être (Ministère de l'Éducation du

Québec, 2001a), alors qu'au premier cycle du secondaire, l'élève est invité à analyser et à documenter certains effets de ses habitudes de vie sur sa santé et son bien-être (Ministère de l'Éducation du Québec, 2003). Selon le nouveau programme d'éducation physique et à la santé, l'adoption d'un mode de vie sain et actif repose sur la prise de conscience des facteurs susceptibles d'affecter ses habitudes de façon positive ou négative et se traduit par l'engagement dans la pratique régulière d'activités physiques, par la capacité d'évaluer les effets de ses actions sur sa santé et de faire les choix qui s'imposent (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a). C'est par le développement de son « Agir » corporel (compétence 1) et de ses capacités à « Interagir » (compétence 2) que l'élève, tout en prenant progressivement en main sa santé et son bien-être, pourra « Adopter un mode de vie sain et actif ». Dans cette perspective, l'élève doit constamment faire des liens entre ses habitudes de vie et l'exécution d'actions corporelles dans divers contextes d'activités physiques. L'adoption ou la modification d'habitudes de vie liées à la santé et au bien-être s'appuie donc sur les contextes de réalisation des deux premières compétences. Ainsi, le cadre référentiel de l'éducation physique demeure le point de départ des interventions menées en éducation à la santé. Cette précision est importante, car elle influence la dynamique qu'exerce chacune des disciplines l'une sur l'autre et oriente la procédure d'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique.

La troisième compétence disciplinaire des programmes de formation est constituée de quatre éléments, à savoir : les composantes de la compétence, les savoirs essentiels, les critères d'évaluation et les attentes de fin de cycle. D'une part, la mise en action de cette troisième compétence disciplinaire du programme de formation en éducation physique et à la santé s'effectue en fonction des quatre composantes sur lesquelles elle repose, à savoir : 1) analyser les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé et son bien-être ; 2) planifier une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie ; 3) s'engager dans une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie ; 4) établir le bilan de sa démarche. Ces composantes orientent le caractère de l'apprentissage véhiculé à l'intérieur des nouveaux programmes de formation et les pratiques pédagogiques qui favorisent l'apprentissage à l'intérieur de ce nouveau courant de pensée des programmes développés pour l'école québécoise. Les nouveaux programmes de formation privilégient une approche axée sur le processus plutôt que sur le résultat, ce qui est à l'opposé des anciens programmes de formation.

D'autre part, l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique suppose celle de thématiques particulières à partir desquelles les éducateurs physiques doivent orienter leur contenu d'enseignement. Ces nouvelles thématiques exigent donc de la part des éducateurs physiques l'appropriation des contenus relatifs à l'éducation à la santé. Les savoirs essentiels à l'apprentissage de cette compétence par l'élève sont variés. Voici une brève description des savoirs essentiels que l'on retrouve pour l'ensemble des cycles du niveau primaire : la pratique régulière d'activités physiques ; la pratique sécuritaire d'activités physiques ; la condition physique ; l'hygiène corporelle associée à la pratique d'activités physiques ; la relaxation ; la gestion du stress ; les effets de la sédentarité ; la structure et le fonctionnement du corps humain. Au premier cycle du secondaire, une distinction est opérée entre les différentes thématiques abordées, alors que certaines sont identifiées comme étant des savoirs (système musculo-squelettique, règles d'éthique, de sécurité et de jeu, pratique régulière d'activités physiques, condition physique, hygiène corporelle appropriée à l'activité physique, alimentation, sommeil, comparaison des effets bénéfiques et néfastes de diverses substances et consommation excessive de matériel multimédia), d'autres représentent des savoir-faire (pratique régulière d'activités physiques, pratique sécuritaire d'activités physiques et pratique de techniques de gestion de stress) ou des savoir-être (esprit sportif, respect des règles de l'activité, aide et entraide, acceptation des différences, sens des responsabilités, persévérance dans l'adoption d'un mode de vie sain et actif, établissement de règles de coopération et gestion des conflits).

Ces savoirs essentiels traitent des savoirs particuliers à la discipline en fonction des cycles d'études, puisque les nouveaux programmes de formation prévoient un découpage de l'enseignement au niveau primaire en trois cycles d'études de deux ans et au niveau secondaire en deux cycles d'études, le premier de deux ans et le second de trois ans. Ce mode organisationnel tient compte des exigences du développement des compétences qui supposent des interventions pédagogiques de longue durée et ce découpage correspond davantage au rythme d'apprentissage des élèves et favorise une plus grande différenciation pédagogique (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a). Pour l'instant, aucun travail didactique n'a été réalisé afin d'identifier les objets d'apprentissage particuliers à la discipline en lien avec les différents savoirs essentiels. Enfin, à l'intérieur

de chacun des programmes, les critères d'évaluation et les attentes de fin de cycle sont déterminés afin de structurer de façon stratégique les objets d'apprentissage à travers les cycles d'études.

En somme, la mise en œuvre de l'éducation à la santé est directement influencée par le contexte de réalisation de la troisième compétence disciplinaire qui s'exécute à partir du cadre référentiel de l'éducation physique et des éléments constitutifs de cette compétence que l'on retrouve dans les nouveaux programmes de formation. La capacité des enseignants en éducation physique et à la santé de satisfaire aux caractéristiques des nouveaux programmes de formation constitue le défi de mise en œuvre de cette inclusion de l'éducation à la santé dans leurs pratiques d'enseignement quotidiennes. En fait, il est pertinent de se demander comment l'éducation à la santé est incluse en éducation physique par les enseignants en considérant les nombreux changements apportés aux nouveaux programmes de formation. Pour répondre à cette question, l'analyse des fondements éducatifs de l'éducation à la santé et de l'éducation physique constitue une étape préliminaire permettant de porter un regard sur les possibilités de mise en œuvre de cette inclusion.

2. LES THÉORIES ET MODÈLES DE RÉFÉRENCE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

À première vue, le défi de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique peut paraître limité à la possibilité par les enseignants en éducation physique et à la santé de mettre en œuvre les éléments du programme de formation en lien avec l'éducation à la santé. Or, les référents théoriques provenant de chacun des domaines guident les actions menées par les intervenants. Ainsi, la mise en œuvre de l'éducation à la santé en éducation physique repose sur l'interconnexion des référents théoriques particuliers à chacun des domaines. Cette interconnexion des différents référents théoriques soulève une première difficulté associée à l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. Cette difficulté réside dans la divergence de vues entre les référents théoriques des deux domaines impliqués dans cette inclusion. Il importe donc d'examiner cette dimension pour l'éducation à la santé, puis pour l'éducation physique. Pour ce faire, un bref historique de l'éducation à la santé, puis de l'éducation physique en tant que domaines définis selon certaines conceptions particulières sera présenté. Par la suite, la typologie de Joyce, Weil et Calhoun (2004),

développée en sciences de l'éducation, servira de cadre d'analyse afin d'identifier et de distinguer les particularités des théories et modèles de référence de l'éducation à la santé et de l'éducation physique. Cette typologie est constituée de quatre familles de modèles d'enseignement regroupés en fonction d'une orientation similaire partagée quant à la conception qu'elles véhiculent de l'être humain et la manière dont elles envisagent l'apprentissage. Ces quatre familles de modèles d'enseignement sont les suivantes : 1) « les modèles inspirés de la personne », qui ont comme postulat le développement intégral d'un individu à partir de ses caractéristiques personnelles ; 2) « les modèles d'interaction sociale » mettent l'accent sur la synergie construite lors d'un travail collectif ; 3) « les modèles inspirés du traitement de l'information » mettent l'accent sur le sens donné par un individu aux informations perçues, analysées ainsi qu'aux réponses produites en solution aux différents problèmes ; 4) « les modèles inspirés de la modification du comportement » font référence aux théories psychologiques du comportement, où le résultat attendu est en fonction du stimulus appliqué.

Le domaine de l'éducation à la santé est influencé par une multitude de théories et de modèles qui sont, pour la plupart, issus de la psychologie sociale (Institut national de la santé et de la recherche médicale [Inserm], 2001 ; Godin, 1991). L'accent est mis sur la connaissance des comportements qui favorisent la santé et des paramètres qui expliquent les différents types de comportements et qui permettent d'inspirer les actions d'éducation à la santé. Certains s'apparentent aux théories valeurs-attentes ; ce sont le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock, 1974), la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1977) et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985). Certains des modèles sont des théories d'apprentissage social, il s'agit par exemple de la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977). Ces cinq modèles ou théories représentent les référents couramment utilisés dans le domaine de l'éducation à la santé en Amérique du Nord. D'autres théories et modèles sont également utilisés dans le domaine de l'éducation à la santé. Ils sont davantage centrés sur la description des processus de changement plutôt que sur l'identification des facteurs psychosociaux qui déterminent l'adoption ou non d'un comportement donné en matière de santé. À titre d'exemple, le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1994) est un modèle axé sur le processus de changement individuel, alors que l'« empowerment » (Ninacs, 1996 ; Zimmerman et Martinez-Pons, 1988) est un modèle axé sur le processus d'appropriation décisionnelle. Ces modèles ont un rôle important à jouer dans la prise en compte de la

responsabilité individuelle face aux événements qui agissent sur la santé de l'individu et sur le développement de son autonomie personnelle. Selon Parcel, Kelder et Basen-Engquist (2000), l'« empowerment » est le modèle émergeant actuellement dans le domaine de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Ces auteurs précisent que l'implantation de ce modèle nécessite de s'éloigner des approches traditionnelles d'éducation à la santé. En effet, à l'intérieur de ce modèle, les étapes amenant au processus de changement sont sous le contrôle des élèves et non sous le contrôle des enseignants. À cet égard, French (1990) mentionne que l'amélioration de la santé par l'éducation à la santé doit s'exercer en développant pour chaque individu la capacité de comprendre et de contrôler soi-même son état de santé. Ainsi, les modèles qui agissent sur le processus de modification des comportements sont d'une grande importance afin d'intégrer les changements envisagés dans une démarche éducative. En somme, l'analyse des théories et des modèles privilégiés en éducation à la santé montre une diversité des assises théoriques éducationnelles de ce domaine.

À l'opposé, le domaine de l'éducation physique repose sur un modèle dominant. L'approche comportementale représente le modèle dominant d'enseignement-apprentissage en éducation physique. La position dominante qu'occupe le modèle comportemental dans l'enseignement de l'éducation physique reflète une pratique d'éducation physique principalement axée sur l'enseignement de contenus à caractère gestuel. Les résultats de plusieurs études sur les contenus enseignés en éducation physique montrent la prééminence de la dimension comportementale (Amade-Escot, 2001 ; Amade-Escot et Marsenach, 1995; Florence, Brunelle et Carlier, 1998 ; Loquet, 1996 ; Marsenach, 1994 ; Marsenach, 1991 ; Marsenach et Mérand, 1987 ; Piéron, 1988 et 1992 ; Shulman, 1987 ; Swalus *et al.*, 1990). La remise en question de l'approche comportementale dans le processus d'enseignement-apprentissage a permis aux approches cognitives de s'intégrer graduellement à l'enseignement de l'éducation physique. Cependant, l'apport des théories cognitives au domaine de l'éducation physique n'a pas entraîné, pour autant, une véritable modification du processus d'enseignement-apprentissage régi par les éducateurs physiques, à savoir l'approche comportementale.

Ces théories et modèles de référence de l'éducation à la santé et de l'éducation physique sont évidemment en lien avec les modèles d'enseignement de la typologie de Joyce *et al.* (2004). L'analyse réalisée dans des travaux

précédents (Turcotte, 2006), présentée au tableau 1, montre comment les différentes familles de ces modèles d'enseignement pour l'éducation peuvent se retrouver à l'intérieur des assises éducationnelles de l'éducation à la santé et de l'éducation physique.

Tableau 1
**Assises théoriques éducationnelles de l'éducation à la santé
 et de l'éducation physique**
 (Turcotte, 2006)

Familles de modèles en éducation de Joyce <i>et al.</i> (2004)	Éducation à la santé	Éducation physique
A) Inspirées de la personne	+	+ ou -
B) Interaction sociale	++	+
C) Traitement de l'information	++	+
D) Modification du comportement	+++	+++

Légende, Présence des familles de modèles
 + ou - = Peu présente
 + = Présence variable
 ++ = Présence importante
 +++ = Présence dominante

L'éducation à la santé et l'éducation physique partagent toutes les deux un accent majeur, celui du courant béhavioriste, et une composante mineure, celle du courant cognitiviste. Les référents théoriques des deux domaines et les modèles d'enseignement qui les caractérisent montrent donc des ressemblances, mais aussi des distinctions importantes entre l'éducation à la santé et l'éducation physique quant à leurs assises éducationnelles.

La famille des modèles axés sur l'interaction sociale se retrouve très présente en éducation à la santé et elle est en émergence en éducation physique à cause principalement du changement de paradigme des programmes scolaires, si on admet que l'approche socioconstructiviste préconisée à l'intérieur du nouveau curriculum québécois devient un élément à considérer dans l'utilisation des modèles axés sur l'interaction sociale. Cette approche est présente dans les éléments constitutifs de la troisième compétence disciplinaire, « Adopter un mode de vie sain et actif », des nouveaux programmes en éducation physique et à la santé. L'approche

socioconstructiviste proposée par le programme de formation de l'école québécoise exige de la part des éducateurs physiques un changement majeur au plan de leur façon de concevoir l'apprentissage. Or, les principes théoriques supportant cette approche semblent s'opposer au modèle dominant des référents théoriques de l'éducation physique. De plus, les référents théoriques de l'approche socioconstructiviste diffèrent des ressemblances identifiées préalablement au plan des référents théoriques que partagent l'éducation à la santé et l'éducation physique. Ainsi, une dissonance importante est perceptible entre les courants de pensée des nouveaux programmes de formation du ministère de l'Éducation du Québec et le courant de pensée dominant en éducation physique. À ce sujet, Florence, Brunelle et Carlier (1998) mentionnent que l'approche comportementale en tant que modèle dominant d'enseignement-apprentissage en éducation physique constitue une barrière au renouvellement des options et des pratiques pédagogiques véhiculées à l'intérieur du nouveau curriculum. D'ailleurs, cette dissonance s'accroît avec l'inclusion forcée par le système d'éducation de l'éducation à la santé et de l'éducation physique en une seule discipline.

Dans ces circonstances, la transformation actuelle du curriculum québécois provoque des interrogations quant aux référents théoriques utilisés par les enseignants dans l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. En effet, les enseignants doivent intervenir en utilisant des référents théoriques qui ne font pas partie des leurs, et pour certains, qui semblent s'opposer aux référents théoriques de l'enseignement en éducation physique. La prise en compte de nouveaux référents théoriques de la part des enseignants en éducation physique et à la santé se répercute sur le plan des procédés de mise en application de cette inclusion. Par conséquent, l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique est-elle orientée vers une interconnexion des deux disciplines ou uniquement vers l'addition du domaine de l'éducation à la santé à celui de l'éducation physique sans présumer qu'il y a ou non une interconnexion des différents référents théoriques ? Cette question soulève la dynamique exercée par chacune des disciplines sur les référents théoriques à partir desquels la mise en œuvre de l'éducation à la santé est réalisée en éducation physique.

3. LES PRATIQUES PÉDAGOGIQUES POUR L'ENSEIGNEMENT EN ÉDUCATION À LA SANTÉ ET CELLES IDENTIFIÉES AUPRÈS DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION PHYSIQUE ET À LA SANTÉ

Les distinctions identifiées dans l'analyse des référents théoriques de l'éducation à la santé et de l'éducation physique révèlent qu'il s'avère essentiel pour les éducateurs physiques d'intégrer de nouvelles pratiques pédagogiques reliées à des référents théoriques différents des leurs afin d'intervenir efficacement auprès des enfants et des adolescents en éducation à la santé. La pratique pédagogique représente l'ensemble des actions et des décisions prises par les enseignants afin de procéder à l'enseignement en éducation à la santé. En éducation à la santé, deux tendances principales influencent directement le choix des pratiques pédagogiques. La tendance traditionnelle en éducation à la santé repose sur une approche expérimentale, alors que la tendance nouvelle repose sur une approche développementale (Inserm, 2001). La sélection des objectifs d'apprentissage à l'intérieur de l'approche expérimentale est réalisée afin de répondre au but du programme qui est d'amener un individu à adopter un comportement favorable à l'égard de sa santé et de son bien-être. À l'opposé, dans l'approche développementale, la sélection des objectifs d'apprentissage est en relation avec l'idée de rendre la personne plus autonome dans la gestion de sa santé et de son bien-être. Pour répondre aux priorités des deux approches, les objectifs d'apprentissage ne peuvent être de même nature.

Puisque l'objectif principal du nouveau curriculum scolaire québécois est de rendre autonomes les enfants et les adolescents face à leur santé, les pratiques doivent donc s'inscrire dans une approche accompagnatrice de développement dans lequel l'élève joue un rôle actif, ce qui rejoint la nouvelle tendance en éducation à la santé. Pour Sandrin Berthon (1997), l'apprentissage en éducation à la santé doit éviter le rationalisme, la médicalisation et la culpabilité pour s'orienter vers l'apprentissage du savoir-être. Celui-ci est le résultat tangible d'une éducation à la santé qui dépasse le cadre de la transmission de savoir-faire et de savoirs qui ne tiennent pas compte de toutes les dimensions de la personne humaine et de ses conditions objectives de vie. Ainsi, les méthodes nouvelles (actives et non directives) s'inscrivent dans l'approche d'accompagnement de l'élève (Sandrin Berthon, 1997). Elles s'appuient sur l'intérêt de l'élève et son implication dans le processus d'apprentissage. Pour Coppé et Schoonbroodt (1992), cette approche encourage l'enfant à explorer ses propres attitudes et opinions,

à clarifier ses valeurs et celles des autres et à analyser les diverses étapes du processus de décision. Cette approche est en concordance avec ce que Green, Tones et Manderscheid (1995) mentionnent à l'effet que les méthodes efficaces et utiles pour l'enseignement en éducation à la santé à l'école doivent aborder les valeurs, les attitudes et les compétences, en plus de varier les moyens d'enseignement pour faire appel aux différentes façons d'apprendre des élèves.

Selon Manidi et Dafflon-Arvanitou (2000), l'enseignement en éducation à la santé doit privilégier l'utilisation d'outils et de méthodes mettant les élèves en situation de participation active (activités physiques, jeux de rôles, réalisations artistiques, théâtre, forum, débats, etc.). Dans la même veine, Kitson (1994) rappelle les stratégies d'apprentissage préconisées par le National Curriculum pour l'éducation à la santé. Ces stratégies d'apprentissage sont en lien avec les méthodes actives, soit : les discussions, la résolution de problèmes, l'étude de cas, le projet personnel, les jeux, les simulations, les jeux de rôle et le jeu dramatique. Selon Renaud et Sauvé (1990), ces stratégies d'intervention utilisées couramment en éducation à la santé favorisent le transfert parce qu'elles permettent à l'apprenant d'expérimenter des connaissances acquises et des habiletés dans une situation similaire à la réalité. À ce propos, Perrin et Motta (1998) soulignent que les modifications sont plus profondes et durables lorsque les dispositifs d'intervention mettent les personnes en activité de résolution de dilemmes et de simulation de prise de risques.

La littérature traitant de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique montre un décalage important entre les pratiques pédagogiques utilisées par les enseignants et celles préconisées dans le domaine de l'éducation à la santé. Les résultats de l'étude de Cogérino (1999), menée auprès des enseignants d'éducation physique et sportive en France, indiquent que les éducateurs physiques rencontrent d'importantes difficultés face à l'inclusion de l'éducation à la santé dans leurs pratiques d'enseignement quotidiennes. Cogérino, Marzin et Méchin (1998) soulignent que la prévention en matière de santé est une composante quasiment absente des priorités des enseignants d'éducation physique français. De plus, leurs pratiques d'enseignement correspondent à celles des éducateurs physiques américains et britanniques (Motta, 1998), où l'éducation à la santé est caractérisée par une prévalence de la santé physiologique au détriment des autres dimensions de l'éducation à la santé. Les pratiques pédagogiques de l'enseignement de l'éducation physique seraient donc en décalage avec les pratiques nécessaires à l'enseignement en éducation à la santé. Ce point

de vue s'apparente à celui de Kimiecik et Lawson (1996), pour qui l'enseignement de l'éducation physique aux États-Unis doit modifier ses méthodes essentiellement prescriptives pour des pratiques plus propices à l'intégration par l'élève d'attitudes et de compétences favorables à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif. Ainsi, les pratiques pédagogiques habituelles des éducateurs physiques sont de nature différente de celles nécessaires à l'enseignement en éducation à la santé.

Manidi et Dafflon-Arvanitou (2000) indiquent que le décalage entre les intentions et les mises en œuvre relatives à une éducation à la santé en éducation physique serait le résultat de la confrontation à différents obstacles. Plusieurs obstacles ont été rapportés par certains auteurs (Manidi et Dafflon-Arvanitou, 2000; Michaud, 2002) lorsqu'il est question de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique, à savoir une contradiction avec l'identité professionnelle, le manque de temps d'enseignement, le manque de préparation professionnelle lors de la formation initiale et durant les formations continues, le manque de ressources matérielles, les difficultés dans l'évaluation des apprentissages, le manque de collaboration des autres acteurs pédagogiques, l'empiètement du temps d'enseignement en éducation à la santé sur celui de l'éducation physique et un programme de formation imprécis et peu détaillé, entre autres. Ces obstacles réduisent considérablement l'usage de pratiques pédagogiques reliées à un enseignement en éducation à la santé et limitent clairement l'apport des enseignants en éducation physique dans l'enseignement en éducation à la santé dans une perspective de promotion et de prévention de la santé. Il devient donc prioritaire d'intervenir de manière à réduire ces différents obstacles qui limitent, pour l'instant, l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. À cet égard, une partie des obstacles identifiés interpelle directement la formation professionnelle offerte à l'intérieur des programmes de formation en enseignement de l'éducation physique et à la santé, ainsi que les perfectionnements offerts aux enseignants en exercice. Pour ce faire, une analyse de la formation des enseignants en éducation physique au domaine de l'éducation à la santé sera présentée ci-après.

4. LA FORMATION DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Contribuer à l'enrichissement du niveau de santé et de bien-être des jeunes et des adolescents implique inévitablement une modification du rôle professionnel de l'éducateur physique et des pratiques pédagogiques sous-jacentes à ce rôle. Ce changement de rôle remet en question la formation initiale et les formations continues proposées aux enseignants en éducation à la santé, en particulier lorsque l'on considère que les éducateurs physiques en exercice ont reçu une formation initiale très restreinte en ce domaine. Selon Michaud (2002), les programmes de formation initiale en éducation physique au Québec présentent une limite importante dans la préparation professionnelle des éducateurs physiques dans le domaine de l'éducation à la santé. La formation initiale est axée principalement sur l'acquisition de connaissances générales et sur les particularités du conditionnement physique. Cette transformation disciplinaire ne peut véritablement se produire sans une modification des exigences professionnelles reliées à l'enseignement de l'éducation physique et à la santé.

Le ministère de l'Éducation du Québec (Ministère de l'Éducation du Québec, 1999), dans son document intitulé *Orientations pour la formation continue du personnel enseignant* (1999), insiste sur le fait que l'implantation de la réforme du curriculum nécessite l'acquisition de connaissances nouvelles, le développement de compétences diversifiées et la maîtrise de pratiques nouvelles de la part des enseignants. Au regard des compétences professionnelles formulées par le ministère de l'Éducation (2001b), il devient donc prioritaire de développer les compétences en lien avec les fondements, avec l'acte d'enseigner, avec le contexte social et scolaire et l'identité professionnelle tenant compte des particularités propres au domaine de l'éducation à la santé. Pour développer ces compétences professionnelles, il devient nécessaire d'élaborer des stratégies respectueuses de l'autonomie professionnelle des enseignants pour les encourager à acquérir les connaissances liées au nouveau curriculum et prévoir le soutien au développement de l'expertise essentielle à l'intégration des programmes renouvelés et au changement des pratiques que l'ensemble de la réforme implique (Ministère de l'Éducation du Québec, 1999). Les enseignants sont responsables de définir leurs besoins en formation continue et de choisir les activités nécessaires au développement de leurs compétences professionnelles (Ministère de l'Éducation du Québec, 1996). Par conséquent, il est impératif de favoriser l'épanouissement de la culture de la formation continue dans l'ensemble des écoles du Québec. Le développement

professionnel des enseignants prend donc racine dans une bonne formation initiale, complétée par un renouvellement de la formation continue du personnel en exercice (Ministère de l'Éducation du Québec, 1996). Plus particulièrement, en formation continue, le développement des dispositifs de formation devrait prendre appui sur les pratiques pédagogiques propres à chaque enseignant. Ce type de formation présuppose un accompagnement et un suivi professionnel de l'enseignant, puisque la formation doit s'adapter aux actions réalisées par l'enseignant dans ses pratiques d'enseignement.

Malgré les besoins exprimés auparavant, pour l'instant, la mise en place d'une formation continue sur l'éducation à la santé tarde à s'enclencher au Québec, ce qui ne facilite guère l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. Dans son mémoire remis à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FEEPEQ, 2000) souligne que la première tranche du nouveau programme d'éducation à la santé est déjà en vigueur au primaire depuis septembre 2000 et pourtant, aucune formation particulière au nouveau volet d'éducation à la santé n'avait encore été fournie aux éducateurs physiques qui doivent pourtant en assurer l'enseignement. De plus, aucun outil pédagogique n'est actuellement disponible pour les élèves du primaire et aucun document d'accompagnement n'a été produit pour les enseignants en lien avec la mise en place des nouveaux programmes de formation. Pourtant, comme le soulignent Manidi et Dafflon-Arvanitou (2000), les dispositifs proposés à l'intérieur des nouveaux programmes d'éducation physique et à la santé font appel à de nouvelles tâches : équiper chaque élève du cahier requis, transmettre l'information précise préalable à la planification de l'entraînement, motiver les élèves à s'entraîner à domicile, assurer le suivi de l'opération et communiquer avec les parents. En plus, la formation continue liée à la troisième compétence disciplinaire « Adopter un mode de vie sain et actif », fournie actuellement par les commissions scolaires, ne tient pas compte des pratiques pédagogiques mises en place par les enseignants. Cette formation est plutôt centrée sur la compréhension du nouveau programme de formation et non sur l'application de la troisième compétence disciplinaire « Adopter un mode de vie sain et actif ». Voilà pourquoi, dans son mémoire, la FEEPEQ (2000) recommande l'élaboration d'un véritable programme de formation continue destiné aux éducateurs et aux éducatrices physiques pour leur permettre de s'impliquer le plus tôt possible avec le maximum de chances de succès dans l'enseignement en éducation à la santé.

Le décroisement des pratiques pédagogiques des enseignants en éducation physique et à la santé des modèles d'enseignement traditionnels reliés à cette discipline scolaire devrait être une priorité dans la formation des futurs éducateurs physiques. Pour Jourdan et Bourgeois-Victor (1998), la formation en éducation à la santé doit s'articuler avec les apports issus des autres disciplines. D'une part, la connaissance des théories et des modèles de référence en éducation à la santé permettrait aux éducateurs physiques de mieux situer les actions relatives à un enseignement en éducation à la santé. En effet, les variables impliquées dans les différentes théories et les divers modèles représentent les déterminants de l'adoption des comportements liés à la santé. D'autre part, les théories et modèles de référence en éducation à la santé représentent deux tendances opposées quant à leur perspective d'application dans le domaine de la santé. La connaissance des avantages et des désavantages de ces deux tendances constitue un axe de formation prioritaire pour amener les enseignants à situer leurs actions professionnelles en éducation à la santé, ce qui peut avoir un impact majeur sur leurs propres pratiques pédagogiques. Par ailleurs, la mise en application du nouveau programme de formation de l'école québécoise au secondaire, effectif à partir de septembre 2005, représente un nouvel environnement d'enseignement en éducation à la santé avec une clientèle d'élèves distincte et ayant des besoins différents des élèves de niveau primaire. La différenciation des théories et des modèles de référence en éducation à la santé devient un élément majeur afin d'adapter l'enseignement aux caractéristiques et aux besoins des élèves de niveaux primaire et secondaire.

En ce qui concerne l'enseignement en éducation à la santé, comme il a été mentionné précédemment, la restructuration des pratiques pédagogiques est requise afin d'augmenter le degré d'interconnexion entre l'éducation à la santé et l'éducation physique. Cette restructuration doit s'accomplir autant en formation initiale des enseignants qu'en formation continue, afin d'intégrer des pratiques pédagogiques qui tiennent compte des caractéristiques associées à l'enseignement en éducation à la santé. Ces caractéristiques sont les suivantes : 1) la différenciation des deux approches d'intervention en éducation à la santé (approche développementale et expérimentale) ; 2) l'utilisation d'outils et de méthodes mettant les élèves en situation de participation active en éducation à la santé ; 3) l'intégration des compétences psychosociales ; 4) la centration de l'évaluation des élèves sur le processus

d'apprentissage et le suivi à court et à long terme des conduites individuelles en matière de santé et de bien-être ; 5) l'apport des représentations sociales de la santé des enfants et des adolescents dans les interventions menées en éducation à la santé.

Par ailleurs, la transformation des programmes d'enseignement exige une formation conséquente par rapport aux particularités des nouveaux programmes de formation, tout en étant adéquate en éducation à la santé. Ainsi, la formation initiale et les formations continues proposées aux éducateurs physiques doivent tenir compte également des aspects suivants : 1) développer les contenus d'enseignement reliés aux objets d'enseignement-apprentissage et répartir ces contenus selon les trois cycles d'études au primaire et les deux cycles d'études au secondaire ; 2) intégrer les quatre composantes de la troisième compétence disciplinaire dans les objets d'enseignement-apprentissage ainsi que les compétences psychosociales ; 3) proposer d'autres moyens d'enseignement aux éducateurs physiques que ceux qu'ils utilisent habituellement en éducation physique ; 4) identifier et définir les procédés d'évaluation des apprentissages en lien avec les contenus santé enseignés et les quatre composantes de la troisième compétence disciplinaire du programme québécois de formation ; 5) élaborer des outils pédagogiques en relation avec les contenus santé à enseigner ; 6) expérimenter des situations d'enseignement-apprentissage en lien avec l'éducation à la santé ; 7) élaborer des projets d'enseignement relatifs à l'éducation à la santé ; 8) développer des processus de collaboration avec d'autres enseignants et intervenants dans la mise en place de projets d'enseignement relatifs à l'éducation à la santé.

Ces aspects constituent des axes de formation à favoriser pour assurer le développement de la formation professionnelle à l'enseignement en éducation à la santé. La mise en application du nouveau programme de formation de l'école québécoise au secondaire, effectif à partir de septembre 2005, ne fait qu'amplifier l'urgence de procéder rapidement à la mise en place de programmes de formation qui tiennent compte de ces aspects.

5. UNE VISION ÉLARGIE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Comme le précise le ministère de l'Éducation du Québec (2001a), la démarche amorcée en éducation physique et à la santé traite des savoirs particuliers à la discipline, alors que les savoirs plus généraux sont abordés

à l'intérieur des activités liées au domaine général de formation appelé Santé et bien-être. L'enseignement en éducation à la santé au Québec n'est donc pas une exclusivité des éducateurs physiques. En effet, le domaine général de formation Santé et bien-être repose sur une intégration des apprentissages de diverses disciplines. Or, dans le nouveau curriculum québécois, les domaines généraux de formation sont définis comme étant des problématiques qui échappent aux frontières disciplinaires. Ainsi, la présence de ce domaine général suppose également une action concertée de l'ensemble du personnel scolaire, en collaboration avec les parents, les professionnels de la santé, les responsables de l'aménagement des milieux de vie et tout autre intervenant du milieu scolaire ou communautaire (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a).

La présence du domaine général de formation Santé et bien-être montre des considérations élargies de l'éducation à la santé en milieu scolaire. En ce sens, l'éducateur physique et à la santé doit considérer la collaboration avec d'autres intervenants dans ses interventions en éducation à la santé, puisque l'éducation à la santé est une priorité de l'ensemble des acteurs présents en milieu scolaire. Les interventions menées en éducation à la santé doivent donc transcender les apprentissages disciplinaires. Il devient donc prioritaire d'établir un partenariat et une collaboration soutenue avec d'autres intervenants des milieux scolaire et communautaire. La vision élargie de l'éducation à la santé en milieu scolaire amène l'enseignant en éducation physique et à la santé à faire preuve d'ouverture, alors qu'auparavant il était confiné à un enseignement disciplinaire. En ce sens, le rôle dévolu à l'enseignant en éducation physique et à la santé à l'intérieur du domaine général de formation Santé et bien-être brise l'isolement de cet enseignant aux seuls apprentissages réalisés en vase clos. Cette vision élargie de la place occupée par l'éducation à la santé en milieu scolaire provoque un changement important dans la culture habituelle d'enseignement présente auprès des enseignants en éducation physique. L'établissement d'un partenariat et d'une collaboration avec d'autres intervenants des milieux scolaires et communautaires engendre plusieurs questions au plan des procédés favorisant ce type d'approche et au plan des actions communes et individuelles à tenir par chacun des partenaires.

Comme le mentionnent Mérini *et al.* (2004), la question du partenariat est centrale pour une éducation à la santé, mais encore faut-il définir ce qu'est le partenariat, identifier la représentation que chacun des intervenants scolaires ou communautaires se fait de son rôle et assurer la mise en œuvre de l'éducation à la santé. La relation entre le domaine général de formation

Santé et bien-être et la troisième compétence disciplinaire « Adopter un mode de vie sain et actif » pose plusieurs interrogations dans la manière dont s'effectue cette relation. D'une part, en considérant le caractère informel des domaines généraux de formation, comment s'assurer d'une collaboration et d'un partenariat entre les intervenants en milieux scolaires et communautaires qui interviennent en éducation à la santé et les enseignants en éducation physique et à la santé ? D'autre part, en tenant compte des particularités reliées aux interventions menées à partir du programme d'éducation physique et à la santé, est-il possible que le contexte de réalisation propre à l'enseignement de la troisième compétence disciplinaire, en lien avec les deux premières compétences disciplinaires (« Agir » et « Interagir »), interfère dans le processus d'établissement d'un partenariat et d'une collaboration dans le domaine de l'éducation à la santé ? Ces deux interrogations méritent une attention particulière afin de mieux comprendre comment relier la démarche amorcée en éducation physique aux activités liées au domaine général de formation Santé et bien-être. Enfin, certains éléments contextuels présents actuellement en milieu scolaire québécois sont susceptibles d'influencer négativement l'établissement d'un partenariat et d'une collaboration entre différents intervenants, à savoir : le renouvellement et le roulement des ressources enseignantes, la mise en place de la réforme des programmes de formation, le degré de coopération entre les enseignants et le peu de temps de présence en milieu scolaire de certains acteurs pédagogiques tels les infirmières.

CONCLUSION

Les défis soulevés par l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique sont nombreux et de différentes natures. Ceux-ci dépassent largement la simple mise en œuvre des nouveaux programmes de formation qui, en eux-mêmes, posent certains problèmes. L'analyse des référents théoriques et des pratiques pédagogiques indique que les points de jonction entre l'éducation à la santé et l'éducation physique dans une perspective d'inclusion en milieu scolaire restent à déterminer. Cette jonction constitue le degré d'interconnexion entre les deux domaines présents en éducation physique et à la santé. Le faible degré d'interconnexion est un élément important de la compréhension et de l'explicitation des problématiques que pose l'enseignement de l'éducation à la santé en éducation physique, ce qui explique la difficulté perçue dans sa mise en œuvre. L'étendue des défis montre l'importance d'accentuer l'interconnexion entre l'éducation

à la santé et l'éducation physique. Ces défis s'adressent autant aux enseignants en éducation physique et à la santé qui doivent intervenir quotidiennement en éducation à la santé, qu'aux concepteurs des nouveaux programmes de formation, en passant par les formateurs des enseignants en exercice ou des futurs enseignants et aux chercheurs qui s'intéressent à cette problématique. Une action concertée de l'ensemble de ses intervenants de premier ordre ne peut qu'amener des solutions aux défis soulevés par l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique et ainsi accentuer le degré d'interconnexion entre ces deux domaines. Dans les faits, les enjeux liés à l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique engendrent plusieurs interrogations quant au rôle de l'éducateur physique dans une perspective élargie de promotion et de prévention de la santé en milieu scolaire. Ces enjeux invitent à questionner la place réelle et concrète donnée à l'éducation à la santé en milieu scolaire et au rôle attendu de l'éducation physique.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, I. (1985). «From intentions to actions: A theory of planned behavior», dans J. Kuhl et J. Beckman (dir.), *Action control*, New York, Springer, p. 11-39.
- Amade-Escot, C. (2001). «Les recherches didactiques et les pratiques d'enseignement en éducation physique et sportive», dans P. Jonnaert et S. Laurin (dir.), *Les didactiques des disciplines: un débat contemporain*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 155-175.
- Amade-Escot, C. et J. Marsenach (1995). *Didactique de l'éducation physique et sportive*, Paris, Institut national de recherche pédagogique.
- Andrieu, G. (2001). *Histoire de l'éducation physique de 1936 à nos jours*, Paris, Éditions Actio.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Brunelle, J. (2002). «L'intervention en activité physique et sportive: un point de vue sur la recherche nord-américaine», *AVANTE*, vol. 8, n° 2, p. 1-13.
- Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*, Paris, Presses universitaires de France.
- Cogérino, G., P. Marzin et N. Méchin (1998). «Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la terre», *Recherche et Formation*, vol. 28, p. 9-28.
- Coppé, M. et C. Schoonbroodt (1992). *Guide pratique d'éducation pour la santé*, Bruxelles, De Boeck Université.

- Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FEEPEQ) (2000). *L'éducation physique et à la santé en milieu scolaire, une partie de la solution*, Mémoire remis dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Fishbein, M. et J. Ajzen (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, Addison-Wesley.
- Florence, J., J. Brunelle et G. Carlier (1998). *Enseigner l'éducation physique au secondaire : motiver, aider à apprendre, vivre une relation éducative*, Bruxelles, De Boeck Université.
- French, J. (1990). «Boundaries and horizons, the role of health education within health promotion», *Health Education Journal*, vol. 49, n° 1, p. 7-10.
- Godin, G. (1991). «L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs», *Sciences sociales et Santé*, vol. 9, n° 1, p. 67-94.
- Green, J., K. Tones et J.-C. Manderscheid (1995). «Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école», *Revue française de pédagogie*, vol. 114 (janvier-février-mars), p. 103-120.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (2001). *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, Paris, Les éditions Inserm.
- Jourdan, D. et P. Bourgeois-Victor (1998). «La formation des enseignants du primaire en éducation à la santé dans les IUFM», *Recherche et Formation*, vol. 28, p. 29-46.
- Joyce, B., M. Weil et E. Calhoun (2004). *Models of Teaching*, 7^e éd., Boston, Allyn & Bacon.
- Kimiecik, J.C. et H.A. Lawson (1996). «Toward new approaches for exercise behavior change and health promotion», *Quest*, vol. 48, p. 102-125.
- Kitson, N. (1994). «Active learning strategies», dans J. Harrison et J. Edwards (dir.), *Developing Health Education in the Curriculum*, Londres, David Fulton Publishers, p. 47-51.
- Loquet, M. (1996). *Éducation physique et sportive au collège et gymnastique rythmique et sportive*, Paris, Institut national de recherche pédagogique.
- Manidi, M.-J. et I. Dafflon-Arvanitou (2000). *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Éducation à la santé par l'activité physique*, Paris, Masson.
- Marsenach, J. (1991). *Éducation physique et sportive : Quel enseignement ?*, Paris, Institut national de recherche pédagogique.
- Marsenach, J. (1994). *Éducation physique et sportive au collège et volley-ball*, Paris, Institut national de recherche pédagogique.
- Marsenach, J. et R. Mérand (1987). *L'évaluation formative en éducation physique et sportive dans les collèges*, Paris, Institut national de recherche pédagogique.
- Mérini, C. et al. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*, Rennes, Éditions ENSP.

- Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*, Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval, Québec, Québec, Document non publié.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (1996). *Orientations en formation continue du personnel enseignant. Choisir plutôt que subir le changement*, Gouvernement du Québec, Direction de la formation du personnel scolaire.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (1999). *Orientations pour la formation continue du personnel enseignant. Choisir plutôt que subir le changement*, Gouvernement du Québec, Direction de la formation du personnel scolaire.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2001a). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2001b). *La formation à l'enseignement, les orientations et les compétences professionnelles*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2003). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, premier cycle*, Gouvernement du Québec.
- Motta, D. (1998). «Éducation pour la santé et disciplines scolaires : Réflexions sur les expériences américaines et britanniques», *Recherche et Formation*, vol. 28, p. 79-99.
- Ninacs, W.A. (1996). *Le service social et la pauvreté : de la redistribution des ressources à leur contrôle ?*, Essai de synthèse, Québec, Université Laval.
- Parcel, G.S., S.H. Kelder et K. Basen-Engquist (2000). «The school as a setting for health promotion», dans B.D. Poland, L.W. Green et I. Rootman (dir.), *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 86-137.
- Perrin, C. et D. Motta (1998). «Analyse d'un cas de contenus interdisciplinaires visant la prévention du sida», dans C. Amade-Escot, J.P. Barrué, J.C. Bos, F. Dufor, M. Dugrand et A. Terrise (dir.), *Recherches en EPS: bilan et perspectives*, Paris, Éditions Revue EPS, p. 371-377.
- Piéron, M. (1988). *Enseignement des activités physiques et sportives : observations et recherches*, Liège, Presses universitaires de Liège.
- Piéron, M. (1992). *Pédagogie des activités physiques et du sport*, Paris, Éditions Revue EPS.
- Prochaska, O. et C.C. DiClemente (1994). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*, Malabar, Krieger Publishing Company.
- Renaud, L. et L. Sauvé (1990). *Simulation et jeu de simulation. Outils éducatifs appliqués à la santé*, Montréal, Éditions Agence d'Arc.
- Rosenstock, I.M. (1974). «Historical origins of the health belief model», *Health Education Monographs*, vol. 2, p. 328-335.

- Sandrin Berthon, B. (1997). *Apprendre la santé à l'école*, Paris, ESF éditeur, coll. «Pratiques et enjeux pédagogiques».
- Shulman, L. (1987). «Knowledge and teaching: Foundation of a new reform», *Harvard Review*, vol. 57, n° 2, p. 4-14.
- Sientotop, D. et L. Locke (1997). «Making a difference for physical education. What professors and practitioners must build together», *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, vol. 68, n° 4, p. 25-33.
- Swalus, P. *et al.* (1990). «Analyse de l'enseignement de l'éducation physique à l'école primaire en Belgique francophone. Relations entre les principales caractéristiques du contenu enseigné», dans M. Lirette, C. Paré, J. Dessureault et M. Piéron (dir.), *Intervention en éducation physique et entraînement, bilan et perspectives: Actes du congrès mondial de l'AIESEP, Trois-Rivières, 1987*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 76-83.
- Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal Behavior*, Monterey, Brook/Cole.
- Turcotte, S. (2006). *L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique: analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire*, Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Zimmerman, B.J. et M. Martinez-Pons (1988). «Construct validation of a strategy model of student self-regulated learning», *Journal of Educational Psychology*, vol. 80, n° 3, p. 284-290.

POUR UNE APPROCHE GLOBALE À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Gilles HARVEY, Département de kinanthropologie, Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Depuis la réforme de l'éducation mise en application au Québec en 2001, la responsabilité de l'éducation à la santé incombe à tous les enseignants ainsi qu'aux éducateurs physiques. Cette mission implique un changement de paradigme puisque la santé n'appartient plus seulement au domaine exclusif des professionnels de la santé, elle est dorénavant la responsabilité de tous. D'où l'intérêt d'une approche globale pour l'éducation à la santé répartissant l'effort d'éducation et de promotion de la santé entre différents acteurs qui apportent chacun leur expertise. Nous vous présentons ici un aperçu des approches globales en éducation à la santé en milieu scolaire aux États-Unis, au Canada, en Europe et au Québec. Nous abordons également les conditions-clés pour

faire progresser l'implantation de ces types d'approches et enfin, nous regardons comment mettre en application l'approche globale en éducation à la santé en milieu scolaire.

La réforme de l'éducation au Québec annoncée en 1998 et mise en application depuis 2001 (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001) rend officielle la présence de l'éducation à la santé dans le nouveau curriculum scolaire. La responsabilité incombe ainsi à tous les enseignants, par le biais du domaine général de formation « Santé et bien-être », ainsi qu'aux éducateurs physiques par le biais de la discipline « Enseignement de l'éducation physique et à la santé ».

Cependant, plusieurs enseignants disent ne pas être préparés ou suffisamment formés pour une telle mission concernant la promotion en santé dans un contexte scolaire. Le paradigme traditionnel biomédical, où l'accent est mis sur le curatif, lors de visites ponctuelles des spécialistes de la santé tels que le médecin scolaire, l'infirmière ou l'hygiéniste dentaire, est encore très ancré dans le réseau scolaire et les activités sporadiques et morcelées s'avèrent inefficaces pour induire des changements dans le comportement (D'Amours et Arcand, 2004).

Aussi, bien avant cette réforme au Québec, le programme de « Formation personnelle et sociale » introduisait, via le titulaire de classe ou, historiquement, l'enseignant de morale et de religion, un contenu suggéré d'éducation à la santé. Malheureusement, ce contenu ne fut pas utilisé adéquatement en raison du fait que les enseignants étaient débordés par l'ensemble des matières à transmettre et surtout qu'ils ne se sentaient pas formés adéquatement pour intervenir en santé (Harvey et Robineault, 1996), domaine privilégié des spécialistes de la santé biomédicale. Jusqu'à ce jour, les enseignants n'avaient aucune obligation, ni implication, face à la santé des jeunes sauf celles d'enseigner, par exemple, des notions d'hygiène corporelle, et des connaissances rudimentaires relatives à l'alimentation. Ainsi, en donnant à tous les enseignants la responsabilité de l'éducation à la santé, elle ne demeure plus l'expertise exclusive

des « professionnels de la santé », mais devient une responsabilité partagée pour l'ensemble des enseignants scolaires, des parents et des élèves eux-mêmes.

Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire nécessite la collaboration de professionnels de formations diverses et œuvrant parfois dans un milieu connexe à l'école : santé publique, milieu communautaire ou municipal, etc. Bien que leurs visées soient variées, leurs interventions doivent se faire en complémentarité et favoriser, chez les jeunes, l'acquisition de saines habitudes de vie. L'« Approche globale pour la santé en milieu scolaire » permet un partenariat efficace et concerté pour l'éducation à la santé en milieu scolaire.

1. VERS UN PARADIGME PSYCHOSOCIAL

Une des caractéristiques du paradigme psychosocial décrit par Ferguson (1981) est l'approche holistique, qui concerne la prise en compte de l'ensemble de la personne et de son milieu environnant, tant humain que physique. Pour sa part, l'approche globale stipule que le tout est plus grand que la somme de ses parties. Cette approche constitue donc une philosophie d'application qui tient compte du tout par opposition à l'addition de ses parties. L'intervention globale sera considérée plus importante que la somme des actions individuelles des intervenants. Lorsque l'on adhère à une approche holistique, de même qu'à l'approche globale, la responsabilité de l'éducation à la santé est partagée par un ensemble d'intervenants de formations différentes et concerne l'ensemble du mode de vie des élèves. L'éducation à la santé inclut donc la santé physique, psychologique (mentale, émotionnelle), sociale et spirituelle (Greenberg, 1985). Par extension, les dimensions économiques et environnementales peuvent également s'ajouter, puisqu'elles influencent l'état de santé des élèves et de leurs parents (Harvey et Robineault, 1996).

Dans le programme de l'école québécoise, l'approche systémique fait référence à cette notion de globalité. Ainsi, non seulement les éducateurs physiques, mais encore l'ensemble des enseignants, titulaires et spécialistes, sont conviés à prendre part à ce projet d'éduquer à la santé et l'école est considérée à la fois comme milieu de vie et d'apprentissage.

2. L'APPROCHE GLOBALE POUR LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

L'approche globale pour la santé en milieu scolaire a pour objectif de favoriser l'adoption de comportements sains et la création d'environnements facilitant l'adoption et le maintien de ces comportements. Il s'agit d'une vision intégratrice qui invite à rechercher de nouveaux modèles d'intervention en éducation à la santé.

Au-delà de sa triple mission qui est d'instruire, socialiser et qualifier, l'école doit offrir un milieu de vie sain et sécuritaire pour les élèves, les enseignants et tout le personnel non enseignant. C'est pourquoi il convient de chercher des approches valorisant l'école comme milieu éducatif à une vie saine et comme lieu de promotion de la santé. L'éducation à la santé en milieu scolaire doit aller au-delà d'une simple transmission de connaissances ou d'une sensibilisation à un mode de vie sain (Jourdan et Berger, 2005). Il faut davantage tendre vers des actions concertées favorisant de meilleures conditions sociales et un environnement mieux adapté aux jeunes d'âge scolaire (Deschesnes et Lefort, 2004).

3. APERÇU DE L'HISTORIQUE DE L'APPROCHE GLOBALE

3.1. LES ÉCOLES PROMOTRICES DE SANTÉ

À l'origine, le concept d'approche globale en éducation à la santé fut initié par l'Organisation mondiale de la santé vers les années 1980, sous le vocable « Health Promoting School » ou « Écoles promotrices de la santé » (Organisation mondiale de la santé, 2006). Son objectif visait à promouvoir l'école comme un milieu sain pour vivre, apprendre et travailler. Cette approche se caractérise par trois secteurs d'activité : a) le *programme d'éducation à la santé reconnu* pour les élèves d'âge scolaire dont les connaissances essentielles et le développement des compétences sociales permettront aux élèves de faire des choix éclairés en lien avec leur santé physique et sociopsychologique ; b) l'*environnement scolaire favorable* présentant un environnement physique, des services de santé, un climat et des politiques scolaires de qualité et finalement, c) des *interactions entre l'école et la communauté* permettant des projets multidisciplinaires et concertés. (Parsons, Stears et Thomas, 1996). L'approche globale en éducation à la santé s'est par la suite répandue partout dans le monde. Allensworth et Kolbe (1987) présentent le concept « *Comprehensive School Health* » aux États-Unis (Marx, Wooley et Northrop (1998) et, l'année suivante, en 1988,

le nom de «*L'approche globale de la santé en milieu scolaire*» ou «*Comprehensive School Health*» est utilisé au Canada (McCall, 1999). Pour leur part, les pays de l'Europe établissent en 1997 le Réseau européen d'école en santé (European Network of Health Promoting Schools, 1997a). C'est finalement en 1999 qu'au Québec, un regroupement de professionnels de la santé propose «*L'école en santé*» (Deschesnes et Lefort, 2004).

Ces approches s'intéressent tantôt à la promotion de la santé, tantôt à l'éducation à la santé. Selon les régions, au fil des années, elles ont permis aux intervenants en santé de développer, d'adapter et de concerter leurs actions pour le bien-être des clientèles scolaires et de leur entourage.

3.2. «*COMPREHENSIVE SCHOOL HEALTH PROGRAM*» AUX ÉTATS-UNIS

L'expression «*Comprehensive School Health Program*» (CSHP) fut le terme choisi aux États-Unis puis développé aussi sous l'expression «*Coordinated School Health Program*» (Education Development Center, 2001). Considérant que la santé est plus complexe que l'absence de maladie, l'approche CSHP s'intéresse au bien-être physique, mental et social des élèves et propose huit composantes qui sont complémentaires et dont l'interaction de l'ensemble en augmente l'impact sur le bien-être des élèves. Ces huit composantes se regroupent autour du programme d'éducation à la santé, de l'environnement scolaire ainsi que des interactions entre l'école et la communauté (Education Development Center, 2001).

1) Le *programme d'éducation à la santé* a pour but d'enseigner des connaissances, de développer des habiletés et de favoriser des attitudes afin que les élèves puissent, par la diminution des comportements à risque, maintenir et développer leur santé physique, mentale, émotionnelle et sociale. 2) Le *programme d'éducation physique* est axé sur la pratique régulière d'activité physique. Il permet aux élèves d'acquérir des habiletés motrices et sportives ainsi que d'améliorer leur condition physique. De plus, par ce programme, les élèves développeront les habiletés mentales, sociales et émotionnelles qui favorisent l'adoption d'une habitude de pratique régulière d'activité physique. 3) L'*environnement scolaire sain* concerne autant le climat physique, émotionnel que social et permet d'assurer la sécurité physique des élèves tout en lui offrant un environnement soutenant son apprentissage. 4) L'*implication de la famille et de la communauté* permet de travailler en partenariat avec la famille, l'école, les groupes communautaires et les personnes et ainsi maximiser les compétences et les ressources disponibles au développement de la santé des enfants, des

adolescents et de leur famille. 5) Les *services de santé scolaires* incluent la prévention, l'éducation, les soins d'urgence et de références de même que le soutien à la gestion des conditions particulières des élèves éprouvant des problèmes de santé aigüe ou chronique. Ils contribuent à la promotion de la santé, identifient et préviennent les problèmes de santé et les blessures et assurent des soins appropriés aux élèves. 6) Les *services alimentaires scolaires* proposent un environnement qui encourage de bonnes habitudes alimentaires chez les élèves en leur proposant des aliments nutritifs, abordables et appétissants. 7) Les *services d'assistance psychologique et sociale* élaborent des activités qui portent sur les besoins cognitifs, émotionnels, comportementaux et sociaux des élèves, des groupes et des familles. Ces activités ont pour but de prévenir et résoudre les problèmes, favoriser l'apprentissage positif, les comportements sains et le développement de la santé. 8) La *promotion de la santé pour le personnel* déploie des services d'évaluation, d'éducation et d'activités physiques destinés au bien-être et à la santé des membres du personnel qui sont aussi des modèles de santé pour les élèves de l'école.

Le CSHP met l'accent sur une intervention multidimensionnelle, planifiée, coordonnée et intégrée ainsi que sur l'implication et la collaboration de l'ensemble de la communauté, dont les familles et les organismes communautaires (Reniscow et Allensworth, 1996).

3.3. « L'APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE » AU CANADA

«L'approche globale de la santé en milieu scolaire» constitue une approche intégrée de promotion de la santé qui offre aux élèves des occasions de développer des attitudes et des comportements sains. Elle a également pour objectif l'amélioration de la santé des élèves, des enseignants et du personnel non enseignant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la classe. Ainsi, l'approche globale de la santé en milieu scolaire vise à renforcer, de diverses manières et à différents paliers d'intervention, la vision et les actions relatives à la santé (Agence de santé publique du Canada, s.d.). Pour se faire, cette approche cible plusieurs facteurs ayant des répercussions sur la santé et le bien-être des élèves telles que : la condition de vie à la maison, à l'école et dans la communauté ; la disponibilité et la qualité des services de santé dispensés à l'école et dans la communauté ; les conditions économiques et sociales des élèves, ainsi que la qualité et les retombées des interventions en promotion de la santé (Santé Canada, s.d.). Cette

approche encourage et nécessite un partenariat entre tous les acteurs associés au bien-être des élèves tels que les enseignants, les parents, les pairs, les professionnels de la santé ainsi que les membres de la communauté qui considèrent ensemble la santé comme une ressource de la vie quotidienne.

Plus précisément, le cadre de l'approche globale de la santé en milieu scolaire incorpore quatre éléments principaux : 1) l'enseignement et l'apprentissage ; 2) les services de santé et autres services de soutien ; 3) l'environnement social favorable et 4) l'environnement physique sain.

L'enseignement et l'apprentissage : C'est par l'enseignement que les élèves et le personnel sont d'abord informés des risques pour leur santé. Cet enseignement comprend un programme de promotion active de la santé, une documentation étoffée et une philosophie de l'enseignement de l'éducation physique axée sur le mode de vie des élèves. Les enseignements, par des stratégies variées, permettront le développement du sentiment d'efficacité personnelle, des aptitudes à la communication et à la résolution de problème. Ainsi, les élèves pourront acquérir des connaissances, des attitudes et des capacités afin de prendre des décisions saines quant à leurs habitudes de vie.

Les services de santé et autres services de soutien : On entend par les services de santé et autres services de soutien, les services reliés à tous les aspects de la santé tels que les services sociaux et les services psychologiques dispensés par des organismes tels que les unités de santé publique, les organismes de services sociaux et les services de santé privés. Bien que ces services ne relèvent pas de l'école, celle-ci peut assurer le lien avec les élèves et leur famille afin d'assurer le repérage et le traitement de divers problèmes de santé qui causent des difficultés d'apprentissage à long terme s'ils ne sont pas traités.

L'environnement psychosocial sain : Afin d'adopter un soutien social et psychologique aux élèves, à leur famille, à la communauté de même qu'au personnel de l'école, il importe de favoriser le développement des modèles positifs; de favoriser le soutien des pairs; d'encourager un climat scolaire positif; d'offrir un soutien à la famille et d'établir des politiques publiques appropriées. Tout en tenant compte du fonctionnement de l'école, ce soutien qui peut être informel ou structuré, a pour but d'aider les élèves à devenir des membres actifs et utiles de la société.

L'environnement physique sain : Afin de prévenir les blessures et les maladies, les préoccupations pour un environnement sain impliquent une variété de normes environnementales qui portent autant sur la salubrité, la sécurité que sur l'utilisation adéquate en matière de d'éclairage ou l'exposition minimale aux substances toxiques. L'environnement physique concerne aussi plusieurs autres aspects tels que les déplacements pour se rendre à l'école; les services alimentaires disponibles; l'établissement de milieux qui encouragent l'activité physique, etc.

L'Approche globale de la santé en milieu scolaire permet de réunir des intervenants autour de différents projets, activités ou services afin de créer un réseau intégré de programmes de la santé conçus pour les élèves et leur famille. Des études (Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse, s.d.) démontrent que l'Approche globale de la santé en milieu scolaire est efficace même si l'impact est parfois modeste. De plus, les initiatives les plus prometteuses prennent en compte un enseignement en classe et hors de la classe, l'environnement physique et social de l'école et intègre l'ensemble de la collectivité aux différents projets (McCall et Roberts, 2006).

3.4. RÉSEAU EUROPÉEN D'ÉCOLES EN SANTÉ EN EUROPE

Le Réseau européen d'écoles en santé (REES) est un projet tripartite fondé en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe (Parsons *et al.*, 1996), dont le but est de soutenir positivement la santé et les comportements de santé des enfants de 4 à 18 ans dans le pays d'Europe, par le développement et l'implantation en milieu scolaire de projets et de programmes de promotion pour la santé (Schools for Health in Europe, 2007a).

Les activités du REES se divisent en trois vastes domaines. D'abord, le *contexte scolaire* permet d'aborder l'ensemble des programmes qui s'initie à l'école ou qui s'insère dans l'école tel que le curriculum formel des élèves ou les connaissances apportées lors des partenariats avec les organismes hors l'école et les liens avec les parents et la communauté. Ensuite, le *processus de promotion de la santé* prend en compte tout ce qui entoure le curriculum formel de l'éducation pour la santé : les relations sociales entre les élèves, l'aspect ethnographique des soins de santé, l'environnement physique et l'environnement social des élèves. Enfin, les

effets de la promotion pour la santé tels que l'estime de soi, les connaissances, les attitudes, les compétences en lien avec la santé et tout ce qui traite des impacts des programmes de promotion de la santé (Parsons *et al.*, 1996). Les écoles qui souhaitent intégrer le REES doivent s'engager à respecter les 12 critères du réseau. Ainsi, l'école doit : 1) construire un programme de promotion en santé à partir des attentes, des demandes et des besoins des élèves ; 2) promouvoir l'estime de soi des élèves ; 3) favoriser de bonnes relations entre les enseignants et les élèves et entre les élèves eux-mêmes ; 4) communiquer le projet pédagogique et les objectifs sociaux de l'école ; 5) mobiliser les élèves par des activités stimulantes incitant à un mode de vie sain ; 6) protéger et améliorer l'environnement physique de l'école ; 7) établir des relations de confiance entre l'école et le milieu familial ; 8) élaborer des programmes d'éducation cohérents entre les divers ordres d'enseignement ; 9) promouvoir la santé et le bien-être du personnel enseignant et non enseignant ; 10) conférer aux enseignants leur rôle de référence en matière de santé ; 11) reconnaître la complémentarité de l'alimentation scolaire dans le programme d'éducation pour la santé ; et 12) exploiter le potentiel éducatif des services de santé dans l'optique d'un soutien actif du programme d'éducation pour la santé (Lufin, Caspers et De Bock, 2001). Bien que l'adhésion au réseau soit exigeante pour les écoles ou les pays souhaitant s'y intégrer (Jeanneret, 2003), en 2007, 46 pays en sont membres (Schools for Health in Europe, 2007a). En janvier 2007, lors de sa 14^e conférence annuelle, les membres du Réseau européen des écoles en santé décident de poursuivre leurs activités sous le nom de «Schools for Health in Europe» (Schools for Health in Europe, 2007b), en insistant sur la croissance des regroupements de professionnels intéressés et impliqués dans le développement et l'implantation des programmes de promotion de la santé à l'école. La mission de School for Health in Europe (SHE) sera, plus que jamais, de veiller à l'accès à l'information, aux pratiques favorables en matière d'éducation à la santé de même qu'aux échanges d'information entre les intervenants.

3.5. L'ÉCOLE EN SANTÉ AU QUÉBEC

L'École en santé fut le titre choisi au Québec pour développer une approche globale en éducation à la santé à l'école. Elle fut mise de l'avant par une action concertée entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, afin de faire échec au

dédoublément et à la discontinuité des actions et des programmes de santé destinés aux jeunes d'âge scolaire. Cette entente de complémentarité de services vise à accroître la concertation des intervenants offrant des services aux jeunes du préscolaire, du primaire et du secondaire (D'Amours et Arcand, 2004; Gouvernement du Québec, 2003). L'École en santé vise la réussite éducative et le développement optimal des jeunes sur les plans de la santé et du bien-être (Gouvernement du Québec, s.d.). Elle consiste en un ensemble de mesures déployées de façon cohérente par l'école et ses partenaires, dont les parents et la communauté, en travaillant en concertation. Les mesures choisies doivent être mises en œuvre dans le cadre du projet éducatif et du plan de réussite de l'école. D'Amours et Arcand (2004) présentent le déploiement des mesures de promotion et de prévention en santé en ciblant six facteurs clés reconnus pour leurs effets à la fois sur la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes : 1) l'estime de soi ; 2) la compétence sociale ; 3) les habitudes de vie ; 4) les comportements sécuritaires ; 5) l'environnement ; et 6) les services préventifs. De plus, ces auteurs indiquent que ces mesures visent à la fois les jeunes, l'école, la famille et la communauté afin que les actions posées se renforcent mutuellement et agissent en complémentarité. Ainsi, pour réaliser une véritable approche globale, il est essentiel que les actions soient concertées entre les intervenants afin qu'elles soient cohérentes et coordonnées de façon harmonieuse. Six principes doivent être respectés par l'École en santé. Elle doit : 1) être une approche de prévention et de promotion de la santé et du bien-être dans l'école ; 2) se concrétiser par une mobilisation du milieu scolaire et de la communauté environnante autour de la santé et du bien-être des enfants ; 3) être menée par une équipe constituée idéalement de parents, de membres du personnel enseignant et non enseignant, de la direction de l'école, de représentants du conseil d'établissement ainsi que d'intervenants du CLSC et de la communauté ou de toute autre personne pouvant contribuer à la réalisation du projet ; 4) favoriser une implication des élèves ; 5) favoriser l'intégration de tous les projets concernant la santé et le bien-être dans l'école, tout en s'articulant autour des besoins ressentis et exprimés par l'ensemble du milieu et s'intégrer au projet éducatif de l'école ; et 6) prévoir la mise en œuvre d'actions qui couvrent sept volets (les services de santé, les services sociaux, l'éducation à la santé, la formation et le soutien du personnel scolaire, le soutien des parents, le soutien social des enfants, l'environnement social et l'environnement physique) (Deschesne et Lefort, 2004). En somme, l'approche

École en santé propose d'intervenir de façon globale et concertée en promotion et en prévention de la santé à partir de l'école afin de contrer le morcèlement des interventions destinées aux enfants d'âge scolaire.

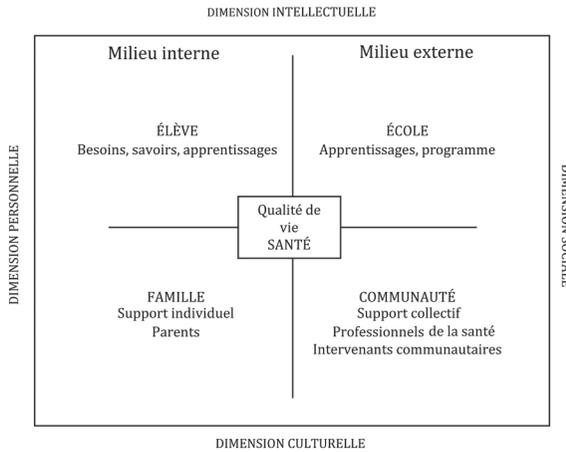
4. COMMENT LES ÉCOLES PROMOTRICES DE SANTÉ S'INSCRIVENT-ELLES DANS DES APPROCHES GLOBALES EN ÉDUCATION À LA SANTÉ ?

Une approche globale en éducation à la santé en milieu scolaire doit tenir compte des besoins des élèves et engager la participation de plusieurs acteurs. Les enseignants doivent être épaulés par la direction de l'établissement, les parents, puis par les intervenants communautaires (pompiers, secouristes...) et de la santé (infirmières, nutritionnistes, psychologues, médecins...). Enseignants et parents ont pour rôle l'éducation et la scolarisation du jeune. Cela implique l'éducation à la santé avec des enseignements théoriques et pratiques. Une partie de l'enseignement est déjà amorcé par les parents, avant même la scolarisation, sous les aspects des habitudes de vie (hygiène, sommeil, alimentation, activités physiques...). Par la suite, l'enseignant reprend ces aspects relatifs aux habitudes de vie afin de moduler ou consolider l'éducation parentale de manière à favoriser les apprentissages vers une plus grande autonomie de l'élève. Les intervenants de la santé publique ont pour rôle de vérifier l'état de santé des élèves selon les normes de santé médicale, à la fois physique et mentale. Les nutritionnistes peuvent intervenir, si nécessaire, pour évaluer et conseiller les responsables des services alimentaires dispensés à l'école. De même, les intervenants communautaires peuvent également appuyer les parents et les enseignants à compléter certaines notions spécialisées relevant de leur expertise (prévention des incendies et sécurité, prévention de la consommation des drogues, pratique des premiers soins...).

La figure 1, inspirée du modèle de Wilber (1996), illustre les interrelations nécessaires à une approche globale de l'éducation à la santé où tous les acteurs impliqués se concertent afin de compléter leurs interventions et éviter un dédoublement. L'ensemble de leurs actions est centré sur l'élève pour l'habiliter et lui conférer les moyens afin de le rendre autonome dans ses actions à apporter face à sa santé et son bien-être, tel que le propose la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986).

Figure 1

Modèle intégrateur des relations existant entre l'élève, sa santé, ses milieux de vie et ses apprentissages (modèle inspiré de Wilber [1996])



Les quatre dimensions entourant ce modèle sont d'ordre « personnelle » ; « intellectuelle » ; « sociale » et « culturelle ». Les dimensions sociale et culturelle orientent les valeurs (Rokeach, 1973), les actions, les normes sociales subjectives ainsi que les modèles dont seront tributaires, tout au long de leur vie, les élèves qui progresseront de l'enfance vers l'adolescence et plus tard à l'âge adulte. La culture est évidemment le cadre de référence qui déterminera les pratiques sociales et l'importance attribuée aux apprentissages et sera la référence aux actions posées et aux valeurs transmises, choisies et vécues. Tout au centre de la figure, « Qualité de vie, Santé et bien-être » constituent le but de l'approche globale qui est centrée sur l'élève et ses apprentissages en relation avec sa santé.

La distinction entre « Milieu interne » à gauche et « Milieu externe » à droite fait référence à la proximité des influences sur l'élève, à la fois sur un plan physique et temporel. D'une part, le « Milieu interne » concerne l'« élève » ainsi que sa « famille », qui sont les premiers acteurs responsables de la formation, de l'éducation, des apprentissages de base, du développement des savoirs (savoir-faire, savoir être) et des valeurs éducatives qui seront complétées par l'école. Ces apprentissages, facteurs prédisposant à l'éducation, comprennent les valeurs, l'éducation parentale, les expériences

vécues en période préscolaire ainsi que les premiers apprentissages préscolaires (Green et Marshall, 1991). Le milieu familial aide l'enfant à combler ses besoins afin qu'il développe une bonne estime de soi, gage d'une autonomie et d'une prise en charge individuelle.

D'autre part, on retrouve dans le « Milieu externe », l'« école », son curriculum d'apprentissage et son milieu de vie éducatif complémentaire du milieu parental ainsi que la « communauté » qui influence également l'école dont les valeurs et le programme éducatif influenceront à leur tour l'apprentissage et les valeurs des élèves. Le programme scolaire et ses acteurs doivent aider les jeunes à clarifier leurs valeurs, à les affirmer et à les vivre (Green et Marshall, 1991) afin d'agir sur la capacité des jeunes à s'affirmer et à résister aux invitations des pairs vers des comportements à risque et des assuétudes. Pour sa part, la communauté complète la formation des jeunes en leur offrant un cadre de vie sain où ils pourront vivre et s'épanouir. Les actions de la communauté constituent, avec l'école et la famille, le support dont ont besoin les jeunes pour affirmer et maintenir des comportements sains, fondés sur leur propre vision de l'avenir.

Influencé par les milieux internes et externes, le jeune évolue au contact de ses pairs, de sa famille, de ses enseignants et de ses concitoyens et baigne dans un espace culturel qui teinte à la fois l'éducation familiale, scolaire et communautaire. Dans une approche globale de l'éducation à la santé, les actions pour la santé doivent émerger d'une volonté de ces différents acteurs de façon à être mises en place et véhiculées de façon efficace.

CONCLUSION

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 différents acteurs qui apportent chacun leur expertise. C'est également l'occasion de redonner la parole et l'action à plusieurs groupes de professionnels qui peuvent partager et offrir leur expertise pour favoriser la santé des jeunes en milieu scolaire. Les interventions doivent être globales et concertées, intégrant différents intervenants tels les parents, les enseignants, les élèves et les membres de la communauté. Seules des actions concertées apparaissent comme le moyen privilégié pour rejoindre les jeunes et pour les aider à se développer dans un milieu de vie sain et motivant. Des actions concertées sont essentielles pour éviter le chevauchement et le dédoublement d'interventions, lesquelles, ainsi diluées, nuisent davantage qu'elles n'aident

les jeunes et leur milieu (Education Development Center, 2001). Créer un environnement sain facilitant à la fois l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie, les apprentissages et le développement de compétences d'ordre académique et de santé constituent un élément fondamental pour une éducation et une promotion de la santé auprès des jeunes en milieu scolaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé publique du Canada (s.d.). *L'approche globale pour la santé en milieu scolaire*, <www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/7-18yrs-ans/sante_globale_f.html>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Allensworth, D. et L. Kolbe (1987). «The comprehensive school health program : Exploring an expended concept», *Journal of School Health*, vol. 57, n° 10, p. 409-412.
- Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse (s.d.). *Obtenir l'engagement des parties : Qu'est-ce que la santé globale en milieu scolaire ?*, <www.cahperd.ca/fra/sante/documents/OEP-Qu_est-ce_que_la_sante_globale_en_milieu_scolaire.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- D'Amours, Y. et L. Arcand (2004). *Une école en santé : pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes*, Conférence présentée au Congrès de la Fédération des comités de parents du Québec, <www.fcpq.qc.ca/docs/fr/congres/2004/YDamours_sante_2004.htm>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Deschesnes, M. et L. Lefort (2004). *Portraits des initiatives québécoises de type « École en santé » au niveau primaire*, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique, Direction du développement des individus et des communautés.
- Education Development Center (2001). *Coordinated School Health Programs Defined and Described*, <www2.edc.org/makinghealthacademic/cshp.asp>, page consultée le 25 novembre 2008.
- European Network of Health Promoting Schools (1997a). *Conference resolution – «The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy»*, First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, Thessaloniki-Halkidiki, Grèce, 1-5 mai 1997, <ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/Conferenceresolution.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- European Network of Health Promoting Schools (1997b). *Conference report: «The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy»*, First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, Thessaloniki-Halkidiki, Grèce, 1-5 mai 1997, <ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/TheHPSaninvestmentineducationhealthanddemocracy.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.

- Furguson, M. (1981). *Les enfants du Verseau : pour un nouveau paradigme*, Paris, Calmann-Lévy.
- Gouvernement du Québec (s.d.). *Approche école en santé*, <www.vasy.gouv.qc.ca/fr/bouger/articles/parents_approcheecole.html>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Green, L.W. et W.K. Marshall (1991). *Health promotion planning. An Educational and Environmental Approach*, Toronto, Mayfield Publishing Company.
- Greenberg, J.S. (1985). «Health and wellness: A conceptual differentiation», *Journal of School Health*, vol. 55, n° 10, p. 403-406.
- Harvey, G. et P.G. Robineault (1996). *Santé et activité physique*, Notes de cours, document inédit, Université du Québec à Montréal.
- Jeanneret, O. (2003). «Santé à l'école ou écoles en santé?», *Société française de santé publique*, n° 15, p. 167-180.
- Jourdan, D. et D. Berger (2005). «De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé», *La santé de l'homme*, n° 337, <www.inpes.sante.fr/SLH/articles/377/09.htm#>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Lufin, A., E. Caspers, et C. De Bock (2001). «Promotion de la santé École en santé, Milieu scolaire», *Éducation santé*, n° 158, <www.educationsante.be/es/article.php?id=34>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Marx, E., S.F. Wooley et D. Northrop (1998). *Health Is Academic: A Guide to Coordinates School Health Programs*, New York, Teacher College Press.
- McCall, D. (1999). «Comprehensive School Health: Help for teachers from the community», *CAPHER Journal*, printemps, p. 4-9.
- McCall, D. et G. Roberts (2006). «Approche globale de santé en milieu scolaire», *Revue Santé et Apprentissage*, automne/hiver, p. 3-5.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *Programme de formation de l'école québécoise, Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2003). *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa, promotion de la santé*, <www.who.int/dh1l-rils/ldhl/Aii05003.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Organisation mondiale de la santé (s.d.). *What Is a Health Promoting School?*, <www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/print.html>, page consultée le 25 novembre 2006.
- Parsons, C., D. Stears et C. Thomas (1996). «The health promoting school in Europe: Conceptualising and evaluating the change», *Health Education Journal*, n° 55, p. 311-321.
- Renisow, K. et D. Allensworth (1996). «Conducting a comprehensive school health program», *Journal of School Health*, vol. 66, n° 2, p. 59-63.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*, New York, Free Press.

- Santé Canada (s.d.). *Maximiser l'impact: manuel de l'éducateur, Chapitre 14: L'approche globale de la santé en milieu scolaire: acquisition de techniques, de comportements pour une vie sans fumée*, <www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/io-mi/io-mi14-fra.php>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Schools for Health in Europe (2007a). *Terms of reference SHE network*, version 1.1, 14th ENHPS business meeting, Luxembourg, <ws10.e-vision.nl/she_network/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=21>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Schools for Health in Europe (2007b). *Schools for Health in Europe Newsletter*, n° 1, p. 1-4, <www.ecoles-en-sante.ch/data/data_237.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Wilber, K. (1996). *Une brève histoire de tout*, Boucherville, Éd. De Mortagne.

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE EN FRANCE

Éléments d'analyse¹

Corinne *MÉRINI*, Institut universitaire de formation des maîtres
de l'académie de Versailles, Paedi

RÉSUMÉ

Cette recherche fait suite à une série de travaux menés dans le second degré à propos de la prévention des toxicomanies qui ont mis en évidence que l'éducation à la santé était le plus souvent menée sous forme d'interventions thématiques pilotées par des

-
1. Ce texte correspond à la présentation d'un travail mené collectivement, au colloque « *Éducation à la santé en milieu scolaire* » lors du congrès ACFAS « La société des savoirs » de mai 2004 à Montréal. L'équipe était composée de Corinne Mérini, maître de conférences à l'IUFM de l'Académie de Versailles, Didier Jourdan, maître de conférences à l'IUFM d'Auvergne, Patricia Victor, maître de conférences à l'IUFM de l'Académie de Rouen, Dominique Berger, maître de conférences à l'IUFM de l'Académie de Lyon et Christine de Peretti, médecin épidémiologiste à l'INRP France.

spécialistes en collaboration avec l'équipe éducative, rarement avec des enseignants comme de véritables instruments de santé publique. En France, la relance de la politique ministérielle en faveur de la santé des élèves insistant sur le fait que l'éducation à la santé devait être une préoccupation de l'école dès la maternelle, il était intéressant d'examiner la manière dont les acteurs du premier degré s'emparaient de l'objet. Le contexte de l'école élémentaire (unicité du maître, polyvalence et la structure classe) configure les mises en œuvre différemment. La cohérence et l'absence de messages paradoxaux semblant jouer un rôle capital dans le développement de l'éducation à la santé, nous avons cherché à comprendre comment pouvaient se développer ces cohérences tant dans les contenus que dans les montages ou les offres de formation. Pour cela, nous avons développé une ethnographie des pratiques, tout en gardant en perspective la diffusion et l'aide à l'analyse des pratiques. Nos résultats présentent une diversité des schémas: diversité d'objectifs déclinés à la fois en termes de connaissances, mais aussi de compétences par lesquelles l'élève est invité à développer des aptitudes, à créer des liens entre ses connaissances et ses comportements dans le quotidien; diversité de ressources mobilisées à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur de l'école; diversité des acteurs concernés par le problème; diversité enfin de montages des actions avec des différences de niveaux d'action dont l'échelle va de la classe au territoire national, quand l'action est en lien avec les grandes campagnes nationales de prévention.

Hier comme aujourd'hui, les enjeux de l'éducation à la santé dans l'école² sont à mettre en rapport avec l'état de santé des populations, et en particulier avec celui de la jeunesse. L'école a parallèlement une incidence sur la santé et sur ses déterminants (impact des conditions d'apprentissage sur

2. MEN, BO n° 28 (1998): «À l'heure où les problèmes économiques et sociaux engendrent des difficultés de tous ordres dans la vie quotidienne d'un grand nombre d'élèves, où les sollicitations à consommer des produits licites ou illicites sont de plus en plus fréquentes auprès des jeunes plus longtemps scolarisés, le rôle joué par l'école en matière de prévention des conduites à risque est primordial, notamment à l'adolescence au moment où la personnalité se structure.»

la construction de l'identité et la socialisation, aspects physiques, rythmes scolaires et incidences sur la vie quotidienne des élèves...). Ces influences contribuent au «programme caché», c'est-à-dire à ce qui va être vécu au jour le jour et agit implicitement sur les apprentissages. En ce sens, on perçoit combien l'éducation à la santé lie quotidien de l'école, apprentissages scolaires et santé publique. De fait, l'éducation à la santé va concerner l'ensemble des acteurs impliqués dans l'institution scolaire, des décideurs aux communautés éducatives, et fait apparaître un besoin de collaboration avec les familles ou les groupes agissant en perspective de la santé des jeunes.

L'éducation à la santé à l'école élémentaire en France s'inscrit dans les apprentissages de la classe. À ce titre, et comme pour l'ensemble des autres apprentissages, la responsabilité de sa mise en œuvre incombe à l'enseignant titulaire de la classe, même si ces derniers peuvent impliquer des partenaires. Les grands enjeux de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé à l'école sont définis dans les textes émanant à la fois des ministères de la Santé comme *La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation*³, qui définit les axes d'action de l'éducation et de la promotion de la santé à l'école, et ceux de l'Éducation, qui définissent compétences et contenus relatifs à l'éducation à la santé⁴ à l'école. Ainsi, cette dernière est reliée explicitement à trois axes disciplinaires : l'éducation physique, les sciences de la vie et l'éducation à la citoyenneté. Pour autant le cadre réglementaire, comme les pratiques réellement mises en œuvre (Mérini *et al.*, 2004), relie tout aussi bien l'éducation à la santé à la maîtrise des langages quand le travail s'organise autour de la lecture d'albums ou de recherche documentaire, qu'au repérage dans l'espace quand il s'agit de donner l'alarme dans les premiers secours, voire enfin à des réalisations artistiques permettant d'échanger ou de communiquer à propos de sujets douloureux comme la maltraitance ou le sida. Ce sont des pratiques hétérogènes et partagées, qui imposent une modélisation de la complexité.

3. B.O n° 46 du 11 décembre 2003.

4. «Qu'apprend-on à l'école élémentaire?», Les nouveaux programmes 2002.

1. DES PRATIQUES DIFFÉRENTES DANS L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Comme nous le disions dans l'introduction, dans le premier degré, l'éducation à la santé en France est prise en charge par l'enseignant en collaboration ou non avec l'équipe d'école ou des partenaires extérieurs. De fait, cette préoccupation de la santé à l'école s'inscrit dans une double dynamique de promotion et d'éducation posée en lien étroit avec les apprentissages ou la vie quotidienne à l'école. Même si la dimension préventive est présente, elle est ancrée dans les débats de la classe au travers des activités qui y sont menées.

Dans le second degré, l'éducation à la santé fait le plus souvent l'objet d'interventions de type préventif et thématique, animées par les équipes d'établissement ou médico-sociales au sein du projet d'établissement ou de la structure collective qu'est le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)⁵. De précédentes recherches y ont repéré une faible implication des enseignants et un fréquent recours à des interventions thématiques magistrales (Berger, Leselbaum *et al.*, 2002 ; Jourdan *et al.*, 2003) en lien avec les grands thèmes de campagnes de santé publique.

1.1. DES PRATIQUES À METTRE EN LUMIÈRE

Il nous a semblé intéressant d'examiner les pratiques relatives à l'éducation à la santé à l'école élémentaire pour deux raisons majeures. La première est liée à la parution de textes officiels importants en 1998⁶, la seconde au fait que ces pratiques passent le plus souvent pour des pratiques « ordinaires » et ne méritent pas un intérêt particulier du point de vue de l'enseignant. Il faut peut-être voir en ce point l'effet du maître unique qui mène cette activité dans une dimension quasi domestique de la classe, là où pour le second degré cette activité devient « exceptionnelle », car liée le plus souvent à des collaborations extérieures qui attirent l'attention en

5. Cette structure institutionnelle associe premier et second degré d'un même secteur ; elle est composée de parents, d'enseignants et de membres de la communauté éducative, mais aussi d'association, d'élus, etc. Elle a pour objet la promotion de la santé à l'école. Dans la réalité des faits, cette structure est plus active dans le second degré.

6. MEN, BO n° 28, (1998) – MEN, BO n° 45 (1998).

particulier en raison du travail collaboratif que cela suppose. La mise en lumière de ces pratiques dans l'enseignement élémentaire présentait à nos yeux le double avantage d'une aide à la rationalisation et d'une diffusion nécessaire de ressources.

1.2. NÉCESSITÉ DE LA DIFFUSION DE RESSOURCES ET D'OUTILS D'ANALYSE

L'implantation d'actions ou d'enseignements ayant trait à la santé à l'école élémentaire reste très inégale sur le territoire national. Certaines régions comme l'Auvergne ou la région lyonnaise sont en pointe dans ce débat, d'autres restent encore relativement absentes ou en développement. Un point apparaît nettement dans les recherches ci-dessus, et a été confirmé cette fois encore : plus le milieu est ressenti comme difficile, mieux l'éducation à la santé est développée, et plus elle y est sous des formes innovantes. Notre hypothèse de travail était donc que pour contribuer à la diffusion de pratiques, deux axes devaient être travaillés, la modélisation des principes d'action ayant présidé à l'agencement des pratiques et le repérage de ressources que ce soit en termes d'outils, de documentation ou d'information. Nous avons donc un double souci de recherche et de formation dans notre contribution au développement de l'éducation à la santé.

1.3. DES PRATIQUES ORDINAIRES PEU LISIBLES ET À RATIONALISER

Comme nous le relevions plus haut, l'éducation à la santé s'inscrit dans les pratiques ordinaires de la classe ou de l'école, et si les textes officiels les légitiment, elles n'en demeurent pas moins peu lisibles, car elles sont plurielles, transversales et à mi-chemin entre l'ordre scolaire et l'ordre domestique. Les prescriptions elles-mêmes contribuent à cette opacité en les inscrivant à la fois (et légitimement) dans les disciplines, dans la transversalité disciplinaire, dans le registre de la vie scolaire, ou dans la réalisation sur projets.

Ainsi, si les liens disciplinaires sont explicitement ancrés dans le champ des sciences de la vie et ceux de l'éducation physique, l'éducation à la santé est aussi à associer à l'axe transdisciplinaire de la citoyenneté.

Elle n'en reste pas pour autant exclusivement liée au domaine de l'enseignement, puisqu'elle est aussi inscrite dans le débat des projets d'école, des contrats de réussite ou des contrats éducatifs locaux⁷. Quel que soit l'axe d'intervention choisi par l'enseignant, il apparaît clairement que la légitimité majeure de l'éducation à la santé en milieu scolaire est son lien aux apprentissages et à la réussite des élèves. Construire une grammaire des actions mises en œuvre devient alors l'occasion de les rendre lisibles, de contribuer à leur diffusion et d'aider les praticiens à les interroger pour les réguler et les développer.

1.4. L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À LA FOIS OBJET D'ÉTUDE ET OBJECTIF PARTAGÉ AVEC LA FAMILLE ET LA CITÉ

Dans ce contexte, l'éducation à la santé est tantôt objet d'étude, tantôt objectif, parfois décliné sous l'angle des apprentissages mais aussi derrière l'idée de promotion de la santé, quoi qu'il en soit toujours partagée avec d'autres que sont la famille, mais aussi les collectivités ou les associations en tant que partenaires du débat éducatif. Cette diversité pose deux problèmes majeurs, l'un épistémologique, celui de sa modélisation (quelle universalisation possible des singularités ?), l'autre d'ordre pratique, quelle cohérence s'instaure dans cette chaîne de volontés politiques et dans les messages dont elle est porteuse ? Comment éviter les messages paradoxaux ou comment aider les jeunes à les traiter ? Nous souhaitons aider les praticiens à répondre à ces questions par la modélisation des principes d'action conçus comme une aide à l'analyse. L'équipe poursuivant alors un double objectif épistémique, d'une part, et transformatif de l'autre. En d'autres termes, nous souhaitons à la fois donner le goût, mais aussi les moyens d'agir à des niveaux différents dans la « chaîne » de décisions et de mises en œuvre de l'action.

7. Ces contrats unissent l'école aux acteurs locaux ou aux collectivités locales pour mener à bien une politique d'aide à la réussite des élèves qui passe aussi par les questions de santé.

2. UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE POUR UN OBJET COMPLEXE

2.1. APPROCHE SYSTÉMIQUE ET MULTIRÉFÉRENTIELLE COMME CADRE THÉORIQUE

La diversité des pratiques, leur hétérogénéité, l'impact du contexte sur leur configuration, mais aussi la pluralité des acteurs concernés dans ces pratiques nous ont conduit à les appréhender dans une démarche systémique portant intérêt aux interdépendances qui se nouent entre contexte, action et acteurs. De ce point de vue, reconnaissons que si l'approche systémique présente le mérite de saisir les interdépendances et de respecter la complexité d'un phénomène, elle présente l'inconvénient de ne pas permettre d'embrasser le système dans son ensemble. Par ailleurs, l'hétérogénéité constitutive du système impose le recours à des théories différentes irréductibles les unes aux autres ; c'est en ce sens que nous avons mis en œuvre une approche multiréférentielle (Ardoino, 1993).

C'est donc à partir des interdépendances que nous avons travaillé pour identifier les principes d'action et ce qui a présidé à son organisation. Parce que l'action est plurielle, nous avons emprunté à la sociologie de l'action organisée (Friedberg, 1992) la grille de lecture de l'agencement du système à partir de laquelle nous avons pu dégager les principes historiques et fondateurs, mais aussi les principes organisateurs du système d'action concret (Crozier et Friedberg, 1977). Pour autant, le repérage de l'agencement du système et des principes d'action ne dit rien « du comment » les décisions ont été prises et de leur signification. C'est donc la décision des acteurs que nous avons examinée par une analyse qualitative visant à mettre en valeur les acceptions ayant présidé à leurs prises de décisions. De ce point de vue, nous avons situé le travail d'analyse dans le champ des théories de l'action et de la décision.

Ainsi, à partir de la description des pratiques, il s'agissait de revenir sur l'examen du contexte dans lequel elles s'inscrivent puis, par le biais de l'analyse, de mettre en relation contexte-décision-action-signification. Nous avons donc développé une approche compréhensive des phénomènes rencontrés.

2.2. MÉTHODOLOGIE

Au plan méthodologique, compte tenu de l'objectif principal du travail (repérage et analyse de la diversité des pratiques des écoles en matière d'éducation à la santé), nous avons opté pour une entrée par les projets d'école comportant un volet santé, dans cinq académies (Clermont-Ferrand–Lyon–Poitiers–Rouen–Versailles). La première étape, consacrée à la description de ces projets par le biais de questionnaires, avait pour but de réunir des informations relatives au contexte dans lequel se déroulait le projet (caractéristiques de l'école) et à l'action elle-même. Nous avons pu ainsi dresser une typologie des établissements ayant un axe santé dans leur projet d'établissement, puis dans un deuxième temps nous avons sélectionné les projets pour lesquels nous avons interrogé les équipes.

La caractérisation du projet santé dans le questionnaire était établie à partir de huit pôles d'information : l'origine du projet ; son mode d'élaboration ; le fait qu'il y ait eu ou non une réflexion éthique lors de son élaboration ; la clarification des objectifs ; l'explicitation des modes d'organisation, de concertation et de financement du projet ; l'analyse des actions menées en 1999-2000 ; les actions mises en œuvre lors des trois années précédentes et l'évaluation : dispositif et résultats.

Le retour des questionnaires ($n = 130$) nous a permis de repérer un ensemble d'actions constitutives de la réalité de l'éducation à la santé à l'école élémentaire, pour lesquelles nous avons conduit une trentaine d'entretiens. Le choix des projets retenus pour conduire les entretiens a été fait en fonction de la diversité des thèmes d'approche, des démarches et des cycles.

Les entretiens réalisés à partir d'une grille organisée autour des dix points suivants (voir figure 1) ont été menés dans les cinq académies, dans une proportion d'environ 1/3, en milieu rural, périurbain et urbain ; ces entretiens ont été menés à partir d'une grille.

Figure 1

Les dix points de la grille d'entretien

1. L'origine de l'action (personne, institution, événement...)
 2. Le mode d'élaboration du projet
 3. Ce qui est visé derrière l'action
 4. Qui est impliqué et qui fait quoi ?
 5. La question éthique a-t-elle été posée, sinon expliciter les obstacles ou les résistances aux familles. Les parents ont-ils été associés ?
 6. Les contenus, les objets, la durée, les productions (questionnaire, exposition...), quelles traces ?
 7. Les outils utilisés
 8. Repérage du schéma pédagogique qui sous-tend l'action
 9. Évaluation de l'action et effets observés
 10. Repérage de l'évolution de l'action, des objets, de l'approche
-

À la suite de ces entretiens, nous avons retenu 19 actions en privilégiant à la fois les pratiques innovantes intégrées au projet d'école, ou de circonscription, parfois depuis déjà plusieurs années et pour lesquelles les équipes éducatives ont eu l'occasion d'acquérir un certain recul. La pérennisation de ces projets témoigne, selon nous, de leur reproductibilité et d'une certaine transférabilité, ne serait-ce que partielle.

Nous avons volontairement écarté les actions menées exclusivement par les partenaires extérieurs à l'Éducation nationale sans que le lien à la classe ou la continuité des apprentissages n'ait été préalablement travaillé. Un réel partenariat suppose, à nos yeux, que les opérations mises en œuvre soient l'aboutissement d'une chaîne de volontés, qu'il y ait eu une négociation permettant des actions et qu'elles soient inscrites dans un projet commun. C'est ce point qui légitime notre entrée méthodologique par les projets santé intégrés au projet d'école ou de circonscription.

Nous reconnaissons pourtant la limite majeure de notre méthodologie qui est essentiellement fondée sur un recueil de données déclaratives. Pour autant, la présence d'un recueil de données organisé en deux phases, la confrontation des 19 cas retenus aux traces écrites qui nous avaient été confiées, la présence de grilles d'entretien et d'analyse communes, auxquelles a succédé une analyse croisée menée collectivement au sein de l'équipe de recherche ont cherché à constituer une garantie à l'encontre de cette limite.

3. RÉSULTATS ET MISE EN PERSPECTIVE À PARTIR DE L'ANALYSE TRANSVERSALE DES ACTIONS ET DES NIVEAUX D'ACTION HÉTÉROGÈNES

On peut tout d'abord dégager trois grands niveaux d'action : la classe ou le cycle – l'école – le groupement d'écoles. Si, pour les deux premières catégories, la définition des objectifs, du public cible, des thèmes, etc., reste proche des recommandations officielles, quand il s'agit de groupements d'écoles, il nous faut noter que les problématiques s'éloignent de celles de la classe, pour se rapprocher du niveau de la formation ou d'une politique de circonscription. De fait, au plan de la classe ou du cycle, la question de l'élève (sa santé, son bien-être, sa réussite) est centrale, quand on se place au plan du groupement d'écoles ou de la circonscription, le travail se rapproche plus de la dimension politique, que celle-ci se décline sous l'angle d'une politique de formation ou de santé publique.

3.1. DES ORIGINES DE L'ACTION DIVERSIFIÉES

Du fait même de nos critères de sélection (rejet des sous-traitances ou des délégations), la majorité des fiches indiquent une implication et une volonté des enseignants de participer aux actions. Dans ce contexte, l'initiative de l'action revient aussi bien au corps enseignant qu'aux services de la santé scolaire, parfois des deux ensemble. Trois cas attribuent l'initiative de l'action à d'autres partenaires : l'action *Éducation à la citoyenneté : gérer le risque et son rapport à l'autre*, pour laquelle ce sont les enfants qui, en réaction aux incivilités dont ils étaient victimes, ont demandé une réponse des enseignants ; le cas *Santé et environnement, l'affaire de tous*, où ce sont les responsables du service municipal de l'environnement qui ont été à l'initiative du projet, et enfin l'action *Un institut de formation d'infirmiers, partenaire de l'école*, où l'IFSI⁸, qui cherche à développer ses terrains de stage en santé publique, a lancé le projet, par l'intermédiaire du médecin scolaire.

3.2. DES ACTIONS INSCRITES DANS UNE DYNAMIQUE DE PROJET

Une bonne part des cas analysés rendent compte de l'enchevêtrement des projets : projets locaux de prévention, politique nationale ou régionale de prévention, projet de circonscription et projet d'école, contrat ville et projet

8. Institut de formation en soins infirmiers.

santé, etc., ce qui contribue à inscrire les initiatives dans des tissus locaux d'action et renforce la contextualisation ou le caractère particulier des projets. De ce point de vue, il semble que l'éducation à la santé se pose plus sous l'aspect de réalisations sur projet associant le « hors l'école », que dans des formes scolaires d'ordre disciplinaire caractéristiques des enseignements propres à l'école.

À ce sujet, les liens qui s'établissent entre les différents niveaux de projets (projet d'école/projet REP ou contrat local, etc.) témoignent des articulations qui sont construites entre la classe, l'école et son contexte. Ainsi, l'éducation à la santé à l'école est mise en synergie avec des actions non scolaires ayant trait à la santé, et devient un élément éducatif global associant différents acteurs au-delà des limites institutionnelles de l'école.

3.3. OBJECTIFS ET THÈMES DE TRAVAIL

On peut dégager deux grandes catégories d'objectifs selon le niveau de l'action : l'une concerne les élèves, l'autre les pratiques d'éducation à la santé et les politiques publiques de santé. Quand l'action se situe au niveau des enfants, plus des deux tiers des fiches concernent les compétences psychosociales, pour l'autre tiers il est question d'informations de type préventif. Quand il existe un lien avec une politique publique de santé, on peut dégager quatre grands thèmes de travail : l'alcool, le sida, la maltraitance et les gestes de premiers secours. Six actions sur dix-neuf rentrent dans cette catégorie de travail en lien avec une politique publique. C'est ce point qui nous fait dire que l'éducation à la santé dans le premier degré est profondément ancrée dans des perspectives éducatives et pas seulement préventives, comme cela peut être le cas dans le second degré. Les questions de la réussite des élèves, du bien-être, du « mieux vivre ensemble » sont très présentes et dénotent du lien qui est fait avec la question des apprentissages scolaires.

3.4. LES ACTEURS DES PROJETS

Outre les enseignants, les personnels médico-sociaux, qu'ils soient personnels « Éducation nationale » ou « Municipal », sont fortement impliqués dans l'éducation à la santé à l'école. Les municipalités s'engagent aussi dans une

bonne mesure, et l'on peut noter un recours aux organismes et aux associations dans les actions liées à la prévention ou à la protection des élèves qui nécessitent une intervention spécialisée (alcool, sida, maltraitance...).

3.5. LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

La réflexion éthique est très présente (16/19 actions), pour autant elle n'est pas systématique ni même clairement explicitée. Elle peut prendre des aspects différents, et être située dans des champs diversifiés. Il y aurait sans doute un effort à faire dans ce sens en formation pour faciliter son expression et la positionner par rapport aux débats didactiques ou pédagogiques. Elle apparaît comme un élément majeur, en particulier dans la prise en compte des familles et dans leur association aux enjeux de l'école.

3.6. « LES CIBLES » DES ACTIONS

Dans les actions présentées, on peut constater que ce sont essentiellement les élèves de CM (16/19) ou les enseignants de ces classes qui sont visés (3/19), même si ceux de cycle II⁹ sont aussi concernés (12/19). Le plus intéressant, c'est que, bien que le questionnaire de départ ait été envoyé aux écoles élémentaires, 7 fiches mentionnent les maternelles ou le collège. De notre point de vue, nous avons là l'expression des liens qui sont établis entre établissements à propos de l'éducation à la santé. Cette dimension synergique qui est instamment recommandée par les textes officiels semble être une réalité forte en ZEP et dans ce domaine d'action, ce qui conforte le constat d'extension de l'acte éducatif aux acteurs et instances situés hors de l'école.

3.7. DES THÉMATIQUES DIVERSIFIÉES

Les cas retenus abordent l'éducation à la santé de manières différentes, d'une part à travers des thématiques particulières (le sida, l'alimentation, la maltraitance, etc.) qui correspondent à l'objectif principal, ou d'autre part, par le développement d'une santé globale ou de compétences psychosociales pour lesquelles les thématiques sont secondaires. Outre les thèmes de prévention publique (sida, alcool, maltraitance, gestes de

9. Enfants ayant de 5 à 8 ans.

premiers secours), l'analyse transversale des thèmes fait apparaître un intérêt fort pour l'alimentation, l'hygiène et le sommeil (mentionnés de 25 à 30 reprises), mais on trouve dans des proportions légèrement supérieures la volonté d'appréhender la santé sous son aspect global (entre 30 et 35 mentions). Si l'on réfère à une analyse des thèmes abordés dans le second degré (Berger et Leselbaum, 2002)¹⁰, cet aspect semble assez particulier de l'enseignement du premier degré. La présence d'un maître unique et une connaissance très personnalisée des enfants, mais aussi des familles (proximité entretenue parfois depuis la maternelle), semblent pouvoir constituer des éléments d'explication. En ce sens, l'éducation à la santé à l'école élémentaire présenterait des spécificités que des établissements du second degré plus volumineux, et organisés différemment, rendraient plus difficiles à mettre en œuvre. Ce point mériterait d'être mieux pris en compte dans les préconisations, mais aussi en formation car il implique, selon nous, des leviers d'action différents. Pour autant la mise en rapport d'une perspective globale de la santé avec des approches plus thématiques n'est à prendre que sous l'angle d'une tendance générale, la quantification est en effet fragile, car même dans une démarche globale, les personnes interrogées ont parfois énoncé des démarches ciblées.

3.8. LES MÉTHODES ADOPTÉES

Les méthodes adoptées dans les 19 cas recouvrent deux champs majeurs : celui de la discussion ou du dialogue, ou d'une manière plus globale, d'une pédagogie active. Derrière cette approche, on trouve des jeux de rôle, le théâtre, mais aussi la recherche documentaire, les revues de presse, le recueil de photos, les enquêtes, des productions qu'elles soient plastiques, écrites, de jeux de société, la confection de repas ou du jardinage. La discussion et le dialogue qui semblaient être une réussite plutôt inattendue dans la recherche second degré citée précédemment, sont ici sciemment mis en œuvre en tant que méthode de travail. L'information est une démarche très marginale quand le public cible est les enfants. Elle est première quand l'action est située au plan de la formation en éducation à la santé par groupement d'écoles et qu'il s'agit d'adultes. Elle prend la forme de conférences, de réunions, de rencontres, d'animations (quand il s'agit de groupes ou d'équipes), même si on trouve également des dispositifs d'accompagnement.

10. *La prévention des toxicomanies en milieu scolaire*, annexe 2.3, p. 161-168.

3.9. LES OUTILS

Livres et cassettes sont les outils les plus utilisés, mais les acteurs ont recours à la presse, la publicité, et les BCD¹¹ ne sont pas les seules structures mises à contribution. Les acteurs ont aussi recours aux affiches, qu'elles soient distribuées par les organismes spécialisés (CFES)¹², ou élaborées par les élèves infirmiers, les enfants ou les enseignants.

L'expression écrite et orale joue un rôle important. Dans ce cadre, trois outils sont signalés : le questionnaire, le journal de bord et le cahier d'incidents.

De manière moins sensible, les équipes ont recours aux sites présentés sur Internet, aux photos, aux témoignages, aux visites ou aux transparents de situations.

3.10. L'ÉVALUATION

L'évaluation reste au plan de l'appréciation et de l'ordre du domestique, c'est-à-dire exprimée sur le mode perceptif subjectif sans que des éléments de rationalité n'aient été introduits. Trois cas mentionnent l'utilisation d'indicateurs objectivés cherchant à repérer l'évolution des comportements comme : la révélation de maltraitance, la diminution des plaintes ou des incidents, l'amélioration du dialogue élèves/familles à propos de sujets intimes.

Ce sont surtout des changements de comportements qui sont évoqués, et ils le sont tant à propos des élèves que des familles qui se rapprochent de l'école, s'impliquent ou s'intéressent au quotidien scolaire dans lequel vivent leurs enfants.

L'appréciation de l'action et sa reconduction passent aussi par le fait que celle-ci se soit développée, qu'elle ait été appréciée ou qu'elle ait fait l'objet d'une demande de renouvellement ou de développement. Cet axe d'évaluation est lui aussi très signalé dans la recherche second degré citée précédemment.

11. Bibliothèques centres documentaires.

12. Centre français d'éducation à la santé, aujourd'hui Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

Les équipes mentionnent également l'évolution des capacités des élèves à reconnaître les déterminants de santé, à partir de résultats obtenus à des questionnaires ou des enquêtes, mais de manière plus rare et ne renouvellent pas systématiquement l'opération en raison de la lourdeur de sa mise en œuvre.

3.11. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Les difficultés énoncées par les personnes interrogées sont souvent d'ordre matériel (infrastructures, matériel, financement...), mais aussi humain, manque de moyens ou plutôt instabilité des moyens (changement de poste, modification du plan de formation départemental, etc.). La stabilité matérielle et des équipes semblent constituer des éléments majeurs de développement d'actions qui, parce qu'elles sont collectives, sont fragiles et nécessitent de s'inscrire dans la durée pour se stabiliser et évoluer favorablement. Les ruptures ou interférences institutionnelles (consultation nationale des programmes, renouvellement des projets d'école) sont des obstacles au développement des pratiques.

L'absence ou l'insuffisance de formation des enseignants, ou de continuité, sont aussi dénoncées.

Nous avons relevé que la présence des enseignants lors de l'intervention est vécue comme un obstacle par lequel les enfants ne se libéreraient pas aussi bien que quand ils sont seuls avec l'intervenant, pourtant les textes officiels imposent la présence d'un membre de la communauté éducative lors des interventions, il y a bien là un débat et un de ces paradoxes que nous évoquions plus haut.

3.12. LES FACTEURS DE PÉRENNISATION

Les facteurs de pérennisation qui apparaissent peuvent être de trois ordres : tout d'abord les facteurs structurels, où des formes synergiques préexistent ou sont stabilisées, ce qui permet d'ancrer les actions (projet de REP, d'école, réseau d'écoles, promotions d'élèves infirmiers, les liens médecine scolaire/communauté éducative, etc.). Les facteurs d'ordre motivationnel sont reconnus aussi comme très efficaces dans la continuité des actions (motivation des élèves, des enseignants, des équipes, des parents, etc.), c'est sans doute ce qui permet d'expliquer le fait que ces actions sont

souvent l'œuvre de quelques personnes reconnues comme « toujours les mêmes ». Enfin, le troisième facteur qui apparaît est le facteur « politique publique », qu'elle soit locale ou nationale, vraisemblablement pour l'engagement institutionnel et financier qu'elle garantit.

4. MISE EN PERSPECTIVE

Après cette série de constats transversaux, nous pouvons dégager quelques éléments que nous souhaitons mettre en perspective.

4.1. UNE VARIÉTÉ D'AXES FORTS

C'est majoritairement la question des continuités qui est mise en avant comme le lien établi entre santé et réussite scolaire, la continuité maternelle-élémentaire-collège, la continuité école-famille, la continuité communauté éducative-équipe santé, etc. La question des continuités et de la circulation des savoirs dans des univers de connaissance diversifiés semble être au cœur des débats menés à propos de l'éducation à la santé à l'école. C'est sans doute ce point qui légitime la fonction majeure de l'enseignant dans ces actions, puisqu'il est garant de la centralité des enjeux d'apprentissage, il est, par là même, responsable du fait que ces continuités puissent s'instaurer. En ce sens, la formation a à s'emparer sérieusement de cette question, car piloter des actions éducatives plurielles dans des formes non disciplinaires de réalisations sur projet n'est pas un geste professionnel reconnu comme tel à l'heure actuelle par la formation d'enseignant.

4.2. DES AXES DE COHÉSION SE SONT DÉVELOPPÉS

Les collaborations interinstitutionnelles et les cohésions qui peuvent se développer au sein d'équipes pluricatégorielles sont aussi présentées comme des axes forts des actions. Les équipes reconnaissent qu'un des apports de ces actions est d'avoir ouvert le dialogue avec d'autres partenaires leur permettant de percevoir les élèves différemment, ce qui parfois a modifié leur point de vue sur la réalité scolaire de ces derniers. Certains notent que ce dialogue a créé des solidarités entre les adultes de la communauté éducative ou avec les parents, à partir desquelles ils positionnent leurs rapports aux élèves différemment et se sentent mieux « armés ».

4.3. L'IMPLICATION RÉSUULTANTE MAJEURE DES ACTIONS

Par ailleurs, l'implication est reconnue comme l'apport majeur de ces pratiques, qu'il s'agisse de l'implication des enseignants, des parents ou des élèves. La contribution de tous au débat éducatif permet d'éviter le sentiment d'isolement parfois ressenti par chacun dans un débat qui est finalement collectif. Mais cette implication suppose aussi d'avoir une réflexion éthique sur les possibilités et les limites de l'action ou de la démarche, afin d'éviter la cacophonie ou les conflits de loyauté.

Enfin, l'amélioration du contexte de vie qui découle de tout cela est présentée comme bénéfique au traitement des apprentissages ; c'est sans doute l'élément fondamental qui convainc les enseignants de mettre en œuvre l'éducation à la santé, alors que de prime abord elle est ressentie comme une surcharge de travail, ou une dépense de temps incompatible avec le fait de mener les programmes à leur terme.

5. DES PISTES À CREUSER

Ces quelques résultats et mises en perspectives laissent entrevoir à notre sens deux points faibles : d'une part, la sensibilisation des personnels enseignants aux objets, limites et apport de l'éducation à la santé et leur formation en matière de travail conjoint, et d'autre part, un travail sur l'évaluation comme outil de régulation et de reproblématisation (Martinand, 2000) du travail.

5.1. UNE SENSIBILISATION DES ENSEIGNANTS À L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

De manière dominante, on peut retenir que l'éducation à la santé, telle qu'elle nous a été présentée, s'opérationnalise autour de trois visées majeures :

- le développement de compétences psychosociales chez les élèves, quand il s'agit de promouvoir le bien-être et de le mettre au service de la réussite scolaire ou de la communauté de travail ;
- le renforcement ou l'introduction de savoirs relatifs à la santé ou au corps dans les apprentissages, mais aussi dans le débat de la vie scolaire ;
- l'acquisition de savoir-faire articulant savoirs scolaires (connaissances scientifiques) et pratiques sociales comme dans le cas de la protection de l'environnement ou des gestes de premiers secours.

Pour autant, cette vision des choses n'est que le résultat d'une sélection de cas. Les représentations que les enseignants ont de l'éducation à la santé embarrassent encore pour une bonne part les débats (Cogérino, 1999), (Jourdan *et al.*, 2003) et envisager la santé comme « la condition de possibilité physiologique et psychologique nécessaire pour pouvoir participer à la vie commune » (Fuchs, 1986), n'est pas encore partagé de tous. La question de l'éthique et du rapport que l'enseignant entretient avec la santé n'est pour l'instant pas encore posée en formation. Gageons que l'ouverture d'un tel chantier favoriserait le développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire.

5.2. APPRENDRE À TRAVAILLER À PLUSIEURS

Travailler ensemble c'est :

- reconnaître ensemble un problème ou une problématique commune (Mérini, 1994, 1999), cela suppose bien de mettre en œuvre une analyse de besoins, que celle-ci soit « armée » ou empirico-intuitive ;
- construire ensemble suppose l'acquisition d'une certaine science des montages faisant appel à une rationalité des synergies dans un milieu où prévaut l'organisation de « collections » (collections de disciplines, de tranches horaires, de tranches d'âge, etc.). Développer une rationalité d'ordre synergique est sans doute un des aspects déterminants du « faire équipe », mais c'est aussi accepter la différence et l'altérité ;
- communiquer et échanger ce qui nécessite certes des compétences personnelles à le faire, mais là encore une expertise à construire des systèmes de communication interne et externe indispensable à la lisibilité de l'action, au transfert d'informations et au développement d'une communauté de valeurs ;
- négocier, mutualiser, créer du nouveau en transformant les différences en complémentarités (Mérini, 1999) ;
- c'est enfin faire interagir des compétences professionnelles propres à l'acte d'enseignement, des compétences sociales indispensables aux négociations et des compétences personnelles de créativité.

Si les cas analysés ont dans l'ensemble été capables d'en rendre compte, ces points mériteraient sans doute d'être abordés plus systématiquement en formation.

5.3. L'ÉVALUATION COMME OUTIL

La question de l'évaluation est peu présente dans les actions analysées. Elle tente le plus souvent de mesurer les effets directs ou indirects, attendus ou non, sur les élèves. D'une manière générale, elle reste intuitive et informelle et s'exprime en termes de changements de comportement, du plus modeste (comme dans l'attention portée à la tenue vestimentaire, la capacité des élèves à communiquer et à s'exprimer), au plus profond (moins de violence et amélioration de l'ambiance de l'école ou amélioration de la réussite scolaire par la prise de conscience des facteurs de réussite ou de ses besoins par l'élève lui-même). Les équipes notent aussi fréquemment l'intérêt des enfants et des parents pour ces questions et une évolution des relations parents-enfants-école.

Cette vision des choses reste insatisfaisante à la fois pour l'absence de mesure d'impact, mais aussi pour le manque « d'outillage » dans la gestion des opérations.

5.4. L'ÉVALUATION COMME OUTIL POUR FORMALISER ET RÉGULER L'ACTION

On peut distinguer trois fonctions majeures à l'évaluation d'une action plurielle :

- Elle permet tout d'abord de formaliser les événements rencontrés, d'en garder trace dans une logique de mémoire collective ou de communication. Elle est dans ce cas utilisée aussi pour obtenir des financements, des autorisations ou pour valoriser le travail.
- Elle peut être conçue comme un système de vérification ainsi que de contrôle des effets obtenus par le dispositif. Les indicateurs, les outils et les périodes de recueil de données sont diversifiés et cherchent à établir des mises en rapport de conformité entre effets attendus et effets obtenus pour favoriser des régulations.

5.5. L'ÉVALUATION COMME OUTIL DE REPROBLÉMATISATION

Enfin, le système d'évaluation peut prendre l'aspect d'une veille par laquelle les acteurs recueillent une information de nature et de niveau variés. Le traitement conjoint des données, en interrogeant les événements rencontrés sous un angle nouveau, va permettre à l'équipe de définir ou clarifier de nouvelles visées. C'est grâce à cet aspect de l'évaluation que

l'action connaîtra de nouvelles évolutions. Le développement le plus remarquable que traduisent les actions interrogées reste sans doute le changement de cible. En effet, si les élèves sont les premières cibles visées, les équipes notent (à la suite de leurs évaluations) qu'à l'avenir, des dispositifs particuliers complémentaires devraient être mis en place, à destination des adultes de la communauté scolaire ou des parents.

Ces trois fonctions de l'évaluation ne s'opposent pas, elles ne sont simplement pas de même nature et ne font pas appel aux mêmes procédures, pour autant elles sont complémentaires (Mérini, 2002). Amener les enseignants à le percevoir, à reconnaître les procédures dont elles relèvent et à les mettre en œuvre est sans doute un enjeu majeur de formation.

CONCLUSION

Les actions présentées montrent une réelle diversité dans la mise en œuvre d'une éducation à la santé à l'école : variété d'approches, de structures impliquées, mais aussi diversité d'objectifs et d'impacts. On relève néanmoins des préoccupations ou des démarches communes permettant d'identifier pourquoi, à propos de quoi, et comment un collectif d'acteurs s'associe autour de l'élève, dans une démarche d'éducation à la santé.

De ce point de vue, nous nous associons au groupe d'Aix-Marseille auteur d'un manifeste pour l'éducation à la santé, *De la prévention des maladies à la promotion de la santé* (San Marco *et al.*, 2004), pour reconnaître que l'éducation et la promotion de la santé doit permettre à tout individu d'élaborer sa propre réponse à chaque problème posé, comme l'éducation lui a appris à s'adapter à chaque situation grâce à l'enseignement reçu, au prorata de son investissement. Dans les deux cas, l'approche parcellaire peut faire perdre de vue l'objectif poursuivi : la santé peut rester masquée par les risques d'affection, l'éducation oubliée derrière chacune des matières enseignées.

La lisibilité de l'action et de ses enjeux doit permettre de s'assurer de la présence de cet acte d'éducation, nous espérons par ce travail y avoir contribué. L'éducation à la santé appelle par ailleurs à l'ouverture, ouverture du domaine des connaissances, sur celui de l'expérience et inversement, ouverture à d'autres acteurs de la communauté éducative, ou à d'autres domaines de compétences ; c'est alors les questions de cohérence, voire de cohésion, qui surgissent. Cette ouverture suppose en effet l'acquisition de compétences particulières pour le maître en matière de montage de

projet, de pilotage de l'action et d'évaluation. La question majeure alors est de savoir mettre en œuvre ces continuités au sein d'une communauté plurielle et hétérogène ; c'est de notre point de vue le grand défi de ce que l'on peut appeler polyvalence d'équipe.

BIBLIOGRAPHIE

- Ardoino, J. (1993). « L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives », *Revue Pratiques de Formation*, n^{os} 25-26, avril, p. 15-34.
- Berger, G. et N. Leselbaum (dir.) (2002). *La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation*, Documents – actes et rapports pour l'éducation CRDP Languedoc-Roussillon.
- Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*, Paris, Presses universitaires de France.
- Crozier, M. et E. Friedberg (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil.
- Friedberg, E. (1992). « Les quatre dimensions de l'action organisée », *Revue française de sociologie*, vol. 33, p. 531-557.
- Fuchs, V.R. (1986). *The Health Economy*, Cambridge, Londres, Harvard University Press.
- Jourdan, D. et al. (2003). « Éducation à la santé en collège et lycées. Pratiques et représentations des enseignants d'E.P.S. en région Auvergne », présenté au congrès international de l'Association francophone pour la recherche en activité physique et sportive (AFRAPS), *Éducation pour la santé et activité physique et sportive*, Dunkerque.
- Jourdan, D. et al. (2003). « État des lieux des formations universitaires en éducation à la santé proposées dans les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM) », dans J. Billon (dir.), *L'éducation pour la santé*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, p. 195-203.
- Martinand, J.L. (2000). « Les pratiques dans l'enseignement supérieur », communication présentée au colloque AECSE/CEFI, Toulouse.
- Mérini, C. (1994). *De la formation en partenariat, à la formation au partenariat*, thèse de doctorat, Paris, l'Université de Paris VIII.
- Mérini, C. (1999). *La formation en partenariat, de la modélisation à une application*, Paris, L'Harmattan.
- Mérini, C. (2002). « Usages de l'évaluation en situation plurielle et d'ouverture », *Revue les Dossiers de recherche en sciences de l'éducation ; Évaluation et valorisation institutionnelles*, n^o 6/20001, p. 31-43.
- Mérini, C. et al. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*, Rennes, Éditions ENSP.

San Marco, J.L. (2000). «De la prévention des maladies à la promotion de la santé : manifeste pour une éducation active à la santé», <www.seths.org/revue/n7_sept_00/THS7P463.pdf>.

ÉVALUATION DU NIVEAU D'INTÉGRATION DU VOLET ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LES ÉDUCATEURS PHYSIQUES DU PRIMAIRE

Frédéric LE CREN, Département de kinanthropologie,
Université du Québec à Montréal

Jean-Claude MAGNY, Département de kinanthropologie,
Université du Québec à Montréal

Émilie KALINOVA, Département de kinanthropologie,
Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Le principal objectif de cette étude exploratoire est de mieux comprendre l'engagement des éducateurs physiques à propos de la compétence disciplinaire: «adopter un mode de vie sain et actif» dans le contexte de la récente réforme des programmes d'étude du ministère de l'Éducation du Québec. Il est donc apparu important de: 1) connaître les conceptions que les éducateurs physiques ont de l'éducation à la santé; 2) connaître les capacités

qu'ils tentent de mobiliser auprès de leurs élèves; 3) connaître les moyens d'intervention et d'évaluation qu'ils utilisent pour la compétence reliée à la santé. Un questionnaire a été passé auprès d'éducateurs physiques chevronnés ainsi qu'auprès d'étudiants finissants au baccalauréat en intervention en éducation physique et à la santé (N = 46). L'analyse comparative des résultats à ces questionnaires fait l'objet de cette présentation.

Longtemps associée au domaine médical et à celui de la santé publique, l'éducation à la santé en milieu scolaire au Québec était surtout présente depuis 1980 dans le programme de formation personnelle et sociale; l'éducation physique ne jouait qu'un rôle restreint en la matière par le biais du thème « effort physique et bien-être » du programme d'étude. Mais tout récemment, l'éducation à la santé est devenue un enjeu au Québec, au point d'occuper une place dans les domaines généraux de formation que l'on retrouve au sein de la réforme de l'école québécoise. Dans la foulée, une nouvelle discipline scolaire a vu le jour: l'« éducation physique et à la santé » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). D'une finalité implicite en éducation physique, l'éducation à la santé est devenue un objet d'apprentissage sous la forme de la compétence disciplinaire: « adopter un mode de vie sain et actif » (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). Ce nouvel objet d'apprentissage ne va cependant pas sans poser des difficultés dans son application, voire des réticences de la part des éducateurs physiques chargés de l'enseigner.

1. PROBLÉMATIQUE

En effet, les éducateurs physiques d'expérience ne voient pas nécessairement d'un bon œil l'arrivée soudaine de cette compétence pour laquelle ils n'ont pas été formés. Ils disent d'ailleurs s'y sentir peu engagés et quelque peu démunis (Michaud, 2002). Parmi les divers éléments pouvant expliquer cette insuffisance d'engagement, Michaud (2002) souligne notamment le

manque de temps accordé à l'éducation physique en milieu scolaire. Cependant, au-delà de ce facteur non négligeable, il semble exister d'autres éléments de fond pouvant expliquer cette situation.

Parmi ceux-ci, il faut reconnaître notamment la spécificité de l'éducation à la santé. Il s'agit d'une discipline en soi avec ses concepts et ses méthodes qui ne sont pas les mêmes que ceux de l'éducation physique. Un défi de taille se pose alors d'emblée aux éducateurs physiques : comment concilier l'arrimage de ces deux disciplines, l'éducation physique et l'éducation à la santé dans le contexte actuel de l'école québécoise ? Relever un tel défi nécessite sans aucun doute de réaliser un travail d'intégration conceptuelle entre ces deux disciplines. Mais ce travail d'intégration n'aura d'intérêt que si les éducateurs physiques sur le terrain y participent de manière active. Dans cette perspective, il est primordial de commencer par mieux comprendre leurs conceptions de l'éducation à la santé et leurs façons de la mettre en pratique afin de partir d'où ils sont rendus pour développer avec eux le volet santé plutôt que de leur proposer, voire de leur imposer, de nouveaux savoirs, savoir-faire et compétences disciplinaires reliés à la santé qu'ils risquent de rejeter d'emblée. Quant aux futurs éducateurs physiques en fin de formation, nous ne savons pas non plus si leur formation actuelle les prépare adéquatement à intervenir au plan de la compétence reliée à la santé.

Le principal objectif de cette étude exploratoire étant de mieux comprendre l'engagement des éducateurs physiques à propos de la compétence disciplinaire : «adopter un mode de vie sain et actif», il est apparu important de : 1) connaître les conceptions que les éducateurs physiques ont de l'éducation à la santé dans le contexte de leur intervention en éducation physique ; 2) connaître les capacités qu'ils tentent de mobiliser auprès de leurs élèves sur le terrain pour enseigner la compétence reliée à la santé ; 3) connaître les moyens d'intervention et d'évaluation qu'ils utilisent pour la compétence reliée à la santé. L'analyse des résultats devrait également permettre d'identifier les principaux besoins en formation continue et les ajustements qu'il serait judicieux de proposer en formation initiale des futurs éducateurs physiques et à la santé.

L'enjeu est de taille pour les élèves qui doivent bénéficier de ce nouveau volet santé puisqu'au Québec, les jeunes sont de plus en plus sédentaires. L'obésité juvénile, un des corollaires découlant de l'inactivité physique, devient un des principaux problèmes de santé publique (Kino-Québec, 2000).

2. CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique de l'éducation à la santé que nous vous présentons ici a servi, d'une part, à prendre en considération les concepts les plus pertinents à inclure dans le questionnaire et, d'autre part, à vérifier leur niveau de compréhension par les éducateurs physiques.

Pour l'Organisation mondiale de la santé, l'éducation à la santé est une des composantes essentielles des soins de santé primaires. Cependant, il existe presque autant de définitions de l'éducation à la santé qu'il existe de concepts de santé (Green, Tones et Manderscheid, 1996 ; Manidi et Dafflon-Arvanitou, 2000). Malgré tout, un consensus commence à se dessiner. C'est ainsi que Pineault et Daveluy (1995) classent la majorité des définitions de la santé selon les trois conceptions présentées ci-après.

2.1. LA CONCEPTION FONCTIONNELLE

Retenue en santé publique, elle a donné naissance à des disciplines telles que la santé communautaire et la médecine préventive. La démarche proposée par cette conception se résume à :

- identifier les problèmes de santé et les maladies de la population et en établir un ordre de priorité ;
- concevoir et mettre en œuvre des programmes pour répondre à ces problèmes et combattre les maladies ;
- évaluer l'impact de ces programmes sur la santé de la population.

Cette conception fonctionnelle renvoie à une conception biomédicale de la santé.

2.2. LA CONCEPTION PERCEPTUELLE

Elle a inspiré plusieurs théories comme la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986), celle de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975), celle des comportements interpersonnels (Triandis, 1977) ou encore la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). Pour les défenseurs de cette conception, l'individu est davantage susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il a :

- la perception d'une menace pour sa santé ;
- la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace ou améliorer sa santé ;
- la croyance en sa capacité d'entreprendre et de maintenir cette action.

D'autres auteurs préfèrent qualifier cette conception de cognitivo-comportementale (Gaudreau, 2000 ; Le Cren, 2002).

2.3. LA CONCEPTION ADAPTATIVE

Elle repose sur l'identification et la compréhension des fausses conceptions ayant conduit à l'adoption des comportements jugés néfastes ou inadaptés à l'intégrité de la personne. Cette conception fait appel à des approches didactiques destinées à enrichir les connaissances de l'apprenant par une démarche réflexive (Kalinova, 1999).

2.4. LES MODÈLES THÉORIQUES EN ÉDUCATION À LA SANTÉ APPLIQUÉS À L'ÉDUCATION PHYSIQUE

La mise en application de ces trois conceptions de la santé a conduit à différents modèles théoriques en éducation à la santé dont l'efficacité reste encore à évaluer (Pineault et Daveluy, 1995). Dans le cadre de cette étude, nous avons retenu trois modèles, présentés par Magny (2004), ayant particulièrement influencé les interventions d'éducation à la santé en éducation physique : le modèle biomédical, le modèle cognitivo-comportemental et le modèle éducatif. Le tableau 1 présente l'état d'avancement actuel de notre réflexion d'équipe concernant les différentes façons d'aborder le volet de la santé en éducation physique.

L'axe 1 présente le modèle biomédical. Il découle d'une conception fonctionnelle de la santé dans laquelle l'accent est mis sur la prévention des maladies par le biais d'activités physiques pour combattre des maladies telles l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète, etc. C'est l'approche traditionnellement utilisée en santé publique. L'éducation physique n'est alors qu'un moyen parmi d'autres au service de la lutte contre les maladies.

L'axe 2 décrit le modèle cognitivo-comportemental issu de la conception perceptuelle. Il vise avant tout à favoriser les comportements sains et à lutter contre les comportements à risque. Il s'agit d'encourager, par exemple, la pratique d'activité physique régulière et sécuritaire, la relaxation, la gestion du stress et l'amélioration de la condition physique.

À partir de la conception adaptative, le modèle éducatif que l'on retrouve dans l'axe 3 montre une nouvelle façon d'aborder la santé en éducation physique. En effet, il met en évidence l'importance des relations que l'élève entretient avec son environnement. Il ne s'agit plus ici seulement de prévenir les maladies ou les comportements à risque ou encore d'encourager tel ou tel comportement sain à partir d'une expérience extérieure à l'enfant, mais plutôt de tenir compte de sa propre expérience. Cette dernière tient compte des interactions qu'il vit au sein de sa famille, de sa communauté et de son école en intégrant les questions de la santé (Mérini, Jourdan, Victor, Berger et de Peretti, 2004). Elle vise l'intégration, dans la vie de tous les jours, des capacités développées dans ces trois milieux afin d'adopter un mode de vie sain et actif.

Tableau 1

Les modèles théoriques en éducation à la santé appliqués à l'éducation physique

AXE 1	AXE 2	AXE 3
Conception fonctionnelle	Conception perceptuelle	Conception adaptative
↓	↓	↓
Modèle biomédical	Modèle cognitivo-comportemental	Modèle éducatif
↓	↓	↓
Prévention de la maladie (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.)	Encouragement d'une pratique régulière et sécuritaire de l'activité physique, de la relaxation, etc.	Relations de l'élève avec son environnement (famille, communauté, école)
↓	↓	↓
Éducation physique		
Ensemble d'activités physiques pour prévenir les maladies	Ensemble d'encouragements pour augmenter l'efficacité personnelle perçue à pratiquer des activités physiques	Démarche réflexive visant l'adoption d'un mode de vie sain et actif en tenant compte des relations que l'élève vit au sein de sa famille, de sa communauté et de son école

3. MÉTHODOLOGIE

Les données de cette étude ont été recueillies par le biais d'un questionnaire. Son contenu, ainsi que les procédures de recueil et d'analyse des données, seront explicités après la présentation des caractéristiques de la population qui a répondu au questionnaire.

3.1. POPULATION

L'échantillon est constitué de 46 éducateurs physiques de la rive Sud de Montréal (Québec). Les participants de l'étude proviennent de deux groupes distincts (tableau 2). Le premier est constitué d'éducateurs physiques d'expérience (enseignants formateurs) et le second, d'éducateurs physiques débutants (finissants au baccalauréat d'intervention en éducation physique et à la santé de l'Université du Québec à Montréal). Il est à noter que les étudiants débutants ont non seulement une certaine expérience de l'enseignement via leurs différents stages dans le milieu scolaire et la suppléance qu'ils réalisent durant leur formation, mais ils ont également reçu des cours de formation relative au volet santé. Il s'agit dans les deux cas d'échantillons de convenance.

Tableau 2
Caractéristiques de la population finale à l'étude

	Nombre de sujets	Âge (moyenne)	Sexe	Années d'expérience (moyenne)	Années dans même école (moyenne)
Éducateurs physiques d'expérience	19	42	17 hommes 2 femmes	15	10
Éducateurs physiques débutants	27	25	16 hommes 11 femmes	1	aucune (suppléance)

3.2. PRÉSENTATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été construit sur mesure afin de répondre aux objectifs de l'étude. Il comprend 12 questions à choix multiples regroupées en trois parties: 1) Les conceptions de l'éducation à la santé; 2) Les capacités à mobiliser chez l'élève; 3) Les moyens d'intervention en éducation à la santé. La validité de contenu du questionnaire a été assurée par trois experts

dans le domaine. Le questionnaire a ensuite été prétesté auprès d'un échantillon de cinq éducateurs physiques d'expérience et débutants. Toutes les questions ont été bien comprises. Pour chaque question, des choix de réponse sont proposés aux répondants qui doivent indiquer l'ordre d'importance qu'ils accordent à ceux-ci. Il est toutefois possible d'ajouter un choix de réponse personnel et d'indiquer alors l'importance à ce choix de réponse personnel. Puis, pour chaque question, il est suggéré d'écrire ses commentaires. Enfin, une quatrième partie du questionnaire vise à recueillir quelques renseignements sociodémographiques à propos des répondants : le nombre d'années d'expérience en enseignement de l'éducation physique, le nombre d'années d'expérience en enseignement de l'éducation physique à la même école, l'âge et le genre.

3.3. PROCÉDURE DE COLLECTE DES DONNÉES

La procédure de collecte des données s'est déroulée comme suit : au cours de l'automne 2003 et de l'hiver 2004, un des chercheurs a remis le questionnaire en mains propres aux éducateurs physiques d'expérience et débutants. À chaque fois, il y a eu une explication de vive voix sur l'objectif général de l'étude, ainsi que sur l'importance de l'authenticité des réponses. Le chercheur s'est également assuré d'une bonne compréhension de la manière de remplir le questionnaire. Lors d'une seconde visite, le chercheur a recueilli les questionnaires dûment remplis. L'autoadministration du questionnaire a duré en moyenne 30 minutes.

3.4. ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans cette étude, nous avons procédé à deux types d'analyse complémentaires : une analyse quantitative et qualitative. Étant donné le nombre de répondants et le type d'échantillonnage (de convenance), l'analyse quantitative s'est arrêtée à des statistiques descriptives, plus précisément des moyennes de rang, qui ont permis d'établir l'ordre d'importance que les personnes interrogées accordaient aux choix de réponse qui leur étaient proposés. L'analyse qualitative a consisté en une analyse de contenu classique (Bardin, 1996) des commentaires émis par les répondants afin de mieux comprendre le sens de leurs réponses. La discussion des analyses a été axée, entre autres, sur la comparaison des réponses des deux groupes d'intervenants.

4. RÉSULTATS

4.1. CONCEPTIONS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

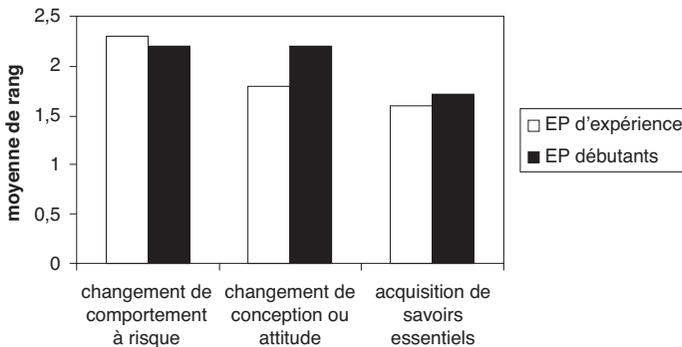
Dans la première partie concernant les conceptions de l'éducation à la santé, nous avons posé quatre questions aux éducateurs physiques (EP) : les domaines d'intervention qu'ils privilégient, les différentes conceptions en santé auxquelles ils se réfèrent, les théories éducatives qu'ils utilisent et la structure dont devrait relever l'éducation à la santé d'après eux.

4.2. LES DOMAINES D'INTERVENTION

À propos des domaines d'intervention privilégiés, l'acquisition de savoirs essentiels en matière de santé apparaît le plus important, autant pour les éducateurs physiques d'expérience que débutants même si pour les premiers, le changement d'attitude est également important (figure 1). Selon les commentaires les plus fréquemment recueillis, ces savoirs essentiels seraient un préalable à la conscientisation et aux changements de comportement.

Figure 1

Domaines d'intervention^a

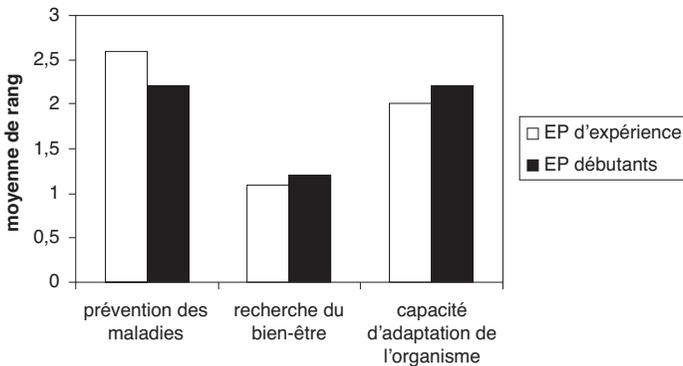


a Dans cette figure ainsi que dans toutes celles qui illustrent ce chapitre, l'importance accordée à une réponse est inversement proportionnelle à la grandeur de l'histogramme. Cela s'explique par le fait que l'on demandait aux répondants de classer par ordre d'importance les choix de réponse en mettant 1 pour le plus important et 3 pour le moins important. Nous avons ensuite fait la somme des rangs et divisé le total par le nombre de répondants afin d'obtenir la moyenne de rang.

4.3. LES APPROCHES EN SANTÉ

La recherche d'un état de bien-être est l'approche en santé que retiennent unanimement la majorité des éducateurs physiques (figure 2). Ni la prévention des maladies, ni l'adaptation de l'organisme ne retiennent leur attention, ce qui apparaît quelque peu étonnant au regard des contenus de leur formation, qui met plutôt l'accent sur ces deux aspects.

Figure 2
Les approches en santé



4.4. LES THÉORIES ÉDUCATIVES

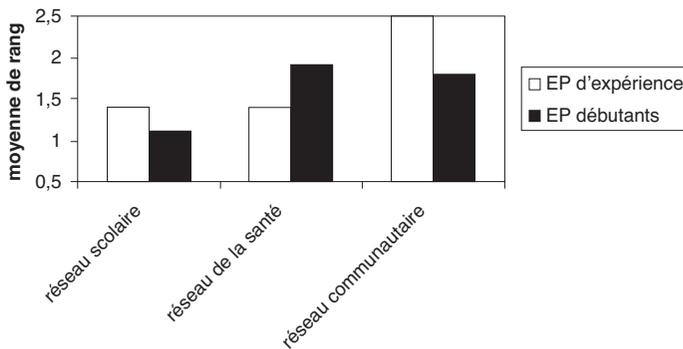
Les éducateurs physiques d'expérience ne mentionnent aucune théorie éducative comme soubassement de leur intervention en éducation à la santé. Les éducateurs physiques débutants mentionnent à parts égales le socioconstructivisme, le cognitivisme ou le traitement de l'information et le béhaviorisme. Cependant, leurs commentaires laissent penser qu'il y a loin de l'énonciation de ces théories à leur compréhension et par conséquent, à leur intégration sur le terrain. À la lumière de ces résultats, on peut se demander si les éducateurs physiques démontrent un manque d'intérêt à se référer à un cadre théorique pour asseoir leur intervention.

4.5. LES STRUCTURES POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Pour les éducateurs physiques débutants, le réseau scolaire demeure encore largement la structure de référence pour développer l'éducation à la santé alors que les éducateurs physiques d'expérience considèrent qu'il devrait être à parts égales avec le réseau de la santé (figure 3). Par contre, les éducateurs physiques débutants semblent davantage prêts que ceux d'expérience à considérer le réseau communautaire comme une structure qui devrait jouer un rôle en éducation à la santé.

Figure 3

Les structures pour l'éducation à la santé

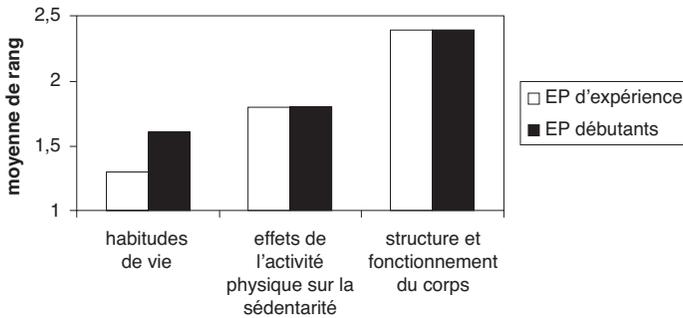


4.6. CAPACITÉS À MOBILISER CHEZ LES ÉLÈVES

Dans la seconde partie, celle concernant les capacités à mobiliser chez les élèves, nous avons posé deux questions aux éducateurs physiques: l'une portant sur les savoirs essentiels qu'ils privilégient, et l'autre sur ceux pour lesquels ils considèrent avoir acquis un certain niveau de compétence.

Les savoirs essentiels privilégiés sont les habitudes de vie, et ce, de façon plus nette encore pour les éducateurs physiques d'expérience (figure 4). C'est aussi ce type de savoirs pour lesquels les éducateurs physiques se sentent les plus compétents (figure non présentée). Le désintérêt relatif pour la structure et le fonctionnement du corps apparaît par contre un résultat étonnant, étant donné la formation acquise par les éducateurs physiques en anatomie, physiologie et biomécanique.

Figure 4
Les savoirs essentiels privilégiés



4.7. LES MOYENS D'INTERVENTION

Dans la troisième et dernière partie concernant les moyens d'intervention en éducation à la santé, nous avons recueilli cinq types d'information : la durée, les stratégies et les outils d'intervention généralement utilisés, les ressources mobilisées et enfin les moyens d'évaluation mis en œuvre.

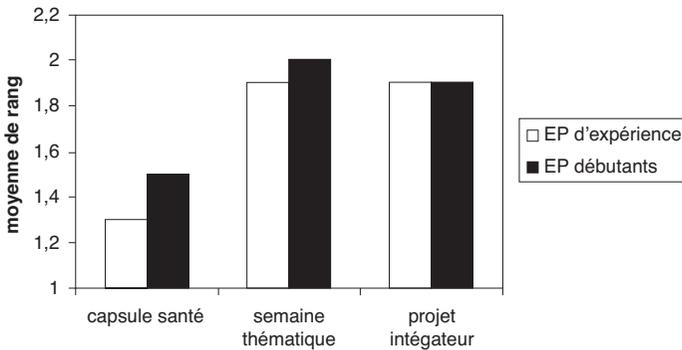
4.8. DURÉE D'INTERVENTION ACCORDÉE À L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

La première question portait sur la durée d'intervention que les éducateurs physiques accordent à l'éducation à la santé. Les éducateurs physiques d'expérience tout comme les éducateurs physiques débutants estiment y consacrer 5 à 10 minutes et moins par semaine. Les premiers disent « *essayer d'en parler un peu pendant leur cours* », ce qui suggère une faible intégration dans leur intervention. Les seconds se plaignent davantage du manque de temps pour développer la compétence reliée à la santé. Ils en parlent presque majoritairement au conditionnel, soulignant ainsi que cette partie de leur enseignement reste un idéal à atteindre, mais qu'elle n'est pas enseignée actuellement lorsqu'ils interviennent en classe.

4.9. LES STRATÉGIES D'INTERVENTION

La capsule santé est, de façon incontestable, la stratégie la plus souvent mise en pratique (figure 5). Par leurs commentaires, les éducateurs physiques montrent de surcroît qu'ils privilégient une approche très informative, voire magistrale, plutôt que personnalisée. En outre, les thèmes qu'ils abordent sont principalement axés sur la prévention des maladies et des comportements à risque. Il serait donc intéressant de savoir dans une prochaine étude comment les éducateurs physiques expliquent ou rationalisent le lien entre les stratégies informatives qu'ils utilisent et les stratégies davantage réflexives sous-tendues par les conceptions socio-constructivistes préconisées dans le programme actuel du ministère de l'Éducation du Québec (2001).

Figure 5
Les stratégies d'intervention



4.10. LES OUTILS D'INTERVENTION

La majorité des éducateurs physiques d'expérience et débutants considèrent que les outils d'intervention dont ils disposent sont globalement insuffisants. L'énumération de ces outils révèle un mélange de connaissances personnelles acquises, de sources d'information possibles et d'outils d'intervention proprement dits (tableau 3). De cet éclectisme, il ressort davantage un bricolage de moyens qu'une planification structurée. Ce que semblent confirmer d'ailleurs les commentaires des éducateurs physiques : « *c'est assez aléatoire* », « *il faudrait des documents plus particuliers à chacun des*

niveaux du primaire», « nous avons besoin de manuels ou de cahiers adaptés en fonction de la clientèle du primaire et du secondaire », « on aimerait des grilles d'analyse et d'autoévaluation concernant l'adoption d'habitudes de vie saines et actives », « plus d'outils didactiques et des façons d'intégrer la santé en éducation physique ». Il ressort donc que les principaux besoins soient en terme d'outils plus concrets et de cahiers d'exercices. Une remarque générale semble également revenir de façon assez régulière dans le discours : « Je pense qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine. »

Tableau 3

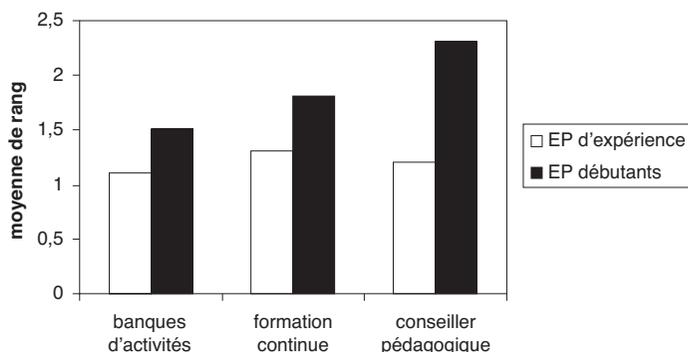
Outils d'intervention dont disposent les éducateurs physiques en éducation à la santé

Éducateurs physiques débutants	Éducateurs physiques d'expérience
Fiche santé	Livret sur la santé
Internet	Portfolio
Grilles et affiches	Jeux livres, service de nutrition
Trucs d'autres écoles	Balance (mesure du poids), stéthoscope et livre sur le corps humain
Site du MEQ (documents sur la réforme)	Squelette et organes du corps grandeur nature
Cours de santé à l'université et les manuels d'accompagnement	Chronomètre, tests
Cahiers, livres et ouvrages sur la santé	Notes personnelles
Connaissances en nutrition	Internet et documents à la suite du perfectionnement
Évaluation de la condition physique	Capsule santé et banque d'activités
Recueils de textes sur les capsules santé	Guide fourni par la commission scolaire
Connaissances personnelles	
Connaissances théoriques universitaires, articles de journaux	
MEQ, Kino-Québec, nombreuses ressources	
Internet mais aussi beaucoup d'imagination personnelle	
Documents sur les capsules-santé au primaire	
Squelette (conscience des os, muscles...)	

4.11. LES RESSOURCES UTILISÉES

Si les banques d'activités semblent avoir un intérêt pour l'ensemble des éducateurs physiques, seuls les éducateurs physiques d'expérience considèrent importants la formation continue et le recours au conseiller pédagogique (figure 6).

Figure 6
Les ressources utilisées



4.12. LES MOYENS D'ÉVALUATION

Le portfolio et les journaux de bord sont considérés les moyens d'évaluation les plus importants pour l'ensemble des éducateurs physiques (tableau 4). Les éducateurs physiques d'expérience utilisent également des cahiers d'éducation physique et à la santé, des grilles d'évaluation et d'autoévaluation et l'analyse de projets intégrateurs. Quant aux débutants, ils utilisent les rapports, des « quiz », le suivi auprès des parents et les examens écrits.

Tableau 4

Moyens d'évaluation utilisés par les éducateurs physiques en éducation à la santé

Éducateurs physiques débutants	Éducateurs physiques d'expérience
– Portfolio	– Portfolio
– Journaux de bord	– Journaux de bord
– Rapport	– Cahier d'éducation physique et santé
– Quiz-test	– Grille d'évaluation et autoévaluation
– Suivi des parents	– Retour sur projet
– Examens écrits	

5. SYNTHÈSE

À la lumière des résultats de notre étude, voici les trois principaux éléments qui semblent ressortir :

1. Les éducateurs physiques, expérimentés aussi bien que débutants, disent ne pas avoir à leur disposition suffisamment de moyens adaptés pour développer la compétence disciplinaire reliée à la santé (voir Analyse des résultats, point 4.3.3);
2. Ils ne semblent pas avoir intégré les différents modèles théoriques reliés à l'éducation à la santé dans leur pratique professionnelle (voir Analyse des résultats, point 4.1.3);
3. Ils semblent avoir des conceptions faisant davantage référence au modèle éducatif (réflexion), alors que les moyens qu'ils utilisent dans leurs interventions sont surtout reliés au modèle cognitivo-comportemental (encouragement) (voir Analyse des résultats, point 4.3.2).

Dans une étude ultérieure, il s'agirait non seulement de savoir si ces premiers constats s'avèrent être partagés par une majorité d'éducateurs physiques, mais aussi comment ils expliquent le manque d'engagement actuel des éducateurs physiques dans le développement de la compétence disciplinaire «adopter un mode de vie sain et actif», telle que préconisée par le Ministère de l'Éducation du Québec (2001).

Cependant, de ces premiers constats découlent au moins une conséquence reliée à l'analyse conceptuelle et quatre conséquences reliées à la formation :

5.1. AU PLAN CONCEPTUEL

Il serait bon que les éducateurs physiques en tant que professionnels de la santé arrivent à une conception plus élaborée de la santé et de l'éducation à la santé.

5.2. AU PLAN DE LA FORMATION

1. Il devient urgent de dégager une démarche didactique en éducation à la santé permettant de mettre en place des dispositifs d'intervention efficaces ;

2. Il devient urgent d'ajuster la formation initiale des éducateurs physiques au Québec pour qu'ils soient en mesure de mieux intervenir pour développer chez leurs élèves la compétence disciplinaire reliée à la santé;
3. Il devient tout aussi urgent de mettre en place une formule de formation continue destinée aux éducateurs d'expérience qui n'ont pas été formés pour enseigner cette compétence. Étant donné que les commissions scolaires abolissent les postes de conseillers pédagogiques, l'université pourrait peut-être jouer un rôle en formation continue;
4. Enfin, il devient urgent d'encourager des projets d'innovation pédagogique, pour la production d'outils de travail adaptés à différentes clientèles.

6. LIMITES

Les résultats de cette étude exploratoire proviennent d'un échantillon relativement restreint et concentré géographiquement. Par ailleurs, le questionnaire utilisé pourrait être amélioré par des questions plus ouvertes qui permettraient d'approfondir les résultats qui sont issus de cette première étude. Des études complémentaires méritent donc d'être réalisées.

7. DÉMARCHES PROSPECTIVES PROPOSÉES

En terme de recherche et développement futurs, deux types de besoins semblent émerger de façon prioritaire. Il y a tout d'abord la nécessité de développer une approche théorique intégrative et cohérente permettant d'arrimer les deux disciplines, soit l'éducation physique et l'éducation à la santé en milieu scolaire. Il y a également besoin de développer des moyens d'intervention, d'évaluation et des outils plus adaptés à la réalité scolaire. Ce dernier axe de développement devrait idéalement se mettre en place en partenariat avec des enseignants du milieu scolaire afin de s'assurer non seulement d'une validité de terrain, mais également de l'approbation des éducateurs physiques, élément central pour s'assurer d'une intégration véritable sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, I. (1991). «The Theory of Planned Behavior», *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, p. 179-211.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Bardin, L. (1996). *L'analyse de contenu*, 8^e éd., Paris, Presses universitaires de France.
- Fishbein, M. et I. Ajzen (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior*, Addison-Wesley, Reading.
- Gaudreau, L. (2000). «Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé», dans C. Garnier et M.L. Rouquette (dir.), *Représentations sociales et éducation*, Montréal, Éditions Nouvelles, p. 143-164.
- Green, J., K. Tones et J.-C. Manderscheid (1996). «Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école», *Revue française de pédagogie*, vol. 114, p. 103-119.
- Kalinova, É. (1999). *Les aspects didactiques de l'organisation des activités motrices des élèves*, Sofia, Éditions Riva.
- Kino-Québec (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes, avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Le Cren, F. (2002). *Représentations sociales de l'activité physique d'un groupe d'hommes âgés physiquement actifs de la région montréalaise*, Montréal, Thèse de doctorat, Département de l'éducation, Université du Québec à Montréal. Document non publié.
- Magny, J-C. (2004). «L'approche CADEAU-SVP», *Propulsion*, vol. 16, n° 1, p. 14.
- Manidi, M-J. et I. Dafflon-Arvanitou (2000). *Activité physique et santé. Apports des sciences humaines et sociales. Éducation à la santé par l'activité physique*, Paris, Masson.
- Mérini, C., D. Jourdan, P. Victor, D. Berger et C. de Peretti (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*, Québec, Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval. Document non publié.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Pineault, R. et C. Daveluy (1995). *La planification de la santé*, Montréal, Éditions Nouvelles.
- Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal Behaviour*, Monterey, Brook/Cole.

LA PERCEPTION DES PARENTS À L'ÉGARD DES COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET À LA SANTÉ EN ONTARIO FRANCOPHONE

Charlotte BEAUDOIN, École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa

RÉSUMÉ

Beaucoup d'initiatives ont été développées et mises en place pour la promotion d'un mode de vie sain et actif chez les jeunes, au cours de la dernière décennie. Toutefois, très peu d'entre elles se sont arrêtées sur le rôle que joue ou peut jouer le parent dans l'adoption d'un tel mode de vie. Cette recherche avait pour but de mieux comprendre la perception des parents à l'égard des cours d'éducation physique. Des entrevues semi-structurées ont été conduites auprès de 29 parents (23 F, 6 H). Les résultats obtenus portent sur leur perception des cours d'éducation physique, le type de matière qui devrait être enseigné, l'importance

qu'ils accordent à l'état de santé et de conditionnement physique de leurs enfants, leur perception du rôle des cours d'éducation physique ainsi que sur leur mode de vie à la maison et les moyens utilisés pour stimuler leurs enfants à faire de l'activité physique.

Au cours de la dernière décennie, beaucoup d'initiatives ont été développées et mises en place pour la promotion d'un mode de vie sain et actif du jeune à l'école. Toutefois, très peu d'entre elles se sont arrêtées sur le rôle que joue ou peut jouer le parent dans l'adoption d'un tel mode de vie (Van Deventer, 2000). Les quelques études qui ont exploré l'attitude et la perception des parents à l'égard des cours d'éducation physique et des programmes sportifs à l'école ne rapportent que des réponses positives :

The overwhelming parental support of physical education classes is one more testament to the role physical education plays in helping children become healthy, physically active adults, said the National Association for Sport and Physical Education (NASPE), in response to the survey results recently released by the American Obesity Association in Washington, DC at the national conference on obesity¹.

De plus, AAHPERD (2000) publie dans ce même rapport qu'approximativement 80 % des parents souhaitent que les cours d'éducation physique ne subissent pas de réduction de temps d'enseignement, au profit des autres matières scolaires. La moitié de ces parents considèrent d'ailleurs que l'école effectue un bon travail dans l'enseignement de saines habitudes de vie pour prévenir l'obésité de leurs enfants. Ainsi, notre intérêt pour mieux comprendre la perception des parents à l'égard des cours d'éducation physique et santé a été conduit par cette littérature de plus en plus grandissante sur le rôle des parents dans l'éducation à la santé et le mode de vie actif de leurs enfants.

1. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance, 2000, p. 14.

1. PROBLÉMATIQUE

1.2. LE FACTEUR « PARENT »

Depuis le début des années 1990, de plus en plus de chercheurs se sont intéressés au rôle que peut jouer le parent dans l'adoption du mode de vie sain et actif de leurs enfants (Jodl *et al.*, 2001 ; Kalakanis *et al.*, 2001 ; Wold et Anderssen, 1992). La majorité des conclusions de ces travaux rapportent l'importance de l'implication des parents. À la lumière des travaux consultés, cette littérature semble se séparer en trois secteurs d'intérêt de recherche. D'abord, celle qui s'intéresse plus particulièrement à l'implication des parents de jeunes athlètes (Côté, 1999 ; Moore *et al.*, 1991 ; Woolger et Power, 1993). Ensuite, celle qui fait partie de la foulée des travaux sur l'adoption et le maintien d'un mode de vie actif (Sallis *et al.*, 1992 ; Van Deventer, 1998/99, 2000 ; Welk, 1999). Puis, finalement, les études qui ont été réalisées dans les milieux scolaires et qui s'intéressent plus particulièrement au rôle potentiel des parents pour supporter les cours d'éducation physique à l'école (AAHPER, 2000 ; Hinson, 1994 ; Henderson et French, 1992). C'est dans la perspective de ces deux derniers intérêts de recherche que la présente étude a été conduite.

1.2. L'INFLUENCE DE LA FAMILLE ET DES PAIRS

Un des cadres théoriques fréquemment utilisés pour mieux comprendre comment l'habitude de l'activité physique se développe, se maintient ou cesse, est la théorie de la socialisation dans le sport. Essentiellement, la théorie de la socialisation postule que les principaux agents de socialisation – la famille, les ami(e)s, l'école et les médias – offrent un rôle de modèle puissant qui influencera l'enfant et l'adolescent à prendre part à diverses formes d'activités physiques et sportives. La revue de littérature de Dishman, Sallis et Orenstein (1985) présente un large éventail des travaux de recherche qui ont été faits sur les déterminants de l'activité physique et de l'exercice.

Depuis la revue de Dishman, Sallis et Orenstein, plusieurs autres études continuent de démontrer que les enfants dont les parents et leurs meilleurs ami(e)s prennent part à diverses formes d'activités physiques et sportives sont beaucoup plus portés à adopter un mode de vie actif, que les enfants dont leurs parents et leurs pairs ne sont pas actifs (Colley, Eglinton, et Elliott, 1992 ; Mota et Queiros, 1996 ; Sallis *et al.*, 1992 ; Wold et Anderssen, 1992). Les travaux de Wold et Anderssen (1992) démontrent, entre autres, que la participation des pairs dans des activités physiques et

sportives a une plus grande influence sur le mode de vie actif des jeunes que celle de leur parent. Cette corrélation est d'ailleurs plus forte lorsque les jeunes atteignent les âges de 10 à 15 ans (Dishman, Sallis et Orenstein, 1985).

Toutefois, il semble que les parents ne sont pas toujours de bons modèles pour leurs enfants (Van Deventer, 2000). Ils ont des attentes très élevées vis-à-vis le taux de participation à des activités physiques et à des loisirs, et le niveau de condition physique de leurs enfants, mais ils n'adoptent pas ce mode de vie actif eux-mêmes. Selon Van Deventer (2000), les parents pourraient jouer deux rôles majeurs: a) être des modèles et b) favoriser ce mode de vie actif en ayant des initiatives à la maison. Les travaux de Brustad (1996) démontrent également que les comportements non verbaux des parents ont une grande influence sur leurs enfants: « *What parents do, and not what they say in terms of encouragement, is associated with their daughters and sons participation* » (p. 322).

1.3. LE RÔLE POTENTIEL DES PARENTS À L'ÉCOLE

Malgré l'observation de Van Deventer, plusieurs chercheurs persistent à dire que le parent est l'un des plus importants alliés sur lequel peuvent s'appuyer les éducateurs physiques à l'école (Belfry, 1995; Gillespie, 1992; Henderson et French, 1992). Toutefois, tel que discuté par plusieurs chercheurs qui se sont penchés sur le rôle potentiel des parents à l'école (Henderson et French, 1992; Hinson, 1994; Virgilio, 1990), les parents doivent être informés des buts, des attentes et des contenus d'apprentissage afin de pouvoir encourager positivement l'enseignant d'éducation physique tout au cours de l'année scolaire.

C'est donc dans cette perspective que des chercheurs et des organismes se sont penchés sur les divers moyens qui pourraient être utilisés pour impliquer les parents dans la vie de l'école et, plus particulièrement, offrir un support aux enseignants et enseignantes d'éducation physique. Au début des années 1990, Virgilio (1990) publie un modèle pour l'implication des parents en éducation physique. Il s'agit d'un modèle à trois niveaux, conçu pour répondre aux objectifs suivants: a) rendre les parents conscients de leur responsabilité pour la santé et la condition physique de leurs enfants; b) éduquer les parents sur les bénéfices de l'activité physique et de l'éducation physique à l'école; c) augmenter le niveau d'activité physique et d'habiletés des parents et de leurs enfants, par le biais d'activités à faire à la maison; d) améliorer les programmes d'éducation physique en encourageant le développement d'activités à faire avec les parents; et e) faire en sorte que

les parents deviennent des alliés dans la mission de supporter les jeunes afin qu'ils adoptent un mode de vie sain et actif. Ainsi, le premier niveau du modèle consiste à éduquer les parents par le biais d'activités telles que des séminaires, des conférences, la publication d'un journal, etc. Le deuxième niveau est centré sur la participation des parents dans des activités qui se passent à l'école. Il s'agit, par exemple, d'être volontaire ou moniteur dans des activités en éducation physique ou extracurriculaires, d'aider avec des équipements sportifs ou autres types d'installations, de s'impliquer dans des comités de l'école, etc. Puis, le troisième niveau consiste à développer des activités que les parents pourront faire (ou refaire) à la maison avec leurs enfants. Diverses formules pourraient alors être utilisées, telles que des contrats d'engagement, des devoirs, des jeux en famille, etc.

De leur côté, Henderson et French (1992) et Hinson (1994) publient des suggestions dans le but d'impliquer progressivement les parents dans les cours d'éducation physique. Ces chercheurs offrent des pistes d'action qui se résument en deux temps. D'abord, établir un premier contact avec le parent afin de l'informer du programme, des objectifs à atteindre et des règles de fonctionnement. Ensuite, développer un plan d'action qui aura pour but de relier les activités qui ont lieu dans le gymnase à l'école avec d'autres activités qui peuvent se faire à la maison, après l'école. Henderson et French (1992) suggèrent entre autres d'utiliser une fiche à compléter qui permet de noter les activités faites à la maison avec les parents et d'y inclure des commentaires sur l'expérience vécue en famille.

Plus récemment, les diverses initiatives qui ont été développées au Canada pour la promotion d'un mode de vie sain et actif chez les jeunes présentent également des lignes de conduite pour intégrer les parents. Par exemple, le guide d'activité physique canadien pour les jeunes (10 à 14 ans) et les enfants (6 à 9 ans), publié par Santé Canada en 2002, est composé de trois guides : un magazine pour l'élève, un guide pédagogique pour l'enseignant et un guide familial pour le parent. Ce guide familial présente des conseils aux parents pour aider leurs enfants à modifier leur comportement et adopter de nouvelles habitudes de vie saines et actives. Parmi ces conseils on retrouve, entre autres, « sensibilisez vos enfants, établissez des buts, parlez avec vos enfants et célébrez leurs réussites ». Le guide incite également toute la famille à devenir plus active, à ne pas seulement se centrer sur l'enfant et à encourager la communauté environnante à prendre part à ce projet de devenir plus actif.

Dans sa dernière publication du programme-cadre d'éducation physique et santé, le ministère d'Éducation et de Formation de l'Ontario (2000) mentionne également l'importance d'intégrer les parents dans la mission éducative de l'école; on invite «les parents à s'intéresser de près à leurs enfants pour qu'ils améliorent leur rendement scolaire et leurs habitudes de vie» (p. 7).

Il semble donc se dégager un consensus dans la littérature sur le rôle des parents dans l'éducation à la santé et l'adoption d'un mode de vie sain et actif de leurs enfants. Tous les travaux effectués et programmes mis en place mentionnent l'importance du rôle que peut jouer le parent; un rôle de modèle, d'initiateur d'activités à la maison ou d'implication dans les cours d'éducation physique et dans la vie de l'école de leurs enfants. Plusieurs stratégies peuvent être utilisées mais, selon Virgilio (1990): «*for parent involvement programs to be successful, physical educators play the key role in the link between home and school*» (p. 70).

Le but de la présente étude est de mieux comprendre la perception des parents à l'égard des cours d'éducation physique. Qu'est-ce qui est important pour eux que l'on enseigne à leurs enfants, dans le cadre de ce cours? Est-ce important pour eux que leurs enfants soient en forme? Est-ce qu'ils utilisent des stratégies à la maison pour les stimuler à faire de l'activité physique après l'école? Croient-ils que le cours d'éducation physique à l'école peut stimuler leurs enfants à adopter un mode de vie sain et actif? Depuis 1995, une vague de réformes scolaires généralisée au Canada a généré l'arrivée de nouveaux programmes-cadres d'éducation physique centrés sur la santé et l'adoption d'un mode de vie sain et actif. Par le biais de ces nouveaux programmes, les parents ont peut-être été exposés à une variété de messages sur la santé et la pratique d'activités physiques. La présente étude permettra donc de recueillir les perceptions des parents et de mieux comprendre leurs attentes à l'égard des cours d'éducation physique.

2. MÉTHODOLOGIE

La présente étude a été réalisée dans le cadre d'un programme de recherche-action plus vaste intitulé «Vivre en Santé». Le but du programme était de mieux comprendre le processus d'implantation du nouveau programme-cadre d'éducation physique et santé, dans les milieux scolaires francophones de l'est de l'Ontario, et de développer des nouvelles ressources

pédagogiques pour répondre au besoin des enseignants. Considérant le but du programme, l'approche méthodologique de la recherche-action a été choisie, car elle permettait de créer une équipe de recherche composée de chercheurs universitaires et d'enseignants d'éducation physique des milieux scolaires. Tel que discuté par Stringer (1999), une approche collaborative en recherche comme celle-ci permet à tous les membres de l'équipe de prendre part à la résolution de problèmes réels observés dans la communauté. Cette étude a également utilisé différentes méthodes et techniques de collecte des données. Elle veut aussi considérer le point de vue des différentes personnes impliquées dans l'environnement des écoles participantes à l'étude, soit les élèves, leurs parents, les enseignants d'éducation physique et la direction de l'école, dans le but de recueillir leurs perceptions, leurs expériences, leurs modes d'intervention, leurs besoins, etc. Dans le cadre du présent article, seules les perceptions des parents seront présentées.

2.1. PARTICIPANTS

Tel que déjà mentionné, le but de la présente étude consistait à recueillir la perception des parents à l'égard des cours d'éducation physique. Les parents ont été invités à participer à cette étude en même temps que nous avons sollicité la participation de leurs enfants. Vingt-neuf parents ont accepté d'y prendre part, dont 23 mères et 6 pères. Ils sont issus de milieux urbain (14) et rural (15), et selon les informations communiquées par les conseils scolaires des écoles participant à l'étude, ces familles ont un profil socioéconomique moyen.

2.2. COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a débuté en septembre 2002 et s'est poursuivie sur une période de huit mois, afin de saisir l'ensemble de la situation des écoles participant à l'étude et engagées dans un processus d'implantation du nouveau programme-cadre d'éducation physique et santé.

La stratégie des entrevues téléphoniques a été utilisée pour recueillir les perceptions des parents, car elle présentait plusieurs avantages : effectuer les entrevues au moment qui convenait le mieux aux parents selon leurs préférences qu'ils indiquaient sur le formulaire de consentement et ne pas avoir à se déplacer pour rencontrer la chercheuse. Notre expérience en recherche a démontré qu'une telle stratégie a permis l'accès à un grand

nombre de parents. Toutes les entrevues ont eu lieu entre 19 et 22 heures, du lundi au jeudi, sans privilégier une journée plutôt qu'une autre. Les entrevues, d'une durée moyenne de quarante minutes, comportaient six questions principales : a) Quelle est votre opinion des cours d'éducation physique ? ; b) Avez-vous entendu parler qu'il y avait un nouveau programme-cadre d'éducation physique et santé implanté en Ontario depuis septembre 1999 ? ; c) Qu'est-ce qui est important pour vous qu'on enseigne à vos enfants, lors des cours d'éducation physique ? ; d) Est-ce important pour vous que vos enfants soient en forme ? ; e) Est-ce que vous utilisez différents moyens ou stratégies à la maison pour stimuler vos enfants à faire de l'activité physique après l'école ? ; et f) Croyez-vous que les cours d'éducation physique à l'école puissent jouer ce rôle de stimuler les jeunes à avoir un mode de vie actif à l'extérieur de l'école ?

Les entrevues enregistrées ont été transcrites puis analysées. Ainsi, les données descriptives recueillies permettent de mieux comprendre les différents points de vue des parents et de poser un regard réflexif sur diverses stratégies d'intervention qui pourraient les engager dans la promotion et l'éducation à la santé de leurs enfants.

3. RÉSULTATS

Les résultats des entrevues indiquent que la plupart des parents consultés (86 %) ont une opinion positive des cours d'éducation physique. Ceux et celles qui ont une opinion partagée (14 %) s'appuient sur des expériences négatives en éducation physique qu'ils ont eues lorsqu'ils étaient à l'école secondaire. Toutefois, plus de 75 % des parents ont mentionné qu'ils souhaiteraient que les cours d'éducation physique demeurent obligatoires. Les parents nous ont dit : *« C'est important que le cours d'éducation physique reste obligatoire afin de préserver le niveau de condition physique des élèves et vraiment développer l'habitude d'en faire à tous les jours. »* *« C'est bien important qu'ils/elles aient au moins une forme d'activités physiques par jour. »* Un autre parent souhaite *« [...] que le gouvernement s'éloigne des questions d'éducation et laisse cela entre les mains des parents et des enseignants dans les écoles »*.

Lorsqu'on a demandé aux parents s'ils avaient entendu parler du nouveau programme-cadre d'éducation physique et santé, implanté en Ontario depuis 1999, un peu plus de la moitié d'entre eux (59 %) n'étaient pas au courant. Ceux et celles qui disent avoir un peu d'information à

cet effet savent que plusieurs changements sont en cours pour toutes les matières enseignées à l'école, mais ils ne connaissent aucun détail sur les cours d'éducation physique plus particulièrement.

C'est alors que nous nous sommes intéressés à savoir ce que les parents aimeraient que l'on enseigne à leurs enfants dans le cadre du cours d'éducation physique et santé. Les réponses des parents ont été groupées en six thèmes. D'abord, ils souhaitent que l'on s'assure que tous les élèves puissent participer aux cours ; *« que tu sois bon ou pas bon »*, précise un père. Ensuite, ils demandent aux enseignants d'amener leurs enfants à développer le plaisir de pratiquer des activités physiques et du sport ; *« il faut qu'il y ait un accent mis sur le plaisir et la valorisation »*, exprime une mère. Les parents accordent aussi de l'importance à ce que leurs enfants puissent faire différentes formes d'activités physiques et sportives dans le cadre de ce cours ; *« pas toujours faire les mêmes choses »*, dit un autre parent. Aussi, un rôle de motivation est attendu des parents ; *« leur montrer aussi des activités qui vont leur donner le goût d'en faire à la maison, au lieu de s'écraser devant la TV ou l'ordinateur »*, précise une mère désireuse de garder ses enfants en santé. Ils souhaitent également qu'on leur enseigne la matière reliée à la santé, comme l'alimentation *« qu'est-ce qu'une bonne et une mauvaise alimentation »* ; les bénéfices d'être en forme ; les changements du corps à leur âge ; comment prendre soin de soi ; puis pour les filles, donner des cours sur les types d'abus. Finalement, plusieurs parents ont également exprimé une variété de points de vue sur l'enseignement des cours d'éducation physique. Ils se résument de la façon suivante : a) résoudre certains problèmes avec les méthodes d'évaluation ; *« ne pas évaluer les capacités du jeune mais son effort »* ; b) donner des choix d'activités pour que l'élève ait la possibilité de faire des choix ; c) ne pas être compétitif ; *« c'est de travailler fort et de s'amuser qui compte le plus »* ; d) il faut que les élèves se sentent importants ; e) il faut qu'il y ait une atmosphère positive quand le cours se donne, développer l'esprit sportif et le travail d'équipe ; et f) développer les talents naturels, *« offrir la possibilité de développer le potentiel du jeune »*.

Lorsque nous avons demandé aux parents s'il était important pour eux que leurs enfants soient en forme, tous les parents, sauf un, ont répondu oui. Cette réponse négative provint d'un père qui nous confia que son enfant présentait des limitations physiques. Les autres parents ont expliqué que, pour eux, cette importance est très souvent reliée à la notion de santé, *« pour prévenir la sédentarité et la prise de poids »*, ajoute une mère. Ils accordent aussi une importance à avoir un équilibre entre le mental et le

physique. De plus, plusieurs croient que la mise en forme permet à leurs enfants d'avoir plus d'énergie, d'être de bonne humeur et de pouvoir mettre plus de temps dans leurs études. Ils considèrent également que la mise en forme permet à leurs enfants de se détendre, de dépenser de l'énergie pour pouvoir ensuite mieux se concentrer.

Par ailleurs, près de 80 % des parents consultés utilisent des stratégies pour stimuler leurs enfants à faire de l'activité physique après l'école. Tel que présenté dans le tableau 1, leurs réponses se regroupent en quatre catégories. D'abord, sept des 29 parents ont répondu qu'ils ont recours à des activités structurées. Les résultats démontrent qu'il s'agit principalement de sports d'équipe, tels que le hockey et le soccer. Quelques jeunes sont également engagés dans des activités d'arts martiaux, de badminton et de natation. Plusieurs de ces parents mentionnent d'ailleurs qu'ils s'impliquent avec leurs enfants en allant les voir, en s'occupant du transport, etc.

Un peu plus de la moitié des parents, 55 % (16 parents), ont répondu qu'ils pratiquent des activités non structurées à la maison. Leurs réponses démontrent qu'il s'agit principalement d'activités physiques qui peuvent se pratiquer individuellement ou en groupe, mais sans le support d'un instructeur ou d'un entraîneur. Des exemples inclus : faire de la marche ou du vélo l'été, faire du patin et de la glissade l'hiver. Cinq parents mentionnent avoir des équipements spécialisés à la maison comme un tapis roulant, un vélo stationnaire et des poids libres. Deux parents disent utiliser des stratégies particulières pour stimuler leurs enfants à être actifs. Par exemple, un parent de milieu rural cache les clés du véhicule tout terrain afin d'obliger ses garçons à marcher. Les parents de milieu rural indiquent également que le manque d'infrastructures et de programmes d'activités sportives dans leur communauté est une barrière importante à la pratique d'activités structurées pour leurs enfants.

Par ailleurs, trois des 29 parents ont indiqué qu'ils ont de la difficulté à engager leurs enfants dans des activités physiques ou sportives. Il est intéressant de constater qu'ils souhaitent les encourager en donnant l'exemple, ayant eux-mêmes un mode de vie actif. Cela semble être la seule stratégie qu'ils utilisent pour les stimuler.

Puis un dernier groupe de trois parents a répondu qu'ils n'utilisent aucune stratégie ou activité, car leurs enfants ne pratiquent pas d'activités physiques. Ces parents ont toutefois expliqué que lorsque leurs enfants étaient plus jeunes, ils étaient impliqués dans des activités structurées mais que maintenant qu'ils sont plus vieux et libres, ils n'en font plus.

Deux de ces trois parents ont indiqué qu'ils sont bien heureux qu'il y ait de l'éducation physique à l'école, car ces cours offrent un minimum d'activités physiques à leurs filles non actives à la maison.

Tableau 1

Profil des stratégies utilisées à la maison pour stimuler les jeunes à être actifs

Activités structurées	Activités non structurées	Parents actifs qui donnent l'exemple	Aucune stratégie utilisée
Cours, équipe sportive, possibilité de frais.	Participe sur une base volontaire, sans frais ni cours.	Difficulté à impliquer leurs enfants sur une base régulière.	Aucune activité au moment de l'entrevue.
7 parents (24,2%)	16 parents (55,2%)	3 parents (10,3%)	3 parents (10,3%)
Hockey, base-ball, soccer, badminton, volley-ball, jiu-jitsu. soccer intérieur en hiver, taekwondo, kinball, cours de natation, mouvement scout.	<i>Activités estivales:</i> marche, travaille sur la ferme, vélo canot, camping, pêche, natation, patins à roues alignées, golf <i>Activités hivernales:</i> ski de fond, ski alpin, patin, glisser, planche à neige <i>Activités à l'intérieur de la maison:</i> bicyclette stationnaire, tapis roulant, poids et haltères	Encouragement des parents, mais les enfants sont libres de choisir. Aucune activité physique particulière n'a été mentionnée par les parents lors des entrevues.	
Enfants actifs. Parents impliqués, vont voir les matchs de l'enfant. Quelques mères actives.	Quelques mères actives.	Quelques mères actives.	

La dernière question qui fut demandée aux parents est s'ils croyaient que les cours d'éducation physique et santé à l'école peuvent jouer le rôle de stimuler les jeunes à adopter un mode de vie actif à l'extérieur de l'école. Des 29 parents, 21 ont répondu «oui»; sept ont répondu «peut-être»; puis une mère croyait que le cours n'est pas suffisant et que d'autres conditions sont nécessaires. Cette mère explique, entre autres, que l'école

ne peut pas être la seule responsable. D'autres conditions sont nécessaires et elle fait référence aux trois facteurs suivants : *a)* avoir des amis actifs ; *b)* avoir des parents actifs qui donnent l'exemple ; et *c)* avoir des installations disponibles près de son lieu d'habitation. Il est à noter que cette mère est enseignante dans une école primaire.

Sept idées principales du discours des parents permettent d'énoncer, selon eux, que les cours d'éducation physique et santé peuvent possiblement jouer ce rôle :

1. Ça dépend de la façon dont le cours est donné ; « *du bon vouloir et de la compétence de l'enseignant* », exprime un père ;
2. Les enseignants doivent encourager les élèves ;
3. C'est important que ça soit agréable à l'école ; « *leur permettre de faire des activités qu'ils aiment et qu'ils puissent voir des résultats positifs* », discute un autre parent ;
4. C'est important d'avoir un impact sur la motivation des élèves ;
5. « *S'ils pouvaient développer leur talent à l'école, ça les pousserait davantage à en faire en dehors de l'école* », exprime vivement un père ;
6. Avoir plus de ligues à l'école pour développer l'intérêt de faire du sport ;
7. Les jeunes doivent recevoir le message de continuer à être actifs à l'extérieur de l'école.

Puis, pour les vingt et un parents qui affirment que les cours d'éducation physique et santé peuvent stimuler les jeunes à adopter un mode de vie actif à l'extérieur de l'école, leurs réponses ont été regroupées sous deux rubriques : *a)* parce qu'ils offrent des connaissances et des expériences, et *b)* parce que ça permet la mise en forme. Le tableau 2 présente les divers points de vue des parents pour chacune des rubriques.

Tableau 2

Raisons invoquées par les parents pour croire que les cours d'éducation physique et santé peuvent stimuler les jeunes à adopter un mode de vie actif à l'extérieur de l'école

Offre des connaissances et des expériences	Permet la mise en forme
<ul style="list-style-type: none"> • Expose les enfants à diverses formes d'activités physiques et sportives; • Donne une base pour être actif à l'extérieur de l'école; les habiletés et les connaissances les aident vraiment à refaire des activités à l'extérieur de l'école; • Donne des nouvelles idées sur les sports et les activités à pratiquer; • Les enfants apportent ces nouvelles connaissances à la maison et ça devient des activités à refaire en famille; • Les parents ne sont pas tous actifs, alors l'éducation physique offre le minimum nécessaire; 	<ul style="list-style-type: none"> • « Plus tu en fais, plus tu es en forme et mieux tu te sens », explique un parent; • « Les autres activités commencent à être plus faciles pour mon enfant quand il est plus en forme; il trouve cela positif »; • « Mon enfant est actif aujourd'hui grâce aux cours d'éducation physique! »

4. DISCUSSION ET CONCLUSION

Les parents de cette étude ne semblent pas avoir une opinion différente des cours d'éducation physique que celle rapportée par l'alliance américaine (AAHPERD) en 2000. Ils accordent tous de l'importance aux cours d'éducation physique à l'école et voient ce que ce cours peut offrir à leurs enfants en termes d'occasions d'apprentissage, d'expériences et de mise en forme. Tel que mentionné par Gillespie (1992), Henderson et French (1992) et Belfry (1995), les parents de cette étude ont des attentes particulières vis-à-vis ce qu'ils souhaitent que ce cours offre à leurs enfants et s'en remettent aussi au rôle de l'école pour offrir un minimum d'activités physiques à leurs enfants.

Tous ces parents, sauf un, accordent de l'importance à ce que leurs enfants soient en forme et semblent voir une relation entre la mise en forme et un meilleur travail académique. Cette perspective est très intéressante et fait de plus en plus l'objet de travaux de recherche. La revue de littérature de Shephard (1997) à cet effet démontre qu'effectivement, plusieurs études ont trouvé une corrélation positive entre l'éducation physique dans les écoles primaires et les résultats académiques des élèves. Ces études suggèrent, entre autres, que les cours d'éducation physique permettent aux jeunes de se distraire, de se défouler physiquement, de prendre part

à des activités physiques avec leurs amis et que ce sont les conséquences de ces bienfaits qui permettent aux élèves de pouvoir mieux se concentrer en salle de classe ou dans leurs études. Ainsi, les perceptions des parents de cette étude corroborent les conclusions des recherches mentionnées par Shephard.

À la lumière du tableau 1 sur les stratégies utilisées à la maison pour stimuler les jeunes à être actifs, nous constatons que la majorité des parents rencontrés va jouer le rôle d'être un modèle ou supporter la pratique de l'activité physique en ayant des initiatives à la maison. Ainsi, près de 79 % des parents rencontrés semblent offrir le type de support que Henderson et French (1992), Hinson (1994) et Virgilio (1990) suggèrent dans leurs conclusions de recherche. Toutefois, aucune de ces études n'a investigué le type d'activité physique qui peut se pratiquer à la maison, lorsque les parents offrent un tel soutien. Dans le cadre de notre étude, les résultats ont démontré que la catégorie de pratique d'activités physiques la plus mentionnée par les parents est celle des activités non structurées, c'est-à-dire sans instructeur ou entraîneur et n'encourant aucun frais d'utilisation.

Par ailleurs, aucun parent rencontré ne s'exprime sur sa possibilité d'implication dans les cours d'éducation physique ou dans la vie de l'école de ses enfants. Cette possibilité semble être complètement absente de leur pensée. D'ailleurs, quelques parents ont mentionné ne pas très bien savoir ce qui se passe dans les cours d'éducation physique de leurs enfants car ils en parlent très peu avec eux et ne vont jamais rencontrer l'éducateur physique lors des visites de parents à l'école.

Il semble donc que l'utilisation d'un modèle d'implication des parents, semblable à celui développé par Virgilio (1990), pourrait être un projet d'intervention intéressant à explorer dans de futurs travaux de recherche. À la lumière de nos résultats, tout porte à croire que les parents n'auront pas l'initiative de s'impliquer dans les cours d'éducation physique ou dans la vie de l'école par eux-mêmes. Ils auront besoin des enseignants et autres personnes impliquées dans la vie de l'école pour créer un premier contact, les inviter à prendre part à certaines activités et créer ainsi ce lien entre l'école et la famille. Dans cette perspective, le modèle de Virgilio, à trois niveaux, semble être une approche prometteuse, car il spécifie des pistes d'action pour chaque niveau et permet d'explorer l'expérience des parents impliqués dans un tel projet d'intervention. Un projet comme celui-ci serait également très original car aucun chercheur, à notre connaissance, n'a effectué de tels travaux jusqu'à ce jour. Les études sont nombreuses à s'intéresser

à la modification des habitudes de vie des jeunes, mais très peu ont également ciblé leurs parents. Ne sommes-nous pas rendus à la croisée de ce chemin où la mission éducative des jeunes et des enfants, à l'égard de leurs habitudes de vie doit se faire en collaboration avec leurs parents et la communauté dans laquelle ils vivent ? Ainsi, faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire se construira en avançant dans cette perspective de l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

- American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance (2000). «Parents recognize the importance of physical education», *AAHPERD Journal*, nov./déc., p. 1-14.
- Belfry, J. (1995). «Time to explore – Parent power in physical education», *CAHPERD Journal*, vol. 61, n° 4, p. 40-41.
- Brustad, R.J. (1996). «Attraction to physical activity in urban schoolchildren: Parental socialization and gender influences», *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 67, n° 3, p. 316-323.
- Colley, A., E. Eglinton et E. Elliott (1992). «Sport participation in middle childhood: Association with styles of play and parental participation», *International Journal of Sports Psychology*, vol. 23, p. 193-206.
- Côté, J. (1999). «The influence of family in the development of talent in sport», *The Sport Psychologist*, vol. 13, p. 395-417.
- Dishman, R.K., J.F. Sallis et D.R. Orenstein (1985). «The determinants of physical activity and exercise», *Public Health Reports*, vol. 100, n° 2, p. 158-171.
- Gillespie, J. (1992). «Parental expectations of physical education», *Scottish Journal of Physical Education*, vol. 20, n° 3, p. 2-4.
- Henderson, H.L. et R. French (1992). «The parent factor», *Strategies*, vol. 5, n° 6, p. 26-29.
- Hinson, C. (1994). «Gaining parental support», *Teaching Elementary Physical Education*, vol. 5, n° 4, p. 11.
- Jodl, K.M., A. Michael, O. Malanchuk, J.S. Eccles et A. Sameroff (2001). «Parents' Roles in Shaping Early Adolescents' Occupational Aspirations», *Child Development*, vol. 72, n° 4, p. 1247-1265.
- Kalakanis, L.E., G.S. Goldfield, R.A. Paluch et L.H. Epstein (2001). «Parental activity as a determinant of physical activity level and patterns of activity in obese children», *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 72, n° 3, p. 202-209.

- Ministère d'éducation et de formation de l'Ontario (2000). *Le curriculum de l'Ontario – copies types de 9^e année. Éducation physique et santé*, Toronto, Ministère d'éducation et de formation de l'Ontario.
- Moore, L.L., D.A. Lombardi, M.J. White, J.L. Campbell, S.A. Oliviera et R.C. Ellison (1991). «Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children», *The Journal of Pediatrics*, vol. 118, p. 215-219.
- Mota, J. et P. Queiros (1996). «Children's behavior. Physical activity regarding parent's perception vs. Children's activity», *International Review for Sociology of Sport*, vol. 31, n° 2, p. 173-179.
- Sallis, J.F. et al. (1992). «Determinants of physical activity and intervention in youth», *Medicine and Science in Sport and Exercise*, vol. 24, n° 6, p. 248-257.
- Santé Canada (2002). *Guide d'activité physique canadien pour les jeunes*, Toronto, Santé Canada.
- Shephard, R.J. (1997). «Curricular physical activity and academic performance», *Pediatric Exercise Science*, vol. 9, n° 2, p. 113-126.
- Stringer, E.T. (1999). *Action Research*, 2^e éd., Thousand Oaks, Sage Publications.
- Van Deventer, K.J. (1998/99). «The state of participation in physical activities by high school learners: A survey in some western cape schools involving learners, teachers and parents», *S.A. Journal for Research in Sport, Physical Education, and Recreation*, vol. 21, n° 2, p. 89-102.
- Van Deventer, K.J. (2000). «Parents perceptions of their children's participation in physical activity: A survey of selected western cape high schools», *S.A. Journal for Research in Sport, Physical Education, and Recreation*, vol. 22, n° 2, p. 59-73.
- Virgilio, S.J. (1990). «A model for parental involvement in physical education», *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, vol. 61, n° 8, p. 66-70.
- Welk, G.J. (1999). «Promoting Physical Activity in Children: Parental Influences», *Eric Digest*, vol. 1, p. 1-6.
- Wold, B. et N. Anderssen (1992). «Health promotion aspects of family and peer influences on sport participation», *International Journal of Sport Psychology*, vol. 23, p. 343-359.
- Woolger, C. et T.G. Power (1993). «Parent and sport socialization: Views from the achievement literature», *Journal of Sport Behavior*, vol. 16, p. 273-289.

CARACTÉRISTIQUES D'UN SYSTÈME DE RESPONSABILISATION POUR AIDER LES ÉLÈVES À S'ENGAGER DE FAÇON AUTONOME EN MATIÈRE DE PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Mireille BLAIS, Département des sciences de l'activité physique,
Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Au Québec, le ministère de l'Éducation sollicite toute l'équipe-école, et en particulier les éducateurs physiques, pour implanter des formules pédagogiques qui encouragent les jeunes à s'engager dans un mode de vie sain et actif (MÉQ, 2001). Concrètement, ces formules visent le développement d'un ensemble de connaissances, d'habiletés et d'attitudes pour amener les élèves à prendre en charge leur santé et leur bien-être. Cet article porte sur la nature et le contenu d'une formule pédagogique mise en place

par une équipe d'éducateurs physiques, de même que sur les caractéristiques du système de responsabilisation, pour encourager des élèves de 7 à 10 ans à s'engager de façon autonome dans une pratique régulière d'activités physiques.

La recherche sur la santé liée à l'éducation physique est en émergence partout dans le monde (McKenzie et Sallis, 1996). Les chercheurs qui s'intéressent à cet aspect de l'enseignement de l'éducation physique visent à faire ressortir les conditions les plus efficaces permettant d'améliorer la condition physique et de promouvoir de saines habitudes de vie chez les jeunes, en les aidant à augmenter leur niveau de pratique d'activités physiques pendant leurs cours et à l'extérieur de l'école (Simons-Morton, 1994).

1. PROBLÉMATIQUE

Au Québec, le ministère de l'Éducation sollicite toute l'équipe-école, et en particulier les éducateurs physiques, pour implanter des formules pédagogiques qui encouragent les jeunes à s'engager dans un mode de vie sain et actif (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001). Concrètement, ces formules visent le développement d'un ensemble de connaissances, d'habiletés et d'attitudes pour amener les élèves à prendre en charge leur santé et leur bien-être. Les contrats (Jenson et Reavis, 1997), les devoirs actifs (Smith et Claxton, 2003) et les portfolios (Lazar et Kulinna, 2002) représentent des exemples de formules, parmi d'autres, pour atteindre des objectifs d'éducation à la santé en éducation physique.

Des chercheurs ont étudié l'écologie de classes d'éducation physique pour mieux comprendre comment un éducateur physique et des élèves interagissent pour réaliser le travail demandé. Ces chercheurs ont fait ressortir la nécessité de mettre en place un système de responsabilisation pour aider les élèves à atteindre les buts d'apprentissage visés (Lund, 1992 ; Tousignant et Siedentop, 1983). Ce système constitue une variable-clé du modèle écologique (Hastie et Siedentop, 1999). Il se caractérise par un ensemble de stratégies de supervision et d'évaluation pour motiver les

élèves à réaliser les tâches demandées. Doyle (1979), le concepteur du modèle écologique, a remarqué que les tâches d'apprentissage risquent d'être suspendues par les élèves ou par l'enseignant s'il n'y a pas d'évaluation formelle associée au travail demandé, c'est-à-dire s'il n'y a pas d'attribution de note en vue de l'obtention d'un grade quelconque. Pour ce faire, des enseignants utilisent différentes stratégies de supervision et d'évaluation telles que l'observation en classe, les tests écrits, les examens pratiques, les rétroactions et les encouragements, les récompenses, les reconnaissances publiques, etc.

Le but de cet article est de faire état d'une partie des résultats d'une recherche-action visant à mieux connaître la dynamique de l'intervention en éducation à la santé au primaire (Blais, 2004). Plus particulièrement, l'article porte sur la nature et le contenu d'une formule pédagogique mise en place par une équipe d'éducateurs physiques, de même que sur les caractéristiques du système de responsabilisation, pour encourager des élèves de 7 à 10 ans à pratiquer des activités physiques de façon régulière, en dehors des cours d'éducation physique.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. ORIGINE DE LA PRÉSENTE RECHERCHE-ACTION

Au moment où le nouveau programme d'éducation physique et à la santé (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001) faisait son entrée dans les écoles primaires, une équipe de six éducateurs physiques de la Commission scolaire des Découvreurs dans la région de Québec a exprimé le besoin de développer des formules pédagogiques pour faire de l'éducation à la santé avec leurs élèves. Après avoir participé à un atelier présenté par une équipe de trois chercheuses de l'Université Laval (Blais, Michaud et Tousignant, 1999) lors d'un congrès provincial pour les éducateurs physiques, la responsable de l'équipe a fait appel à une des chercheuses (également auteure de cet article) pour l'aider à formuler une demande de soutien financier à sa commission scolaire. Au cours de la première année, la chercheuse s'est jointe à l'équipe à titre de consultante pour développer et implanter des activités d'éducation à la santé en gymnase. Durant la deuxième année, quatre praticiennes de l'équipe ont accepté de mettre en place un dispositif de recherche avec la collaboration de la consultante pour étudier l'impact de leurs interventions auprès des élèves. À ce moment, la consultante de l'équipe a également agi à titre de chercheuse en étudiant les différentes situations d'apprentissage

que ces praticiennes ont planifié et implanté dans leur cours pour faire de l'éducation à la santé. La chercheuse-consultante a été présente dans les classes des quatre éducatrices physiques sur une période de temps intensive et prolongée, entre novembre 2001 et juin 2002.

2.2. L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Elle se compose de quatre éducatrices physiques possédant plus de 20 années d'expérience, de quatre titulaires de classe, de 102 élèves de 7 à 10 ans, de parents, d'une chercheuse externe et de la chercheuse-consultante. Les quatre éducatrices physiques travaillent à temps plein, chacune dans une seule école. Elles participent à la recherche-action en agissant à titre de cochercheuses : elles produisent plusieurs des données pendant l'étude en plus de faciliter la collecte et l'analyse de ces données. Dans l'équipe, quatre titulaires de classe collaborent à l'étude ; elles soutiennent l'intervention des quatre praticiennes et elles fournissent des informations sur les attitudes et les comportements des élèves. Les élèves des quatre groupes sélectionnés par les éducatrices physiques agissent à titre de cochercheurs, puisqu'ils sont eux-mêmes producteurs de données. De plus, une chercheuse externe aide la chercheuse-consultante à définir ses rôles auprès des praticiens et elle la conseille sur ses choix méthodologiques. La consultante accompagne l'équipe de praticiens quand ils prennent des décisions lors des rencontres de planification et elle suggère des pistes d'action. Dans son rôle de chercheuse, elle observe de façon particulière le processus d'enseignement sans intervenir en gymnase et elle suscite des réflexions sur l'action.

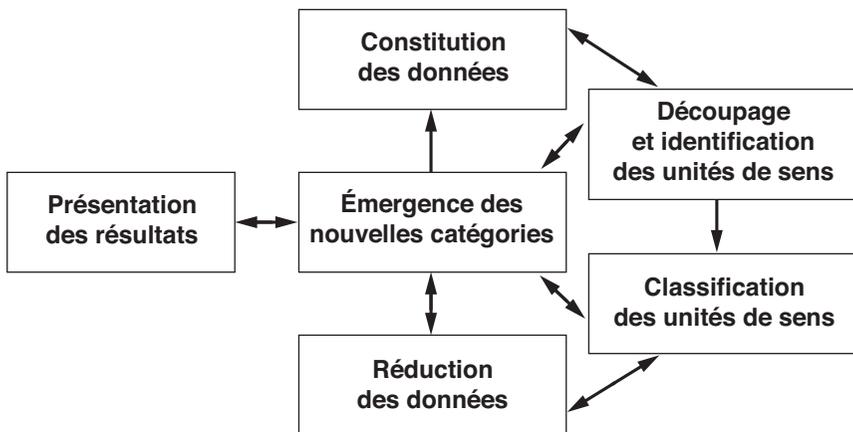
2.3. LA COLLECTE DE DONNÉES

Les instruments de collecte de données font appel aux principes de la recherche qualitative de type ethnographique. Les données proviennent essentiellement des notes d'observation de la chercheuse, des entrevues réalisées avec les éducatrices physiques et les élèves de même que des travaux produits par les élèves. En lien avec une formule pédagogique particulière développée par l'équipe de praticiens et la chercheuse-consultante, cette dernière a observé 41 situations d'apprentissage d'une durée variant de 2 à 50 minutes. Elle a aussi réalisé une trentaine d'entrevues avec les praticiennes et plus d'une soixantaine d'entrevues avec des élèves ; 41 élèves sur 102 ont été interrogés à un moment ou à un autre pendant l'étude. Aussi, 94 carnets d'élèves ont été recueillis, huit n'ayant pas été retournés. Au total, plus de 1 000 pages de données ont été produites.

2.4. L'ANALYSE DES DONNÉES

Une stratégie inductive d'analyse des données a été utilisée pour traiter les informations provenant des élèves et des quatre éducatrices physiques. Pour guider son analyse, la chercheuse s'est inspirée des recommandations d'auteurs en recherche qualitative tels que Bogdan et Biklen (1998), Deslauriers (1991) et L'Écuyer (1987). Cette stratégie représente un processus interactif qui nécessite plusieurs allers et retours entre le découpage des unités de sens, l'identification, la classification et l'émergence de nouvelles catégories (figure 1).

Figure 1
Stratégie d'analyse des données



Les données analysées dans cet article proviennent essentiellement des informations recueillies dans la formule pédagogique utilisée, de même que dans les stratégies de supervision et d'évaluation mentionnées par les enseignantes lors des séances et des entrevues. L'utilisation de différents crayons surligneurs et de codes particuliers (des astérisques, des cercles, des barres, des mots clés, etc.) permet de faire ressortir les informations pertinentes et particulières parmi l'ensemble des données brutes. La chercheuse procède ensuite à un classement et à un regroupement pour faire émerger progressivement des catégories en lien avec les questions initiales de recherche. Au moment de présenter les résultats, elle s'assure de nommer, de définir et d'illustrer les catégories et les sous-catégories.

3. RÉSULTATS

Les résultats portent sur deux thèmes liés aux objectifs mentionnés dans le présent article : la nature et le contenu de la formule pédagogique utilisée pour faire de l'éducation à la santé, de même que les caractéristiques du système de responsabilisation développé et implanté par les quatre éducatrices physiques pour aider les élèves à atteindre les objectifs d'apprentissage visés.

3.1. NATURE ET CONTENU DE LA FORMULE PÉDAGOGIQUE

Les quatre praticiennes utilisent une formule adaptée du contrat d'apprentissage qu'elles nomment le « Passeport-santé », afin de favoriser l'engagement autonome des élèves en matière de pratique d'activités physiques à l'extérieur de l'école. Elles demandent aux élèves de « signer un contrat » avec eux-mêmes en acceptant de s'engager de façon autonome dans la réalisation de leur passeport-santé et en leur demandant d'obtenir la supervision d'un témoin significatif. Pour ce faire, elles proposent que chaque élève ait un passeport personnel qu'il conserve jusqu'à la fin de l'année scolaire. Ce passeport, sous forme de cahier, est constitué de pages et de calendriers où cinq activités-défis sont proposées chaque mois. Les objectifs à atteindre sont fixés préalablement par les membres de l'équipe d'éducateurs physiques qui ont fixé la durée, le nombre de répétitions ou de séries que les élèves auront à respecter. Ces activités-défis durent entre 2 et 20 minutes. Elles ont généralement trait à la pratique d'activités physiques ou au développement d'habiletés motrices. Il est à noter que les quatre praticiennes ne misent pas sur la durée ou l'intensité, mais plutôt sur la variété et la fréquence de pratique des activités-défis. Ces activités sont formulées dans des termes accessibles pour les enfants, par exemple : jouer dehors pendant au moins 15 minutes ; faire 40 sauts à la corde à danser et répéter deux fois ; manger un fruit ou un légume au cours de la journée ; lancer une balle, taper dans ses mains et rattraper la balle (20 fois, 2 séries) ; réaliser une activité-défi libre, c'est-à-dire pratiquer une de ses activités physiques favorites pendant au moins 20 à 30 minutes (patin à roues alignées, hockey, natation, danse, course, soccer, etc.), etc.

3.2. CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME DE RESPONSABILISATION

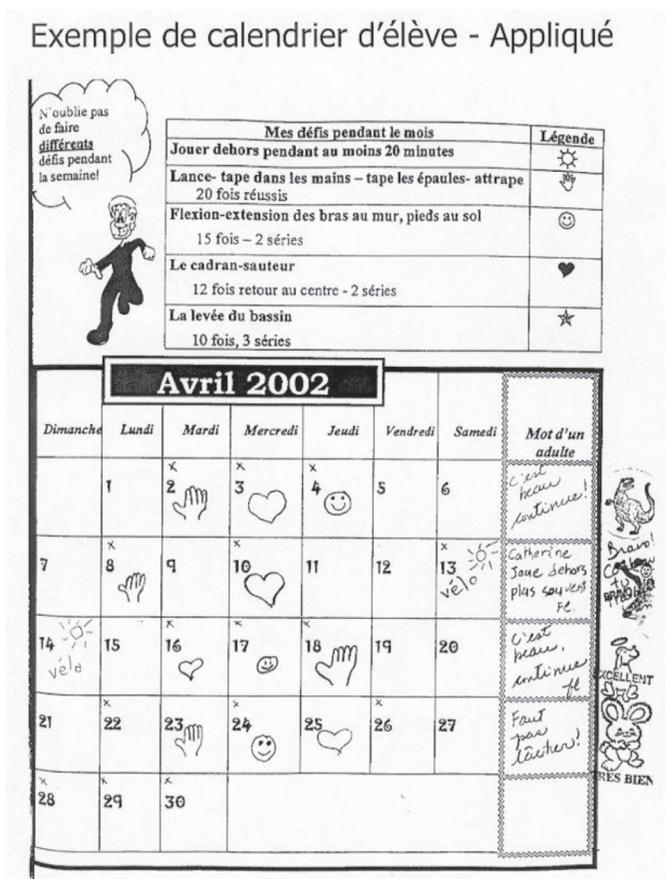
Pour supporter la réalisation du passeport-santé, les quatre éducatrices physiques mettent en place un système particulier, comprenant quatre stratégies pour responsabiliser les élèves : *a*) l'autogestion, *b*) la supervision, *c*) l'évaluation informelle et *d*) la récompense.

3.3. L'AUTOGESTION

Les quatre éducatrices physiques valorisent l'autogestion de l'élève, c'est-à-dire sa capacité à gérer lui-même sa pratique d'activités physiques en dehors de l'école et à inscrire ses activités dans son carnet de bord. Les élèves sont responsables de gérer leur pratique chaque semaine. Ils choisissent et réalisent un minimum de trois activités-défis par semaine parmi celles proposées. Ils inscrivent le pictogramme du défi dans leur calendrier (figure 2). Ils obtiennent la signature d'un adulte-témoin chaque semaine et ils rapportent leur carnet à l'école.

Figure 2

Extrait du cahier d'une élève ayant atteint l'objectif pendant le mois



3.4. LA SUPERVISION

Chaque éducatrice physique développe des mécanismes personnels pour motiver les élèves à réaliser les activités-défis de façon appropriée en gymnase, mais aussi à la maison. Ainsi, en plus de superviser les comportements des élèves en gymnase comme elles ont l'habitude de le faire à chaque séance, elles utilisent entre autres l'observation active, les rétroactions et l'interrogation (entretien avec des élèves, discussion en grand groupe) pour superviser les actions des élèves. Les titulaires de classe, les parents et la chercheuse-consultante sont également engagés dans la supervision à différents moments pendant l'année scolaire afin de soutenir la réalisation des tâches du passeport en accompagnant l'enfant dans ses choix et dans sa compréhension des activités, dans la gestion de son horaire d'écopier et même dans l'écriture de ses activités dans son calendrier.

3.5. L'ÉVALUATION INFORMELLE

Les quatre praticiennes ont choisi d'évaluer de façon informelle la démarche de chaque élève sans leur attribuer de notes pour leur performance ou leur comportement. Toutefois, elles vérifient régulièrement le contenu des passeports des élèves – en regardant s'ils ont réalisé trois activités et s'ils ont obtenu la signature d'un adulte – et elles écrivent des commentaires à chacun.

3.6. LA RÉCOMPENSE

Les élèves sont récompensés individuellement chaque mois s'ils réalisent les tâches demandées (faire au moins trois activités-défis par semaine, écrire dans son cahier, obtenir une signature, rapporter le passeport à l'école, etc.). Ils ont droit à un autocollant, un commentaire positif, un certificat, une mention en classe, une photographie sur le « Mur des célébrités du passeport-santé », etc. Malgré le jeune âge des élèves (7 à 10 ans), les quatre éducatrices physiques tiennent à reconnaître leur capacité d'auto-gérer leur pratique d'activités physiques, plutôt que de mettre l'accent sur leur performance dans les habiletés motrices.

Il importe de souligner que même si le passeport représente une nouvelle stratégie dans le cadre de leur cours d'éducation physique, les quatre praticiennes maintiennent leur système de responsabilisation habituel en ce qui concerne la bonne conduite des élèves pendant les cours d'éducation physique. Ainsi, elles cherchent à ne pas bouleverser l'écologie

naturelle de leur classe en supervisant les actions des élèves à l'école comme elles ont l'habitude de le faire dans leur cours : observer, donner des rétroactions verbales ou écrites, féliciter, répéter une consigne, discuter avec l'élève, questionner, etc. En fait, l'élément différent qu'elles intègrent dans leur cours est de demander aux élèves de faire des activités physiques et motrices à l'extérieur du gymnase de façon autonome et de rapporter le passeport pour valider leurs actions, ce qui représente une nouveauté dans leur méthode d'enseignement habituelle.

4. DISCUSSION

Les chercheurs qui ont réalisé des études avec le modèle écologique indiquent que le système de responsabilisation constitue un élément indispensable pour maintenir les tâches d'apprentissage en place. Dans la présente étude, les quatre praticiennes ont développé un système sophistiqué, mais qui ne comporte pas de notation formelle, pour encourager les élèves à réaliser les tâches du passeport-santé de façon autonome. Elles n'ont pas voulu recourir à l'échange d'une note contre une performance des élèves pour soutenir leur engagement. En effet, elles ont réussi à obtenir la coopération de plusieurs élèves (60 à 80 % selon le groupe-classe) sans avoir recours à l'évaluation formelle. Ces observations vont dans le même sens que celles de Jones (1992), qui avait souligné que les élèves du primaire ont rarement besoin d'obtenir une note pour s'engager activement dans les activités d'éducation physique. Les quatre praticiennes ont plutôt misé sur le développement d'habiletés d'autogestion des élèves : planifier la réalisation d'au moins trois activités-défis, réaliser et écrire ses activités dans son passeport, obtenir la signature d'un adulte, analyser la nature et la fréquence de ses activités chaque mois, etc.

De façon particulière, les quatre praticiennes ont supervisé les tâches réalisées par les élèves en vérifiant entre autres la présence de traces écrites dans leur passeport. Elles considèrent que si l'enfant a inscrit ses activités et qu'un parent a approuvé, c'est qu'il a commencé à développer un comportement favorisant l'autogestion de sa pratique régulière d'activités physiques. Les traces écrites constituent des preuves tangibles qui servent non pas à mesurer la quantité d'activités physiques des élèves, mais à superviser et à récompenser leur façon de s'autogérer pendant le mois. Les praticiennes ont aussi opté pour une supervision active de la pratique des activités-défis en gymnase en donnant des rétroactions aux élèves à propos de leurs habiletés motrices. Elles les ont accompagnés dans leur

pratique autonome à la maison en les interrogeant et en les récompensant de diverses façons. De plus, elles ont obtenu l'appui des parents et des titulaires de classe pour soutenir la réalisation de la tâche d'autogestion des élèves à l'extérieur du gymnase. Les élèves qui se sont engagés envers eux-mêmes et qui ont coopéré dans la réalisation de leur passeport-santé ont naturellement adopté les objectifs proposés par les quatre éducatrices physiques. Ils ont également réussi à obtenir le soutien d'un adulte significatif pour les aider à maintenir leur engagement pendant plusieurs mois (de quatre à sept mois selon le groupe-classe).

En somme, le système de responsabilisation des quatre éducatrices physiques apparaît suffisamment explicite et efficace pour motiver des élèves à s'engager de façon autonome dans une démarche de modification d'habitudes de vie, sans craindre d'échouer à la première tentative. Il importe de souligner que le système laisse également le choix à l'enfant de ne pas s'engager dans la démarche proposée et donc de ne pas atteindre le but visé par l'éducatrice physique.

CONCLUSION

La présente recherche-action a été réalisée avec une équipe d'éducateurs physiques du primaire en quête de formules pédagogiques pour aider les élèves à adopter un mode de vie sain et actif dans leur quotidien. Dans cette étude, quatre praticiennes ont utilisé une formule adaptée du contrat traditionnel d'apprentissage (le passeport-santé) pour encourager des élèves de 7 à 10 ans à s'engager de façon autonome dans une pratique régulière d'activités physiques, et ce, pendant plusieurs mois.

Il est intéressant de constater que divers auteurs avaient indiqué la pertinence d'implanter ce type de formule pédagogique (le contrat) et de mettre en place un système pour responsabiliser les élèves à modifier ou à maintenir certaines de leurs habitudes de vie. Par exemple, Humbert et Chad (2003), McKenzie (2001), Siedentop (2002) et Taggart (1980) font ressortir la nécessité d'établir une communauté d'apprentissage pour soutenir l'action des élèves à l'école et à la maison. Aussi, Corbin (2002) et Kilpatrick, Hebert et Jacobsen (2002) suggèrent de proposer aux élèves des activités comportant des défis plaisants, stimulants et qui respectent leurs capacités, tout en leur offrant la possibilité de trouver leur zone de délicieuse incertitude et de faire des choix qui leur conviennent. Enfin, Corbin *et al.* (2004) et McKenzie (2001) rappellent que l'apprentissage

d'habiletés d'autogestion telles que l'autoévaluation, la fixation d'objectifs personnels et réalistes, la consignation de données et la planification du temps représente un ingrédient essentiel à tout programme d'intervention en éducation physique et à la santé. Les élèves qui apprennent à s'autogérer auraient plus de chances de développer des habitudes de vie à long terme que ceux qui ne font que s'engager dans des activités planifiées par l'enseignant. Ainsi, en proposant un passeport-santé, les quatre praticiennes vont plus loin que simplement demander aux élèves de faire des devoirs actifs en échange d'une note. La formule du passeport personnel incite naturellement plusieurs élèves à l'engagement volontaire sans qu'il soit nécessaire de prévoir un mécanisme formel d'échange de performances contre une note. Rappelons que lors de l'implantation du passeport-santé, le système de responsabilisation est mis en place par l'éducatrice physique. Cependant, sa réalisation est confiée à l'élève. Ce dernier évalue les tâches proposées, il exerce son pouvoir de choisir librement parmi les options suggérées et il réalise les tâches sélectionnées en fonction de ses intérêts et de sa capacité à s'autogérer. Ainsi, la responsabilité est principalement confiée à l'élève qui apprend à faire une activité physique par et pour lui-même, sans toujours avoir besoin d'une gratification externe.

BIBLIOGRAPHIE

- Blais, M. (2004). *La dynamique de l'intervention en éducation à la santé au primaire*, Québec, Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval.
- Blais, M., V. Michaud et M. Tousignant (1999). *La santé: il ne suffit pas d'en parler!*, Congrès de la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FEEPEQ), Montréal, Document non publié.
- Bogdan, R.C. et S.K. Biklen (1998). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods*, Boston, Allyn & Bacon.
- Corbin, C.B. (2002). «Physical activity for everyone: What every physical educator should know about promoting lifelong physical activity», *Journal of Teaching in Physical Education*, n° 21, p. 128-144.
- Corbin, C.B., R. Lindsay, G.J. Welk et W.R. Corbin (2004). *Fundamental Concepts of Fitness and Wellness*, 4^e éd., Toronto, McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill.
- Doyle, W. (1979). «Classroom tasks and students' abilities», dans P.L. Peterson et H.J. Walberg (dir.), *Research on Teaching: Concepts, Findings, and Implications*, Berkeley, McCutchan, p. 183-209.

- Hastie, P.A et D. Siedentop (1999). «An ecological perspective on physical education», *European Physical Education Review*, vol. 5, n° 1, p. 9-29.
- Humbert, L.M. et K.E. Chad (2003). «Building an active living school: Dream or reality?», *AVANTE*, vol. 9, n° 1, p. 9-24.
- Jenson, W.R et H.K. Reavis (1997). «L'utilisation d'un contrat pour motiver l'élève», dans I. Tremblay et É. Royer (dir.), *Les trucs du métier: techniques et règles à utiliser en classe avec des élèves ayant des difficultés de comportement*, traduit pas Isabelle Tremblay et adapté par Égide Royer, Québec, Corporation École et comportement, p. 19-29.
- Jones, D.L. (1992). «Analysis of task systems in elementary physical education classes», *Journal of Teaching in Physical Education*, 11, p. 411-425.
- Kilpatrick, M., E. Hebert et D. Jacobsen (2002). «Physical activity motivation: A practitioner's guide to self-determination theory», *Journal of Physical Education, Recreation, and Dance*, vol. 73, n° 4, p. 36-41.
- L'Écuyer, R. (1987). «L'analyse de contenu: notion et étapes», dans J.P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de recherche qualitative*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, p. 49-65.
- Lazar, R.E. et P.H. Kulinna, (2002). «Experiences with health-related fitness portfolios in physical education», *European Journal of Physical Education*, vol. 7, p. 63-78.
- Lund, J. (1992). «Assessment and accountability in secondary physical education», *QUEST*, n° 44, p. 352-360.
- McKenzie, T.L. (2001). *Assessing Physical Activity Innovations in Schools*, Actes de congrès de l'Association internationale des écoles supérieures d'éducation physique, Madère, Portugal.
- McKenzie, T.L. et J.F. Sallis (1996). «Physical activity, fitness, and health-related physical education», dans S.J. Silverman et C.D. Ennis (dir.), *Student Learning in Physical Education: Applying Research to Enhance Instruction*, Champaign, Human Kinetics, p. 223-246.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Siedentop, D. (2002). «Ecological perspectives in teaching research», *Journal of Teaching in Physical Education*, n° 21, p. 427-440.
- Simons-Morton, B.G. (1994). «Implementing health-related physical education» dans R.P. Pate et R.C. Hohn (dir.), *Health and Fitness Through Physical Education*, Champaign, Human Kinetics, p. 137-145.
- Smith, M.A. et D.B. Claxton (2003). «Using active homework in physical education», *Journal of Physical Education, Recreation, and Dance*, vol 74, n° 5, p. 28-32.

- Taggart, A.C. (1980). *The Effects of a Home Based Activity Program on Low Fitness Elementary School Children*, Columbus, Thèse de doctorat, Sport and exercises sciences, Ohio State University.
- Tousignant, M. et D. Siedentop (1983). «A qualitative analysis of task structures in required secondary physical education classes», *Journal of Teaching in Physical Education*, n° 3, p. 47-57.

COMMENT FAIRE ÉQUIPE POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE ?

Leçons à tirer de l'implantation du programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau

Monique DUCHARME, Direction de santé publique et d'évaluation,
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de Lanaudière

RÉSUMÉ

Le projet pilote Bien dans sa tête, bien dans sa peau a duré 5 ans et a impliqué 8 écoles secondaires réparties dans trois régions du Québec. Ce programme intervient de façon particulière sur l'image corporelle. Notre préoccupation est l'évaluation de la mise en œuvre du programme en milieu scolaire au secondaire pour en identifier les conditions de succès et les barrières à l'implantation. Nous présenterons d'abord la problématique et

les différents éléments du programme, puis nous discuterons des observations faites en cours de projet, pour conclure sur les occasions de faire équipe pour l'éducation à la santé. Cette analyse met en relief les défis posés par la mise en place de ce type de programme ainsi que l'ensemble des contraintes et des occasions qu'implique le partenariat entre le réseau de la santé et le réseau scolaire lorsqu'il s'agit de faire équipe pour l'éducation à la santé à l'école.

Bien dans sa tête, bien dans sa peau est un programme de promotion de la santé pour les écoles secondaires qui intervient de façon particulière sur l'image corporelle (Ledoux et Mongeau, 2002). Il vise d'abord un mieux-être chez les adolescents par rapport à eux-mêmes et par rapport aux autres et veut favoriser une aptitude positive et restreindre les obstacles à l'adoption de meilleurs comportements sur les plans de l'alimentation et de l'activité physique. Ce programme cible principalement les jeunes et des adultes de l'école, mais souhaite un rayonnement et une collaboration de partenaires dans la communauté.

Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau a fait l'objet d'un projet pilote d'une durée de cinq ans dans une école secondaire. Ce projet-pilote avait pour but d'expérimenter un premier bagage d'activités en optant pour une approche écologique. Certaines activités impliquaient l'ensemble des acteurs de l'école, alors que d'autres se déroulaient en classe, avec la collaboration des enseignants. Ensuite, d'autres activités ont été élaborées avec le milieu. Actuellement, le programme est en implantation dans quelques écoles de trois régions du Québec.

Nous présenterons d'abord la problématique qui a incité le Collectif action alternative en obésité (CAAO) à mener ce projet, puis la description des différents éléments du programme. Enfin, nous discuterons des observations faites en cours de projet pour conclure sur les occasions de faire équipe pour l'éducation à la santé en arrimage avec ce programme.

1. PROBLÉMATIQUE

Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau est justifié à la fois par les préoccupations des adolescents et les données corporelles disponibles grâce aux nombreuses études épidémiologiques. Le développement du programme répond à un besoin de tenir compte d'une réalité bien actuelle dans notre société, particulièrement chez les jeunes, soit l'obsession de l'apparence. En effet, «si la surcharge pondérale constitue un problème de santé et de bien-être préoccupant, l'insatisfaction à l'égard de son poids et de son image corporelle l'est autant» (Ledoux, Mongeau et Rivard, 2002). L'image corporelle est décrite comme étant la perception systématique, cognitive, affective, consciente et inconsciente qu'un individu a de son corps; perception qu'il acquiert au cours de son développement et à travers ses relations sociales (Eide, 1982). L'image corporelle est donc une notion complexe qui fait appel à divers aspects individuels et s'avère fortement influencée par l'environnement (Ledoux *et al.*, 2002).

Plusieurs études réalisées dans différents pays démontrent que les préoccupations à l'égard de son poids et de son apparence chez les adolescents et les enfants sont associées à des comportements alimentaires visant le contrôle du poids, ce qui peut entraîner des répercussions négatives non négligeables sur leur santé physique en particulier en période de croissance, mais aussi à plus long terme. Les jeunes qui suivent des régimes ou qui utilisent d'autres méthodes de contrôle du poids seraient significativement plus susceptibles de développer un surpoids en vieillissant que ceux qui n'ont jamais restreint leur alimentation dans le but de maigrir (Field *et al.*, 2000; Stice *et al.*, 1999). Des observations ont aussi été relevées au plan de la santé mentale. Elles indiquent que la pratique de régimes alimentaires à l'adolescence est associée à l'anxiété, à la dépression, à l'insatisfaction personnelle, à une faible estime de soi ou même à une dévalorisation de soi (Pesa, 1999). De plus, King, Boyce et King (1999) citent une étude de l'OMS qui démontre une association entre le fait de vouloir changer quelque chose à l'égard de son corps et une vulnérabilité à éprouver des sentiments de solitude, de dépression et d'impuissance et même d'avoir une attitude négative face à l'école et une pauvre communication avec ses parents.

Les données québécoises (Ledoux *et al.*, 2002) viennent aussi appuyer toute la pertinence de tenir compte, dans nos actions de promotion de la santé auprès des jeunes, de l'influence qu'exerce la préoccupation du poids et de l'apparence physique. En effet, la planification de promotion

de saines habitudes de vie telles que la saine alimentation et la pratique adéquate de l'activité physique ne saurait être réalisée sans tenir compte de la relation que les jeunes entretiennent face à leur corps, à la nourriture et à l'exercice physique.

Au Québec, les adolescents tendraient à présenter autant une insuffisance de poids qu'un surplus de poids. Alors que 12 % des enfants de 9 à 16 ans présenteraient un excès de poids, et 3 % seraient considérés obèses, 21 % des jeunes filles de 15 à 19 ans et 11 % des garçons du même âge auraient un poids insuffisant (Ledoux *et al.*, 2002).

On constate aussi qu'environ 60 % des jeunes de 13 à 16 ans sont insatisfaits de leur image corporelle alors que la majorité d'entre eux ont un poids normal ou inférieur à la normale (Ledoux *et al.*, 2002) et que le quart de ces adolescents tentent de maigrir alors que près de 40 % d'entre eux essaient de contrôler leur poids (Ledoux et Rivard, 2000) Pour y arriver, environ la moitié des adolescents sautent des repas et environ le quart vont même jusqu'à jeûner toute une journée (Ledoux *et al.*, 2002). Aussi, près de la moitié des garçons de 13 à 16 ans ont pris des suppléments alimentaires pour augmenter leur poids, tant leur image corporelle les préoccupe.

Outre la perception qu'ont les adolescents de leur propre image corporelle, il importe de s'attarder sur les méthodes de mesure corporelle.

Il existe, tout au long de la croissance et de la maturation, d'importantes fluctuations dans les proportions du corps et des masses osseuses, musculaires et adipeuses. De ce fait, les mesures habituelles d'IMC qui définissent un poids insuffisant par un IMC de moins de 19 et un excès de poids par un IMC de plus de 25 sont peu appropriées à l'évaluation du poids santé des adolescents. En l'absence de consensus scientifique sur la définition d'un excès de poids chez les jeunes, les responsables d'une étude de Santé Québec ont utilisé de nouveaux indicateurs afin de rendre compte des aspects particuliers à l'adolescence. Ils ont utilisé les percentiles de l'indice de masse corporelle (IMC) enrichis de mesures de la graisse corporelle (plis cutanés) comme indicateur du poids. L'excès de poids est alors défini par la zone entre le 85^e et le 95^e percentile, et l'obésité se situe au-dessus du 95^e. L'ajout de la mesure du pli cutané, qui sert à évaluer le gras corporel, permet de distinguer le surplus de poids attribuable à la masse musculaire ou squelettique d'un surplus attribuable à un excès de masse grasse. Cette méthode de mesure corporelle a permis de révéler qu'une certaine proportion de jeunes affichant un excès de poids avait, en fait, une masse musculaire élevée (Ledoux *et al.*, 2002).

2. DESCRIPTION DU PROGRAMME

La philosophie du programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* s'appuie sur le principe fondamental d'être et de demeurer en santé quel que soit son poids. Sans nier les risques potentiels pour la santé d'un excès de poids, la philosophie relève d'une pensée large selon laquelle l'adoption de saines habitudes de vie vise, d'abord et avant tout, à se sentir bien et plein de vitalité tant physiquement que mentalement.

Le but du programme est de favoriser une image corporelle saine, des attitudes positives et des comportements sains à l'égard du corps, du poids, de l'alimentation et de l'activité physique, ainsi que de promouvoir l'estime de soi et le respect des autres personnes, quel que soit leur format corporel.

Certains des objectifs du programme s'adressent autant aux adultes qu'aux jeunes. Il s'agit entre autres d'acquérir des connaissances sur les méthodes appropriées et non appropriées de contrôle du poids, de modifier les croyances sur les déterminants du poids et de la physiologie et de prendre conscience des modèles corporels véhiculés dans les médias et la société ainsi que de leur influence omniprésente.

Plus particulièrement, pour les jeunes, le programme veut améliorer la perception de l'image corporelle et l'estime de soi et développer des habiletés de résistance à la pression des pairs, ainsi que la tolérance et le respect à l'égard d'autrui.

Enfin, le programme permet aux adultes de prendre conscience de leurs rôles de modèle, tout en développant des habiletés de soutien auprès des jeunes.

De plus, l'implantation du programme provoque une appropriation des valeurs intrinsèques au programme par les adultes du milieu scolaire et de la communauté, et favorise l'implication des enseignants par l'intégration de la problématique à leur enseignement. L'implantation du programme mobilise aussi le personnel et le milieu lorsqu'ils organisent et participent à des activités favorisant l'intégration des valeurs liées au respect de soi et des autres et à l'acceptation de modèles corporels variés.

Un aspect particulier du programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* consiste en un partage des responsabilités au plan du devenir, être et rester en santé. De leur côté, les adolescents développent leur sens des responsabilités quant aux choix de leurs comportements de santé, grâce à une plus grande acceptation et connaissance d'eux-mêmes. D'autre part,

les personnes qui les entourent s'emploient à offrir une plus grande accessibilité à des ressources permettant de bien manger et d'être actifs physiquement. Ils peuvent aussi donner un soutien affectif et social pour que les jeunes se sentent bien dans leur peau.

La démarche du programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* propose une réflexion sur le culte de l'apparence physique, de la minceur ou de la « supermusculature » en vogue dans la société d'aujourd'hui dans le but d'en reconnaître l'influence. D'une façon amusante et interactive, chacun est invité à prendre conscience du regard qu'il porte sur lui-même et sur les autres, contribuant ainsi à transformer les mentalités, les croyances et les préjugés qui le détournent du sentiment d'être bien dans sa tête et dans sa peau. On cherche à créer un climat d'acceptation et de tolérance tant par rapport à la diversité des tailles et des silhouettes corporelles qu'à toute autre différence physique et intellectuelle. Dans ce contexte, chacun se sentira à l'aise d'évoluer et pourra vaquer à ses activités culturelles et sociales sans gêne.

Les activités du programme sont multiples. On retrouve principalement des stands d'information et de sensibilisation dans l'école, des activités intégrées au curriculum des matières enseignées, des événements spéciaux parascolaires ou communautaires tels que des midis plein air, défilés de mode, fêtes médiévales. On propose aussi des activités de formation destinées au personnel de l'école et aux adultes de la communauté afin de faciliter l'appropriation de la problématique par le plus grand nombre et d'identifier des liens et des possibilités d'arrimage avec d'autres thèmes ou problématiques en suscitant une mobilisation à plus grande échelle. Enfin, des actions visant la modification de l'environnement de l'école telles que favoriser l'accès à des aliments sains et augmenter les occasions de faire de l'exercice pour le plaisir.

Lors de ces activités, plusieurs thèmes sont abordés, notamment : l'alimentation, le recours aux diètes, aux suppléments ou autres méthodes de contrôle du poids, l'activité physique, la connaissance de son corps, des changements de poids et de la morphologie à la puberté, la sexualité, le tabagisme, l'estime de soi, la réussite scolaire et l'image corporelle. Des réflexions critiques face aux médias, aux stéréotypes et modèles sociaux sont aussi proposées. Enfin, le respect de soi et des autres, l'ouverture à la différence et la diversité de même que l'autonomie et la responsabilité face à sa santé font partie des thèmes fréquemment discutés.

3. PERSPECTIVES CRITIQUES

Ce programme qui a fait l'objet d'un projet-pilote pendant cinq ans (1995-2000) dans une école secondaire avait pour but d'expérimenter un premier bagage d'activités en optant pour une approche écologique. Pour sa part, le volet recherche de l'implantation comprenait trois objectifs. D'abord, il s'agissait de recueillir des données québécoises d'information sur les attitudes et comportements des adolescents en regard de l'alimentation, l'image corporelle, l'obésité, les méthodes de contrôle du poids, le tabagisme et l'activité physique (Brassard et Mongeau, 1999). Ensuite, il fallait évaluer la mise en œuvre du programme en milieu scolaire au secondaire afin d'identifier les conditions de succès et les barrières à l'implantation (Brassard et Mongeau, 1999). Finalement, il s'est avéré important d'évaluer les effets du programme auprès des jeunes.

Nous ne présenterons pas ici les données recueillies lors de notre projet-pilote, nous préférons référer le lecteur au rapport de Brassard et Mongeau (1999). Aussi, certaines de ces informations sont maintenant disponibles pour l'ensemble des jeunes du Québec grâce à l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (Ledoux et al., 2002).

Actuellement, l'évaluation de la mise en œuvre du programme en milieu scolaire au secondaire pour en identifier les conditions de succès et les barrières à l'implantation nous préoccupent plus particulièrement. L'essentiel des résultats se retrouve ci-dessous et nous invitons le lecteur à consulter le rapport de Brassard et Mongeau pour de plus amples informations (1999).

Notons d'abord que la limite de temps et les ressources investies seraient les barrières les plus importantes à l'implantation. Au-delà du temps et des ressources, l'intensité de l'intervention serait aussi déterminante pour la réussite de l'implantation. Pour favoriser l'intensité de l'intervention, il faut insister sur la fréquence et le grand nombre d'interventions, de même que sur une bonne répartition de celles-ci tout au cours de l'année scolaire. À cela s'ajoute le rayonnement par l'implication du plus grand nombre d'intervenants dans l'école, la réalisation des activités dans le plus grand nombre d'espaces et de contextes tels que la classe, l'école, l'environnement récréatif et communautaire.

Afin de s'assurer de l'intensité de l'intervention, il faut miser sur la solidité de l'implantation. À partir de l'expérience du projet-pilote de ce programme et de la littérature scientifique, Brassard et Mongeau (1999) retiennent dix conditions « gagnantes » pour la solidité de l'implantation. Pour une implantation réussie, il est proposé :

- que les valeurs du projet éducatif de l'école ou de la mission de l'organisme se rapprochent de celles véhiculées par le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* ;
- que la direction de l'école soutienne activement la mise en œuvre et l'application du programme ;
- qu'un leader (ou une personne ressource) assume la responsabilité du programme et intervienne régulièrement dans l'école durant la phase initiale du processus d'implantation ;
- que le financement nécessaire à l'implantation et à la mise en œuvre du programme soit assuré dès le début de l'année scolaire (en particulier les fonds assurant l'implication du leader ou de la personne-ressource) ;
- que plusieurs séances de formation sur la problématique abordée soient offertes à l'ensemble du personnel de l'établissement dès le début du processus d'implantation ;
- qu'un comité *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* soit mis sur pied dans l'école le plus tôt possible pour assurer l'implantation et le soutien du programme ;
- que les enseignants, les membres du personnel et les élèves participent activement à la mise en œuvre du programme ;
- que les environnements alimentaire et récréatif de l'école et du milieu soient considérés comme des cibles de changement, afin de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie (p. ex. : services alimentaires, installations sportives, etc.) ;
- que le milieu s'engage à long terme à favoriser l'intégration du programme dans la structure scolaire ;
- que la communauté environnante s'implique de différentes façons.

CONCLUSION : DÉFIS ET OCCASIONS D'IMPLANTATION

Sous la lunette des expériences vécues, il convient de conclure que mettre de l'avant les conditions gagnantes d'implantation exige de prendre le temps et les moyens nécessaires pour implanter ce programme. Il est donc difficile d'implanter Bien dans sa tête, bien dans sa peau dans un contexte d'économie d'énergie et de temps.

Bien que ce programme, par son approche et sa nature «écologique», soit envahissant et exigeant, il est doté d'une grande possibilité d'adaptation et est facilement compatible avec les interfaces des autres problématiques vécues à l'école. Le défi, qui réside dans l'intensité à donner pour accélérer l'implantation du programme, ne peut être relevé qu'en donnant aux différents acteurs de l'école l'occasion de se familiariser avec la problématique de l'image corporelle, tout en apprivoisant aussi les problématiques déjà en place à l'école, afin de mettre en évidence la pertinence d'intégrer la promotion d'une image corporelle saine chez les jeunes. À ce propos, faire équipe pour l'éducation à la santé serait sans aucun doute une clé importante du succès de l'implantation du programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau, afin de créer un milieu où chacun prenne soin de soi individuellement et collectivement.

Bien dans sa tête, bien dans sa peau est un programme qui s'inscrit dans l'actualisation de l'Intervention globale et concertée en promotion de la santé et en prévention à partir de l'école (l'IGCPP)¹. Cette intervention, soutenue dans le Programme national de santé publique 2003-2012 (2003) et dans l'Entente de complémentarité entre le réseau de santé et des services sociaux et le réseau d'éducation (2003), doit amorcer son implantation au Québec en cours d'année 2004-2005.

Cette nouvelle façon d'intervenir vise à ce qu'un ensemble de mesures, inscrites dans le projet éducatif de l'école, soit déployé par divers partenaires qui travaillent en concertation à l'école et dans sa communauté. Parmi les six déterminants incontournables énoncés dans l'IGCPP, cinq sont ciblés dans le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau : l'estime de soi, la compétence sociale, les saines habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires et les environnements sains. Parmi les quatre niveaux d'ancrage qui y sont aussi proposés, trois sont touchés par le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau : les jeunes, l'école et son personnel ainsi que la famille.

1. Il s'agit de l'approche École en santé.

Ainsi, on pourrait espérer que notre volonté d'agir ensemble pour plus de cohérence et de renforcement mutuel soit soutenue par une démarche provinciale qui vise aussi une meilleure santé et une plus grande réussite scolaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Brassard J. et L. Mongeau (1999). *Bien dans sa tête, bien dans sa peau – Rapport synthèse des années 1 et 2*, Montréal, Collectif action alternative en obésité (CAAO).
- Eide, R. (1982). «The relationship between body image, self-image and physical activity», *Scandinavian Journal of Social Medicine* (suppl. 29), p. 109-112.
- Field, A.E. *et al.* (2000). «Frequent dieting predicts the development of obesity among preadolescent and adolescent girls and boys», Communication présentée au congrès du NAASO, Long Beach, Californie.
- King, A.J., W.F. Boyce et M.A. King (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Une étude multinationale de l'Organisation mondiale de la santé, Ottawa, Santé Canada, catalogue n° H39-498/1999E.
- Ledoux, J. et L. Mongeau (2002). *Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau : Guide d'intervention sur le poids et l'image corporelle auprès des jeunes en milieu scolaire*, Montréal, Collectif action alternative en obésité (CAAO).
- Ledoux, M., L. Mongeau et M. Rivard (2002). «Poids et image corporelle» dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-339.
- Ledoux, M. et M. Rivard (2000). «Poids corporel» dans C. Daveluy *et al.*, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 8, p. 185-199.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation (2003), *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Pesa, J. (1999). «Psychological factors associated with dieting behaviors among female adolescents», *J Sch Health*, vol. 69, n° 5, p. 196-201.
- Stice, E. *et al.* (1999). «L'essentiel pour implanter le programme», dans *Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau – Tome I*, Montréal, Collectif Action alternative en obésité (CAAO).

LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE DES ÉTUDIANTS DE CÉGÉPS PAR RAPPORT À CERTAINES HABITUDES DE VIE

Analyse d'une expérience au collégial

Luc CHIASSON, Département d'éducation physique, Cégep Lévis-Lauzon

Johanne GRENIER, Département de kinanthropologie, Université du Québec à Montréal

Marie-Ève GIRARD, Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé,
Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

L'adoption de saines habitudes de vie fait partie des compétences à atteindre par les étudiants du niveau collégial. Les éducateurs physiques, par leurs cours d'éducation physique, tentent d'encadrer les étudiants afin qu'ils adoptent un mode de vie sain. Plusieurs facteurs entourent les modifications et le maintien de bonnes habitudes de vie, dont le sentiment d'efficacité personnelle. Ce chapitre présente les résultats d'une étude menée auprès de 659 étudiants et étudiantes du niveau collégial visant à mesurer

leur sentiment d'efficacité personnelle en relation avec quatre habitudes de vie : la pratique de l'activité physique, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et le tabagisme. Les résultats montrent certaines différences entre les hommes et les femmes quant au plan de leurs habitudes de vie et quant à leur sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de chacune d'elles. D'autre part, peu importe le sexe, le niveau de chaque habitude de vie tel que rapporté par les étudiants et étudiantes est associé à leur sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de cette habitude.

Les facteurs environnementaux exercent une grande influence sur les habitudes de vie des cégépiens. Cette influence est si déterminante qu'on pourrait croire que les étudiants qui ont de mauvaises habitudes de vie sont des victimes irrévocables et qu'ils conserveront ces mauvaises habitudes toute leur vie. Or, il est reconnu que le fait d'avoir le sentiment de pouvoir agir efficacement sur les difficultés ou situations qui nuisent aux bonnes habitudes de vie aide à les améliorer (DiClemente, 1986 ; McAuley, Blissmer et Marquez, 2001).

1. PROBLÉMATIQUE

Au cours des dernières décennies, nous avons été témoins d'un changement important dans les conceptions concernant la maladie et la santé. Une nouvelle perspective de santé globale, qui met l'accent sur l'amélioration de la santé et la prévention des maladies, délaisse les modèles axés sur la maladie pour s'intéresser à la santé et le mieux-être (Greenberg, 1985). Les approches d'éducation à la santé adoptent maintenant des modèles qui intègrent un ensemble de déterminants biopsychosociaux (Godin, 2002). Selon cette perspective de santé globale, la santé et la maladie sont les produits d'une multitude d'interactions entre des facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux et biologiques. C'est dans cette même perspective qu'au Québec, plusieurs projets ont émergé en accord avec un modèle systémique ou écologique pour l'analyse de la santé et du bien-être de notre population (Daveluy, Pica, Audet, Courtemanche, Lapointe, Côté *et al.*, 2000).

Or, la santé physique et psychologique est largement déterminée par les habitudes de vie. Il est possible d'éviter de nombreux problèmes de santé en adoptant de bonnes habitudes de vie. Comme les économistes de la santé l'ont amplement démontré, les soins médicaux ne peuvent se substituer aux habitudes et aux environnements favorables à la santé (Lindsay, 1980 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002 ; Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996). La gestion de saines habitudes de vie favorise la santé et prévient certaines maladies. Plusieurs études ont démontré qu'une pratique régulière d'activités physiques, une saine alimentation ainsi qu'une consommation réduite d'alcool diminuent les risques de maladies cardiovasculaires, de diabète et de certains cancers et qu'une gestion saine de sa santé exclut le tabagisme, qui est aussi une cause importante de plusieurs problèmes de santé (Després, Bouchard et Malina, 1990 ; Kino-Québec, 2000).

Outre la relation entre les habitudes de vie et certaines maladies, plusieurs études démontrent que les habitudes de vie peuvent affecter les capacités physiques d'une personne. En effet, les différents indicateurs de capacité cardiorespiratoire et musculaire, ainsi que ceux qui permettent de déterminer la composition corporelle, sont des mesures physiques qui permettent de vérifier avec une certaine objectivité les différentes capacités fonctionnelles d'un individu qui sont justement affectées par ses habitudes de vie et même par d'autres facteurs. Le niveau de pratique d'activités physiques est considéré comme un indicateur très important de ces capacités physiques. Par exemple, une personne qui dépense 1 000 kilocalories par semaine en faisant une marche rapide de 30 minutes, 5 jours par semaine, réduirait de 24 % ses chances de faire une crise cardiaque (Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

Les habitudes de vie influencent donc la santé. Ainsi, il est possible d'exercer un certain contrôle sur la qualité de notre santé en adoptant de saines habitudes de vie. Par contre, l'adoption de saines habitudes de vie conduira possiblement à une modification d'une ou plusieurs habitudes néfastes déjà développées. Pour modifier de telles habitudes, il est important de croire en ses capacités de pouvoir les modifier, donc de croire en ses capacités de surmonter les difficultés qui seront rencontrées. Selon Bandura (2003), ce sentiment d'efficacité a une influence sur trois processus fondamentaux du changement personnel : 1) l'*adoption* de nouveaux comportements ; 2) l'*usage généralisé* de ces comportements dans diverses circonstances et 3) le *maintien* au fil du temps des comportements adoptés. En effet, si une personne pense pouvoir se motiver et contrôler un nouveau comportement,

cela jouera un rôle crucial dans la décision de modifier ses mauvaises habitudes de vie. En contrepartie, le sentiment d'être inefficace à agir sur sa santé est souvent une raison qui explique pourquoi des personnes maintiennent certaines de leurs mauvaises habitudes de vie. En d'autres mots, elles estiment ne pas avoir ce qui est nécessaire pour modifier leurs habitudes. Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) permet de prédire quelles sont les personnes qui adopteront un comportement favorable à leur santé (McAuley, Wraith et Duncan, 1991 ; McAuley, 1992a ; Gist et Mitchell, 1992). Par exemple, une étude longitudinale menée auprès de fumeurs qui avaient essayé d'arrêter de fumer par eux-mêmes a démontré que ceux qui ont réussi avaient initialement un sentiment d'efficacité plus élevé que les autres (Carey et Carey, 1993). Même les personnes qui reconnaissent que cette habitude nuit à leur santé ne parviennent pas à modifier leur comportement efficacement si elles ne pensent pas avoir une certaine capacité à résister aux incitations situationnelles et émotionnelles (Strecher, Becker, DeVellis et Rosenstock, 1985). D'ailleurs, le fumeur qui n'a pas le sentiment d'avoir les capacités de pouvoir arrêter n'essaiera probablement pas de le faire (Brod et Hall, 1988).

Le sentiment d'efficacité personnelle influence notamment les comportements liés à l'adoption d'un mode de vie actif ; il faut s'estimer capable de pratiquer régulièrement des activités physiques afin de modifier un style de vie sédentaire. Les individus inactifs qui considèrent que faire de l'activité physique est plus problématique que bénéfique auraient besoin de certains incitatifs pour devenir plus actifs. Trop souvent, les gens sédentaires font des efforts sans réelles convictions et abandonnent rapidement leur pratique d'activités physiques. À l'origine de cet abandon, il semble que le faible sentiment d'efficacité personnelle, de même que des attentes irréalistes des retombées escomptées réduisent considérablement la motivation de ces gens qui s'engagent à faire régulièrement de l'activité physique (Desharnais, Bouillon et Godin, 1986). En plus d'abandonner rapidement leur pratique d'activités physiques, les personnes qui doutent de leur sentiment d'efficacité personnelle le font sur une base irrégulière sans respecter ni la durée, ni la fréquence, ni l'intensité suggérées (McAuley, 1992a ; McAuley, 1993).

Plusieurs études ont démontré le rôle important joué par le sentiment d'efficacité personnelle sur la motivation à faire de l'activité physique régulièrement malgré les obstacles personnels, sociaux et situationnels. Ces études suggèrent que plus le sentiment d'efficacité personnelle est élevé, plus il est facile de faire régulièrement de l'activité physique à un

niveau bénéfique pour la santé (Sallis et Hovell, 1990). Les individus ayant un sentiment d'efficacité élevé ont aussi plus de facilité à reprendre leurs activités physiques après une interruption. On observe un comportement inverse chez les personnes ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle (Sallis et Hovell, 1990). Ces personnes ne réussissent pas à mobiliser leurs efforts pour surmonter les difficultés rencontrées telles que la fatigue, l'humeur dépressive ou les contraintes de temps.

Le même phénomène est documenté en ce qui a trait aux habitudes alimentaires. En effet, il semble que plus la croyance en son efficacité personnelle à contrôler le comportement est élevée, plus les habitudes alimentaires sont faciles à modifier (Bernier et Avard, 1986; Desmond et Price, 1988; Jeffreys, Bjornson-Benson, Rosenthal, Lindquist, Kurth, et Johnson, 1984). De plus, un sentiment élevé d'efficacité personnelle à contrôler ses habitudes alimentaires s'accompagne généralement d'une meilleure estime de soi (Glynn et Ruderman, 1986).

En ce qui concerne la consommation d'alcool chez les jeunes adultes, il a été démontré que le sentiment d'efficacité personnelle à pouvoir contrôler le nombre de consommations en situation de pression sociale permet de bien prédire le niveau de consommation d'alcool et, par conséquent, de différencier les buveurs excessifs des buveurs modérés (Young, Oei, et Crook, 1991). Le sentiment d'efficacité personnelle s'appliquerait à différents aspects selon l'âge. Ainsi, les jeunes buveurs ont un faible sentiment d'efficacité personnelle à résister aux pressions sociales alors que les buveurs chroniques plus âgés ont surtout un faible sentiment d'efficacité personnelle à gérer les états émotionnels désagréables, ce qui les conduit à une consommation excessive d'alcool (Evans et Dunn, 1995).

À la lecture des résultats de ces travaux, nous avons cherché à savoir si certaines des habitudes de vie telles que qualifiées par les étudiants eux-mêmes, soit l'activité physique, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et le tabagisme, étaient associées à leur sentiment d'efficacité personnelle par rapport à chacune d'elles (Chiasson, 2005). D'autre part, l'exploration des variations selon le sexe sur ces variables (habitudes de vie et sentiment d'efficacité personnelle) semblait utile pour orienter l'intervention.

2. MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à ces objectifs de recherche, un questionnaire auto-administré s'est avéré le choix le plus judicieux. En effet, questionner un grand nombre d'étudiants sur leurs habitudes de vie et leur sentiment d'efficacité personnelle demande de pouvoir interroger plusieurs personnes en peu de temps. Aussi, il est fréquent d'utiliser cet outil de collecte de données pour ce type de questionnement (Selltiz, Wrightman et Cook, 1977). Après avoir fait l'inventaire de plusieurs instruments concernant les habitudes de vie et le sentiment d'efficacité personnelle (Shirley et Ruderman, 1986; Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs et Rogers, 1982; Velicer, DiClemente, Rossi et Prochaska, 1990; Laforge, Maddock et Rossi, 1998; Rossi, 1992; Dussault, Deaudelin et Villeneuve, 2001, Daveluy *et al.*, 2000), nous n'avons pas trouvé d'instrument qui convenait particulièrement à notre étude et qui couvrait l'ensemble des habitudes de vie visées. De plus, les problèmes associés à la validation de questionnaires traduits (De Vellis, 1991; Nunnaly et Bernstein, 1994) nous ont également incité à construire et à valider notre propre questionnaire en fonction de nos besoins et de notre clientèle particulière.

2.1. CONSTRUCTION ET VALIDATION DU QUESTIONNAIRE

Notre interrogation se divise en deux parties : *a*) documenter quatre habitudes de vie des étudiants (la pratique d'activité physique, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et le tabagisme) et *b*) mesurer le sentiment d'efficacité personnelle au regard de chacune de ces quatre habitudes de vie. Pour construire et valider notre questionnaire, nous avons suivi la procédure recommandée par Bandura (2003) concernant l'élaboration des échelles et respecté les quatre étapes de construction généralement reconnues pour ce type de questionnaires : 1) rédiger des items ; 2) faire réviser les items par des experts ; 3) déterminer l'échelle de mesure en fonction du concept à mesurer et 4) réaliser une préexpérimentation du questionnaire. Ces étapes sont détaillées dans les paragraphes qui suivent.

Étape 1: Rédaction des items

Pour la rédaction des questions et items concernant les quatre habitudes de vie, nous nous sommes inspirés des questions du questionnaire autoadministré (QAA) de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Daveluy *et al.*, 2000) qui sont élaborées, depuis plusieurs années, avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux et qui sont destinées

aux personnes de 15 ans et plus. Pour leur part, les questions concernant le sentiment d'efficacité personnelle ont été élaborées à partir d'une consultation auprès de 30 étudiants du cégep. Une fois saisies, les informations recueillies ont été regroupées en catégories et sous-catégories, afin de créer les échelles de sentiment d'efficacité personnelle pour chacune des habitudes de vie à l'étude. Cette démarche, proposée par Bandura (2003), fut suivie d'une autre étape où une centaine d'étudiants se sont prononcés sur chacune des questions et de leurs items. L'analyse des résultats selon le sexe n'a pas démontré de différences suffisamment importantes pour nous obliger à construire un questionnaire destiné aux hommes et un autre destiné aux femmes. Le résultat de ces travaux a ensuite été soumis à l'évaluation d'experts.

Étape 2: Révision des questions et items par les experts

Lors d'une seconde étape, un comité d'experts avait comme tâche d'évaluer la pertinence des items énumérés par les étudiants et retenus par le chercheur. Le comité d'experts ($n = 10$) était composé de trois étudiants, quatre enseignants en éducation physique, deux conseillers pédagogiques et un spécialiste en mesure et évaluation. Cette étape nous a permis de préciser la formulation de certaines questions et de certains items et d'en éliminer d'autres qui n'apparaissaient pas pertinents.

Étape 3: Choix de l'échelle de mesure pour chaque concept

Pour déterminer l'échelle de mesure en ce qui a trait aux questions concernant les habitudes de vie, nous avons adopté un choix de réponses à six possibilités, n'offrant pas de choix médian (Bardo et Yeager, 1982a; Bardo et Yeager, 1982b; De Vellis, 1991). Pour le format de réponse aux questions sur le sentiment d'efficacité personnelle, nous avons arrêté notre choix sur une échelle d'accord à 6 points (Chang, 1994; Lee et Bobko, 1994) afin de bien mesurer le concept, tout en permettant d'évaluer le niveau des capacités de l'étudiant.

Étape 4: Préexpérimentation

Finalement, en guise de préexpérimentation du questionnaire, nous avons administré cette première version du questionnaire à 300 étudiants inscrits au premier cours d'éducation physique obligatoire au cégep, afin que cette préexpérimentation soit réalisée dans des conditions presque identiques à celles de la collecte de données finale. Afin de s'assurer de la fidélité du test, plusieurs analyses ont été réalisées : une vérification des données, une analyse

exploratoire de la moyenne, des écarts types, de la matrice de corrélations inter items, une évaluation des corrélations item total, une évaluation du coefficient alpha ainsi que de l'influence de chaque item sur ce coefficient, et enfin une analyse de la courbe de discrimination. Ces analyses ont permis d'apporter les dernières corrections au questionnaire final.

2.2. DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES VARIABLES

Habitudes de vie

De manière à évaluer le niveau des habitudes de vie des étudiants et étudiantes, quatre questions leur étaient proposées de manière à ce qu'ils situent leur niveau d'adoption de cette habitude comparativement à leurs pairs : Comparativement aux autres étudiants du collège, comment qualifieriez-vous en général a) votre pratique d'activités physiques ?, b) vos habitudes alimentaires ?, c) votre consommation d'alcool ?, et d) votre consommation de tabac ? Pour chacune des questions, les étudiants devaient répondre en choisissant l'un des six niveaux présentés, ces niveaux permettant de qualifier leur adhésion à cette habitude. Par exemple, pour la pratique d'activités physiques, les niveaux proposés variaient de complètement inactif à extrêmement actif.

Sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de chaque habitude de vie

Pour chacune de ces quatre habitudes de vie, les étudiants ont répondu à des questions concernant leur sentiment d'efficacité personnelle (SEP) par rapport à celles-ci. Par exemple, à la suite de l'item « Si je fais un effort, je peux toujours arriver à résoudre les difficultés qui m'empêchent d'avoir une alimentation saine et équilibrée », les étudiants devaient manifester leur niveau d'accord selon une échelle à six niveaux variant de totalement en désaccord à totalement en accord. Le SEP à l'égard de la pratique de l'activité physique comportait 14 items ($\alpha = 0,83$); le SEP à l'égard des habitudes alimentaires, 21 items ($\alpha = 0,89$); le SEP à l'égard de la consommation d'alcool, 14 items ($\alpha = 0,90$) et le SEP à l'égard du tabagisme, 18 items ($\alpha = 0,92$). Pour obtenir le score sur chaque échelle de SEP, la somme des réponses aux items la composant a été calculée et le score obtenu a été ramené sur 100 de manière à faciliter l'interprétation des résultats d'une échelle à l'autre. Ainsi, pour chaque échelle de SEP, plus le score se rapproche de 100, plus le SEP est élevé. La consistance interne de ces échelles est très satisfaisante, tel que l'indique leur alpha de Cronbach respectif (α).

2.3. ÉCHANTILLON

L'échantillon était composé de 659 étudiants (56 % de femmes et 44 % d'hommes) de 17 à 20 ans du Cégep de Lévis-Lauzon inscrits aux cours d'éducation physique de l'ensemble 1 à l'hiver 2004. Tous les étudiants de toutes ces classes ont été invités à participer à l'étude. Bien que ce type d'échantillon ne permette pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population des cégeps, il permet toutefois d'esquisser des inférences pour des populations ayant des caractéristiques comparables. Rappelons que la population du Cégep de Lévis-Lauzon est composée d'environ 3 200 étudiants (60 % de femmes et 40 % d'hommes) francophones et de race blanche, provenant à 50 % d'un milieu semi-rural ; 60 % des inscriptions sont dans le secteur des programmes de techniques physiques et 40 % dans le secteur général. Le tableau 1 présente la distribution des fréquences (nombres et pourcentages) de l'échantillon selon l'âge et le sexe. La majorité de notre échantillon (66,2 %) a 18 ans et une minorité a 20 ans (5,9 %).

Tableau 1
Distribution des fréquences des étudiants selon l'âge et le sexe

Âge	Femmes et hommes		Femmes		Hommes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
17 ans	79	12,0	52	14,2	27	9,2
18 ans	436	66,2	244	66,7	192	65,5
19 ans	105	15,9	50	13,7	55	18,8
20 ans	39	5,9	20	5,4	19	6,5
Total	659	100,0	366	100,0	293	100,0

2.4. PROCÉDURE DE COLLECTE, DE SAISIE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

Des copies papier du questionnaire ont été distribuées durant les cours d'éducation physique à l'hiver 2004 auprès de tous les étudiants présents. Les objectifs de l'étude ont été brièvement expliqués et les étudiants qui ont librement accepté de participer à l'étude et selon son cadre éthique ont rempli le questionnaire en classe. Le taux de refus a été inférieur à 1 %. La saisie des données a été réalisée par des personnes formées à cette tâche. Une vérification systématique a été réalisée. L'analyse des données

a été réalisée sur micro-ordinateur en utilisant le logiciel JMP. Les résultats ont été décrits selon les méthodes d'analyse exploratoire reconnues. Une analyse de variance à un critère de classification a été réalisée afin de mettre en relief les variations dans les scores moyens de chaque SEP en fonction des six niveaux qualifiant chaque habitude de vie. Cette analyse permettait ainsi de tester l'hypothèse d'un lien éventuel entre habitude de vie et sentiment d'efficacité personnelle.

3. RÉSULTATS

Les résultats de notre étude se présentent en trois parties : 1) les résultats descriptifs du niveau de chaque habitude de vie des étudiants tel qu'ils se sont eux-mêmes positionnés, selon le sexe, 2) les résultats descriptifs de leur sentiment d'efficacité personnelle par rapport à chacune d'elles selon le sexe et 3) le lien entre les habitudes de vie et le sentiment d'efficacité personnelle.

3.1. RÉSULTATS DESCRIPTIFS DU NIVEAU DES HABITUDES DE VIE DES ÉTUDIANTS SELON LE SEXE

Les résultats descriptifs (nombre et pourcentage) des réponses aux questions traitant du niveau où se situe chaque étudiant sur chaque habitude de vie comparativement aux autres étudiants du collège sont présentés au tableau 2. Les réponses des étudiantes et des étudiants indiquent qu'un total de 78,2 % des hommes et de 56,6 % des femmes se considèrent de « moyennement actifs » à « extrêmement actifs ». Au plan de l'alimentation, 77,3 % des femmes et 77,0 % des hommes ont la perception d'avoir de bonnes à excellentes habitudes alimentaires. Un total de 67,5 % des hommes et 85,2 % des femmes ont une consommation d'alcool « de faible » à « extrêmement faible ». Parmi les étudiants qui fument (environ 13 % des hommes et 19 % des femmes), un total de 63,1 % des hommes et de 58,9 % des femmes disent avoir une consommation d'« élevée » à « excessivement élevée ».

Tel qu'indiqué au tableau 2, il y a une différence significative entre les femmes et les hommes par rapport à leur façon de se situer à l'égard de leur pratique d'activités physiques et leur consommation d'alcool. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe pour les habitudes alimentaires et le tabagisme.

Tableau 2
Habitudes de vie selon le sexe

	Hommes		Femmes		$\chi^2_{(df, N)}$, valeur de p
	Nombre	%	Nombre	%	
Activités physiques					
Complètement inactif	0	0	8	2,2	$\chi^2_{(5, 590)} = 28,7, p < 0,0001$
Très peu actif	16	5,5	60	16,4	
Peu actif	48	16,4	91	24,9	
Moyennement actif	137	46,8	150	41,0	
Très actif	83	28,3	50	13,7	
Extrêmement actif	9	3,1	7	1,9	
Habitudes alimentaires					
Extrêmement mauvaises	3	1,0	7	1,9	$\chi^2_{(5, 657)} = 3,8, p = 0,59$
Très mauvaises	6	2,1	11	3,0	
Mauvaises	58	1,9	65	17,8	
Bonnes	158	54,3	185	50,5	
Très bonnes	54	18,6	84	23,0	
Excellentes	12	4,1	14	3,8	
Consommation d'alcool					
Excessivement élevée	2	0,8	0	0	$\chi^2_{(5, 590)} = 28,7, p < 0,0001$
Très élevée	15	5,8	5	1,5	
Élevée	67	25,9	44	13,3	
Faible	99	38,2	154	46,5	
Très faible	43	16,6	75	22,7	
Extrêmement faible	33	12,7	53	16,0	
Tabagisme					
Excessivement élevé	0	0,0	1	1,5	$\chi^2_{(5, 106)} = 3,7, p = 0,59$
Très élevé	4	10,5	5	7,4	
Élevé	20	52,6	34	50,0	
Faible	9	23,7	20	29,4	
Très faible	5	13,2	5	7,4	
Extrêmement faible	0	0,0	3	4,4	

3.2. RÉSULTATS DESCRIPTIFS DU SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE DES ÉTUDIANTS À L'ÉGARD DE CES HABITUDES SELON LE SEXE

Pour chacune des habitudes de vie à l'étude, les étudiants ont répondu à des questions concernant leur sentiment d'efficacité personnelle par rapport à celles-ci. Les résultats présentés au tableau 3 montrent que le sentiment d'efficacité personnelle par rapport à la consommation d'alcool a la moyenne la plus élevée chez les femmes ($\bar{X} = 75,2$) et chez les hommes ($\bar{X} = 68,7$), ce sentiment étant significativement plus élevé chez les femmes. C'est le sentiment d'efficacité personnelle par rapport au tabagisme qui obtient la plus faible moyenne chez les femmes ($\bar{X} = 45,9$) et chez les hommes ($\bar{X} = 46,2$), la différence selon le sexe n'étant toutefois pas significative. Le sentiment d'efficacité personnelle par rapport aux habitudes alimentaires est semblable chez les hommes ($\bar{X} = 65,5$) et chez les femmes ($\bar{X} = 64,1$). La force du sentiment d'efficacité personnelle par rapport à l'activité physique est moins élevée chez les femmes et chez les hommes que celui du sentiment d'efficacité personnelle par rapport à l'alcool et aux habitudes alimentaires. Cependant, ce sentiment par rapport à l'activité physique est significativement plus élevé chez les hommes ($\bar{X} = 61,6$) que chez les femmes ($\bar{X} = 54,7$).

Tableau 3
Sentiment d'efficacité personnelle (SEP) par rapport
à certaines habitudes de vie selon le sexe

	Hommes		Femmes		t (dl), valeur de p
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	
SEP à l'égard de l'activité physique*	61,6	12,4	54,7	11,8	t (611) = 7,28, p < 0,0001
SEP à l'égard des habitudes alimentaires*	65,5	12,2	64,1	14,2	t (653) = 1,33, p = 0,18
SEP à l'égard de la consommation d'alcool*	68,7	18,0	75,2	15,7	t (512) = -4,63, p < 0,0001
SEP à l'égard du tabagisme*	46,2	17,8	45,9	17,8	t (80) = 0,08, p = 0,93

* Score de l'échelle rapporté sur 100: un score moyen plus élevé signifie un SEP plus élevé.

3.3. LE LIEN ENTRE LA QUALITÉ DES HABITUDES DE VIE ET LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE

Afin de documenter les liens possibles entre le sentiment d'efficacité personnelle relié à chacune des quatre habitudes de vie à l'étude et le niveau où les étudiants se situent comparativement à leurs pairs sur chacune de ces habitudes, l'analyse de variance a été utilisée (voir tableau 4).

Tableau 4

Sentiment d'efficacité personnelle par rapport à certaines habitudes de vie selon le niveau de ces habitudes de vie chez les hommes et chez les femmes

Niveau comparativement aux pairs	Hommes		F (dl), p	Femmes		F (dl), p
	Moyenne SEP*	Écart type		Moyenne SEP*	Écart type	
Activités physiques						
1. Complètement inactif	–	–		39,4	3,6	
2. Très peu actif	51,7	2,8		46,7	1,3	
3. Peu actif	53,4	1,6		50,6	1,1	
4. Moyennement actif	61,3	1,0	$F_{(4, 288)} = 17,47,$ $p < 0,0001$	57,8	0,8	$F_{(6, 360)} = 26,01,$ $p < 0,0001$
5. Très actif	67,7	1,2		62,7	1,4	
6. Extrêmement actif	71,2	3,7		69,7	3,8	
Habitudes alimentaires						
1. Extrêmement mauvaises	54,5	6,0		40,6	4,3	
2. Très mauvaises	57,7	4,3		43,9	3,4	
3. Mauvaises	55,9	1,4	$F_{(5, 285)} = 22,75,$ $p < 0,0001$	52,3	1,4	$F_{(6, 359)} = 42,46,$ $p < 0,0001$
4. Bonnes	65,4	0,8		65,2	0,8	
5. Très bonnes	74,1	1,4		73,0	1,2	
6. Excellentes	79,2	3,0		79,0	3,0	

Tableau 4 (suite)

Sentiment d'efficacité personnelle par rapport à certaines habitudes de vie selon le niveau de ces habitudes de vie chez les hommes et chez les femmes

Niveau comparativement aux pairs	Hommes		F (dl), p	Femmes		F (dl), p
	Moyenne SEP*	Écart type		Moyenne SEP*	Écart type	
Consommation d'alcool						
1. Excessivement élevée	36,3	11,7		–	–	
2. Très élevée	46,8	4,3		52,9	6,1	
3. Élevée	63,9	2,0	F _(5, 251) = 10,64, p < 0,0001	62,4	2,1	F _(4, 326) = 26,90, p < 0,0001
4. Faible	70,9	1,7		73,0	1,1	
5. Très faible	73,8	2,5		80,1	1,6	
6. Extrêmement faible	76,8	2,9		87,6	1,9	
Tabagisme						
1. Excessivement élevé	–	–		67,6	15,2	
2. Très élevé	35,2	7,3		25,7	6,8	
3. Élevé	40,3	3,3	F _(5, 285) = 22,75, p < 0,0001	40,2	2,7	F _(6, 359) = 42,46, p < 0,0001
4. Faible	55,6	4,9		58,3	3,5	
5. Très faible	67,0	6,5		55,6	7,6	
6. Extrêmement faible	–	–		52,5	8,8	

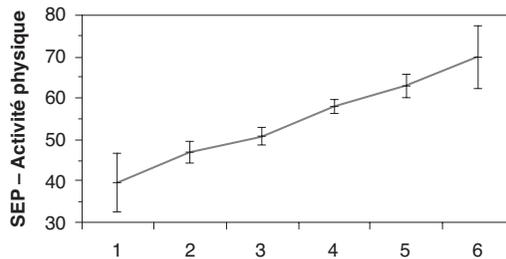
* Score de l'échelle rapporté sur 100: un score moyen plus élevé signifie un SEP plus élevé.

Le tableau 4 indique qu'il y a une différence significative des scores moyens sur le SEP entre les différents niveaux de chaque habitude de vie ($p < 0,0001$), et ce, pour les quatre habitudes de vie étudiées, tant chez les hommes que chez les femmes. Il y a donc un lien significatif entre le niveau où se situe un étudiant comparativement à ses pairs en terme d'une habitude de vie donnée et son sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de cette habitude. À titre d'exemple, la figure 1 nous montre l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle des femmes par rapport à l'activité physique (SEP-Activité physique), selon qu'elles se perçoivent de « complètement inactives » (catégorie 1) à « extrêmement actives » (catégorie 6). Ainsi, nous pouvons observer que le score moyen du sentiment d'efficacité personnelle augmente au même rythme que le niveau de la qualité de la

pratique d'activités physiques. Ce patron est observé pour chaque habitude de vie. Une analyse avec un test *a posteriori* (Tukey : $p = 0,05$) nous permet de préciser que cette différence s'exprime principalement entre les moyennes sur le SEP des niveaux 3 (peu actif), 4 (moyennement actif) et 5 (très actif), qui sont largement différentes de celles des niveaux 1 (complètement inactif) et 2 (très peu actif), tandis que les moyennes entre le niveau 1 et 2, 2 et 3 et 5 et 6 ne le sont pas, principalement à cause de l'importance des écarts types observés.

Figure 1

Sentiment d'efficacité personnelle des femmes à l'égard de la pratique d'activités physiques selon le niveau où elles se situent par rapport à leurs pairs à l'égard de cette habitude



CONCLUSION

Le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle déterminant dans la capacité des individus à modifier ou à adopter une habitude de vie. Nous avons voulu connaître l'ampleur de ce sentiment d'efficacité personnelle au regard de quatre habitudes de vie : la pratique d'activités physiques, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et le tabagisme chez les étudiants du cégep. Puis, nous avons vérifié comment ce sentiment d'efficacité personnelle est associé au niveau où chaque étudiant se situe comparativement à ses pairs sur l'habitude de vie considérée.

Cette étude dévoile que le sentiment d'efficacité personnelle au regard de la consommation d'alcool est le plus élevé, autant pour les femmes que pour les hommes. Les résultats des femmes révèlent un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé par rapport aux habitudes

alimentaires que celui en lien avec la pratique d'activités physiques ; pour les hommes, c'est l'inverse. Enfin, les étudiantes et les étudiants qui fument présentent un sentiment d'efficacité personnelle envers ce comportement nettement moins élevé.

Cette étude nous porte à réfléchir sur l'influence que pourraient avoir les éducateurs physiques au collégial sur la construction et l'amélioration des croyances d'efficacité personnelles des étudiants par rapport à certaines de leurs habitudes de vie s'ils étaient plus sensibilisés à l'importance d'agir sur les quatre principales sources d'information du sentiment d'efficacité personnelle : les expériences actives de maîtrise ou de succès, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel (Lecompte, 2004). Ainsi, l'éducateur physique devrait préparer des situations d'apprentissage qui permettraient à l'étudiant de démontrer une certaine maîtrise personnelle qu'il associerait à la réussite ou au succès. Si les échecs minent la croyance d'efficacité personnelle, les succès par ailleurs permettent d'en construire une meilleure. L'éducateur physique devrait également permettre aux étudiants d'évaluer ses capacités à partir de l'observation des actions réalisées sur des sujets talentueux ayant des caractéristiques comparables (âge, genre, etc.). Cet apprentissage social, réalisé auprès de personnes plus vieilles ou moins comparables ou trop compétentes, influencerait moins le développement du sentiment d'efficacité personnelle. Comme il est plus facile à quelqu'un, dans une situation de difficultés, de maintenir son sentiment d'efficacité lorsque d'autres personnes significatives lui expriment leur confiance dans ses capacités, il serait primordial que l'éducateur physique manifeste régulièrement aux étudiants sa confiance de les voir agir efficacement. Dans ce contexte, lorsqu'un des pairs ou lui-même exprimeront leur confiance en ses capacités, l'étudiant aura de bonnes raisons de croire en ses aptitudes. Finalement, l'éducateur physique devrait favoriser un climat d'apprentissage qui réduirait les réactions émotionnelles de l'étudiant et qui élèverait ses croyances d'efficacité personnelle et ses performances.

L'éducateur physique qui veut soutenir l'engagement des étudiants doit se préoccuper de sa réussite et du processus d'autoévaluation qui l'accompagne (Galand, 2004). Il doit également avoir des interventions pédagogiques qui vont favoriser le développement d'une confiance durable de l'étudiant dans son pouvoir d'action sur son apprentissage. Donner des objectifs clairs et à échéances proches, avoir des consignes formulées en termes de développement de compétence et sur les progrès réalisés, plutôt qu'en termes de performance à atteindre favorisent ce développement. L'éducateur physique

doit amener l'étudiant à se concentrer sur les progrès accomplis et sur la façon d'accroître sa maîtrise plutôt que de se comparer par rapport aux autres. Une acquisition graduelle et progressive des compétences développe le sentiment d'efficacité personnelle et l'engagement de l'étudiant.

Enfin, les différences entre les hommes et les femmes donnent aussi des informations pertinentes pour orienter nos pratiques professionnelles d'éducateurs physiques. Peut-être serait-il efficace de tenir un discours différent pour les femmes et les hommes, ou encore de séparer les femmes et les hommes lors de discussions sur les problématiques reliées à la modification de comportement.

Finalement, le questionnaire d'efficacité personnelle peut aisément être transformé en outil pédagogique utile à la démarche de l'étudiant afin de favoriser sa réflexion personnelle sur les modifications d'habitudes de vie.

BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité – Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck.
- Bardo, J.W. et S.J. Yeager (1982a). «Consistency of response style across types of response formats», *Perceptual and Motor Skills*, n° 55, p. 307-310.
- Bardo, J.W. et S.J. Yeager (1982b). «Note on reliability of fixed-response formats», *Perceptual and Motor Skills*, n° 54, p. 1163-1166.
- Bernier, M. et J. Avaré (1986). «Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program», *Cognitive Therapy and Research*, vol. 10, n° 3, p. 319-338.
- Brod, M.L. et S.M. Hall (1988). «Joiners and nonjoiners in smoking treatment: A comparison of psychosocial variables», *Addictive Behaviors*, n° 9, p. 217-221.
- Carey, K.B. et M.P. Carey (1993). «Changes in self-efficacy resulting from unaided attempts to quit smoking», *Psychology and Addictive Behaviors*, n° 7, p. 219-224.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999). *Promoting physical activity: A guide for community Action*, Champaign, Human Kinetics.
- Chang, L. (1994). «A psychometric evaluation of 4-point and 6-point Likert-type scales in relation to reliability and validity», *Applied Psychological Measurement*, vol. 18, n° 3, p. 205-215.

- Chiasson, Luc (2005). *Analyse du sentiment d'efficacité personnelle des cégépiens et des cégépiennes relativement à l'activité physique, à l'alimentation, aux boissons alcoolisées et au tabagisme* (PA2002-006): rapport synthèse 4: points saillants, <www.clevislauzon.qc.ca/publications/sep-4.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Daveluy, C., L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe, L. Côté *et al.* (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- De Vellis, R.F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*, Newbury Park, Sage Publications.
- Desharnais, R., J. Bouillon et G. Godin (1986). «Self-Efficacy and Outcome Expectations as Determinants of Exercise Adherence», *Psychological Reports*, n° 59, p. 1155-1159.
- Desmond, S.M. et J.H. Price (1988). «Self-efficacy and weight control», *Health Education*, n° 19, p. 12-18.
- Després J.-P., C. Bouchard et R.M. Malina (1990). «Physical activity and coronary heart disease risk factors during childhood and adolescence», *Exercise and Sport Sciences Reviews*, n° 18, p. 243-261.
- DiClemente, C.C. (1986). «Self-efficacy and the addictives behaviors», *Journal of Social and Clinical Psychology*, n° 4, p. 302-315.
- Dussault, M., C. Deaudelin et P. Villeneuve (2001). «L'échelle d'autoefficacité des enseignants: validation canadienne-française du *teacher efficacy scale*», *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 27, n° 1, p. 181-194.
- Evans, D.M. et N.J. Dunn (1995). «Alcohol expectancies, coping responses a self-efficacy judgments: A replication and extension of Cooper et al's 1988 study in a college sample», *Tournai of Studies on Alcohol*, n° 56, p. 186-193.
- Galand, B. et M. Vanlende (2004). «Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation: quel rôle joue-t-il? D'où vient-il? Comment intervenir?», dans *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle: autour de l'œuvre de Bandura*, Paris, L'Harmattan, p. 91-116.
- Gist, M.E. et T.R. Mitchell (1992). «Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability», *Academy of Management Review*, vol. 17, n° 2, p. 183-211.
- Glynn, S.M. et A.J. Ruderman (1986). «The Development and Validation of an Eating Self-Efficacy Scale», *Cognitive Therapy and Research*, vol. 10, n° 4, p. 403-420.
- Godin, G. (2002). «Le changement des comportements de santé», dans G.N. Fischer (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, p. 375-388.
- Greenberg, J.S. (1985). «Health and wellness: A conceptual differentiation», *Journal of School Health*, vol. 55, n° 10, p. 403-406.

- Jeffreys, R.W., W.M. Bjornson-Benson, B.S. Rosenthal, R.A. Lindquist, C.L. Kurth et S.L. Johnson (1984). «Correlates of weight loss and its maintenance over two years of follow-up among middle-aged men», *Preventive Medicine*, n° 13, p. 155-168.
- Kino-Québec (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes, avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Laforge, R.G., J.E. Maddock et J.S. Rossi (1998). «Comparison of five stage methods for alcohol abuse among college students», *Annals of Behavioral Medicine*, n° 20, p. 170-175.
- Lecompte, J. (2004). «Les applications du sentiment d'efficacité personnelle», dans *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle : autour de l'œuvre de Bandura*, Paris, L'Harmattan, p. 59-90.
- Lee, C. et P. Bobko (1994). «Self-efficacy beliefs: Comparison of five measures», *Tournal of Applied Psychology*, vol. 79, n° 3, p. 364-369.
- Lindsay, C.M. (1980). *New Direction in Public Health Care*, San Francisco, Institute for Contemporary Studies.
- McAuley, E. (1992a). «Understanding exercise behavior: A self-efficacy perspective» dans G.C. Roberts (dir.), *Motivation in sport and exercise*, Champaign, Human Kinetics, p. 107-127.
- McAuley, E. (1993). «Self-efficacy, physical activity, and aging», dans J.R. Kelly (dir.), *Activity and Aging : Staying Involve in Rater Life*, Newbury Park, Sage, p. 187-206.
- McAuley, E., B. Blissmer et D. Marquez (2001). «L'efficacité personnelle: un antécédent et une conséquence de l'activité physique», dans F. Cury et P. Sarrazin (dir.), *Théories de la motivation et pratiques sportives : état des recherches*, Paris, Presses universitaires de France.
- McAuley, E., S. Wraith et T.E. Duncan (1991). «Self-efficacy, perceptions of success, and intrinsic motivation for exercise», *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 2, n° 2, 139-155.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2002). *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Direction de la santé publique.
- Nolin, B., D. Prud'homme et M. Godbout (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : une analyse en fonction des bénéfices pour la santé, monographie n° 5*, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, Ministère des Affaires municipales, Gouvernement du Québec.
- Nunnally, J.C. et I.H. Bernstein (1994). *Psychometric Theory*, New York, McGraw-Hill.
- Rossi, J.S. (1992). *Common Processes of Change Across Nine Problem Behavior*, Présenté à la 100th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington.

- Sallis, J.F. et M.F. Hovell (1990). «Determinants of exercise behavior», dans J.O. Holloszy et K.B. Pandolf (dir.), *Exercise and Sport Sciences Reviews*, Baltimore, Williams et Wilkins, p. 307-330.
- Selltiz, C., I.S. Wrightman et S.W. Cook (1977). *Les méthodes de recherche en sciences sociales*, Montréal, HRW.
- Sherer, M., J.E. Maddux, B. Mercandante, S. Prentice-Dunn, B. Jacobs et R.W. Rogers (1982). «The self-efficacy scale : Construction and validation», *Psychological Reports*, n° 51, p. 663-671.
- Shirley, M.G. et A.J. Ruderman (1986). «The development and validation of an eating self-efficacy scale», *Cognitive Therapy and Research*, vol. 10, n° 4, p. 403-420.
- Strecher, V.J., B.M. DeVellis, M. Becker et I.M. Rosenstock (1985). «Psychosocial aspects of changes in cigarette-smoking behavior», *Patient Education and Counselling*, n° 7, p. 249-262.
- Velicer, W.F., C.C. DiClemente, J.S. Rossi et J.O. Prochaska (1990). «Relapse situations and self-efficacy : An integrate model», *Addictive Behaviors*, n° 15, p. 271-283.
- Young, R.M., T.P.S. Oei et G.M. Crook (1991). «Development of a drinking self-efficacy questionnaire», *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, n° 13, p. 1-15.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET RÉUSSITE ACADÉMIQUE À L'UNIVERSITÉ

Danielle LAROCQUE, Département de kinanthropologie,
Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Le contenu de ce chapitre décrit la nature et la fonction d'un cours académique de soutien à la réussite académique mis en place par un département académique et un centre sportif universitaire. On y mentionne les caractéristiques de la clientèle, les effets d'ordre académique, psychologique, cognitif et physique perçus par les étudiants et l'importance du processus mis en place pour soutenir le changement des habitudes de vie. Une brève analyse des forces et des faiblesses de ce cours libre ouvert à toute la communauté étudiante est présentée.

En 1996, le Centre sportif de l'UQAM a mis sur pied le secteur Réussite Plus, dont la mission est de soutenir les étudiantes et les étudiants dans l'amélioration de leur qualité de vie et la réussite de leurs études, par des programmes particuliers mettant en relief l'utilisation d'outils concrets pertinents à la réussite académique et reliés à l'activité physique.

Ce secteur comprend deux volets : d'abord, le programme SCORE, qui se concentre sur le soutien d'habiletés individuelles et la pratique régulière d'activité physique, puis l'atelier « Gestion d'équipe », qui soutient la capacité de travailler en équipe.

En 1999, un cours académique de trois crédits est créé grâce à un partenariat entre le Centre sportif et le Département de kinanthropologie. Le cours s'intitule « Activité physique et réussite académique ». Ce cours, basé sur le contenu des deux volets du secteur Réussite Plus, est offert pour la première fois à l'automne 2000 à toute la communauté étudiante. Les étudiants qui réussissent ce cours se voient accorder trois crédits qu'ils peuvent faire valoir à titre de cours libre de leur programme d'études. À ce jour, six groupes d'étudiants provenant de différents programmes ont bénéficié de ce cours.

Le descripteur du cours se lit comme suit :

L'objectif de ce cours est d'intégrer l'activité physique aux dimensions cognitives et affectives de l'étudiant dans le but d'améliorer ses capacités d'études et de soutien à la réussite académique. À partir de mises en situation pratiques en gymnase et d'une approche réflexive, l'étudiant sera amené à utiliser les apprentissages effectués à l'intérieur du cours dans son expérience immédiate d'étudiant ainsi que pour toute la durée de son projet d'études. Ce cours est un cours libre, il n'est pas rattaché à un programme en particulier et il s'adresse à tous les étudiants.

Le choix des méthodes d'enseignement et des contenus de ce cours est basé sur des données de recherche telles que les stratégies d'apprentissage (DeKetele, 1994 ; Hébert, 1994 ; Orlick et McCafrey, 1991 ; St-Pierre, 1991 ; Tardif, 1992) et les types d'encadrement (Drewe, 2000) qui influencent la réussite académique ou la performance. Aussi, certaines caractéristiques d'étudiants qui réussissent telles que la capacité d'organiser la matière, la motivation, la concentration, le maintien de son attention sur ses objectifs, la gestion de son temps, la discipline et l'estime de soi (Bégin, 1992 ; Boulet, Savoie-Zajc et Chevrier, 1996) ont été prises en compte.

1. BUT, STRUCTURE ET CONTENU DU COURS

Ce cours vise à intégrer l'activité physique et certains aspects psychologiques aux dimensions cognitives et affectives de l'étudiant, dans le but d'améliorer les capacités d'étude de l'étudiant et de soutenir la réussite académique de sa session, voire de son projet d'études.

Le cours comprend 15 séances de trois heures, dont 12 cours sont réalisés en gymnase. Ce temps permet de développer des compétences tant relationnelles et intellectuelles que physiques. L'encadrement contribue aussi à tisser des liens solides avec les autres étudiants provenant de différents programmes d'études ; ce facteur émotionnel est à considérer pour développer et maintenir de saines habitudes.

Durant la session, la fixation d'objectifs, la réalisation d'un plan d'action, les suivis hebdomadaires entre pairs et ponctuels avec le professeur ainsi que l'utilisation de l'agenda aident l'étudiant à maintenir son attention face à ses objectifs, à faciliter la mise en acte de son plan et à se réorienter au besoin. De plus, à la fin du cours, les étudiants repartent avec un plan d'action à accomplir pour la session suivante.

Le contenu de ce cours s'apparente au contenu de certains cours américains de type University 101 (<www.mtsu.edu/~u101irm/univ101/>) qui visent à développer le savoir étudier, les connaissances des ressources du milieu et un sentiment de compétence. Cependant, le cours «Activité physique et réussite académique» s'en distingue par l'apport de l'activité physique comme moyen de soutenir l'étudiant et par une réelle gestion de sa santé. Dans ce cours, l'activité physique est aussi utilisée pour faciliter les relations entre les pairs et s'approprier les stratégies d'étude pertinentes.

Plusieurs thèmes sont à l'étude dont la fixation d'objectifs, l'élaboration de plans d'action, l'utilisation des ressources du milieu et le travail d'équipe. De plus, l'étudiant apprendra à gérer son stress et son temps et à travailler à sa concentration. Les liens entre l'activité physique et les stratégies d'étude, l'équilibre global de sa santé, l'attitude, l'estime de soi et le sentiment de compétence sont aussi abordés. Finalement, l'étudiant travaillera la posture, l'entraînement et le dosage de l'effort.

Dans le cours «Activité physique et réussite académique», la condition physique n'est pas une finalité mais un moyen, une condition nécessaire au soutien à la réussite. Elle est si importante qu'elle fait l'objet d'un objectif obligatoire à la réussite du cours.

Cette décision s'appuie sur les propos d'auteurs qui indiquent qu'une bonne condition physique permet d'atteindre plus rapidement le volume d'activité physique pour la santé à l'âge adulte et qu'elle rend plus apte au travail physique, tout en facilitant l'exécution des tâches liées aux études et aux activités quotidiennes de toutes sortes (Caperson *et al.*, 1985 ; Sallis et Patrick, 1994). De plus, une bonne condition physique permettra à l'étudiant de supporter les exigences des études universitaires et du contexte stressant dans lequel il évolue. À l'UQAM, selon l'Enquête Code Vie-UQAM, le contexte général des étudiants est le suivant : pour 78,6 % des étudiants interrogés, le revenu est indispensable à la poursuite des études et pour 57,8 %, la conciliation travail-études est perçue comme assez ou très difficile. Le revenu moyen est de 18 900 \$, mais 46,5 % des étudiants gagnent moins de 10 000 \$, leur endettement moyen se situant autour de 17 600 \$. Pour les deux tiers des étudiants à temps plein, 29 heures et plus sont consacrées aux études. Pour cette clientèle, en moyenne 37,9 % des personnes travaillent 15 heures et plus par semaine. Or, selon le Service à la vie étudiante (SVE) de l'UQAM, travailler plus de 16 heures par semaine serait contraignant pour les études à temps plein.

2. LA DÉMARCHE PÉDAGOGIQUE

Dans le but d'aider l'étudiant à réussir à court et à long terme, une combinaison de deux démarches constitue le cœur du processus qu'il réalise. Ces démarches ne sont possibles qu'avec de petits groupes d'au plus 25 étudiants.

La première démarche est expérientielle. Elle se vit par la fixation d'objectifs se rapportant à : 1) une pratique régulière d'activité physique de l'ordre de deux ou trois séances par semaine favorisant l'amélioration de sa condition physique ; 2) une pratique journalière d'une courte routine physique de 5 à 10 minutes favorisant le passage des transitions telles que le coucher, le lever ou la récupération intellectuelle après un effort de concentration intense et 3) une habitude d'étude en regard d'un cours suivi pendant la session.

La deuxième démarche consiste en une réflexion sur le processus utilisé lors de l'application des différentes stratégies dans son quotidien. Elle contribue à rendre signifiante la démarche expérientielle, à bien cerner les besoins de l'étudiant et à adapter celle-ci à la réalité. L'ensemble des réflexions des étudiants est consigné dans un journal de bord individuel.

Afin d'assurer le transfert qui se produit lorsque des connaissances construites dans un contexte particulier, appelées tâche source par Presseau (1998), soient reprises dans un nouveau contexte, appelées tâche cible, l'étudiant établit constamment des liens entre les apprentissages réalisés en gymnase et le contexte académique. À titre d'exemple, il est invité à se demander ce que les lectures, les discussions, les partages et les activités en gymnase, considérés comme des tâches sources, ont mis en lumière. Si les nouvelles connaissances sont présentes, manquantes, facilitantes ou nuisibles dans son expérience actuelle d'étudiant, il s'interroge sur ce qu'il veut maintenir, modifier ou intégrer à chaque semaine à l'égard du cours, de son objectif académique ou de la problématique qu'il veut résoudre, soit la tâche cible. Cette démarche représente une étape importante dans le processus de transfert d'apprentissage tel que présenté par Tardif (1999), qui indique que le transfert est réel lorsque le processus ne consiste pas uniquement en l'application d'un apprentissage, mais qu'il a suscité la réalisation de nouveaux apprentissages.

3. LA CLIENTÈLE

Le plus souvent, les étudiants proviennent des facultés des arts, des sciences de l'éducation, des lettres, des langues et communications et des sciences de la gestion. Après plusieurs sessions d'enseignement de ce cours, nous sommes en mesure de tracer un profil général de la clientèle. Les étudiants s'inscrivent à ce cours pour quatre grandes raisons : faciliter le retour aux études, améliorer leur performance académique, perfectionner leur performance académique et faire de l'activité physique. Parmi les étudiants que nous rencontrons, ceux qui font un retour aux études démontrent habituellement beaucoup d'insécurité et s'inscrivent à ce cours pour se rassurer et apprendre à être de meilleurs étudiants. D'autres étudiants s'inscrivent pour des raisons reliées à la performance académique. Ils sont généralement en attente d'entrer dans un programme précis, faute d'avoir les critères académiques requis et l'université leur demande de faire la preuve de leur capacité d'études en réussissant 15 crédits de cours universitaires. Ainsi, la réussite de ce cours de trois crédits pourra améliorer leur dossier scolaire et ils pourront éventuellement être acceptés dans le programme de leur choix. Aussi, certains étudiants s'y inscrivent par souci de perfectionnisme ; ils ont souvent de très bons résultats scolaires mais veulent améliorer leur moyenne académique. Enfin, il est arrivé que des étudiants

choisissent ce cours pour réaliser une continuité avec les cours d'éducation physique au niveau du cégep, croyant ainsi que ce cours sera bon pour eux, puisqu'ils retirent déjà des bienfaits de la pratique d'activités physiques.

Lors des premières rencontres, nous demandons aux étudiants d'évoquer leurs attentes par rapport à ce cours. Certaines de ces attentes sont reliées au bien-être, telles que : être plus en équilibre, sortir du cadre intellectuel, avoir un esprit sain dans un corps sain, mieux gérer son stress, cesser de fumer ou perdre du poids. D'autres évoquent des attentes reliées directement à l'activité physique : l'amour du sport et recommencer à faire de l'activité physique. Enfin, certains mentionnent qu'ils veulent réussir, alléger leur session ou en savoir plus sur la réussite et l'activité physique.

4. LES EFFETS OBTENUS

Afin d'évaluer l'efficacité de ce cours, nous avons procédé à la collecte de données selon deux méthodes différentes. Dans un premier temps, les journaux de bord ($n = 23$) ont été analysés et ensuite des entretiens semi-dirigés ($n = 10$) ont été réalisés avec des sous-groupes de deux ou trois étudiants. L'analyse des données a été effectuée selon le modèle mixte d'analyse de contenu de L'Écuyer (1988). Une grille d'analyse inspirée des compétences disciplinaires en éducation physique et à la santé du Programme de l'école québécoise (Ministère de l'Éducation, 2001) a servi de base à la lecture des données recueillies.

Quatre types d'effets obtenus ont été répertoriés à partir des commentaires verbaux et écrits provenant des entretiens et journaux de bord des étudiants. Ce sont les effets d'ordre académique, psychologique, cognitif et physique (figure 1).

4.1. LES EFFETS D'ORDRE ACADÉMIQUE

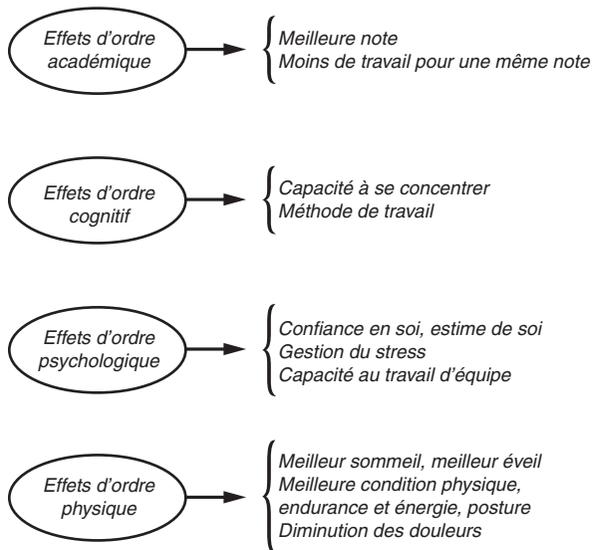
Nous consignons ici les informations qui ont trait aux aspects académiques reliés à leur projet d'études.

Les étudiants disent avoir atteint l'objectif académique fixé dans une proportion de près de 80%. Certains disent avoir de meilleures notes ou une note équivalente, mais plus de temps à passer avec leur famille ou leurs amis. Certains font un lien direct entre le cours et leur résultat,

d'autres considèrent que c'est un élément parmi d'autres ayant permis ces résultats. On peut lire entre autres : «*Étant donné que ma réussite académique s'est nettement améliorée ainsi que ma santé physique et psychologique, je suis très contente des outils que j'ai acquis.*» «*La mise en application de cette formule (étude/entraînement) optimise réellement l'organisation de mon temps. Je ressens toujours une hausse de motivation, une meilleure confiance en mes capacités et des bénéfices académiques non négligeables.*» Ces données s'apparentent à l'étude de Shephard et Lavallée (1982) démontrant l'impact de l'activité physique sur le rendement temps étude.

Figure 1

**Illustration des effets obtenus par les étudiants à la suite de la réussite du cours
« Activité physique et réussite académique »**



4.2. LES EFFETS D'ORDRE COGNITIF

Sous cette catégorie, nous incluons les éléments qui ont trait au processus mental et cognitif en regard de la réussite académique.

Plusieurs étudiants ont mentionné un impact significatif sur leur capacité de se concentrer. Certains relient cela à leur entraînement physique. Par exemple: «*Je sens que j'ai une meilleure concentration, et ce, non seulement les jours d'entraînement.*» «*En appliquant mon objectif académique (périodes/lecture) cela a augmenté ma vitesse de lecture et ma concentration, car je respecte davantage ma durée personnelle de concentration.*» Pour ceux qui n'avaient pas de technique de travail, ils utilisent maintenant des méthodes de travail qui leur facilitent la tâche et donnent de meilleurs résultats. Ils indiquent: «*Cette démarche m'a aidé à développer des compétences méthodologiques qui m'aideront à avoir un esprit d'efficacité tout au long de la poursuite de mes études.*»

4.3. LES EFFETS D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

Par effets d'ordre psychologique, nous entendons tous les effets reliés au sentiment d'efficacité personnelle.

Parmi les effets d'ordre psychologique, les étudiants rapportent qu'ils ont amélioré leur confiance en eux, l'estime d'eux-mêmes; ils ont aussi amélioré leur capacité à gérer leur stress et à diminuer leur anxiété, notamment face aux examens. Aussi, ils ont remarqué une plus grande facilité à travailler en équipe, le cours ayant dans quelques cas offert une première expérience positive de travail en équipe. On peut lire: «*La confiance en soi permet d'être au-dessus de la performance exigée, et l'activité physique contribue grandement à avoir plus d'estime de soi et à être conscient de nos forces et de nos faiblesses.*» «*Depuis que j'ai réalisé que l'importance était bien plus de terminer mon baccalauréat avec des connaissances qu'avec des notes, je réussis beaucoup mieux.*» «*Je trouve que l'activité physique influence ma santé en général ainsi que la perception que j'ai de moi-même comme le fait d'être bien dans ma peau.*» Ces propos correspondent aux revues de littérature de Doan et Scherman (1987) et de Gruber (1986), qui indiquent un accroissement de l'estime de soi après la pratique régulière d'activité physique, ainsi qu'aux recherches de Forman et O'Malley (1984), qui indiquent que l'anxiété a une influence sur l'apprentissage à faire des examens et l'adaptation à l'école en général.

4.4. LES EFFETS D'ORDRE PHYSIQUE

La catégorie des effets d'ordre physique inclut les éléments des bienfaits sur le corps.

Parmi les propos des étudiants, on constate un meilleur sommeil, plus d'endurance, un éveil plus grand durant les cours, une meilleure forme physique ainsi qu'une meilleure posture, une diminution des maux de dos et une sensation d'avoir plus d'énergie. Ces effets sont possiblement attribuables à leur entraînement physique et à leur routine journalière utilisée principalement à des fins d'éveil du matin ou de détente avant d'aller dormir. Les étudiants indiquent : *« J'ai vraiment constaté que l'activité physique fut bénéfique dans l'atteinte de mon objectif académique, me donnant plus d'énergie et d'endurance. » « Je n'oserais même pas envisager de commencer une journée sans effectuer ma routine car je suis totalement conscient de l'impact que cela peut avoir sur mon efficacité au cours de la journée. » « Inutile de dire que cette routine est devenue essentielle pour moi. Je la réalise d'ailleurs régulièrement avant de me mettre à jouer de la guitare, ce qui aide à pratiquer plus longtemps sans pause. » « En effet, je pense que de puiser mes sucres dans les fruits frais plutôt que dans les jus a cet effet que je n'aurais osé espérer... j'ai pu constater que j'éprouve moins de brûlures d'estomac. »*

5. PERSPECTIVE CRITIQUE

La complémentarité des mandats des deux unités qui se sont associées pour créer ce projet contribue grandement au succès de ce cours. Alors que le centre sportif a élaboré les grandes lignes de ce cours, il participe actuellement à la promotion du cours et le Département de kinanthropologie permet qu'il soit un cours académique crédité. Nous croyons qu'une publicité importante jumelée à une reconnaissance officielle est une condition essentielle de l'implantation et du maintien d'un tel projet.

Le cours « Activité physique et réussite académique » avait au départ une notation Réussite/Échec. Cette notation semblait décevoir certains étudiants au point qu'ils annulaient leur inscription. Lors de la session d'hiver 2004, la notation a été changée pour une évaluation littérale, ce qui semble avoir plu aux étudiants qui se sont inscrits en plus grand nombre.

Le besoin important de moyens pour venir en aide aux garçons en difficulté en milieu scolaire est largement documenté (Lapostolle, Pineau et Massé, 2003). Nous croyons que ce cours, grâce à l'importance qu'il accorde à l'activité physique, attire des garçons qui, autrement, ne se seraient probablement pas inscrits à un cours centré sur les stratégies d'étude.

L'étalement du cours en 15 semaines est un facteur majeur de sa réussite. Cette durée permet les réajustements nécessaires à l'apprentissage de nouvelles habitudes de vie et donne à l'étudiant la possibilité d'avoir un support émotionnel significatif de la part du groupe, ce qui favorise le développement de liens de confiance. En une session, la condition physique des étudiants peut s'améliorer et apporter des bénéfices tangibles, ce qui contribue beaucoup au maintien de l'intérêt de l'étudiant. Somme toute, durant ce cours, l'étudiant a le temps d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

Bien que le cours «Activité physique et réussite académique» soit crédité, il arrive trop souvent que les programmes d'études n'offrent pas la possibilité à l'étudiant d'inclure un cours libre dans sa scolarité de premier cycle. À ce moment, l'avantage de suivre ce cours devient moins important pour l'étudiant. Nous avons aussi noté que le changement de modalité d'évaluation a eu certains effets négatifs en modifiant l'atmosphère dans laquelle se déroule le cours. Ainsi, certains étudiants accordent plus d'importance aux résultats qu'au processus. Une réflexion doit être faite afin d'en cerner l'impact sur le changement des habitudes.

CONCLUSION

Né d'un partenariat hors du commun entre un centre sportif et une unité académique universitaire, le cours «Activité physique et réussite académique» s'avère à la fois un cours de soutien à la réussite, mais aussi un cours d'éducation à la santé, par le biais de la pratique de l'activité physique à titre de composante de la réussite académique. L'expérience vécue par l'étudiant comprend une démarche de changement des habitudes de vie, un retour réflexif sur le processus utilisé lors de l'application des différentes stratégies dans son quotidien et se concrétise par la création d'un plan d'action à accomplir pour la session suivante.

Le modèle de ce cours porte fruit ; les étudiants perçoivent des effets aux plans académique, cognitif, psychologique et physique. De plus, ils affirment que l'expérience qu'ils ont vécue joue un rôle dans leur réussite académique. Les retombées de ce projet démontrent bien qu'il est possible, par l'éducation à la santé dont la pratique de l'activité physique, d'aider les étudiants universitaires à concrétiser leur projet d'études avec succès.

BIBLIOGRAPHIE

- Bégin, C. (1992). *Devenir efficace dans ses études*, Laval, Beauchemin.
- Boulet, A., L. Savoie-Zajc et J. Chevrier (1996). *Les stratégies d'apprentissage à l'université*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Caperson, C.J., K.E. Powell et G.M. Christenson (1985). «Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research», *Public Health Reports*, vol. 100, n° 2, p. 126-131.
- DeKetele, J.M. (1994). «La situation en Europe», Actes du colloque international, *Enseignement supérieur: stratégies d'apprentissage appropriées*, Hull, Université du Québec à Hull.
- Doan, R.E. et A. Scherman (1987). «The therapeutic effect of physical fitness on measures personality: A literature review», *Journal of Counselling Development*, n° 66, p. 28-36.
- Drewe, S.B. (2000). «An examination of the relationship between coaching and teaching», *Quest*, n° 52, p. 79-88.
- Dupuy, L. (1999). *Enquête Code Vie: faits saillants de code vie*, Montréal, Service à la vie étudiante, Université du Québec à Montréal.
- Forman, S.G. et P.L. O'Malley (1984). «School stress and anxiety interventions», *School Psychology Review*, n° 13, p. 162-170.
- Gruber, J.J. (1986). «Physical activity and self-esteem development in children: A meta-analysis», *American Academy of Physical Education Papers*, n° 19, p. 30-48.
- Hébert, M. (1994). *Les stratégies d'apprentissage dans la problématique de la réussite scolaire chez les étudiants du programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa*, Hull, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Hull.
- L'Écuyer, R. (1988). «L'analyse de contenu: notions et étapes», dans J-P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 46-65.
- Lapostolle, L., G. Pineau et F. Massé (2003). «À propos des garçons et des mesures d'aide en français. Rapport de recherche», Cégep du Vieux-Montréal, <www.cvm.qc.ca/formationreg/rechercheCVM/Documents/2_8_1_garcons.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Orlick, T. et N. McCafrey (1991). «Mental training with children for sport and life», *The Sport Psychologist*, n° 5, p. 322-334.
- Presseau, A. (1998). *Le transfert des connaissances en mathématiques chez des élèves de première secondaire: le rôle des interventions et des interactions sociales*, Montréal, Thèse de doctorat, Université de Montréal.

- Sallis, J.F. et K. Patrick (1994). «Physical activity guidelines for adolescents : Consensus statement», *Pediatric Exercise Science*, vol. 6, n° 4, p. 302-314.
- Shephard, R.J. et H. Lavallée (1982). «Academic skills and required physical education : The Trois-Rivières experience», *CAPHER Journal Supplement*, n° 1, p. 1-12.
- St-Pierre, L. (1991). «L'étude et les stratégies d'apprentissage», *Pédagogie collégiale*, vol. 5, n° 2, p. 15-21.
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*, Montréal, Logique.
- Tardif, J. (1999). *Le transfert des apprentissages*, Montréal, Logiques.

HABITUDES DE VIE ET STYLE D'INTERVENTION EN ÉDUCATION À LA SANTÉ CHEZ LES ÉTUDIANTS EN ÉDUCATION PHYSIQUE ET À LA SANTÉ

Influences de la formation initiale, du sexe et de l'origine géographique

Marie-Claude RIVARD, Département des sciences de l'activité physique,
Université du Québec à Trois-Rivières

François TRUDEAU, Département des sciences de l'activité physique,
Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Le nouveau cursus universitaire, les nouveaux curricula scolaires de même que le référentiel des compétences professionnelles attendues en enseignement découlant de la réforme de l'éducation soulèvent beaucoup de questions chez les formateurs, notamment ceux œuvrant en enseignement de l'éducation physique et à la santé (EPS). Notre étude a pour objectif de documenter le profil

d'habitudes de vie, l'intention de modifier une des habitudes de vie et les stratégies d'intervention en éducation à la santé chez des étudiants en formation initiale en enseignement de l'EPS. Un questionnaire a permis d'interroger des étudiants de 1^{re} année et de 4^e année. Les résultats de l'étude indiquent que l'alimentation est l'habitude de vie que la plus grande proportion d'étudiants considèrent changer et que les stratégies d'intervention les plus privilégiées par les étudiants sont le travail en équipe, l'apprentissage coopératif et par projets. Cependant, des différences significatives sont apparues entre les étudiants selon le sexe, l'année d'étude et l'origine (rurale versus urbaine). Cette étude met en évidence l'importance de tenir compte du profil-santé des étudiants dès leur entrée dans les programmes en enseignement de l'EPS pour leur apprendre à modifier des aspects aussi individuels que les habitudes de vie.

Nous assistons depuis quelques années déjà à une importante réforme dans le système de l'éducation au Québec. D'une part, les nouveaux curricula scolaires (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a; 2003), élaborés notamment à partir de compétences disciplinaires et transversales, exigent du futur enseignant et de l'enseignant en exercice à s'approprier de nouveaux savoirs disciplinaires, didactiques et pédagogiques. D'autre part, le récent cursus universitaire en enseignement, associé à un référentiel de 12 compétences professionnelles (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001b), oblige les formateurs à tenir compte d'un ensemble de composantes associées à chacune de ces compétences et à assurer le profil de sortie tel qu'attendu de tout nouvel enseignant.

L'éducation physique et à la santé (EPS), comme programme de formation universitaire et discipline scolaire, n'échappe pas à cette vague de changements qui soulève beaucoup de questions. Une première question qui se pose est au chapitre de l'enseignement de l'EPS: les stagiaires sont-ils en mesure de favoriser le développement de la compétence disciplinaire santé «Adopter un mode de vie sain et actif» chez leurs futurs élèves? Est-ce que les étudiants sont en mesure eux-mêmes de

s'inscrire dans une stratégie d'amélioration des habitudes de vie ? Une deuxième question concerne les savoirs en formation universitaire : quelles sont les interventions d'éducation à la santé privilégiées par les stagiaires en EPS ?

Notre recherche s'inspire d'un postulat emprunté à l'éducation à la citoyenneté : « on enseigne ce que l'on est » (Perrenoud, 1997) cité par le Conseil supérieur de l'éducation (1998, p. 75) et qui prend toute son importance en enseignement de l'EPS : « La capacité de se référer à des modèles qui puissent être source d'inspiration et d'imitation apparaît ainsi comme un élément de formation qui doit être enrichi par les contenus, la pratique et l'exemple dans la préparation universitaire et qui pourra s'actualiser de façon concrète dans le cadre des heures de stage passées sur le terrain... » (Conseil supérieur de l'éducation, 1998, p. 75-76).

Dans ce contexte, et compte tenu du volet santé dans les nouveaux curricula scolaires et le cursus universitaire, il nous apparaît crucial d'amener l'étudiant en formation en EPS vers une démarche réflexive favorisant d'abord le développement de sa propre compétence à « Adopter un mode de vie sain et actif » et ensuite de maîtriser des stratégies d'interventions particulières à l'éducation à la santé.

1. QUESTIONS DE RECHERCHE

La présente étude tente de répondre aux deux questions suivantes : 1) Est-ce que notre programme de formation en enseignement de l'EPS incite l'étudiant à adopter des comportements associés à un mode de vie sain et actif ? 2) Est-ce que notre programme de formation en enseignement de l'EPS incite l'étudiant à utiliser des stratégies d'intervention en éducation à la santé ?

À ces questions, nous formulons l'hypothèse de l'effet potentiel du sexe et de l'origine géographique (rurale vs urbaine) sur les habitudes de vie et les stratégies d'intervention en éducation à la santé. Ces deux variables sont connues comme des déterminants des habitudes de vie et de la santé (Mitura et Bollman, 2003).

2. CADRES THÉORIQUES

De manière à répondre à nos interrogations, des éléments inspirés de trois modèles théoriques tracent la toile de fond de notre étude et guident les choix méthodologiques et d'analyse.

L'univers théorique de notre première question de recherche fait appel à deux modèles. Un premier associé au curriculum scolaire décrit les composantes nécessaires au développement de la compétence disciplinaire santé telle qu'attendue pour les élèves québécois (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a; 2003). Ce modèle est un référent fort pertinent pour reconnaître le cheminement de l'individu, notamment l'étudiant en formation initiale, dans le développement de sa compétence santé « Adopter un mode de vie sain et actif ». Un deuxième modèle théorique explique le processus de changement de comportements relatifs aux habitudes de vie (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Le modèle illustre les intentions de changement de comportements via trois dimensions inhérentes à la santé et reliées aux changements de comportements : 1) les stades, c'est-à-dire les étapes à travers lesquelles l'individu doit progresser ou parfois même régresser ; 2) les processus expérientiels (faisant appel à des techniques cognitives et affectives), qui sont utilisés dans les premiers stades ; 3) les processus comportementaux, qui sont utilisés dans les derniers stades. Le choix de ce modèle théorique permet une meilleure compréhension de ce processus complexe des intentions de changement de comportements, en l'occurrence l'adoption d'un mode de vie sain et actif. Nous estimons qu'une réflexion de nos étudiants à l'égard des stades de changement les éveillera aux éventuelles situations en enseignement de l'EPS, où ils auront à leur tour à stimuler la motivation de leurs élèves qui devront choisir ou modifier un comportement défini.

En ce qui a trait à la seconde question de recherche, un troisième modèle théorique permet de décrire la typologie associée aux stratégies d'enseignement (Lasnier, 2000). L'auteur fait état de *a*) stratégies magistrales : exposé oral et démonstration pratique ; *b*) stratégies de travail individuel : pratique autonome, session de travail individuel, études de cas et apprentissage par problèmes ; *c*) stratégies interactives : groupe de discussion, jeu de rôle, modelage, pratique guidée et apprentissage pas à pas ; *d*) stratégies socioconstructivistes : enseignement par les pairs, tutorat, travail en équipe, apprentissage coopératif et apprentissage par projets. Nous croyons que les réflexions et les savoirs issus des stratégies privilégiées par nos étudiants les sensibiliseront sur l'importance de varier leurs stratégies selon les

contextes d'enseignement. Outre les stratégies d'enseignement, il s'avérait nécessaire de vérifier quelles approches influencent les étudiants dans leurs interventions en éducation à la santé. Baudier (1987) propose cinq courants en éducation à la santé susceptibles d'influencer l'intervention professionnelle de nos étudiants (clinique, communautaire, médiatique, sociopolitique et épidémiologique).

3. OBJECTIF

L'objectif principal de notre projet est de décrire le profil des étudiants inscrits au baccalauréat en enseignement de l'EPS, en matière d'habitudes de vie et de stratégies d'interventions privilégiées pour l'éducation à la santé, et ce, selon l'année d'étude (1^{re} ou 4^e), le sexe ou l'origine géographique (rurale vs urbaine).

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. ÉCHANTILLON

L'échantillon de cette étude était divisé en deux groupes, soit les étudiants de 1^{re} année ($n = 89$; $F = 25$ et $H = 64$) et de 4^e année ($n = 58$; $F = 15$ et $H = 43$) du baccalauréat en enseignement de l'EPS de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

4.2. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire administré aux participants comportait trois sections. La première section incluait le Questionnaire d'évaluation des habitudes de vie (Wilson, 1985), traduit par la Société canadienne de physiologie de l'exercice (2001) et adapté pour notre projet. La seconde section relevait de l'Intention de modification d'une habitude de vie. Les sujets devaient d'abord indiquer quelle habitude de vie ils percevaient comme la plus importante de changer et ensuite préciser à quelle étape de changement ils se situaient par rapport à cette habitude de vie (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Enfin, sur une échelle Likert de 1 à 5, ils devaient indiquer la difficulté que représente pour eux de changer l'habitude de vie et l'investissement personnel qu'ils sont prêts à fournir pour la changer. La troisième section concernait les Interventions en éducation à la santé. Elle comportait deux questions afin de déterminer le type d'interventions que l'étudiant privilégiera :

a) en tant qu'intervenant ou futur intervenant en éducation à la santé (épidémiologie, communautaire, médiatique, dialogue clinique, sociopolitique) et b) en classe comme stratégies d'enseignement (magistrale, individuelle, interactive, socioconstructiviste). Le questionnaire a été administré en mars et avril 2004.

4.3. ANALYSE STATISTIQUE

Les moyennes ont été calculées pour l'âge. Pour les réponses aux questionnaires, des analyses de fréquences ont été effectuées avec le khi-deux à l'aide du système SAS Institute, Cary, NC. Ce logiciel a aussi été utilisé pour réaliser des analyses de variance (ANOVA) afin d'étudier les différences selon le sexe et l'origine des étudiants.

5. RÉSULTATS ET DISCUSSION

L'âge moyen des étudiants de 1^{re} et de 4^e années était respectivement $22,6 \pm 0,36$ ans et $23,9 \pm 0,34$ ans. Un peu moins du tiers (29,2 %) de l'échantillon était constitué de participants d'origine rurale ($n = 42$) par rapport à urbaine ($n = 104$), la définition d'origine rurale étant toute agglomération comptant moins de 5 000 habitants. Il n'y a pas de distribution différente des femmes ou des hommes selon l'origine (urbaine versus rurale) ou l'année d'étude.

En regardant les résultats de façon générale, certaines tendances intéressantes émergent. D'abord, en réponse aux deux premières sections du questionnaire, les étudiants ont majoritairement choisi de modifier l'alimentation comme habitude de vie, ce qui représente pour eux un défi important puisqu'ils l'ont qualifié de difficile.

Ensuite, à la troisième section portant sur les interventions en éducation à la santé, les étudiants ont préconisé les approches communautaire (36 %), médiatique (33 %) et de vulgarisation de connaissances scientifiques (21 %). À l'opposé, aucun étudiant n'a choisi l'approche sociopolitique en matière d'éducation à la santé. Cela pourrait être le reflet du désintéressement des jeunes de ce groupe d'âge envers la politique ou de l'incompréhension du rôle de cette approche en éducation à la santé. Pourtant, certains éléments du programme scolaire consistent à conscientiser les élèves sur les facteurs sociopolitiques et culturels qui influencent justement l'adoption d'un mode de vie actif ou de bonnes habitudes de vie.

Au plan des stratégies d'intervention les plus populaires, nous retrouvons l'apprentissage coopératif (46 %), par projet (25 %) et le travail en équipe (21 %), toutes regroupées sous le paradigme du socioconstructivisme. Toujours au plan des stratégies, cette fois magistrales, les étudiants manifestent une nette préférence pour les démonstrations pratiques (80 %) comparativement aux exposés oraux (20 %), et ce, peu importe leur année d'étude.

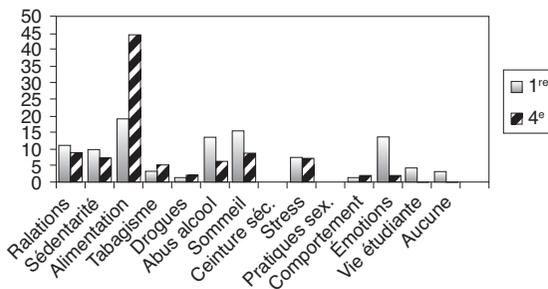
Enfin, nos analyses statistiques ont mis en évidence des différences intéressantes entre les étudiants selon trois paramètres, soit l'année d'étude, le sexe ou le lieu d'origine. Celles-ci seront présentées dans les sections suivantes.

5.1. COMPARAISON ENTRE LES ÉTUDIANTS DE 1^{RE} ET DE 4^E ANNÉES

5.1.1. Habitudes de vie ciblées

L'habitude de vie ayant démontré la différence la plus marquée entre les étudiants de 1^{re} et 4^e années est l'alimentation (19,1 % versus 44,8 % respectivement; $\chi^2 = 21,2$; $p < 0,05$). Le sommeil, la sédentarité, les émotions et la vie étudiante sont ressortis davantage chez les étudiants de 1^{re} année, alors que les comportements agressifs et pressés n'ont été choisis que chez ceux de 4^e année (figure 1).

Figure 1
Habitudes de vie à changer (%) selon l'année



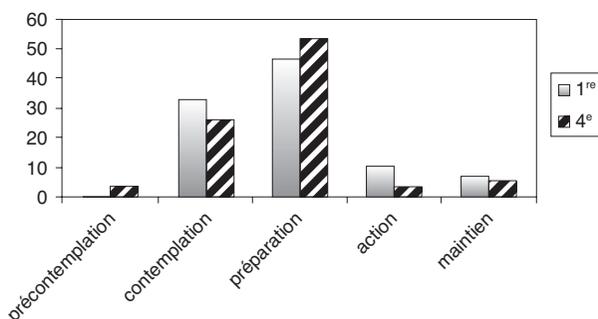
Cet effet potentiel du programme sur le choix plus fréquent de l'alimentation comme habitude de vie ciblée par les étudiants de 4^e année pourrait être attribuable à la présence d'un cours dédié à cette habitude de vie en 3^e année. Il semble donc que le fait de multiplier les occasions offertes à nos étudiants pour réfléchir sur leurs savoirs d'expérience et le processus de développement de la compétence santé puisse les amener à passer à l'action dans leurs efforts visant le développement de ladite compétence.

5.1.2. Stade de changement pour l'habitude de vie choisie

Aucune différence significative n'a été mesurée entre la 1^{re} et la 4^e année en ce qui concerne le stade de changement identifié par les étudiants pour leur habitude de vie reconnue comme prioritaire (figure 2).

Figure 2

Stade de changement pour l'habitude ciblée selon l'année (%)



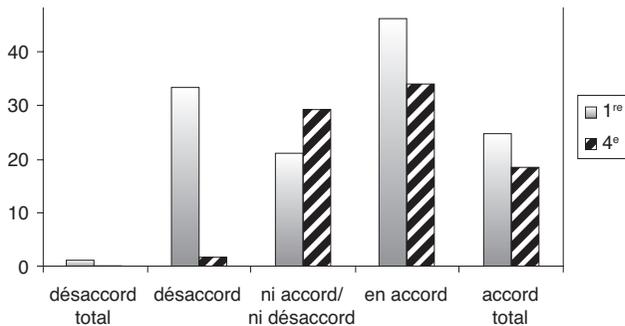
Par contre, il est intéressant de constater que pour la majorité des étudiants, le stade de changement se situe au plan de la préparation, soit le stade précédant celui de l'action. On peut donc spéculer qu'une stratégie d'intervention en formation pourrait éventuellement amener nos étudiants à identifier l'habitude de vie à changer et à passer à l'action.

5.1.3. Investissement dans le changement de l'habitude de vie

Une plus grande proportion de participants de 1^{re} année sont «en accord» ou «en accord total» avec l'énoncé que l'effort à fournir pour changer l'habitude de vie ciblée est élevé ($\chi^2 = 11,1$; $p < 0,03$) (figure 3). Ce résultat peut expliquer la complexité des processus de changement des habitudes de vie de ce groupe d'étudiants ayant eu peu d'activités de formation liées à la santé. De fait, ces mêmes étudiants expérimenteront, au fil de leur formation, de multiples démarches les amenant à s'engager vers un mode de vie sain et actif de manière à mieux saisir les défis qui les attendent à titre d'agents de changement auprès de leurs futurs élèves.

Figure 3

Effort à fournir pour changer l'habitude ciblée (%)



Il semble approprié d'offrir une formation initiale qui tienne davantage compte de la réalité d'une clientèle étudiante. Notre clientèle semble vouloir adopter certaines habitudes de vie jugées saines. Cependant, à titre de formateurs, identifier les habitudes de vie visées par les étudiants et le stade de changement associé pourrait nous permettre de cibler nos efforts en ce sens et nous conduire ensuite vers le choix de stratégies d'intervention appropriées et plus individualisées, qu'elles soient interactives ou socioconstructivistes.

5.1.4. Stratégies d'intervention

Il n'y a eu aucune différence dans les distributions de fréquence pour l'approche préférée en éducation à la santé, quoiqu'un plus grand nombre d'étudiants en quatrième année favorisent l'approche centrée sur les connaissances scientifiques, tandis que l'approche communautaire est plus populaire auprès de leurs confrères de première année.

Toutefois, les deux cohortes ne se distinguent pas significativement quant aux stratégies préférées pour le travail individuel et aux stratégies interactives ou socioconstructivistes.

Pour le niveau d'intervention visé, les étudiants de 1^{re} année affirment préférer enseigner éventuellement au primaire dans une proportion deux fois plus élevée qu'en 4^e année, alors que pour cette dernière cohorte les proportions s'inversent ($\chi^2 = 9,1$; $p < 0,05$). La préférence des étudiants de 4^e année pour le secondaire pourrait être basée sur une expérience plus significative, compte tenu de deux stages réalisés à ce niveau d'enseignement. En contrepartie, l'absence d'un stage au secondaire avant la deuxième année pourrait expliquer la méconnaissance du milieu scolaire secondaire chez les étudiants de 1^{re} année. Une perception basée sur les préjugés envers les adolescents pourrait aussi expliquer cette préférence.

À l'instar de ces résultats chez nos étudiants, les travaux de Manidi et Dafflon-Arvanitou (2000) et de Michaud (2002) révèlent, d'une part, que les enseignants en EPS manifestent des craintes et rencontrent des obstacles relativement à l'éducation à la santé et, d'autre part, que les pratiques pédagogiques de l'enseignement de l'éducation physique sont en décalage avec les pratiques nécessaires à l'enseignement de l'éducation à la santé. En guise de piste de solutions, nous insistons sur l'importance d'assurer en formation une intégration efficace de l'éducation à la santé tenant compte des exigences institutionnelles, épistémologiques et professionnelles. Il s'avère également nécessaire de promouvoir une formation plus intégrée, c'est-à-dire mobiliser les savoirs disciplinaires, didactiques et pédagogiques dans le contexte du développement des compétences professionnelles en arrimant les activités de nature théorique et pratique. De plus, nos résultats suggèrent qu'il serait judicieux en formation des maîtres de considérer les caractéristiques sociodémographiques de nos étudiants, notamment le sexe et l'origine géographique. Nous devons donc conscientiser nos étudiants sur l'influence des caractéristiques

sociodémographiques de leurs propres élèves. Nos résultats ne nous permettent pas de nous prononcer sur l'influence d'autres variables socioéconomiques, comme l'effet de l'origine ethnique ou du niveau socioéconomique.

Quels sont les impacts d'une formation initiale en EPS sur les stagiaires et sur leur potentiel à pouvoir développer la compétence santé de leurs futurs élèves ? Pour compléter l'approche transversale utilisée dans la présente étude, nous avons amorcé l'évaluation de l'investissement personnel de l'étudiant lors des quatre années de formation initiale par une approche longitudinale.

Pour amorcer cette approche, nous avons expérimenté avec les étudiants de 1^{re} année, un mois plus tard au cours de la même session (hiver 2004), la réalisation d'un contrat d'engagement pour lequel un étudiant devait choisir une habitude de vie qu'il considérait comme primordiale de changer dans les 2 semaines suivantes. Le contrat est en concordance avec les quatre composantes de la compétence disciplinaire santé (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001a). De cette manière, l'étudiant 1) analyse les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé et son bien-être, 2) planifie une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie, 3) s'engage dans une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie et 4) établit le bilan de sa démarche.

Cette dernière composante amène l'étudiant à évaluer l'efficacité de sa démarche ; dans notre étude, des résultats intéressants sont ressortis de cette autoévaluation. À titre d'exemple, les étudiants de première année semblent non seulement capables d'identifier quelle(s) habitude(s) de vie ils souhaiteraient changer, mais ils sont aussi capables de cerner quel aspect de cette habitude de vie ils veulent modifier. Tout comme les résultats issus du questionnaire, l'alimentation constitue l'habitude de vie la plus ciblée par cette cohorte d'étudiants (35 %). De façon plus particulière, l'objectif le plus souvent mentionné dans les contrats d'engagement consiste à manger trois repas équilibrés par jour. Viennent ensuite les objectifs de diminuer son apport en sucre, d'augmenter sa consommation de fruits et légumes et de prendre le petit déjeuner quotidiennement. En ce qui a trait à l'activité physique, les étudiants en première année ont principalement choisi d'accroître leur niveau de pratique selon une combinaison d'exercices cardiovasculaires et musculaires.

Bien qu'exploratoire, ce volet de notre étude a engendré des données additionnelles permettant de décrire le profil des étudiants, mais surtout de leur donner le coup de pouce nécessaire pour passer du stade de la contemplation à celui de l'action (Prochaska *et al.*, 1992). Il s'avère que certaines des habitudes de vie modifiées diffèrent de celles qui avaient été identifiées au départ (figure 1). Cela pourrait s'expliquer du fait que l'habitude de vie modifiée a été sélectionnée selon l'effort envisagé par les étudiants ou le contexte temporel qui prévalait à ce moment-là. Cela dit, la durée du contrat d'engagement devrait être prolongée de manière à ce que l'atteinte de l'objectif visé par chaque étudiant soit plus probable. Aussi, il serait pertinent d'utiliser cette stratégie de formation tout au long de chacune des quatre années de la formation universitaire, considérant les différentes phases qu'un étudiant peut avoir à vivre durant les quatre années de sa formation.

5.2. COMPARAISON ENTRE LES ÉTUDIANTS ET LES ÉTUDIANTES

Il y a quelques différences significatives entre les étudiants et les étudiantes pour ce qui est de l'évaluation de leurs habitudes de vie notamment pour la consommation de drogue, la fréquence de consommation de plus de 4 consommations à la fois, la conduite après consommation d'alcool, la gestion du stress et la présence de temps libre. Les résultats concernant la consommation d'alcool sont en conformité avec ce qui est observé dans la population québécoise du même âge (Chevalier et Lemoine, 2000). Cependant, la question concernant la conduite automobile à la suite de la consommation d'alcool doit être interprétée avec discernement, puisque l'énoncé de la question ne précisait pas si le répondant avait dépassé la limite légale. Comme on pouvait s'y attendre, plus d'étudiants (70,0%) que d'étudiantes (37,7%) rapportent qu'ils consomment 4 boissons alcoolisées et plus en une même occasion à une fréquence allant d'occasionnellement à presque quotidiennement. Cela semble plus élevé (47,1% pour les deux sexes confondus) que dans l'Enquête sociale de santé 1998 pour le groupe d'âge 20-24 ans (Chevalier et Lemoine, 2000). Cependant, si on normalise pour la proportion élevée d'étudiants dans notre groupe, on obtient un pourcentage de 31,5% des étudiants des deux sexes confondus qui consomment plus de 4 consommations à la fois occasionnellement à fréquemment.

Pour leur part, les hommes estiment être capables de gérer leur stress «presque toujours» dans une proportion de 34,6% comparativement aux femmes, pour qui cette proportion chute à 15,0% ($F = 9,8, p < 0,05$).

Sous un autre angle, les étudiantes préféreraient intervenir au niveau primaire dans une plus grande proportion que les étudiants ($F = 8,4; p < 0,05$). Cela se reflète éventuellement dans le ratio enseignantes/enseignants, qui est plus élevé au primaire, mais s'inverse au secondaire. D'après les *Statistiques de l'éducation* (Ministère de l'Éducation du Québec, 2001c) portant sur le «personnel des commissions scolaires», il y avait un peu plus de 85,0% d'enseignantes en éducation préscolaire et en enseignement primaire sur 48 600 enseignants à ce niveau. Cependant, on ne comptait que 32,0% de femmes sur les 2 100 enseignants d'EPS à ce niveau d'enseignement. De la même manière, l'effectif du personnel éducatif au secondaire était composé de près de 55,0% d'enseignantes sur 33 200 enseignants à ce niveau, mais seulement de 21,0% en ce qui concerne l'EPS, où l'on comptabilise environ 1 600 enseignants au total au secondaire.

5.3. COMPARAISON ENTRE LES ÉTUDIANTS D'ORIGINE RURALE ET URBAINE

De façon générale, chez les étudiants en EPS, le taux de tabagisme est nettement inférieur à celui de la population québécoise de cet âge, qui est de 44% pour les hommes et 36% pour les femmes de 20-24 ans (Bernier et Brochu, 2000). Si on considère la variable origine, 2,4% des ruraux versus 9,6% des urbains fument régulièrement sur une base hebdomadaire ($F = 31,0, p < 0,001$). En plus de montrer une différence dans le taux de tabagisme avec leurs collègues urbains, les étudiants(es) en EPS d'origine rurale montrent aussi une différence marquée avec les jeunes ruraux de 12-17 ans, qui normalement ont un taux de tabagisme de 16 à 21% (Mitura et Bollman, 2004). Toutefois, la grande majorité des étudiants, peu importe l'origine, affirment qu'ils ne fument pas depuis plus de cinq ans.

Une proportion plus grande d'étudiants d'origine rurale (55,2% versus 39,4%) ne consomment jamais de boissons caféinées ($F = 17,3, p < 0,005$), tandis que la majorité de ceux qui le font prennent une ou deux consommations par jour.

Les étudiants ruraux portent plus souvent la ceinture de sécurité que leurs collègues urbains ($F = 11,8, p < 0,01$). Cela ne correspond pas à ce qui est habituellement observé dans les comparaisons rurale vs urbaine

en ce qui concerne le port de la ceinture de sécurité, puisque dans les régions rurales du Québec comme ailleurs au Canada, le taux de port de la ceinture de sécurité chez les jeunes de 20 à 24 ans diminue légèrement à mesure que la localité d'origine devient plus petite (Transports Canada, 2003).

De plus, 78,5 % des étudiants ruraux affirment ressentir de la tristesse ou de la dépression de «rarement» à «presque jamais», comparativement à 61,6% chez les urbains ($F = 19,8, p < 0,05$).

Cela semble cohérent avec la littérature indiquant une plus grande fréquence de symptômes de dépression chez les jeunes urbains aux États-Unis (Mueller, 1981) et au Canada, en particulier dans les régions adjacentes aux métropoles (Mitura et Bollman, 2003), d'où une proportion importante de nos sujets sont originaires. De façon similaire, la proportion d'étudiants ruraux qui se disent toujours satisfaits avec leur vie étudiante est significativement plus élevée que chez les étudiants urbains ($F = 20,1, p < 0,01$).

En résumé, il semble que les étudiants impliqués dans notre programme en enseignement de l'EPS sont différents en ce qui concerne leurs habitudes de vie selon qu'ils sont d'origine rurale ou urbaine.

CONCLUSION

En réponse à nos objectifs, les résultats de notre analyse transversale suggèrent que notre programme de formation pourrait avoir un effet sur les attitudes d'étudiants à adopter des comportements sains, et à certains égards, à favoriser des stratégies d'intervention relatives à l'éducation à la santé. À première vue, notre programme de formation incite l'étudiant à adopter des comportements associés à un mode de vie sain et actif et à utiliser des stratégies d'intervention en éducation à la santé. Toutefois, il nous apparaît urgent d'offrir une formation initiale qui tienne davantage compte de la réalité de notre clientèle étudiante, puisque celle-ci semble vouloir adopter certaines habitudes de vie jugées saines. Identifier les habitudes de vie à modifier par les étudiants et le stade de changement associé devient un des défis des formateurs, puisque cette information pourrait nous permettre de conjuguer les efforts en ce sens et nous conduire ensuite vers le choix de stratégies d'intervention appropriées et plus individualisées, qu'elles soient interactives ou socioconstructivistes. Il s'avère également nécessaire de promouvoir une formation plus intégrée,

c'est-à-dire mobiliser les savoirs disciplinaires, didactiques et pédagogiques dans le contexte de développement des compétences professionnelles en arriant les activités de nature théorique et pratique en éducation à la santé.

Une des retombées de cette première phase d'étude est de démontrer l'importance de tenir compte du profil-santé des étudiants dès leur entrée dans les programmes en enseignement pour leur apprendre à modifier des aspects aussi individuels que les habitudes de vie. Une autre retombée importante est le potentiel d'une démarche expérientielle impliquant activement l'étudiant dans le processus de transposition des savoirs universitaires dans ses savoirs d'expérience lorsqu'il sera lui-même successivement stagiaire et enseignant. Enfin, nos résultats convergent vers le constat du Conseil supérieur de l'éducation (2003, p. 54) indiquant que « l'hétérogénéité des clientèles étudiantes requiert l'ajustement de l'enseignement à leurs réalités multiples ».

Cela dit, pour compléter l'approche transversale utilisée dans la présente étude, nous voulons évaluer l'investissement personnel de l'étudiant lors de ses quatre années de formation initiale selon une approche longitudinale. Ainsi, nous envisageons une deuxième phase de recherche en mettant en place des stratégies novatrices permettant d'évaluer, en contexte théorique et en milieu pratique, l'impact de notre programme de formation.

BIBLIOGRAPHIE

- Baudier, F. (1987). *Éducation pour la santé. Guide pratique*, Besançon, Comité départemental d'éducation pour la santé (CDES).
- Bernier, S. et D. Brochu (2000). « Usage du tabac », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Chevalier, S. et O. Lemoine (2000). « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Conseil supérieur de l'éducation (1998). *Éduquer à la citoyenneté*, Québec, Gouvernement du Québec, <www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/publications/RapportsAnnuel/rapann98.pdf>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Conseil supérieur de l'éducation (2003). *Renouveler le corps professoral à l'université: des défis importants à mieux cerner. Rapport annuel sur l'état et les besoins de l'éducation 2002-2003*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*, Montréal, Guérin éditeur.
- Manidi, M.-J. et I. Dafflon-Arvanitou (2000). *Activité physique et santé: apports des sciences humaines et sociales, éducation à la santé par l'activité physique*, Paris, Masson.

- Michaud, V. (2002). *L'intégration de l'éducation physique à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*, Québec, Thèse de doctorat, Éducation physique, Université Laval.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001a). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001b). *La formation à l'enseignement. Les orientations, les compétences professionnelles*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001c). *Statistiques de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2003). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, premier cycle*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Mitura, V. et R.D. Bollman (2003). «La santé des Canadiens des régions rurales : une comparaison rurale-urbaine des indicateurs de la santé», *Bulletin d'analyse. Régions rurales et petites villes du Canada*, Ottawa, Statistique Canada, vol. 4, n° 6.
- Mitura, V. et R.D. Bollman (2004). «L'état de santé et les comportements des jeunes Canadiens : une comparaison rurale-urbaine», *Bulletin d'analyse. Régions rurales et petites villes du Canada*, Ottawa, Statistique Canada, vol. 5, n° 3.
- Mueller, D.P. (1981). «The current status of urban-rural differences in psychiatric disorder. An emerging trend for depression», *Journal of Nervous and Mental Disorders*, vol. 169, n° 1, p. 18-27.
- Perrenoud, P. (1997), cité par le Conseil supérieur de l'éducation (1998). *Éduquer à la citoyenneté. Rapport annuel 1997-1998 sur l'état et les besoins de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Prochaska, J.O., C.C. DiClemente et J.C. Norcross (1992). «In search of how people change: Applications to addictive behaviours», *American Psychologist*, vol. 47, n° 9, p. 1102-1114.
- Société canadienne de physiologie de l'exercice (2001). *Guide canadien pour l'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie*, Ottawa, la Société.
- Transports Canada (2003). *Enquête sur le port de la ceinture de sécurité dans les collectivités rurales du Canada*, Ottawa, Rapport RS-2003-02F, TP2436F.
- Wilson, D. (1985). «Fantastic lifestyle assessment», dans *Guide canadien pour l'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie*, 2^e éd., Société canadienne de physiologie de l'exercice, p. 5-15.

KINO-QUÉBEC ET LA PROMOTION, À L'ÉCOLE, D'UN MODE DE VIE PHYSIQUEMENT ACTIF¹

Monique DUBUC, Programme Kino-Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

RÉSUMÉ

Pour se développer de manière optimale, les enfants et les adolescents doivent être physiquement actifs tous les jours ou presque (Kino-Québec, 2000). C'est souvent en milieu scolaire que les jeunes ont la possibilité de vivre des expériences positives en matière d'activités physiques et sportives, ce qui souligne à quel point la qualité de l'environnement offert à l'école est déterminante. Le texte qui suit présente les types d'interventions privilégiés pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques en milieu scolaire, les retombées de programmes d'éducation à

1. L'auteure tient à remercier Véronique Martin, Andrée Brunet et Brigitte Brossard, qui ont contribué à la première version de ce texte.

la santé sur la pratique d'activités physiques, les moyens disponibles pour les éducateurs physiques qui souhaitent contribuer à créer un contexte favorable à l'adoption et au maintien, par les élèves, d'un mode de vie physiquement actif et au développement de leur intérêt vis-à-vis de leur école. Les divers programmes et outils développés par Kino-Québec pour favoriser la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes sont autant de ressources pour les éducateurs physiques et tous ceux qui font équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire.

1. KINO-QUÉBEC ET LE MIEUX-ÊTRE DES JEUNES

Kino-Québec est un programme du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, du ministère de la Santé et des Services sociaux, et des agences de santé et de services sociaux. Il fait la promotion d'un mode de vie physiquement actif pour le mieux-être de la population québécoise, notamment auprès des jeunes, chez qui le taux de participation à des activités physiques et sportives est nettement trop faible.

Selon le Comité scientifique de Kino-Québec (2000), tous les enfants et tous les adolescents devraient être physiquement actifs tous les jours ou presque, à l'école, à la maison ou à tout autre endroit propice, en pratiquant des activités physiques variées qui s'intègrent harmonieusement à leurs habitudes de vie (sport, entraînement structuré et éducation physique, mais également déplacement et loisirs actifs). De plus, selon un avis récent du National Institute for Health and Human Services (2008), ils devraient pratiquer des activités physiques d'intensité moyenne ou plus élevée, au moins trois fois par semaine, pendant au moins 60 minutes par séance.

Les principaux avis publics émanant des autorités scientifiques et médicales, notamment ceux du premier consensus international sur l'activité physique des jeunes (Sallis et Patrick, 1994) et les recommandations du Center for Disease Control and Prevention (1997), suggèrent que la promotion d'un mode de vie physiquement actif devienne l'affaire de tous : parents, professionnels de la santé, enseignants, décideurs publics, responsables des programmes scolaires et sportifs, etc. Or, c'est souvent en milieu scolaire que les jeunes ont la possibilité de vivre des expériences

positives en matière d'activités physiques et sportives, ce qui souligne à quel point la qualité de l'environnement offert à l'école est déterminante. Par ailleurs, les programmes scolaires du primaire et du secondaire devraient comporter une période quotidienne d'activités physiques (cours d'éducation physique proprement dit, activités à la récréation ou à l'heure du dîner, activités parascolaires ou autres) mettant l'accent sur le plaisir de l'apprentissage d'habiletés motrices, dans une perspective d'éducation à la santé, de changement de comportement et d'acquisition de saines habitudes de vie (Kino-Québec, 2000).

Quelles sont donc les formes d'interventions privilégiées pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques en milieu scolaire? Quelles sont les retombées des programmes d'éducation physique et à la santé sur la pratique d'activités physiques? Comment l'éducateur physique peut-il contribuer à créer un contexte favorable à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif et à soutenir l'intérêt des jeunes vis-à-vis de leur école? C'est à ces questions que se propose de répondre le présent chapitre qui résume en quelque sorte ce qui ressort de *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques* (Kino-Québec, 2004), un avis émis par le Comité scientifique de Kino-Québec.

2. UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

Selon Nolin (2008), seulement quatre jeunes de 12 à 17 ans sur dix (42,5 %) font chaque jour au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité moyenne ou plus élevée. La proportion de garçons atteignant ce niveau de pratique est beaucoup plus élevée que chez les filles (52,4 % c. 32 %). Selon le Comité scientifique de Kino-Québec (2000), plusieurs facteurs expliqueraient ces faibles taux de pratique, notamment la popularité des loisirs passifs (jeux vidéo, Internet, télévision, etc.) et la réticence de plusieurs parents à laisser les enfants jouer dehors ou à se rendre à pied ou à vélo à l'école, pour des raisons de sécurité.

Au cours des dernières années, la préoccupation pour les saines habitudes de vie de toute une population et de plusieurs intervenants a amené le gouvernement à en faire une priorité. Le rapport Perrault² (2004) a d'ailleurs placé au rang de « crise de santé publique » la prévalence élevée de l'obésité juvénile. À l'instar de plusieurs pays industrialisés, l'embonpoint et l'obésité sont en augmentation dans la population québécoise, tant chez les jeunes que chez les adultes. De ce fait, un plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et des politiques favorables à une saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif ont vu le jour. Des efforts sans précédent se font dans toutes les régions du Québec.

3. UNE APPROCHE GLOBALE

Il est généralement accepté que pour agir sur les habitudes de vie en lien avec la santé, il est primordial d'adopter une approche centrée à la fois sur la personne et son environnement.

3.1. DE L'ÉCOLE...

Afin d'accroître la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes, Kino-Québec s'est donné, en toute cohérence avec l'objectif du Programme national de santé publique 2003-2012, celui de collaborer à « augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique par rapport aux résultats de 2003 ». Pour ce faire, Kino-Québec verra notamment à sensibiliser les écoles primaires et secondaires à l'importance de créer, de façon durable, des environnements favorables à la pratique régulière d'activités physiques, dans et autour de l'école.

Par son expertise, son dynamisme et sa connaissance du milieu, l'éducateur physique représente, pour Kino-Québec, un leader sur qui compter pour réaliser des activités et pour établir une concertation entre les différents acteurs concernés. Kino-Québec reconnaît l'éducateur physique comme un acteur de premier plan auprès des jeunes, parce qu'il est en mesure de leur donner le goût de bouger et de développer leurs

2. À la suite d'orientations issues du Forum des générations de l'automne 2004, le rapport Perrault, par ses nombreuses recommandations en matière d'alimentation, d'activité physique et d'habitudes de vie en général, vise à accentuer les efforts en matière de prévention.

habiletés. Il agira en outre auprès de la famille, de l'école et de la communauté qu'il sensibilisera à l'importance de créer un environnement favorisant l'adoption et le maintien d'un mode de vie actif.

Dans le quotidien, il est souhaitable que l'augmentation de la pratique d'activités physiques se fasse par une augmentation de l'engagement des élèves tant sur le plan moteur, organisationnel que cognitif, en misant sur la participation plutôt que sur la victoire. Il s'agit de créer des conditions qui encouragent et valorisent les élèves, en leur offrant des défis à la hauteur de leurs capacités et en répondant le plus possible à leurs goûts et à leurs intérêts. On sait que sur le plan individuel, les deux principales attitudes observées chez les jeunes qui pratiquent régulièrement des activités physiques sont la croyance en leur capacité d'exécuter certaines activités physiques, mais aussi de surmonter les difficultés associées à l'adoption et au maintien d'un mode de vie actif (Bandura, 2001). Le plaisir est aussi mentionné comme principal motif à la pratique d'activités physiques. Rire, s'amuser avec ses amis, relaxer, relever un défi personnel et ne pas chercher seulement à gagner sont autant d'éléments associés au plaisir d'être actif (Godin et Kok, 1996). Les adolescents sont aussi à l'affût des nouvelles tendances. Ces éléments doivent être exploités et valorisés. D'autre part, pour intéresser les jeunes peu actifs, il faut miser sur des activités qui correspondent davantage à leurs goûts et à leurs intérêts, en valorisant des activités mettant l'accent sur la coopération telles que les activités de plein air ou le kinball, par exemple, tout en incitant les élèves à participer à l'animation et à l'organisation de ces activités.

3.2. ... À L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SCOLAIRE ET MUNICIPAL

Outre les situations d'apprentissage, certains aspects de l'environnement familial, scolaire et municipal influent positivement sur la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes. Il y a notamment la disponibilité et l'accessibilité des installations sportives et récréatives, de même qu'une sécurité piétonnière associée à un faible taux de criminalité, à une faible circulation automobile, à la présence de trottoirs et à un éclairage adéquat. Le soutien des parents, des professeurs, des entraîneurs et des amis joue aussi un rôle important. Ce soutien peut prendre la forme d'encouragements, d'accompagnement aux activités, ou d'aide financière. Ces aspects sont particulièrement importants, car ils offrent aux jeunes une occasion d'intégrer des activités physiques à leur mode de vie.

4. DES INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER

Certaines interventions prometteuses recensées dans l'avis du Comité scientifique de Kino-Québec ciblent directement le milieu scolaire. Il s'agit principalement de caractéristiques particulières du programme d'éducation physique et de l'environnement physique et social.

Concernant le programme d'éducation physique, plusieurs études ont démontré l'importance de modifier le curriculum scolaire ainsi que les politiques afin d'augmenter le nombre d'heures consacrées à l'activité physique. Le programme de formation de l'école québécoise, qui est axé sur l'acquisition de compétences et sur des domaines généraux de formation, a fait de *l'éducation physique et à la santé* un de ses domaines de compétence. Depuis septembre 2006, à la suite d'une modification au régime pédagogique, le temps d'enseignement proposé en éducation physique et à la santé au primaire est d'au moins deux heures par semaine.

En plus d'augmenter la fréquence et la durée des cours d'éducation physique, il faut proposer des activités qui permettent aux jeunes de relever des défis en fonction de leurs habiletés et de participer activement au cours d'éducation physique en privilégiant les activités aérobies ou en modifiant les règlements des activités afin que les élèves soient plus actifs. Il est également important de favoriser une gestion de classe participative, par exemple, enseigner aux élèves les aptitudes nécessaires afin de jouer le rôle d'entraîneur et d'officiel, et de former les jeunes de manière à leur permettre d'avoir un jugement critique quant à la place à accorder à la pratique d'activités physiques dans leur quotidien. D'autre part, on propose de miser sur des activités que les jeunes auront l'occasion de pratiquer tout au long de leur vie telles que le vélo, la natation et le patin.

Une attention particulière doit également être apportée aux filles, celles-ci étant plus nombreuses que les garçons à ne pas être suffisamment actives physiquement. Selon une étude de l'Institut national de santé publique du Québec (2008), les adolescentes pratiquant au moins sept heures d'activités physiques hebdomadaires sont passées de 20,9 % en 1995 à 32,0 % en 2005, pendant que les adolescents, eux, se sont maintenus entre 53,1 % et 52,4 % pour la même période et pour le même niveau de participation. Il est à noter que cette différence est tout aussi apparente chez les enfants. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2004) indique qu'au Québec, 73,6 % des garçons et seulement 50,8 % des filles de 6 à 11 ans sont « suffisamment actifs ». Quelques pistes d'actions permettraient d'augmenter le nombre de jeunes filles physiquement actives.

Tout d'abord, il y aurait lieu de modifier les programmes offerts aux filles de façon à améliorer leurs habiletés physiques de base, à augmenter leur confiance en elles et à améliorer la perception qu'elles ont de leurs capacités. Il faudrait ensuite concevoir des programmations jumelant des activités sportives et des activités culturelles et sociales, tout en proposant davantage d'activités non compétitives et non traditionnelles (Kino-Québec, 1998).

Le cours d'éducation physique doit donc viser le développement d'habiletés psychosociales ainsi que l'acquisition de connaissances, de stratégies, d'attitudes et de comportements sécuritaires et éthiques nécessaires à une gestion judicieuse de sa santé et de son bien-être. Les activités physiques proposées doivent être variées et susceptibles d'être pratiquées dans la vie courante. Elles doivent aussi amener les jeunes à analyser les effets de la pratique d'activités physiques sur leur santé et leur bien-être. Il faut donc aller bien au-delà de la maîtrise des actions motrices si on souhaite amener les jeunes à adopter un mode de vie plus actif. D'ailleurs, selon le Comité scientifique de Kino-Québec (2004), diffuser de l'information sur les retombées de certaines habitudes de vie n'entraîne pas nécessairement d'augmentation de la pratique d'activités physiques.

Au-delà de ce qui est peut-être envisagé dans le cadre du cours d'éducation physique et à la santé, d'autres pistes destinées à promouvoir la pratique régulière d'activités physiques à l'école sont avancées. Par exemple, les professeurs de français, de mathématiques et d'anglais sont invités à choisir des thèmes liés à des activités physiques et sportives. On propose aussi que les récréations soient structurées de façon à permettre aux jeunes du primaire de mettre en pratique les compétences acquises dans les cours d'éducation physique. La gamme d'activités récréatives offertes sur l'heure du midi et après les heures de classe pourrait être élargie. De plus, le déplacement actif entre l'école et la maison est un autre moyen, écologique et économique, de favoriser l'adoption et le maintien d'un mode de vie physiquement actif. D'autre part, l'environnement immédiat de l'école et les installations extérieures pourraient être davantage utilisés pour y organiser des activités. On suggère aussi d'essayer le nouveau et l'exotique et d'offrir de la formation et du soutien à de jeunes leaders afin qu'ils prennent en charge l'organisation et l'animation de certaines activités physiques.

En ce qui a trait aux changements apportés à l'environnement physique et social, il est important d'encourager l'aménagement d'environnements favorables dans des milieux de vie tels les écoles et les quartiers résidentiels,

notamment en faisant la promotion et en augmentant l'accessibilité des installations sportives et récréatives et des voies cyclables sur le chemin de l'école et aux endroits fréquentés par les jeunes (Kino-Québec, 2004).

Par ailleurs, le milieu scolaire devrait accroître la concertation avec les milieux municipal et associatif afin de maximiser l'utilisation des équipements sportifs existants, et de s'assurer que les investissements tiennent compte du milieu desservi et des goûts changeants des jeunes. D'autre part, cette concertation avec le milieu municipal permettrait aux jeunes de se rendre à l'école à pied ou en vélo de façon sécuritaire par l'établissement, par exemple, d'un périmètre de sécurité à proximité de l'école avec la collaboration de la police communautaire ou encore par l'aménagement d'un réseau cyclable.

5. KINO-QUÉBEC: UN PARTENAIRE DE CHOIX

Pour faciliter les interventions en matière d'activité physique en milieu scolaire, le réseau Kino-Québec soutient les intervenants du réseau de la santé et de l'éducation dont les centres de santé et des services sociaux, les directions de services éducatifs, les conseillers pédagogiques en éducation physique, les éducateurs physiques, les directions d'écoles, les responsables des services de garde et les membres des conseils d'établissement, mais aussi les représentants des parents et de la communauté. Pour ce faire, le réseau Kino-Québec développe et maintient un haut niveau de concertation avec les différents partenaires nationaux et régionaux tels que: Québec en forme, les unités régionales de loisir et de sport, la Fédération québécoise du sport étudiant, la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec et Vélo Québec. Cette concertation permet de mettre en commun l'expertise et les connaissances du milieu scolaire, ainsi que les ressources et les outils pouvant favoriser l'adoption d'un mode de vie physiquement actif par les jeunes.

Depuis plusieurs années, le réseau des conseillers Kino-Québec met également à la disposition du milieu scolaire des ressources comme des documents, des outils, du matériel promotionnel, des formations et du financement, et le réseau collabore à la mise en œuvre de certains programmes ou politiques, telle la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif (2008). D'une région à l'autre, le soutien offert par Kino-Québec peut varier selon les activités et les priorités régionales.

En voici quelques exemples :

- la trousse à outils qui vise à la fois l'animation, notamment par une compilation d'une banque de jeux, l'organisation et l'aménagement de la cour d'école disponible en 2009 ;
- le concours « École active », qui soutient financièrement les écoles primaires qui souhaitent investir de façon permanente dans l'organisation et l'animation de leur cour d'école tout en offrant des aliments sains. Ce concours appuie également les écoles secondaires dans la mise sur pied ou l'amélioration d'un environnement physique permanent, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'école, pour favoriser la pratique régulière d'activités physiques, la sécurité et l'éthique dans les activités physiques et sportives ou l'adoption de saines habitudes alimentaires, et invite les élèves à s'investir dans la promotion et l'animation de celui-ci.

Mentionnons aussi la campagne « Plaisirs d'hiver », par laquelle la population est invitée à participer aux activités organisées et à profiter de l'hiver pour faire de l'activité physique. Elle est réalisée en collaboration avec les municipalités, et les écoles sont invitées à s'y engager. Pour en faire la promotion, du matériel leur est offert gratuitement : une affiche, un guide d'idées d'activités à organiser et des prix de participation pour les élèves (Kino-Québec, 2008c).

Les chercheurs du domaine de l'activité physique sont unanimes : pour lutter contre le désengagement des jeunes face à la pratique d'activités physiques, il faut mettre en place un vaste éventail d'actions dans tous les milieux de vie des jeunes, soit l'école, la famille et la communauté. Ainsi, par ses avis scientifiques et par ses programmes et interventions, Kino-Québec démontre qu'il est et veut demeurer un « partenaire de choix » pour faire de l'école un milieu favorable à l'adoption et au maintien d'un mode de vie actif chez les jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A. (2001). « Social cognitive theory : An agentic perspective », *Annual review of Psychology*, n° 52, p. 1-26.
- Cavill, N., S. Biddle et J.F. Sallis (2001). « Health Enhancing Physical Activity for Young People : Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference », *Pediatric Exercise Science*, n° 13, p. 12-25.

- Godin, G. et G. Kok (1996). «The theory of planned behaviour. A review of its application to health-related behaviours», *American Journal of Health Promotion*, vol. 11, n° 2, p. 87-98.
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2008). *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*, <www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf>, page consultée le 27 novembre 2008.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*, mise à jour 2008.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Niveau d'activité physique*, <www.inspq.qc.ca/santescope>, page consultée le 1^{er} décembre 2008.
- Kino-Québec (1998). *Les jeunes et l'activité physique. Situation préoccupante ou alarmante?* Québec, Gouvernement du Québec, <www.kino-quebec.qc.ca/publications/JeunesActivitePhysique.pdf>, page consultée le 8 juillet 2009.
- Kino-Québec (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes*, Avis du comité scientifique de Kino-Québec. Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Kino-Québec (2004). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*, Avis du comité scientifique de Kino-Québec, Québec, Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, Gouvernement du Québec, <www.kino-quebec.qc.ca/publications/avisstrategies.pdf>, page consultée le 8 juillet 2009.
- Kino-Québec (2008a). *Concours École active – Ma cour m'active! 2008*, <www.mels.gouv.qc.ca/loisirsport/ecoleactive2009/index.asp?page=primaire_c>, page consultée le 8 juillet 2009.
- Kino-Québec (2008b). *Concours École active – Opération ados! 2008*, <www.kino-quebec.qc.ca/ecoleactive.asp>, (page consultée le 8 juillet 2009).
- Kino-Québec (2008c). *Plaisirs d'hiver*, <www.mels.gouv.qc.ca/plaisirshiver/>, page consultée le 8 juillet 2009.
- Laberge, B., D. Boudreault et E. Dumont (1999). *Mieux vivre ensemble dans la cour d'école*, Montmagny, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, <www.kino-quebec.qc.ca/publications/MieuxVivre-CourEcole.pdf>, page consultée le 17 juillet 2008.
- Nolin, B. et D. Hamel (2007). *Pratique d'activité physique de loisir chez les 6 à 11 ans en 2004: Québec, autres provinces et Canada* (données non publiées).
- Nolin, B. (2008). Institut national de santé publique du Québec, Base de données : Statistique Canada, fichier de microdonnées, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2005.

- Nolin, B. et D. Hamel (2004). *Résultats basés sur l'analyse des fichiers de microdonnées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001* (données non publiées), Québec, Institut national de santé publique.
- Sallis, J. et K. Patrick (1994). «Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement», *Pediatric Exercise Science*, vol. 6, n° 4, p. 302-314.

UN OUTIL DE DÉMARRAGE POUR FACILITER L'IMPLANTATION D'UN PROJET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Claude BORDELEAU, Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi

Gilles HARVEY, Département de kinanthropologie, Université du Québec à Montréal

François TRUDEAU, Département des sciences de l'activité physique,
Université du Québec à Trois-Rivières

Linda MORENCY, Département des sciences humaines Université du Québec à Chicoutimi

RÉSUMÉ

En éducation, les programmes du ministère de l'Éducation du Québec suggèrent aux enseignants d'utiliser davantage les technologies de l'information et des communications (TIC). Dans le but de faciliter l'intégration de l'éducation à la santé pour les éducateurs physiques en formation ainsi que pour les enseignants en exercice, nous avons conçu un site Web, <www.quebec.ca/edusante>. Il a comme objectifs 1) d'initier les étudiants en éducation physique à l'éducation à la santé et 2) de faciliter le

démarrage d'un projet en éducation à la santé. Le site présente une conception particulière de la santé, synthétise des informations mais permet également un échange d'idées et d'applications sur le domaine de l'éducation à la santé. Dans ce texte, vous êtes conviés à un bref tour d'horizon du site qui, nous l'espérons, éveillera votre intérêt et votre curiosité. Une évaluation de ce site pourrait faire l'objet d'une recherche subséquente.

Ce chapitre décrit un outil, présenté sous la forme d'un site Internet qui facilite le démarrage d'un projet en Éducation à la santé dans un milieu scolaire. Ce site consiste à offrir une base d'informations théoriques et pratiques relatives à la thématique de l'éducation à la santé. Il s'adresse aux étudiants de premier cycle universitaire en éducation physique et à la santé, ainsi qu'aux professeurs titulaires et aux éducateurs physiques du primaire et du secondaire. L'obtention d'une subvention du Fonds de développement académique du réseau de l'Université du Québec (FODAR) est à l'origine de son développement ainsi que la participation des trois institutions du réseau des Universités du Québec offrant le programme de formation des maîtres en éducation physique et à la santé; soit celles de Chicoutimi, Montréal et Trois-Rivières.

Les nouvelles technologies de l'information prennent de plus en plus de place dans la diffusion de l'information. En éducation, les programmes du ministère de l'Éducation du Québec suggèrent aux enseignants d'utiliser davantage les technologies de l'information et des communications, communément appelées TIC. Même si cette technologie n'est pas une panacée universelle et ne remplace pas un bon pédagogue, elle agit comme soutien à la recherche d'informations et comme support à l'apprentissage. Le rôle joué par les TIC est de diffuser de l'information et de créer des situations d'apprentissage.

C'est à partir de cette problématique que nous avons commencé à réfléchir sur un moyen d'aider les éducateurs physiques en formation ainsi que les enseignants en exercice à identifier l'étendue du domaine de l'éducation à la santé, ses objectifs de prévention, d'éducation et de

promotion de la santé et la manière dont l'enseignant pourrait s'approprier un contenu et une pratique qui lui sont propres et les intégrer à son enseignement.

Dans un deuxième temps, nous souhaitons que les éducateurs physiques qui avaient déjà réfléchi à la question et qui avaient déjà intégré l'éducation à la santé dans leur enseignement nous fassent part de leur expérience et des moyens qu'ils avaient mis en application avec succès.

Cette façon de faire permettrait, selon nous, d'identifier le champ d'action particulier à l'éducation physique relativement à la santé et d'aider les étudiants aussi bien que les éducateurs physiques à se créer un modèle, une représentation et un mode d'action qui leur soient propres. Ce site Internet (<www.uquebec.ca/edusante>) a deux objectifs: 1) initier les étudiants en éducation physique à l'éducation à la santé et 2) faciliter le démarrage d'un projet en éducation à la santé.

1. LA RÉALISATION DU SITE WEB

Afin d'assurer la réussite de notre projet, nous avons choisi de respecter trois critères importants proposés par la Centrale de Paris (2003): la crédibilité du contenu, la stabilité des liens et l'interactivité.

La justesse de l'information s'avère très importante, puisque le site s'adresse à des relayeurs d'information qui auront un effet multiplicateur, et nous avons voulu leur présenter les sources des informations scientifiques. Ainsi, la plupart des textes des quatre sections sur la santé ont été écrits par les professeurs impliqués dans la conception du site ou validés par eux, lorsqu'ils étaient écrits par un étudiant de cycle supérieur. Les textes sont habituellement suivis de références qui permettent aux internautes d'approfondir leurs connaissances. Finalement, les auteurs des textes sont mentionnés pour des fins d'imputabilité et il est possible de communiquer avec eux pour obtenir de l'information supplémentaire ou pour faire des suggestions.

Des hyperliens ont été installés pour que les utilisateurs puissent avoir un accès plus direct à la source d'information, mais aussi à de l'information complémentaire. Autant que possible nous avons cherché à trouver des références en français et tenté de proposer des sites de niveau universitaire. Nous n'avons pas installé de liens directs pour certaines références, puisque les internautes n'ont pas tous le privilège d'accès à

ces articles. Un autre type d'hyperliens sera développé entre les pages des sections santé et les laboratoires correspondants, de même que des hyperliens conduisant au résumé sur la banque de données PubMed. Nous nous assurons de la qualité du site au bout d'un hyperlien et maintenons ces hyperliens à jour une fois par année.

Enfin, l'interactivité du site est assurée par la présence de tests validés dans certaines sections qui permettent à l'internaute de s'autoévaluer. Ces tests sont suivis de recommandations générales sur le type d'exercices ou d'objectifs pédagogiques en fonction de la problématique traitée qui peuvent être utiles autant pour sa santé que pour celle de ses élèves.

2. LES CHOIX THÉORIQUES

Le cadre de référence sous-jacent à notre démarche et présenté dans le site s'appuie sur certains concepts théoriques de la santé, sur une vision de l'intervention en éducation à la santé et sur certaines conceptions reliées à l'adoption de saines habitudes de vie.

Tel que vous le constaterez, nous avons privilégié l'approche dite multidimensionnelle de la santé, à savoir les thèmes santé physique, santé mentale, santé sociale et santé environnementale. Ces choix se justifient par les propos de Greenberg (1985), complétés par une réflexion de Harvey et Robinault (1996).

Le concept de santé est de nature multidimensionnelle. La santé est composée de cinq dimensions personnelles (physique, émotionnelle, spirituelle, sociale et intellectuelle), c'est-à-dire celles sur lesquelles la personne aurait un impact et un autocontrôle direct. Il y a également ce que l'on pourrait appeler les supradimensions de la santé, celles sur lesquelles la personne peut également exercer un certain contrôle, mais dont elle ne peut être entièrement responsable parce qu'elles relèvent davantage d'une responsabilité collective, à laquelle chaque personne peut apporter sa propre contribution (Harvey et Robinault, 1996, p. 47)

Pour nous, l'intervention de l'éducateur sous-entend trois façons d'envisager les actions en faveur du maintien et de l'amélioration de la santé; ce sont la prévention, la promotion et l'éducation. Ces concepts, bien que distincts par leurs définitions, sont complémentaires dans leurs actions. La prévention s'intéresse à empêcher l'apparition et la propagation

de la maladie, la promotion cherche à sensibiliser la population et à lui faire adopter de saines habitudes de vie, tandis que l'éducation vise à habiliter la personne à faire des choix éclairés et à devenir autonome.

L'adoption de saines habitudes de vie ou le passage à l'action devrait résulter de l'intervention en éducation à la santé. Ce passage à l'action concerne l'adoption de nouvelles habitudes de vie ou la modification d'habitudes jugées néfastes. Tout programme d'éducation à la santé vise à faire adopter des comportements ou des habitudes de vie favorables à la santé et au bien-être. Dans certains cas, on aimerait influencer un tel changement de comportement ou d'habitude de vie.

Le passage à l'action ou l'engagement est davantage un phénomène affectif que cognitif lié aux besoins et aux valeurs de la personne. C'est pourquoi une personne agira plus rapidement si sa santé et son bien-être sont menacés ou si elle possède des valeurs bien ancrées face à son bien-être et à un mode de vie sain.

3. LE CONTENU DU SITE

Ce site est composé de sept grandes parties. D'abord, la partie « Éducation à la santé » présente quelques concepts théoriques relatifs au domaine ainsi que plusieurs rubriques correspondant à un sujet associé à la santé physique, la santé mentale, la santé sociale et la santé environnementale.

Les deuxième et troisième parties présentent des « Projets d'éducation à la santé » déjà existants et suggèrent des « Programmes de promotion de la santé ». Les « Laboratoires », qui constituent la quatrième partie, permettent à l'enseignant de présenter des expériences en classe pour faciliter la compréhension de certains sujets en éducation à la santé.

Enfin, le site est complété par une « Veille informationnelle », un « Plan du site » et une section intitulée « Autres sites ». Ces parties permettent à l'internaute de naviguer parmi des éléments suggérés par les concepteurs du site.

3.1. PREMIÈRE PARTIE : ÉDUCATION À LA SANTÉ

La division du contenu théorique a tenu compte d'une définition plus globale de la santé, comme expliqué plus tôt dans le texte. Les quatre sections qui peuvent présenter jusqu'à 28 rubriques correspondent aux

santés physique, mentale, sociale et environnementale et contiennent la majorité des informations importantes pour l'éducateur à la santé en milieu scolaire. Le nombre de rubriques est appelé à croître à mesure qu'il y a des ajouts à la suite de suggestions. Après sélection de la rubrique, l'internaute retrouvera généralement des éléments tels que : 1) l'énoncé du problème, 2) le contenu textuel, les tests, les objectifs pédagogiques, des figures et tableaux, 3) les hyperliens et 4) les références commentées.

Les «capsules santé» et les «scénarios d'apprentissage» suivent les descriptions des rubriques. Pour la plupart, ils sont l'œuvre d'étudiants et représentent le début d'explications concrètes utilisées par les enseignants du milieu pour traduire l'intégration de l'éducation à la santé dans le milieu scolaire. Les capsules santé sont des outils «instantanés» pouvant être utilisés par l'éducateur physique à l'intérieur de ses séances d'enseignement. En général, elles se réalisent par l'enseignant qui utilise environ cinq minutes pour introduire un concept de santé à l'intérieur de son cours d'éducation physique. Cette introduction se fait souvent sous la forme de questions aux étudiants ou d'affiches. Le contenu de ces capsules provient de connaissances acquises par l'éducateur physique pendant sa formation initiale ou continue, de lectures récentes ou de la découverte de sites Internet particuliers à la santé. Les capsules santé sont présentées sous forme de diaporamas, de questions avec réponses et références et d'activités d'apprentissage par le jeu. Il est évident que ces capsules santé ne représentent qu'un début d'information sur la santé. Elles n'auront que peu d'influence sur l'acquisition de nouvelles habitudes de vie saines, mais elles sont un pas dans cette direction.

Pour leur part, les scénarios d'apprentissage correspondent à des séances d'activités pouvant être exploitées par les enseignants qui proviennent de petites transformations apportées à des scénarios d'apprentissage moteur créés pour d'autres objectifs que ceux de l'éducation à la santé. Par le changement en concepts associés à la santé, des éléments habituels tels que des noms d'équipes, des rôles à jouer, des tâches à accomplir, des zones à déterminer, des stratégies à utiliser, des échauffements, l'éducateur physique initie les élèves à des concepts de santé. Le retour au calme est alors l'occasion idéale pour faire une rétrospective de l'apprentissage-santé abordé pendant la séance. Ces scénarios d'apprentissage représentent aussi des planifications de cours complètes associées au thème de la santé, sans toutefois être traduits en compétence à développer chez l'élève. Nous y retrouvons à l'occasion plusieurs séances proposées en continuité sur un même sujet. La planification comprend

généralement tous les éléments nécessaires pour reproduire le scénario tels que les objectifs, le matériel, les mises en situation, le déroulement, les variantes, la conceptualisation de l'apprentissage, le retour au calme, les références, ainsi que le nom de son auteur.

3.2. DEUXIÈME PARTIE : PROJETS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Cette partie regroupe des projets dont l'envergure est plus grande que les capsules santé ou les scénarios d'apprentissage. Elle présente des informations générales sur les projets, des descriptions, quelques informations complémentaires et parfois des hyperliens permettant de communiquer avec les personnes ou les institutions pour connaître le projet plus en profondeur.

3.3. TROISIÈME PARTIE : PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Quelques explications et informations exposent en détail les programmes de promotion de la santé que nous avons sélectionnés. Souvent, ils possèdent un hyperlien permettant d'accéder à un site ayant plusieurs informations pertinentes.

3.4. QUATRIÈME PARTIE : LABORATOIRES

Au nombre de huit, ces laboratoires peuvent être utilisés par les éducateurs physiques pour enseigner l'éducation à la santé. Ils offrent des documents qui accompagnent la présentation de chacun. Le document procédure s'adresse à l'enseignant. Il y retrouvera des directives mentionnant le but, quelques suggestions pour la présentation du laboratoire et des propositions de tâches à accomplir à l'intérieur de l'école pour faire une suite à ce travail. L'introduction qui suit les directives présente le sujet dans son ensemble et propose une stratégie pour attirer l'attention et l'intérêt des élèves sur le problème à l'étude. Par la suite, dans la partie intitulée préparation au laboratoire, le concepteur indique les tâches de préparation et de manipulation à effectuer avant le laboratoire. Les procédures sont divisées en deux parties, soit la présentation du matériel nécessaire ainsi que la description détaillée de la réalisation de chacune des étapes du laboratoire. Finalement, une discussion, sous l'angle d'un séminaire animé, est suggérée au professeur afin de permettre aux étudiants de développer des liens concrets avec la vie de tous les jours.

Le cahier du responsable complète, pour certains laboratoires, celui attribué à l'enseignant. Le contenu est bonifié par quelques paragraphes écrits en caractères différents. Ces paragraphes proposent quelques pistes ou commentaires qui orientent la présentation du sujet en mentionnant quelques argumentations. Aussi, il communique les réponses aux questions demandées aux étudiants et, parfois, présente un exemple du travail demandé.

Le cahier du participant s'adresse à l'élève. L'introduction lui présente le sujet dans son ensemble en insistant sur les éléments principaux. Celle-ci est suivie par l'explication des tâches qu'il doit accomplir avant de se présenter au laboratoire afin de maximiser ses apprentissages et une série de questions proposées s'ajoute à la procédure. Il est évident que dans cette partie, le matériel est le même, mais l'information relative au laboratoire comprend des descriptions plus particulières réservées aux tâches à accomplir pendant le laboratoire. L'étudiant est invité à poser des questions dans le volet attribué à la discussion et une conclusion vient finaliser le débat.

Ces trois documents se terminent par une bibliographie et une liste de sites. Aussi, l'internaute remarquera que les adresses Internet des auteurs sont accessibles et que tout ce matériel peut être téléchargé et modifié pour répondre à ses besoins particuliers et y ajouter sa touche personnelle.

3.5. CINQUIÈME PARTIE : VEILLE INFORMATIONNELLE

Ce volet est mis à jour annuellement et présente des informations concernant l'éducation à la santé. Ces informations proviennent de travaux d'étudiants effectués lors de certains cours de formation initiale universitaire. Le but de ces travaux consiste à découvrir des publications récentes sur les rubriques proposées dans les volets de santé physique, mentale, sociale ou environnementale. Elles sont par la suite réparties en trois catégories, soit des « Outils sur le Web », un « Catalogue de bibliothèque » et une « Banque de données ».

L'« Outil sur le Web » regroupe des pages accessibles sur le Web. L'utilisateur peut découvrir l'adresse de sites Internet ainsi qu'un résumé de la rubrique choisie, une série de documents parus à l'intérieur de périodiques et aussi disponibles sur le « Web » et des articles scientifiques ou non. Pour sa part, le « Catalogue de bibliothèque » propose

des références à des volumes en lien avec les rubriques de la santé, tandis que la « Banque de données » contient des références à des articles de journaux ou de périodiques récents.

CONCLUSION

Deux principales difficultés relatives au suivi du site se présentent actuellement. D'abord, une difficulté de commercialisation du site est en lien avec notre clientèle. Puisque nous nous adressons à des enseignants, des enfants et des adolescents, nous ne pouvons pas solliciter de commanditaires qui pourraient aller à l'encontre des messages que nous voulons transmettre à ces mêmes personnes. Pour le moment, les coûts d'entretien sont supportés par les membres de l'équipe. La deuxième difficulté est universelle chez tous les responsables de sites Web. Elle s'associe à la mise à jour du site et vise principalement la vérification des adresses des sites que nous suggérons par hyperliens.

Cependant, un site Internet est avant tout un outil de communication. Celui-ci présente une conception particulière de la santé, synthétise des informations, mais permet également un échange d'idées et d'applications sur le domaine de l'éducation à la santé. C'est un endroit où étudiants universitaires, enseignants débutants ou chevronnés collaborent en diffusant leurs réussites, constituant ainsi une banque d'informations et de ressources de grande valeur. Aussi, il peut répondre aux besoins, parfois urgents, des étudiants lors d'un questionnement survenu pendant une période d'étude, un travail à exécuter ou au moment de la préparation d'une présentation ou d'une démarche promotionnelle visant à créer de bonnes habitudes de vie chez les jeunes.

Il peut faciliter la création de différentes stratégies d'enseignement permettant non seulement d'offrir des diapositives en couleur, mais aussi de faire « voyager » les étudiants d'une connaissance à l'autre et de les impliquer de façon interactive dans leur formation. Il facilite également le travail de formation continue pour les enseignants qui désirent parfaire leurs connaissances sur le volet d'éducation à la santé. Nous espérons qu'il soit un outil de référence pour de nombreux adeptes de l'évolution de l'éducation à la santé par l'intermédiaire du spécialiste en éducation physique.

BIBLIOGRAPHIE

- Centrale de Paris (2003). *Net Scoring: Critères de qualité de l'information de santé sur l'Internet*, <www.chu-rouen.fr/netscoring/>, page consultée le 25 novembre 2008.
- Greenberg, J.S. (1985). «Health and wellness: A conceptual differentiation», *Journal of School Health*, vol. 55, n° 10, p. 403-406.
- Harvey, G. et P.G. Robinault (1996). *Santé et activité physique*, Notes de cours, Université du Québec à Montréal.

Conclusion

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE Bilan, défis et perspectives d'avenir

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

Johanne GRENIER, Département de kinanthropologie, Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Le présent chapitre fait la synthèse des principaux constats et leçons à tirer de cet ouvrage. Depuis le renouveau pédagogique au Québec, la façon d'inclure l'éducation à la santé à l'école s'est transformée de façon majeure, combinant trois modalités distinctes mais qui doivent s'arrimer pour contribuer à la santé, au bien-être et à la réussite de l'élève. Dans le Programme de formation de l'école québécoise, l'inclusion disciplinaire repose sur la troisième compétence de l'éducation physique et à la santé, soit « Adopter un mode de vie sain et actif », alors que l'inclusion transdisciplinaire est assurée par le domaine général de formation appelé « Santé et bien-être ». Une troisième modalité relève de la possibilité qu'à l'école d'adhérer à l'« Approche École en

santé » sous l'entente de complémentarité des services conclue entre les réseaux de la santé et de l'éducation. L'éducation à la santé à l'école est donc une responsabilité partagée, ce qui soulève toute la question du partenariat. Pour faire équipe en éducation à la santé à l'école, les défis à relever sont nombreux : mentionnons entre autres l'importance d'harmoniser des logiques et des finalités différentes selon les acteurs quant à la légitimité de l'éducation à la santé à l'école, et la nécessité d'élargir les conceptions de l'éducation à la santé, actuellement très centrées sur la prévention et l'adoption d'un mode de vie sain, à des conceptions plus humanistes, appropriatives, voire écologiques. Au-delà des défis directs que pose le partage de l'éducation à la santé à l'école, d'autres enjeux sont soulevés dans cet ouvrage : Comment la théorie peut-elle orienter l'action en éducation à la santé ? Quels sont les facteurs modulant l'implantation d'activités d'éducation à la santé à l'école ? Comment évaluer les apprentissages des élèves et des étudiants en éducation à la santé ? Le besoin ultime qui émerge toutefois de cet ouvrage relève de la formation initiale des divers acteurs en éducation à la santé, particulièrement les enseignants, relativement non seulement à l'objet éducation à la santé lui-même, mais aussi aux principes et exigences du partenariat.

Grâce à la collaboration de plus d'une vingtaine de professionnels et chercheurs activement impliqués en éducation à la santé au Québec et ailleurs, cet ouvrage collectif alimente la réflexion sur le positionnement actuel de l'éducation à la santé à l'école, particulièrement dans le contexte éducatif québécois. Cet ouvrage tombe à point alors que le renouveau pédagogique amorcé depuis 1997, incluant le Programme de formation de l'école québécoise implanté de façon progressive depuis 2000, sera complété avec l'année scolaire 2009-2010.

Si les enseignants ont consacré les premières années de l'implantation de ce programme de formation à apprivoiser les compétences disciplinaires et à expérimenter cette nouvelle façon de penser et de faire l'école, ils devront, dans les prochaines années, intégrer de façon plus

systématique dans leurs pratiques les autres éléments proposés par ce programme, soit les compétences transversales et les domaines généraux de formation (DGF), notamment celui de la « Santé et du bien-être ». Ces derniers éléments du Programme de formation de l'école québécoise soulèvent avec acuité la question du partenariat, d'autant plus que les actions des services éducatifs complémentaires offerts à l'école doivent s'arrimer à ces domaines généraux de formation et contribuer par de multiples façons au développement de ces compétences (MELS, 2005).

Sous l'angle de ce renouveau pédagogique et particulièrement du Programme de formation qu'il propose, comme nombre d'auteurs le soulignent, l'éducation à la santé devient une responsabilité partagée. À partir de maintenant, non seulement les enseignants, mais tous les acteurs gravitant autour de l'école, doivent participer à la mise en œuvre d'initiatives qui favorisent tant la santé et le bien-être des élèves que leur réussite. Cet ouvrage permet de clarifier ce qu'implique *Faire équipe pour l'éducation à la santé* dans un tel contexte. Bien qu'il témoigne davantage de la problématique telle que soulevée ou expérimentée sous l'angle de la discipline *Éducation physique et à la santé* (EPS), plusieurs de ses chapitres contribuent à mettre en relief les questions auxquelles sont et seront confrontés, dans les prochaines années, à la fois ces enseignants et l'ensemble des acteurs impliqués à l'école.

Le présent chapitre se propose donc de dégager quelques constats et leçons émergeant des réflexions et expériences des différents auteurs. La synthèse est faite de manière à soulever les défis et à dégager les perspectives d'avenir de l'éducation à la santé à l'école au Québec.

1. LA TRANSFORMATION DU CONTEXTE D'INCLUSION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE

Les multiples acteurs de l'école modulent leurs pratiques en fonction du contexte éducatif en place et des prescriptions qui le régulent. Dans cet ouvrage, plusieurs auteurs font référence à ce contexte en transformation importante au Québec et discutent des enjeux de tous ordres qu'il soulève sur l'avenir de l'éducation à la santé à l'école. La transformation de ce contexte est à la fois stressante et porteuse de façons différentes de concevoir et de faire l'éducation à la santé.

Le regard historique que porte Rose-Marie Lèbe (chapitre 1) sur l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école aide à saisir dans quelle mesure ce que le Programme de formation propose depuis 2000, contraste avec la place que cette éducation a occupée par le passé. Selon Rose-Marie Lèbe, dès la moitié du XIX^e siècle, la pertinence de l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école était soutenue par les instances de la santé publique, préoccupées par divers problèmes affectant la santé des jeunes québécois. En revanche, malgré des lois et politiques favorisant l'enseignement de l'hygiène personnelle et de l'activité physique dans les écoles, malgré l'inclusion de ces thématiques dans plusieurs cours des programmes de formation, malgré des campagnes de sensibilisation et des formations implantées de façon régulière dans l'environnement scolaire, il aura fallu près d'un siècle avant que l'éducation à la santé ne soit réellement offerte aux élèves québécois.

C'est au début des années 1980 que la responsabilité explicite de l'éducation à la santé a été confiée, dans le cadre des programmes scolaires, à deux types d'enseignants : l'enseignant de formation personnelle et sociale (FPS), cours dont l'un des cinq volets était spécifiquement réservé à l'éducation à la santé et dans lequel la question de la santé était abordée sous toutes ses dimensions, et l'éducateur physique, qui, par ses enseignements, favorisait la pratique de l'activité physique chez ses élèves et, par conséquent, contribuait à l'amélioration de leur état de santé. Rose-Marie Lèbe souligne d'ailleurs comment, au début des années 1990, au moment de la sortie de la Politique de la santé et du bien-être par le ministère de la Santé et des Services sociaux (1992), les éducateurs physiques ont voulu marquer leur appropriation du champ de l'éducation à la santé par le dépôt d'un mémoire dans lequel ils démontraient, avec rigueur, la contribution de la pratique régulière de l'activité physique à l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents. Compte tenu de la structure actuelle du Programme de formation de l'école québécoise, la place occupée depuis par les éducateurs physiques dans le champ de l'éducation à la santé s'est sans contredit consolidée.

On peut donc conclure qu'avant les années 2000, l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école au Québec était d'abord centrée sur les disciplines. Les élèves pouvaient avoir accès à d'autres formes d'initiatives en éducation à la santé, mais celles-ci n'étaient pas enchâssées de façon aussi formelle que maintenant dans les politiques de l'école compte tenu

du contexte du renouveau pédagogique et du Programme de formation de l'école québécoise. Quels sont donc les ancrages actuels pour faire l'éducation à la santé à l'école ?

Pour répondre à cette question, le chapitre de Sylvain Turcotte est particulièrement éclairant (chapitre 2) puisqu'il présente au lecteur un portrait général des multiples modalités expérimentées depuis nombre d'années à l'échelle internationale pour inclure l'éducation à la santé à l'école. Ces modalités se regroupent sous trois grandes stratégies : *a*) une inclusion disciplinaire ; *b*) une inclusion transdisciplinaire (où elle est un thème transversal inclus dans plusieurs disciplines) ; *c*) une inclusion hors discipline (où elle est un domaine d'intervention parmi d'autres, à travers les activités et services offerts à l'école). D'après Sylvain Turcotte, selon les contextes éducatifs analysés, ces modalités ont été implantées de façon isolée ou combinée, sans qu'on puisse toutefois trancher quant à la formule la plus efficace en regard des objectifs de santé, bien-être et réussite poursuivis.

Dans le contexte du renouveau pédagogique, le Québec a opté pour la concomitance de ces trois modalités. Les prochains paragraphes les résumant et mettent en relief les questions qu'elles soulèvent à la lumière, entre autres, des réflexions des auteurs.

1.1. L'INCLUSION DISCIPLINAIRE, DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LA TROISIÈME COMPÉTENCE DISCIPLINAIRE EN ÉDUCATION PHYSIQUE ET À LA SANTÉ « ADOPTER UN MODE DE VIE SAIN ET ACTIF »

Dans le Programme de formation de l'école québécoise, les enseignants en EPS sont les seuls ayant comme prescription une compétence disciplinaire spécifique à l'éducation à la santé, soit « Adopter un mode de vie sain et actif ». L'adoption d'un mode de vie sain et actif repose sur « la prise de conscience des facteurs susceptibles d'affecter ses habitudes de façon positive et négative et se traduit par l'engagement dans la pratique régulière d'activités physiques, par la capacité d'évaluer les effets de ses actions sur sa santé et de faire les choix qui s'imposent » (MEQ, 2001a, p. 266). Cette troisième compétence se décline en quatre composantes qui résument le processus par lequel elle sera développée. Ce processus implique que l'élève : 1) analyse les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé et son bien-être, 2) planifie une démarche visant à modifier certaines d'entre elles, 3) mette en œuvre son plan et 4) en fasse le bilan (MEQ, 2001a, 2003a). Sous cette compétence, des savoirs disciplinaires spécifiques sont identifiés et des critères d'évaluation, suggérés.

En travaillant cette compétence disciplinaire, l'enseignant en EPS facilite aussi le développement de plusieurs compétences transversales puisque l'adoption d'un mode de vie sain et actif demande que l'élève soit en mesure, par exemple, d'exploiter l'information pertinente et d'exercer son jugement critique afin de faire des choix éclairés ou, encore, d'actualiser son potentiel et de se donner des méthodes de travail efficaces pour mettre en œuvre son plan et l'évaluer. À l'inverse, porte ouverte sur le partenariat, lorsque les autres acteurs de l'école s'attardent à ces compétences transversales ou abordent des savoirs plus généraux par des activités proposées dans le cadre du DGF « Santé et bien-être », c'est autant d'occasions pour soutenir l'élève dans son cheminement vers l'adoption d'un mode de vie sain et actif.

Cette modalité d'inclusion par la discipline de l'éducation physique... et à la santé... soulève de nombreux défis que plusieurs auteurs ont relevés, en particulier, Sylvain Turcotte (chapitre 2). Cet auteur soutient que le Programme de formation, par sa vision socioconstructiviste, impose une remise en question des pratiques pédagogiques privilégiées par le passé par les éducateurs physiques et une révision de leur rôle dans le développement global des enfants et des adolescents. Selon lui, le passage d'une pédagogie centrée sur l'apprenant plutôt que sur l'intervenant et l'accent mis sur les processus d'apprentissage plutôt que sur les résultats sont des éléments fort favorables à l'inclusion de l'éducation à la santé, mais qui exigent de la part des éducateurs physiques de s'approprier des objets d'apprentissage avec lesquels ils sont peu familiers et d'enrichir leurs compétences de manière à s'ajuster aux particularités des interventions spécifiques à l'éducation à la santé.

Pour expliquer et appuyer son propos, Sylvain Turcotte fait une démonstration habile des convergences et divergences de points de vue entre les référents théoriques des deux domaines, l'éducation à la santé faisant appel à une multitude de modèles, centrés sur la personne, sur l'interaction sociale, sur le traitement de l'information ou sur la modification de comportement, alors que l'éducation physique se caractérise par la prédominance de l'usage de modèles axés sur la modification de comportement. Or ces référents théoriques ne peuvent que teinter, d'une part, les façons de concevoir les objets d'apprentissage, et d'autre part, les pratiques pédagogiques mises en place.

Un décalage existe donc en termes de pratiques pédagogiques privilégiées entre l'un et l'autre des domaines. En éducation à la santé, les pratiques pédagogiques adhèrent de plus en plus à une approche d'accompagnement de l'élève dans son développement, misant sur son intérêt et son implication active dans ses apprentissages, alors que l'éducation physique mise encore de façon majeure sur des styles directifs et prescriptifs. Les résultats de l'étude que Frédéric Le Cren et collaborateurs présentent au chapitre 5 sont une illustration de l'écart entre les pratiques observées et celles souhaitées sous l'égide des visées socioconstructivistes du Programme de formation. Les éducateurs physiques qu'ils ont interrogés, tous enseignants au primaire, rapportaient consacrer au plus 10 minutes par semaine à l'éducation à la santé, la formule pédagogique la plus utilisée étant la *capsule santé*. La plupart des autres formules mentionnées étaient de nature magistrale, centrées sur la transmission d'informations, plutôt que personnalisées et interactives. Les thèmes abordés concernaient la prévention des maladies ou des comportements à risque.

En fait, ce que ces auteurs cherchent à mettre en relief, ce n'est pas tant le manque de pertinence de l'inclusion disciplinaire de l'éducation à la santé à l'école que les difficultés d'inclure l'éducation à la santé dans la discipline de l'éducation physique. Faisant écho aux discours de Sylvain Turcotte et de l'équipe de Frédéric Le Cren, Corinne Mérini, au chapitre 4, présente les résultats d'une étude réalisée en France qui décrit un autre modèle d'inclusion disciplinaire. Dans ce pays, l'éducation à la santé à l'école primaire est sous la seule responsabilité du titulaire de classe qui a le mandat d'inclure l'éducation à la santé dans trois axes disciplinaires : les sciences de la vie, l'éducation physique et l'éducation à la citoyenneté, avec l'aide ou non, à sa guise, de partenaires de l'école ou de la communauté. Ce modèle d'inclusion disciplinaire semble propice à la mise en place, en classe auprès des élèves, de formules pédagogiques dynamiques et participatives (discussion, pédagogie active, travail d'équipe, jeux de rôles...) où les thèmes relatifs à la santé globale sont abordés plus fréquemment que les thèmes particuliers (prévention du VIH, alimentation), alors qu'auprès des parents, des autres enseignants ou lors d'activités interscolaires, ces formules pédagogiques sont de nature plus informative et directive (conférences, réunions d'informations...). Dans ce contexte, il semble que le modèle d'inclusion disciplinaire de l'éducation à la santé soit viable, dans la mesure où le même enseignant orchestre l'ensemble des activités dans les disciplines dont il est lui-même responsable, ce qui assure une relative exhaustivité des savoirs couverts et, en même temps,

une certaine cohérence entre ces savoirs. La limite de ce modèle est qu'il repose, fragile, sur un seul individu et qu'il est, par conséquent, dépendant de ses intérêts, motivations et compétences en éducation à la santé ainsi que du soutien qu'il reçoit de ses pairs, des parents ou de son institution sur les plans personnel et organisationnel.

Au Québec, par cette troisième compétence « Adopter un mode de vie sain et actif » dont le contexte de réalisation est tout de même centré sur la pratique de l'activité physique, et par des savoirs disciplinaires précis qui ne couvrent qu'une modeste partie du champ de l'éducation à la santé, l'enseignant en EPS a un rôle important, mais tout de même délimité, à jouer en éducation à la santé. Le spectre des savoirs à couvrir en éducation à la santé est beaucoup plus vaste et l'enseignant en EPS devra compter sur le fait qu'il s'agit d'une responsabilité partagée, ce qui devrait théoriquement permettre que les besoins d'exhaustivité et de cohérence des actions appropriées à mener en éducation à la santé à l'école soient comblés. C'est là que les deux autres modalités d'inclusion de l'éducation à la santé prévues au Programme de formation de l'école québécoise prennent leur sens.

1.2. L'INCLUSION TRANSDISCIPLINAIRE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LE DOMAINE GÉNÉRAL DE FORMATION « SANTÉ ET BIEN-ÊTRE »

Dans le Programme de formation de l'école québécoise, les DGF contribuent, avec les compétences transversales, à la cohérence et à la complémentarité des interventions éducatives qui seront mises en œuvre. L'intégration de ces cinq domaines généraux de formation, dont « Santé et bien-être », « a pour objectif d'amener les élèves à établir des liens entre leurs apprentissages scolaires, les situations de leur vie quotidienne et les phénomènes sociaux actuels » (MEQ, 2003a, p. 21). Chaque DGF comporte une intention éducative et des axes de développement. L'intention éducative est destinée à orienter les interventions tant des enseignants que des autres acteurs scolaires, alors que les axes de développement précisent les savoirs nécessaires à l'action ou les attitudes et comportements à promouvoir.

En ce qui concerne le DGF « Santé et bien-être », l'intention éducative se décline ainsi : amener l'élève du primaire à adopter une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie, et l'élève du secondaire, à se responsabiliser dans l'adoption de ces saines habitudes sur le plan de la santé, de la sécurité et de la sexualité (MEQ, 2001a, 2003a). Ses trois axes de développement visent : 1) la conscience de soi

et de ses besoins fondamentaux, 2) les conséquences de ses choix personnels pour sa santé et son bien-être, 3) un mode de vie actif et des comportements sécuritaires.

Pour ce faire, l'école doit fournir les outils dont les élèves ont besoin pour se prendre en charge de façon autonome. « Cette responsabilité dépasse largement le cadre du programme d'éducation physique et à la santé. Elle requiert une action concertée de l'ensemble du personnel, en collaboration avec les parents, les professionnels de la santé, les responsables de l'aménagement des milieux de vie et tout autre intervenant du milieu scolaire ou communautaire » (MEQ, 2003a, p. 23). Les activités à proposer aux élèves sous ce DGF peuvent donc s'inscrire à l'intérieur d'autres disciplines qu'EPS. Par exemple, en sciences et technologie ainsi qu'en éthique et culture religieuse, l'enseignant pourra exploiter certains savoirs disciplinaires en lien direct avec l'éducation à la santé. Ces activités peuvent aussi se concrétiser par des projets interdisciplinaires, au fil des interventions quotidiennes, dans le cadre du projet éducatif ou par l'entremise des services éducatifs complémentaires, comme nous le verrons dans la prochaine section.

Dans cet ouvrage, peu d'auteurs font spécifiquement référence au domaine général de formation « Santé et bien-être » pour discuter son application, ses forces et ses limites. Pourtant, cette composante du Programme de formation de l'école québécoise est et sera déterminante pour initier et renforcer les pratiques partenariales en éducation à la santé, notamment, entre les enseignants des diverses disciplines.

Comment pourront donc s'arrimer les initiatives des enseignants d'EPS et celles des autres enseignants pour réussir l'inclusion transdisciplinaire de l'éducation à la santé à l'école québécoise ? Comme le soulignent Sylvain Turcotte et Corinne Mérini (chapitres 2 et 4), cet arrimage demandera beaucoup d'ouverture et de réflexions de la part des uns et des autres pour découvrir les procédés favorisant ce type d'approche, à la fois au plan des actions communes et des actions individuelles. D'autre part, une autre question se pose : le fait que les enseignants en EPS se soient fait confier un mandat si explicite d'éducation à la santé à l'intérieur de leur discipline alors que les autres enseignants n'ont cette responsabilité formelle qu'à travers le DGF « Santé et bien-être » serait-il, pour l'instant, un frein à la réalisation de l'inclusion transdisciplinaire de l'éducation à la santé ? Comme nous l'illustrerons à la section 5, chez les enseignants (comme chez beaucoup d'autres acteurs de l'école), le champ de l'éducation à la santé est flou et semble se limiter à ce qui relève de l'adoption

de saines habitudes de vie. Ces représentations font que les enseignants des autres disciplines que l'EPS ont du mal à reconnaître les ancrages de l'éducation à la santé dans leurs savoirs disciplinaires ; ils reportent cette responsabilité sur celui dont ils reconnaissent l'expertise et la légitimité du mandat. En dernier lieu, l'application du Programme de formation de l'école québécoise est relativement récente, surtout au secondaire, ce qui a laissé peu de temps aux divers enseignants pour acquérir une compréhension plus fine des rôles et responsabilités des uns et des autres et pour apprendre à travailler ensemble. Dans les prochaines années, le partage de cette responsabilité devra aussi reposer sur la connaissance des savoirs propices à l'éducation à la santé d'une discipline à l'autre et de la façon dont ces savoirs s'articulent et se complètent entre les disciplines, d'un cycle à l'autre, d'un ordre d'enseignement à l'autre. Tout un défi, dans le contexte où même les enseignants en EPS ont encore du mal à s'approprier ce nouveau rôle, comme l'ont illustré Sylvain Turcotte et l'équipe de Frédéric Le Cren dans leur chapitre respectif.

1.3. L'INCLUSION HORS DISCIPLINE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LES SERVICES ÉDUCATIFS COMPLÉMENTAIRES ET L'« APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ »

Le Programme de formation de l'école québécoise n'est pas le seul élément structurant de l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école dans le contexte du renouveau pédagogique. D'autres éléments tels son nouveau cadre de référence pour l'organisation des services éducatifs complémentaires et la valorisation d'une dynamique enseignement-apprentissage variée et créatrice, constituent d'autres voies pour la favoriser (MELS, 2005).

Dans le cadre des services éducatifs complémentaires, quatre programmes de services sont proposés : soutien, aide, vie scolaire et promotion/prévention (MEQ, 2003b). Ces programmes sont orchestrés selon l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Bien que ces deux réseaux collaboraient déjà depuis 1974 pour assurer la complémentarité de leurs services à l'école, cette nouvelle entente vise la mise en place d'un continuum de services intégrés, c'est-à-dire, «enchâssés dans un système cohérent, coordonné et harmonieux, permettant la détermination d'objectifs communs auxquels chacun collabore» (MEQ, 2003b, p. 6). Elle définit les principes et engagements conjoints, les objets et modalités de concertation ainsi que les responsabilités des partenaires de manière à éviter le dédoublement ou la discontinuité des actions et des programmes

destinés aux jeunes d'âge scolaire. Sous cette entente, les actions des divers services doivent s'accrocher aux DGF et contribuer au développement des compétences des élèves.

C'est ainsi que l'inclusion hors discipline de l'éducation à la santé est possible, puisque les services éducatifs complémentaires, entre autres par le programme de services promotion et prévention, doivent s'inscrire de façon formelle sous l'intention éducative et les axes de développement du DGF « Santé et bien-être ». Les ressources offrant ces services deviennent donc des partenaires de choix pour soutenir l'équipe-école et chacun des enseignants dans la mise en place d'activités en éducation à la santé, d'autant plus que l'accent mis par le renouveau pédagogique sur une dynamique enseignement-apprentissage variée et créatrice à l'école incite les enseignants à coopérer en équipe-cycle ou avec les différents professionnels des services éducatifs complémentaires pour planifier et harmoniser leur enseignement, obtenir du perfectionnement ou échanger concernant les élèves qu'ils ont en commun (MELS, 2005).

Au début des années 2000, renforcée par cette entente, l'« Approche École en santé » entreprend son déploiement en cascade, du niveau central vers les niveaux régional et local. Dans cet ouvrage, le chapitre 3, rédigé par Gilles Harvey, décrit cette approche et la situe dans le courant plus vaste de l'approche globale pour la santé en milieu scolaire, promue entre autres au début des années 1980 par l'OMS sous le vocable *Écoles promotrices de la santé*. Cette approche s'est par la suite déployé aux États-Unis, au Canada et en Europe sous d'autres appellations et avec une déclinaison légèrement différente des mêmes principes, objectifs et stratégies. Dans ces années, avec la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), le mouvement de la promotion de la santé a alors pour objectif l'adoption de comportements sains et la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de ces comportements. L'école y est alors consacrée comme un milieu privilégié pour y faire l'éducation à la santé. Citant Jourdan et Berger (2005) ainsi que Deschesnes et Lefort (2004), Harvey rappelle que l'éducation à la santé, sous cette approche, doit aller au-delà d'une simple transmission de connaissances ou d'une sensibilisation à un mode de vie sain et inclure des actions concertées, orientées vers l'amélioration des conditions sociales et l'adaptation des environnements aux besoins des individus et communautés.

L'«Approche École en santé» vise donc le développement optimal des jeunes sur le plan de la santé et du bien-être et sur le plan de la réussite éducative. Pour ce faire, cette approche suggère la considération de six facteurs-clés connus justement pour leurs effets à la fois sur l'état de santé et le bien-être des jeunes et sur la réussite éducative : l'estime de soi, les compétences sociales, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, l'environnement (physique, social, etc.) et les services préventifs (accès, qualité, etc.). Ces six facteurs-clés (objets d'apprentissage ou de changement) peuvent être visés à plusieurs niveaux d'intervention : les jeunes eux-mêmes, l'école, la famille et la communauté. Des actions misant sur ces six facteurs-clés et ces quatre niveaux d'interventions doivent être déployées de façon cohérente, concertée et participative par l'équipe-école, les élèves, les parents et les autres partenaires (MELS, 2006a). Tel que mentionné précédemment, toute mesure ainsi développée doit systématiquement s'inscrire sous l'intention éducative du DGF « Santé et bien-être » et être intégrée au projet éducatif et au plan de réussite de l'école qui y adhère.

L'«Approche École en santé» est un cadre prometteur pour favoriser l'inclusion de l'éducation à la santé selon la modalité hors discipline et dans un contexte de partenariat. L'implantation de cette approche est toutefois relativement récente et un nombre limité d'écoles y adhère jusqu'à présent. Au chapitre 8, Monique Ducharme raconte comment le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau, implanté à titre de projet-pilote au secondaire il y a quelques années, correspond sur plusieurs points à l'«Approche École en santé» tant par les facteurs-clés qu'il aborde (estime de soi, compétences sociales, saines habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires, environnements sains) que par les niveaux d'interventions considérés (jeunes, école et famille)¹.

Comment l'inclusion de l'éducation à la santé hors discipline sera-t-elle possible alors que des obstacles encore importants ralentissent son inclusion selon les modalités prévues au Programme de formation (disciplinaire et transdisciplinaire)? Comme nous en discuterons à la section 7 du présent chapitre, l'«Approche École en santé» génère des initiatives complexes, qui peuvent être lourdes et exigeantes à supporter au fil des années, à moins que certaines conditions favorables soient présentes

1. Le lecteur peut consulter le rapport réalisé par Deschesnes et Lefort (2004), qui dresse un portrait d'autres initiatives québécoises de type «Écoles en santé» au niveau primaire.

(Deschesnes et Lefort, 2008). Parmi ces conditions, le respect et la compréhension des multiples logiques animant les acteurs en présence, l'établissement d'un réel partenariat à tous les niveaux et la cohérence entre toutes les modalités d'inclusion de l'éducation à la santé en présence (disciplinaire, transdisciplinaire et hors disciplinaire) sont, à notre avis, des facteurs d'importance.

2. DE LA LÉGITIMITÉ DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE: DES LOGIQUES ET FINALITÉS MULTIPLES

Pourquoi l'éducation à la santé à l'école ? Dans cet ouvrage, plusieurs auteurs nous renseignent sur les logiques et finalités qui sont à la base de l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école : les premières, et qui ont été historiquement dominantes, placent en priorité la santé et le bien-être des jeunes ; les secondes, plus discrètement mises en lumière, accordent à la réussite éducative le premier rang. Rappelons que la réussite éducative est un concept plus large que la simple réussite formelle de la scolarité ; elle englobe la réussite personnelle et professionnelle et l'école se doit d'offrir à l'élève « les bases nécessaires à une insertion sociale réussie » (MEQ, 2003a). Or, selon les acteurs en cause, leur travail et leur investissement en éducation à la santé à l'école n'ont de sens qu'à travers ces logiques et ces finalités.

La santé et le bien-être sont depuis longtemps le principal moteur de l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école et la plupart des auteurs dans cet ouvrage y font allusion. Rose-Marie Lèbe, dans son chapitre (chapitre 1), démontre à quel point dès le départ la légitimité de l'éducation à la santé à l'école a d'abord reposé sur des impératifs de santé publique, impératifs qui encore à l'heure actuelle, selon Sylvain Turcotte (chapitre 2), motivent le renforcement de cette stratégie dans ce milieu. Les données épidémiologiques récentes sur la santé des enfants et des adolescents et sur ce qui la menace soulignent l'urgence d'agir sur leurs habitudes de vie afin de les aider à adopter des comportements favorables à leur état de santé et bien-être. Gilles Harvey (chapitre 3) renchérit en spécifiant qu'il convient de chercher des approches valorisant l'école comme milieu éducatif à une vie saine et comme lieu de promotion de la santé, alors que Monique Dubuc (chapitre 12) appuie cette idée en mettant en relief comment la qualité de l'environnement offert en matière de promotion de l'activité physique à l'école est déterminante sur l'adoption et le maintien de cette habitude de vie chez les jeunes. Ainsi, lorsque la logique prédominante en

est une de santé publique, les finalités sont clairement centrées sur la réduction des pratiques à risque et l'adoption de comportements sains, de manière à réduire l'incidence des divers problèmes de santé.

En soutien à la réussite éducative comme justification première à l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école, les travaux et la réflexion de Corinne Mérini présentés au chapitre 4 sont extrêmement éclairants. Elle pose élégamment le problème en soulignant que les enjeux de l'éducation à la santé à l'école sont liés à la mise en rapport de l'état de santé des jeunes non seulement avec les facteurs de risque reconnus sur le plan épidémiologique, mais aussi avec les conditions d'apprentissage qui structurent l'identité, façonnent la socialisation, etc., et qui ont, somme toute, une incidence sur la santé et ses déterminants. Les résultats de son étude montrent comment, lorsque les logiques et les finalités s'articulent autour de la réussite éducative, les objets d'apprentissage, les actions d'éducation à la santé ainsi que les acteurs impliqués se positionnent autrement. Dans cette étude, lorsque le niveau d'actions de l'éducation à la santé est la classe ou le cycle, la question de l'élève est centrale et les deux tiers des actions concernent les compétences d'ordre psychosocial, l'autre tiers, les informations d'ordre préventif. En contrepartie, lorsque le niveau d'actions se situe au sein d'un regroupement d'écoles, c'est davantage la question des politiques de formation ou de santé publique qui est mise de l'avant. Rappelons que le titulaire de la classe est l'acteur principal de ce qui se passe au niveau de la classe ou du cycle au primaire en France. Il ressort donc de la réflexion de Corinne Mérini que, quel que soit l'axe d'intervention choisi par l'enseignant, la légitimité de ce qu'il fait en éducation à la santé repose sur son lien aux apprentissages et à la réussite de l'élève. Le fait que l'éducation à la santé offre un contexte favorable aux apprentissages est sans nul doute l'élément fondamental qui le convainc de jouer ce rôle alors que, de prime abord, elle est ressentie comme une surcharge de travail ou une perte de temps compte tenu des autres tâches à réaliser dans le cadre des programmes. Les enseignants adhèrent donc à une logique d'éducation où la finalité est la réussite éducative.

Cette logique semble partagée par d'autres acteurs. Dans son étude qualitative auprès de parents d'élèves du primaire en Ontario, Charlotte Beaudoin (chapitre 6) rapporte que tous les parents interrogés, sauf un, font spontanément le lien entre la pratique de l'activité physique et un meilleur travail scolaire. Pour sa part, Danielle Larocque décrit une expérience originale tentée dans le contexte universitaire de manière à favoriser la réussite scolaire chez des étudiants, sur la base que les

compétences acquises en développant l'habitude de la pratique régulière de l'activité physique peuvent être appliquées à ce que l'étudiant doit mettre en action pour réussir sur le plan scolaire. Ayant documenté les effets d'une telle formation sur les étudiants, elle met en relief comment cette expérience a affecté non seulement la réussite scolaire de ces derniers (meilleure note ou moins de travail pour avoir une même note), mais aussi leurs compétences sur le plan cognitif, leur estime d'eux-mêmes ainsi que leur santé physique, éléments plus globaux plus près de la réussite éducative (chapitre 10). On voit ainsi que plusieurs acteurs en lien plus direct avec les élèves et les étudiants sont habités par une logique où la légitimité de l'éducation à la santé est la réussite éducative.

Dans le contexte québécois actuel, les diverses modalités d'inclusion de l'éducation à la santé en présence (disciplinaire, transdisciplinaire, hors disciplinaire) provoquent une cohabitation de ces logiques et de ses finalités, les plaçant sur un continuum où chaque acteur se situera en fonction de son rôle, de ses référents théoriques, de ses affiliations institutionnelles. Si pour l'enseignant, les parents et l'équipe-école, la réussite éducative risque de primer comme finalité, pour les ressources des services éducatifs complémentaires, il est probable que la finalité première soit la santé et le bien-être. Dans l'optique où il faut maintenant faire équipe pour éduquer à la santé à l'école, il faut comprendre que l'harmonisation de ces logiques et finalités devient une nécessité, d'autant plus que l'adhésion à l'une ou à l'autre orientera la façon même de voir et de faire l'éducation à la santé à l'école. Élément conceptuellement très favorable à cette harmonisation dans le futur : les six facteurs-clés visés par l'«Approche École en santé», qui sont des déterminants communs des finalités «réussite éducative» et «santé et bien-être». Encore faudra-t-il qu'une majorité d'acteurs et de milieux centrent leurs initiatives en éducation à la santé sur des facteurs du même ordre.

3. LE PARTENARIAT : LES ENJEUX, DES EXEMPLES

Les défis qu'implique le partage de la responsabilité de l'éducation à la santé entre les enseignants d'EPS et les enseignants des autres disciplines, entre les enseignants et les autres acteurs de l'école, incluant les ressources des services éducatifs complémentaires, les parents et la communauté, ne seront relevés qu'avec une compréhension commune de ce qu'est le partenariat, de ce qui le structure, le régit et le nourrit, mais aussi de ce qui l'entrave.

Corinne Mérini (chapitre 4) tente une opérationnalisation de ce concept en relevant plusieurs conditions qui semblent nécessaires pour conclure qu'il y a un partenariat : il faut que les acteurs en présence se reconnaissent une problématique commune, habituellement délogée à la suite d'une analyse des besoins ; il faut que ces acteurs soient en mesure de communiquer et d'échanger, ce qui implique une compréhension des codes et logiques des uns et des autres et la mise en place de systèmes de communication ; il faut pouvoir compter sur la synergie entre les divers acteurs, en acceptant la différence et l'altérité. Fort de ces points communs et différences, il faut ensuite négocier, de manière à créer du nouveau en transformant les différences en complémentarité ; et finalement, il faut favoriser cette interaction entre les compétences professionnelles propres à la pratique enseignante, les compétences sociales qui permettent les négociations et les compétences personnelles qui autorisent la créativité. Un réel partenariat suppose que les actions mises en place résultent d'une chaîne de volontés (politiques, institutionnelles, personnelles ou autres), qu'il y ait eu négociation permettant l'émergence de ces actions et qu'elles soient inscrites dans un projet commun (par exemple, le projet éducatif ou le plan de réussite).

Sylvain Turcotte (chapitre 2), dans son analyse des défis posés par l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique, souligne quelques obstacles à l'instauration du partenariat entre les enseignants d'EPS et les autres acteurs. Tel que souligné précédemment, le simple fait d'avoir à mettre en place un nouveau programme où il faut apprivoiser une nouvelle façon de faire dans sa discipline, le renouvellement et le roulement des ressources enseignantes d'une année à l'autre, le peu de temps de présence à l'école de certaines ressources des services éducatifs complémentaires (par exemple, l'infirmière scolaire aux prises avec les diverses campagnes de vaccination) et le peu de coopération entre les enseignants sont autant de facteurs défavorables à l'établissement d'un réel partenariat.

D'autres auteurs permettent d'identifier un autre obstacle au partenariat, soit la difficulté de certains partenaires potentiels à se reconnaître comme tels quand il s'agit de faire l'éducation à la santé à l'école. Par exemple, les résultats de l'étude de Charlotte Beaudoin (chapitre 6) sont assez déconcertants alors qu'aucun parent interrogé n'a abordé la question de son implication dans les cours d'éducation physique ou dans la vie de l'école de ses enfants. Après avoir mis en valeur dans sa recension des écrits l'importance du rôle des parents dans la promotion de la pratique

régulière d'activités physiques et comme partenaires de premier plan en éducation à la santé, ses résultats plus que mitigés donnent l'ampleur des efforts à déployer pour que les parents deviennent des acteurs à part entière en éducation à la santé à l'école. À l'inverse, le fait de ne pas connaître ou reconnaître la légitimité de certains acteurs comme éventuels partenaires est tout aussi entravant. L'équipe de Frédéric Le Cren expliquait comment les enseignants en EPS moins expérimentés nommaient le réseau scolaire comme première structure de référence en éducation à la santé, alors que les plus expérimentés reconnaissaient une part égale au réseau scolaire et au réseau de la santé (chapitre 5). Est-ce l'indice que les plus jeunes reconnaissent d'abord leur propre légitimité, ce qui est fort positif, mais qu'ils auraient du mal à reconnaître l'apport d'autres acteurs ?

En revanche, des ressources telles Kino-Québec, si elles étaient mieux utilisées, pourraient en faciliter l'élargissement des partenariats. Monique Dubuc, dans son chapitre (chapitre 12), décrit comment, pour Kino-Québec, l'enseignant en EPS est un leader sur qui compter pour réaliser des activités en éducation à la santé et comment ce réseau peut soutenir tous les intervenants désirant sensibiliser la famille, l'école, la communauté à l'importance de créer un environnement favorable à l'adoption et au maintien d'un mode de vie actif. En plus de fournir des trousseaux, des outils et de mettre en place divers concours ouverts aux jeunes du milieu scolaire, le réseau Kino-Québec développe et maintient un haut niveau de concertation avec divers partenaires nationaux et régionaux, notamment les milieux municipal et associatif, ce qui favorise la mise en commun d'expertise et facilite l'accès à ces outils et ressources, à des formations et à du financement.

Dans cet ouvrage, quelques exemples de la diversité de la nature et de l'amplitude des partenariats en éducation à la santé sont présentés. La description du programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* rédigée par Monique Ducharme illustre comment les élèves, les enseignants, les parents et les ressources de la communauté ont été mobilisés, tour à tour, dans l'implantation de multiples activités d'éducation et de promotion de la santé à l'école secondaire (chapitre 8).

Claude Bordeleau et collaborateurs (chapitre 13) décrivent comment le partenariat entre trois universités, trois programmes de formation initiale de futurs enseignants en EPS et les étudiants mêmes de ces programmes permettent que divers publics accèdent à des ressources en éducation à la

santé sur le Web. Ce site Web vise certes la transmission d'information d'ordre théorique et pratique en éducation à la santé, mais aussi le partage d'expériences et de moyens.

Du même souffle, Danielle Larocque raconte comment le Département de kinanthropologie et le centre sportif de l'UQAM ont mis sur pied ce cours de trois crédits, utilisant la pratique de l'activité physique comme moyen pour améliorer les capacités d'apprentissage de l'étudiant et soutenir la réussite scolaire (chapitre 10). Ce partenariat s'est tissé grâce à un contrat de collaboration explicite, délimitant les responsabilités des uns et des autres. Reprenant les conditions essentielles pour juger de la présence d'un réel partenariat telles qu'énoncées par Mérini, cette expérience illustre comment les synergies ont été maximisées et comment les différences ont été mises en complémentarité pour instaurer un projet original qui n'aurait pu voir le jour sous l'initiative d'un seul des deux partenaires.

Un dernier exemple est fourni par Mireille Blais (chapitre 7) dans le contexte d'une recherche-action menée dans une école primaire de la région de Québec. La mise en place d'un système de responsabilisation pour aider les élèves à s'engager de façon autonome en matière de pratique d'activités physiques à l'extérieur des cours d'EPS a exigé le partenariat entre quatre enseignants en EPS, quatre titulaires de classe, 102 élèves et leurs parents. Ce système de responsabilisation était en fait un ensemble de stratégies de supervision et d'évaluation pour motiver les élèves à réaliser les tâches demandées, la supervision étant partagée entre les divers partenaires impliqués, incluant l'élève lui-même. Dans cet ouvrage, cette expérience est sans nul doute l'un des exemples de partenariat en éducation à la santé à l'école parmi les mieux décrits, son inclusion étant à la fois disciplinaire et transdisciplinaire.

4. LES CONCEPTIONS DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ : CELLES QUI DOMINENT, CELLES QUI ÉMERGENT

Reflète de la diversité du discours à l'échelle internationale, cet ouvrage présente de multiples conceptions de l'éducation à la santé, certaines plus dominantes, d'autres en émergence. Or, l'adhésion à l'une ou l'autre de ces conceptions n'est pas sans conséquence sur les initiatives qui seront

prises en œuvre à l'école. Comment ces conceptions faciliteront-elles l'inclusion de l'éducation à la santé au Québec, compte tenu des modalités envisagées pour la réaliser ?

Sylvain Turcotte (chapitre 2) rassemble les diverses conceptions de l'éducation à la santé selon deux approches telles que proposées par l'INSERM (2001) : une première, l'approche expérimentale, où les visées de l'éducation à la santé sont d'amener l'individu à adopter des comportements favorables à l'égard de sa santé et de son bien-être, et une seconde, l'approche développementale, où ses visées sont plutôt de rendre la personne autonome dans la gestion de sa santé et de son bien-être.

Notre propre réflexion, basée sur nombre d'écrits, entre autres les analyses réalisées par Gaudreault (2000) et Fortin (2004), nous amène à identifier quatre grandes conceptions de l'éducation à la santé. La conception rationnelle de l'éducation à la santé, qui rejoint l'approche expérimentale, où l'éducation à la santé est centrée sur l'adoption de comportements favorables à la santé. Elle est de nature plus prescriptive et se centre sur le conseil et la prévention des maladies et risques pour la santé. Les trois suivantes s'inscrivent sous l'approche développementale.

La conception humaniste est orientée sur la capacité de l'élève à faire des choix éclairés et responsables et à appliquer les moyens de les assumer et de prendre en charge de façon autonome sa propre santé. L'élève participe de façon active à ses apprentissages qui se tissent à partir de son vécu et de son expérience. La réalisation de soi et l'autonomie seront visées par la considération de facteurs motivationnels et décisionnels, et par le développement de compétences diversifiées.

Une autre conception est de nature appropriative. Elle appartient au paradigme de la dialectique sociale. Elle repose sur la capacité des individus et des communautés à maîtriser leur existence et à exercer un contrôle sur leur environnement et sur leur santé. Les principes de l'*empowerment* individuel et collectif orientent cette conception. Ici, les apprentissages doivent être mis en contexte parce qu'ils prennent racine dans le vécu à la fois individuel et collectif. Ils partent donc des attentes individuelles des élèves qui, elles-mêmes, motivent des demandes qui seront gérées collectivement. Le groupe permet le partage de savoirs et d'apprentissages ainsi que l'expérimentation de compétences sociales. Selon cette conception, l'élève a aussi la capacité de faire une analyse réflexive et critique sur les facteurs sociaux et structurels qui interfèrent avec l'exercice du contrôle

sur sa vie et l'atteinte d'un état optimal de santé (dans toutes ses dimensions) pour lui-même et pour les autres. Il a la capacité de se mobiliser pour modifier ou transformer ces conditions défavorables à la santé.

Une dernière conception est de nature écologique. Elle tient compte des interrelations entre la personne et ses environnements de tous ordres (écosystèmes) dont la résultante est son développement intégral et ses apprentissages. Cette conception conjugue les éléments des approches humaniste et appropriative, mais elle mise davantage sur le processus, sur le caractère dynamique et l'évolution de la construction des savoirs et des compétences, en s'intéressant à l'ensemble du contexte de vie de la personne ou de la communauté. Elle repose donc sur une vision de la santé scolaire au confluent des interactions interpersonnelles, des caractéristiques socioculturelles des élèves et de tous les autres acteurs en présence, de l'organisation même du milieu et de la mission propre à l'école (Fortin, 2004).

Situant la réflexion sous l'angle de l'EPS, Frédéric Le Cren et collaborateurs (chapitre 5) présentent trois modèles proposés par leur équipe (Magny, 2004) qui semblent regrouper diverses conceptions de l'éducation à la santé en fonction des représentations mêmes de la santé. Sous le modèle biomédical, l'éducation à la santé se résume à prévenir les problèmes de santé par la pratique de l'activité physique. Sous le modèle cognitivo-comportemental, l'éducation à la santé vise la réduction des comportements à risque et la promotion des comportements favorables à la santé. Sous le modèle éducatif, l'éducation à la santé tient compte de l'expérience de l'élève au sein de sa famille, de sa communauté et à l'école, et vise l'intégration dans la vie de tous les jours des capacités qu'il a développées dans ces trois milieux, afin d'adopter un mode de vie sain et actif. Les deux premiers modèles qu'ils proposent semblent plus près d'une conception rationnelle de l'éducation à la santé, alors que le troisième modèle semble adopter une conception plus écologique. Tel que mentionné précédemment, les résultats de l'étude qu'ils ont réalisée auprès des enseignants d'EPS, certains expérimentés, d'autres moins, et les travaux de Sylvain Turcotte indiquent une dominance encore importante de la conception rationnelle de l'éducation à la santé parmi ces enseignants. D'autre part, force est d'admettre que l'inclusion disciplinaire de l'éducation à la santé sous la troisième compétence des enseignants en EPS «Adopter un mode de vie sain et actif», compte tenu de son contexte de réalisation et des savoirs disciplinaires suggérés, correspond à cette même conception plutôt rationnelle de l'éducation à la santé.

Cette conception rationnelle de l'éducation à la santé a d'ailleurs été dominante, entre autres, dans le contexte nord-américain, même à l'origine des approches Écoles en santé. Gilles Harvey rappelle qu'aux États-Unis, dans le Comprehensive School Health Program, l'éducation à la santé avait pour but « d'enseigner des connaissances, de développer des habiletés et de favoriser des attitudes afin que les élèves puissent, par la diminution des comportements à risque, développer et maintenir leur santé physique, mentale, émotionnelle et sociale », alors qu'au Canada, sous cette même approche, l'éducation à la santé devait « offrir aux élèves des occasions pour développer des attitudes et des comportements sains ».

En revanche, dans les *Écoles promotrices de la santé* telles que définies par l'OMS, l'éducation à la santé devait favoriser l'acquisition « des connaissances essentielles et le développement des compétences sociales permettant aux élèves de faire des choix éclairés en lien avec leur santé physique et sociopsychologique » (chapitre 3). Cette vision de l'éducation à la santé est de nature plus humaniste et semble correspondre à ce que Corinne Mérini défend en disant que l'éducation à la santé doit permettre à tout individu d'élaborer sa propre réponse à chaque problème posé, par le développement de compétences psychosociales et par l'acquisition ou la consolidation de savoirs relatifs à la santé et de savoir-faire mobilisant à la fois les savoirs scolaires et les pratiques sociales. Cette vision humaniste centrée sur la réalisation de soi, l'autonomie et la capacité de faire des choix éclairés, arrimant apprentissages scolaires, situations de vie quotidienne et phénomènes sociaux, concorde avec l'intention éducative et les axes de développement du domaine général de formation « Santé et bien-être ».

Dans cet ouvrage, les travaux décrits par Danielle Larocque (chapitre 10), Mireille Blais (chapitre 7) et Monique Ducharme (chapitre 8) rejoignent principalement l'approche humaniste parce qu'ils font appel de façon explicite à la participation active de l'étudiant ou de l'élève et sont centrés sur l'autonomie, la responsabilisation et la prise en charge de sa santé. Par ailleurs, sur certains points, le projet décrit par Danielle Larocque, par la pratique réflexive qu'il exige et par l'importance du groupe dans le soutien aux apprentissages et à leur transposition dans une autre sphère de vie, s'apparente à la conception appropriative de l'éducation à la santé, du moins sous l'angle de l'*empowerment* individuel, alors que le système de responsabilisation développé par Mireille Blais auprès des élèves de niveau primaire, parce qu'il tient compte du contexte de la classe et des interactions entre l'élève, son titulaire de classe, ses parents, etc., rejoint

la conception écologique. En mobilisant non seulement, les jeunes mais aussi tous les acteurs de l'école et la famille, en tenant compte de l'importance des normes sociales et de l'environnement sur l'image corporelle et l'estime de soi, le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* partage aussi cette vision écologique de l'éducation à la santé. Ajoutons que dans le contexte du renouveau pédagogique, la conception écologique de l'éducation à la santé est particulièrement portée par l'«*Approche École en santé*». Avec ses six facteurs-clés allant des habitudes de vie et compétences sociales jusqu'aux services préventifs et à l'environnement, ayant quatre cibles d'intervention représentant divers écosystèmes (jeunes, école, famille, communauté), elle vise la réussite éducative et le développement optimal du jeune.

Concevoir l'éducation à la santé d'une manière est une chose ; la réaliser conformément à cette conception en est une autre. Au Québec, les défis de l'éducation à la santé sont liés non seulement au fait d'avoir opté pour la concomitance des modalités de son inclusion, mais aussi au fait d'accepter la cohabitation, voire l'imbrication, de toutes ces conceptions sans que les acteurs en jeu n'en soient encore complètement conscients. En fait, ce sont les appartenances paradigmatiques et les fondements théoriques de ces diverses conceptions qui sont mal connues. Or la méconnaissance de ces fondements contribue à l'imprécision des objets d'apprentissage à viser et du dispositif pédagogique à mettre en place pour amener l'élève à se les approprier. Cette imprécision n'est pas sans conséquence, comme nous le verrons dans les prochaines sections, sur l'évaluation de ces apprentissages. Par ailleurs, elle explique en partie les incertitudes (voire le piétinement) de la formation actuelle des enseignants en éducation à la santé. Il ne s'agit pas, à notre avis, de faire des choix quant à ces paradigmes et fondements ; mais comme professionnels de l'éducation à la santé, il est plutôt impérieux que chacun reconnaisse sa propre position quant à ces paradigmes et fondements, compte tenu de ses valeurs et convictions, et situe la position des autres dans le champ plus vaste des conceptions et finalités de l'éducation à la santé. C'est d'autant plus important dans une logique de partenariat où faire équipe en éducation à la santé implique l'acceptation de la différence et de l'altérité, de manière à favoriser l'émergence de pratiques innovatrices.

5. DE L'IMPORTANCE DES ANCRAGES THÉORIQUES POUR ORIENTER L'ACTION EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

De cette diversité de conceptions et de l'impact qu'elles ont sur les pratiques émerge l'importance de la théorie pour orienter l'action en éducation à la santé. Bien que cet ouvrage n'ait pas été dédié à la mise en valeur de ces théories, certaines sont présentes dans le discours de quelques auteurs. Sylvain Turcotte (chapitre 2), sans les décrire de façon détaillée, présente un regroupement de modèles et théories utiles en éducation à la santé : les modèles et théories valeurs-attentes, d'apprentissage social, centrés sur les processus de changement individuel, centrés sur les processus d'appropriation. On reconnaît déjà, dans ce regroupement, les théories ou modèles en soutien à une conception ou une autre de l'éducation à la santé. Cet auteur ne mentionne toutefois pas explicitement les théories et modèles écologiques qui encadrent plusieurs actions présentées dans cet ouvrage, selon les propos de quelques autres auteurs tels Mireille Blais, Monique Ducharme et Monique Dubuc (chapitres 7, 8 et 12).

Cet ouvrage n'est donc pas exhaustif sur les fondements théoriques de l'éducation à la santé. Il ne permet pas de distinguer clairement les allégeances conceptuelles en présence, ni de départager les théories et modèles qui aident davantage à définir les objets d'apprentissage versus ceux qui sont plus utiles pour orienter le dispositif pédagogique à mettre en place. Soulignons toutefois l'apport de Luc Chiasson et de ses collaborateurs (chapitre 9) qui, par ce regard sur les habitudes de vie des cégépiens sous l'angle de leur sentiment d'efficacité personnelle, permettent de mieux comprendre la théorie de l'autoefficacité (*self-efficacy*) développée par Bandura (2003), aussi auteur de la théorie de l'apprentissage social. Dans ce chapitre, on comprend que, pour adopter un mode de vie sain, les élèves doivent acquérir un sentiment d'efficacité personnelle élevé à l'égard de la conduite qu'il envisage adopter et que ce sentiment se développe dans quatre types de situations d'enseignement-apprentissage : l'expérience directe, le modelage (à travers l'expérience des autres, les modèles), la persuasion et l'association avec des états émotifs et physiologiques positifs. Cette théorie définit donc un objet d'apprentissage et oriente les modalités qui en faciliteront l'acquisition ou le renforcement. En général, cette théorie, et la théorie plus large qu'est la théorie de l'apprentissage social, sont apparentées à une conception humaniste de l'éducation à la santé, voire appropriative. Dans cet ouvrage, les travaux de Mireille Blais et de Danielle Larocque, sans que ce soit nommé de façon explicite, utilisent

des stratégies pédagogiques centrées sur ce concept d'efficacité personnelle et sur les processus suggérés par la théorie de l'apprentissage social (auto-gestion, renforcement, etc.).

Marie-Claude Rivard et ses collaborateurs (chapitre 11) discutent de l'apport du modèle transthéorique de Prochaska, DiClemente et Norcross (1992), un modèle de processus de changement individuel, à la planification de l'intervention éducative. Pour ces auteurs, le fait de mieux comprendre l'étape où l'élève se situe dans sa trajectoire d'adoption d'un comportement de santé permet de mieux cibler les efforts et de choisir des stratégies d'intervention plus personnalisées et adaptées à ses besoins. En fait, ce modèle décrit la trajectoire en cinq étapes (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien), allant de l'absence de considération du changement à l'intention de l'amorcer, jusqu'à son adoption et à son maintien dans le temps, et il précise les divers processus cognitifs et autres qui facilitent le passage d'une étape à l'autre. La compréhension de ces processus permet effectivement de viser certains objets d'apprentissage plutôt que d'autres et, par conséquent, de choisir des méthodes pédagogiques plus appropriées en fonction de ces objets. Selon certains auteurs, ce modèle adhère bien à la conception écologique de l'éducation à la santé parce qu'il mise sur le processus et sur le développement, tout en tenant compte du contexte de vie de la personne ou d'un groupe de personnes (Fortin, 2004).

Sur le plan des approches encadrant les initiatives partenariales en éducation à la santé, Charlotte Beaudoin (chapitre 6), s'étant intéressée au rôle des parents à l'école, décrit plusieurs modèles à la base de son étude, dont un spécifiquement développé par Virgilio (1990), pour faciliter l'implication des parents en éducation physique. Sans entrer dans les détails, ce modèle propose trois niveaux d'action et poursuit cinq objectifs, chaque niveau étant associé à des formules pédagogiques spécifiques. Adoptant une tout autre perspective, Corinne Mérini apporte des pistes fort pertinentes, telles que résumées à la section 4 du présent chapitre, pour orienter le partenariat en éducation à la santé. Ces pistes émergent entre autres de l'analyse que son équipe a faite des pratiques en éducation à la santé à l'école élémentaire en s'inspirant, comme elle l'explique, d'une approche systémique et multiréférentielle. Dans son étude, pour saisir l'interdépendance entre le contexte, les acteurs et les actions en éducation à la santé et pour repérer l'agencement de ce système et des principes d'actions qui le définissent, la sociologie de l'action organisée (Friedberg, 1992) a servi de

cadre d'analyse, alors que pour comprendre comment les décisions avaient été prises et la signification de celles-ci, le champ des théories de l'action et de la décision a été sollicité (chapitre 4).

En fait, ces quelques exemples illustrent comment le champ de l'éducation à la santé se caractérise par un recours nécessaire à des référents théoriques appartenant à des paradigmes et à des disciplines multiples. Rappelons que les choix faits en ce sens sont eux-mêmes porteurs d'une certaine conception de l'éducation, de la santé et de l'éducation à la santé et que ces choix orienteront par la suite, la nature des initiatives en éducation à la santé et, sans nul doute, leur efficacité à contribuer à la santé, au bien-être ou à la réussite éducative des élèves.

6. METTRE EN ŒUVRE DES INITIATIVES D'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE : OBSTACLES ET CONDITIONS FAVORABLES

Outre les facteurs affectant de façon positive ou négative le partenariat tels que décrits à la section 4 du présent chapitre, cet ouvrage permet d'identifier plusieurs obstacles ou, au contraire, facteurs favorables à l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école. Ces facteurs contribuent à une implantation optimale (ou pas) des initiatives en éducation à la santé, puis à leur pérennisation.

Corinne Mérini (chapitre 4) regroupe ces facteurs selon leur nature : motivationnels, structurels ou de l'ordre des politiques publiques (engagement institutionnel et financement garanti). Relatant les difficultés rencontrées par les enseignants et autres acteurs impliqués en éducation à la santé à l'école élémentaire en France, elle souligne que, bien souvent, les obstacles à la mise en œuvre étaient plutôt de nature structurelle : le manque de moyens de tous ordres, tant matériels, financiers qu'humains ou leur instabilité dans le temps mettaient souvent en péril la réalisation même d'une initiative, ou sa pérennisation. À l'inverse, la stabilité matérielle et celle des équipes étaient un facteur de succès parce que l'action pouvait ainsi s'inscrire dans la durée, se stabiliser et évoluer. Pour s'inscrire dans le temps, l'action devait aussi être inscrite dans les politiques de l'école. Ainsi l'engagement institutionnel à l'égard de l'action dans le temps et le financement garanti ont-ils été des conditions essentielles à la pérennité des actions. Sur un autre plan, elle indique que l'absence ou l'insuffisance de

formation des enseignants et des autres acteurs en éducation à la santé a été identifiée comme un autre facteur défavorable à la mise en place d'actions en éducation à la santé.

Dans sa recension des écrits présentés au chapitre 2, Sylvain Turcotte cite nombre d'auteurs qui reviennent sur les barrières à l'inclusion de l'éducation à la santé en EPS, le manque de préparation professionnelle y étant aussi relevé. Parmi les autres facteurs mentionnés, citons la contradiction avec l'identité professionnelle qui peut atténuer la motivation des enseignants d'EPS à jouer leur rôle en éducation à la santé. Les autres facteurs énumérés, comme dans l'étude de Corinne Mérini, sont pour la plupart de nature structurelle : le manque de temps d'enseignement, l'empiètement du temps pour l'éducation à la santé sur le temps de l'éducation physique, le manque de ressources matérielles ou l'imprécision du programme lui-même.

Dans cet ouvrage, plusieurs auteurs rappellent aussi que les caractéristiques mêmes de l'initiative qu'on veut mettre en place en éducation à la santé peuvent jouer en faveur ou en défaveur de son implantation ou de sa pérennisation. Par exemple, Claude Bordeleau et ses collègues (chapitre 13), responsables d'un site Web à l'intention principalement des enseignants en EPS, mentionnent deux facteurs qui rendent difficile le maintien d'un tel site, soit la difficulté de trouver des partenaires financiers, ne voulant pas que ce type de site soit commandité par des bailleurs de fonds dont la mission est incompatible avec ce qu'on cherche à promouvoir comme message éducatif, et le temps et l'expertise qu'exige la mise à jour des contenus et rubriques de ce genre de site.

Pour sa part, Monique Ducharme (chapitre 8), décrivant l'implantation du projet-pilote *Bien dans sa tête, bien dans sa peau*, une initiative de vaste envergure s'apparentant à l'«*Approche École en santé*», revient sur les principales contraintes avec lesquelles l'ensemble des responsables du projet ont dû composer, celles-ci étant en grande partie liées à la complexité du programme. Le grand nombre à la fois d'actions prévues dans de multiples lieux (classe, école, communauté, etc.) et de ressources à mobiliser sur toute l'année sont des éléments qui ont expliqué une certaine variabilité dans l'intensité de la mise en œuvre d'une telle initiative. En revanche, des interventions à ce point complexes demandent beaucoup de souplesse et d'adaptation pour être compatibles avec toutes les autres interfaces du programme et de l'organisation scolaires. Les leçons qu'elle tire de ce projet-pilote lui ont permis de dégager dix conditions de succès pour l'implantation future de ce type de programme, plusieurs correspondant

aux principes de l'«Approche École en santé», soit la concordance du programme avec les valeurs du projet éducatif de l'école, la participation active de tous (élèves, enseignants, membres du personnel) ainsi que l'implantation de la communauté environnante et des changements visés dans l'environnement. Sur le plan structurel, l'école doit nommer un leader et former un comité ayant la responsabilité de l'implantation; d'autre part, la direction doit offrir un soutien inconditionnel au projet. Sur un plan plus sociopolitique, le milieu doit s'engager à long terme pour favoriser l'intégration du programme dans la structure scolaire et il doit être suffisamment financé tant au moment de l'implantation qu'au moment de sa pérennisation.

Hélas, ces conditions de succès sont, pour l'instant, difficiles à réunir. Les travaux réalisés jusqu'à maintenant concernant le déploiement de l'«Approche École en santé» au Québec, entre autres par Deschesnes et ses collaborateurs, mettent en relief les obstacles et les conditions favorables qui ont façonné l'implantation de cette approche depuis ses débuts. Dans leur rapport intitulé *Portrait des initiatives québécoises de type «Écoles en santé» au niveau primaire* (Deschesnes et Lefort, 2004), ils soulignent que les facteurs qui ont favorisé l'émergence de telles initiatives sont de deux ordres : soit motivationnel, c'est-à-dire, une volonté commune chez les intervenants des deux réseaux (éducation et santé) de répondre aux besoins des jeunes, soit contextuel, c'est-à-dire la présence de programmes de promotion/prévention déjà supportés par le réseau de la santé (DSP ou CLSC), la possibilité d'obtenir du financement, le besoin d'arrimer les actions des différents acteurs ou les occasions décelées à travers les éléments de la réforme scolaire. Ces facteurs rejoignent tout à fait ceux que rapportait l'équipe de Corinne Mérini en France (chapitre 4). En contrepartie, le manque de financement, des dynamiques organisationnelles peu propices à une réelle implication des ressources d'un réseau ou de l'autre, le grand roulement de ces ressources, des problèmes de coordination et des dynamiques intersectorielles tendues ou conflictuelles en raison des différences de cultures, de visions ou d'intérêts entre les partenaires ont été relevés comme principales barrières à l'implantation de ces initiatives. Dans leur plus récent rapport sur les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'«Approche École en santé», ils précisent que la décision d'adopter cette approche dépend de la réceptivité du milieu combinée à un plus haut investissement de l'école sur le thème des saines habitudes de vie et à la perception d'être en mesure comme collectivité de mettre en place des initiatives cohérentes avec cette approche. Indépendamment de la réceptivité, cette décision repose aussi sur le leadership des participants et la

perception qu'il y a peu de contraintes dans l'environnement qui risquent de compromettre le projet (Deschesnes *et al.*, 2008). Plusieurs de leurs constats concordent avec les multiples défis posés par le partenariat, tel que souligné à la section 4 du présent chapitre, et confirment l'importance qu'il y ait arrimage entre les logiques et finalités des individus, organisations et réseaux en présence, ce que nous avons argumenté à la section 3.

L'implantation et la pérennisation des initiatives en éducation à la santé à l'école semblent donc modulées non seulement par les intérêts, la motivation et les compétences des acteurs impliqués, mais aussi par des facteurs dépendants de l'organisation de l'école et, plus encore, des volontés politiques en place pour travailler en partenariat et des moyens qui en découlent. Considérant les multiples modalités de l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école au Québec, il semble que la complexité de ce modèle soit en soi un défi et qu'il faudra y mettre le temps, d'autant plus que les volontés politiques venant des deux réseaux, éducation et santé, doivent s'arrimer et descendre à l'échelle locale de manière à ce que les divers acteurs se sentent concernés, légitimes et compétents, mais surtout outillés et soutenus.

7. L'URGENCE DE LA FORMATION DES FUTURS ACTEURS EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Le consensus le plus important qui se dégage de cet ouvrage est l'urgence d'offrir à l'ensemble des acteurs qui sont ou seront impliqués de près ou de loin en éducation à la santé une formation adéquate, initiale et continue dans ce domaine, à commencer par les enseignants en EPS. Selon Gilles Harvey (chapitre 3), les enseignants en EPS se sentent peu préparés ou insuffisamment formés pour une telle mission, observation aussi rapportée par Frédéric Le Cren et ses collaborateurs (chapitre 5). C'est peu dire dans le contexte où ces enseignants ont maintenant un mandat explicite en éducation à la santé. Qu'en est-il donc de ceux avec qui la responsabilité de l'éducation à la santé doit être partagée ?

Sylvain Turcotte (chapitre 2) développe divers axes de formation pour les futurs enseignants en EPS. Sans les reprendre en détail, rappelons qu'il attire l'attention sur le nécessaire décroisement des pratiques pédagogiques proposées par les modèles d'enseignement traditionnels en éducation physique vers des pratiques plus expérientielles et participatives,

misant davantage sur le développement des compétences psychosociales. Ses suggestions impliquent la connaissance des modèles et théories multiples utilisés en éducation à la santé et le renforcement des compétences à travailler en partenariat. Corinne Mérini (chapitre 4) applique ces dernières suggestions à l'ensemble des maîtres qui, selon elle, devraient être sensibilisés aux objets, limites et apport de l'éducation à la santé et devraient être formés en matière de travail conjoint. Elle ajoute par ailleurs que la question de l'éthique et du rapport que l'enseignant entretient avec la santé devrait être abordée et, sur le plan plus opérationnel, que les maîtres devraient acquérir des compétences particulières en matière de montage de projets, de pilotage d'actions et d'évaluation en éducation à la santé.

En fait, de multiples travaux nous aident à définir les zones de compétences à développer dans le cadre de la formation initiale pour amener les futurs enseignants à jouer ce rôle d'éducateurs à la santé à l'école (Frauenknecht, 2005). Ces compétences se déclinent sous plusieurs dimensions : planification des actions incluant le choix des objets d'apprentissage en éducation à la santé ; choix de formules pédagogiques appropriées et en général, participatives ; gestion de classe ; collaboration et partenariat ; usage des technologies éducationnelles ; capacité d'obtenir le soutien des parents et de la communauté ; évaluation des apprentissages des élèves ; évaluation de ses propres pratiques enseignantes ; maintien des compétences professionnelles grâce à la formation continue (Birch *et al.*, 2001).

Dans cet ouvrage, plusieurs auteurs font référence au référentiel de compétences professionnelles de la profession enseignante (MEQ, 2001b), qui vient maintenant encadrer le développement du programme universitaire en enseignement et la formation continue. Marie-Claude Rivard et François Trudeau (chapitre 11) rappellent l'importance d'assurer une intégration efficace de l'éducation à la santé tenant compte des exigences institutionnelles, épistémologiques et professionnelles. Pour ces auteurs, une formation plus intégrée devrait permettre la mobilisation des savoirs disciplinaires et pédagogiques dans le contexte du développement des compétences professionnelles en arrimant les activités de nature théorique et pratique. La plupart de ces compétences professionnelles, bien que non propres à l'éducateur à la santé, rejoignent les dimensions énumérées précédemment. Certaines d'entre elles semblent toutefois plus centrales que d'autres, compte tenu des lacunes soulevées dans cet ouvrage. La compétence 1 « Agir en tant que professionnelle et professionnel héritier, critique et interprète d'objets de savoirs ou de culture dans l'exercice de ces fonctions » est à renforcer, les savoirs de l'éducation à la santé dans le programme étant

particulièrement vagues et non exhaustifs. En fait, quoi enseigner spécifiquement en éducation à la santé ? Rappelons aussi que les savoirs à enseigner dépendront beaucoup de l'approche à laquelle l'enseignant adhérera. Les savoirs à viser selon une approche développementale en éducation à la santé sont très différents des savoirs à mettre en relief sous l'approche expérimentale.

Les compétences 9 et 10 sont aussi importantes parce qu'elles font spécifiquement référence à la coopération avec l'équipe-école, les parents, les partenaires sociaux et les élèves en vue de l'atteinte des objectifs éducatifs et au travail en partenariat avec les membres de l'équipe pédagogique pour permettre le développement et l'évaluation des compétences visées dans le Programme de formation (MEQ, 2001b). Sans aucun doute, les efforts qui sont faits de manière à centrer la formation des enseignants sur ces compétences sont favorables à l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école d'autant plus qu'elle est devenue une responsabilité partagée.

Cet ouvrage ne témoigne pas suffisamment des efforts qui sont actuellement déployés dans plusieurs programmes des universités québécoises, principalement en éducation physique, pour ajuster leur formation aux visées du nouveau Programme de formation de l'école québécoise. Les résultats présentés par Marie-Claude Rivard et François Trudeau (chapitre 11) sont encourageants et laissent entendre qu'à la suite de certaines modifications apportées à leur programme, les étudiants en EPS semblent plus ouverts à l'utilisation de formules pédagogiques expérientielles, réflexives et participatives, formules plus cohérentes avec les visées de l'éducation à la santé et avec l'approche socioconstructiviste encouragée par le renouveau pédagogique.

Soulignons néanmoins le décalage entre la mise en place de ce renouveau et la réponse des diverses universités à ajuster leurs programmes à ses impératifs. De nombreux facteurs expliquent sans nul doute ce décalage, entre autres, la lourdeur et les exigences professionnelles de plusieurs de ces programmes de formation, ayant peu de marge de manœuvre pour introduire rapidement de nouveaux cours ou ajuster les contenus de cours en vigueur aux nouvelles réalités. Ce constat est particulièrement vrai dans le contexte de la formation initiale des enseignants des autres disciplines. Il y a donc urgence, à court terme, de développer des initiatives innovatrices de formation initiale en éducation à la santé qui tiennent compte de ces contraintes, avec un souci particulier pour le travail en partenariat. En contrepartie, puisque d'autres acteurs présents à l'école ont aussi à assumer

ce mandat, les responsables des programmes de formation des futures ressources des services éducatifs complémentaires devraient aussi réfléchir à des façons de leur donner un minimum de formation en éducation à la santé de manière à ce que tous les acteurs à l'école aient certains fondements théoriques et certains outils en commun.

8. LA QUESTION DE L'ÉVALUATION DES INITIATIVES EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Dans cet ouvrage, la question de l'évaluation des initiatives en éducation à la santé est soulevée de plusieurs façons, mais principalement sous l'angle des apprentissages. Selon l'esprit du Programme de formation, «l'évaluation doit d'abord être conçue comme un levier permettant d'aider l'élève à apprendre et d'aider l'enseignant à le guider dans sa démarche... Elle permet de mieux asseoir les décisions et les actions qui régulent les apprentissages des élèves» (MELS, 2003a, p. 10). Or l'évaluation des apprentissages relatifs au champ de l'éducation à la santé est identifiée comme un défi à relever par les enseignants et l'équipe-école, voire un obstacle à son inclusion. Quels sont les objets d'apprentissage à évaluer en éducation à la santé et comment le faire? Comment les enseignants peuvent-ils planifier des situations d'apprentissage et d'évaluation en misant sur l'éducation à la santé, si les compétences et les savoirs qui y sont associés auraient avantage à être évalués autrement? Bien que sous l'angle du DGF« Santé et bien-être», les apprentissages en éducation à la santé n'ont pas à être évalués, il est possible qu'ils le soient par l'entremise de l'évaluation des compétences disciplinaires et transversales ou des savoirs essentiels du Programme de formation de l'école québécoise. Or les critères proposés dans ce programme pour l'évaluation des compétences disciplinaires et transversales semblent plus ou moins adaptés à l'évaluation des objets d'apprentissage en éducation à la santé.

Tel que mentionné précédemment, sous l'angle des compétences disciplinaires, seuls les enseignants en EPS sous la troisième compétence «Adopter un mode de vie sain et actif» auront à en évaluer l'atteinte. Le bilan des apprentissages devra être réalisé à la lumière des attentes de fin de cycle tel qu'énoncé dans le Programme de formation, ces attentes étant accompagnées de critères d'évaluation spécifiques. Les enseignants peuvent porter leur jugement en utilisant des échelles des niveaux de compétences, celles-ci décrivant les grandes étapes du développement des compétences (MELS, 2002, 2006b). Pour Sylvain Turcotte (chapitre 2),

ce que prescrit le Programme de formation ne semble pas suffisant pour capter les apprentissages relatifs à cette troisième compétence. Il suggère une centration de l'évaluation sur les processus d'apprentissage en lien avec les savoirs essentiels et les quatre composantes de la compétence plutôt que sur le simple suivi des conduites individuelles liées aux modes de vie sains et actifs.

En ce qui concerne les compétences transversales, à peu près toutes sollicitées si on fait l'éducation à la santé selon des approches développementales (humaniste, appropriative ou écologique), aucune attente de fin de cycle n'est inscrite au Programme. L'évaluation de ces compétences est une responsabilité partagée entre chaque enseignant et l'équipe-école qui a préalablement établi son plan quant à l'accent à mettre sur l'une et l'autre, selon les cycles, selon l'étape scolaire, etc. Ici, ce que l'on évalue est simplement la progression de l'élève quant au développement de ces compétences. En ce qui concerne les savoirs essentiels, plusieurs d'entre eux étant liés à l'éducation à la santé dans plusieurs domaines d'apprentissage autres qu'en EPS (sciences et technologie et éthique et culture religieuse, par exemple), les enseignants pourront y reconnaître des stratégies, des connaissances et des techniques qui sont des objets d'apprentissage et d'évaluation.

Dans des documents entourant la question de l'évaluation des apprentissages produits par le MELS, (MELS, 2002, 2006b), divers outils pour y parvenir sont suggérés : grille d'observation, liste de vérification, entrevue, journal de bord de l'enseignant et de l'élève, dossier anecdotique, portfolio enseignant-élève, etc. Les résultats rapportés par Frédéric Le Cren et ses collaborateurs (chapitre 5) indiquent que, parmi les enseignants d'EPS du primaire interrogés, le portfolio et les journaux de bord sont considérés comme des outils d'évaluation importants. Les plus expérimentés mentionnent aussi l'utilisation de grilles d'évaluation ou d'autoévaluation ainsi que l'analyse de projets intégrateurs, alors que les débutants disent utiliser le quiz, l'examen écrit et le suivi auprès des parents. Pour ces auteurs, les enseignants en EPS ont grand besoin d'outils d'évaluation adaptés aux exigences du Programme de formation. Dans le contexte québécois, il est encore tôt pour illustrer les efforts des enseignants (EPS et autres disciplines) et de l'équipe-école à évaluer les apprentissages des élèves en matière de santé.

L'équipe de Corinne Mérini (chapitre 4) pose toutefois le problème de l'évaluation des initiatives en éducation à la santé à l'école de façon plus globale qu'uniquement centrée sur les apprentissages des élèves. Les résultats de leur étude mettent en relief le fait que la question de l'évaluation est peu présente dans les préoccupations des acteurs impliqués en éducation à la santé en France. Elle reste intuitive et informelle. Souvent, elle ne concerne que l'évaluation de l'intérêt des élèves ou des parents à l'égard des initiatives mises en place. Elle pourra s'attarder aux changements de comportements individuels ou collectifs, les indicateurs choisis allant du respect du code vestimentaire à la capacité de communiquer, jusqu'aux manifestations moindres de violence dans l'école. Les changements dans l'environnement scolaire seront captés en interrogeant les élèves sur l'ambiance à l'école, par exemple.

En fait, ce que les propos de cette équipe soulignent va au-delà de la question des apprentissages des élèves et pose la question des effets de ce qui est fait à l'école en éducation à la santé sur la santé et le bien-être des élèves ainsi que sur leur réussite. Au Québec, quels sont donc les indicateurs d'effets qui seront retenus pour porter un jugement sur la valeur de l'éducation à la santé à l'école ? Des indicateurs relatifs à la santé ? Au bien-être ? À la réussite éducative ? Quelle logique orientera le dispositif évaluatif et quelle finalité sera priorisée ? Ces choix ne sont pas anodins, parce que les pratiques en éducation à la santé à l'école seront nécessairement guidées par les indicateurs retenus. Tel qu'argumenté aux sections 3 et 5 du présent chapitre, des efforts doivent être déployés pour que les acteurs des réseaux de l'éducation et de la santé partagent leurs conceptions de l'éducation à la santé et leurs visions respectives des finalités qu'elle poursuit. Ce partage pourrait amener, comme Corinne Mérini le soutient lorsqu'elle définit le partenariat, à de l'innovation et à l'identification d'indicateurs d'effets autres que des taux d'incidence et de prévalence de problèmes de santé, de comportements à risque ou de comportements sains ou, encore, des taux de compétences atteintes, de réussite ou de persévérance scolaires.

Au-delà de l'évaluation des effets, cette équipe attire aussi l'attention sur le manque d'outils, non seulement pour mesurer les effets de ces initiatives, mais aussi pour faire le monitoring des opérations elles-mêmes. Ce monitoring évaluatif est fort utile pour formaliser et réguler les opérations, ainsi que pour y apporter des ajustements, correctifs et améliorations au fur et à mesure que les initiatives sont mises en place. Ce type d'évaluation est central pour l'avenir de l'éducation à la santé à l'école, d'autant plus que le jugement qu'on portera sur sa valeur dépendra explicitement

de la qualité, de l'intensité et de la cohérence des efforts déployés. Dans cet ouvrage, tel que résumé à la section 7, la mise en œuvre des initiatives en éducation à la santé est fortement modulée par des facteurs motivationnels, structurels et sociopolitiques qui, pour l'instant, ne sont pas tous favorables. On pourrait injustement conclure à l'inefficacité de l'éducation à la santé si le degré de mise en œuvre des opérations est insuffisant, mais aussi, comme nous l'avons souligné, si les indicateurs d'effets retenus ne traduisent pas de façon valide les finalités poursuivies (santé, bien-être et réussite) et les processus d'apprentissage qui y contribuent.

En dernier lieu, une dernière forme d'évaluation, peu abordée dans cet ouvrage, mérite d'être avancée. Elle relève de l'importance dans l'avenir de s'attarder à l'évaluation des pratiques des divers acteurs impliqués en éducation à la santé, sous l'angle non seulement des enseignants d'EPS et des autres disciplines, mais aussi des ressources des services éducatifs complémentaires et des autres partenaires de la communauté impliqués.

POUR CONCLURE

Faire équipe pour l'éducation à la santé, c'est travailler ensemble de façon cohésive et complémentaire de manière à ce que chaque élève vive dans le quotidien des expériences qui l'aident à développer son plein potentiel et à reconnaître sa valeur, à se situer par rapport à ses origines et à se projeter dans l'avenir, à vivre des relations harmonieuses avec les autres et à respecter et protéger son environnement. Faire équipe pour l'éducation à la santé, c'est créer des occasions où la santé sous toutes ses dimensions teinte les apprentissages : apprendre à faire des choix éclairés ; apprendre à trouver les moyens pour assumer ces choix de façon autonome et responsable ; apprendre à être en contrôle de ses décisions et de sa vie et apprendre à aider les autres à gagner ce pouvoir sur leur vie ; apprendre à exercer son jugement critique, à s'engager comme citoyen, à se mobiliser et à lutter pour les droits et la justice sociale.

Pour réussir à relever ce défi, il est important que santé, bien-être et réussite éducative soient reconnus par tous les acteurs de l'école comme intimement imbriqués. Pour ce faire, il doit y avoir un partage explicite des logiques en présence et des finalités poursuivies de manière à que cette compréhension commune des enjeux soit à la base d'initiatives en éducation à la santé cohérentes. Le défi sera par la suite d'assurer l'exhaustivité, la cohérence et la complémentarité des objets d'apprentissage d'une discipline

à l'autre, d'un cycle à l'autre, d'un ordre d'enseignement à l'autre de manière à ce que cela fasse du sens pour l'élève tout au long de son parcours. Dans le futur, il y aurait aussi avantage à ce que l'éducation à la santé, parce que responsabilité partagée, s'inscrive de plus en plus sous des approches développementales (humaniste, appropriative ou écologique). Cela demandera une attitude d'ouverture de la part des différents acteurs et l'appropriation de nouveaux référents théoriques, de nouveaux objets d'apprentissage et d'évaluation, et de nouvelles formules pédagogiques dans le respect toutefois des spécificités de chacun, compte tenu des rôles attendus dans le contexte du renouveau. En ce sens, il serait important que les programmes de formation initiale et continue des enseignants, non seulement en EPS mais de tous les autres domaines d'apprentissage, et des autres professionnels œuvrant à l'école précisent les compétences à développer en éducation à la santé et en partenariat, dans le respect du référentiel de compétences professionnelles de la profession enseignante (MEQ, 2001b). Miser sur ces cohortes d'enseignants et de professionnels de la santé formés en éducation à la santé et au partenariat serait une stratégie prometteuse pour réussir l'inclusion de l'éducation à la santé à l'école québécoise dans le futur. Encore faudra-t-il y mettre le temps et que les volontés politiques se traduisent par des actions concrètes de soutien de tous ordres, incluant une définition plus complète des contenus à enseigner en éducation à la santé et des outils concrets accompagnant l'enseignant et l'élève.

BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité – Le sentiment d'efficacité personnelle*, Paris, de Boeck.
- Birch, D.A., C. Duplaga, D.M. Seabert, K. et M. Wilbur (2001). « What do master teachers consider important in professional preparation for school health education », *Journal of School Health*, vol. 71, n° 2, p. 56-60.
- Deschesnes, M. et al. (2008). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Deschesnes, M. et L. Lefort (2004). *Portrait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau primaire*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

- Fortin, J. (2004). «Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé», dans D. Jourdan et M. Tubiana (dir.), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, Toulouse, Éditions universitaires du sud, p. 51-65.
- Frauenknecht, M. (2005). «Professional standards for health education teacher preparation», *The Health Educator*, vol. 37, n° 2, p. 24-26.
- Gaudreau, L. (2000). «Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé», dans C. Garnier et M.-L. Rouquette (dir.), *Représentations sociales et éducation*, Montréal, Éditions Nouvelles, p. 143-164.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (2001). *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, Paris, Les éditions Inserm.
- Jourdan, D. et D. Berger (2005). «De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé», *La santé de l'homme*, 337, <www.inpes.sante.fr/SLH/articles/377/09.htm#>, consulté le 25 novembre 2008.
- Magny, J.-C. (2004). «L'approche CADEAU-SVP», *Propulsion*, vol. 16, n° 1, p. 14.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2002). *L'évaluation des apprentissages au préscolaire et au primaire. Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (2005). *Le renouveau pédagogique. Ce qui définit « le changement » préscolaire, primaire, secondaire*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (2006a). *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (2006b). *L'évaluation des apprentissages au secondaire. Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2001b). *La formation à l'enseignement, les orientations et les compétences professionnelles*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2003a). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, premier cycle*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2003b). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, Gouvernement du Québec.

- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). (2001a). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa, promotion de la santé*, <www.who.int/idhl-rils/idhl/Aii05003.pdf>, consulté le 25 novembre 2008.
- Prochaska, J.O., C.C. DiClemente et J.C. Norcross (1992). «In search of how people change. Applications to addictive behaviours», *American Psychologist*, vol. 47, n° 9, p. 1102-1114.
- Virgilio, S.J. (1990). «A model for parental involvement in physical education», *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, vol. 61, n° 8, p. 66-70.

Notices biographiques

Charlotte Beaudoin est professeure à l'École des sciences de l'activité physique de l'Université d'Ottawa, où elle mène des recherches qui portent sur les sciences de l'intervention en éducation physique et santé. Plus récemment, ses intérêts de recherche se dirigent vers la nouvelle conception de l'École en santé, allant au-delà des cours d'éducation physique et santé, pour créer un milieu de vie où l'élève pourra y apprendre et développer un mode de vie sain et actif.

Mireille Blais est titulaire d'un doctorat en psychopédagogie dans le champ plus particulier de l'éducation à la santé. Professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, ses travaux de recherche portent sur les stratégies d'intervention efficaces en éducation à la santé au primaire et au secondaire, de même que sur la façon dont les enseignants et les élèves s'engagent dans une démarche de modification d'une habitude de vie. Elle s'intéresse également à la formation initiale et continue des enseignants. Elle assume depuis peu une fonction de responsable des programmes d'éducation physique et à la santé au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec.

Claude Bordeleau, Ph. D. (doctorat en sciences de l'activité physique de l'Université Laval). Il est également titulaire d'une maîtrise en médecine expérimentale (génétique) de l'Université Laval. Il est professeur et chercheur en psychopédagogie à l'Université du Québec à Chicoutimi depuis 1997. Ses champs d'intérêt pour la recherche sont la supervision de l'enseignement, les troubles de comportement, la gestion du stress et l'entraînement sportif.

Luc Chiasson est enseignant-chercheur au département d'éducation physique du Cégep de Lévis-Lauzon depuis 34 ans. Il dirige des recherches sur les habitudes de vie et le niveau de condition physique des étudiants depuis près de 20 ans. Il termine actuellement avec Philippe Aubé une recherche PAREA sur les habitudes de vie et le rendement scolaire dans un collège du Québec. Il mène

depuis dix ans une vaste étude transversale sur l'évolution des mesures anthropométriques, de composition corporelle et du niveau de condition physique des étudiant(e)s de 17 à 20 ans du Cégep de Lévis-Lauzon.

Monique Dubuc est titulaire de deux maîtrises, l'une en sciences de l'administration, l'autre en sciences de l'activité physique, toutes deux de l'Université Laval. Préalablement, elle a complété un baccalauréat en sciences de l'activité physique à l'Université du Québec à Chicoutimi. Elle a travaillé pendant quelque six ans en activité physique et quinze années en développement local et régional. C'est en 2007 qu'elle fait un retour dans le milieu de l'activité physique en devenant coordonnatrice nationale du programme Kino-Québec. Ainsi, elle participe à la conception et à la mise en œuvre de moyens qui concernent à la fois les milieux scolaire, municipal et du travail.

Monique Ducharme, bachelière en diététique et nutrition, a travaillé pendant plusieurs années dans les champs de la prévention, promotion et éducation à la santé en tant que personne-ressource en nutrition. Maintenant agente de planification, de programmation et de recherche pour le dossier nutrition à la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, elle s'intéresse plus particulièrement à faciliter l'intégration de la promotion de volets nutrition en arrimage avec la promotion des autres saines habitudes de vie dans différents milieux.

Marie-Ève Girard, M.A., sexologie, est agente de recherche et coordonnatrice de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé à l'Université du Québec à Montréal. En collaboration avec d'autres chercheurs, elle participe au développement, à la mise en place et à l'évaluation de projets de recherche en éducation à la santé auprès de populations vulnérables. Son expertise en méthodologie quantitative lui permet aussi de participer activement au transfert des connaissances en éducation à la santé.

Johanne Grenier est professeure à l'Université du Québec à Montréal au département de kinanthropologie. Elle est titulaire d'un doctorat en science de l'activité physique de l'Université de Montréal dans le domaine de l'intervention. Après des recherches sur la pratique régulière d'activité physique des étudiants du cégep, elle s'intéresse à l'enseignement de l'éducation physique et plus particulièrement à l'évaluation des apprentissages des élèves au primaire et à l'enseignement du volet éducation à la santé au primaire et au secondaire.

Gilles Harvey, Ph. D. (doctorat en sciences cliniques de l'Université de Montréal), est professeur et chercheur en éducation à la santé à l'Université du Québec à Montréal depuis 1979. Il s'intéresse entre autres à l'autogestion de la santé et du mode de vie et aux approches alternatives en santé.

Émilie Kalinova est professeure en intervention et didactique de l'éducation physique et à la santé au Département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal depuis cinq ans, après avoir été professeure pendant 21 ans à l'Université de Sofia, en Bulgarie. Elle se distingue par des travaux de recherche qui visent non seulement les enfants en milieu scolaire, mais également les aînés en milieu communautaire.

Danielle Larocque, titulaire d'une maîtrise en éducation, est éducatrice physique. Ses champs d'intérêt sont le développement de la personne et le soutien à la réussite par l'activité physique et la psychomotricité. Elle est consultante en entreprise et en milieu scolaire dans des domaines reliés à la gestion du stress, la psychomotricité, la concentration, le travail en équipe et le plaisir au travail. Elle travaille conjointement avec une psychothérapeute pour implanter la méthode Le SPA de la Réussite dans les écoles primaires.

Rose-Marie Lèbe, professeure honoraire au Département de kinésiologie de l'Université de Montréal, a contribué pendant plus de trente ans à la formation des intervenants en éducation physique. Au cours des dernières années, elle fut chargée de l'élaboration du nouveau programme d'éducation physique et à la santé à la Faculté des sciences de l'éducation de cette institution. Jusqu'à son départ à la retraite en juillet 2005, elle a assumé la responsabilité de ce nouveau programme au Département de kinésiologie, où elle enseigne encore le cours d'histoire de l'éducation physique et du sport.

Frédéric Le Cren est titulaire d'un Ph. D. en sciences de l'éducation, d'un 2^e cycle en psychologie et en sciences et techniques des activités physiques et sportives, ainsi que d'un postdoctorat à l'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec. Il a été professeur en intervention et didactique de l'éducation physique et à la santé au Département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est actuellement conseiller technique national, recherche et développement, à la Fédération française Entraînement physique dans le monde moderne, Sports pour Tous, secteur Sport santé.

Jean-Claude Magny a complété des études de premier cycle en psychologie et en sciences de l'activité physique, obtenu une maîtrise en psychologie, un diplôme d'études supérieures de troisième cycle en toxicomanie, ainsi qu'un doctorat en didactique de la santé. Son champ de recherche est l'énactionisme, théorie rattachée au courant socioconstructiviste, qu'il applique dans une démarche d'individualisation en éducation à la santé.

Corinne Mérini, maître de conférences à l'Institut de formation des maîtres de Versailles, forme des enseignants en éducation physique depuis 25 ans. Elle est chargée du cours «EPS et santé» dans la préparation aux épreuves du CAPEPS. Elle fait partie de l'équipe «Éducation à la santé en milieu scolaire» du laboratoire Processus d'action des enseignants déterminants et impacts de Clermont Ferrand-Ferrand, où elle mène des travaux sur l'évaluation des dynamiques collectives de travail en éducation à la santé.

Linda Morency, Ph. D. (doctorat en psychopédagogie de l'Université Laval), est également titulaire d'une maîtrise en psychologie (Université Laval). Elle est professeure et chercheure à l'Université du Québec à Chicoutimi depuis 1985. Ses champs d'intérêt sont : la relation maître/élève en milieu scolaire et l'identification des facteurs pouvant aider un enseignant en éducation physique à être plus efficace, la santé mentale en milieu scolaire, les troubles du comportement et la psychologie sportive.

Joanne Otis, Ph. D. en santé publique (promotion de la santé), est titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES) depuis janvier 2005. Elle est aussi professeure au département de sexologie de l'UQAM depuis 1991. Ses travaux de recherche portent sur l'analyse des facteurs psychosociaux et socioculturels associés aux comportements de santé. Ils portent aussi sur l'évaluation des interventions en éducation à la santé. La CReCES a comme mission principale le développement de la réflexion théorique, méthodologique et critique sur l'éducation à la santé tant en milieu scolaire, clinique que communautaire.

Marie-Claude Rivard, Ph. D., est professeure au Département des sciences de l'activité physique de l'UQTR depuis 2000 et elle assume actuellement la direction du programme en enseignement de l'EPS. Détentrice d'un doctorat en intervention de l'activité physique de l'Université Laval, ses recherches portent principalement sur l'éducation à la santé en milieu scolaire, la mise en œuvre du renouveau pédagogique sous l'angle du déploiement des compétences et la formation des maîtres en éducation physique et à la santé.

François Trudeau, Ph. D. (doctorat en sciences de l'activité physique de l'Université de Montréal), est professeur et chercheur en physiologie de l'exercice et en promotion de la santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières depuis 1992. Il s'intéresse entre autres à l'école comme milieu d'apprentissage de la santé et de l'activité physique, et au rôle de l'école dans la promotion de l'activité physique pour la vie.

Sylvain Turcotte a obtenu son doctorat en éducation de l'Université du Québec à Montréal en 2006. Il est professeur adjoint au Département de kinanthropologie de l'Université de Sherbrooke depuis 2005. Ses secteurs d'étude et de recherche concernent l'éducation à la santé en milieu scolaire et l'analyse des conditions d'enseignement-apprentissage en éducation physique et à la santé.



Médias, médicaments et espace public

*Sous la direction de Christine Thoër,
Bertrand Lebouché, Joseph Josy Lévy
et Vittorio Alessandro Sironi*
2009, ISBN 978-2-7605-2470-5, 350 pages

**Diversité sexuelle
et constructions de genre**

*Sous la direction de Line Chamberland,
Blye W. Frank et Janice Ristock*
2009, ISBN 978-2-7605-2462-0, 424 pages

La fascination

Nouveau désir d'éternité
Luce Des Aulniers
2009, ISBN 978-2-7605-2436-1, 418 pages

**Tests d'évaluation de la capacité
fonctionnelle chez l'adulte
de 55 ans et mieux**

*Sous la direction
d'Émilie Kalinova et Mario Leone*
2009, ISBN 978-2-7605-2446-0, 160 pages

Génération et cycles de vie

Au carrefour des temps biologiques
et psychosociaux
*Sous la direction de Laurence Charton
et Joseph Josy Lévy*
2009, ISBN 978-2-7605-2430-9, 252 pages

Tango, corps à corps culturel

Danser en tandem pour mieux vivre
Sous la direction de France Joyal
2009, ISBN 978-2-7605-2392-0, 276 pages

Pour une approche intégrée en santé

Vers un nouveau paradigme
*Jean-Claude Magny, Gilles Harvey,
Yves Lévesque, Daniel Kieffer,
Anne Taillefer et Denis Fourniery*
2008, ISBN 978-2-7605-1589-5, 150 pages

Intersections

Cultures, sexualités et genres
*Sous la direction de Shari Brotman
et Joseph Josy Lévy*
2008, ISBN 978-2-7605-1581-9, 494 pages

Épidémie silencieuse

Le traumatisme craniocérébral léger :
symptômes et traitement
*Sous la direction de
Frédéric Banville et Pierre Nolin*
2008, ISBN 978-2-7605-1547-5, 310 pages

Danse et santé

Du corps intime au corps social
Sous la direction de Sylvie Fortin
2008, ISBN 978-2-7605-1543-7, 326 pages

**Les médias et le façonnement
des normes en matière de santé**

Sous la direction de Lise Renaud
2007, ISBN 978-2-7605-1526-0, 318 pages

La chaîne des médicaments

Perspectives pluridisciplinaires
*Sous la direction de
Joseph J. Lévy et Catherine Garnier*
2007, ISBN 978-2-7605-1510-9, 522 pages

Viellir en milieu d'hébergement

Le regard des résidents
Michèle Charpentier
2007, ISBN 978-2-7605-1477-5, 180 pages

Homosexualités

Variations régionales
*Sous la direction de
Danielle Julien et Joseph J. Lévy*
2007, ISBN 2-7605-1471-3, 284 pages

La surdité vue de près

Colette Dubuisson et Christiane Grimard
2006, ISBN 2-7605-1449-8, 436 pages

**Trouble déficitaire de
l'attention avec hyperactivité**

Soigner,  duquer, surtout valoriser
*Sous la direction de Nicole Chevalier,
Marie-Claude Guay, Andr e Achim,
Philippe Lageix et Hélène Poissant*
2006, ISBN 2-7605-1463-3, 336 pages

Souffrance et médecine

Serge Daneault
2006, ISBN 2-7605-1452-8, 180 pages

Surdité et société

Perspectives psychosociale,
didactique et linguistique
*Sous la direction de Daniel Daigle
et Anne-Marie Parisot*
2006, ISBN 2-7605-1407-2, 220 pages

La santé s'affiche au Québec

Plus de 100 ans d'histoire
Lise Renaud
2005, ISBN 2-7605-1344-0, 264 pages



**Histoire des orthophonistes
et des audiologistes au Québec:
1940-2005**

Pratiques cliniques, aspirations
professionnelles et politiques de la santé

Julien Prud'Homme

2005, ISBN 2-7605-1378-5, 166 pages

Les traitements antirétroviraux

Expériences et défis

Sous la direction de Joseph J. Lévy,

Janine Pierret et Germain Trottier

2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

Enjeux psychosociaux de la santé

Sous la direction de

Joseph Josy Lévy, Danielle Maisonneuve,

Henriette Bilodeau et al.

2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages



Collection

SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Sous la direction de Danielle Maisonneuve

Au

Québec, 19% des adolescents sont fumeurs, 23% des enfants présentent un surplus de poids, trois jeunes sur cinq ne font pas suffisamment d'activité physique pour en obtenir des bienfaits et 15% présentent des symptômes reliés à des troubles de santé mentale. Constat alarmant ou défis motivants pour le milieu scolaire, à qui on a confié le mandat de l'éducation à la santé?

Au primaire, au secondaire, au collégial et à l'université, des gens engagés dans l'éducation à la santé ont développé des outils, imaginé des méthodes et exploré des pistes pour contribuer, selon leurs moyens, à l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cet ouvrage collectif, qui présente leurs projets, leurs recherches et leurs réflexions, démontre l'importance de faire participer parents, élèves, personnel enseignant et non enseignant, et autres acteurs des milieux communautaire et de la santé publique. Les intervenants des milieux scolaires de tous les ordres d'enseignement y trouveront des ressources et des références pour alimenter leurs réflexions et, surtout, pour soutenir leurs actions.

Les étudiants en formation en enseignement et tous ceux qui seront appelés à travailler auprès des enfants et des adolescents y puiseront les connaissances nécessaires pour développer une vue d'ensemble de la problématique et du rôle qu'ils pourront jouer afin de travailler à l'éducation à la santé de leurs élèves. Ce livre constitue une référence indispensable pour les enseignants, qui jouent un rôle dans le développement de la santé et du bien-être des élèves du primaire et du secondaire.

JOHANNE GRENIER est professeure à l'Université du Québec à Montréal au Département de kinanthropologie. Elle s'intéresse à l'enseignement de l'éducation physique, et plus particulièrement à l'évaluation des apprentissages des élèves au primaire et à l'enseignement du volet éducation à la santé au primaire et au secondaire.

JOANNE OTIS est professeure au Département de sexologie à l'Université du Québec à Montréal, et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé; elle est aussi membre de l'institut Santé et Société.

GILLES HARVEY, Ph. D., H.D., est professeur à l'Université du Québec à Montréal, responsable du Groupe de recherche en approche intégrée en santé et membre de l'institut Santé et Société.

Ont collaboré à cet ouvrage

Charlotte Beaudoin
Mireille Blais
Claude Bordeleau
Brigitte Brossard
André Brunet
Luc Chiasson
Monique Dubuc
Monique Ducharme

Marie-Ève Girard
Johanne Grenier
Gilles Harvey
Émilía Kalinova
Danielle Larocque
Frédéric Le Cren
Rose-Marie Lèbe

Jean-Claude Magny
Corinne Mérini
Linda Morency
Joanne Otis
Marie-Claude Rivard
François Trudeau
Sylvain Turcotte

www.puq.ca



ISBN 978-2-7605-2481-1