

Rencontre avec



Joanne Otis

Université du Québec à Montréal

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

Entrevue réalisée par

Sylvain TURCOTTE
CRIFPE

Université de Sherbrooke, GRIEFPAP

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

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

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

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

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

En 1992, la sortie de la *Politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confirme la légitimité de l'éducation à la santé à l'école. Cette politique propose 19 objectifs assortis de stratégies pour réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent le plus la population. Cette fois, les éducateurs physiques se positionnent comme acteurs centraux en éducation à la santé à l'école. En effet, en 1993, ils présentent un mémoire sous l'égide de la CEEPQ¹ (maintenant la FÉÉPEQ²) pour défendre leur contribution à l'amélioration de l'état de santé des élèves et des étudiants par la promotion de l'activité physique. Dans ce mémoire, ils font une démonstration convaincante des liens entre cette habitude de vie et la prévention de multiples problèmes de santé.

-
- 1 Confédération des éducateurs et éducatrices physiques du Québec.
 - 2 Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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