

Université de Montréal

Vers une vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé en milieu scolaire

ou

Les étapes d'élaboration d'un modèle d'intervention personnalisé visant à assurer auprès des élèves du milieu scolaire, l'adoption d'un mode de vie sain et actif

par

Jean-Claude Magny

**Département de didactique
Faculté des sciences de l'éducation**

**Thèse de doctorat présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (PhD)
en science de l'éducation, option didactique de la santé**

Mai 2007

© Jean-Claude Magny. 2007



LB
5
U57
2007
v. C22

Handwritten scribbles or faint markings in the bottom left corner.

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Vers une vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé

présentée par :

Jean-Claude Magny

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sophie René de Cotret, Président-rapporteur

Réal Larose, directeur de recherche

Cécilia Borges, Membre du jury

Gilles Harvey, Examineur externe

Marielle Ledoux, Représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

L'arrivée des concepts liés à l'éducation à la santé, dans le cadre de la réforme du programme d'éducation physique (MÉQ, 2001), soulève de nombreuses questions et une certaine appréhension auprès des éducateurs physiques du Québec, à qui on a confié ce nouveau domaine disciplinaire tout en leur imposant une façon différente d'aborder l'enseignement.

En effet, dans cette réforme une assez grande importance est accordée à l'éducation à la santé. De plus, parmi les orientations pédagogiques mises de l'avant par ces concepteurs, il faut souligner le remplacement des concepts d'objectifs d'apprentissage, par une approche de l'enseignement apprentissage organisée autour des notions de développement de compétences disciplinaires et transversales.

Intéressés depuis plusieurs années à l'éducation à la santé, nous avons voulu apporter notre contribution dans les tentatives entreprises jusqu'à présent pour implanter cet enseignement dans le milieu scolaire. Afin d'avoir une idée plus objective des besoins des éducateurs physiques, nous avons entrepris, dans un premier temps, une enquête sur l'état de l'implantation de cette nouvelle matière, dans la région de Montréal et de ses environs. Cette démarche a permis de mettre en lumière la compréhension qu'ont certains éducateurs physiques des concepts en cause et des stratégies qu'ils ont développées pour les mettre en application.

Par la suite, tenant compte des besoins identifiés lors de notre enquête, nous avons élaboré une démarche d'intervention innovatrice, intégrant les grands courants dans le domaine de l'éducation à la santé et les dispositifs didactiques déjà expérimentés dans le milieu scolaire. Cette démarche a pris la forme d'un dispositif didactique original permettant de véhiculer un contenu d'apprentissage complémentaire à celui proposé dans le programme de formation. Elle vise la mise en application d'une éducation à la santé personnalisée, susceptible de répondre aux attentes des intervenants du milieu.

Nous pensons, par ce travail, apporter notre contribution aux actions déjà entreprises par les éducateurs physiques du Québec, pour faire de l'éducation à la santé une partie intégrante de l'école québécoise.

Mots clés : Éducation physique; Éducation à la santé; Éducation physique et à la santé. Didactique de l'ÉPS; Innovation pédagogique; Dispositif didactique.

SUMMARY

The advent of education in health in regards to the reform of the physical education program (MEQ, 2001), seems to bring many questions to the table and even cast doubt in the minds of the physical education teachers of Quebec, to whom this new task has been entrusted and who have been forced to approach teaching differently.

As a matter of fact, in this reform great importance is given to the concepts of health education both concerning the part named by the developers in the general areas of information and the one regarding personal development to which the physical and health education program are attached.

Furthermore, among the pedagogical orientations brought by this program, the replacement of the objective concepts of learning, linked to “*la taxonomie de Bloom (1972)*” by a teaching approach built around developing notions for disciplinary and transversal competences, linked to *la taxonomie de Sato*” (1999), should be emphasized

To get a more objective idea of the situation prevailing in the educational environment, we decided to start with a qualitative investigation on the level of implementation of this new topic in Montreal and its surroundings as well as of the understanding that some physical education teachers have of the subject or thesis in question and of the strategies they have developed to apply them.

After analyzing the present situation, and in light of the identified needs, we presented the steps of an innovative intervention comprising all fields in health and health education.

This approach has resulted in a teaching strategy conveying specific learning content towards a renovated education in health that will likely address issues raised by the concerned participants.

We hope that this study will contribute to the teaching techniques of the physical educators’ association of Quebec in order to truly integrate education in health in the physical education program of Quebec schools.

Key words: Physical education: Health education: Domains of information: personal development: Teaching approach: Transversal competences: Teaching strategies: Innovative intervention.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
SUMMARY	Erreur ! Signet non défini.
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES	ix
REMERCIEMENTS	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE.....	8
1.1 Situation de l'étude	9
1.2 Éducation physique et santé.....	12
1.2.1 L'éducation physique et l'éducation à la santé au Québec	13
1.2.2 Une vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé	18
1.2.3 Les arguments en faveur d'une éducation physique et d'une éducation à la santé	22
1.3 Pertinence de l'étude.....	24
1.3.1 La problématique	26
CHAPITRE 2 LE CADRE CONCEPTUEL	32
2.1 La petite histoire de l'éducation physique	34
2.1.1 Les bienfaits de l'éducation physique.....	35
2.1.2 Les objectifs généraux en éducation physique.....	37
2.1.3 Éducation motrice ou éducation physique	43
2.2 Le constructivisme	46
2.3 La théorie de l'Autopoïèse.....	48
2.3.1 L'origine du vivant	48
2.4 Les concepts en santé.....	56
2.4.1 Une conception dynamique de la santé.....	57
2.4.2 Vers une approche intégrée en santé.....	59

2.5	Prévention et promotion de la santé.....	66
2.5.1	De la promotion à l'éducation à la santé.....	75
2.5.2	Les objectifs généraux de l'éducation à la santé au Canada.....	79
2.5.3	L'éducation à la santé au Québec.....	81
2.5.4	L'éducation à la santé ailleurs dans le monde.....	83
2.5.5	Les objectifs généraux de l'éducation à la santé.....	85
2.6	Les modèles d'intervention en éducation à la santé.....	90
2.6.1	Les approches de type iconologique.....	91
2.6.2	Pour une individualisation en éducation à la santé.....	94
2.7	Activité physique et santé.....	96
2.8	Retour sur la problématique soulevée.....	97
CHAPITRE 3 LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....		100
3.1	Choix de l'option méthodologique.....	102
3.2	Les différents volets de notre étude.....	104
3.3	Démarche méthodologique.....	105
3.4	La population de l'enquête.....	108
3.5	L'échantillonnage.....	111
3.5.1	La justification de notre démarche.....	112
CHAPITRE 4 L'IDENTIFICATION DES BESOINS.....		114
4.1	Les résultats.....	117
4.1.1	Les conceptions des éducateurs physiques.....	117
4.1.2	L'importance accordée à l'éducation à la santé.....	120
4.1.3	Le contenu véhiculé et les stratégies utilisées.....	123
4.1.4	Les ressources disponibles.....	126
4.1.5	Questions ouvertes.....	131
CHAPITRE 5 L'ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES.....		132
5.1	Limites de cette enquête.....	134
5.2	L'analyse des différentes stratégies d'implantation de l'éducation à la santé explorées dans les écoles primaires couvertes par notre enquête.....	135
5.3	Bilan de l'analyse.....	140

CHAPITRE 6 ÉLABORATION Du dispositif didactique.....	142
6.1 Les catégories de décisions à prendre dans la constitution d'un dispositif DIDACTIQUE.....	143
6.2 Les étapes de l'approche PRANDIAC	144
6.2.1 La planification	144
6.2.2 La structuration	145
6.2.3 La production	146
6.2.4 La rencontre	146
6.2.5 La révision	147
6.3 Justification de la démarche retenue	154
CHAPITRE 7 LE CHOIX D'UNE STRATÉGIE D'IMPLANTATION	157
7.1 Fondements de la stratégie d'application de notre dispositif.....	163
7.2 La validation du dispositif	168
7.2.1 La rencontre	173
7.3 La révision du dispositif	176
CHAPITRE 8 LA DISCUSSION GÉNÉRALE.....	177
8.1 L'urgence d'intervenir en éducation à la santé	181
8.2 Retour sur le cadre conceptuel.....	185
8.2.1 Retour sur la problématique et la question de recherche	189
8.2.2 Les commentaires découlant de la comparaison de notre dispositif.....	190
8.3 Projet d'implantation du dispositif didactique prandiac/cadeau.....	196
8.3.1 Le partage des responsabilités dans l'implantation de l'approche PRANDIAC/CADEAU	197
8.3.2 La clientèle cible	198
8.3.3 Les limites de l'approche PRANDIAC/CADEAU.....	199
CONCLUSION	200
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	209
ANNEXES	219

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Les secteurs d'application de l'éducation physique et sportive.....	21
Tableau II	Stratégie de promotion et de prévention.....	82
Tableau III	Étapes de notre démarche méthodologique	105
Tableau IV	Exemples d'approches qualitatives adapté de Poupart (1997)	108
Tableau V	Population de l'étude	112
Tableau VI	Quelques outils d'intervention dont disposent les éducateurs physiques en éducation à la santé.....	130
Tableau VII	Sujets abordés	131
Tableau VIII	Les étapes d'élaboration du contenu d'une communication éducative ...	148
Tableau IX	Étapes de la démarche PRANDIAC/C A D E A U	167
Tableau X	Grille d'évaluation du niveau d'appréciation d'une stratégie d'intervention en EPS	175
Tableau XI	Les composantes d'une habitude de vie (Magny 2005)	184
Tableau XII	Portes d'entrée et de sortie de la maladie	188
Tableau XIII	Comparaison entre : Prandiac/Cadeau et le Carnet santé	192
Tableau XIV	Comparaison entre les deux approches : Prandiac/CADEAU et Portfolio	195

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé	18
Figure 2	Éducation physique et à la santé (OMS, 1997).....	31
Figure 3	Les niveaux de conceptualisation adaptés selon les travaux de Maturana (1987).....	53
Figure 4	Approche intégrationniste en santé.....	63
Figure 5	Pyramide de la santé	68
Figure 6	Le triangle épidémiologique	71
Figure 7	Changements de comportement.....	94
Figure 8	Activité physique et santé	97
Figure 9	Conception de la santé	118
Figure 10	Conception de l'éducation physique.....	119
Figure 11	Conception de l'éducation à la santé	120
Figure 12	Importance accordée par les éducateurs physiques à l'éducation à la santé....	121
Figure 13	Importance que les éducateurs physiques aimeraient accorder à l'éducation à la santé, si les besoins identifiés étaient comblés	122
Figure 14	L'accueil que les élèves font à l'éducation à la santé, selon le point de vue des éducateurs physiques	123
Figure 15	L'intention éducative des éducateurs physiques.....	124
Figure 16	Les savoirs essentiels véhiculés.....	125
Figure 17	Les stratégies d'intervention.....	126
Figure 18	Pour planifier les situations d'enseignement apprentissage en éducation à la santé	127
Figure 19	Les autres intervenants impliqués.....	128
Figure 20	Les outils dont ils ont besoin	129

Figure 21	Les étapes dans la construction d'une situation didactique selon Bass	144
Figure 22	Le triangle didactique	149
Figure 23	Les composantes du corps humain	186

LISTE DES SIGLES ET DES ABBRÉVIATIONS

CADEAU	Connaître. Analyser. Découvrir. Établir. Accompagner. Utiliser
CAPFE	Comité d'agrément des programmes de formation des enseignants
CERI	Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement
CLSC	Centre local de services communautaires
ÉP	Éducation physique
EPS	Éducation physique et à la santé
ÉS	Éducation à la santé
MÉQ	Ministère de l'Éducation du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PC	L'approche PRANDIAC/CADEAU
PRANDIAC	Procédé d'analyse didactique pour l'action
PRI	Profil réactionnel individuel
UQAM	Université du Québec à Montréal
SAÉ	Situation d'apprentissage et d'évaluation

REMERCIEMENTS

J'aimerais profiter de l'occasion pour remercier tous ceux et celles, qui de proche ou de loin, m'ont aidé à compléter cette étude.

En particulier mon directeur de thèse, monsieur Réal Larose, qui a été pour moi une source d'inspiration en acceptant de partager le fruit de ses recherches en didactique.

À mes collègues de travail, Émilie Kalinova et Frédéric Le Cren du Département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal, pour la validation des données recueillies dans le milieu.

Aux éducateurs physiques siégeant à la table de concertation de la Montérégie et à ceux de la Commission scolaire des Patriotes. Tout particulièrement à Michel Dazé de l'école Monseigneur Gervais de St- Bruno et à Michel Lupien de l'école Père Marquette de Boucherville, pour avoir accepté que leurs projets, *Sportfolio* et *Carnet santé*, expérimentés auprès de leurs élèves, soient retenus pour évaluer la pertinence du dispositif didactique que nous avons élaboré dans le cadre de cette étude.

Un remerciement tout spécial à madame Yvette Genet-Volet, professeure associée au Département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal et André Ledoux, ancien conseiller pédagogique en français, pour leurs précieux conseils. Aux membres de ma famille, pour les sacrifices qu'ils ont dû faire durant ces cinq dernières années pour que je puisse compléter cette étude. À messieurs Pierre Lemay et Zied Haj Hamida, pour l'aide dans la mise en page. Enfin, aux membres du jury pour leur professionnalisme en consacrant à ce travail tout l'intérêt et le temps nécessaires.

INTRODUCTION

Dans le cadre de la réforme de l'école québécoise (Ministère de l'Éducation du Québec 2001) , c'est aux éducateurs physiques que le gouvernement a confié en partie, la tâche d'enseigner certains concepts en matière d'éducation à la santé. Dans cette perspective, il nous semblait, qu'il était approprié de proposer une démarche didactique originale d'intervention dans ce nouveau domaine disciplinaire qu'est l'éducation physique et à la santé. Une démarche respectant le cadre de référence de cette réforme et s'inspirant des expériences d'implantation déjà faites dans le milieu scolaire. Enfin, une démarche tenant compte des acquis récents en didactique, en neurosciences et proposant une vision non biomédicale de l'éducation à la santé.

Mais, comment définir les étapes d'une telle démarche d'intervention didactique qui soit véritablement le fruit d'une synthèse des théories qu'on retrouve dans ces deux secteurs d'intervention, différents mais complémentaires, que sont l'éducation physique et l'éducation à la santé ? Une démarche également en conformité avec le courant socioconstructiviste que prône la réforme scolaire et qui ne rejette pas les acquis des intervenants du milieu ?

C'est pourquoi, notre principale préoccupation en entreprenant cette recherche, consistait à concilier l'enseignement de ces deux disciplines. À contourner certains des obstacles identifiés jusqu'à présent dans l'implantation de cette nouvelle matière intégrée à l'éducation physique et à assurer l'efficacité des interventions proposées.

Divers facteurs contraignants ont déjà été identifiés pour expliquer les difficultés rencontrées dans l'implantation de l'éducation à la santé dans le cadre de la réforme actuelle (MÉQ, 2001). Certaines de ces contraintes ont été relevées dans plusieurs études comme celles de Bédard (2001), Michaud (2002), Blais (2004).

Citons, entre autres :

- le manque de temps alloué à l'enseignement de l'éducation physique;
- la crainte des éducateurs physiques de voir l'éducation à la santé empiéter sur le temps de pratique des activités motrices, ou de l'engagement moteur des élèves;
- la perception qu'ont les éducateurs physiques du mandat qui leur a été confié;

- le manque de ressources matérielles et financières dont disposent les éducateurs physiques;
- le manque de préparation professionnelle des éducateurs physiques;
- le manque d'ouvertures de certains collègues à cette nouvelle discipline;
- la difficulté d'évaluer et de planifier les tâches dans ce domaine.

De même, les éducateurs physiques interrogés dans ces recherches, se disent quelque peu démunis et se sentent peu outillés pour mettre en place cette partie de la réforme.

Mais au-delà de ces facteurs pédagogiques et administratifs non négligeables, n'existe-t-il pas d'autres éléments plus fondamentaux pouvant expliquer les difficultés rencontrées dans cette implantation ? Par exemple, cette difficulté d'intégrer l'éducation à la santé (ÉS) aux cours d'éducation physique (ÉP) pourrait être selon Marcotte (1996) en lien avec les différences conceptuelles de ce domaine d'étude qu'est l'ÉS par rapport à certaines traditions assez anciennes en ÉP. Chacun de ces deux domaines d'étude constitue un champ disciplinaire à part entière, possédant ses propres concepts et modèles d'intervention, lesquels ne sont pas obligatoirement compatibles.

Il en est de même des stratégies d'intervention privilégiées jusqu'à présent pour véhiculer le contenu à enseigner dans ces deux disciplines. De l'avis de Turcotte (2003), en éducation à la santé, les approches retenues sont de moins en moins de type behavioriste, tandis qu'en éducation physique on retrouve un modèle de conditionnement opérant, essentiellement technique, donc descriptif et prescriptif. Ce qui est assez loin de la vision constructiviste que prône la réforme actuelle.

Nous envisageons donc, d'entreprendre la mise au point d'un modèle d'intervention adapté à l'esprit de la réforme. Cependant, avec la préoccupation de garder un lien avec les moyens d'intervention et stratégies déjà mis en place pour développer cette compétence disciplinaire en éducation à la santé. Soit celle de voir adopter par les élèves et étudiants, un mode de vie sain et actif. Une telle intention éducative oblige les intervenants dorénavant à se pencher non seulement sur les savoirs véhiculés, mais également sur la pertinence et l'efficacité des interventions qu'ils proposent.

La question que nous nous sommes posée en débutant cette recherche, était :

« Comment concilier ces deux champs disciplinaires complémentaires, que sont l'éducation physique et l'éducation à la santé, pour en faire une approche intégrée efficace, répondant aux besoins des intervenants du milieu tout en conduisant à l'adoption de saines habitudes de vie par les élèves ? »

Pour répondre à cette question, nous avons mené dans un premier temps une enquête pour évaluer l'état de la situation. Elle a été faite à partir de questions ouvertes posées à plusieurs éducateurs physiques (voir questionnaire en annexes) du niveau primaire, impliqués dans l'actuelle réforme.

Suite à l'analyse des données recueillies dans cette enquête, nous avons pu dégager les arguments venant appuyer la pertinence de notre intention d'élaborer un dispositif didactique innovateur. Un modèle d'intervention en éducation physique et à la santé, permettant d'intégrer le meilleur de ce que proposent, d'une part, les gens du milieu et d'autre part, les résultats de recherches dans divers domaines en lien avec l'éducation physique et l'éducation à la santé à savoir, les sciences de l'activité physique, de l'éducation, celles de la santé, du comportement et de la communication, entre autres.

Pour y arriver, il nous a fallu tenir compte des débats idéologiques actuels dans le monde de la santé, celui de l'éducation à la santé et de l'éducation physique, afin de faire le point sur certaines conceptions dans ces domaines. C'est ainsi que nous avons entrepris :

- une réflexion sur la notion de santé:
- une synthèse des pratiques des éducateurs physiques:
- une comparaison approfondie des deux disciplines directement concernées, à savoir l'éducation physique et l'éducation à la santé:
- un inventaire et une analyse des éléments contraignants à l'implantation d'une éducation à la santé efficace:

De plus, nous avons tenté de trouver une réponse à un certain nombre de questions soulevées dans le milieu lors de notre enquête, comme celles :

- du nouveau rôle social que les éducateurs physiques sont appelés à jouer en matière d'éducation à la santé:

- de la subsidiarité ou de la meilleure instance pour assurer la gestion de ce nouveau champ disciplinaire qu'est l'éducation à la santé;
- des ressources disponibles et des moyens d'assurer l'implantation efficace d'un quelconque dispositif.

Ainsi, pour réaliser cette étude, nous sommes partis de la situation actuelle en éducation à la santé en milieu scolaire, pour ensuite faire l'analyse des « possibilités » que sont en quelque sorte les tentatives du milieu québécois pour répondre à cette exigence du ministère de l'Éducation. Enfin, imaginer une situation désirée réaliste, permettant de rencontrer certaines attentes et de contourner les difficultés ou obstacles que nous aurons identifiés lors de notre enquête.

En ce qui concerne notre méthodologie de recherche, nous avons placé l'enquête qui nous a permis de faire l'analyse de la situation actuelle dans une démarche d'évaluation qualitative inspirée de Poupart et collègues (1997). Tandis que la conception du modèle d'intervention a été faite dans le cadre méthodologique relié à l'élaboration d'une innovation pédagogique en suivant les différentes phases du procédé d'analyse didactique pour l'action (PRANDIAC), que propose Larose (1999). Enfin, pour ce qui est de la stratégie d'application du dispositif, l'approche CADEAU, inspirée des travaux de Rochon (1988) est venue compléter la démarche proposée.

Les points essentiels qui nous ont guidés tout au long de cette étude, sont ceux caractérisant toute recherche qui doit obligatoirement s'appuyer sur les quatre éléments fondamentaux identifiés par Manderscheid (1996), à savoir :

- une investigation préliminaire des résultats des recherches antérieures sur le même thème;
- une observation rigoureuse et méthodique des données recueillies, avec des techniques éprouvées;
- un effort de conceptualisation pour ordonner, structurer les données d'observation et leur accorder un sens;
- une ouverture d'esprit et d'honnêteté intellectuelle pour pouvoir s'interroger sur le bien-fondé et l'efficacité de la démarche de recherche adoptée.

Les observations, les mesures, l'enregistrement de données, la modélisation, la simulation font partie de cette démarche rigoureuse. L'important pour nous, était de pouvoir faire émerger de nouvelles connaissances, de les confronter, de pouvoir maîtriser la démarche retenue pour qu'éventuellement elle puisse être reproduite et enfin de pouvoir discuter des résultats obtenus.

C'est ainsi qu'on peut résumer dans toute démarche qui se veut scientifique, quatre critères complémentaires toujours présents. Il s'agit d'une question de recherche, d'une hypothèse de travail et d'une expérimentation et d'une analyse des résultats.

Ce sont ces quatre critères, indissociables qui nous ont guidés dans notre étude.

En ce qui concerne le cadre conceptuel, les bases épistémologiques du dispositif didactique que nous avons élaboré, seront celles du courant socioconstructiviste, en particulier celui de type éactionniste en didactique. En ce qui concerne la vision en santé, elle est inspirée des travaux de Maturana et de Valera (1987) sur l'autopoïèse et l'autonomie du vivant. Les données découlant de ces travaux, constitueront la toile de fond sur laquelle reposera l'essentiel de notre réflexion en matière d'une approche intégrée en santé, en éducation physique et en éducation à la santé.

Nous avons abordé la gestion de l'apprentissage dans ce domaine sous l'angle d'une vision didactique, dans laquelle les éléments et les relations qui s'établissent entre l'enseignant, l'apprenant et le savoir, visent l'organisation des conditions favorables à l'apprentissage. Le dispositif didactique qui en découlera a été élaboré à la lumière des principes de l'analyse didactique que propose Larose (2000). Pour ce dernier, le problème majeur de l'éducation n'est pas l'apprentissage en soi, mais bel et bien le « management » ou la gestion de cet apprentissage.

Enfin, nous avons procédé par comparaison pour évaluer la pertinence du dispositif didactique proposé en lieu et place d'une expérimentation. Cette étape a été complétée en comparant des dispositifs déjà expérimentés par des éducateurs physiques avec le nôtre. Ce qui nous a permis d'identifier les avantages et les inconvénients, en vue d'une éventuelle expérimentation et implantation de notre dispositif dans le milieu.

Dans les pages qui vont suivre, nous allons donc aborder les points suivants :

- la problématique présentant la situation, la pertinence et l'objet de cette étude;
- le cadre conceptuel faisant mention de notre vision intégrée en éducation physique, en santé et en éducation à la santé à la lumière des principes fondamentaux du courant socioconstructiviste, les modèles d'intervention en éducation physique et éducation à la santé et de la théorie de Maturana sur l'autonomie du vivant;
- la méthodologie de recherche retenue;
- la collecte, l'organisation et l'analyse des données de l'enquête;
- l'élaboration du prototype;
- l'évaluation du prototype par comparaison;
- les possibilités d'expérimentation et d'implantation.

Tous ces éléments devront permettre d'alimenter une discussion générale et d'aider à trouver les pistes d'implantation d'une démarche d'intervention innovatrice permettant d'aborder différemment l'éducation physique et l'éducation à la santé en milieu scolaire.

Nous défendrons enfin l'idée d'une vision phénoménologique du monde telle que proposé par l'énactionisme, différente de celle plus représentationniste, propre au courant behavioriste. Car, nous pensons qu'une telle vision devrait être prise en considération par tout éducateur, quelle que soit la discipline qu'il enseigne, s'il a compris la portée pratique de cette approche originale et non pas seulement par les éducateurs physiques et à la santé

Enfin, dans cette recherche, nous défendrons l'idée qu'il est essentiel que la didactique trouve une plus grande place dans la formation initiale des intervenants en éducation physique et à la santé. Car, il nous apparaît important que les éducateurs physiques soient mieux formés à certains concepts didactiques en lien au courant socioconstructiviste que recommande la réforme en cours. Nous pensons qu'une telle formation permettrait d'accorder toute l'importance nécessaire au dépistage de certaines fausses conceptions, en particulier dans le secteur de la santé, érigés en dogmes et qui peuvent être nuisibles à l'évolution globale d'un apprenant.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE

1.1 SITUATION DE L'ÉTUDE

Selon les données de statistique Canada, les jeunes des années 1940 à 1970 bougeaient de trois à quatre fois plus que ceux des années 1980 à 2000. Si l'on déplore aujourd'hui la mauvaise condition physique des jeunes, est-ce la faute des jeux électroniques, des vidéoclips ou d'un quelconque système éducatif déficient ?

Selon les éducateurs physiques la cause principale résiderait dans le manque de temps alloué à l'éducation physique dans les écoles. Pourtant, ces mêmes jeunes passent en moyenne 23 heures par semaine devant le petit écran ! Pourquoi alors blâmer seulement le milieu scolaire ?

Nous pensons que, comme pour la majorité des problèmes de société, les causes de cette sédentarité sont plurifactorielles. Cependant dans notre réflexion sur ce problème de société, nous nous sommes surtout penchés sur deux facteurs, l'un lié aux champs de connaissances et de pratiques qu'est l'éducation physique, l'autre concerne les structures en place pour faire la promotion de ce domaine disciplinaire.

a) Le domaine disciplinaire

Dans la conception que Pineau (1990) se fait de l'éducation physique, trois erreurs à son avis se sont glissées au fil de son évolution comme champs de connaissances et de pratiques.

1- La confusion conceptuelle faite entre l'éducation physique et l'activité physique

Alors que l'éducation physique nous réfère avant toute chose à un processus éducatif global de la personne, l'activité physique, quant à elle, est un concept intégrant toute forme d'activité impliquant un corps en action ou en mouvement. (Exemples : marcher ou faire le ménage.)

Relié au contexte d'éducation physique, le concept d'activité physique prend une connotation plus spécifique, avec une intention plus éducative. Elle devient alors un simple moyen d'action utilisé par une catégorie de professionnels pour développer des habiletés cognitives, affectives ou motrices d'un apprenant. Dans un tel contexte,

l'activité physique peut alors prendre la forme d'activités ludiques, d'activités sportives ou autres, mais avec des intentions éducatives différentes. Comme celle d'amener l'élève à adopter une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, du bien-être, de la sexualité et de la sécurité.

2- L'activité physique comme une fin en soi plutôt que comme outil d'apprentissage

Cette seconde erreur découle directement de la première que nous venons de présenter. En confondant un but, à savoir l'éducation physique à un moyen, l'activité physique, beaucoup d'éducateurs physiques n'ont pu résister à la tentation de réduire l'éducation physique à l'enseignement exclusif de simples moyens d'action. C'est ainsi que dans plusieurs milieux scolaires, l'enseignement de l'éducation physique se résume à des séances d'activités ludiques, sportives, de conditionnement physique ou de plein air. L'intention éducative première devient alors celle d'assurer un engagement « moteur » maximum du « participant ». L'éducation physique s'associe alors à des slogans comme : « participe action », « va jouer dehors », « grouille ou rouille » qu'on pourrait résumer par la conception « bouger pour bouger ».

3- Le caractère éducatif explicite de l'activité physique

La troisième erreur qui découle de la deuxième a été de prendre pour acquis que l'activité physique est de nature éducative en soi. Malheureusement, ce n'est pas en jouant à un sport collectif que l'on développe la coopération ou en faisant une course d'endurance que l'on développe le goût de l'effort dans la vie courante. Comme ce n'est pas en allant à une bibliothèque que l'on développe le goût pour la lecture. On a besoin d'un certain enseignement ou cadre pour apprendre à bouger ou à lire.

Faire une activité physique sans une démarche ou une intention éducative, demeure un simple passe-temps, un loisir et non un acte éducatif. Pouvoir mettre en lumière et développer le potentiel d'un apprenant, c'est là le principal rôle de l'éducateur physique. Et encore faudra-t-il que les valeurs ou intentions véhiculées soient en accord avec celles de la société et significatives pour l'apprenant. Car on peut dire que l'école ne donne pas du talent à l'élève, il met à sa disposition les moyens pour le développer.

b) Les structures en place

Au cours de sa formation initiale, l'éducateur physique aura à suivre le courant philosophique et scientifique des intervenants chargés de le former, à savoir : professeurs titulaires, chargés de cours, enseignants formateurs, superviseurs universitaires et autres.

Malheureusement, on peut dire qu'il y a presque autant de façon de concevoir l'enseignement de l'éducation physique qu'il y a de départements d'éducation physique, pour ne pas dire d'éducateurs physiques au Québec. Même s'il est vrai que les programmes universitaires de formation sont approuvés par un *Comité d'agrément des programmes de formation des enseignants* (CAPFE), qui visent une certaine harmonisation de la formation initiale. Et qu'en déposant un programme d'étude en éducation physique pour les niveaux primaire, secondaire et collégial, le Ministère de l'éducation du Québec (MÉQ) a voulu officialiser la place de l'éducation physique dans le curriculum de ces institutions, tout en dotant les éducateurs physiques d'un outil de travail commun pour échanger pédagogiquement entre eux.

Le rôle et la tâche de l'éducateur physique sont loin de faire l'unanimité au Québec. Et que dire de la place que l'on devrait accorder à cette discipline dans l'assiette horaire ?

Depuis plusieurs années les dirigeants d'associations régionales en éducation physique réclament un minimum de 120 minutes par semaine, à tous les niveaux d'enseignement, même si au Canada la moyenne est présentement de 150 minutes. Au Québec, elle est à 60 minutes, même avec l'ajout du volet santé au programme de formation.

Selon le nouveau régime pédagogique qui a été déposé à l'hiver 2005, le nombre de minutes consacrées à l'éducation physique devrait passer à 120 minutes. La balle est donc maintenant entre les mains des conseils d'établissement chargés de mettre en application ces nouvelles dispositions et des éducateurs physiques de mettre une composante éducation à la santé dans leurs cours.

1.2 ÉDUCATION PHYSIQUE ET SANTÉ

De plus en plus de recherches, Cogérino (1999), Mérini (2004), tendent à démontrer que les pratiques corporelles peuvent influencer, non seulement une, mais plusieurs dimensions de la personne. Utilisées adéquatement, elles créent des situations favorables au développement simultané du corps, de l'intelligence, de l'estime de soi, du sens moral, des relations interpersonnelles, de l'autonomie et de la responsabilité dans un climat de plaisir et de confiance. De plus, l'éducation physique peut utiliser également des pratiques corporelles et des situations pédagogiques qui favorisent l'intégration des autres disciplines ou matières académiques.

Car, il s'agit d'activités dans des contextes où les interrelations et les interdépendances entre les participants sont multiples, créant par le fait même des situations éducatives riches que l'éducateur physique peut exploiter avec des intentions éducatives diverses, selon ses compétences et le mandat qui lui est confié.

Cependant, l'éducation physique a toujours entretenu des liens assez étroits avec le domaine de la santé, en particulier depuis qu'elle a été codifiée comme discipline scolaire à part entière. Il est donc possible de trouver les traces de cette relation, par exemple dans des ouvrages comme celui de D'Amours (1990), ou de Belbenoit (1973) portant sur l'histoire de l'éducation physique. Aussi bien que dans les recommandations plus officielles, que nous verrons plus loin, faisant mention de ce lien étroit entre l'éducation physique et la santé.

Ce fut d'abord une affaire d'hygiène de vie, au sens usuel du terme : hygiène de l'enfant, hygiène de l'adulte aussi. La vie moderne faisant de plus en plus de l'individu un *homo sedentarius*

Les données publiées par Kino-Québec (1999) ne font-elles pas mention que plus de 50 % des adultes de plus de quarante ans sont actuellement des malades en puissance pour n'avoir pas éprouvé le besoin de respecter une certaine hygiène élémentaire en délaissant très jeune la pratique régulière d'activités physiques ?

De plus, on sait très bien que la sélection naturelle et les mécanismes d'adaptation ont rendu l'organisme humain dépendant de l'activité. Finira-t-il par s'adapter aussi à l'inactivité physique ? La preuve est loin d'être faite à ce niveau.

C'est pourquoi, de l'avis général, c'est surtout à l'école que l'on peut parvenir à inculquer les habitudes de vie saines, sans lesquelles un individu ne peut parvenir à retrouver sa santé. Étant donné qu'il semble que le rattrapage, pour ceux qui, dans leur jeune âge, ont négligé d'entretenir leur corps est, pour le moins qu'on puisse dire, difficile à entreprendre.

Les quatre grandes stratégies liées au volet santé dans le réseau scolaire sont :

- privilégier les activités d'apprentissage moteur intenses:
- intégrer des concepts de santé dans les activités motrices:
- proposer des projets éducatifs reliés aux saines habitudes de vie:
- présenter des activités d'apprentissage cognitif visant la compréhension des mécanismes et des enjeux.

1.2.1 L'éducation physique et l'éducation à la santé au Québec

C'est suite au Rapport Parent (1963) que le cadre général du système d'éducation du Québec a été défini avec la création du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) en 1964 avec la Loi 60.

Cependant, on peut dire que c'est seulement après le dépôt du document « *L'école québécoise : énoncé de politique et plan d'action* » (1979) que seront déterminés les finalités et les rôles que l'école doit exercer et que le développement de l'éducation physique comme discipline scolaire obligatoire a vraiment débuté.

Trente ans plus tard, confortés dans leur sécurité d'emploi, les éducateurs physiques n'avaient pas jugé nécessaire de continuer à préciser les fondements de leur discipline et à poursuivre la lutte pour améliorer leur condition de travail. Le réveil fut assez brusque pour eux lorsque, en 1992, un avis ministériel recommande de faire disparaître l'éducation physique de l'enseignement collégial. Le débat que cette proposition

déclenchera, passera par différentes étapes ponctuées de divers rapports de groupe de travail.

Suite à cette période de crise dans le monde de l'éducation physique, le MÉQ constituera un groupe de travail pour préparer une consultation de la population concernant les profils de formation au primaire et au secondaire principalement sur :

- les enjeux essentiels de l'école en fonction du XXI^e siècle à venir;
- les questions les plus importantes pour la formation des jeunes;
- un projet d'école adapté aux exigences du monde actuel.

Dans les diverses pistes de réflexion qui devaient conduire à l'identification des profils de formation, le groupe de travail privilégia six grands domaines d'apprentissage, dont celui du développement personnel comprenant l'éducation physique et les arts. Ce domaine fut défini comme une discipline permettant à l'être humain de s'insérer dans le monde par son corps qu'il doit connaître, comprendre, développer et exercer pour en assurer le bien-être et la santé.

C'est ainsi que l'éducation physique figurera parmi les disciplines nécessaires à l'élève.

a) Les États généraux (1995-1996)

Un peu plus tard, fut déposé le Rapport de la Commission des états généraux sur l'éducation, intitulé *Rénover notre système d'éducation, dix chantiers prioritaires et les tâches qui s'y rattachent* (1996). Ce document prenait appui sur les rapports précédents en procédant au réaménagement des profils de formation déjà identifiés, mais qui s'articulent dorénavant autour de six grands axes, dont celui du développement personnel. Dans ce dernier, l'éducation physique sera alors dissociée du domaine des arts.

b) Le Rapport Inchauspé : Réaffirmer l'école (1997)

Une fois de plus, le système scolaire québécois allait vivre d'importantes réformes. Parmi les changements proposés, on retrouve une volonté politique de mettre plus d'emphasis sur le concept « d'éducation à la santé ».

Dans son rapport ce groupe de travail sur la réforme du curriculum explique en quelque sorte pourquoi et dans quelle optique il recommande que l'éducation à la santé fasse partie du curriculum scolaire. Selon leur avis, les sociétés postindustrielles, l'organisation du travail ainsi que nos modes de vie et nos valeurs exercent une influence directe sur notre santé dont il faut tenir compte. Certains ont tendance à ne voir que des avantages dans ce développement, mais comme l'indiquent plusieurs études, ce serait une erreur de prétendre que l'état de notre santé suit cette progression constante et linéaire du développement et de l'espérance de vie.

C'est ainsi que le groupe insistera sur la promotion d'habitudes de vie saines en ces termes :

« Il faut intégrer très tôt dans les habitudes de vie de l'élève l'hygiène, le sport, la connaissance des fonctions physiologiques, la diététique et la discipline d'alternance entre le travail et les loisirs. Ces savoirs sont eux aussi des savoirs élémentaires et fondamentaux ».

Donc, rien d'étonnant dans le Programme de formation de l'école québécoise (2001), si on assiste à un virage santé, tant dans les programmes de formation du primaire que du secondaire, après celui du collégial qui a précédé.

Cette action politique peut s'expliquer en partie par les revendications de certains milieux universitaires qui militaient depuis longtemps pour le mariage de l'éducation physique avec l'éducation à la santé Marcotte (1996). D'autres analystes, Volet (1999) pensent au contraire, que ce qui a fait pencher la balance en faveur de l'éducation à la santé dans le nouveau programme, c'est la suppression, au programme d'études du primaire et du secondaire, de la discipline « Formation personnelle et sociale » (MEQ 1981) dans laquelle un volet du contenu était lié à la santé. Et considérant la préoccupation majeure de la population pour la santé, le Ministère de l'Éducation ne pouvait pas faire disparaître des écoles ce volet sans soulever un tollé général.

Pour faire entendre leurs revendications, en particulier celles portant sur l'augmentation du temps dans l'assiette horaire au primaire et au secondaire, les éducateurs physiques ont su marquer des points en utilisant une stratégie valorisant l'éducation physique, en

faisant un lien direct avec l'éducation à la santé. Toutefois, de l'avis de Genest-Volet (2004) cette approche n'est pas sans risque pour le développement fondamental de l'éducation physique en milieu scolaire, car l'argument faire bouger les jeunes maintenant pour leur santé, peut avoir un effet pervers. En effet, une telle vision pourrait conduire à court terme à supprimer l'enseignement de l'éducation physique encadré par des spécialistes qualifiés qui seront remplacés par des « activateurs physiques » proposant toutes sortes d'activités physiques durant les récréations, à l'heure du dîner ou encore après l'école. On revient à notre troisième erreur soit celle de résumer l'éducation physique au concept simpliste de « bouger pour bouger ».

Pour le président de la fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FÉÉPEQ 2004). Il est urgent que les éducateurs physiques puissent apporter une argumentation solide faisant la preuve que l'enseignement de l'éducation physique donné par des spécialistes qualifiés, se distingue de la simple pratique d'activités physiques, de l'entraînement sportif, de l'animation récréative ou du conditionnement physique.

C'est pour toutes ces raisons que les intervenants du réseau scolaire se posent beaucoup de questions sur la stratégie à adopter pour assurer l'efficacité de l'intégration de l'éducation à la santé dans les écoles.

Le nouveau curriculum spécifie que l'éducation à la santé, comme matière d'enseignement obligatoire, relève de l'éducateur physique et doit, en plus, être prise en compte par l'équipe école par le biais du « programme des programmes » dans le cadre d'un des domaines généraux de formation à savoir celui de « santé & bien-être »

Il est vrai que de plus en plus d'intervenants, pédagogues et professionnels de la santé reconnaissent que l'école et la diversité des programmes d'études qu'elle offre constituent un bon moyen de participer pleinement à l'apprentissage en matière de santé des jeunes.

De nos jours, il est largement admis que le milieu scolaire peut jouer un rôle considérable sur la détermination des comportements de santé et sur l'état de santé des jeunes, ces futurs adultes.

Parmi les facteurs favorisant ce rôle clé du milieu scolaire, on cite en particulier :

- la longueur du cursus scolaire;
- le fait que l'enfant soit à un stade plus malléable de son développement personnel;
- l'opportunité fournie par le milieu scolaire de mettre en œuvre un ensemble de projets;
- la présence d'une équipe éducative entraînée et compétente;
- la possibilité de renforcer ce qui a été appris en créant un environnement scolaire favorable.

Cependant, être éducateur physique, c'est intervenir dans le cadre scolaire auprès des élèves, d'abord en rapport avec la matière obligatoire, spécifique à cette discipline, ensuite d'établir des liens avec les autres matières au programme pour créer un contexte éducatif plus riche et signifiant. Le contenu de la matière d'enseignement et d'apprentissage a été défini à travers les programmes d'études qui se sont succédés depuis le Rapport Parent jusqu'à aujourd'hui. Le programme d'études de 1981 allait définir un contenu fondé sur l'action corporelle articulée à travers des thèmes complémentaires dont l'un (Effort physique) permettait d'intégrer en grande partie l'éducation à la santé (Volet, 1999). Il faut se demander de quelle éducation physique et de quelle éducation à la santé il est question dans l'actuel programme de formation, lorsque les huit thèmes de l'ancien programme d'études sont remplacés par seulement trois compétences qui, en quelque sorte, pourraient se résumer en une seule :

« Agir et interagir dans divers contextes d'activités physique en vue d'adopter un mode de vie sain et actif ».

Quels sont les valeurs et les principes qui doivent guider l'enseignement de l'éducation physique et de l'éducation à la santé ? Doit-on enseigner ces deux matières de façon distincte ou complémentaire ? Quelles sont les connaissances, habiletés et attitudes que les élèves des différents cycles scolaires devraient acquérir progressivement pour développer leurs compétences tant en éducation physique qu'en éducation à la santé ? Voici autant de questions qui restent encore sans réponses précises.

1.2.2 Une vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé

On ne parle plus ici de l'activité physique comme simple moyen d'action, mais comme partie intégrante d'un domaine d'apprentissage. Cette vision fait de l'éducation physique et de l'éducation à la santé deux disciplines complémentaires.

Par le fait même, l'éducateur physique devient également un éducateur à la santé appelé à jouer le rôle de personne ressource responsable, avec la collaboration des différents intervenants dans l'école, de la mise en place de projets intégrateurs visant le développement des capacités en matière de santé. Pour leur mise en œuvre, il aura à utiliser les compétences transversales, les domaines généraux de formation et les domaines d'apprentissage véhiculés par le programme de formation de l'école québécoise.

La figure 1 illustre cette modélisation de l'éducation physique et à la santé. (MEQ, 2001) qui fait de l'éducateur physique un point d'ancrage.

Cette façon d'aborder l'éducation physique et l'éducation à la santé, tout en faisant ressortir la richesse d'application de ces domaines disciplinaires, mettent en lumière la complexité du mariage de ces deux disciplines après une longue période de fiançailles, pour ne pas dire de flirt.

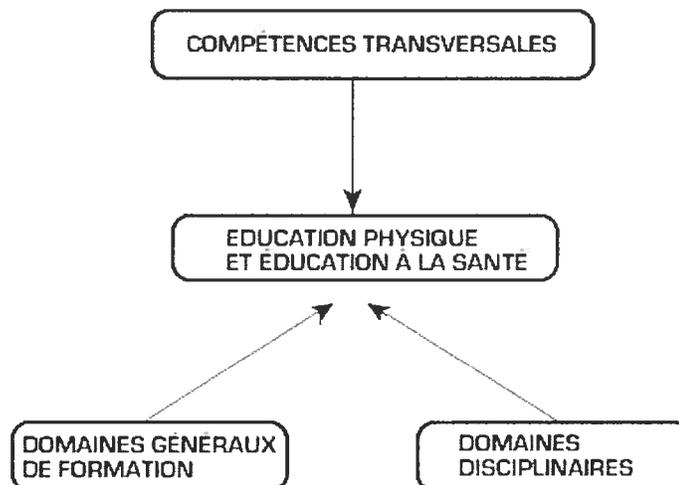


Figure 1 Vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé

Déjà, la situation de l'éducation physique en milieu scolaire, n'était pas toujours clairement comprise et bien définie. Certains intervenants tentent par tous les moyens de la faire mieux admettre en l'associant davantage au concept d'éducation à la santé. Leurs argumentations semblent avoir convaincu les décideurs publics puisqu'ils ont décidé d'augmenter le nombre d'heures consacrées à l'enseignement de cette discipline au primaire. Mais ce n'est pas encore fait, car jusqu'à présent, notre système scolaire relativement rigide, repose sur une tradition basée principalement sur l'enseignement des « grosses matières » dites académiques, comme le français et la mathématique. Un grand nombre d'intérêts souvent divergents, rendent difficile un changement d'orientation. Déjà plusieurs réclament plus de temps d'enseignement également pour les arts et l'anglais.

La fédération des directeurs d'école semble être d'accord à l'augmentation du temps d'enseignement en éducation physique, si l'on se réfère à la lettre d'appui envoyée à la fédération des éducateurs physiques. Mais elle semble pour le moment avoir d'autres priorités à combler, comme celle d'un ordre professionnel des enseignants.

Les enseignants, eux, ne seraient pas contre l'augmentation du temps d'enseignement. Mais cela représente, des coûts additionnels et c'est là une question qui devrait relever des conseils d'établissements.

Il y dix ans de cela, les recommandations du régime pédagogique qui étaient, faut-il le rappeler, seulement indicatives et non prescriptives, en ce qui concerne l'éducation, répartissaient les matières du primaire comme suit, dans une assiette horaire de vingt-trois heures :

- sept heures par semaine au français ou à l'anglais langue maternelle (prescriptives);
- cinq heures à la mathématique (prescriptives);
- deux heures à la religion ou à la morale (prescriptives);
- deux heures à l'éducation physique (indicatives);
- deux heures pour l'art (indicatives);
- deux heures pour l'histoire et la géographie (prescriptives);
- une heure pour les sciences de la nature (prescriptives) et
- deux heures pour le français ou l'anglais langue seconde (indicatives).

Il n'y avait pas de temps prescrit pour la formation personnelle et sociale: l'atteinte des objectifs de cette discipline devait être assurée à travers les autres disciplines.

À cette même époque, une enquête interne menée par la Fédération des enseignants des commissions scolaires (FECS) auprès d'enseignants relevait que les matières les plus négligées étaient l'éducation physique, les sciences humaines et l'anglais langue seconde. Entre 66 % et 75 % des enseignants leur accordaient moins que le temps prescrit. Plus de 13 % négligeaient complètement les sciences de la nature. En revanche, la langue maternelle (français ou anglais) et la mathématique étaient les matières favorites : plus de 60 % des enseignants leur consacraient plus que le temps prescrit.

Par contre, dans les écoles anglaises, plus de 80 % des enseignants accordaient davantage à l'enseignement du français langue seconde, tandis que dans les écoles françaises 66 % donnaient moins de temps à l'anglais langue seconde. Quant au programme de formation personnelle et sociale dans le calendrier de l'époque, seulement 39 % des enseignants le donnaient. Les enseignants invoquaient, pour justifier ces lacunes, un manque de formation, des difficultés d'organisation des activités d'apprentissage et l'absence de matériel adéquat.

Par contre, pour l'enseignement de la langue maternelle et de la mathématique, ils estimaient nécessaire d'en faire plus pour atteindre les objectifs du programme et ils pensaient que si leurs élèves ne faisaient pas les apprentissages dans ces matières de base, ils ne pourraient pas atteindre ceux des autres matières. De plus, ils étaient d'avis que c'était aussi la position des parents et des cadres scolaires.

Cette enquête concluait que les objectifs de certains programmes n'étaient pas atteints et que la formation générale visée par ces derniers était en partie compromise.

Plus de dix ans après ce rapport, on peut dire que, pour le grand public, et les parents en particulier, le but immédiat de l'éducation physique (ÉP) est d'enrichir les expériences vécues par les enfants en leur offrant toutes sortes de possibilités de pratiquer des activités physiques, contribuant à leur développement moteur et potentiellement à leur santé. C'est ainsi qu'on peut dire que le but ultime de l'ÉP est le maintien de cette

pratique d'une vie active et éventuellement saine jusqu'à l'âge adulte. Le succès de cet enseignement ne peut donc être estimé immédiatement à la fin de la scolarité, mais seulement beaucoup plus tard, lorsque l'on pourra évaluer la conduite de vie librement choisie par l'enfant devenu adulte.

L'éducation physique et à la santé devrait donc lui offrir la possibilité de participer aux décisions, de choisir librement certaines activités afin de le préparer à assumer personnellement l'organisation de ses futures activités d'adulte.

Cela ne va pas sans une certaine complexification de l'enseignement de cette discipline, fait trop souvent par « commandement ». Certains éducateurs physiques invoquent, comme prétexte pour ce choix d'approche, la sécurité de l'apprenant pour excuser en quelque sorte le recours à une telle approche plus directive mais pédagogiquement plus simple et moins contraignante.

En conclusion, on peut dire que l'éducation physique est un ensemble très complexe d'approches pédagogiques avec des moyens d'action différents selon les objectifs visés. Elle n'est pas limitée aux seuls buts scolaires, car elle fait partie d'un ensemble de champs plus vaste, comme présenté dans le tableau I suivant, mettant en lumière quelques secteurs d'application visés par ce domaine disciplinaire.

Tableau I Les secteurs d'application de l'éducation physique et sportive (FÉÉPEQ 2004)

Champs d'application	Rôles joués par
Préparation physique	Kinésologue
Activités ludiques	Récréologue
Réadaptation physique	Réadaptateur
Apprentissage moteur	Éducateur physique
Activités sportives	Entraîneur
Promotion de la santé	Éducateur à la santé

1.2.3 Les arguments en faveur d'une éducation physique et d'une éducation à la santé

Selon les autorités de santé publique du Canada, 90 % des causes de mortalité sont reliées à des comportements acquis pendant l'enfance et l'adolescence (Chandrakant (1995).

C'est la raison pour laquelle, selon Manderscheid (1996) un peu partout dans le monde, on assiste à la montée d'un mouvement qualifié « d'école promotrice de santé » qui a pris naissance il y a une quinzaine d'année, au moment où les intervenants dans le domaine de la santé ont pris conscience de l'importance d'intervenir le plus tôt possible auprès des jeunes, afin de prévenir l'apparition de certains comportements jugés à risque comme par exemple la sédentarité. D'où la volonté et la nécessité de la mise sur pied de ces écoles promotrices de santé. Le déploiement de ces écoles s'est effectué grâce à une étroite collaboration entre les directions de la santé publique, les responsables scolaires et la communauté en général.

Au Québec, selon l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006) le projet « École en santé » vise à inculquer aux jeunes de bonnes habitudes de vie en passant par le tabagisme, l'estime de soi et les comportements sécuritaires dans les pratiques sportives et sexuelles en leur fournissant les outils dont ils ont besoin pour les maintenir. Ce mouvement s'est répandu comme une traînée de poudre à travers la province depuis sa création il y a quelques années.

De tels projets sont actuellement présents dans 11 des 18 régions de la province Par exemple, dans la seule région de Laval, une des premières régions à avoir mis ce projet en place, on en retrouve déployés dans 18 écoles, alors qu'en 1996 il y en avait seulement dans quatre d'entre elles. Au dire du Dr Lyne Arcand, médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec, responsable des projet « École en santé ».

« On sait qu'un enfant en santé apprend mieux et qu'un enfant bien éduqué risque de rester en santé plus longtemps. Nous voulons donc outiller les enfants pour qu'ils fassent des choix sains. Quand l'enfant est capable d'avoir un discours solide, il est plus à même de résister et de faire les bons choix » (Nouvelles hebdo du Réseau Protéus, 2004)

Le projet vise donc à aider les jeunes à acquérir de bonnes habitudes de vie dans une foule de domaines liés aux habitudes de vie en passant par l'estime de soi et les comportements sécuritaires. Chaque école qui décide de mettre un tel projet éducatif en place choisit les priorités sur lesquelles mettre l'accent et des activités sont organisées dans ce sens.

L'organisation et le déploiement sont effectués grâce à une collaboration entre la Direction de la santé publique, la commission scolaire, le CLSC et l'école. À Laval, notamment, le CLSC offre les services d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, d'un travailleur communautaire, d'un organisateur communautaire, d'une hygiéniste dentaire et d'une nutritionniste.

Les interventions se font aussi sur plusieurs plans. Par exemple, si les enfants sont sensibilisés à l'importance d'une bonne alimentation, l'école verra à adapter le menu de la cafétéria et les familles qui en ont besoin pourront recevoir un coup de pouce d'un projet de cuisine collective.

Le courant « École en santé » se rattache à celui de la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui vise à aider les individus de tout âge (fig. 2).

« La promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et de ce fait d'améliorer leur santé. La promotion de la santé représente une stratégie de médiation permanente entre les gens et leur environnement, alliant choix personnel et responsabilité sociale » (Manderscheid 1996)

C'est dans son désir de véhiculer ces savoirs essentiels en matière de santé auprès de sa clientèle, que le ministère de l'Éducation du Québec a décidé de confier une partie de ce mandat aux éducateurs physiques qui œuvrent dans les écoles. Il décidait par la même occasion de fusionner deux champs de spécialisation à savoir, l'éducation physique et l'éducation à la santé, deux secteurs disciplinaires qui nécessitent chacun des compétences professionnelles qui leur sont propres pour une intervention efficace.

Les questions que le jumelage de ces deux champs disciplinaires suscite sont de deux ordres :

- a) épistémologique
- b) éthique

Ainsi, à notre avis, il reste encore à définir le rôle social de l'éducateur physique au Québec. Une définition conceptuelle plus claire de l'éducation physique pourrait mener, nous pensons, vers une meilleure définition de la mission sociale répondant mieux aux besoins de notre société. Les orientations à la base de l'éducation physique scolaire s'en trouveraient en même temps éclaircies. On n'aurait plus à défendre le bien fondé d'un tel enseignement dans le curriculum des élèves, car ce serait quelque chose de fondamental.

Une redéfinition de l'éducation physique signifierait qu'autant collectivement qu'individuellement les éducateurs et éducatrices physiques du Québec se rattacheraient à une philosophie de l'éducation, une philosophie de la personne humaine et une philosophie de la santé globale à l'intérieur desquels les intentions, les valeurs, les buts ainsi que les moyens sont clairement définis.

1.3 PERTINENCE DE L'ÉTUDE

Les recherches préliminaires menées par l'équipe de Cogérino (2000), confirment que les enfants qui ont vécu un cycle complet d'éducation physique manifestent en général beaucoup plus d'habiletés et d'intérêts pour les activités extra murales ou parascolaires qui représentent les moyens de continuer la réalisation de l'objectif général de l'éducation physique scolaire en général, à savoir :

« De donner le goût à l'enfant d'une pratique régulière et continue d'activité physique adaptée à son milieu ».

Malheureusement, chez nous, le dernier rapport de *Condition physique Canada* sur l'état de la condition physique des Canadiens ne semble pas venir confirmer l'atteinte de cet objectif général. Car, un pourcentage élevé de jeunes et de moins jeunes ont toujours un faible niveau d'efficiences physique et sont d'une sédentarité grandissante au pays.

C'est pourquoi, qu'il semble que ce soit une nécessité que de promouvoir la santé en milieu scolaire, car, de plus en plus d'intervenants, pédagogues et professionnels de la santé, reconnaissent que l'école et les programmes d'études qu'elle offre constituent un bon moyen d'assurer à la fois l'apprentissage de savoirs scolaires et de ceux nécessaires pour le maintien d'une bonne santé. C'est ainsi que l'école est appelée à jouer de plus en plus un rôle de premier plan auprès des jeunes dans la promotion et l'éducation à la santé. Cependant, le succès de cette tâche complexe exige à notre avis un changement d'orientation et de nouveaux partenariats. Car, la santé en général et celle des enfants et des adolescents en particulier, subit l'influence d'une multitude de facteurs.

Malgré la relation de réciprocité entre la santé et l'apprentissage, jusqu'à tout récemment, ce dernier était considéré comme étant une responsabilité exclusive de l'école. Tandis que la santé ou l'éducation à la santé, relevait directement du réseau de la santé publique. De nos jours, le partage entre ces deux responsabilités commence à se faire par le biais des programmes d'étude scolaire. Car, on commence à reconnaître que les apprentissages en matière de santé et les apprentissages scolaires sont interdépendants et sont reliés souvent par les mêmes déterminants (Cogérino, 1999).

Cependant, malgré l'importance de son influence, l'école peut-elle assurer toute seule le rôle d'éduquer à la santé ? N'est-il pas généralement admis que d'autres intervenants clés, comme la famille, la collectivité et la société en général ont leurs influences dans ce secteur ?

Ce constat ne laisse-t-il pas sous-entendre la nécessité, pour arriver à un programme d'éducation à la santé vraiment efficace, d'une planification concertée entre ces différents intervenants ou acteurs ?

La famille n'est-elle pas reconnue comme le principal élément de la socialisation des enfants ?

Sans le soutien des parents, nous pensons qu'il serait difficile pour les élèves de mettre en œuvre des choix faits à l'école en ce qui concerne les habitudes de vie. Prenons pour exemple, les choix à faire dans le domaine de l'alimentation.

Ainsi, de prime abord, il apparaît que l'éducation à la santé à l'école semble avoir plus de chance d'être efficace si elle est soutenue par des initiatives de la communauté et de la famille en particulier. Car l'école pourrait être plus confiante quant à son engagement dans les initiatives en éducation à la santé et devenir une véritable école promotrice de santé si elle sait que sa démarche sera reconnue et valorisée par la communauté locale et la famille en particulier. La communauté locale semble être la seule entité assez forte pour générer une motivation suffisante pouvant provoquer le changement d'attitude désiré à long terme.

N'est-ce pas la raison pour laquelle, l'organisation mondiale de la santé (1997), la Commission des communautés européennes et au Québec, le ministère des Services sociaux et de la Santé soutiennent un réseau d'écoles promotrices de la santé engagées à atteindre des objectifs précis résumés dans la figure II.

C'est dans cette mouvance que le ministère de l'Éducation du Québec, dans son nouveau programme de formation de l'école québécoise, a emboîté le pas dans cette direction. Sous la rubrique des domaines généraux de formation, on y retrouve un volet santé et bien-être. De même que, dans le programme d'éducation physique rattaché au domaine du développement personnel, il y a une compétence disciplinaire qui vise l'adoption d'un mode de vie sain et actif auprès des jeunes.

1.3.1 La problématique

L'arrivée de l'éducation à la santé comme matière scolaire, dans le cadre de la réforme de l'école québécoise (MEQ 2001), semble soulever de nombreuses questions et créer une certaine appréhension auprès des éducateurs physiques du Québec à qui on en a confié l'enseignement selon une approche pédagogique par compétence.

Comment faire pour concilier ces deux domaines disciplinaires afin de répondre à un besoin venant du milieu, d'avoir accès à des modèles d'intervention tenant compte :

- des grandes orientations en santé et celles dans ces deux domaines disciplinaires à savoir l'éducation physique et l'éducation à la santé :

- des principes de l'approche socioconstructiviste peu compatibles avec une approche par compétence:
- enfin des tentatives d'implantation déjà menées dans le milieu.

C'est dans cette perspective que nous avons envisagé d'élaborer un dispositif didactique, pouvant servir d'outil de travail pratique à cette nouvelle génération d'intervenants en éducation à la santé en milieu scolaire que sont dorénavant les éducateurs physiques. Afin que ces derniers puissent devenir de véritables guides qui auront à favoriser savoir, savoir-faire et savoir-être dans cette nouvelle discipline d'enseignement qui leur est confiée.

Il s'agit, après avoir validé la pertinence d'un tel besoin, de proposer un dispositif didactique innovateur, tenant compte des principales stratégies d'intervention ayant déjà été expérimentées par des éducateurs physiques du milieu. Pour cela, il nous a fallu définir, ce qu'est l'éducation à la santé en milieu scolaire et de déterminer ce que pourrait être la contribution originale de l'éducation physique à cette discipline à part entière, qu'est l'éducation à la santé.

Nous pensons, même si des bases solides ont déjà été jetées dans ce vaste champ de savoirs, qu'il fallait aller encore plus loin dans une démarche réflexive pour façonner une véritable didactique de la santé ancrée dans une réalité individuelle et pas seulement collective. C'est ainsi que nous avons tenu compte particulièrement des apprentissages ayant conduit à ces comportements jugés malsains pour la santé (tabagisme, sédentarité, etc.), et non pas de mener une lutte pour combattre uniquement les résultats (cancers du poumon, obésité, etc.) découlant de ces comportements.

C'est dans cette perspective, que nous avons décidé d'élaborer un dispositif didactique visant pas simplement l'accumulation de savoirs en matière de santé et d'éducation à la santé, mais aussi et davantage, de pouvoir aider l'élève à gérer sa vie de façon saine et satisfaisante pour lui et pour son entourage. Dans un langage didactique nous pouvons parler de « production de signification » ou de la « production de sens » pour l'apprenant.

Pour y arriver, il importe que les besoins, les intérêts et les priorités des adolescents eux-mêmes soient au centre de toutes les considérations. Les éducateurs physiques, les épidémiologistes, les médecins, les parents peuvent certes définir, à la lumière de statistiques et de leur expérience, les problèmes prioritaires en matière de santé des jeunes. Mais ces derniers ont souvent une autre façon de considérer les choses ou la réalité.

Ainsi, dans la démarche que nous envisageons, l'élève serait capable :

- de s'affirmer en tant que personne responsable;
- de se situer par rapport aux différents problèmes ou situations de la vie;
- de prendre des décisions concernant sa vie personnelle, sur la base d'une analyse de la situation et d'une évaluation des risques;
- d'effectuer des choix convenables;
- de résister aux pressions négatives des pairs ou des adultes;
- de communiquer et de s'exprimer librement.

Tout cela dans le but de participer à la solution des problèmes qui se posent à lui, à son groupe classe ou à sa collectivité.

Pour mettre en œuvre une telle démarche, il sera nécessaire d'établir une relation de confiance, une attitude d'écoute. Une certaine souplesse sera tout aussi nécessaire. Les jeunes qui suivent un programme d'éducation à la santé se trouvent le plus souvent à différents stades de développement physique, psychique et social. Leurs préoccupations et leurs intérêts sont donc variés.

La démarche proposée permettra d'identifier une caractéristique fondamentale et nécessaire à toute innovation pédagogique, à savoir qu'un changement, pour pouvoir être qualifié « d'innovation » doit constituer une remise en cause de certaines valeurs, croyances ou conceptions des milieux traditionnels. (Lafortune 200).

La réalisation avec succès de cette démarche, exigera de revoir certaines ententes de partenariat entre l'école, la famille et la communauté. Car l'éducation à la santé en

général et celle des enfants et des adolescents en particulier, subit une influence considérable de la part de ces trois acteurs.

L'école, malgré l'importance de sa part d'imputabilité, ne peut à elle seule assumer le rôle d'éduquer seule en matière de santé. D'autres intervenants clés, comme la famille, la collectivité et la société en général, ont également leur part de responsabilité pour qu'un programme en éducation à la santé soit vraiment efficace.

C'est pourquoi, de l'avis de la majorité des intervenants consultés dans le cadre des enquêtes déjà menées, l'éducation à la santé à l'école, a plus de chance d'atteindre les objectifs visés si elle est soutenue par des initiatives venant de la communauté et de la famille en particulier. Ainsi, l'école sera plus confiante quant à son engagement à l'égard de ses initiatives dans ce domaine et pourra aspirer à devenir une véritable école en santé. Nous pensons, que ce sera le cas uniquement si la démarche éducative de l'école est reconnue et valorisée par la communauté locale dont elle relève. C'est cette dernière qui peut en grande partie entretenir la motivation nécessaire pouvant provoquer à plus long terme, le changement désiré auprès des élèves.

Ainsi, toute démarche qui se veut efficace, devrait faire de la collaboration école-famille-communauté un des critères de base pour assurer l'intégration des interventions proposées dans sa mise en application.

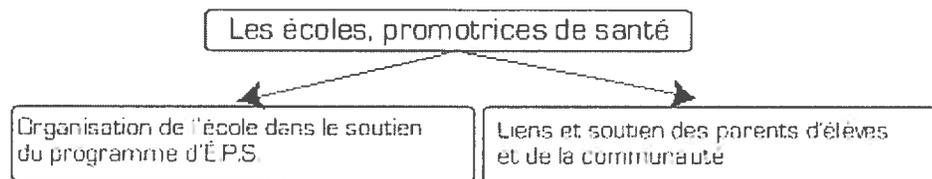
C'est la raison pour laquelle, dans notre démarche d'innovation pédagogique, ces trois acteurs ont été retenus comme les principaux intervenants. Sans leur soutien et leur coopération, il sera difficile de mettre en œuvre les décisions prises, particulièrement en matière d'habitudes de vie.

Limiter une action d'éducation à la santé à un seul contexte, c'est ignorer les multiples influences auxquelles l'apprenant est exposé au sein de sa famille, avec ses amis, par l'intermédiaire de la télévision, des magazines et de la publicité et enfin en provenance de l'ensemble de la société. Ainsi, une action éducative a d'autant plus de chances d'être acceptée et bénéfique, si elle est diversifiée, mais à condition bien sûr, qu'il ait cohérence au niveau du contenu du message délivré par les différents intervenants impliqués.

Ce qui importe surtout, c'est l'objectivité de l'information, quelle que soit la forme sous laquelle elle est transmise (Cogérino, 1999).

Enfin, disons que tout apprentissage, pour être valable, doit être pratique et concret. Conférences et exposés donnés par des spécialistes peuvent certes augmenter les savoirs, mais ce sont les discussions en groupe, les jeux de rôle, la résolution de problèmes précis qui représentent les moyens les plus efficaces quand il s'agit de modifier les attitudes et les comportements individuels (Jourdan, 2002).

Dans cette perspective, on peut dire que l'objectif visé par l'éducation à la santé en milieu scolaire, c'est de contribuer à réunir les conditions nécessaires à la réalisation du projet de vie de chaque étudiant, en matière de santé. Pour que celui-ci soit à l'aise dans son milieu, puisse s'y développer harmonieusement et y éprouver un sentiment de valorisation, d'appartenance, de bien-être et de sécurité.



- 1) Fournir un environnement favorisant la promotion de la santé;
- 2) Promouvoir le sens de la responsabilité individuelle, familiale et communautaire;
- 3) Encourager les modes de vie sains;
- 4) Rendre les élèves capables de réaliser leur potentiel physique, psychologique et social;
- 5) Présenter des objectifs clairs;
- 6) Favoriser de bonnes relations au sein de l'équipe éducative, entre élèves, entre enseignants et élèves;
- 7) Exploiter les ressources fournies par la communauté;
- 8) Organiser un programme d'éducation à la santé cohérent avec les méthodes éducatives qui engagent activement l'élève;
- 9) Doter les élèves des connaissances pour développer les compétences dont ils ont besoin;
- 10) Avoir développé un point de vue assez large des services de santé scolaire.

Figure 2 Éducation physique et à la santé (OMS, 1997)

CHAPITRE 2

LE CADRE CONCEPTUEL

Le but de ce chapitre est de présenter les différentes conceptions qui ont alimenté la réflexion qui nous a conduit à l'élaboration d'un dispositif didactique adapté à l'enseignement de l'éducation physique et à la santé.

Cette tentative de modélisation d'une vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé repose sur la compréhension ou du transfert didactique que nous avons fait de différents concepts en :

- éducation physique
- santé et en
- éducation à la santé.

Deux concepts que l'éducation physique et à la santé tente plus ou moins de regrouper de nos jours. Concept qu'il nous a fallu également clarifier.

Comme point de départ de notre cadre conceptuel, nous sommes partis :

- a) de l'histoire de l'éducation physique. Car, nous avons pensé que cette rétrospective était susceptible de nous aider à mieux comprendre le débat et les enjeux actuels dans ce champ disciplinaire.
- b) du constructivisme dialectique de Piaget (1969) qui nous servira de points d'appui conceptuels pour présenter notre vision didactique, en passant par la compréhension des mécanismes d'action du corps humain à la lumière de la théorie de l'autopoïèse de Maturana (1987) proposant une vision phénoménologique du monde.

C'est en partant des données découlant de cette réflexion que nous aborderons les concepts de santé et d'éducation à la santé. Lesquels nous conduiront à une vision intégrée de l'éducation physique et de l'éducation à la santé s'articulant dans un dispositif didactique innovateur.

2. 1 La petite histoire de l'éducation physique

L'éducation physique, au même titre que toute autre champ disciplinaire, poursuit des finalités qui sont nécessairement culturelles et porteuses des valeurs des sociétés dans lesquelles elle a évolué.

De nombreux courants de pensée ont influencé l'éducation physique et suscité l'apparition de nouvelles méthodes d'application. Ces changements de paradigme ont souvent emmené l'éducation physique sur des terrains dangereux, provoquant en quelque sorte un manque d'unité dans la profession et à la non hétérogénéité des finalités éducatives, des moyens d'action et des pratiques d'intervention.

Il s'agissait donc pour nous, avant de pouvoir proposer une quelconque forme d'intégration de l'éducation à la santé, de bien cerner l'objet propre de l'éducation physique. Car, de l'avis de Mérini (2004) l'éducation physique n'est pas encore une science à part entière. D'où le terme de praxis qu'on lui attribue, c'est-à-dire, ce va-et-vient entre la théorie et la pratique. Ce qui invite encore plus à la réflexion, point d'ancrage de tout acte éducatif. La pratique devient alors une façon de vivre, une façon d'intégrer le discours théorique. C'est ainsi, que l'éducation physique peut à son avis, venir quérir librement au sein d'autres sciences, des éclaircissements sur sa propre pratique et susciter des interrogations.

Notre réflexion sur l'histoire de l'éducation physique, ne vise pas à aborder de façon exhaustive ce domaine, sur lequel plusieurs chercheurs se sont déjà penchés plus en détail. Elle vise à encourager les éducateurs physiques à adopter une attitude prospective, ouverte au passé et à l'avenir d'une discipline qui se cherche et qui devrait être guidée par un esprit critique.

L'histoire de l'éducation physique est susceptible de nous aider à mieux saisir le rôle et les enjeux passés et actuels d'une discipline qui, comme son nom l'indique, est d'abord à vocation éducative. Comme l'éducation physique est associée au mouvement humain, une telle interrogation selon Ulmann (1982) renvoie par conséquent à la transformation des valeurs au travers du prisme corporel.

En analysant les différentes étapes de l'histoire de cette discipline, nous pouvons observer une évolution significative de l'éducation physique, que ce soit dans le domaine de ses intentions, des activités qu'elle préconise, des méthodes utilisées et des idéologies corporelles qu'elle véhicule.

Toujours selon Ulmann (1982), le mouvement chez l'humain a toujours un sens et une portée philosophique. De même la discipline qui s'y rattache est chargée de significations, pas toujours perceptibles dans l'immédiat, mais dont la connaissance devrait s'avérer indispensable, au moins à celles et ceux qui l'enseignent.

L'histoire de l'éducation physique a passé par différentes grandes périodes. C'est ainsi que le XX^e siècle fut celui de la systématisation des méthodes. On distinguait alors des méthodes naturistes, culturistes, scientifiques uniquement d'après le genre d'exercices qu'elles utilisaient. Naîtront ensuite les méthodes éclectiques qui, sans prendre parti, choisiront parmi toutes les méthodes, le meilleur en tenant compte des effets sur le corps humain.

En ce qui concerne l'éducation physique scolaire du début du XX^e siècle, selon Belbenoit (1973), elle sera marquée par la lutte entre les tenants de la gymnastique traditionnelle, de la gymnastique allemande, les défenseurs de la gymnastique suédoise et des autres courants plus scientifiques, enfin les promoteurs du mouvement sportif. Chacune de ces méthodes envisageant de façon très divergente le mouvement et ses fonctions.

Selon Marcotte (1996), le Québec n'échappera pas à ce débat d'idées. L'éducation physique scolaire s'inscrira nettement dans la mouvance de la gymnastique suédoise, bien qu'elle privilégiera l'aspect plus sanitaire ou santé publique de l'activité physique. Cependant elle s'ouvrira malgré tout aux autres courants idéologiques.

2. 1.1 Les bienfaits de l'éducation physique

Toutes les méthodes confondues reconnaissent, jusqu'à nos jours, un certain nombre d'effets de l'éducation physique qu'elles tentent de mettre en lumière d'une façon ou d'une autre. Ces effets peuvent être classés en six grandes catégories selon Belbenoit (1973) :

1. les effets hygiéniques en contribuant à la réalisation d'une croissance normale à maintenir et à recouvrer la santé;
2. les effets esthétiques de l'exercice sur la forme corporelle en lien avec le canon grec, la stature et le galbe;
3. les effets utilitaires généraux et spéciaux en lien avec le rendement de la machine humaine en ce qui concerne les qualités physiques comme la vitesse, l'adresse, la résistance, etc.;
4. les effets sociaux en matière de relation et de communication;
5. les effets intellectuels en lien avec la psychomotricité qui constitue une étape importante de l'éducation des enfants;
6. les effets moraux contribuant au développement de certaines valeurs, comme la détermination et le dépassement de soi.

Comme on peut le constater, les domaines touchés par les effets de l'éducation physique sont nombreux. L'erreur de certaines méthodes est d'exploiter qu'un seul de ces aspects. C'est la raison pour laquelle le dispositif didactique que nous envisageons d'élaborer proposera de construire un modèle tenant compte des cinq principes généraux suivants :

- qu'aucun aspect des possibilités de l'éducation physique ne soit négligé;
- de s'appuyer sur les différents courants scientifiques, mais en particulier sur les sciences de l'éducation, car l'éducation physique est d'abord une question de pédagogie;
- que les aspects nouveaux de la science soient être pris en considération au fur et à mesure de leur apparition;
- que l'adoption d'une technique ou d'une quelconque démarche soit précédée d'expériences nombreuses et répétées, effectuées sur un certain nombre de sujets et dans divers contextes;
- que les leçons de l'expérience pédagogique et des tentatives du passé soient prises en considération afin de préserver les acquis.

Pour Cogerino (1999) on peut dire que deux grandes tendances s'affrontent : l'une qui reposant sur la négation scientifique de l'éducation physique et l'autre qui soutient qu'il existe des apports initiaux d'autres sciences dans le développement de cette discipline.

Pour ces deux tendances, il s'agit de bien définir l'objet propre de l'éducation physique. Le premier présente l'éducation physique comme une simple conduite motrice, tandis que l'autre définit l'éducation physique comme une « science du mouvement humain ».

N'empêche que le problème de modèle demeure, car même si l'éducation physique n'est pas une science exacte, comme le prétend le premier courant, elle ne peut être non plus considérée comme une pratique aveugle, même si en pédagogie, il n'y a pas de certitude, mais bien une dynamique prospective. N'est-ce pas le va-et-vient entre la théorie et la pratique qui engendre la réflexion, point d'ancrage de tout acte éducatif ?

C'est pourquoi l'éducation physique peut venir quérir au sein d'autres domaines des éclaircissements sur sa propre pratique et fournir des interrogations, sources de recherches.

2.1.2 Les objectifs généraux en éducation physique

Depuis le débat des années 1980-1990, les recherches en éducation s'intéressent principalement aux contenus de cette discipline. C'est ainsi que l'on retrouve :

- les recherches sur la connaissance des contenus pédagogiques;
- les recherches sur les interventions didactiques des intervenants concernés.

Les recherches sur la connaissance des contenus pédagogiques sont à la base de la sélection, de l'organisation et de la présentation des contenus dont l'enseignant vise l'acquisition par les élèves dont il a la charge. Ce domaine de recherche est en plein développement, particulièrement aux Etats-Unis avec des chercheurs comme Williams et Wilkings (1995).

Simultanément en Europe, en France plus particulièrement avec Cogérino (1999) Merini, Jourdan et collègues (2004) se développe un courant de recherche appelé *didactique de l'éducation physique* qui étudie les phénomènes d'enseignement dans ce qu'ils ont de spécifique en matière de « savoirs enseignés ». Ainsi, d'un paradigme d'apprentissage, on semble vouloir revenir à un paradigme de l'enseignement décrié quelque peu par les concepteurs de la réforme de l'école québécoise.

Selon Mérini (2004) les contenus d'enseignement, selon cette approche, permettent de témoigner des multiples transformations subies par les savoirs véhiculés aux différentes étapes de leur sélection et de leur enseignement.

Cependant, bien que la communauté internationale des chercheurs en éducation physique soit sensible à ces deux orientations, elle semble porter un regard particulier à la première. C'est ainsi qu'il ressort dans les enquêtes menées, Bédard (2001) que les enseignants débutants, passent beaucoup trop de temps à planifier leurs interventions et pas assez sur leurs interventions pédagogiques.

Cependant, l'évolution rapide de cette discipline, allait obliger ces praticiens à faire un choix parmi un grand nombre de pratiques sportives dont la somme malheureusement ne constituait ni un tout ni une discipline en particulier. À ce problème épistémologique d'identité du champ de savoir spécifique, allait s'ajouter celui de l'obligation de s'adresser à tous les niveaux de la société.

Il devenait donc indispensable pour cette jeune discipline, de choisir dans le champ des savoirs et des pratiques sportives culturellement reconnues, ce qui devrait être enseigné dans les écoles et ailleurs.

Au Québec, l'implantation d'un programme en éducation physique dans les écoles s'est imposée seulement dans les années 1960. C'était pour répondre à une demande sociale de plus en plus grande en ce qui concerne l'activité physique. Leurs finalités explicites sont de concevoir des cursus les mieux adaptés aux exigences d'une discipline en pleine émergence.

Aujourd'hui, plus de quarante ans plus tard (2006 -1960), on peut dire que les orientations générales de l'éducation physique découlent de l'éducation fondamentale, actualisées dans *L'École Québécoise*. (Ministère de l'Éducation du Québec, 1999). Elles visent à favoriser chez l'apprenant, l'acquisition de valeurs, d'attitudes, de savoirs fondamentaux, transférables et essentiels

- à sa croissance optimale;

- au développement intégral et harmonieux de ses potentialités physiques, mentales, affectives, sexuelles, sociales et morales;
- à son auto-actualisation continue;
- et à une intégration dynamique à son environnement naturel et social, tant local que planétaire (Marcotte, 1996).

L'éducation fondamentale poursuit donc ces quatre grands objectifs qui donnent sens et direction à toute intervention éducative auprès d'une personne.

Ce sont ces objectifs qui ont permis de dégager les objectifs généraux de l'éducation physique et sportive induisant eux-mêmes les données d'un programme d'enseignement et les compétences requises par les professionnels retenus pour dispenser un tel enseignement.

L'éducation physique et sportive (EPS) se définira donc essentiellement par les objectifs généraux qu'elle s'est donnée et que les institutions de chaque pays confirmeront dans ses finalités, à savoir :

- favoriser chez tous les élèves le développement des capacités organiques et motrices;
- permettre l'accès des élèves à un domaine de la culture que constitue la pratique des activités physiques, sportives et d'expression;
- offrir à chacun les connaissances et les savoirs concernant l'entretien de ses potentialités et l'organisation de sa vie physique aux différents âges de l'existence (Pineau, 1990).

L'éducation physique et sportive vise essentiellement à contribuer à l'acquisition et au développement de capacités ou d'habiletés motrices, car elle propose des savoirs qui s'exercent à travers des activités physiques et sportives et contribue au développement de la culture physique et sportive de chacun des participants. Parallèlement ou indirectement, cet enseignement concourt à l'éducation à la santé, à la sécurité, à la solidarité et à la responsabilité individuelle.

En 1994, la Confédération des éducateurs et éducatrices physiques du Québec devenue actuellement la Fédération des éducateurs et éducatrices enseignants du Québec

(FÉÉPEQ) a voulu faire le point sur les grandes finalités de la profession et, conséquemment, sur l'identité des professionnels en éducation physique, en définissant ainsi le concept de l'éducation physique :

« L'éducation physique est un champ d'études et une profession qui participe au développement de la personne par la mise en œuvre de pratiques corporelles et des connaissances s'y rattachant, dans le but de contribuer à son éducation fondamentale, à sa santé et à sa qualité de vie dans tous les milieux et pour toute sa vie ». (FÉÉPEQ 1996)

Cette définition fondamentale de la profession a été reprise par les trois autres fédérations regroupant les intervenants en activités physiques et qui ont entrepris des démarches en vue de constituer un ordre professionnel des éducateurs physiques auprès de l'Office des professions du Québec (1996). Il s'agit de :

- la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques kinésiologues du Québec;
- la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques entraîneurs du Québec;
- la Fédération des éducateurs et d'éducatrices physiques réadaptateurs du Québec

Cette définition inscrit l'éducation physique dans un ensemble de valeurs sociales, à la fois universelles et prioritaires qui s'appliquent à toutes les catégories d'éducateurs physiques et non seulement aux enseignants en éducation physique qui œuvrent en milieu scolaire.

De façon schématique on peut dire que le concept fondamental de l'éducation physique s'actualise d'une façon plus spécifique dans chacun des secteurs où ce professionnel intervient à savoir :

- scolaire;
- conditionnement ou préparation physique;
- entraînement;
- réadaptation.

Le concept d'éducation physique demeure ainsi le plus juste pour synthétiser l'ensemble de ces pratiques professionnelles et leur raison d'être. Il en est de même du terme éducateur physique, et son vis-à-vis l'éducatrice physique, qui représente le meilleur dénominateur commun pour identifier ce professionnel sur le plan de la division sociale

du travail. Ce titre inclut et englobe de façon claire et précise les différentes catégories de personnes qui ont reçu une formation académique et professionnelle de niveau universitaire dans le domaine des sciences de l'éducation physique et des sciences de l'activité physique. (Demande de constitution en ordre professionnel présenté à l'Office des professions du Québec en 1996 et en 2004.)

Dans le cadre de cette démarche de professionnalisation, les actes que les éducateurs physiques sont appelés à poser dans l'exercice de leur profession visent d'abord l'aspect éducatif et ce dans tous les secteurs d'intervention mentionnés plus haut. C'est ainsi que les éducateurs physiques sont appelés, si l'on accepte ces principes à la base de ces fondements, à jouer un rôle à toutes les périodes de la vie d'un individu. Ils constituent des intervenants essentiels pour aider à prévenir certains déséquilibres fonctionnels et à contribuer à résoudre plusieurs problèmes dans notre société, comme la sédentarité et le tabagisme.

L'expertise professionnelle des éducateurs et éducatrices physique leur permet de :

- donner des avis à caractère scientifique lors de l'évaluation de certaines qualités biophysiques et comportementales ainsi qu'au moment de la programmation, de l'intervention et de l'évaluation de la pratique de l'activité physique par diverses catégories d'individus;
- déterminer l'impact de ces services professionnels sur le développement de la personne, l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie.

Cette expertise se manifeste dans la réalisation des principales tâches professionnelles de l'éducateur physique retenues par les quatre fédérations, ce qui s'articule autour de douze grandes fonctions :

1- Fonction d'évaluation

Exemple de capacité requise : Être capable d'évaluer les habiletés motrices et perceptivo motrices reliées à la pratique de diverses activités physiques.

2- Fonction de consultation et de prescription

Exemple de capacité : Être capable d'éviter les exercices pouvant avoir des conséquences néfastes à court, moyen et long termes (ex. : savoir doser l'intensité, prévenir les fractures de stress sur la santé et la qualité de vie).

3- Fonction de programmation

Exemple de capacité : Être capable de concevoir des programmes d'éducation physique en relation avec les besoins, les problèmes et les attentes des individus, des institutions et de la société.

4- Fonction de gestion

Exemple de capacité : Être capable d'élaborer et d'appliquer des mécanismes de conception, de planification, de direction, de contrôle et d'évaluation destinés à favoriser l'interrelation fonctionnelle entre les objectifs à atteindre et les moyens à prendre pour y parvenir.

5- Fonction d'enseignement

Exemple de capacité : Être capable d'appliquer les théories régissant l'apprentissage cognitif et l'apprentissage moteur.

6-- Fonction d'éducation

Exemple de capacité : Être capable de contribuer au développement des multiples dimensions de la personne comme sur le plan physique développer des qualités physiques et des habiletés motrices.

7- Fonction d'entraîneur

Exemple de capacité : Être capable de préparer l'athlète à fournir le meilleur de lui-même à chaque compétition et à retirer le maximum d'expériences positives de ses victoires et de ses défaites.

8- Fonction d'animation

Exemple de capacité : Être capable d'organiser et d'encadrer des activités physiques de masse et autres événements spéciaux.

9- Fonction de prévention

Exemple de capacité : Être capable de favoriser l'acquisition et la consolidation d'attitudes et de comportements sécuritaires lors de la pratique d'activités physiques.

10- Fonction de promotion et de communication

Exemple de capacité : Être capable de présenter un argumentaire explicitant la raison d'être de l'éducation physique ainsi que les diverses pratiques professionnelles des différentes catégories d'éducateurs/trices physiques qui œuvrent à diverses périodes de la vie.

11- Fonction de gestion des dossiers

Exemple de capacité : Être capable de respecter l'esprit et les modalités des diverses lois et règlements relatifs à la protection des renseignements personnels à chacune des phases du processus, c'est-à-dire au moment de la collecte des données, de la conservation et du stockage, de l'utilisation, de la transmission, du droit d'accès et de rectification, de fermeture et de destruction de dossier.

12- Fonction de clinicien

En qualité de praticien de santé de pouvoir prendre en charge les déterminants de la santé tant auprès de bien portants que de personnes malades.

2.1.3 Éducation motrice ou éducation physique

De l'avis de Belbenoit (1973), c'était en quelque sorte pour se démarquer des origines militaire et hygiéniste de l'éducation physique ou encore pour prendre une certaine distance d'une éducation physique trop liée aux sports de compétition, que plusieurs éducateurs physiques se sont tournés surtout vers une forme d'éducation motrice.

Jusqu'à présent, il est difficile de bien démarquer ces deux courants qui divisent encore le monde de l'éducation physique. Par exemple, Rigual (1995) affirme que les activités motrices jouent un rôle important, voire irremplaçable, dans le développement de l'enfant. La performance motrice de l'être humain évolue selon lui sur une longue période, allant de l'enfance à l'adolescence.

a) L'éducation motrice

Depuis les travaux classiques de Wallon, de Piaget et d'autres psychologues ou neurophysiologistes, on sait que pour l'enfant la motricité est la source de toute connaissance. Car, comme disait Maturana (1987) : « toute connaissance est action et toute action est connaissance ».

C'est par le mouvement que l'enfant apprend à connaître son propre corps, les objets qu'il manipule. Les humains avec lesquels il réagit par des manifestations corporelles. C'est à partir de ces représentations que l'enfant distingue et relie entre eux les divers éléments de son univers. Dès le début de l'enfance, psychisme et motricité sont indissociables et se développent d'ailleurs avec un parallélisme significatif.

Dans les contenus en éducation physique, on retrouve un certain nombre de notions relatives à l'éducation motrice, telle celles :

- d'intensité : fort, faible, plus fort, moins fort...
- de grandeur : long, court, grand, petit, loin, près, plus loin, plus près...
- de vitesse : plus vite, moins vite, aussi vite...
- de direction : droite, gauche, haut, bas...
- de relation : donner, recevoir, partager...

C'est en associant ces diverses notions que l'on arrive à faire découvrir à l'enfant des relations et des structures de plus en plus complexes : relations spatio-temporelles, logiques, topologiques, etc. Au fur et à mesure de ce travail corporel, on va pouvoir le faire exprimer par le geste, le graphisme, le langage verbal, ce qui a été vécu, perçu, analysé, structuré. On va demander à chaque enfant de l'exprimer, non seulement pour lui-même, mais pour les autres. C'est ce qui l'entend par métacognition.

Ainsi va naître peu à peu un langage commun capable d'exprimer l'ensemble des relations et des structures perçues par chacun des enfants d'un groupe donné.

b) L'éducation physique

Contrairement à l'éducation motrice, en éducation physique une telle démarche analytique et systématique ne se retrouve pas, comme c'est le cas en éducation motrice. En éducation physique, on part souvent d'une situation complexe, vécue dans sa globalité. On ne retrouve pas, comme en éducation motrice, ces relations, ces structures qu'il est important de faire exprimer par l'enfant dans un langage commun. Car l'enfant, en prenant conscience de ces éléments, pourra mieux organiser son action corporelle, non seulement dans une situation complexe comme c'est le cas en éducation physique, mais aussi par transfert dans des domaines apparemment tout autres, tels que l'écriture ou la lecture.

Cependant, il ne faut perdre de vue que l'enfant de six à douze ans a un grand besoin d'activités physiques et surtout ludiques, surtout après une journée de classe où il a été particulièrement sollicité au point de vue cognitif. Les principales activités corporelles qui se regroupent en activités ludiques, sportives, de plein air, d'expression corporelle et de détente sont alors tout aussi nécessaires à sa croissance que les activités de type psychomoteur.

Les activités proposées en éducation physique comportent des règles et nécessitent également la maîtrise d'habiletés psychomotrices particulières que l'on doit retrouver dans le contenu des programmes d'étude en éducation physique du primaire en particulier. De même, l'éducation physique constitue la principale, pour ne pas dire l'unique occasion pour l'enfant en milieu scolaire d'exercer différents aspects de son développement moteur, notamment la précision et le raffinement de son ajustement postural, de même que son adaptation spatio-temporelle. Mais, contrairement en éducation ou rééducation motrice, on place l'enfant en éducation physique dans une situation concrète et signifiante, qu'on lui fait vivre dans une globalité: sensori-moteur, affectif et cognitif. L'engagement n'est pas seulement moteur.

Malheureusement, plusieurs éducateurs physiques craignent qu'en transformant en objet d'apprentissage psychomoteur, le jeu ou l'activité sportive, ou qu'en les dissociant de leur contexte ils perdent leur saveur propre. D'où la lutte entre ces deux écoles de pensée

(éducation motrice et éducation physique). Il faut donc trouver la voie du milieu permettant d'éviter que l'éducation physique devienne simplement un ensemble de jeux ou de techniques particulières ou de notions abstraites de psychomotricité. Il faut faire en sorte que l'éducation physique soit prétexte de situations d'enseignement, visant l'acquisition d'apprentissages multiples. Avec les mêmes exigences que toutes les autres disciplines scolaires, celles de considérer l'apprenant dans son individualité et sa globalité, comme un être indissociable corps, esprit, sentiments ayant un vécu et vivant un dans un milieu donné.

La question que les éducateurs physique doivent se poser doit dépasser le simple souci de clarification conceptuelle, mais de savoir si l'éducation motrice doit se substituer à l'éducation physique ou l'inverse, ou encore à savoir si on doit les juxtaposer ou simplement les intégrer dans un dispositif didactique rigoureux tenant compte des principes pédagogiques propres au développement cognitif de l'apprenant.

2.2 LE CONSTRUCTIVISME

À notre avis, le constructivisme s'explique bien mieux, si on comprend le fonctionnement du vivant. Et c'est là que la théorie de l'autopoïèse nous apparaît d'une grande importance. On peut dire que le constructivisme se rapporte à des considérations sur la façon dont l'être humain produit des connaissances et de ce que valent ces dernières. Ainsi, ce n'est pas en termes de certitude et de vérité ou d'opposition avec la vision positivisme que réfléchit le constructiviste. Il ne veut pas nier qu'il ait une réalité absolue; toutefois, il prétend que la connaissance que l'on a du réel ne peut pas être indépendante de notre propre expérience avec ce réel. Car nos connaissances ont nécessairement une teinte de subjectivité, étant relatives à la façon dont ont interagit avec le réel. Il faut donc distinguer entre le réel et la réalité. Comme le disait Piaget, ce qui est observable c'est la réalité, au sens de la matérialité et ce que nous tentons d'atteindre c'est le réel ou les possibilités réalisables, mais non encore réalisées. Est-ce pourquoi, il nous arrive de prendre notre construction du réel pour une réalité? Cette interaction de la réalité avec le réel constitue ce que les constructivistes appellent un phénomène.

On ne connaît donc que des phénomènes c'est-à-dire des interactions avec le réel. Dans ces conditions, le constructivisme préfère parler de viabilité plutôt que de vérité lorsqu'il considère la nature des connaissances (Larose, 2000).

Il existe ainsi plusieurs formes de constructivisme comme d'ailleurs plusieurs variétés d'objectivisme ou de positivisme. Mais parce que nous nous intéressons particulièrement à l'enseignement dans cette étude, nous nous référons ici au constructivisme de Von Glasersfeld (1988). Ce courant de pensée est dans la ligne des idées de Piaget (1969). Ainsi, ce n'est donc rien de bien nouveau. Par contre, les tentatives d'application dans l'enseignement sont assez récentes quoique les succès de ces tentatives ne soient pas très concluants à entendre les détracteurs de la réforme proposée par l'école québécoise. En effet, même si le programme de formation du MELS et les cours de didactiques, dans la formation initiale des maîtres, annoncent des positions constructivistes. Il est rare de rencontrer un enseignant qui peut en parler de façon appropriée. Certains s'affichent constructivistes en théorie, mais sont assez loin de sa mise en pratique dans la réalité.

Pour avancer dans la compréhension des concepts à la base de ce courant, il ne faut pas tomber dans le piège qui consisterait à opposer le constructivisme au positivisme. D'ailleurs, c'est à partir du constat de la position paradoxale des positivistes quant à la vérité des connaissances, que Von Glasersfeld appuie toute son argumentation.

L'objectivisme prétend que la réalité possède une structure, c'est-à-dire des relations, des règles et des lois, indépendantes de l'observateur. Une structure objective est donc non teintée de subjectivité. En procédant par la logique d'une démarche rigoureuse de vérification, il est possible d'obtenir une connaissance certaines des choses en montrant l'adéquation ou la congruence entre les connaissances (subjective) et la structure du réel (objective). Toutefois, Von Glasersfeld conteste cette affirmation. Il montre que pour vérifier les connaissances de quelqu'un en les comparant aux structures du réel, il faut au préalable avoir fait le constat de l'existence même de ces structures, c'est-à-dire en avoir pris connaissance.

Le constructivisme ne nie pas pour autant le réel absolu, mais constate que l'on a tout simplement pas les moyens de rendre compte de la certitude de nos connaissances du

réel. Il y a même des positivistes qui partagent ce point de vue, notamment Popper (1968) lorsqu'il démontre qu'on ne peut prouver une théorie, on ne peut que l'infirmier.

Pour le constructivisme, les connaissances sont en quelque sorte, des constructions mentales ou neurologiques qui ont satisfait aux exigences ou aux contraintes que nous impose le réel.

Dans la conception de notre dispositif didactique, nous avons retenu une vision constructiviste éactioniste qui nous semble plus proche des récentes découvertes en neurosciences et qui peut contribuer à faire changer les fausses conceptions ou les connaissances obstacles à la lumière de la théorie de l'autopoïèse.

2.3 La théorie de l'autopoïèse

D'entrée de jeu, disons que cette théorie s'intéresse à comprendre la compréhension, en d'autres mots, de comprendre les mécanismes de la pensée. Les explications qu'elle offre s'appuient sur les principes dits phénoménologiques.

Pour Larose (2000), pour expliquer la nature de la pensée selon cette théorie, il faut accepter une autre perspective de l'évolution de la matière vivante. Cela, pour arriver enfin à commencer à comprendre comment la vie est arrivée à produire de la pensée.

Cependant, puisque la pensée est un produit du vivant, il importe d'abord d'avoir une idée assez claire expliquant le concept de vivant et de regarder comment ces explications ouvrent de nouvelles perspectives sur le concept de pensée.

2.3.1 L'origine du vivant

Pour expliquer le vivant, ce sont principalement les notions **d'organisation** et de **structure** qu'il faut approfondir. Car, ce sont ces deux notions qui permettent de mieux comprendre les mécanismes de son évolution, ses interactions, sa complexité, son autonomie, son adaptation et finalement ses comportements de communication. Ce sont ces deux notions qui mettent en jeu les principes de conception, de connaissance,

d'apprentissage et de surtout de langage que considère la didactique. Et, c'est à la lumière de la biologie que nous découvrirons la nature de cette connaissance.

Voyons d'abord ce qui nous fait dire qu'une chose appartient au domaine du vivant, d'un point de vue biologique.

a) L'organisation

Nos livres d'écoles tentent de faire des listes de propriétés dont est fait un être vivant, comme celle par exemple de ses composantes et celle de la composition chimique de ces dernières. Mais en bout de course cette analyse comporte beaucoup de lacunes, car un être vivant n'est pas simplement la somme de ses différentes parties.

Le problème ne commencera à se dénouer qu'à partir des idées d'organisation, donc de « relations » entre les composantes et non pas de la simple recherche de propriétés.

La notion d'organisation signifie les relations qui doivent être présentes de manière à ce que quelque chose puisse exister. Par exemple, un mobilier comme un bureau comporte des casiers dans lesquels on retrouve des tiroirs assortis de poignées et le tout sert à ranger des choses. Le fait qu'un objet soit construit en bois avec des clous et autres matériaux (propriétés), n'a rien à voir dans la classification de cet ensemble qu'on nomme « bureau ». C'est seulement l'organisation de ces morceaux qui en fera un bureau. C'est ainsi qu'on peut dire que l'organisation vient préciser les relations entre les composantes d'un système pour que ce dernier soit un membre d'une classe particulière.

b) La structure

Elle vient préciser les relations possibles, dites structurelles, que peuvent constituer cette unité particulière, en rendant possible cette organisation. C'est ainsi qu'une structure peut être modifiée sans que l'organisation soit changée.

Par exemple, on peut changer les poignées (structure) d'un bureau sans pour autant que le bureau (organisation) cesse d'en être un.

Il est assez facile d'identifier les objets qui appartiennent à une catégorie, classe ou organisation, mais il est plus difficile d'établir les relations. Pour identifier ou désigner un objet, il est nécessaire d'accomplir un acte de distinction. Un des critères rattachés à la distinction consiste à pouvoir établir la relation qui montre la séparation d'un objet (une organisation) de son environnement. Un autre critère de distinction consiste cette fois à pouvoir examiner un objet ou un système par rapport à la dynamique qu'entretiennent entre elles les composantes ou structures du système.

Il y a donc un point de vue externe (l'objet et l'environnement) et un point de vue interne (la relation structurelle en cause) à partir desquels nous sommes en mesure de distinguer un objet.

Cette mise au point est majeure pour comprendre les conséquences qui seront tirées de la compréhension autopoïétique du vivant, lequel est vu comme une entité continuellement en train de se produire elle-même par le jeu des relations interne et externe.

Effectivement, c'est par l'examen approfondi du travail de nos sens que l'on peut se rendre compte que ce sont eux qui construisent l'idée qu'on se fait du monde extérieur dans lequel nous vivons. Pour Poirier et Revoy (2004), toutes ces expériences sur les illusions d'optique, les images tridimensionnelles sont des exemples permettant de prendre conscience de cette réalité qui reste en quelque sorte virtuelle. Elles montrent effectivement que notre expérience des choses correspond à des états qui sont la création du système nerveux et que ces états sont tributaires de la structure et de l'intégrité de ce système.

Par conséquent, si la façon d'obtenir des informations sur le monde est intimement liée à nos actions biologiques, lesquelles façonnent tout un monde imaginaire, il importe alors de partir de ce point de vue pour savoir comment on construit nos connaissances. Une des premières conséquences de ce qui vient d'être dit implique que le phénomène de la connaissance ne peut pas être considéré comme s'il y avait uniquement des faits ou des objets extérieurs qu'il serait possible de sélectionner et d'inscrire dans un cerveau, comme dans un disque dur.

Il ne s'agit pas pour nous de nier l'existence d'une vraie réalité externe, mais de comprendre que ces objets que nous décrivons comme des réalités sont produits par la structure biologique du vivant ou de préférence par son organisation d'où la théorie de l'autopoïèse ou d'auto-détermination.

Le système nerveux est souvent vu comme ce qui permet à un organisme de recevoir de l'information de l'environnement afin de manifester un comportement valable pour sa survie. Cette idée d'obtenir de l'information de l'environnement et de se représenter celui-ci à l'intérieur de nous est une conception inadéquate par rapport aux nouvelles théories en neurosciences. Cette façon de voir les choses n'est pas adéquate selon l'autopoïèse.

En effet, se représenter une chose veut dire, pour plusieurs d'entre nous, que l'environnement peut imprégner dans le système nerveux ses propres caractéristiques et que le système nerveux utilise ces stimulations pour produire un comportement conforme, attendu. Or, tel n'est pas le cas pour l'autopoïèse qui voit le système nerveux comme n'importe quelle autre partie d'une organisation opérant suivant une détermination structurelle globale. Une structure ne pouvant à elle seule produire de changements dans l'organisme. Elle ne peut que les déclencher. Comme toute unité vivante, le système nerveux, par exemple, spécifie une catégorie de perturbations liées à l'environnement qui l'affecte. Ainsi, on ne peut parler de représentation parce que dans chaque interaction c'est l'état de la structure du système nerveux qui spécifie quelles sont les perturbations possibles et quels sont les facteurs environnementaux qui les déclenchent. Car, le système nerveux, comme tous les autres systèmes, ne subit pas passivement les informations en provenance de l'environnement, il construit lui-même ses réactions, en spécifiant quels éléments de l'environnement sont des perturbateurs de son organisation interne. Et les changements, que ces éléments peuvent déclencher dans l'organisme tout entier restent difficilement prévisibles.

L'organisation vivante, caractérisée par l'autopoïèse, implique nécessairement du mouvement. C'est ainsi que 80 % de notre masse ne séjourne pas plus de trente jours, en moyenne, dans notre organisme (Bunico, 1990). Le vivant est un système dont les

structures sont toujours en train d'échanger avec les structures de l'environnement et, en même temps, ce système est en perpétuel changement dans sa propre dynamique interne. Cela s'applique aussi bien aux unicellulaires, lesquels réalisent un couplage structurel dit de premier ordre avec l'environnement; qu'aux pluricellulaires qualifiés de couplages structurels de deuxième ordre ou qu'aux méta cellulaires, dont fait partie l'être humain, lesquels forment des couplages sociaux dits de troisième ordre. Ce couplage est caractérisé particulièrement par le langage.

D'un point de vue biologique, le langage apparaît lorsqu'un individu produit des distinctions sur des distinctions, lesquelles coordonnent le même genre de comportement langagier chez d'autres individus.

Lorsque nous indiquons quelque chose, nous discriminons ou distinguons cette chose par rapport à son environnement. Alors, nous différencions ou nous exerçons **un acte de différenciation ou de distinction**. Cet acte fondamental de l'espèce humaine, on le retrouve dans la répétition, l'imitation ou la reproduction. Exemple : ce fruit est une pomme. Question : Quel est ce fruit ? Réponse : C'est une pomme. Pour d'Hainault (1983), c'est un acte intellectuel élémentaire de premier niveau, lorsqu'un sujet, placé devant un objet qu'il a déjà distingué, fournit encore la même réponse.

Par ailleurs, lorsque le sujet peut distinguer un objet en le plaçant dans une classe ou en l'associant à un autre objet de la même classe alors, il exerce **un acte de conceptualisation**. Il fournit alors une distinction, un concept, une classe, sur une autre distinction.

Par exemple : Parmi les pommes (première distinction) voici une pomme verte (deuxième distinction).

Le processus de conceptualisation ne s'arrête pas à ces deux niveaux. Le sujet peut distinguer de nouveaux emboîtements, c'est-à-dire de nouvelles classes.

C'est par rapport à ce dernier type d'opération, (fig. 3) soit celle de généraliser, que le sujet est à proprement parler rendu dans le langage. Pour des auteurs, tels que Bloom (1956), Gagné (1965) et Merrill (1971), il s'agit là, par rapport à des disciplines, d'une

activité de compréhension laquelle peut se complexifier et participer à produire des opérations cognitives telles l'application, la mobilisation, l'exploration, la résolution de problèmes. Toutefois, des croyances ou des certitudes peuvent venir bloquer cette opération de conceptualisation en faisant obstacle à de futures distinctions.

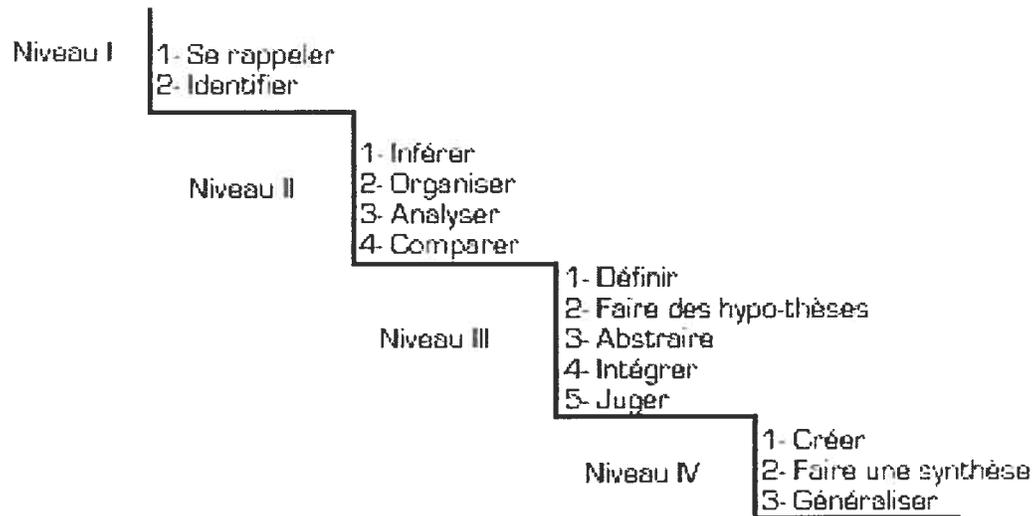


Figure 3 Les niveaux de conceptualisation adaptés selon les travaux de Maturana (1987)

Ce problème de mouvement dans la conceptualisation, pour Laborit (1979), n'est pas seulement une question cognitive, il est aussi un signe répondant de la qualité du fonctionnement des différents tissus ou structures de l'organisme vivant.

Le vivant implique le mouvement, et la pensée qui procède du vivant, a par conséquent aussi besoin de mouvement. Les certitudes provoquent un blocage dans la conceptualisation de nouvelles connaissances : une certaine dysfonction cognitive en lien avec la santé mentale.

Le didacticien cherche les concepts figés et met en place des dispositifs ou des stratégies susceptibles de les remettre en mouvement en déclenchant des « conflits cognitifs ».

Cette nouvelle vision biologique de la connaissance devrait permettre de revoir certains concepts dans le domaine de la didactique, en particulier en ce qui concerne la démarche d'enseignement-apprentissage par simple transfert de savoirs.

a) La démarche d'enseignement

Il s'agit de l'activité qui guide l'élève dans sa démarche d'apprentissage. Elle se définit comme étant l'organisation dynamique des interventions de l'enseignant afin de favoriser la relation d'apprentissage entre l'élève et l'objet d'étude.

b) La démarche d'apprentissage

Elle se définit comme un processus de croissance et de changement vécu par l'apprenant, impliquant l'utilisation de ses ressources internes en interaction avec l'environnement. Elle constitue le cheminement vécu par tout apprenant en situation d'apprentissage ou en démarche didactique; elle correspond aux façons particulières d'appréhender, d'emmagasiner, de transformer et d'utiliser l'information. Au fur et à mesure que l'apprenant se développe, il spécialise ses façons de comprendre la réalité. Il développe ainsi son mode d'apprentissage, représenté par ses comportements distinctifs sur les plans cognitifs, affectifs et sensori-moteur dans un contexte socioculturel. Ces derniers servent comme indicateurs relativement stables de la façon dont un apprenant perçoit et traite l'information, agit, réagit et répond à une situation d'apprentissage.

Tout au long de cette étude, lorsque nous utilisons le terme de connaissances, et non pas de savoir, nous faisons référence à cette vision conceptuelle originale, qu'il faut admettre, n'a pas encore fait l'unanimité dans le monde de la didactique.

C'est ainsi que Nunez (1997) a déjà identifié un certain nombre de concepts érigés en véritables dogmes faisant obstacles à la compréhension des idées autopoïétiques. De cette idée qui défend la complémentarité entre le monde subjectif et le monde objectif.

Ici, le subjectif relève de ce qui est propre à un observateur, comme ses sentiments ou sa logique personnelle; tandis que l'objectif, est tout ce qui lui est extérieur, et supposé être « non entaché » par les interprétations de l'observateur, comme le soleil ou un arbre.

Cette façon de voir les choses fait une distinction entre « l'objet » et le « sujet ». Cette distinction a connu et continue de connaître beaucoup de succès pour l'étude de la physique, de la chimie ou de la biologie. On considère un phénomène comme une expérience sensible, affective ou cognitive qui est vécue par l'expérimentateur. Mais le fait expérimental est ce que l'on réussit à isoler et qui vient valider l'expérimentation permettant d'arriver à un savoir dit objectif.

Or, pour l'autopoïèse, beaucoup de complications se présentent lorsqu'on étudie celui qui fait l'étude. Les behavioristes ont tenté de maintenir cette séparation entre le sujet et l'objet pour demeurer dans le giron de ce qui est reconnu par la science expérimentale. Mais ils ont dû en payer le prix en s'enlevant la possibilité de faire appel à l'expérience vécue par le sujet même, donc au subjectif.

Un autre dogme observé par Nunez, tirant son origine en quelque sorte du précédent, est celui stipulant qu'il existe une réalité objective indépendante de la compréhension humaine.

En d'autres mots, cela veut dire que les choses ont existé telles que nous les concevions AVANT et qu'elles seront là APRÈS nous. Il y a l'arbre, le soleil, et ils étaient là AVANT nous et le seront APRÈS nous. On admet ici que la réalité ou le monde objectif possède une structure extérieure qu'il est possible de décrire rationnellement « indépendamment » de nos croyances ou du monde subjectif de notre pensée. C'est en partie de ce dogme que le courant scientifique tire son fondement même.

Or, pour l'autopoïèse, lorsque que vient le moment d'étudier des phénomènes de pensée, tels que la compréhension d'une notion quelconque, il est bien difficile de les traiter de façon purement objective, c'est-à-dire indépendamment de la pensée ou du subjectif. C'est pour toutes ces raisons que les défenseurs de cette théorie sont obligés d'adopter une autre vision tenant compte tant de l'objectif que du subjectif.

2.4 LES CONCEPTS EN SANTÉ

On peut dire que la santé n'est pas un concept clairement défini. Ainsi, avons nous tenté de rassembler les nombreux aspects des divers courants en santé pour proposer un modèle intégrateur tenant compte de cette diversité de conceptions.

L'Organisation mondiale de la santé (1983) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, psychique et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité* ».

Cette définition a l'intérêt de rappeler que l'homme n'est pas seulement un corps physique, mais également un être pensant et socialisant. C'est ainsi qu'a été établi les trois dimensions fondamentales de l'être humaine à savoir : bio-psycho-sociale, dont découleront de nombreuses autres dimensions : politique, éthique, spirituelle, environnementale, etc. (Manderscheid, 1996).

Au-delà de plusieurs qualités, cette définition malheureusement a été largement critiquée, à cause de l'esprit d'opposition du négatif et du positif qu'elle véhicule.

Dans cette définition, selon Golberg (1979) la santé est vue négativement par la notion d'absence de maladie ou de handicap, alors qu'elle est perçue positivement par la notion de santé ou de mieux-être.

Il en est de même de son caractère subjectif. C'est ainsi qu'un problème de santé peut être diagnostiqué, sans que la personne ne soit consciente de ce problème. En d'autres mots, une personne peut se sentir mal dans sa peau, alors qu'il y a absence de maladie ou de blessure. Tout comme, on peut diagnostiquer une maladie chez quelqu'un qui se pense en bonne santé.

La distinction entre ces conditions objectives et subjectives n'expliquent pas entièrement la différence entre « être » malade objectivement et se « sentir » malade subjectivement. Cette distinction est due au fait que l'état de santé est en lien direct tant avec les composantes physiologique que psychologique de l'être humain.

La notion bien être et de mal être s'explique par le côté subjectif de la personne qui est le fruit d'une perception individuelle, non quantifiable et dépend d'un contexte temporel, culturel et social. La notion de bien-être/mal-être nous confronte obligatoirement à un système de valeurs.

Ainsi, plus que la lésion, c'est souvent la perception de cette lésion qui est traumatisante, cette lésion vécue ou ressentie souvent comme une véritable déchéance.

L'état de santé est donc une idée propre à chacun, liée à l'image de soi. Image, que le sujet se fait, à tort ou à raison, de lui par rapport aux autres.

C'est pourquoi pour Dubos (1965) il n'est pas possible de définir la santé sans tenir compte du subjectif. Les critères diffèrent avec le milieu ainsi qu'avec les normes et l'histoire du groupe considéré.

Mais surtout les critères de la santé sont fonction des aspirations et des besoins de chaque individu. Nous sommes donc obligés d'admettre une part de subjectivité et de relativité inhérente au concept de santé.

Une autre critique faite à la définition de la santé par l'OMS, c'est cet idéal quelque peu utopique, de vouloir faire accéder la majorité de la population mondiale à une forme de bien-être complet ou d'absence de maladie. Cette fausse conception fut affirmée lors de la conférence de l'OMS à Alma Ata, en 1976, dans le slogan « *La santé pour tous en l'an 2000* ». Nous sommes rendus en 2007 et cet objectif est loin d'être atteint.

2.4.1 Une conception dynamique de la santé

Aujourd'hui, on peut dire que cette définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) semble trop statique et absolue, conformément à une conception de la vie qui se veut plus dynamique, tant au point de vue social que biologique. Point de vue auquel nous adhérons pleinement dans cette étude.

La santé doit être considérée plutôt comme un état instable susceptible de subir des influences tant positives que négatives selon notre représentation de la réalité. La santé

est donc un état sensori-moteur, affectif et cognitif en perpétuel devenir. si on fait référence à la théorie de l'autopoïèse de Maturana (1987).

Ainsi, la santé ne résulterait pas seulement des conditions hygiéniques ou des déterminants biologiques et génétiques, ni des simples comportements personnels qualifiés de facteurs de risque, ou encore du seul statut social, du revenu, de l'estime de soi, mais également de bien d'autres variables indépendants contribuant à la construction de la perception que nous avons de notre état de santé ou de maladie.

C'est dans cette perspective que l'on peut dire que la santé d'un sujet dépend également du contexte social. La croissance actuelle du chômage et la précarité d'emploi sont autant de freins à la santé globale et ce, par des mécanismes multiples comme la diminution de l'accessibilité aux structures de soins et le manque d'hygiène. La désinsertion sociale et l'isolement physique et moral, ne sont-ils pas sources de dépression ?

Les nouveaux modes de vie entraînant des modifications des structures familiales posent de nos jours le problème de l'isolement des sujets, en particulier celui des personnes âgées.

Selon Porter (1997), la médecine a fondé jusqu'à présent sa réflexion à partir de l'étude de certaines variables objectives dites dépendantes. Elle a adopté une certaine approche probabiliste et matérialiste dans une logique linéaire de « cause à effet ». Cependant les choses ne sont pas aussi simples qu'elles semblent l'être. Car « l'état de santé » d'un individu est également le fruit de sa cognition.

Pour Sorochan et Bender (1979), les composantes de la santé peuvent être regroupées sous différents aspects : énergétique, biochimique, émotionnel, structurel, social et bien d'autres. Cependant ces composantes n'influencent l'état de santé que par le jeu de leurs interactions. En d'autres mots, ce qu'il faut retenir, c'est que notre santé n'est pas uniquement tributaire d'une seule de ces composantes qui changent constamment tout au long de notre vie, par le jeu de toutes les composantes concernées.

Ainsi, les méthodes qui visent principalement la modification des habitudes de vie et des facteurs environnementaux nuisibles à la santé devraient revoir leur position à la lumière

de cette nouvelle conception multidimensionnelle et dynamique de la santé dont les conceptions individuelles sont les points de départ.

Dans cette perspective de la santé, on devrait chercher à développer chez l'individu de saines habitudes de vie d'abord par le biais de la conceptions qu'il des habitudes.

La santé est donc avant tout de « l'éducation ». Elle n'est donc pas un conditionnement opérant, mais un apprentissage à l'autonomie, c'est-à-dire un apprentissage à la réflexion critique, un apprentissage à faire des choix raisonnés et volontaires, un apprentissage au désir de faire, à la volonté d'agir. Or, si nous faisons abstraction de quelques initiatives isolées, nous sommes obligés d'admettre que la plus grande partie de nos efforts en éducation à la santé emprunte une démarche hygiéniste dans laquelle les choix sont faits d'avance à la place du sujet qui dès lors n'a plus de question à se poser, n'a plus à penser.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons retenu dans cette étude une conception plus cognitive que behavioriste de la santé.

2.4.2 Vers une approche intégrée en santé

Golberg (1979) classe les différentes approches en santé selon trois modèles distincts :

- a) un modèle fonctionnel décrivant la santé comme étant cette capacité objectivable du bon fonctionnement d'un organisme vivant ou cet état optimal d'un individu en regard de sa capacité à accomplir efficacement les rôles et les tâches pour lesquels il a été organisé et socialisé:
- b) un modèle perceptuel définissant la santé comme étant une perception d'un certain état de bien-être, qui reste très subjectif selon les circonstances et la personne concernée. Chaque individu étant responsable de l'évaluation qu'il fait de cet état de bien-être ou de mal-être:
- c) un modèle adaptatif présentant la santé comme étant l'ajustement réussi d'un organisme autonome capable de trouver un certain équilibre de ses fonctions homéostatiques suite à une réaction ou stimulation quelconque.

Parmi les raisons qui expliquent la difficulté à définir la santé on retrouve le fait que chacun des intervenants à sa propre conception. René Dubos (1973) proposait une certaine forme d'intégration de certaines de ces conceptions, en tenant compte des composantes fonctionnelle et adaptative de l'individu. Pour lui, « *la santé est l'aptitude à exercer efficacement les fonctions requises dans un milieu donné et, comme ce milieu ne cesse d'évoluer, la santé est un processus d'adaptation continue aux innombrables microbes, irritants, tensions et problèmes auxquels l'être humain doit faire face à chaque jour* ».

Tout au long de la vie, de la naissance à la mort, l'être humain change constamment, comme nous l'avons dit, 80 % de sa masse corporelle en trente jours. Il en est également de l'environnement social, émotif et physique qui évolue aussi. La santé est en quelque sorte cet état d'équilibre qu'il réussit à atteindre à un moment donné et pendant seulement un court laps de temps. Ce moment est dû à des circonstances spécifiques. Certains chercheurs, comme Louis-Claude Vincent (1960), ont même tenté d'objectiver ce moment par des paramètres biologiques comme le pH sanguin en déterminant une zone de parfaite santé comprise entre un pH sanguin de 7.35 à 7.45 ou encore par une certaine concentration des protéines sériques par des tests de floculation (Augusti, 1985). On parlera alors d'un état d'équilibre biologique, correspondant le plus souvent à l'absence de maladie ou de mal-être.

En d'autres mots, personne ne peut se proclamer en santé une fois pour toutes. En effet, les indices et marqueurs permettant de mesurer cet état de santé, ont une capacité d'évoluer rapidement afin de s'ajuster aux nouvelles conditions dans lesquelles l'individu se trouve. De plus, il faut tenir compte des limites biologiques de l'espèce humaine.

D'où découle cette nouvelle hypothèse avancée par Preuss (2001), professeur émérite de biologie, qui propose une nouvelle théorie biologique de l'évolution dans laquelle les vivants sont co-créateurs de leur formation et de leur autonomie.

Selon cette hypothèse, l'état de santé repose sur cette conception que c'est notre cerveau qui élabore notre vision du monde avec ses habiletés sensorimotrices – affectives et cognitives.

Cette hypothèse découle des recherches des trente dernières années qui ont amené des découvertes passionnantes en matière de neurophysiologie qui nous ont permis de mieux comprendre comment le cerveau humain fonctionne. En particulier, trois de ces composantes aux fonctions différentes, sont nécessaires au bon fonctionnement de l'ensemble de l'organisme.

L'hypothalamus, le cerveau limbique et le néocortex sont ces trois parties qui forment notre cerveau « tri unique » selon l'expression de Mac Lean (1981).

Cette hypothèse permet d'intégrer en quelque sorte les trois approches en santé de Golberg. Dans le mécanisme conduisant à cet état dynamique de santé, on assisterait à une première étape, plus sensori-motrice en quelque sorte en lien avec l'approche perceptuelle, suivie d'une autre étape plus émotive en lien avec l'approche adaptative, plus psychosomatique. Enfin une dernière étape de décision d'action ou d'inhibition d'action selon le ressenti fait à l'étape II. Cette réponse sera qualifiée d'efficace ou non, selon les conséquences qui en découlent. En effet, suite aux perceptions faites par le cerveau (étape 1), l'interprétation qui en découle (étape 2). Le cerveau induit une réaction (étape 3) qui peut être soit appropriée ou non appropriée selon l'interprétation qui a été faite de la perception initiale. C'est l'analyse des conséquences découlant de cette réponse, qu'on saura si on est en présence d'un organisme qui réagit de façon saine et efficace.

Il ne faut pas perdre de vue que le bon fonctionnement de notre organisme ne relève par directement des organes à la base de ces fonctions, mais en grande partie des directives qui leur ont été données lors de l'étape 3.

C'est la raison pour laquelle une approche à visée purement fonctionnelle, ne tenant compte ni des perceptions ni des interprétations, conduit souvent à des interventions non efficaces, car ne se situant pas au bon niveau, à savoir celui des conceptions.

L'approche intégrée en santé, que nous proposons dans cette étude, peut être illustrée (fig. 4) comme un mécanisme intégrant trois engrenages inter reliés, dont le bon fonctionnement de l'un dépend de l'autre. Lorsqu'on assiste à un déséquilibre organique

qualifié de maladie, selon la vision intégrée en santé. il est causé par un mauvais ajustement dû à une fausse interprétation de la réalité de la part d'un organisme autonome, mais dépendant de son environnement. C'est la raison pour laquelle il faut s'attaquer aux véritables causes, à savoir les fausses interprétations ou conceptions et non pas à leurs effets ou aux comportements qui en découle. Ou encore, dans un discours plus médical, ne pas voir que l'organe et s'en prendre alors simplement aux symptômes qui ne sont que des réactions d'ajustement de l'organisme. Réactions qui se manifestent par des déséquilibres fonctionnels pouvant conduire à des pathologies graves. C'est pour cette raison que l'approche intégrée que nous proposons, place l'éducation à la santé, au premier plan pour une intervention vraiment efficace en matière de santé.

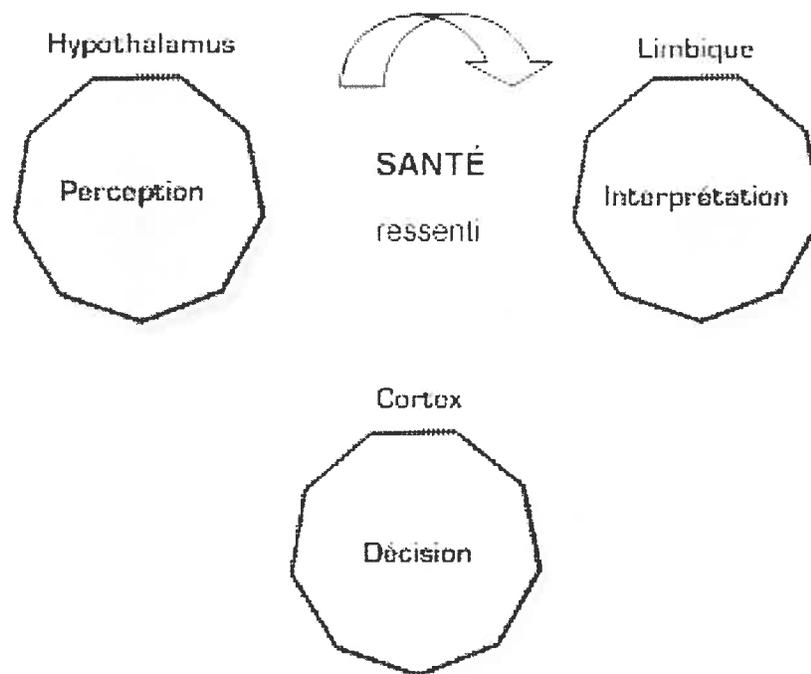


Figure 4 Approche intégrationniste en santé

Parmi les tentatives contemporaines de compréhension dans une vision intégrée des différents facteurs en interaction chez l'humain, Laborit (1979) s'est singularisé par une recherche pluri et interdisciplinaire. Il voulait proposer un modèle biologique pour expliquer les structures relationnelles de l'homme dans l'univers. Un modèle susceptible

de dépasser les barrières des spécialités et dont les grandes étapes passent par trois phases, semblables en grande partie à celle que nous proposons.

La psychologie cognitive qui représente actuellement le courant principal de pensée à l'intérieur de la psychologie scientifique, a elle aussi comme objet principal objet d'étude, les différentes activités mentales, telles que l'attention, la pensée, les croyances. De même que les représentations mises en œuvre, notamment pour l'apprentissage, la motivation, la perception, la mémoire, la recherche de la performance et la résolution de problèmes.

Ainsi, contrairement à la psychologie d'inspiration behavioriste, l'accent n'est plus mis de manière stricte sur les comportements, mais sur les processus mentaux et les structures de compréhension. Ces processus et ces structures internes étant les véritables responsables de ces différents types de comportements moteurs observables qui intéressent principalement l'éducation à la santé à vision non biomédicale.

Cette orientation nouvelle d'autonomisation, introduite par la psychologie cognitive, a fortement influencé les théories de l'apprentissage en général. En particulier en proposant des réponses à ces trois questions fondamentales :

- 1) Qu'est-ce qui est appris à la suite d'un enseignement ?
- 2) Par quel processus parvient-on à acquérir des nouvelles connaissances ?
- 3) Comment un enseignant peut-il faciliter ce processus d'apprentissage ?

C'est la raison pour laquelle la psychologie cognitive est orientés vers :

- a) les différents types de connaissances;
- b) la préoccupation de la manière dont les connaissances sont représentées et organisées;
- c) la nature cumulative de l'apprentissage et le rôle joué par les connaissances antérieures.

À la lumière d'une vision phénoménologique inspirée de la théorie d'autopoïèse qu'on peut définir la santé comme :

« Un état dynamique et harmonieux, des différentes structures organisées en fonctions complémentaires, composant un organisme vivant complexe, en perpétuel devenir et dont l'existence dépend de l'interrelation avec un environnement interne ou externe variable ».

La santé est le fruit de cet ajustement réussi, suite à la perception, et l'interprétation faite cet organisme, d'une actualité conjoncturelle et des capacités d'autorégulation de cet organisme visant l'autonomie, dans un milieu donné, pour faire face à sa réalité.

La santé est en d'autres mots un « phénomène » qui est la résultante d'une perception émanant de cet ensemble autonome, vivant dans un environnement ou milieu donné sur lequel il agit et auquel il a appris également à réagir. Un milieu qui lui aussi est autonome et aussi en perpétuel devenir.

L'état de santé s'observe donc par cette « capacité » qu'un sujet a, d'utiliser ses ressources physiques, intellectuelles et affectives pour s'adapter à son milieu de vie. S'il y arrive, il pourra vivre pleinement, de façon autonome, mais non indépendante, aussi longtemps que prévu par son génome et l'état de son milieu de vie.

Il s'agit donc d'une série de mécanismes d'autorégulation permettant à l'être humain d'ajuster ses différentes structures, afin d'établir ou de rétablir l'équilibre global de ses fonctions régulatrices fruits de sa longue philogénèse.

Car comme disait Laborit (1975) « le but fondamental de tout être vivant est de maintenir sa structure en vie ».

Les êtres vivants étant des systèmes ouverts donc en interaction constante avec leur milieu, le seul outil qu'ils puissent employer pour maintenir leur équilibre interne est l'action sur le milieu, d'où le lien avec le concept éractioniste.

Toute évolution est fondée sur un perfectionnement croissant de cette possibilité d'action, ou plus exactement d'action/réaction, dite : pensée/émotion/action ou action/émotion/pensée.

Du plus simple au plus complexe des êtres vivants ce cycle est toujours le même. Pour Valera (1997) le perfectionnement ne porte que sur le degré de complexité du contenu de

ces éléments, car même l'amibe la plus simple juge son milieu et agit en conséquence. Le cerveau de l'homme est la résultante de l'évolution des espèces.

C'est selon cette conception éducationniste de la santé que l'éducateur à la santé doit chercher tout particulièrement à produire des changements au niveau des croyances ou des conceptions de l'apprenant. Car, c'est ainsi, qu'il pourra parvenir à changer son comportement ou ces habitudes de vie.

Dans cette perspective, on peut dire que l'éducation à la santé vise principalement comme objectifs à :

- influencer ou clarifier les conceptions sur la santé;
- faire prendre conscience des changements d'attitudes ou croyances néfastes à la santé;
- faciliter l'acquisition de nouvelles conceptions en matière de santé;
- expérimenter volontairement les actions en lien avec ces nouveaux concepts;
- adapter ou adopter ces nouvelles connaissances selon les résultats obtenus.

2.5 Prévention et promotion de la santé

Vers la fin des années 1940, deux médecins diplômés en santé publique, les docteurs Leavell et Clark (1965), ont grandement contribué à la conceptualisation de la prévention en distinguant trois domaines distincts d'intervention dans ce domaine, à savoir :

- la prévention primaire,
- la prévention secondaire,
- la prévention tertiaire.

Plus tard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reprendra cette typologie qui semblait satisfaire les besoins dans le domaine de la santé publique de l'époque et permettait de répondre aux préoccupations du secteur de la santé.

Cette classification définissait assez bien chacune des grandes catégories d'intervention médicale selon leur moment d'applicabilité dans le processus pathologique.

- a) la prévention primaire est de mise au cours de la période qui précède le processus morbide. Elle vise à empêcher l'apparition de la maladie et donc à diminuer son incidence. Les programmes de vaccination, les recommandations sur la nutrition, les mesures visant à prévenir le tabagisme et le port de la ceinture de sécurité en sont des exemples.
- b) la prévention secondaire intervient dès qu'on peut détecter la maladie. On parle ici de dépistage et d'intervention précoce durant la phase asymptomatique ou pré clinique.
- c) enfin la prévention tertiaire entrait en jeu, soit pour éviter les rechutes ou lorsque la déficience et l'invalidité s'étaient installées. Nous sommes dans la sphère des traitements de longue durée et de la réadaptation. Elle vise aussi à réduire les risques de complication découlant de la maladie de minimiser les déficiences et les incapacités qui peuvent en résulter.

Cette vision tripartite de la prévention allait nous entraîner dans un véritable marché de dupes qui allait médicaliser tout le champ de la prévention. Au lieu de distinguer clairement les champs d'intervention de la prévention, de celui du traitement et de la réadaptation, une telle approche ne faisait que les englober sous le même vocable, soit celui de la prévention.

Rappelons qu'au sens étymologique, le terme prévention signifie « venir avant ». Ainsi, les actions préventives devraient donc avoir une qualité d'antériorité (Cowen, 1980).

Depuis les travaux de Leavell et Clark (1965), plusieurs chercheurs ont milité en faveur d'un retour à la terminologie d'avant 1964, afin de restreindre l'usage du mot *prévention* à la seule prévention primaire.

C'est de ce courant d'opposition que les concepts de promotion et d'éducation à la santé, relativement nouveaux, ont vu le jour. Cependant, il faudra attendre que des spécialistes de la santé, réunis à Ottawa pour la première conférence internationale sur la promotion de la santé, puissent adopter la Charte d'Ottawa (1974), document qui allait servir de référence pour cette discipline en émergence. Par la suite, cinq conférences ont suivi, celle d'Adelaïde, de Sundsvall, de Djakarta, de México et enfin celle de Délémont en janvier 2002.

L'éducation à la santé est devenue une des composantes de la pyramide (figé 5) de la santé et de la maladie établie par l'Organisation mondiale de la santé (1983). Elle est considérée maintenant comme un secteur à part entière des sciences de la santé. Cependant, elle n'est pas encore un domaine réservé à une catégorie spécifique d'intervenants, comme c'est le cas pour d'autres spécialités.

Il faut admettre que cette pyramide de la santé est inspirée en grande partie des travaux de Leavell et Clark. Pouvoir intervenir avant, pendant et après la maladie, telles étaient et sont encore de nos jours les préoccupations des intervenants du réseau de la santé. Ainsi, voient-ils les composantes de la pyramide de la santé en complémentarité, dans une vision d'inclusion

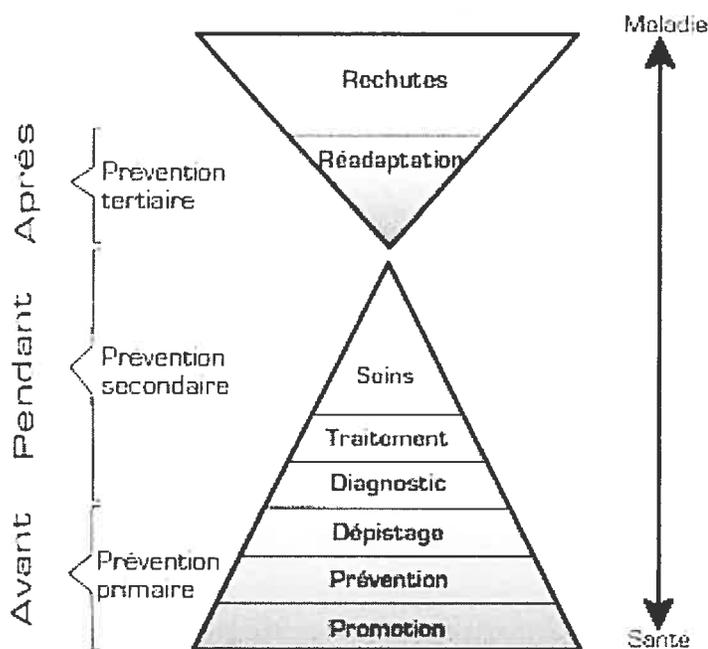


Figure 5 Pyramide de la santé

Dans cette représentation de la pyramide de la santé, on retrouve la promotion des concepts de santé, la prévention des facteurs de risque de maladies et le dépistage précoce des prédispositions morbides AVANT, donc en prévention primaire. Le diagnostic d'un déséquilibre, le traitement et l'application des soins de qualité PENDANT, en prévention secondaire. Ensuite intervient la réadaptation APRÈS, en prévention tertiaire, pour assurer l'intégration des bonnes habitudes et éviter les rechutes

La base de cette pyramide de la santé repose en quelque sorte sur l'éducation à la santé (ÉS) comprenant la promotion et la prévention. Jusqu'à présent, ces deux concepts ont également été imbriqués, ce qui portait à les confondre. Ainsi cherche-t-on à changer les comportements des individus pour prévenir certaines maladies, en s'attaquant résolument aux facteurs de risque identifiés dans certaines habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme, sédentarité, etc.) et en faisant la promotion d'autres formes d'habitudes plus saines comme une alimentation plus personnalisée et l'activité physique adaptée.

C'est ainsi que l'éducation à la santé, jusqu'à présent, a été véhiculée comme une activité de communication visant l'amélioration de la santé par « la promotion » de certaines habitudes de vie avec, en toile de fond, la prévention des maladies chez les individus et les groupes. En d'autres mots, l'éducation à la santé est trop souvent perçue par les individus et les groupes comme une simple promotion ou une façon de dire ou d'informer les gens sur ce qu'ils ont à faire pour être en santé. Malheureusement, ce n'est pas aussi simple que cela semble paraître à première vue. Il ne suffit pas de savoir pour vouloir et pouvoir changer nos habitudes de vie.

L'éducation à la santé, telle que nous l'envisagerons dans notre modèle, à la lumière d'une démarche didactique, vue selon l'angle de la théorie autopoïèse, suggère au contraire, pour produire un changement significatif et durable dans le comportement humain, de travailler d'abord sur les systèmes de croyances et par conséquent, sur les perceptions qui leur ont donné naissance.

Dans son sens le plus large, l'éducation à la santé devrait être définie comme la somme totale de toutes les influences qui déterminent collectivement ou individuellement les connaissances ou croyances liées aux comportements en matière de santé des individus et des communautés. (Smith, 1985).

En ce qui nous concerne, aider les gens à avoir le contrôle sur leur vie et, par la même occasion, sur leur conception de la santé, tel devrait être l'objectif principal d'une éducation intégrant la promotion des déterminants de la santé globale et ne visant pas exclusivement la lutte contre les maladies.

Tout comme les concepts, les approches en santé doivent évoluer avec le temps. Il en est de même de l'éducation relative à la nature et aux causes des maladies. Comme nous l'avons vu, une plus grande attention devrait être portée aux facteurs cognitifs dans l'émergence des déséquilibres fonctionnels.

Cependant, l'éducation à la santé ne demeure pas moins influencée par le modèle biomédical qui découle lui-même de la pensée cartésienne. La révolution philosophique du XVIII^e siècle a voulu séparer le corps de l'esprit en deux entités distinctes, le corps étant perçu comme un objet physique animé par des processus mentaux. Dans cette perspective, le corps est comparé à une machine dont on peut réactiver le fonctionnement en réparant les dommages ou en corrigeant certaines défaillances de ses diverses composantes. Pour ce faire, il fallait neutraliser les agents ou les processus pathologiques qui causent la dysfonction. C'est ainsi que la médecine occidentale dite scientifique s'intéressera aux causes principalement objectivables, donc mesurables, et aux traitements biologiques, chimiques et chirurgicaux. Cette approche ne tiendra pas tellement compte du rôle joué par la cognition. Même dans une spécialité plus mentale, comme la psychiatrie, c'est encore les données quantifiables (ex : les neuromédiateurs) qui serviront à l'analyse des comportements mentaux et sur lesquelles porteront le traitement.

C'est le modèle biomédical qui a donné naissance à la théorie microbienne qui a vu le jour vers la fin du XIX^e siècle. Les travaux de Pasteur et de Koch (1870-1886) viendront démontrer que les microbes sont des organismes vivants pathogènes qui accèdent à nos organes par l'intermédiaire de la nourriture, de l'eau et de l'air. De cette théorie a émergé la doctrine de l'étiologie spécifique qui postule que chaque maladie possède une cause unique et spécifique. C'est ainsi que la théorie microbienne défend l'idée que la simple introduction d'un micro-organisme au sein d'un organisme ou d'une population serait suffisante pour causer la maladie infectieuse. Pourtant, cela ne semble pas toujours être le cas. Car, ne sommes nous pas tous exposés quotidiennement à une multitude de microbes, et nous ne tombons pas tous malades. Il est donc faux de désigner un micro-organisme, ou tout autre agent infectieux, comme l'unique cause d'une maladie infectieuse. D'un point de vue purement épidémiologique, un agent est une cause

nécessaire, mais non suffisante pour déclencher la maladie. Certaines conditions particulières, en relation tant avec l'hôte qu'avec son environnement, doivent aussi être présentes pour que la maladie apparaisse.

Un autre triangle, celui épidémiologique illustre bien l'interaction existant entre l'agent, l'hôte et l'environnement en pathologie (figé 6). Ici, l'agent pouvant être de nature chimique, biologique ou encore physique. Les facteurs associés à l'hôte pouvant être innés ou acquis et agir sur la capacité de résistance face à l'agent. Alors que les facteurs environnementaux sont indifféremment de nature bio psycho social et influencent tant l'agent que l'hôte dans la potentialité d'agressivité de l'intrus que dans la capacité d'adaptation de l'hôte. Ainsi, dans cette optique, toutes les maladies sont donc d'origine multifactorielle et leur prévention devrait comporter des interventions portant autant sur l'agent, que sur l'hôte et l'environnement mais pas exclusivement sur l'agent, comme c'est actuellement le cas en médecine. Ce qui constitue en quelque sorte une connaissance par défaut ou fausse conception, susceptible de faire obstacle à la compréhension et à l'acceptation d'une approche plus de « terrain » que certains courants en santé prônent actuellement. Comme disait Claude Bernard :

« Le microbe n'est rien, le terrain est tout » (1865)

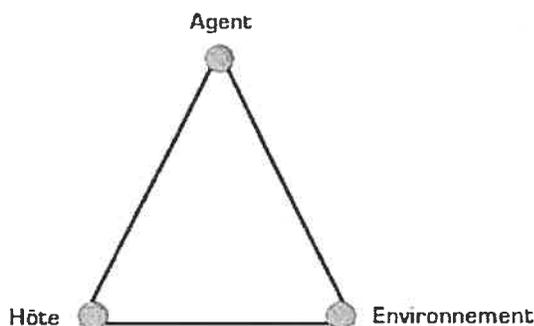


Figure 6 Le triangle épidémiologique

Ce concept, que Baranova (2004) qualifie de « toile des causalités » défend l'idée qu'une maladie a pour origine l'interaction de nombreux facteurs qui forment des chaînes complexes et entrelacées. Ces facteurs qui peuvent être de nature biologique, physique, sociale ou psychologique interagissent et sont capables de favoriser ou d'empêcher le

développement de la maladie. Par exemple, certains des facteurs impliqués dans le développement des maladies cardiaques comme la diète, le tabagisme, la sédentarité, le stress, la personnalité, le poids, le taux de cholestérol, l'hypertension, le taux de sucre, le niveau social sont également impliqués dans bien d'autres maladies. Ce qui rend impossible l'application du principe de la relation directe de cause à effet, de variables en perpétuel changement.

Cette théorie de l'approche multifactorielle a permis de remettre sérieusement en question la doctrine de l'étiologie spécifique, puisque souvent, comme nous venons de le voir, plusieurs facteurs sont associés à différents problèmes de santé.

Malgré ces conceptions nouvelles, les professionnels de la santé intéressés au dépistage, au diagnostic et au traitement de maladies, continuent à voir l'éducation à la santé comme un ensemble de stratégies de transmission d'information sur les agents pathogènes.

Cette mentalité est due en grande partie au fait que notre société a, pendant trop longtemps, compris que la santé était liée à la quantité et à la disponibilité des soins médicaux offerts à la population. Bien que la survie de milliers de gens, survenue au cours du dernier siècle, caractérisée par des diminutions significatives des taux de mortalité, peut être attribuée en grande partie aux progrès accomplis par la médecine d'urgence, c'est une toute autre chose, lorsqu'on faisait référence au concept d'espérance de vie en bonne santé que de compter non seulement les années vécues, mais en particulier celles passées sans indispositions majeures ou morbides. Alors, on voit que la médecine est obligée de céder sa place aux mesures d'hygiène et à bien d'autres déterminants psychosociaux, non médicaux.

Cette constatation est devenue de plus en plus évidente et a progressivement fait place à une compréhension plus large des facteurs influençant véritablement la santé et l'espérance de vie des individus en bonne santé, d'où l'engouement pour une autre forme d'éducation à la santé à vision plus éducative que biomédicale.

C'est ainsi, selon Baranova nous sommes tous le résultat des interactions entre nos gènes et notre environnement biologique (ce que nous mangeons, buvons, respirons, fumons,

faisons, etc.), psychosocial (notre travail, notre famille, nos amis, etc.) et des soins de santé reçus.

Cette vision a conduit à une certaine conception prédictive en santé.

Ainsi, la résultante de ces interactions, qu'on appelle communément la santé, dépendra donc de manière significative de nos gènes, de nos habitudes, de notre milieu de vie et des soins reçus. De ces variables, une seule demeure difficilement contrôlable : nos gènes, les autres variables étant plus ou moins prévisibles.

Le principe de base de cette vision qualifiée d'énactionniste, amène à dire que nous sommes des systèmes ouverts et fermés en même temps et que nous communiquons avec notre environnement par nos gènes. Que nous ne pouvons pas « encore » changer la structure de ces derniers, mais que nous pouvons par contre, en changer l'expression, c'est-à-dire en travaillant sur le changement de notre environnement (nos habitudes et notre milieu de vie) avec pour conséquence la modification de nos susceptibilités génétiques.

En raison des impacts de multiples facteurs et de leurs interactions dans la susceptibilité aux déséquilibres ou maladies, exception faite des désordres monogéniques graves qui sont heureusement rares, nos risques de développer une maladie, dans le sens commun du terme car, dans la vision intégrée en santé que nous présentons, il faudrait parler beaucoup plus de profil réactionnel individuel, ces risques sont relatifs et peuvent être contrôlés par une véritable éducation à la santé à vision prédictive.

Un tel point de vue serait le signe d'un progrès remarquable en médecine, s'il devait être mis en application. Déjà de nouveaux tests révolutionnaires dits génomiques, permettent maintenant d'identifier, par exemple, les polymorphismes associés au risque de développer l'athérosclérose, l'hypertension et les autres maladies cardio-vasculaires avant que ces dernières ne se manifestent. Bientôt, il en sera de même pour les cas de cancers.

C'est ainsi que l'adoption de bonnes résolutions touchant nos prédispositions permet de rester en santé. Ces résolutions portent généralement sur une activité physique régulière

adaptée, un régime personnalisé riche en certains fruits et légumes, sans excès de graisse et de viande rouge, une bonne gestion des agents stressants et un environnement non pollué.

Ces facteurs qui contribuent de toute évidence à nous conserver en bonne santé et que la majorité des éducateurs à la santé devraient prôner, n'ont cependant qu'une valeur relative s'ils ne s'insèrent pas dans une démarche d'intégration à long terme que propose une didactique de la santé dans une vision intégrée en santé.

En d'autres mots, vouloir prévenir, c'est bien, mais savoir quoi, comment et quand prévenir et pour qui, c'est encore mieux.

C'est ainsi qu'une approche prédictive individualisée en éducation à la santé est devenue, à notre avis, une nécessité. Une approche tenant compte des éléments ayant une influence directe (facteurs promoteurs) sur le maintien en bon état des mécanismes d'autorégulation de la machine humaine, à savoir :

- une alimentation personnalisée:
- une activité physique adaptée:
- la gestion des agents stresseurs:
- un environnement sain.

Cependant, ces quatre déterminants doivent être vus en complémentarité: c'est la raison pour laquelle, on les qualifie de piliers de la santé, car l'un ne va pas sans l'autre. Ainsi, il ne s'agit pas de donner plus d'importance à l'un ou à l'autre, mais bien d'assurer un équilibre optimal entre les quatre, au risque de voir rompre cette harmonie, gage d'une santé globale. Ce lien existant entre ces quatre déterminants de la santé peut se traduire par l'équation suivante :

$$PRI = (FI + FP) FD^1$$

1 Le profil réactionnel individuel (PRI) est en quelque sorte notre biotype. le facteur initiateur (FI) constitue notre prédisposition génétique. Pour ce qui est des facteurs promoteurs (FP), ils constituent l'ensemble de nos habitudes de vie et des facteurs environnementaux néfastes, caractérisé par les 4 piliers et ayant un certain impact sur l'activation de notre prédisposition. Enfin, le facteur déclencheur (FD) est en quelque sorte la goutte d'eau qui fait déborder le vase, en d'autres mots, parmi les facteurs promoteurs, celui qui a atteint un seuil critique obligeant l'organisme à réagir.

Déjà le Rapport Lalonde (1984) prônait une telle vision de la santé qu'il avait qualifié d'écologique, en faisant ressortir l'importance qu'on devrait accorder aux habitudes de vie et aux facteurs environnementaux au lieu de mettre l'emphase seulement sur nos gènes ou hérédité et sur le système de soins pour conserver et retrouver la santé.

2.5.1 De la promotion à l'éducation à la santé

Dans les années 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a placé la promotion de la santé au centre de ses préoccupations. C'est ainsi que son programme *La santé pour tous en l'an 2000* réservait une place importante à la promotion de la santé. Les principes clés sur lesquels était centrée cette stratégie se résume en trois points :

- la promotion de l'équité en santé étant le principe central;
- l'impact sur la santé des politiques et des services externes au secteur de la santé.
Exemple : chances égales pour tous au marché du travail, accessibilité à la nourriture, logement décent, etc.: l'importance de la collaboration multidisciplinaire;
- la participation de la communauté en regard de ce qui affecte la santé est devenue un élément essentiel de cette stratégie de la promotion de la santé.

C'est ainsi que l'idée d'une médecine préventive visant plus la prévention que les soins s'est vite répandue auprès des intervenants en santé publique et communautaire et que la promotion de la santé donnera naissance à une éducation pour la santé qui est devenue une composante essentielle de la pyramide de la santé, que le Comité de la santé mentale du Québec (1973) définissait comme :

« La science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé par le biais d'efforts organisés de la société ».

La définition de l'éducation pour la santé qui prévaut actuellement est celle préconisée par l'Organisation mondiale de la santé. Pour cette dernière, l'éducation pour la santé est un terme employé pour désigner les occasions d'apprentissage délibérément suscitées pour faciliter les changements de comportement et atteindre un objectif déterminé à l'avance (1983).

C'est ainsi que l'éducation pour la santé continue a été étroitement liée à la prévention de la maladie en tant que moyen de changer des comportements qui ont été identifiés comme

des facteurs de risque pour certaines maladies, même si cette éducation pour la santé ne touche pas simplement les individus et leurs comportements, que ces comportements soient sains ou à risque.

Il faut cependant admettre, que dans le contexte de la promotion de la santé à vision biomédicale, différentes formes d'éducation pour la santé visant des groupes, des organismes et des communautés entières sont nécessaires. Elles peuvent être renforcées par la distribution d'informations susceptibles d'être utiles à une politique générale en matière de santé. De cette façon l'éducation pour la santé et la promotion de la santé deviennent étroitement reliées, comme nous l'avons vu. La promotion de la santé repose, par définition, sur la participation active d'un public qu'on tente d'informer à un processus de changement. L'éducation pour la santé présente alors dans ce processus un instrument capital.

Dans une telle perspective d'éducation pour la santé, les situations d'apprentissage réfèrent à toute activité éducative destinée à accroître les connaissances et à développer une compréhension et un savoir-faire qui contribuent à la santé. Cette activité peut prendre place au sein d'un petit groupe sous forme de méthodes d'enseignement, de formation, d'animation de groupe, etc., entre deux individus sous forme d'échange intervenant/individu, via l'enseignement assisté par ordinateur, etc., ou au sein d'un plus grand groupe au moyen des médias.

La démarche d'éducation pour la santé se résume généralement par les trois étapes suivantes :

Étape 1 : la planification des interventions éducatives par l'identification des besoins et le choix des objectifs d'apprentissage et des types d'intervention possible:

Étape 2 : l'implantation de l'intervention éducative:

Étape 3 : l'évaluation de l'intervention éducative.

Également, à l'instar de l'éducation pour la santé, le marketing social connaît une rapide évolution en promotion de la santé en occupant une place grandissante non seulement dans l'élaboration et l'implantation de nouveaux services, mais aussi parce qu'il propose

des programmes complexes qui touchent autant les comportements des individus que les divers environnements et les services.

Le principe qui est à la base même du marketing social est d'établir un échange entre un groupe cible et une organisation. Cela exige *a priori* une bonne connaissance des besoins, des désirs et des demandes du marché visé.

Le domaine dans lequel le marketing social est le plus profondément ancré est bel et bien celui de la promotion de la santé. Cependant, l'idée fausse que le marketing social se résume à la publicité sociétale ou au recours exclusif aux médias est assez répandue. La publicité sociétale est un domaine de la communication qui peut s'intégrer dans une stratégie globale de marketing social. Elle fait appel à toutes les techniques de communication habituellement mises en œuvre dans les médias, tel qu'on peut le voir dans les campagnes publicitaires.

Si elle s'insère dans une intervention de marketing social, elle sera complétée par d'autres techniques de marketing : matériel promotionnel, relations publiques, accès à l'information, création de réseaux.

Et pourtant, malgré tout cela, la promotion de la santé, particulièrement sa composante *éducation pour la santé* est loin d'être établie dans le monde médical: elle continue d'occuper une position assez marginale dans plusieurs pays. La médecine curative se taille jusqu'à présent la part du lion dans les budgets des états.

Est-ce la raison pour laquelle les personnes ayant adopté des habitudes de vie nuisibles à leur santé trouvent difficile de les abandonner, même lorsqu'elles le désirent ? Ou faut-il jeter le blâme sur l'inefficacité des théories et des modèles mis en application et visant la modification des comportements nuisibles à la santé ?

Jusqu'à présent, l'objectif principal de la promotion et de l'éducation pour la santé est d'inciter les individus à modifier certains comportements liés à leur mode de vie et de les encourager à adopter ceux plus favorables. Ce sont les efforts pour promouvoir la santé qui ont mené au développement de différentes stratégies éducatives visant à adopter des comportements propices à la santé ou pour le moins à influencer les déterminants en

cause. C'est ainsi que durant ces dernières années, un certain nombre de théories sont venues alimenter les divers programmes de formation d'éducation à la santé. Mais qu'en est-il de leur efficacité et de leur efficience ?

Trop souvent, plusieurs initiatives n'ont pas obtenu les résultats escomptés. Selon Godin (1991), c'est parce qu'elles se sont développées sans avoir identifiés au préalable les facteurs psychosociaux qui déterminaient l'adoption ou non d'un comportement donné dans la population visée. Ainsi, on peut supposer que le choix de la méthode d'intervention ou le contenu du programme pouvaient dans plusieurs cas s'avérer inappropriés.

C'est pourquoi, depuis quelques années, on retrouve un certain nombre de théories visant à identifier les facteurs qui influencent les comportements des individus et pouvant expliquer ces mêmes comportements. La lumière qu'elles sont sensées jeter sur le phénomène devrait permettre un choix plus éclairé quant à la méthode d'intervention et au contenu du message éducatif qui s'impose et entraîner ainsi les modifications réelles des comportements souhaités.

Malheureusement, trop souvent ces théories issues du domaine de la psychosociologie n'ont pas été développées spécialement pour expliquer les comportements liés à la santé. Elles ont plutôt abordé le comportement des individus dans une perspective sociale, c'est-à-dire en considérant l'interaction de l'individu uniquement avec son environnement social. Dans cette perspective, le comportement lié à la santé est devenu un comportement social au même titre que tout autre comportement et, selon ces théories, il n'y avait pas de différence entre les processus qui expliquent, par exemple, pourquoi des individus vont ou ne vont pas au cinéma, ou pourquoi ils font de l'activité physique régulièrement ou demeurent sédentaires.

Il en est de même des savoirs élaborés par la discipline médicale qui ont pénétré l'institution scolaire au début du XIX^e siècle en suivant le courant des valeurs morales, scientifiques et sociales de l'époque. Ce mouvement n'a jamais cessé de s'amplifier, faisant de l'école un des lieux de prédilection pour mettre en scène des savoirs et des pratiques conformes aux normes édictées par les diverses tendances idéologiques et

épistémologiques qui, au fil du temps, ont concouru à l'expansion de la discipline médicale, de la santé publique.

Ces changements, comme le note Larose (1999), viennent modifier profondément le champ de pratique des enseignants en matière de santé et du même coup, la pédagogie de l'éducation pour la santé. Les enseignants se retrouvent en quelque sorte obligée de parler de sujets relatifs au corps humain et aux maladies, mais en se référant encore à l'esprit et aux valeurs morales biomédicales et non purement didactiques.

2.5.2 Les objectifs généraux de l'éducation à la santé au Canada

Comme l'écrit Chandrakant (1995), au moment de la Confédération, le gouvernement fédéral avait peu de compétence en matière de services de santé. Il faudra attendre plusieurs années avant que le système de santé prenne la forme actuelle. Par exemple, en 1872, le ministère de l'Agriculture détenait la responsabilité pour toutes les activités sanitaires relevant du niveau fédéral. C'est progressivement que ces activités seront réparties entre plusieurs ministères.

En 1919, le ministère de la Santé nationale fut créé par une loi stipulant ses rôles. Un peu plus tard, le Ministère des vétérans s'occupant de la réinsertion civile des soldats, fut intégré à celui de la santé nationale. Cette situation durera jusqu'en 1945, où l'on assistera à la séparation du ministère de la Santé et du Bien-être de celui des vétérans.

Jusqu'à nos jours, la mission de Santé Canada est double, elle se résume à :

- promouvoir, préserver et restaurer la santé des canadiens;
- assurer à l'ensemble des Canadiens un accès à la sécurité du revenu et au bien-être social.

Ses responsabilités comprennent entre autres :

1. la sécurité du revenu pour les individus et les familles;
2. les services sociaux essentiels pour les Canadiens défavorisés sur le plan socio-économique;
3. l'accès universel de tous les Canadiens à des services de santé de qualité;
4. la protection contre les risques de santé liés à l'environnement;

5. la promotion de saines habitudes de vie et la promotion, l'encouragement et le développement de la condition physique et du sport amateur.

Pour mener à bien sa mission, *Santé et Bien-être Canada* offre trois programmes axés sur la santé, le secteur social et l'administration.

Les programmes de Santé Canada, sont placés sous la responsabilité d'un sous-ministre adjoint et sont gérés par quatre directions :

1. la direction des services de santé et de promotion de la santé;
2. la direction des services médicaux;
3. la direction de la protection de la santé;
4. la direction de la condition physique et du sport amateur.

C'est la direction des services de santé et de promotion de la santé qui donne un appui financier et technique aux provinces en ce qui a trait aux services de santé assurés, à la promotion des habitudes de vie saine et qui soutient la recherche en santé publique. Pour réaliser ce mandat, cette direction a mis sur pied quatre divisions dont celle de la promotion de la santé.

Cette dernière division, qui a vu le jour en 1978, visait à faciliter l'adoption de saines habitudes de vie par les Canadiens. Elle fut créée en réaction au rapport sur la *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, déposé en 1974, proposant une conception globale de la santé. Ce rapport identifiait les quatre principaux éléments susceptibles de provoquer la maladie et la mortalité, à savoir :

- la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé.

Quatre stratégies furent utilisées par la division de la promotion de la santé :

- la présentation d'outils permettant à la population de composer avec les enjeux relatifs aux différentes habitudes de vie;
- la promotion d'un climat social pour encourager de saines habitudes de vie;
- le soutien des réseaux d'entraide et de participation des citoyens à la promotion de la santé;

- le bien-être social et d'autres programmes établis.

Le programme d'action de la promotion de la santé comprenait plusieurs composantes, dont cinq touchent des aspects liés aux habitudes de vie : nutrition, tabagisme, consommation d'alcool, consommation de médicaments et hypertension artérielle. Quatre autres composantes concernent des groupes particuliers, notamment les enfants et les jeunes, les femmes, les personnes âgées et/ou handicapées.

Plusieurs stratégies en lien avec la promotion de la santé furent utilisées pour implanter ces composantes. Mais on retiendra en particulier les principes consignés dans la Charte d'Ottawa du Rapport Lalonde (1974), un document qui constitue une référence incontournable pour les intervenants en promotion de la santé au Canada.

2.5.3 L'éducation à la santé au Québec

Selon la constitution du Canada, les gouvernements provinciaux sont principalement responsables de toutes les questions relatives à la santé des individus, tels que la prévention et le traitement de la maladie et le maintien de la santé.

Dans le contexte québécois, l'exercice quotidien de la fonction d'éducateur à la santé, s'adresse à un groupe plus ou moins hétéroclite d'individus. On peut donc dire que l'éducation à la santé est assurée par beaucoup d'intervenants : professionnels, agences gouvernementales, parents, organisations de toutes sortes qui ont tous un certain rôle à jouer, mais de façon non concertée. Ces personnes et organismes qui contribuent à l'éducation à la santé au Québec, utilisent donc diverses formes de transmission de savoirs dans ce domaine.

Le document de référence dans ce domaine, demeure jusqu'à tout récemment, *La politique de la santé et du bien-être* du gouvernement du Québec (MSSS, 1992). Cette politique, retient six stratégies d'ensemble pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise (tableau II).

Tableau II
Stratégie de promotion et de prévention

1- L'harmonisation des politiques publiques et l'amélioration des conditions de vie;
2- Le soutien des milieux de vie;
3- Le renforcement du potentiel des personnes;
4- La réorientation du système de santé et de services sociaux;
5- Le renforcement de l'action communautaire;
6- L'action auprès des groupes vulnérables.

Les quatre premières stratégies sont communes à la Charte d'Ottawa.

C'est ainsi qu'au Québec, il y a une certaine forme d'éducation à la santé qui se fait dans le monde médical, en milieu scolaire, au sein de la famille, dans la communauté en général ou encore dans le secteur des pratiques alternatives et complémentaires en pleine émergence ces dernières années.

Certains individus et groupes revendiquent même le titre « d'éducateur à la santé ». On y retrouve des infirmières en santé communautaire, des médecins diplômés en médecine familiale ou en santé publique, des praticiens en pratiques alternatives, plus particulièrement les naturopathes qui se disent des conseillers en santé, et tout récemment, les éducateurs physiques à qui le ministère de l'Éducation a confié également une partie de cette tâche et indirectement le titre d'éducateurs à la santé.

Le marché du travail commence tranquillement à préciser ses exigences quant aux compétences requises pour bien jouer ce rôle d'éducateur à la santé et les maisons d'enseignement découvrent ce nouveau marché et tentent, tant bien que mal, de répondre aux besoins de formation dans ce secteur.

Cependant, la partie la plus manifeste de cet engouement pour l'éducation à la santé est cette campagne médiatique orchestrée par les agences gouvernementales, par les mouvements écologiques et les services locaux de santé publique. L'utilisation des médias, en particulier de la télévision, semble être très efficace pour maintenir les questions liées à la santé à l'agenda des politiciens. Mais l'impact de ces groupes sur le comportement individuel semble être dépendant du potentiel d'action utilisé et semble demeurer à court terme.

2.5.4 L'éducation à la santé ailleurs dans le monde

Aux États-Unis, d'Amours (1990) écrit que l'éducation à la santé est influencée par les pratiques sociales de santé, particulièrement celles en santé publique.

C'est ainsi qu'on retrouve des spécialistes qui œuvrent exclusivement dans le domaine de l'éducation à la santé. Ce sont les fameux *health educator* qui interviennent dans les écoles, en milieu hospitalier et communautaire pour informer, éduquer et accompagner individuellement et collectivement dans les changements de comportements à risque selon le modèle biomédical.

Leur formation leur a permis d'acquérir les bases conceptuelles et les habiletés nécessaires pour développer des programmes d'éducation préventive visant le changement de comportements à risque. Ils font partie des professionnels du réseau de la santé et d'un plan directeur tenant compte des grandes tendances épidémiologiques touchant la population qu'ils desservent. Selon Tannahil (1996) ils ont généralement une formation de niveau universitaire.

« Les compétences d'un éducateur à la santé sont celles d'un intervenant en santé communautaire ayant pris une option en promotion de la santé. Suivant le curriculum adopté, celui-ci pourra œuvrer comme planificateur, comme enseignant ou intervenant au sein d'organismes internationaux ou gouvernementaux, d'institutions du réseau de la santé, de cliniques privées, d'organismes communautaires, de maisons d'enseignement publique ou privé » (p.6)

Voici quelques unes des capacités en lien avec les compétences acquises par ces éducateurs à la santé aux États-Unis.

a) Au niveau de la prévention primaire

L'éducateur à la santé est capable de :

- expliquer le fonctionnement des différentes composantes du corps humain et leur complémentarité;
- déterminer le rôle des différents facteurs impliqués dans la morbidité et la mortalité;
- utiliser les principaux modèles d'intervention;
- faire ressortir les forces et les faiblesses des approches ou des modèles en éducation à la santé;
- communiquer les savoirs essentiels sur la santé et la maladie à un auditoire quelconque;
- rendre signifiant un message à caractère éducatif; etc.

b) Au niveau de la prévention secondaire

L'éducateur à la santé est capable de :

- identifier les facteurs promoteurs dans l'étiologie d'un problème de santé;
- établir un plan d'action personnalisé;
- personnaliser les interventions qui s'imposent;
- identifier une situation nécessitant une intervention d'urgence;
- choisir le moyen d'intervention le plus approprié;
- évaluer l'efficacité de son intervention...

c) Au niveau de la prévention tertiaire

L'éducateur à la santé est capable de :

- motiver le patient dans la poursuite de sa prise en charge;
- identifier les déterminants à prendre en considération pour éviter une quelconque rechute;
- accompagner le patient dans sa démarche;
- mettre en place un réseau de soutien.

C'est ainsi qu'en milieu scolaire l'éducation à la santé se résume généralement à la prévention des maladies, ce qui influence grandement le type d'intervention proposée dans les programmes d'étude.

2.5.5 Les objectifs généraux de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé s'intègre comme nous l'avons déjà dit aux diverses stratégies d'intervention dans le domaine de la promotion de la santé. C'est ainsi que l'Organisation mondiale de la santé a fait de cette discipline la première des huit composantes essentielles des soins de santé primaires.

En 1946, l'OMS définissait la santé comme un état de bien-être complet : physique, intellectuel et social. Aujourd'hui, cette définition semble trop statique et absolue. Conformément à une conception plus moderne, tant sociale que médicale, la santé est considérée plutôt comme un équilibre fluctuant, susceptible de subir des influences positives ou négatives. C'est donc un flux dynamique. Au cours des dernières décennies, une évidence est apparue : la santé ne résulte pas seulement de conditions hygiéniques ou médicales, de déterminants biologiques et génétiques, ni de comportements personnels. Les conditions de vie, le statut social, la formation, l'activité, le revenu et l'environnement contribuent eux aussi à maintenir en bonne santé ou à rendre malades.

Mettre en lumière les multiples déterminants de la santé et les renforcer, tel est l'objectif audacieux de la promotion et de l'éducation à la santé, qui passent autant par le comportement des gens que par leur condition de vie. Les mesures prises ne doivent pas se limiter à la seule santé publique. Si l'on considère le traitement médical et les soins comme le sommet de l'édifice, et le dépistage ainsi que la prophylaxie ou prévention, comme l'étage intermédiaire, la promotion et l'éducation à la santé constituent les fondations de cette pyramide de la santé (Fig. 4). Ces fondations sont posées par l'individu autant que les acteurs du monde politique et de la santé en général.

En 1986, les spécialistes de la santé se sont rencontrés à Ottawa (Canada) pour la première conférence internationale sur la promotion de la santé. Cette première rencontre internationale a donné comme résultat la Charte d'Ottawa (Rapport Lalonde) qui a permis

de présenter pour la première fois le modèle écologique en santé appelé à devenir le document de référence en matière de promotion et d'éducation à la santé.

Les idées développées dans la *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens* (1974) s'inspiraient d'une longue tradition de scepticisme, quant à la capacité réelle du système des soins à améliorer la santé globale de la population et notamment à endiguer la croissance de ce mal-être et des maladies chroniques et dégénératives. Elle reflétait également le malaise ressenti par les planificateurs qui comparaient la faiblesse des résultats obtenus à l'ampleur des fonds investis dans le système. Cette nouvelle perspective proposait une conception globale de la santé, en identifiant les principaux déterminants susceptibles d'influencer la maladie et la mortalité à savoir :

- la biologie, comprenant l'hérédité
- les habitudes de vie
- l'environnement
- le stress
- le système de soins

Sans l'ombre d'un doute, on peut dire que si l'OMS a placé la promotion de la santé au centre de ses préoccupations, c'est un peu grâce à ce rapport. Il en est de même de l'idée de cet engouement pour une médecine plus globale, moins compartimentée et interdisciplinaire. Une médecine qui reconnaît que la pauvreté et l'ignorance sont parmi les plus grands facteurs de risque de maladies et de mal-être.

Depuis, un peu partout dans le monde, de nouvelles organisations pour la promotion de la santé voient le jour. Malgré tout, cette approche est loin d'être prioritaire, puisque dans le secteur de la santé publique, en général, la prévention continue à avoir une position marginale. La médecine curative, celle des soins, se taille toujours la part du lion dans les frais de santé.

Paradoxalement, plusieurs auteurs ont noté fort pertinemment que la contribution de certains facteurs à l'amélioration potentielle de la santé des populations n'est pas nécessairement reliée aux sommes d'argent qui y sont actuellement consacrées. C'est ainsi qu'ils notent que les gains les plus importants proviennent des changements dans les

habitudes de vie. Ils constatent également que l'impact potentiel du système de soin demeure marginal bien qu'il englobasse à lui seul 90 % des dépenses effectuées dans ce secteur. Tandis que les dépenses consacrées aux habitudes de vie et à l'environnement ne représentent que 1,5 et 1,6 % chacun.

En Suisse, pays où siège l'OMS, ces dernières années, 38 milliards de francs ont été dépensés dans le domaine de la santé, ces dépenses se répartissent de la manière suivante :

▪ Hospitalisation	49 %
▪ Ambulatoire	34 %
▪ Médicaments	11 %
▪ Administration	5 %
▪ Prévention et promotion de la santé	2 %

Greene (1980) considère qu'il existe presque autant de définitions de l'éducation pour la santé qu'il existe d'éducateurs sanitaires et qu'il est aussi malaisé de définir ce concept qu'il est difficile de définir la notion même de santé. Cependant, depuis quelques années dans le contexte nord-américain, un certain consensus, semble prendre forme autour d'un modèle d'intervention plus éducatif que biomédical.

C'est ainsi que nous avons vu que la fonction d'éducateur à la santé peut s'exercer dans plusieurs contextes (domicile, centres hospitaliers, milieu scolaire, milieu de travail, etc.) et par différents professionnels : ceux de la santé issus de diverses spécialités (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) et du courant alternatif (naturopathes, conseillers en santé etc.). Elle peut aussi s'exercer par ceux du réseau scolaire et également par des citoyens appartenant à différents groupes de la société civile (parents, associations professionnelles, fédérations, etc.). L'éducation à la santé s'applique aussi à différentes clientèles (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées de toutes conditions physiques, psychologiques et sociales. Elle s'intéresse à une multitude de problèmes de santé et de facteurs de risque pour la santé globale.

On peut donc dire que le rôle de l'éducateur à la santé gravite autour de trois pôles :

- a) Individuel ou personnel
 - en ce qui concerne les décisions personnelles liées à un mode de vie.
- b) Collectif ou communautaire
 - En ce qui concerne les décisions collectives ayant un impact sur l'environnement ou le milieu de vie.
- c) Public ou politique
 - En ce qui concerne les objectifs de l'éducation à la santé dans les politiques sociales.

Ainsi, dans la pratique, les interventions de l'éducateur à la santé visent à fournir à l'individu et à une collectivité l'apprentissage d'un mode de vie sain et à permettre aux communautés d'aménager leur environnement adéquatement.

Son rôle regroupe les stratégies utilisées aujourd'hui en promotion de la santé à savoir : l'éducation pour la santé, le marketing social, la communication, l'organisation communautaire, l'action politique et la conscientisation.

Ainsi, il faut bien distinguer l'éducation à la santé de la promotion de la santé ou de la prévention en général

Comme le mentionne Manderscheid (1996) la prévention utilise trois types de moyens :

- des démarches légales qui consistent en lois, décrets et règlements imposant aux citoyens un cadre supposé favoriser la santé directement ou indirectement;
- des moyens techniques comme les vaccins, l'assainissement des lieux habités, le traitement des eaux, etc.;
- l'incitation des citoyens à adopter des comportements propres à favoriser leur santé.

Pour ce qui est de l'éducation à la santé, elle se situe dans cette approche incitative de la prévention, sans pour autant utiliser obligatoirement les mêmes moyens.

On retrouve de nombreuses définitions de l'éducation à la santé. Buri (1992) en a fait une classification en fonction des méthodes sous-jacentes. C'est ainsi qu'il en distingue trois catégories :

- celles se fondant sur une information se voulant neutre et faisant appel uniquement à la raison, au bon sens du sujet;
- celles correspondant à des approches suggestives, visant la modification systématique et planifiée des comportements des individus et des groupes à leur insu;
- celles enfin se réclamant d'un idéal éducatif et visant la motivation et la participation pour entraîner un comportement volontaire adapté.

La définition donnée par Green (1980) de l'éducation à la santé se situe tout à fait dans cette vision éducative qui a permis de démarquer l'éducation à la santé du courant biomédical. Pour ce dernier,

« L'éducation à la santé est toute combinaison d'expériences d'apprentissage conçues pour faciliter des adaptations volontaires d'un comportement conduisant à la santé. »

Alain Rochon (1988) commente très bien cette définition en soulignant l'importance de chacun des mots qui la compose.

À la lumière de cette définition, on peut dire que l'éducation à la santé doit être avant tout une valeur de changement et c'est la raison pour laquelle nous défendons l'idée que toute éducation bien pensée est en quelque sorte une forme d'éducation à la santé, dans la mesure où elle participe à l'épanouissement de l'apprenant, à son accession à l'autonomie et à son intégration sociale.

Une telle éducation à la santé doit emprunter la voie étroite entre la part de liberté nécessaire pour faire l'apprentissage de l'autonomie et celle imposée par la contrainte des valeurs, fixant les limites de cette autonomie de l'être humain, unique selon la théorie de l'autopoïèse, avec une organisation structurelle qui lui est propre.

Ainsi, l'éducateur à la santé et l'éducateur en général, ne doivent pas perdre de vue que l'apprenant est un être humain qui vit dans une société spécifique et que sa santé, perçue ou réelle, est largement tributaire du milieu dans lequel il évolue, de même que des contingences sociales et politiques.

Tout comme pour la santé, nous avons préféré opter pour une définition intégrée de l'éducation à la santé. Car à notre avis, il n'existe pas de véritables frontières entre les trois types de définition données par Buri (1992), elles se complètent. Nous dirons donc qu'une éducation à la santé est :

« Un ensemble de dispositifs didactiques qu'un sujet élabore soit seul ou en collaboration avec un intervenant, pour faire évoluer sa compréhension des mécanismes d'action et de réaction de son organisme et par la même occasion, recevoir les connaissances conduisant à l'adoption volontaire des comportements propices à sa survie et à un mode de vie conforme à sa biologie et à ses valeurs ». (p.90)

C'est à la lumière de cette définition, que nous examinerons différents modèles en éducation à la santé.

2.6 LES MODÈLES D'INTERVENTION EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Jusqu'à tout récemment, on déplorait l'absence de cadre conceptuel dans les programmes d'éducation à la santé. Heureusement, la situation a considérablement évolué, et c'est ainsi que depuis quelques années, diverses théories tentent d'expliquer les différentes phases conduisant à un changement de comportement. Elles sont pour la plupart issues du vaste domaine de la psychologie sociale.

Dans le cadre de cette étude, nous avons retenus les théories, les plus utilisées par la majorité des intervenants en éducation à la santé

L'utilisation de ces modèles théoriques en éducation à la santé a contribué à identifier des objectifs et à choisir les stratégies d'intervention. C'est ainsi que Rawson et Grigg (1988) distinguent les modèles d'intervention de type « iconologiques » qui sont des représentations simplifiées de la réalité ou des expériences vécues à l'intérieur du monde réel, et d'autre part, les modèles de type « analogiques » plus hypothétiques tentant d'explorer certaines relations entre les éléments de la réalité. Comme notre préoccupation porte sur la vie courante, le premier modèle, soit celui de type « iconologique », est d'une plus grande pertinence pour nous.

Manderscheid (1996) propose également une classification originale des modèles et des principes en éducation à la santé qu'il regroupe en approches individuelles, où l'objet d'étude est l'individu et en approches sociales et politiques, s'intéressant à des groupes, à leur structure et à leur fonctionnement.

Enfin, mentionnons Tannahill (1996) qui résume l'évolution des différentes approches en éducation à la santé en trois étapes :

1. L'éducation à la santé orientée selon les pathologies

Une telle approche consistait à définir des priorités en termes de changement de comportement à apporter en rapport avec des maladies particulières. Exemple : tabagisme et cancer du poumon.

2. L'éducation à la santé orientée selon les facteurs de risques généraux

Une telle approche visait à éliminer des facteurs de risque généraux pouvant favoriser l'apparition de plusieurs maladies. Exemple : Graisses animales et maladies cardiovasculaires et cancer de la prostate.

3. L'éducation à la santé orientée vers la santé globale

Une telle approche se fixait comme priorité non plus les maladies ou les facteurs de risque, mais le sujet même en ce qui concerne les déterminants en lien avec sa qualité de vie et son bien-être. Exemple : l'alimentation saine, vie active...

Dans cette étude, nous présenterons les principales approches qui nous ont influencés dans la conception de notre dispositif didactique.

2.6.1 Les approches de type iconologique

Manderscheid (1996), regroupent cinq grandes approches, à savoir :

- a) l'approche préventive;
- b) l'approche éducative;
- c) l'approche radicale;
- d) l'approche d'autonomisation
- e) l'approche sociale et politique

Voyons en quoi consiste plus précisément chacune d'elles.

a) L'approche préventive (*preventive model*)

Comme son nom l'indique, le but ultime de l'approche préventive liée à la vision biomédicale est de ramener les problèmes de santé à un objectif plus immédiat de modification des comportements à risque, pouvant conduire à un mauvais état de santé. Ce modèle se fonde sur l'hypothèse qu'en combattant certains facteurs de risque, comme la sédentarité et le tabagisme, cela suffit pour ramener ou garder l'individu dans un état dit de santé fonctionnel optimal.

b) L'approche éducative (*educational model*)

La démarche éducative est fondée sur la notion de « libre choix » et celle sous-jacente de responsabilisation. Ici, on veut donner au sujet la possibilité de comprendre le pourquoi de ses réactions organiques d'adaptation, pour qu'il puisse éventuellement intégrer ou non de nouvelles connaissances, en lien avec ces manifestations, dans le contexte de sa propre vie. Cette approche cherche aussi à développer la capacité de l'individu à prendre une décision éclairée en se fondant sur le fait que chaque individu a ses propres valeurs et conceptions dont il faut tenir compte si l'on désire arriver à un changement de comportement initié par la personne même.

c) L'approche radicale

Il est admis de plus en plus que les sujets ne sont pas entièrement libres dans leur choix d'information et de décisions en matière de déterminants de la santé. La démarche radicale en éducation à la santé prône un changement dans les politiques sociales et de santé publique pour favoriser la santé et faire en sorte que les bons choix soient l'option la plus facile à prendre pour le sujet. Elle s'implique sous forme de lois contraignantes favorisant les facteurs de santé ayant obtenu un certain consensus dans la société civile et la communauté scientifique.

d) L'approche d'autonomisation (*empowerment model*)

Étroitement liée à l'approche éducative, elle reconnaît en plus que les sujets qui aimeraient faire un autre choix pour en arriver à une vie plus saine, peuvent être dans l'incapacité de le mettre en œuvre.

Un des principes clés de ce modèle, est celui de l'autonomie. L'objectif visé est de développer auprès du participant les compétences nécessaires qui l'aideront à la réalisation de cette autonomie. Parmi ces compétences, on peut citer :

- un haut niveau d'estime de soi;
- le sentiment d'être responsable de sa propre vie et de sa destinée;
- la prise de conscience personnelle en termes de valeurs;
- la capacité de prendre une décision;
- l'aptitude à se fixer des objectifs réalistes et à s'efforcer de les atteindre;
- la conviction d'être sur la bonne voie et d'être capable de réaliser ces objectifs;
- la capacité d'entreprendre, d'interpréter et d'utiliser des informations exactes;
- le sentiment de respect de soi et des autres;
- la capacité de communiquer efficacement et en particulier l'aptitude à la maîtrise de soi.

Le modèle d'autonomisation semble être beaucoup plus compatible avec une conception de l'éducation à la santé en milieu scolaire. C'est la raison pour laquelle elle constitue la base de nombreux programmes scolaires.

Car, l'adoption d'un comportement individuel résulte non seulement de l'intention d'adopter cette action, mais surtout des connaissances antérieures qu'on pourrait qualifier de « force d'habitude » et de la présence de conditions qui facilitent ou nuisent à son adoption à savoir la « contingence ».

Pour Cogerino (1999), lorsque l'on désire changer les comportements d'une collectivité, il faut arriver à modifier ceux de la majorité des individus qui la composent et pour ce faire, il faut prendre le temps nécessaire (Fig. 7). Pour y arriver, il faut surtout pouvoir mettre en place un dispositif didactique efficace.

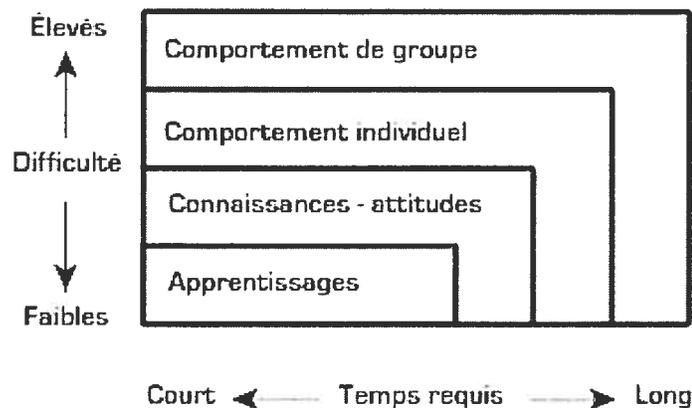


Figure 7 Changements de comportement

e) L'approche sociale et politique

L'approche sociale concerne non pas un ensemble d'individus, où chacun d'eux est pris isolément, mais bien l'ensemble dans sa structure même. Certes, il est important de prendre en compte les données propres à chaque individu, mais il importe plus encore de considérer le jeu des interactions qui détermine la structure de l'ensemble.

Ainsi, l'intervention doit viser dans ce cas, non plus les individus, mais le réseau social lui-même avec ses processus et ses cercles d'influence. Il s'agit d'une approche où la psychosociologie s'intègre à la politique.

2.6.2 Pour une individualisation en éducation à la santé

Les auteurs Beauvois et Joule (1992) ont constaté que les méthodes informatives faisant appel au raisonnement et au bon sens ne sont pas les plus efficaces pour influencer autrui dans ses choix comportementaux. C'est ainsi qu'ils sont arrivés à la conclusion que les choix ne sont pas prédéterminés par les idées ou les opinions, mais bel et bien par les actions. Cette façon de voir les choses repose en grande partie sur la théorie dite de l'engagement.

C'est ainsi qu'ils proposent la stratégie qui consiste à amener le sujet à émettre le comportement souhaité, en le mettant d'abord en situation de réaliser un premier acte peu

coûteux et qu'il ne peut refuser. Ce premier acte doit cependant engager le sujet et le conduire vers d'autres actes de plus en plus engageants qui aboutiront au comportement attendu.

Malheureusement, cette théorie de l'engagement dite « action-pensée », peut conduire à des conséquences négatives dites de dissociations cognitives. Car un individu ayant produit un comportement ou une action, même en opposition avec ses opinions et attitudes, pour peu qu'il ait le sentiment de l'avoir fait librement, sera beaucoup plus enclin à reproduire ce comportement allant dans le même sens, sans que personne ne le lui demande. D'où l'intérêt grandissant pour une approche plus de type « pensée-action » ou cognitiviste.

Il s'agit de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986) affinée par l'auteur lui-même et qu'il a renommé « théorie de la pensée sociale » (*social cognitive theory*). Cette approche, constitue selon ce chercheur, un outil permettant de prévoir l'orientation des changements de comportement de santé et leur stabilité dans le temps. Il a proposé une méthode partant du concept de « *self-efficacy* », laquelle est fondée sur l'hypothèse que le comportement est déterminé par :

- les attentes que l'on peut considérer comme les perceptions ou les croyances relatives à l'effet du comportement ou aux capacités à réaliser le comportement attendu;
- les incitations correspondant à la valeur accordée à l'objet même de l'attente. Les incitations sont liées à cet objet, non en lui-même, mais à travers l'interprétation qu'en fait le sujet, à travers la compréhension qu'il en a et à la valeur qu'il lui accorde.

On peut dire que l'approche « pensée-action », repose sur le fameux « je crois que je suis capable de »: donc, sur la réalisation effective d'un comportement. Elle repose cependant sur un apprentissage et dépend des informations qui l'alimentent, lesquelles sont tributaires des sources et des processus à travers lesquels le sujet apprécie ces informations.

Ce modèle a pour objectif premier d'expliquer les raisons du choix des personnes, de participer ou non à une quelconque démarche en lien avec la santé. Il repose sur

l'hypothèse qu'un comportement positif d'un individu par rapport à sa santé est lié à trois paramètres :

- le sujet doit se sentir concerné par sa santé;
- le sujet doit être convaincu qu'il est exposé à de sérieux problèmes de santé;
- le sujet doit croire que l'adoption du comportement préconisé est susceptible de réduire la menace perçue comme grave et ce, à un coût estimé acceptable, tant en terme financier qu'en terme de difficulté.

Cette approche se rattache à celle dite de *locus de control* de Dielman et collègues (1987) qui correspond à la perception qu'a le sujet de l'origine interne ou externe des causes de son état de santé.

Pour notre dispositif didactique, nous comptons retenir une approche d'autonomisation prônant l'individualisation en éducation à la santé.

2.7 ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ

De tout temps, l'activité physique a toujours été associée indirectement ou directement au secteur de la santé.

Dans cette optique, l'activité physique tient lieu de moyen d'action ou encore d'outil thérapeutique visant à modifier certains paramètres biochimiques ou psychologiques chez un individu malade ou sain et non pas comme une discipline à part entière.

C'est surtout à partir de données épidémiologiques sur la mortalité par maladie coronarienne qu'on a commencé à cerner la relation entre activité physique et santé. C'est le cas, par exemple, du rôle joué par l'activité physique dans le profil sanguin des lipides et des lipoprotéines. C'est aussi le cas de la pratique régulière d'activités physiques qui est associée à de plus hauts niveaux plasmatiques de lipoprotéines de haute densité (HDL).

Mais depuis ces premières recherches, on ne cesse d'accumuler des preuves sur plusieurs autres aspects de l'influence de l'activité physique sur la santé venant confirmer ces affirmations. C'est ainsi que, selon le comité scientifique de Kino-Québec (1999), plus

l'activité physique est élevée, moins il y a de risques d'être atteint de certaines maladies ou d'en mourir prématurément. Que les effets d'une augmentation donnée de l'activité physique sont plus prononcés chez la personne sédentaire que chez la personne active.

La figure 8, illustre bien cette vision où l'activité physique est utilisée pour prévenir et soigner certaines maladies.

Activité physique	et	Obésité
Activité physique	et	Diabète
Activité physique	et	Dépression
Activité physique	et	Hypertension

Figure 8 Activité physique et santé

2.8 RETOUR SUR LA PROBLÉMATIQUE SOULEVÉE

- Prenant en considération les différentes informations en provenance du milieu scolaire, en particulier celui du primaire, de même que les données découlant de recherches menées sur l'état de la situation. Tout tend à confirmer les difficultés rencontrées par les éducateurs physiques à intégrer l'éducation à la santé dans la planification de leur enseignement:
- tenant compte que parmi les raisons invoquées pour expliquer cette situation, on retrouve :
 - la conception qu'ont les éducateurs physiques de l'éducation à la santé,
 - les stratégies qu'ils utilisent ou qu'ils comptent utiliser pour intégrer cette discipline dans leur plan de travail,
 - les difficultés, contraintes ou autres obstacles rencontrés ou appréhendés dans cette implantation,
 - la qualité des outils ou moyens d'action et ressources disponibles ou mis à leur disposition,
 - les résultats obtenus quant aux intentions éducatives visées dans ce domaine:

- considérant qu'il ne faut pas perdre de vue les faits suivants :
 - que le système de santé au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde est orienté davantage vers le secteur curatif.
 - que la prévention secondaire et tertiaire domine, cela au détriment de la promotion et de l'éducation à la santé ou de la prévention primaire.
 - que l'éducation à la santé est pratiquement absente du système de soins de santé.

Il semble qu'il est urgent d'intervenir pour informer, éduquer et conseiller, adéquatement la population en général et la clientèle scolaire en particulier sur des actions à entreprendre pour le maintien et l'amélioration d'une qualité de vie et non uniquement pour mener une lutte contre des maladies. Mais encore faut-il trouver et mettre sur pied des actions passant par une éducation aux savoirs, aux valeurs et aux attitudes pour mener de façon autonome une saine gestion de vie pouvant assurer un haut niveau de bien-être (*high level wellness*) et de santé.

De même, en approfondissant le domaine de l'éducation à la santé, on s'aperçoit que celui-ci est assez vaste et peut être abordé de différentes façons selon la conception qu'on s'en fait.

On a noté que l'on peut également faire le même constat en ce qui concerne le domaine de l'éducation physique, secteur d'étude relativement jeune en comparaison avec celui de la santé et dans lequel le débat idéologique et épistémologique n'est pas encore complété.

De toutes ces considérations et constats a émergé en nous un certain nombre de questions que nous avons regroupées en deux catégories d'ordre épistémologique et d'ordre éthique :

a) d'ordre épistémologique :

- Comment concilier ces deux domaines différents que sont l'éducation à la santé et l'éducation physique ?
- Comment appliquer une véritable démarche d'analyse didactique à l'éducation à la santé ?

- Comment concevoir un dispositif didactique permettant de trouver une solution aux problèmes soulevés tout en assurant un certain degré d'efficacité et d'efficience ?

b) d'ordre éthique

- Les éducateurs physiques ont-ils les compétences requises pour mener à bien le rôle d'éducateur à la santé qui vient de leur être confié ?
- Quel est leur niveau de motivation pour réaliser les intentions éducatives visées par le MEQ ?

C'est pour répondre à ces deux catégories de questions que nous avons formulé la question de recherche suivante :

Comment concevoir une démarche d'intervention en éducation physique et à la santé, tenant compte des grandes orientations épistémologiques de ces deux disciplines, des principes constructivistes et inspirée des différentes expérimentations déjà menées dans le milieu ?

En d'autres mots, comment concevoir une approche intégrée en éducation à la santé susceptible de répondre aux besoins identifiés auprès des éducateurs physique et éducateurs à la santé du Québec ?

CHAPITRE 3

LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour répondre aux problèmes soulevés par l'arrivée de l'éducation à la santé dans les cours d'éducation physique, nous avons formulé une question de recherche, dont l'objectif principal est de concevoir un dispositif didactique intégrateur. C'est-à-dire, tenant compte des grands courants en santé, en éducation physique et en éducation à la santé, des expérimentations déjà faites dans le milieu, tout en permettant de répondre à certains besoins identifiés auprès des intervenants concernés.

Notre intention éducative en élaborant ce dispositif didactique étant de trouver un moyen de faire évoluer les conceptions des intervenants et des élèves en matière d'éducation à la santé, en utilisant les principes didactiques énonciationnistes, propres au courant socioconstructiviste.

Pour concrétiser cette intention, nous avons retenu les objectifs suivants découlant de notre question de recherche :

- identifier les besoins des éducateurs physiques en matière de stratégies d'intervention en éducation à la santé:
- élaborer une stratégie d'intervention en éducation à la santé tenant compte des acquis du milieu:
- valider cette stratégie d'intervention en la comparant avec des approches similaires ayant déjà été expérimentées dans le milieu.

Évaluer les possibilités d'envisager l'implantation de ce dispositif, en collaboration avec les intervenant du milieu et en prévoyant de produire des documents pédagogiques d'accompagnement et des programmes de formation continue adressée particulièrement aux éducateurs physiques.

Nous avons effectué une analyse documentaire lors de notre enquête, afin d'identifier les différents types de pratiques, de stratégies et d'outils que les éducateurs physiques utilisent pour véhiculer les savoirs essentiels proposés par le MÉQ, en lien avec cette compétence disciplinaire visant à « *adopter un mode de vie sain et actif* », du nouveau programme de formation du primaire et du secondaire.

Dans un premier temps, un questionnaire a été élaboré pour aller chercher les réponses des éducateurs physiques à cinq questions que nous avons jugées fondamentales.

1. Quelle compréhension les éducateurs physiques du primaire ont-ils des concepts liés à l'éducation à la santé ?
2. Quelle importance les éducateurs physiques accordent-ils à l'éducation à la santé dans leur enseignement ?
3. Quels sont les savoirs essentiels les éducateurs physiques cherchent à mobiliser chez leurs élèves, lors de leur enseignement portant sur l'éducation à la santé ?
4. Quels sont les moyens et stratégies d'intervention les éducateurs physiques utilisent ou dont ils disposent pour enseigner cette matière ?
5. Quels sont les besoins d'aide identifiés par les éducateurs physiques ?

Après avoir présenté le rationnel guidant l'option méthodologique que nous avons privilégiée, nous allons détailler ces différentes étapes de la démarche conduisant à l'élaboration de notre stratégie ou dispositif didactique.

3.1 CHOIX DE L'OPTION MÉTHODOLOGIQUE

De façon générale, on peut regrouper les travaux scientifiques en éducation en deux sous-groupes (De Landsheere, 1992) :

- ceux en recherches fondamentales, élaborant des savoirs théoriques et des champs d'investigation nouveaux
- et ceux en recherches appliquées, mettant en pratique des connaissances théoriques.

Dans son ouvrage sur la méthodologie des recherches en éducation, Van der Maren (1995) distingue trois formes de recherches appliquées :

- la recherche évaluation:
- la recherche intervention et
- la recherche développement.

Cette dernière forme de recherche a comme but de créer des instruments répondant à des besoins pédagogiques soit en termes de concept, d'objet ou d'habiletés personnelles.

Pour développer de tels outils de communication éducative, Van der Maren (1995) définit quatre étapes :

- 1 - l'analyse de marché;
- 2 - l'analyse de l'objet;
- 3 - la préparation du prototype;
- 4 - sa mise au point.

Selon Lafortune (2000) l'objet développé prendra plus de sens pour les éventuels utilisateurs lorsque le travail de recherche s'effectuera avec eux: on parlera alors de recherche collaborative, d'action ou d'intervention. C'est cette dernière forme de recherche que nous avons retenue.

Lafortune fait appel à l'utilisation de techniques de collecte de données de nature qualitative. Il détermine six étapes complémentaires, intégrant en quelque sorte celles de Van der Maren et de Larose. Il s'agit :

- 1) d'identifier les besoins;
- 2) d'élaborer une stratégie pour les solutionner;
- 3) de valider le bien fondé de la stratégie proposée;
- 4) d'expérimenter la stratégie validée;
- 5) d'évaluer l'efficacité de la stratégie suite à son expérimentation;
- 6) d'implanter éventuellement la stratégie.

On pourrait aussi dire que cette recherche est en quelque sorte une « d'action formation ». Un courant de recherche comportant trois composantes selon Paré (1987) :

- une composante recherche liée à la démarche scientifique et vise l'avancement des connaissances;
- une composante action où chercheurs et sujets sont associés à une démarche commune. Cette association dans l'action permet au processus de recherche d'être innovateur et de proposer des solutions réalistes;
- enfin, une composante formation débouchant sur un renouvellement des pratiques. Ce dernier volet crée un lieu de réflexion devant déboucher sur des changements durables au niveau d'un certain nombre de représentations et de pratiques éducatives.

Enfin, on peut dire de façon générale, que les recherches menées sur les pratiques courantes d'enseignement dans le domaine de l'éducation au Québec, portent sur la constitution, l'analyse et le traitement de données, en rapport naturellement avec une problématique identifiée.

Pour réaliser notre étude, nous ferons appel à la collaboration d'éducateurs physiques déjà engagés dans la conception et l'application de dispositifs didactiques.

3.2 LES DIFFÉRENTS VOLETS DE NOTRE ÉTUDE

Comme indiqué dans le tableau III, quatre volets composent ce projet de recherche développement :

- un premier volet sous forme de cueillette de besoins pour faire le point sur l'état de la situation actuelle en éducation physique et à la santé.

Cette étape se fera au moyen d'une enquête auprès des éducateurs physiques dans la région de Montréal et de ses environs;

- un deuxième volet visant à concevoir un dispositif didactique répondant aux besoins pédagogiques identifiés lors du premier volet.

Cette étape se fera selon une typologie d'innovation pédagogique et respectera les étapes du procédé d'analyse didactique pour l'action (PRANDIAC mis sur pied par Larose et que nous avons adapté en l'associant à l'approche stratégique C.A.D.E.A.U inspirée de Rochon (1988):

- un troisième volet visant la validation de la démarche proposée avant d'entreprendre éventuellement son expérimentation et implantation dans le milieu scolaire.

Cette étape se fera par comparaison avec deux approches déjà expérimentées dans le milieu.

Pour ce qui est de l'expérimentation et de l'évaluation de l'efficacité des effets attendus, ces étapes dépassent les objectifs de la présente recherche. Elles exigeraient une évaluation des élèves devant profiter d'une telle intervention, avant et après un temps plus ou moins long, suivant la mise en place de la démarche proposée.

J'envisage d'entreprendre éventuellement ces deux étapes, dans un projet d'étude post doctoral portant exclusivement sur l'efficacité de la démarche proposée.

Par après, lors de la discussion générale on reviendra sur la problématique et la question de recherche et le suivi à cette recherche.

Tableau III Étapes de notre démarche méthodologique

Étapes	Méthodologies
1re étape Identification des besoins	Enquête qualitative
2 ^e étape Élaboration de la démarche dans une vision stratégique	Approche PRANDIAC-CADEAU
3 ^e étape La validation de la démarche	Consultation
4 ^e étape Expérimentation de la démarche	Groupes cibles
5 ^e étape Évaluation de la démarche Et support à l'implantation de la démarche	Étude longitudinale et conception d'outils

3.3 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Même si le premier volet de notre projet a déjà été abordé par plusieurs études et recherches effectuées sur le sujet, nous avons décidé d'entreprendre malgré tout une enquête afin de mieux identifier les besoins des éducateurs physiques du milieu afin de confirmer ceux déjà ressortis dans d'autres études.

Cette première étape de notre projet devait nous permettre d'effectuer la cueillette des besoins du marché. Nous avons retenu une enquête de type qualitatif (voir tableau IV) afin de pouvoir étudier le vécu des personnes concernées de l'intérieur (aspect subjectif). Une telle approche permet également d'approfondir les situations, les événements ou les

phénomènes vécus de façon individuelle. On peut dire que dans une telle approche l'importance est accordée aux personnes et à leurs points de vue. Ce qui cadre bien avec notre étude impliquant les intervenants aux prises avec un nouveau défi à relever soit celui de l'intégration d'une nouvelle matière scolaire, l'éducation à la santé.

Confrontés aux positivistes, certains chercheurs tel que Skinner (1972) ont voulu adopter une approche qui ne s'associait ni aux nombres, ni à la généralisation et à la confirmation d'hypothèses. Tandis que d'autres, tels Freud, Jung et Piaget, se penchaient sur des approches plus qualitatives permettant d'analyser le vécu intérieur des gens en les interrogeant dans le but de mieux connaître leurs pensées.

Cependant, c'est l'école de Chicago qui a marqué l'histoire, en implantant l'approche qualitative au cours des années 1920. Le département de sociologie de l'université de Chicago fut le chef de file dans la promotion de l'utilisation de techniques qualitatives en recherche, d'où l'expression « école de Chicago ». Les sociologues de cette école se sont inspirés d'une philosophie, dont l'approche plus interactionniste était définie à partir du principe que le comportement humain ne se comprend et ne s'applique qu'en relation avec les significations que les personnes donnent aux choses et à leurs actions.

Par contre, ce n'est qu'au cours des années 1980 que l'approche qualitative refait son apparition avec la publication de plusieurs écrits sur le sujet, entre autres ceux de Poupard (1997) qui rapporte que les adeptes de l'approche qualitative rejettent la conception déterministe du comportement humain. Ils proposent une approche tenant compte de la signification que les personnes ressentent par rapport à leurs actions et à la capacité qu'elles ont d'intervenir sur leurs gestes, leurs actions et leurs situations. Depuis lors, plusieurs chercheurs se sont tournés vers la théorie dite de l'interactionnisme symbolique considérée comme une théorie trouvant son fondement dans la vision phénoménologique du monde valorisant l'intuition et le rôle prépondérant du sujet dans le processus de connaissance. L'interactionnisme symbolique, lequel a donné naissance à l'énaction, constitue actuellement un courant majeur au plan des fondements théoriques et épistémologiques en didactique et ne cesse d'évoluer dans l'étude de la cognition, par une approche socioconstructiviste.

L'approche qualitative se distingue donc par la découverte d'interactions et de concepts, plutôt que par une vérification d'hypothèses préétablies.

Elle a souvent été remise en question au cours des dernières années car, dans le domaine scientifique, les résultats ont plus de chances d'être acceptés lorsqu'ils sont quantifiés, c'est-à-dire exprimés par des nombres, que lorsqu'ils ne le sont pas.

Les chercheurs séduits par l'approche qualitative sont en quête d'une vérité plus profonde. Ils se donnent pour objectif, d'étudier les phénomènes dans leur cadre naturel, en s'efforçant de leur donner un sens. Ou encore, de les interpréter en faisant appel aux significations que les gens leur attribuent. Ils adoptent une approche globale qui respecte la complexité des comportements humains.

La recherche développement de type qualitatif est restée pendant des années le domaine réservé des chercheurs en sciences sociales. Aujourd'hui, elle est de plus en plus reconnue non seulement comme un complément mais aussi, bien souvent, comme un préalable aux approches quantitatives avec lesquelles nous sommes relativement familiarisés. Il n'y a pas de doute que l'opinion selon laquelle ces deux approches sont mutuellement exclusives est à l'heure actuelle devenue scientifiquement indéfendable.

Des questions comme celles que nous posons dans cette étude, ne pouvaient fournir une réponse fondée exclusivement sur de simples mesures. Il convenait de réserver une place au jugement, d'écouter ce que les gens avaient à dire et d'explorer les réflexions et les préoccupations des intéressés eux-mêmes. C'est ainsi, à notre avis, que de nouvelles conceptions peuvent enfin voir le jour.

Tableau IV
Exemples d'approches qualitatives adapté de Poupart (1997)

Document	Analyse de comptes-rendus divers
Observation non participante	Observation structurée des comportements et des conversations en milieu naturel.
Observation participante	Observation où le chercheur joue également un rôle actif, au-delà de sa fonction d'observateur.
Entretien approfondi	Conversation en face à face visant à recueillir des informations détaillées sur certains thèmes qui doivent être définis à l'avance, contrairement aux questions posées.
Entretien de groupe (<i>focus group</i>)	Méthode qui fait volontairement et explicitement appel aux interactions de groupe pour produire des données.
Enquête	Démarche conduisant à une réponse à certaines questions posées. Elle peut se faire sous forme de questionnaire ou autres instruments de prise de données.

3.4 LA POPULATION DE L'ENQUÊTE

Lors des échanges avec des éducateurs physiques siégeant à la table de travail régionale de la Montérégie, ces derniers, tout en semblant accueillir assez favorablement la décision du Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) d'ajouter le dossier de l'éducation à la santé au curriculum scolaire, faisaient part de leur appréhension face à ce nouveau rôle d'éducateur à la santé, qu'ils étaient appelés à jouer et de leur manque de préparation et d'instrumentation pour mener à bien les tâches qui en découlent.

À ces rencontres, participaient des éducateurs physiques œuvrant au primaire en Montérégie et qui étaient confrontés à un échéancier d'implantation de la réforme imposée par le MEQ. En effet, le Ministère de l'éducation du Québec, prévoyait que le nouveau programme de formation devait être en vigueur à compter de septembre 2002, au premier cycle du primaire et au plus tard en 2004 pour les deux autres cycles.

Plusieurs de ces éducateurs physiques étaient conscients qu'ils disposaient de bien peu de temps pour relever particulièrement, le défi que représentait la mise en application de

la troisième compétence du programme de formation, en lien avec l'éducation à la santé. Ils appréhendaient surtout l'idée d'avoir à diminuer le temps d'engagement moteur de leurs élèves, s'imaginant que l'éducation à la santé se faisait uniquement au moyen de cours théoriques en classe ou au gymnase. Toujours selon leur interprétation, les savoirs essentiels retenus par le MEQ semblaient porter exclusivement sur des connaissances d'ordre cognitif et non sur des savoir-faire moteurs.

On pouvait résumer leur principale préoccupation à celle de devoir développer des moyens d'action permettant l'intégration du volet santé, sans prendre trop de temps sur les activités motrices traditionnelles.

Besoin de formation, d'outils, de personnes ressources, de perfectionnement tout au long de leur démarche d'appropriation et d'implantation, telles étaient les principales demandes que ces éducateurs physiques faisaient ressortir dès l'automne 2001.

Dans un tout autre ordre d'idée, ils souhaitaient également pouvoir partager leurs appréhensions avec d'autres collègues et intervenants du milieu. Ils envisageaient aussi une mise en commun des solutions et des moyens trouvés pour implanter cette nouvelle matière. À leur avis, une telle initiative de partage amènerait un changement de mentalité et de culture en encourageant les éducateurs physiques, souvent seuls dans leur gymnase, à collaborer davantage dans la planification d'activités communes d'enseignement.

Dans cette perspective, plusieurs points positifs, face à la réforme, sont ressortis de ces échanges à cette table sectorielle. C'est ainsi que, du point de vue de plusieurs des participants, cette réforme était l'occasion :

- de faire place à l'ouverture d'esprit, aux échanges d'idées, à la créativité et à l'innovation pédagogique;
- de travailler ensemble en faisant appel à la complémentarité des forces et des spécificités de tout un chacun, pour économiser temps, énergie et argent;
- de faire une planification plus systématique par équipe cycle afin de pouvoir effectuer une véritable évaluation qualitative des apprentissages de l'élève.

Ces éducateurs physiques demeureraient cependant conscients des difficultés et des contraintes qu'une telle démarche nécessiterait, comme par exemple, celles :

- de trouver du temps pour les rencontres cycle et les rencontres école dans un horaire de travail déjà chargé;
- de mettre en place un modèle d'organisation qui est approprié à chaque milieu de travail;
- de tenir compte tant des compétences transversales que des domaines généraux de formation et disciplinaires dans l'enseignement de l'éducation physique;
- de rester à l'écoute des besoins des élèves et de la communauté en ce qui concerne cette matière;
- de garder la motivation et l'entrain des différents intervenants réfractaires à tout changement.

Pour résumer, on peut dire que la réforme en cours, semblait exiger de la part des éducateurs physiques un changement majeur de certaines valeurs à cause entre autres des nouvelles orientations pédagogiques proposées par la réforme et d'autre part, tenant compte de cette volonté politique, partagée par une grande partie de la population, de mettre plus d'emphase sur l'éducation à la santé en milieu scolaire.

Des changements qui seront plus importants pour certains éducateurs physiques qui, en quelque sorte, se confortaient dans une façon de faire qui leur était familière et sécurisante. Pour ces derniers, il leur faudra :

- revoir les objectifs de leurs cours d'éducation physique au-delà de la simple action motrice ou de l'engagement moteur;
- définir le nouveau rôle qu'ils auront à jouer au sein de l'équipe école en qualité, également, d'éducateur à la santé;
- être prêt à jouer ce rôle d'ancrage dans l'école, en matière d'éducation à la santé, auprès des différents intervenants impliqués dans ce dossier.

3.5 L'ÉCHANTILLONNAGE

Étant donné qu'il ne s'agissait pas d'une recherche de type quantitatif, nous ne pouvons pas dire si l'échantillonnage retenu est vraiment représentatif (voir tableau V). Il comprenait 50 éducateurs physiques venant des commissions scolaires suivantes :

▪ De la Pointe de l'île	7
▪ De la rivière du Nord	3
▪ De la Seigneurie des Mille-îles	2
▪ De Laval	5
▪ De Montréal	12
▪ Des Affluents	3
▪ De Marguerite Bourgeoys	4
▪ De Marie-Victorin	6
▪ Des Grandes Seigneuries	2
▪ Des Hautes-Rivières	2
▪ Des Patriotes	4
Total	50

Pour mener à bien cette enquête, un premier contact a été fait auprès de ces derniers, durant des visites de supervision faites par des superviseurs universitaires chargés de faire le lien entre les enseignants formateurs du milieu scolaire et les enseignants universitaires. On s'assurait alors que ces éducateurs physiques étaient intéressés à prendre part à un tel projet de recherche, dont un sommaire leur a été présenté lors de cette première rencontre.

Dans cette enquête les enseignants ne sont pas seulement un objet de la recherche, mais ils participent activement à celle-ci. Le chercheur a alors pour fonction d'aider les enseignants à analyser leur pratique.

Tableau V Population de l'étude

Sexe	Âge	Années d'expérience	Années dans l'école	Statut	
				T.P	T.p
38 hommes	42 ans	10 ans	8 ans	30	8
12 femmes	38 ans	8 ans	6 ans	8	4

T.P : Temps plein

T.p : Temps partiel

Le deuxième volet, qui comme nous avons déjà dit, prendra la forme d'un dispositif didactique visant à faciliter l'intégration de l'enseignement de l'éducation à la santé dans les cours d'éducation physique. Car, selon Michaud (2002), l'absence de modèle d'intervention en éducation physique et en éducation à la santé insécurise les éducateurs physiques québécois et les pousse à se référer à des répertoires d'activités sans s'appuyer véritablement sur une démarche didactique rigoureuse ayant des bases théoriques liées aux pratiques courantes dans ce domaine.

La réalisation de ce projet s'est déroulée sur quatre ans et les étapes du travail de validation entre chercheur et éducateurs physiques constituant le troisième volet, ont duré une autre année.

Tenant compte de l'aspect novateur que nous voulions donner à ce projet, comme le mentionne Van der Maren, il importait que les éducateurs physiques soient associés à ce processus de recherche. En contribuant à l'amélioration et à la validation de la stratégie proposée et à travailler à une éventuelle conception et implantation d'outils d'enseignement et de formation continue en éducation physique et à la santé. Nous pensons qu'une telle approche leur permettra d'en retirer un certain bénéfice tant sur le plan théorique que sur le plan pratique en devenant de véritable enseignant-chercheur.

3.5.1 La justification de notre démarche

Nous connaissons tous, pour l'avoir étudié et appliqué, le modèle classique fisherien de l'évaluation des programmes. C'est le modèle sommatif expérimental, dérivé, il est vrai,

d'expériences conduites sur les semences et les graines et transposé en sciences humaines. Ce modèle avait reconquis ses titres de noblesse comme méthode de choix et devenue la nouvelle bible méthodologique en sciences humaines.

Ceux qui contestent la pertinence de ce modèle pour les recherches dans ce domaine l'ont baptisé de modèle horticole, sans doute pour qu'on n'oublie pas ses antécédents paysans.

Le modèle concurrent formatif ou adaptatif, nous vient lui, non pas de l'agriculture mais du secteur militaire et du génie civil, en passant par l'analyse des systèmes et la cybernétique.

Il existe plusieurs approches dans ce nouveau courant qui exigent d'autres critères d'évaluation scientifiques puisqu'elles s'inspirent d'un autre cadre épistémologique que celui du positivisme logique à la Auguste Comte.

Nous avons privilégié une méthodologie qualitative plus proche de la phénoménologie à la Husserl (1976), pour sous-tendre notre vision en santé et en éducation à la santé plus axé sur le vécu et les perceptions des participants, dans une vision systémique des composantes de la réalité sociale.

Car, quand on s'occupe de l'éducation d'un élève, on se doit de l'observer, pour se faire une idée de ses intérêts et de ses acquis. Dans le cadre scolaire, on parlera d'une approche évaluative basée sur une évaluation formative au service de la différenciation de l'enseignement. Une telle démarche doit permettre à l'élève de mieux se situer, d'identifier ses erreurs et ses lacunes, pour progresser et à l'enseignant de l'aider, d'autant plus efficacement qu'il sait quels sont les acquis de chacun, ses méthodes de travail. Pour cela, il faut d'abord observer les élèves, analyser leurs comportements et leurs performances, se faire une représentation des mécanismes intellectuels à l'œuvre, du surtout des blocages.

CHAPITRE 4
L'IDENTIFICATION DES BESOINS

Nous avons décidé d'interroger un certain nombre d'éducateurs physiques du primaire ayant plus de cinq ans d'expérience et impliqués dans la réforme (tableau V, p 112). Il s'agit de ceux qui reçoivent, en qualité d'enseignant formateur associé, des stagiaires en éducation physique et à la santé, inscrits au programme de formation.

Nous avons émis l'hypothèse qu'en analysant les réponses données par ces intervenants, nous serions en mesure de valider ou de mettre en lumière d'autres appréhensions, obstacles et besoins, que ceux ressortis lors des échanges que nous avons effectués à la table de travail régionale ou ceux que d'autres études, comme celle de Michaud (2002), ont déjà révélés.

Cette enquête a été conduite à partir de questions à choix multiples (voir copie du questionnaire en annexe I). Ces dernières ont été posées aux éducateurs physiques faisant partie de l'échantillon afin de pouvoir explorer auprès d'eux plusieurs points. Entre autres, ceux portant sur :

- leurs conceptions de la santé, de l'éducation physique et de l'éducation à la santé;
- l'importance accordée à l'enseignement donné et reçu en éducation à la santé;
- le contenu véhiculé et les stratégies utilisées;
- les ressources et les besoins identifiés.

L'enquête en soi s'est déroulée en quatre étapes successives :

- la première, à construire le questionnaire, en s'inspirant de travaux similaires;
- la deuxième, à faire valider le contenu du questionnaire par des professeurs universitaires impliqués dans la formation initiale d'éducateurs physiques;
- la troisième à vérifier la compréhension du contenu par des éducateurs physiques d'expérience;
- la quatrième et dernière étape consistait à faire compléter le questionnaire.

Ce dernier leur fut remis et expliqué lors de la première visite de supervision effectuée dans le cadre d'un stage long de huit semaines au niveau primaire, au programme de la formation pratique des futurs éducateurs physiques et à la santé.

Ce questionnaire fut auto administré par les éducateurs physiques jouant le rôle d'enseignants formateurs associés auprès des stagiaires. Il comprenait douze questions à choix multiples regroupées en quatre sections portant sur :

- les conceptions;
- l'importance accordée à l'éducation à la santé :
- Le contenu véhiculé et les stratégies utilisées;
- les ressources à votre disposition et vos besoins.

Pour chaque question, on demandait aux répondants d'indiquer l'ordre d'importance qu'ils accordaient aux différents choix de réponse. De plus, il fallait justifier leur choix principal.

On retrouvait également une section question ouverte, une pour les renseignements complémentaires sur les répondants et une place pour les commentaires.

Il aurait été intéressant de connaître également l'opinion des élèves qui ont vécu les premières tentatives d'implantation du volet santé pour valider les conclusions de Michaud (2002). Mais dans le cadre de cette recherche, nous avons préféré demander aux éducateurs physiques de nous faire part de l'intérêt de leurs élèves face à cette nouvelle matière qu'est l'éducation à la santé.

Après une période d'entrevue d'environ quinze minutes pour répondre à leurs questions, pour qu'ils puissent présenter brièvement leurs perceptions au sujet de la réforme, particulièrement en ce qui concerne l'intégration de l'éducation à la santé dans leur enseignement, les questionnaires complétés ont été soit récupérés lors des visites subséquentes de supervision ou envoyés par courrier postal au responsable de la recherche.

Il n'y a pas eu de formulaire de consentement écrit portant sur les implications des participants. Ces derniers étaient libres de prendre part ou non à cette recherche. Mentionnons que seulement cinq parmi les cinquante intervenants choisis n'ont pas retourné le questionnaire par oubli.

4.1 LES RÉSULTATS

Comme nous l'avons mentionné dans notre contexte théorique, entre les intentions contenues dans les discours officiels et l'action éducative menée sur le terrain, nous retrouvons un mélange complexe de croyances et de conceptions lequel, à notre avis, a contribué à établir l'ambiguïté existant entre l'enseignement de l'éducation physique et celui de l'éducation à la santé.

D'où la difficulté à mettre en œuvre sur le terrain un enseignement adapté conduisant à une véritable intégration de ces deux disciplines et permettant ainsi d'assurer un rapport harmonieux entre elles. Tel semble être le dilemme auquel étaient confrontés les éducateurs physiques que nous avons interrogés.

4.1.1 Les conceptions des éducateurs physiques

La première partie du questionnaire portait sur leurs conceptions en matière de santé (Fig. 9), d'éducation physique et d'éducation à la santé. Nous leur avons posé trois questions en lien avec chacune de ces conceptions.

➤ *Leur conception de la santé*

Nous avons retenus la classification en trois modèles, faite par Golberg (1979) des différentes approches en santé.

Voici la répartition des réponses à la première question.

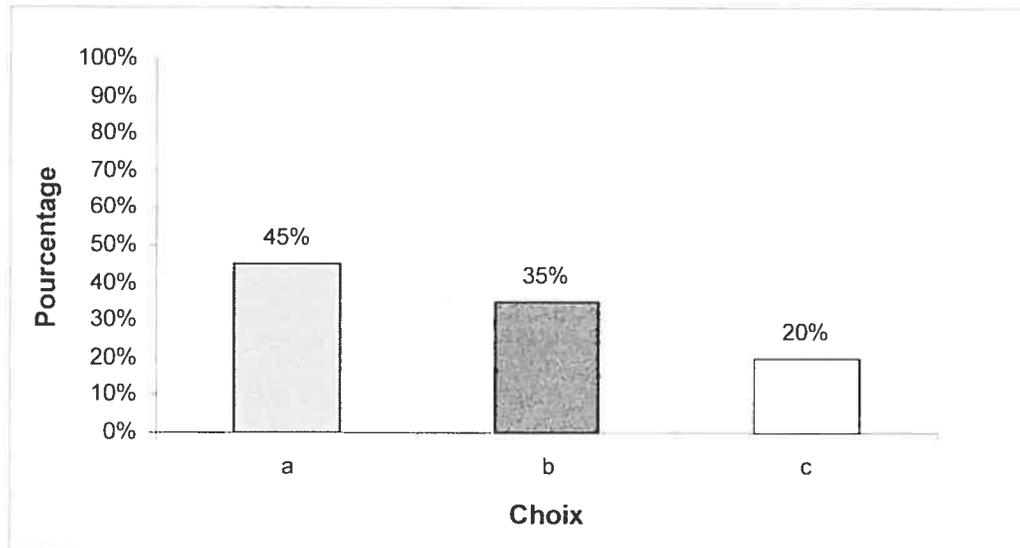


Figure 9 Conception de la santé

a) la santé est un état de bien-être global	45 %
b) la santé est un état d'adaptation optimal de notre organisme	35 %
c) la santé est l'absence de maladies ou de déséquilibres fonctionnels	20 %

C'est cette conception, que la santé est « *La recherche d'un état de bien-être physique et mental* » qui a été retenue par la majorité des éducateurs physiques interrogés. Ce qui, à notre avis est quelque peu étonnant au regard de la formation qu'ils ont reçue, laquelle met beaucoup plus l'accent sur les deux autres concepts proposés dans le questionnaire. C'est-à-dire, une vision où la santé est considérée comme une adaptation de l'organisme à son milieu ou comme un état optimal d'un individu en regard de l'accomplissement efficace des rôles et des tâches pour lesquels il a été conçu et socialisé. Et cette conception biomédicale, où l'on voit la santé comme une capacité fonctionnelle d'un organisme sans déséquilibres structurels et organiques.

Parmi les raisons données pour justifier leur choix, nous en avons retenu deux. Soit celle en lien avec l'état de bien-être, le rôle joué par le côté subjectif de la personne dans la perception de l'état de santé et celle de l'aspect dynamique de l'état de santé qui, pour certains des éducateurs physiques interrogés, est un processus en perpétuel devenir.

➤ *Leur conception de l'éducation physique*

Nous avons vu dans le contexte théorique que l'éducation physique dispose non pas d'une, mais de plusieurs formes de théorisation ou de discours explicatifs. La littérature retient quatre formes de discours :

- un scientifique;
- un philosophique;
- un intuitif;
- un idéologique.

Les définitions proposées à la deuxième question, découlent en quelque sorte de ces discours théoriques. C'est ainsi que celui faisant référence à l'activité physique (fig. 10) en lieu et place de l'éducation physique est retenu par la majorité des éducateurs physiques.

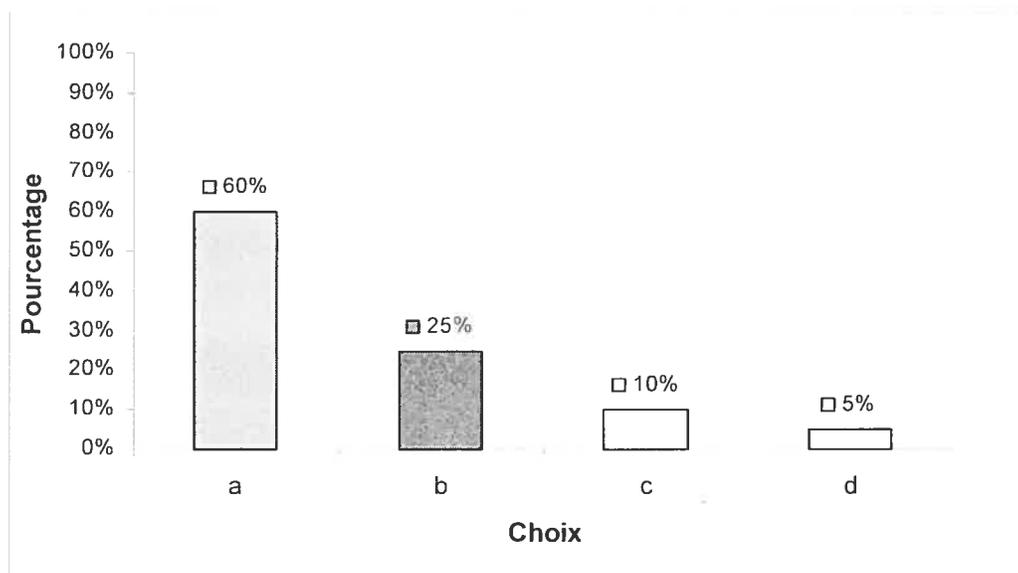


Figure 10 Conception de l'éducation physique

a) une science de l'activité physique	60 %
b) une éducation par le mouvement	25 %
c) une éducation psychomotrice	10 %
d) Autre réponse donnée : une éducation sportive	5 %

En analysant les justifications données pour ce premier choix, le moins qu'on puisse dire c'est que l'aspect scientifique semble exercer sur les éducateurs physiques un attrait évident.

➤ *Leur conception de l'éducation à la santé*

Nous avons retenu les modèles que nous avons développés dans notre contexte théorique.

Des trois modèles proposés, c'est celui de l'autonomisation (fig. 11) qui a retenu l'attention des intervenants, sans pour autant pouvoir bien expliquer ce modèle.

On retrouve la répartition suivante :

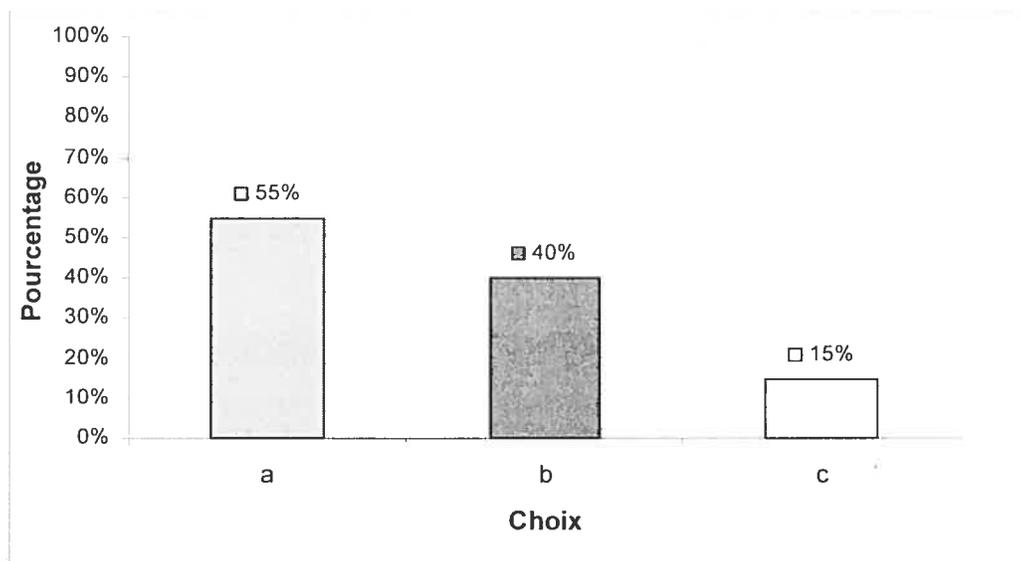


Figure 11 Conception de l'éducation à la santé

a) le modèle d'autonomisation	55 %
b) le modèle éducatif	40 %
c) le modèle biomédical	15 %

Comme argumentation venant justifier ce choix, nous avons retenu les notions de responsabilisation ou d'imputabilité, de prise en charge de soi par soi face aux déterminants de la santé.

4.1.2 L'importance accordée à l'éducation à la santé

Lors de nos échanges, les éducateurs physique de la table de travail nous révélaient consacrer de 5 à 10 minutes et moins par semaine à l'éducation à la santé. Ils disent « essayer d'en parler un peu pendant leur cours », ce qui laissait sous-entendre, un faible niveau d'intégration de cette matière dans leur enseignement. Ils se plaignaient du

manque de temps pour justifier leur manque de motivation pour développer cette compétence. Ils en parlaient presque majoritairement au conditionnel, soulignant ainsi que cette partie de leur enseignement restait un idéal à atteindre mais qu'elle n'était pas vraiment prise en considération lorsqu'ils doivent intervenir auprès des élèves.

Voyons maintenant si cette position est partagée par les éducateurs physiques interrogés (fig. 12) et l'intérêt que leurs élèves portent à cette matière.

➤ *Importance accordée par les éducateurs physiques à l'éducation à la santé*

Voyons dans un premier temps, l'intérêt des éducateurs physiques à l'égard de l'éducation à la santé

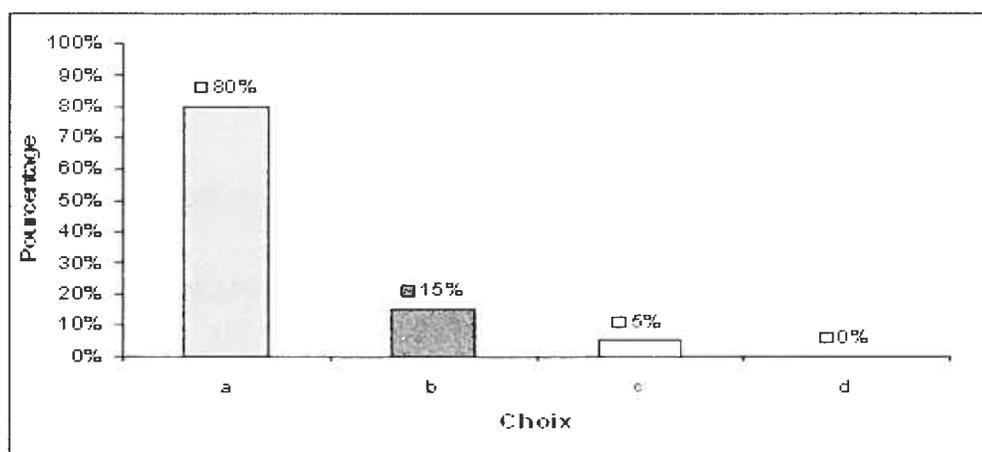


Figure 12 Importance accordée par les éducateurs physiques à l'éducation à la santé

a) peu d'importance	80 %
b) assez d'importance	15 %
c) aucune importance	5 %
d) beaucoup d'importance	0 %

Les principales raisons invoquées pour justifier ce manque d'intérêt demeurent le peu de temps mis à leur disposition, la formation reçue et les ressources disponibles.

➤ *Importance que les éducateurs physiques aimeraient accorder à l'éducation à la santé, si les besoins identifiés étaient comblés*

Parmi les justifications données (fig. 13), ont retrouvé l'importance accordée aux notions d'éducation à la santé dans le développement global de l'enfant, le sentiment de valorisation que l'éducation à la santé apporte aux éducateurs physiques et la pression politique et sociale qui est exercée sur les éducateurs physiques, à cause des problèmes de santé causés par la sédentarité.

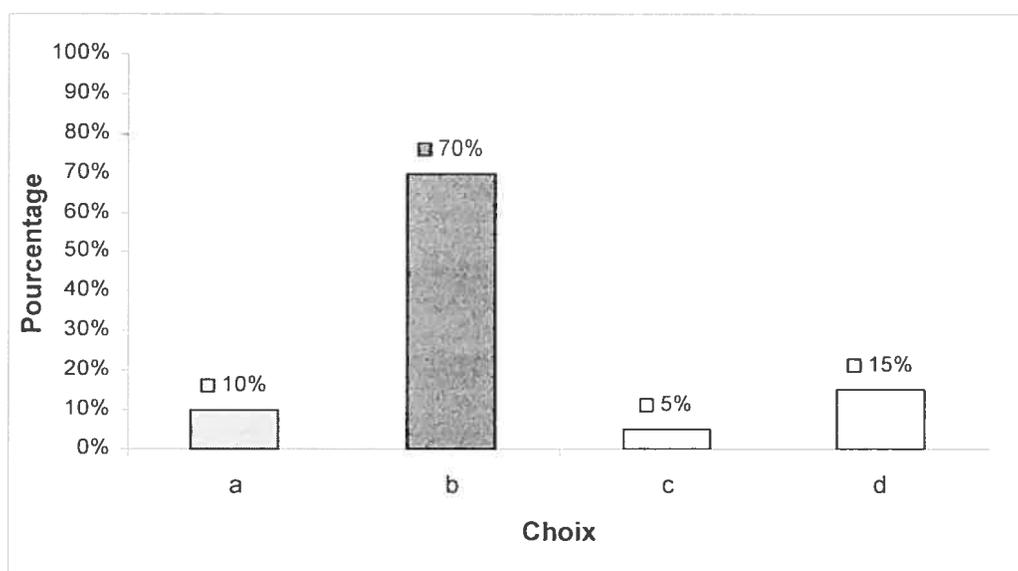


Figure 13 Importance que les éducateurs physiques aimeraient accorder à l'éducation à la santé, si les besoins identifiés étaient comblés

a) assez d'importance	70 %
b) beaucoup d'importance	15 %
c) peu d'importance	10 %
d) aucune importance	5 %

➤ *L'accueil que les élèves font à l'éducation à la santé, selon le point de vue des éducateurs physiques*

Pour se prononcer sur l'intérêt que leurs élèves accordent à l'éducation à la santé, les éducateurs physiques utilisaient comme moyens, le questionnement et leurs

manifestations à l'annonce de ces activités (fig. 14). Il faut admettre que cette façon de procéder laisse place à beaucoup de subjectivité.

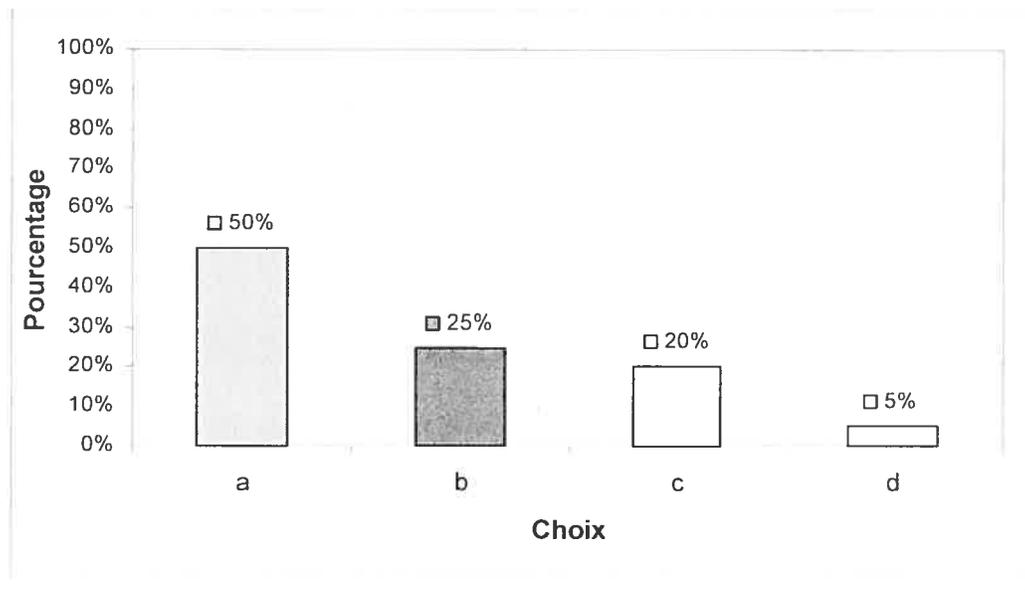


Figure 14 L'accueil que les élèves font à l'éducation à la santé, selon le point de vue des éducateurs physiques

a) peu d'enthousiasme	50 %
b) assez d'enthousiasme	25 %
c) autre réponse : ne peut se prononcer	20 %
d) beaucoup d'enthousiasme	5 %

Les raisons invoquées par les élèves sont que ces activités les privaient du temps d'engagement moteur et qu'à leurs yeux, ce n'était pas de l'éducation physique.

Nous avons noté, que c'est dans les écoles où les projets éducatifs ou les plans de réussite gravitaient autour de l'éducation à la santé que l'on retrouvait des élèves ayant le plus d'intérêt pour cette nouvelle matière.

4.1.3 Le contenu véhiculé et les stratégies utilisées

Dans la partie concernant les capacités à mobiliser auprès des élèves, nous avons posé également trois questions aux éducateurs physiques. Elles portaient sur les intentions éducatives (fig. 15), les savoirs essentiels et les stratégies qu'ils privilégient, selon leur niveau d'intérêt et d'expertise.

➤ *L'intention éducative des éducateurs physiques*

À propos du but ultime des interventions privilégiées dans l'enseignement de l'éducation à la santé, l'acquisition de savoirs essentiels en matière de santé apparaît le plus important à leurs yeux.

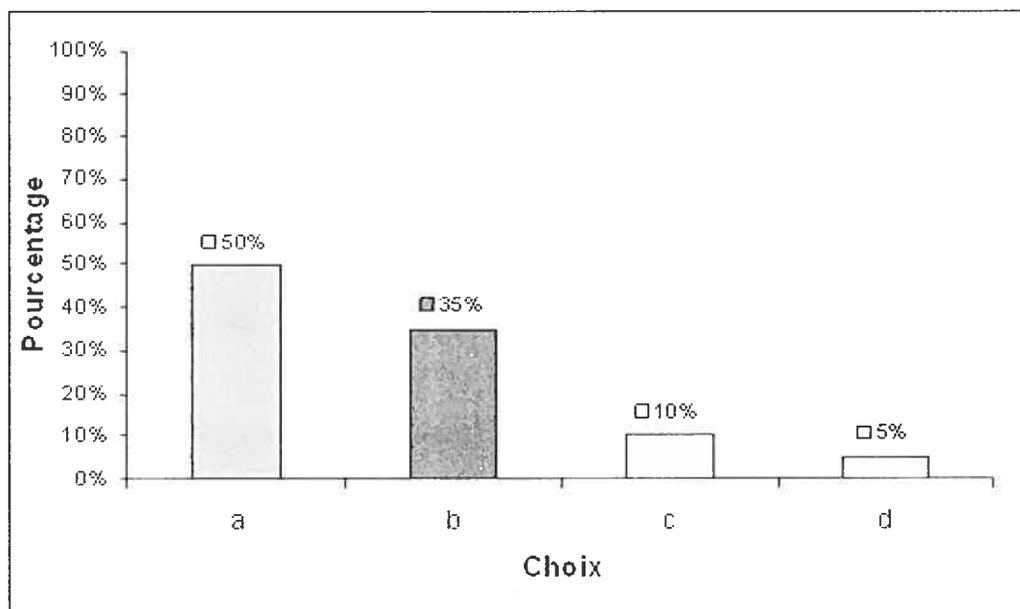


Figure 15 L'intention éducative des éducateurs physiques

a) l'acquisition de savoirs essentiels en lien avec la santé	50 %
b) le changement de conceptions en matière de santé	35 %
c) l'amélioration de la qualité de vie	10 %
d) la lutte contre les facteurs de risque	5 %

Selon les commentaires recueillis pour justifier ce choix, ce qui en ressort c'est que les savoirs essentiels sont considérés comme un préalable à la conscientisation et aux changements de tout comportement.

➤ *Les savoirs essentiels véhiculés*

Les savoirs essentiels privilégiés portent sur la structure et le fonctionnement du corps humain (fig. 16). En deuxième position, on retrouve les habitudes de vie en rapport avec l'activité physique et l'alimentation.

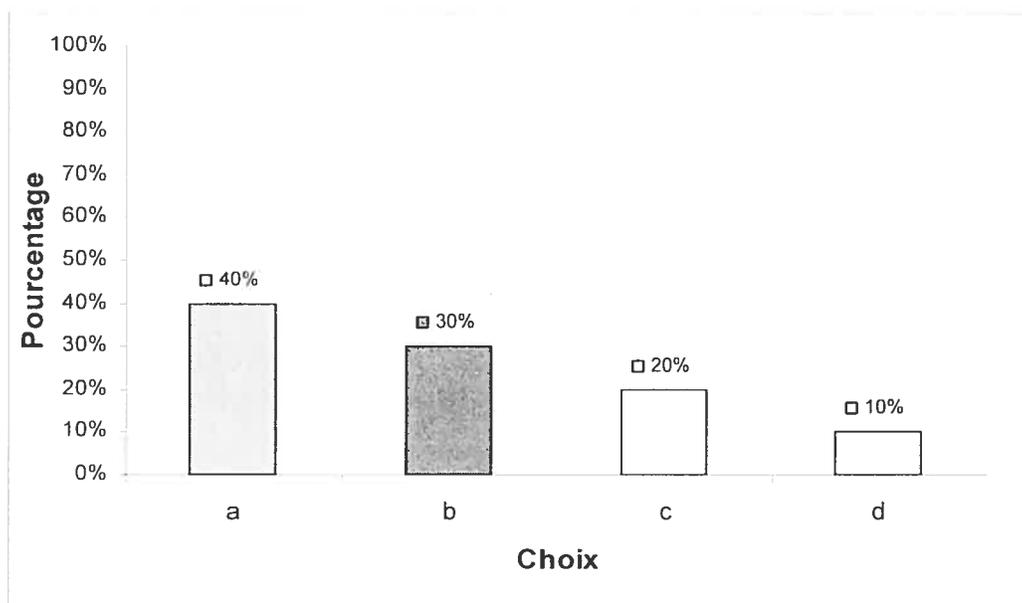


Figure 16 Les savoirs essentiels véhiculés

a) structure du corps humain	40 %
b) habitudes de vie	30 %
c) effets de la sédentarité	20 %
d) autres : condition physique	10 %

➤ *Les stratégies d'intervention*

Dans la partie concernant les stratégies d'intervention en éducation à la santé, nous avons recueilli quatre types d'information : les types d'intervention généralement utilisées, les ressources mobilisées et enfin les moyens d'évaluation mis en œuvre pour évaluer les apprentissages.

Les capsules santé sont de façon incontestable, la stratégie la plus souvent utilisée (fig. 17). Par leurs commentaires, les éducateurs physiques montrent de surcroît qu'ils privilégient dans leurs interventions une approche très magistrale plutôt qu'une démarche personnalisée. En outre, les thèmes qu'ils abordent dans ces capsules, sont

généralement axés sur les facteurs de risque en lien avec des maladies. Ce qui ne cadre pas avec leur conception de la santé.

Il serait donc intéressant de savoir comment les éducateurs physiques expliquent le lien entre les stratégies behavioristes qu'ils utilisent et celles davantage réflexives à caractère socioconstructiviste, préconisées dans le programme actuel du ministère de l'Éducation du Québec.

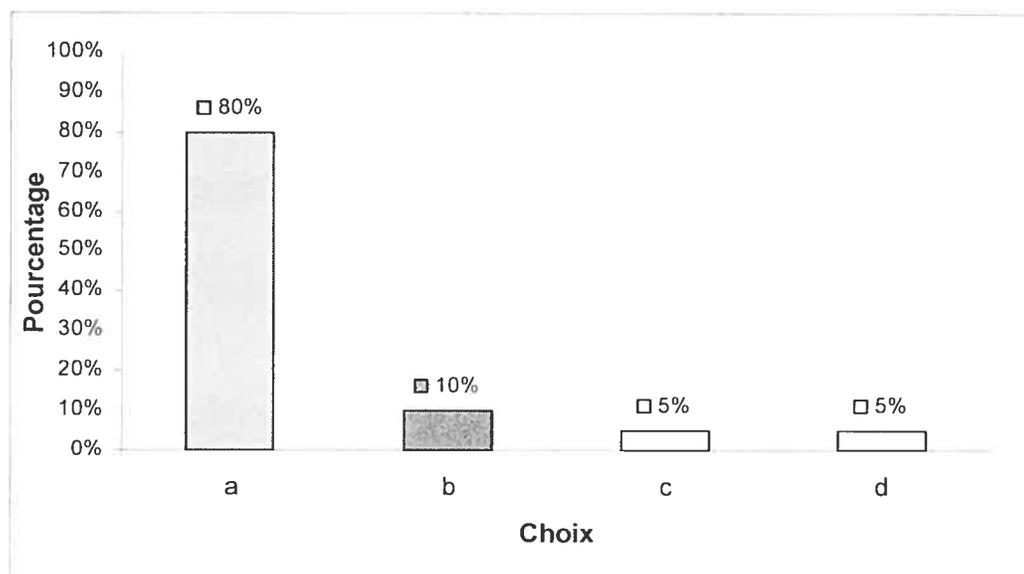


Figure 17 Les stratégies d'intervention

a) capsules santé	80 %
b) portfolio	10 %
c) devoirs actifs	5 %
d) Autres : Fiches d'activités	5 %

4.1.4 Les ressources disponibles

La majorité des éducateurs physiques considèrent que les outils d'intervention dont ils disposent sont insuffisants. L'énumération de ces outils révèle un mélange de connaissances personnelles acquises, de sources d'information et d'outils d'intervention proprement dits. De cet amalgame, il ressort davantage un bricolage de moyens qu'une planification structurée en lien avec un modèle théorique et une stratégie d'intervention en éducation à la santé ayant fait la preuve de son efficacité. Ce que vient confirmer des commentaires entendus comme :

- « il faudrait des documents de travail spécifiques à chacun des niveaux du primaire »;
- « nous avons besoin de manuels ou de cahiers pédagogiques adaptés en fonction de la clientèle du primaire et du secondaire »;
- « on aimerait des grilles d'analyse et d'auto évaluation »;
- « c'est utopique, comment faire pour garantir l'adoption d'un mode de vie sain et actif à long terme ? »
- « Il nous faut plus d'outils et de façons d'intégrer les notions de santé en éducation physique ».

➤ *Pour planifier les situations d'enseignement-apprentissage en éducation à la santé*

Les moyens dont disposent les éducateurs physique (fig. 18) pour préparer leur contenu d'enseignement se résument aux :

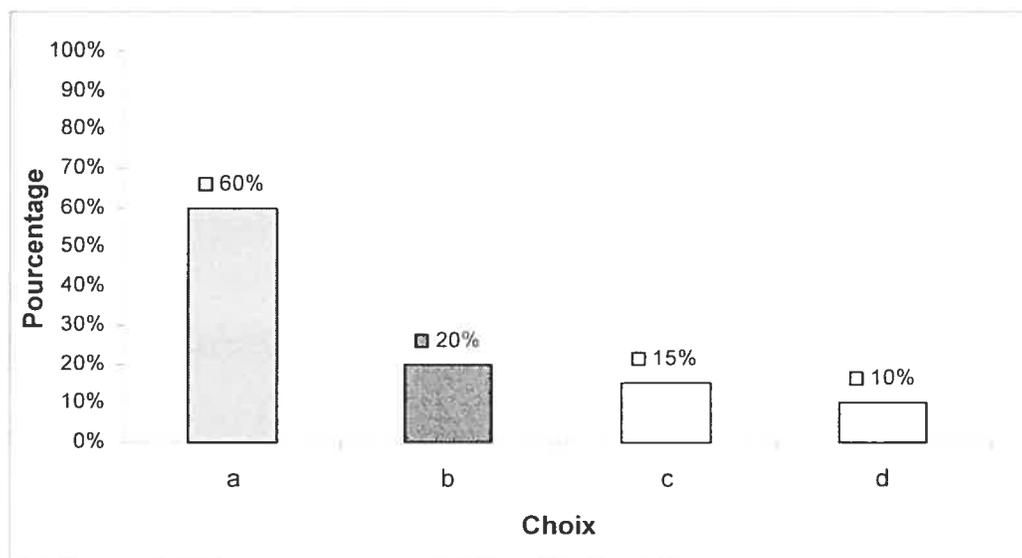


Figure 18 Pour planifier les situations d'enseignement apprentissage en éducation à la santé

a) banques d'activités et livres spécialisés	60 %
b) collègues de travail	20 %
c) conseiller ou animateur pédagogique à l'emploi de la CS	15 %
d) autres ressources (colloques, cours, etc.)	5 %

Si les banques d'activités semblent avoir un intérêt pour l'ensemble des éducateurs physiques, plusieurs nous ont fait valoir lors de présentation du questionnaire, de la

nécessité de maîtriser une démarche d'intervention structurée en lien avec une vision plus claire de la santé et de l'éducation à la santé.

➤ *Les autres intervenants impliqués*

Les autres intervenants du réseau scolaire demeurent surtout les principales personnes concernées (fig. 19) pour développer la compétence santé dans le milieu scolaire. Certains éducateurs physiques aimeraient cependant que cette responsabilité soit partagée à part égale avec les intervenants du réseau de la santé. Enfin, d'autres ont hâte de voir s'impliquer le réseau communautaire pour qu'il puisse enfin jouer son rôle intégrateur des concepts d'éducation à la santé.

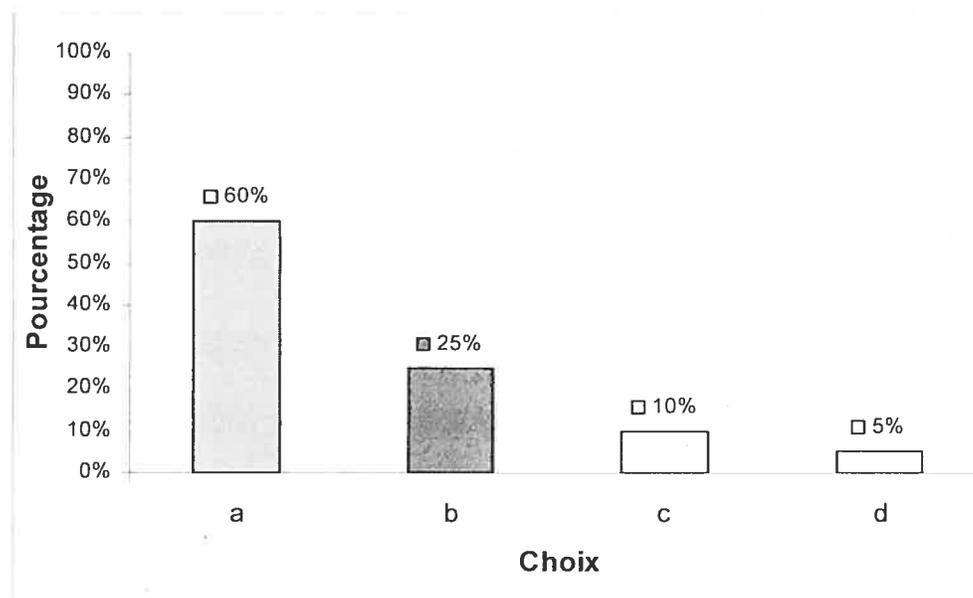


Figure 19 Les autres intervenants impliqués

a) titulaires et autres intervenants scolaires	60%
b) infirmières et autres intervenant du réseau de la santé	25%
c) parents et autres intervenants de la communauté	10%
d) autres (les fondations, associations, etc.)	5%

➤ *Les outils dont ils ont besoin*

Il ressort que les principaux besoins à combler, sont en termes d'outils plus concrets et de dispositifs didactiques (fig. 20) pour une intervention efficace. Il en est également des outils disponibles (tableau VI) qui démontrent clairement que les intervenants sont

laissés à eux-mêmes. Une remarque générale revient de façon assez régulière dans le discours des personnes interrogées : « Je pense qu'il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine ».

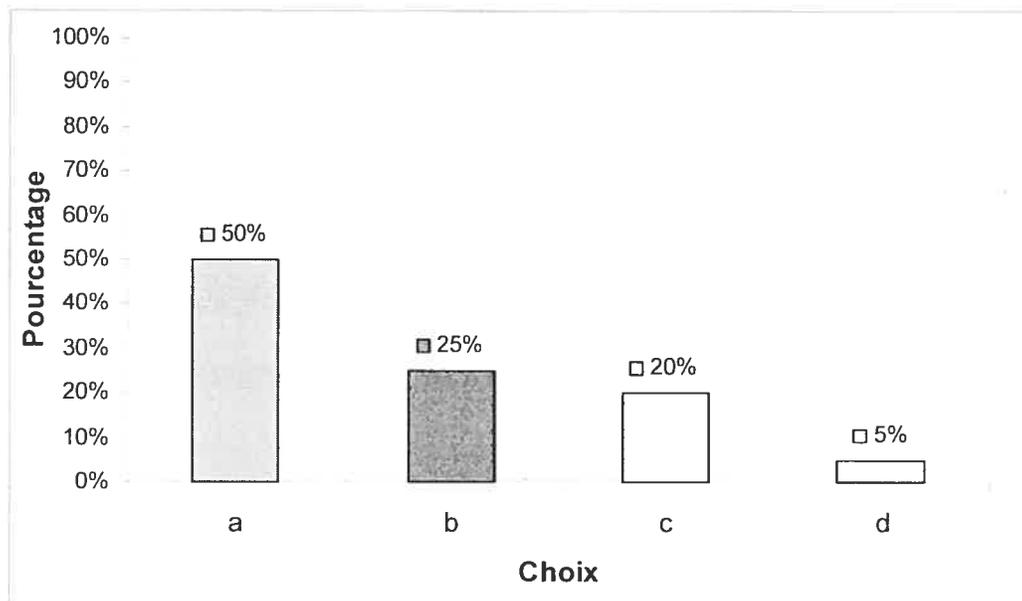


Figure 20 Les outils dont ils ont besoin

a) une démarche d'intervention	50 %
b) un guide pédagogique	25 %
c) une formation complémentaire	20 %
d) autre : plus d'échanges, de temps de libération, etc.	5 %

Tableau VI Quelques outils d'intervention dont disposent les éducateurs physiques en éducation à la santé

Moyens (placés par ordre de priorité à partir des données recueillies)	
1 ^{ère} position	Banques d'activités
2 ^{ème}	Livres sur la santé
3 ^{ème}	Documents conçus par l'éducateur physique
4 ^{ème}	Internet
5 ^{ème}	Documents d'autres collègues
6 ^{ème}	Documents du MELS
7 ^{ème}	Documents des CLSC
8 ^{ème}	Document des Fédérations et associations
9 ^{ème}	Documents du Gouvernement fédéral
10 ^{ème}	Documents fournis par la commission scolaire
11 ^{ème}	Documents de l'organisme Kino-Québec:
12 ^{ème}	Documents des Fondations (Du cœur, etc.)
13 ^{ème}	Cours à l'université ou ailleurs
14 ^{ème}	Documents des chaires de recherche
<i>Autres outils :</i>	
✓ Appareils de biométrie (Ex. : balance – adiposomètre- stéthoscope, etc.)	
✓ Supports pédagogiques (Ex. : squelette et organes du corps grandeur nature	
✓ Fiches santé –vidéo - etc.	

4.1.5 Questions ouvertes

Nous avons jugé bon de laisser la place aux éducateurs physiques pour exprimer leur point de vue et aborder d'autres sujets en lien avec l'éducation à la santé.

Plusieurs sujets ont été abordés dans cette section, cependant celui qui a retenu notre attention, c'est celui portant sur les moyens d'évaluation des apprentissages (tableau VII), qui semble être une préoccupation de la majorité des éducateurs physiques interrogés.

➤ *Les moyens d'évaluation des apprentissages en éducation à la santé*

Le portfolio et le carnet santé sont les sujets pour lesquels une majorité d'éducateurs physiques aimerait avoir plus d'information. Quelques uns aimeraient également avoir quelques modèles de grilles d'évaluation et d'auto évaluation.

Tableau VII Sujets abordés

Sujets (placés par ordre d'intérêt)
✓ Portfolio
✓ Carnet santé
✓ Outils d'évaluation sommative
✓ Outils d'autoévaluation

Enfin, la majorité des éducateurs physiques qui ont participé à l'enquête, pense que les questions posées sont suffisantes pour faire le point sur la situation actuelle et envisager les pistes de solution aux problèmes rencontrés.

CHAPITRE 5

L'ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

Étant donné le nombre restreint de répondants et le type d'échantillonnage retenu, l'aspect quantitatif s'est arrêté simplement sur des statistiques descriptives, sans aller plus loin dans les études statistiques. L'aspect qualitatif, quant à lui, a consisté en une analyse de contenu classique (Bardin, 1977), des commentaires émis par les répondants afin de mieux comprendre le sens de leurs réponses. La discussion des résultats a été axée principalement sur la comparaison des réponses données en lien avec les quatre composantes du questionnaire, à savoir :

- a) Les concepts en santé, en éducation physique et en éducation à la santé;
- b) L'importance accordée à l'éducation à la santé;
- c) Le contenu véhiculé et les stratégies utilisées;
- d) Les ressources disponibles et les besoins.

Dans notre analyse, un traitement particulier a été accordé aux résultats portant sur les deux dernières composantes du questionnaire afin de justifier la pertinence ou non du deuxième volet de notre projet de recherche, soit celui de concevoir un dispositif didactique original pour répondre à certains des besoins identifiés.

C'est ainsi qu'à la lumière des résultats nous avons pu dégager en ce concerne le principal contenu véhiculé, qu'il s'agissait :

Des savoirs essentiels portant sur la structure et le fonctionnement du corps humain. Et en deuxième position, les habitudes de vie en rapport avec l'activité physique et l'alimentation.

En ce qui concerne les stratégies utilisées, les capsules santé sont de façon incontestable, celle la plus souvent utilisée.

Au chapitre des ressources disponibles et des besoins, la majorité des éducateurs physiques interrogés, considèrent que les outils d'intervention dont ils disposent sont insuffisants et non pertinents. De même, il ressort que les principaux besoins à combler, sont en termes d'outils plus concrets et de dispositifs pour une intervention plus efficace. Pour cela, la majorité des éducateurs physiques aimeraient :

- qu'on accorde plus de temps à l'enseignement de l'éducation physique et à la santé;

- qu'on intègre l'éducation à la santé dans le cadre des pratiques régulières d'éducation physique de l'élève et non d'en faire une matière indépendante;
- qu'on précise le mandat qui a été confié aux éducateurs physiques;
- pouvoir planifier les tâches en éducation physique et à la santé de façon systématique selon un modèle de référence;
- disposer de ressources matérielles et financières suffisantes;
- recevoir une préparation professionnelle adéquate;
- intéresser d'autres collègues de travail à l'éducation à la santé;
- pouvoir évaluer convenablement les apprentissages faits dans cette matière.

De ces demandes nous avons dégagé deux axes d'intervention :

- d'éclaircir le mandat des éducateurs physiques à l'égard du contenu d'enseignement de l'éducation à la lumière d'une vision intégrée en santé;
- de proposer une démarche d'intervention permettant d'aborder l'enseignement de cette discipline sans nuire au développement moteur des élèves.

Nous n'avons pas la prétention que notre proposition trouvera une solution applicable à tous ces besoins et dans n'importe quel contexte. Cependant nous avons l'intime conviction qu'elle pourra contribuer à alimenter le débat actuellement en cours dans ce domaine en mettant à contribution le chemin déjà parcouru par plusieurs éducateurs physiques.

C'est dans cette perspective que, dans notre analyse, nous avons apporté une attention particulière aux démarches et moyens d'action déjà entrepris par les intervenants du milieu.

5.1 LIMITES DE CETTE ENQUÊTE

De prime abord, disons que les résultats de cette étude exploratoire proviennent d'un échantillonnage relativement restreint et concentré géographiquement. Par ailleurs, le

questionnaire utilisé pourrait être revu sous forme de questions plus ouvertes permettant d'approfondir les résultats, dans une démarche d'explicitation.

Ainsi, des études complémentaires sur une plus grande échelle et avec d'autres outils d'enquête, mériteraient d'être réalisées.

Par exemple, dans des études ultérieures, il serait souhaitable de pouvoir valider certaines données de cette enquête afin de savoir si ces points de vue sont partagés par un plus grand nombre d'éducateurs physiques du Québec et d'ailleurs. Il serait aussi souhaitable de tenter d'expliquer cette ambiguïté dans les conceptions des éducateurs physiques, ce manque de congruence entre leurs conceptions, les stratégies et les moyens d'intervention mis en œuvre, le pourquoi de ce manque de ressources mises à la disposition des intervenants pour faire « adopter un mode de vie sain et actif » à leurs élèves. Enfin, comment faire pour impliquer davantage le milieu familial et la communauté en général dans l'éducation à la santé.

Mais malgré les points faibles de cette enquête, une autre étude conduite par Le Cren, Kalinova et Magny (2004) est venue valider en quelque sorte les résultats obtenus.

5.2 L'ANALYSE DES DIFFÉRENTES STRATÉGIES D'IMPLANTATION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ EXPLORÉES DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES COUVERTES PAR NOTRE ENQUÊTE.

Les éducateurs physiques du Québec, confrontés à l'obligation de développer un volet santé dans le cadre de leurs cours, n'ont pas attendu que le Ministère de l'Éducation leur fournisse un quelconque guide pédagogique pour expérimenter différentes stratégies.

Nous allons décrire brièvement certains des avantages et inconvénients des stratégies retenues par les éducateurs physiques dans le cadre de l'enquête menée par ce groupe de recherche.

Mais, avant de voir en détail ces modes d'intervention, nous avons remarqué que les éducateurs physiques confondent souvent les concepts de style et de stratégie

d'enseignement, si l'on se réfère aux définitions proposées par Legendre (1993). Pour eux :

- Le *style d'enseignement* se rapporte au climat de classe ou aux modes d'organisation de la gestion de classe. On les reconnaît la plupart du temps en observant la relation enseignant - apprenant.
- La *stratégie d'enseignement* fait référence aux différentes façons ou approches pédagogiques utilisées par les enseignants pour donner des explications ou passer la matière. On reconnaît la stratégie utilisée, la plupart du temps en observant la relation enseignant - savoir.

C'est ainsi qu'à la question « *quelle stratégie d'enseignement particulière avez-vous adoptée pour l'enseignement de la compétence santé ?* » les éducateurs physiques interrogés ont répondu en grande majorité en terme de stratégies.

a) Capsules santé

La formule dite de capsules santé consiste à aborder ponctuellement à l'intérieur des cours d'éducation physique certains sujets en lien avec la santé, par exemple, la connaissance du corps humain. Les éducateurs physiques utilisent généralement des guides ou autres documentation élaborés par des collègues.

(Exemples : *Éducation à la santé, Guide d'activités*, Cuerrier, Bélisle et Deshaies, 1994; *Éducation à la santé, Sécurité et esprit sportif*, Morin, 1997):

Ces capsules ont pour but de transmettre des savoirs essentiels, en lien avec la troisième compétence du programme d'éducation physique et d'éducation à la santé, sans pour autant remettre en question le déroulement traditionnel des cours. Ces activités sont ponctuelles, souvent de type théorique, ou peuvent prendre la forme de pauses santé dans les classes, lorsqu'elles sont animées par les titulaires ou autres intervenants à la demande des éducateurs physiques ou sous l'initiative personnelle des intervenants.

Exemple de capsules:

- ✓ *Sujet abordé* : L'alimentation et les besoins énergétiques en activité physique.

- ✓ *Savoir essentiel retenu* : La valeur énergétique des aliments composant les divers groupes alimentaires et les dépenses énergétiques équivalentes par activité.
- ✓ *Capacité à développer auprès des élèves* : Être capable de composer un repas permettant d'apporter l'énergie nécessaire pour mener une vie active.

En ce qui concerne les avantages et les inconvénients identifiés par les éducateurs physiques, on retrouve :

Avantages :

- Activité servant à véhiculer certains savoirs essentiels de type cognitif en lien avec la réforme:
- Moyen d'activer les savoirs cognitifs des élèves sur certaines habitudes de vie:
- Possibilité de collaboration avec des titulaires, en leur proposant des pauses santé et autres activités complémentaires:
- Possibilité d'intégrer un contenu santé à l'intérieur d'un cours traditionnel d'éducation physique en complémentarité avec les autres compétences.

Inconvénients :

- Savoirs ponctuels pas obligatoirement mobilisables dans d'autres activités:
- Pas nécessairement de réinvestissement à moyen et long terme:
- Réduire l'éducation à la santé à une somme de savoirs éparpillés, sans liens directs.
- Contenu ne venant pas obligatoirement des apprenants:
- Moyens retenus souvent théoriques, et perçus comme réduisant l'engagement moteur des jeunes.

b) Les semaines thématiques

Une autre approche privilégiée par les éducateurs physique est celle où ils se servent de diverses journées spéciales, de semaines ou de mois, pour passer un message santé en sollicitant la participation de professionnels, de parents ou d'autres membres du personnel de l'école qualifiés dans un domaine quelconque.

C'est ainsi que certains éducateurs physiques ont invité, par exemple, dans le cadre de la semaine de l'activité physique, un athlète professionnel pour qu'il puisse venir

partager ses expériences personnelles ou un professionnel en alimentation lors du mois de la nutrition.

Cette activité a même pris, dans certains cas, la forme de kiosques d'information portant sur l'alimentation, les activités de loisirs offertes par la ville, etc.

Avantages :

- Exploiter un thème ou un sujet en particulier plus en profondeur;
- Sensibiliser élèves/titulaires/parents sur un sujet ou une problématique particulière;
- Établir des partenariats entre (la communauté, la famille, etc.)
- Impliquer l'équipe école dans un projet commun (direction, enseignants, personnel non enseignant)

Inconvénients :

- Caractère hétéroclite souvent des thèmes abordés
- Thèmes imposés à l'élève
- Activité ponctuelle
- Activités trop souvent théoriques

c) Les situations problèmes sous forme de tâches complexes et significatives

Il faut rappeler que l'approche par problème selon Levine (2003) :

- ✓ *poursuit un but.*
- ✓ *contient la description d'un contexte.*
- ✓ *précise des contraintes induisant des conflits cognitifs.*
- ✓ *exige une recherche et un contrôle de ses activités cognitives et une application pratique afin de trouver une ou plusieurs réponses au problème posé.*

Cette approche permet donc aux éducateurs physiques d'exploiter dans le programme les domaines généraux de formation, les compétences transversales, en plus des compétences disciplinaires. Dans cette approche, l'éducateur physique propose des situations problèmes à résoudre identifiés auprès d'un élève ou d'un groupe d'élèves.

Avantages :

- Tient compte des autres compétences du programme de formation
- Mobilise les enfants dans la recherche des solutions
- Propose la transdisciplinarité
- Exige une motivation intrinsèque
- Invite à la participation active et à la responsabilisation des participants

Inconvénients :

- Difficulté à gérer les situations problèmes personnalités:
- Temps assez long nécessaire pour élaborer et solutionner les situations problèmes identifiées:
- Lourdeur dans la gestion de la démarche.

d) Les activités par projets intégrateurs

Cette stratégie d'intervention proposée vise à aider l'élève à transposer les savoirs enseignés à l'école dans sa vie personnelle de tous les jours. En quelque sorte, elle permet la décontextualisation et à la recontextualisation des savoirs enseignés. De plus, l'élève, en prenant conscience des liens entre ces apprentissages et la « vraie vie », devrait pouvoir augmenter ses chances d'adopter et de maintenir ces saines habitudes de vie.

Ces activités sont conçues par les différents intervenants du milieu en prolongation des cours d'éducation physique. Elles visent l'intégration des trois pôles : l'école, la famille et la communauté.

L'enseignant en éducation physique vise ainsi à étendre sa zone d'influence à l'ensemble des intervenants auprès de l'élève en collaboration avec les autres, tout en servant de point d'ancrage.

Plusieurs commissions scolaires privilégient ce type de stratégie facilitant une meilleure application des concepts socioconstructivistes que prône la réforme. L'approche par projet est actuellement celle qui domine.

Avantages :

- Engagement des élèves
- Sensibilisation des différents intervenants
- Participation du le milieu
- Meilleure rétention possible
- Réinvestissement
- Fait appel à plusieurs compétences

Inconvénients :

- Difficulté d'élaborer seul, sans soutien des autres partenaires.
- Temps requis pour l'organisation.
- Motivation à maintenir à long terme
- Conception de matériel pédagogique.

Enfin, en ce qui concerne les devoirs actifs et les contrats d'engagement, il s'agit de responsabiliser davantage l'apprenant soit en lui imposant une tâche à réaliser sous le contrôle d'un tuteur (devoir actif) ou de façon autonome (contrat d'engagement).

Exemple : préparer un petit déjeuner santé ou suivre un programme d'entraînement.

Il s'agit, en d'autres mots, d'amener l'apprenant à prendre une décision de son plein gré (contrat d'engagement) devant conduire à l'adoption d'un nouveau comportement.

Exemple : l'apprenant décide librement de participer à un programme d'entraînement de saut à la corde.

Généralement, les devoirs actifs et les contrats d'engagement sont utilisés comme des compléments aux autres stratégies énumérées.

5.3 BILAN DE L'ANALYSE

À la lumière de l'analyse des résultats de notre enquête, de celle de Michaud (2002) et ceux de Le Cren, Kalinova et Magny (2004), nous pouvons dire que plusieurs éléments semblent se confirmer. Par exemple, les éducateurs physiques interrogés ne semblent pas avoir, comme référentiel de leurs interventions, un modèle théorique en éducation à la santé.

De plus, leurs commentaires laissent penser qu'ils sont loin de l'appropriation d'un quelconque modèle et par conséquent loin de son intégration à leur stratégie d'enseignement.

Cependant, ils aimeraient pouvoir privilégier un modèle visant l'autonomie du participant par une démarche éducative.

Les éducateurs physiques interrogés n'ont pas non plus à leur disposition, suffisamment d'outils ou de moyens adaptés pour développer cette troisième compétence disciplinaire reliée à l'éducation à la santé.

Enfin, en guise de conclusion, on peut dire :

Qu'il semble que des dispositifs didactiques innovateurs, permettant aux éducateurs physiques d'enseigner cette nouvelle matière qu'est l'éducation à la santé, soit un véritable besoin.

Cette dernière considération vient en quelque sorte valider la pertinence de notre désir de mettre au point un prototype pour enseigner l'éducation à la santé dans le contexte des cours d'éducation physique en passant par les étapes de la construction d'un objet selon Lafortune (2000), Van Der Maren (1995) et Larose (1999).

CHAPITRE 6

ÉLABORATION DU DISPOSITIF DIDACTIQUE

Pour mener à bien la mise au point de notre dispositif, nous nous sommes inspirés de la démarche qualifiée de *Procédé d'analyse didactique pour l'action (PRANDIAC)* mis au point par Larose dans sa thèse de doctorat (1975).

Cette démarche originale regroupe cinq catégories de décisions à prendre en lien avec :

- l'identification
- l'élaboration
- la validation
- l'expérimentation
- l'évaluation.

6.1 LES CATÉGORIES DE DÉCISIONS À PRENDRE DANS LA CONSTITUTION D'UN DISPOSITIF DIDACTIQUE

Depuis Henri Fayol, le père de la théorie du management, très peu de modifications ont été apportées aux fonctions managériales qu'il a identifiées. Comme il le dit si bien : « Administrer c'est prévoir, organiser, diriger, contrôler » (Fayol, Henri, 1966, p. 5).

Ainsi, dans le but de couvrir l'ensemble des décisions se rapportant à l'élaboration d'un dispositif qui touche l'élaboration de situations de communication éducative ou didactique, nous avons trouvé pertinent de faire un rapprochement entre ces fonctions identifiées par Fayol et les étapes de réalisation de la démarche PRANDIAC.

Les étapes proposées par Larose, rencontrent également celles proposées par Bass (1994) illustrées dans le tableau suivant.

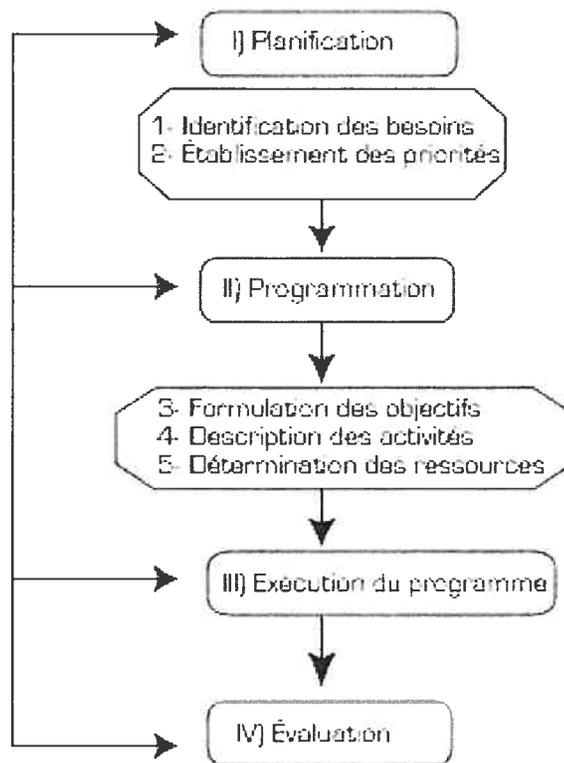


Figure 21 Les étapes dans la construction d'une situation didactique selon Bass

Enfin, rappelons que dans la typologie d'innovation que nous avons retenue, nous tenons compte des différentes structures impliquées dans les situations d'enseignement.

6.2 LES ÉTAPES DE L'APPROCHE PRANDIAC

Rappelons que cette démarche regroupe cinq catégories de décisions (tableau VIII) à prendre en lien avec :

6.2.1 La planification

Il s'agit à cette étape de formuler et de préciser les objectifs visés ou l'objet de savoir à enseigner. Naturellement, il faut d'abord délimiter ou déterminer un domaine

disciplinaire. La planification permet d'identifier les besoins, les difficultés et les contraintes d'une situation à améliorer ou d'un problème à résoudre. On peut alors spécifier et formuler les objectifs à considérer pour cette situation ou pour ce problème.

L'examen systématique des possibilités offertes servira à proposer un plan d'action ou d'intervention qui prendra la forme d'une communication éducative.

- Les critères d'évaluation de la planification

Pour déterminer quelles sont les possibilités d'objets de savoir à retenir, lors de l'étape de la planification, on utilise comme critères, la validité et l'impact.

Le premier de ces deux critères découle de l'échelle de valeur dans le domaine concerné, de ceux qui ont à prendre les décisions relatives à la planification ou à la programmation. Ainsi, les possibilités les plus valides seront celles qui permettront de se rapprocher le plus possible de la situation idéale négociée par les protagonistes impliqués dans une situation d'enseignement d'apprentissages et d'évaluation, situation négociée, qualifiée de contrat didactique.

Quant au critère d'impact, il vise à ce que les répercussions des moyens choisis soient justifiées par rapport au but poursuivi.

6.2.2 La structuration

Il s'agit d'organiser les éléments du contenu proposé, trouvés comme essentiels à l'étape de planification. Ce contenu devra être articulé par la suite en plusieurs situations didactiques ou situations d'enseignement apprentissage et d'évaluation constituant l'objet même de la communication éducative.

- Les critères d'évaluation de la structuration

Là encore, deux critères serviront au choix du modèle retenu. Ce sont ceux de la praticabilité et de la maniabilité. En d'autres mots, on devra se demander si ce choix de contenu qui a été retenu est acceptable et réaliste, par rapport aux savoirs déjà acquis par l'apprenant, car ces derniers, comme nous le savons, sont susceptibles de faire obstacle à l'acquisition des nouveaux concepts jugés plus appropriés. Il faudra également tenir compte du profil de compétence des éducateurs physiques chargés de leur enseignement. Quant à la maniabilité, elle signifie que l'on se demandera s'il sera possible de contrôler la bonne marche ou la gestion de cet enseignement en tenant compte de tout ce que cela implique en termes de contraintes ou d'obstacles.

6.2.3 La production

Une fois le stade cognitif ou de la conceptualisation terminée, c'est-à-dire celui de la planification et de la structuration de notre prototype, il s'agit maintenant d'actualiser les éléments retenus pour composer le contenu des communications éducatives, sous forme de plans de cours.

Les activités qui en découlent nécessiteront la mobilisation de compétences et ressources diverses de la part de l'enseignant et de l'apprenant, selon la stratégie adoptée. De plus, on doit veiller à une comptabilité serrée des objectifs fixés à l'étape précédente.

- Les critères d'évaluation de la production

L'objectif de l'étape de production étant de rassembler les composantes du prototype, le critère d'évaluation sera donc celui de la conformité au modèle retenu lors de la structuration. On sera ainsi amené à se poser la question suivante : chaque élément construit correspond-il bien aux spécifications du contenu prévu ?

6.2.4 La rencontre

La phase de la rencontre est celle de l'exécution ou de la réalisation même de la communication. Elle est axée sur la compréhension des mécanismes permettant

l'acquisition de nouveaux concepts, la mobilisation des connaissances antérieures et le contournement des connaissances obstacles.

Des critères d'évaluation et d'autoévaluation devront permettre de recueillir les données qui seront analysées à la prochaine étape de la démarche et faciliter ainsi l'autorégulation.

- Les critères d'évaluation de la rencontre

Le critère d'évaluation sera celui de l'efficacité des résultats attendus. On cherchera donc à savoir si les conditions d'utilisation permettent au modèle de bien fonctionner.

6.2.5 La révision

Si les décisions des étapes précédentes relevaient exclusivement de ceux qui ont élaboré la situation didactique, pour que les résultats découlant de la révision puissent servir dans un futur immédiat ou pour un suivi, ce sera à partir du point de vue de l'ensemble des protagonistes concernés, que seront dégagés les critères d'évaluation visant une amélioration continue de la communication.

- Les critères d'évaluation de la révision

On voudra avant tout, en se plaçant du côté des utilisateurs ou apprenant, savoir quel a été la variété des réactions individuelles lors de cette communication. Ce qui fait que l'on considèrera le critère d'impact déjà retenu à l'étape de la planification. On cherchera également, par la même occasion, à savoir si la communication a produit des effets secondaires non attendus ou non prévus.

Tableau VIII Les étapes d'élaboration du contenu d'une communication éducative

Étapes d'élaboration	Fonctions selon Fayol
La planification	Prévoir
La structuration	Organiser
La production	Diriger
La rencontre	Contrôler
La révision	Prévoir

Rappelons que notre typologie de l'innovation devait tenir compte :

- 1- de l'objet de la communication;
- 2- du destinataire;
- 3- de l'émetteur;
- 4- de la relation entre l'émetteur et le destinataire;
- 5- de la relation entre le destinataire et la communication;
- 6- de la relation entre la communication et l'émetteur.

On peut dire de ces liens sont les mêmes que ceux que les didacticiens ont déterminé dans ce qu'ils appellent le triangle didactique. Ce dernier concerne les relations impliquant le savoir, l'enseignant et l'apprenant, ou encore :

- la relation savoir enseignant ou transposition didactique;
- la relation enseignant-apprenant ou contrat didactique;
- la relation apprenant savoir ou démarche didactique.

Rappelons que la didactique au sens que nous lui donnons dans cette recherche, est centrée sur le processus d'apprentissages des élèves ou de la construction de ses connaissances. C'est pourquoi elle est attentive aux interactions entre les trois acteurs impliqués que sont l'élève, l'enseignant et le savoir en lien avec le domaine d'apprentissage concerné.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que le jeu des trois acteurs savoir – enseignant - apprenant peut être soit conforme ou confronté à des références sociales, institutionnelles ou encore, à des valeurs se réclamant d'une certaine éthique. Ce qui donne une portée

politico sociale à ce que décideront l'enseignant et l'apprenant, consciemment ou non. D'où la relation institution et celle du milieu communautaire.

On peut donc dire, que dans l'analyse didactique on devra prendre en considération l'ensemble des variables, comprenant les institutions concernées et le milieu.

Ce jeu de relation est bien illustré par le triangle didactique qui donne un rôle à chaque acteur, lequel doit être sans cesse restauré si l'on veut qu'il permette l'accès, difficile certes, à cette autonomie de l'élève que doit viser tout enseignement. Cette relation à trois permet à l'élève de se libérer progressivement, en quelque sorte du maître. Ce dernier, en créant des ponts, par la médiation entre l'élève et le savoir, permet, comme le mentionne Brousseau (1986), de dégager un espace d'action, et de promouvoir ainsi le développement de la personne. D'où l'axe enseignant - élève qui se pose comme l'essentiel de la communication, l'axe enseignant - savoir comme moyen et enfin l'axe élève - savoir comme fin en soi.

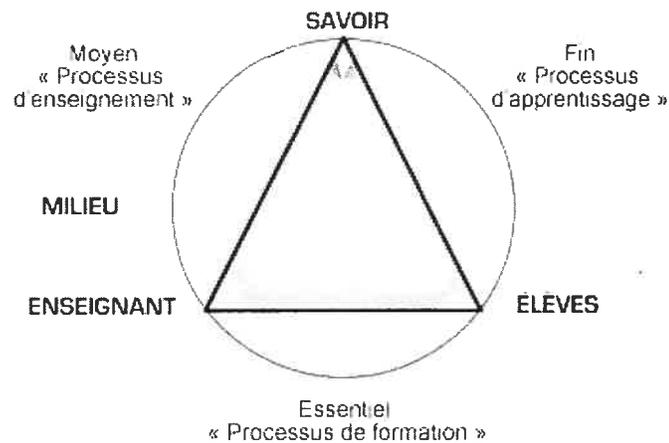


Figure 22 Le triangle didactique

- Enseigner, qui privilégie l'axe enseignant-savoir
- Former, qui privilégie l'axe enseignant-élève
- Apprendre, qui privilégie l'axe élève-savoir
- Socialiser, qui privilégie l'axe institution-communauté.

Le triangle didactique se trouve comme nous l'avons dit également dans un cercle, qui représente l'institution et la société qui l'a mis au monde (fig. 22).

La socialisation se fait parfois mal, car la distance entre la culture scolaire et la culture des élèves étant parfois trop grande. Elle assure cependant la liaison entre les trois points du triangle et la communauté, qui définit l'échelle des valeurs en assurant une liaison avec le milieu.

a) Implications de l'enseignant dans la communication

Pour mettre en application une telle vision, l'enseignant doit être en mesure :

- de choisir et de justifier son choix de stratégie pédagogique:
- d'organiser, de prévoir, de concevoir son enseignement, en faisant preuve d'une grande lucidité pédagogique:
- de gérer, réguler, réaliser des situations d'enseignement apprentissage en fonction d'une clientèle déterminée et d'une intention éducative donnée, d'anticiper les obstacles que les élèves vont rencontrer:
- d'assurer un suivi, en étant attentif au rapport qu'entretiennent les élèves avec le savoir et également avec sa pratique éducative.

Car, l'élève apprendra à la condition :

- de pouvoir trouver du sens dans la situation d'apprentissage:
- de pouvoir mettre en œuvre une stratégie personnelle:
- de pouvoir comparer sa stratégie à de nouvelles stratégies:
- de pouvoir comprendre les stratégies proposées.

Ainsi, bien que les repères, comme les savoirs enseignés, les acquis et les objectifs visés, puissent servir à mettre sur pied et à réaliser un enseignement de qualité il est utile de rappeler qu'en didactique, la réussite éducative n'est jamais dans la perfection d'un

dispositif, aussi innovateur qu'il soit, mais bel et bien dans la mise en place des conditions pour une pensée critique passant par la réflexion métacognitive de l'élève, par laquelle se construisent ses connaissances et sa liberté de pensée et d'agir.

b) Implication de l'apprenant dans la communication

Rappelons que la métacognition est l'activité par laquelle le sujet s'interroge sur ses stratégies d'apprentissage en faisant un rapport entre les moyens utilisés et les résultats obtenus. L'élève tente en quelque sorte de comprendre son fonctionnement tant moteur qu'émotivotionnel. Dans une communication éducative, il s'interroge sur les stratégies. C'est pourquoi l'enseignant doit créer tout au long de son enseignement, des situations qui incitent l'élève à cette attitude métacognitive.

Dans ce domaine, les textes de Meirieu (1991) peuvent servir de référence. Les outils qu'il propose sont :

- l'évaluation formative : outil précieux qui, à partir d'une planification, de critères de réussite sert de base d'orientation de la communication éducative;
- l'entretien d'explicitation : l'élève décrit le plus exactement possible la manière dont il s'est pris pour réussir la tâche demandée;
- le conseil méthodologique : l'enseignant travaille avec les élèves sur l'amélioration des méthodes qu'ils ont utilisées.

Une telle stratégie d'apprentissage, implique que l'enseignant soit attentif à des facteurs de la personnalité de l'élève constituant son style cognitif. L'existence de différents styles cognitifs permettent d'affirmer qu'une situation n'est jamais perçue de la même façon par les élèves. C'est ainsi que plusieurs typologies sont proposées par différents auteurs pour identifier le style d'apprentissage des élèves.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue, bien que la stratégie d'apprentissage s'appuie sur des styles spécifiques à l'apprenant, les spécificités propres à l'objet d'étude ou au savoir véhiculé qui demeurent également des contraintes dont il faut savoir tenir compte dans un dispositif.

c) Implication du savoir dans la communication

En effet, comme nous venons de le voir, l'enseignant a en face de lui des élèves particuliers, pour ne pas dire uniques en soi. dont le mode de mise en œuvre intellectuelle ou de démarche didactique diffère pour chacun. Ainsi, le problème à résoudre est d'arriver à faire de la classe un lieu d'invention ou de création, d'échanges ou de rencontres, sans toutefois tomber dans l'errance du laisser faire.

Ainsi, pour que l'enseignement soit une véritable aide, l'enseignant se doit de concevoir et d'aménager ou de planifier le savoir faisant l'objet de la communication, en séquences et en situations d'enseignement apprentissage et d'évaluation permettant de partager les responsabilités avec l'élève. Une telle démarche est possible grâce à un dialogue qualifié par les didacticiens de « moment didactique ». Car, le partage des responsabilités entre les interlocuteurs concernés est assuré par la qualité, le niveau d'exigence découlant des activités et les savoirs s'y rattachant.

Un enseignant compétent, devrait pouvoir identifier les différences entre ses élèves afin de proposer des situations permettant à chacun de progresser selon son style et son rythme. Ainsi il devra tenir compte :

- de la problématique du changement à entreprendre:
- de la conception ou représentation que les élèves ont de ce problème:
- des objectifs de formation retenus:
- des possibilités de transfert des acquis:
- etc.

Cependant, c'est en particulier la représentation des élèves qui devra être transformée pour élaborer un nouveau savoir. C'est ainsi que Meirieu (1991) propose de traiter les conceptions ou représentations des élèves en faisant de la médiation. Cette position fait actuellement consensus chez la majorité des didacticiens. C'est la voie la plus efficace selon lui, car c'est celle permettant de transformer les conceptions des élèves. Cependant cette médiation implique la mise en œuvre d'une stratégie efficace pour mobiliser les représentations de l'élève. Meirieu (1991) propose trois moyens pour identifier les éléments mis en œuvre par l'élève pour réussir son apprentissage. Il s'agit :

- du recueil des représentations qui présente la manière dont ils tentent de résoudre un problème;
- de l'organisation de situations expérimentales : l'élève est mis devant un problème qu'il ne peut pas résoudre, soit parce que ses représentations sont inadéquates ou les moyens ne sont pas disponibles. C'est autour de cet obstacle que se construira la nouvelle communication éducative;
- de la construction d'une situation qui utilisera les nouvelles connaissances proposées et qui viennent les greffer aux anciennes.

En résumé, on peut dire, que l'obstacle à franchir dans l'organisation d'une communication éducative, c'est la rupture avec les anciennes connaissances, par rapport aux nouveaux savoirs proposés. Lesquels sont supposés induire un apprentissage en s'inscrivant dans une problématique complexe de changement de conception. Et c'est là qu'intervient la notion de « temps » qui demeure l'un des éléments clés dans ce processus de changement conceptuel.

Dans l'application de cette stratégie de médiation, lors de la réalisation d'une tâche, l'enseignant doit, toujours selon Meirieu :

- tenir compte de la logique ou de la représentation des élèves;
- présenter les éléments de savoirs à mettre à la disposition de l'élève;
- prévoir des tâches intermédiaires complexes et signifiantes;
- prévoir l'erreur, pour pouvoir l'exploiter et la dépasser;
- prendre le temps nécessaire pour assurer l'apprentissage.

Dans son programme de formation, le MEQ a retenu un certain nombre de savoirs essentiels à véhiculer en matière d'éducation à la santé, auprès des élèves de chacun des cycles du primaire.

Cependant, sans vouloir faire de ses savoirs essentiels un objet d'apprentissage obligatoire des cours d'éducation physique et à la santé, les éducateurs physiques se sentent obligés de véhiculer ce contenu.

C'est ainsi que dans leur planification intermédiaire annuel, les éducateurs physiques ont conçu des situations d'apprentissage et d'évaluation intégrant en quelque sorte, ce contenu spécifique. Ils le font, soit de façon concomitante aux deux autres compétences disciplinaires prévues au programme de formation, ou encore de façon isolée, sous forme de capsules santé ou autres formes de stratégies d'intervention.

6.3 Justification de la démarche retenue

Pour mettre sur pied notre prototype, nous avons tenu compte d'une typologie de l'innovation pédagogique portant sur :

- la communication;
- le destinataire de la communication;
- l'émetteur;
- les relations entre l'émetteur et le destinataire;
- les relations entre le destinataire et la communication;
- les relations entre la communication et l'émetteur.

Pour Legendre (2004) inventer, tester et diffuser de nouvelles solutions, pour résoudre certains problèmes soulevés dans le domaine de l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation, constitue une situation d'innovation pédagogique. C'est pourquoi nous avons choisi ce concept comme cadre méthodologique pour le deuxième volet de notre projet.

Le sens du terme « innovation » varie selon les différents domaines auxquels on le rattache. C'est la raison pour laquelle la littérature scientifique qui l'utilise dans des contextes divers, propose plusieurs typologies de l'innovation.

Le sens que nous avons retenu de l'innovation repose sur les deux fondements suivants :

- 1 - toute approche pédagogique, autant dans ses règles théoriques que dans ses modalités d'application, véhicule nécessairement certaines finalités:

2 - l'organisation scolaire, pour atteindre les finalités fixées ou les objectifs visés, se doit de proposer des approches pédagogiques et de présenter des communications éducatives originales.

À la lumière de ces deux fondements, nous pouvons dire que toute communication éducative originale, visant à répondre à une finalité, est constituée des éléments suivants :

- - un contenu:
- - des moyens:
- - un émetteur:
- - un destinataire.

Ce qui implique forcément des relations entre : émetteur, destinataire et le contenu sans oublier le milieu (classe, école et communauté).

Ces cinq composantes nous apparaissent suffisantes et assez objectives pour caractériser toute innovation en communication éducative.

Ainsi, lorsqu'un enseignant organise et réalise sa pratique quotidienne d'enseignement, c'est-à-dire sa communication éducative, il le fait, consciemment ou non, en fonction de ces cinq caractéristiques. Cependant, dans l'organisation de la pratique pédagogique quotidienne, il y a toujours un des éléments de la communication qui est davantage privilégié. C'est ainsi, par exemple, qu'un enseignant peut être plus préoccupé par le contenu de la communication, alors qu'un autre peut être davantage intéressé aux moyens dans la communication.

Jusqu'à nos jours, l'école semble avoir polarisé la communication pédagogique autour de seulement deux composantes principales, soit le contenu et les moyens.

C'est ainsi que l'on peut dire que toute approche pédagogique qui privilégie l'une des trois autres composantes de la communication constituerait en soi une innovation pédagogique.

On propose généralement une typologie des innovations qui présente une vision hiérarchique de la communication en trois niveaux :

- un niveau politique;
- un niveau institutionnel;
- et, enfin, un niveau pédagogique dans le développement des innovations.

Dans notre typologie de l'innovation, nous retiendrons sept éléments complémentaires :

- 1 - l'objet de la communication;
- 2 - l'émetteur;
- 3 - le destinataire de la communication;
- 4 - les relations entre l'émetteur et le destinataire;
- 5 - les relations entre le destinataire et la communication;
- 6 - les relations entre la communication et l'émetteur;
- 7 - les relations avec le milieu.

Nous pensons, ce dont il faut d'abord tenir compte dans toute innovation pédagogique, ce ne sont pas les divers éléments de l'environnement éducatif de façon isolée, mais bien les liens entre ces diverses organisations structurelles, comme c'est le cas dans l'organisation humaine, selon la théorie de l'autopoïèse à laquelle nous adhérons.

Nous pensons qu'une innovation qui privilégie un tel ensemble de conceptions, de croyances et de valeurs, inclut obligatoirement le changement de l'organisation, du système d'enseignement, des rôles des intervenants et des contenus d'enseignement.

Tous ces éléments constitutifs de l'organisation scolaire n'ont de sens que s'ils concourent à actualiser les finalités et objectifs communément fixés. Pour atteindre ces derniers, on se doit de tenir compte obligatoirement de toutes ces facettes de la communication éducative.

C'est donc dans cette perspective que nous avons envisagé la mise au point de notre dispositif didactique pour l'enseignement de l'éducation physique et à la santé.

CHAPITRE 7

LE CHOIX D'UNE STRATÉGIE D'IMPLANTATION DE NOTRE DISPOSITIF DIDACTIQUE

Pour mener à terme l'élaboration du dispositif didactique PRANDIAC il nous fallait trouver une stratégie pédagogique permettant sa mise en application, sans pour autant perdre de vue notre typologie d'innovation tenant compte de l'ensemble des intervenants impliqués dans toute communication éducative efficace.

Rappelons que notre typologie de l'innovation devait tenir compte :

- 1- de l'objet de la communication (l'éducation physique et à la santé);
- 2- du destinataire (les élèves du primaire);
- 3- de l'émetteur; (l'éducateur physique et à la santé)
- 4- de la relation entre l'émetteur et le destinataire; (le contrat didactique)
- 5- de la relation entre le destinataire et la communication; (la démarche didactique)
- 6- de la relation entre la communication et l'émetteur. (Le transfert didactique)

La stratégie retenue passera par les six étapes complémentaires de la démarche PRANDIAC qu'un mot clé permettra de mémoriser plus facilement. Il s'agit du mot :

C A-D-E-A-U

Première étape : (C) pour connaître

Objectif

Elle vise à connaître l'apprenant qui est un individu « unique » avec des besoins spécifiques en lien avec les quatre piliers de la santé. Également cette étape vise à savoir quelles sont les conceptions de l'apprenant pour chacun de ces déterminants. D'où la lettre « C » pour connaître.

Moyens

a) Pour connaître le participant

On entreprendra une cueillette de données à l'aide d'un carnet de santé, dans lequel seront consignées des informations personnelles (photo, nom, sexe, âge, style d'apprentissage, etc.), des données biométriques (taille, poids, adiposité, etc.) ainsi que d'autres indices de santé (masse corporelle, rapport abdomen-hanche, etc.).

Il s'agit ici de compiler les données qui permettront d'établir l'équation de son *profil réactionnel individuel* Magny (2004) découlant de facteurs innés, comme sa constitution. Et de facteurs acquis, comme sa personnalité, ses habitudes et son milieu de vie.

b) Pour connaître les conceptions ou savoirs essentiels du participant

Un questionnaire portant sur les savoirs, (cognitifs, moteurs, etc.) en lien avec les quatre déterminants ou piliers de la santé, vient compléter cette première étape de la démarche.

On peut dire, en quelque sorte, que cette deuxième partie de la première étape, permet d'établir le fameux recueil de représentations proposé par Meirieu (1993).

Deuxième étape : « A » pour analyser

Objectif

Permettre à l'enseignant d'analyser le *profil* du participant et ses représentations ou conceptions en lien avec les déterminants de la santé investigués.

Moyens

Cette analyse se fait en faisant l'analyse critique des conceptions de l'apprenant, lors de forums de discussions, de capsules santé, ou de devoirs. Ces interventions doivent être mises en place, en vue de permettre à l'apprenant d'explicitier ses conceptions, pour que l'enseignant puisse identifier ces fausses conceptions ou les savoirs faisant défaut.

Troisième étape : « D » pour découvrir

Objectif

Il s'agit d'identifier le profil du participant et de découvrir soit son manque de savoirs (cognitif, affectif ou moteur) qui sont en lien avec les quatre piliers de la santé. Ou encore, les savoirs risquant de faire obstacle à ceux qu'on aimerait enseigner. En d'autres mots, cette étape vise à mettre en lumière et à valider, soit l'ignorance ou les conceptions par défaut de l'apprenant en vue d'une meilleure planification des situations d'apprentissage et d'évaluation.

Moyens

Cette étape se fera par l'organisation de situations d'expérimentation découlant de l'analyse conceptuelle de l'apprenant. Ce dernier sera mis devant un problème qu'il ne peut pas résoudre avec ses acquis actuels. Soit parce que ses références ou ses représentations sont inadéquates (fausses conceptions) ou ne sont pas disponibles (ignorance).

Quatrième étape : « E » pour établir

Objectif

Il s'agit d'établir un plan d'intervention qui prendra la forme d'un dispositif didactique ou d'une communication éducative visant soit à combler le manque de savoirs ou induire un conflit cognitif visant un changement de conception.

Moyens

La stratégie retenue est l'approche séquentielle visant l'intégration de savoirs essentiels propres à chacun des piliers de la santé. En d'autres mots, il s'agit de la mise sur pied de communications éducatives planifiées en fonctions d'objets d'apprentissage précis, identifiés à l'étape « D » précédente. Ces communications éducatives prendront la forme de séquences d'enseignement comprenant différentes situations d'apprentissage et d'évaluation. Ces SAÉ proposeront de nouveaux savoirs essentiels, qui viendront s'ajouter à ceux déjà acquis par l'apprenant, qui combleront éventuellement les lacunes

identifiées ou servons à déclencher des conflits cognitifs première étape dans le changement de conception.

Cinquième étape : « A » pour accompagner

Objectif

Il s'agit d'accompagner l'apprenant dans sa démarche de compréhension et d'intégration de ces nouveaux savoirs. C'est là que les notions de différenciation de l'enseignement et l'évaluation formative prennent véritablement sens.

Moyens

L'outil privilégié est un portfolio pouvant prendre la forme d'un cahier de bord avec des feuilles de route, intégrant des travaux avec des critères d'autoévaluation. On peut également utiliser:

- l'entrevue:
- les listes de vérification des comportements observables:
- des devoirs actifs ou passifs:
- le contrat d'engagement:
- etc.

Sixième étape : « U » pour utiliser

Objectif

Il s'agit ici d'utiliser adéquatement toutes les ressources disponibles pour mener à bien les objectifs du plan d'intervention personnalisé visant à résoudre les problèmes identifiés à l'étape précédente. Pour cela, il faudra trouver les éléments facilitateurs par rapport aux éléments contraignants identifiés et pouvant contribuer au changement de perception de l'apprenant.

Moyens

Toutes les personnes-ressources et intervenants auprès de l'apprenant. En d'autres mots, toute personne pouvant aider ce dernier dans son cheminement. En particulier, l'équipe école, la famille et son entourage en général.

Il faut voir les six étapes de notre stratégie de façon complémentaire, ce qui permet de revenir à tout moment à l'étape précédente advenant la non-réalisation de l'objectif visé à une quelconque des étapes.

Comme nous l'avons dit dans le contexte théorique, l'engagement actif et durable des individus suppose des changements importants d'attitudes et de conceptions. C'est pourquoi plusieurs stratégies sont préconisées et doivent être utilisées pour arriver à de tels résultats.

L'approche PRANDIAC/C-A-D-E-A-U cadre bien avec les interventions d'orientation sociocognitives ou socioconstructiviste. Ces dernières sont des tentatives systématisées pour changer les comportements des gens, par des expériences vécues, dans un souci d'infléchissement guidé et volontaire des conduites à risque.

Cette volonté de lier la recherche sociocognitive à l'intervention comportementale à tendance behavioriste, se retrouve dans de nombreux domaines de prévention tels que celui de la sexualité, du tabagisme, de la conduite automobile, etc.

L'approche PRANDIAC/C-A-D-E-A-U est en quelque sorte une démarche stratégique permettant l'autonomisation ou l'individualisation en éducation à la santé. C'est une démarche dans laquelle, l'individu se réalisant, va être amené à rompre, par une sorte de nécessité interne (vision autopoïèse) et avec un certain nombre de pressions sociales, avec des habitudes jugées néfastes.

Loin de prétendre restreindre l'individu dans un cadre comportemental défini a priori, l'éducation à la santé, telle que nous la voyons par le biais de l'approche PRANDIAC/C-A-D-E-A-U, repose sur l'idée selon laquelle, se réaliser pleinement comme individu, va de pair avec l'adoption d'un style de vie faisant l'économie des « comportements à risque » aliénants et dangereux pour l'organisme.

Les critères d'évaluation de notre dispositif et stratégie d'intervention sont la praticabilité et la maniabilité

Il nous a fallu tenir compte de ces deux critères d'évaluation lors de la structuration de notre dispositif. Cela, tout en nous assurant d'être en conformité avec notre modèle de vision intégrée en santé, tenant compte du modèle d'autonomisation en éducation à la santé qui semble le mieux cadrer avec cette vision.

7.1 Fondements de la stratégie d'application de notre dispositif

Les différentes étapes de notre stratégie visent l'implication des acteurs concernés par la communication éducative. Elles permettent également de les mettre en relation dans une complémentarité ce qui fait à notre avis la force de notre typologie d'innovation.

Quant à la stratégie même elle est inspirée des travaux de Rochon (1988) qui propose une approche synthèse, regroupant les principes découlant de plusieurs théories et stratégies d'intervention en éducation à la santé.

Les différentes étapes de la stratégie qu'il propos, complètent celles de l'approche PRANDIAC. Elles visent particulièrement un changement d'attitude en matière de santé.

Il s'agit de faire en sorte que l'apprenant :

- a. soit au courant (prenne conscience) d'un comportement à changer;
- b. soit intéressé à en savoir plus long sur l'origine de ce comportement;
- c. ressent le besoin de prendre une décision en vue d'effectuer ce changement;
- d. décide de prendre une décision volontaire à ce sujet;
- e. essaye de nouveaux comportements proposés en lien avec cette décision;
- f. puisse évaluer le niveau de satisfaction ou d'insatisfaction de cette expérience;
- g. puisse dire qu'il adopte ou n'adopte pas ce nouvel comportement;
- h. puisse intérioriser ou intégrer ce comportement pour en faire une nouvelle habitude de vie;
- i. puisse vulgariser ce nouveau comportement dans son entourage.

Voyons plus en détail les différentes étapes de cette stratégie.

- a) être au courant et
- b) être intéressé aux changements de comportement.

Nous avons regroupé les deux premières étapes « être au courant » et « être intéressé », car elles sont étroitement reliées. Car, on s`informe parce qu`on est intéressé et en s`informant on fait la preuve d`un certain intérêt.

- c) Ressentir le besoin de prendre une décision

Les diverses théories en éducation à la santé proposent le passage de l`étape « être intéressé » à l`étape de « prendre une décision ». Le modèle de Rochon suggère une étape intermédiaire soit celle de « ressentir le besoin de prendre une décision ». Cette étape peut se résumer selon lui par cette phrase :

« Même si je suis au courant et intéressé(e) à ce nouveau comportement en matière de santé, est-ce que je ressens véritablement le besoin de prendre une décision à ce sujet maintenant ? »

Certaines des questions suivantes, inspirées de théories psychologiques comportementales ou éducatives peuvent permettre de faciliter la réponse à cette question :

- Est-ce que cette décision répond à un de mes besoins fondamentaux ?
- Est-ce que quelque chose de grave peut m`arriver si je ne prends pas cette décision maintenant ?
- Est-ce que cette décision peut m`apporter des conséquences heureuses ?
- Ces conséquences sont-elles importantes pour moi ?
- Le fait de prendre cette décision est-il valorisé par les personnes qui me sont chères ? Leur opinion est-elle importante pour moi ?
- Est-ce que les personnes qui me sont chères ont pris déjà une telle décision ?
- Est-ce que je valorise personnellement une telle décision ? Pourquoi ?

d) Prendre une décision

Le mécanisme de la prise de décision comprend plusieurs étapes à savoir :

- chercher : à partir des besoins identifiés, la personne fait l'inventaire des options possibles;
- clarifier : au cours de l'inventaire, elle clarifie la signification et l'implication des diverses options;
- vérifier : suite à cette clarification, elle vérifie quelles options répondent à ses besoins;
- choisir : finalement, elle choisit parmi l'éventail des possibilités offertes.

La spécification de la prise de décision ou extrants.

Enfin, on constate que toute prise de décision peut résulter en une multitude d'intentions. Comme l'intention de commencer, de recommencer, de maintenir, de diminuer, d'augmenter, de substituer, ou de cesser par exemple un comportement.

e) Essayer

L'étape « essayer » implique deux éléments complémentaires importants, à savoir les facteurs facilitateurs et l'essai lui-même.

- Les facteurs facilitateurs

Ils se regroupent en facteurs personnels (habiletés ou capacités) et environnementaux (services, ressources, etc.) permettant d'actualiser la décision prise:

L'essai

C'est le moment où l'individu essaie le nouveau comportement après s'en être fait une image mentalement. Le but de l'essai est de vérifier si ce nouveau comportement est plaisant ou utile en vue d'une option future.

f) Satisfaction ou insatisfaction

Le processus de décision est un processus continu, car, toute insatisfaction peut entraîner une remise en question de la décision conduisant à ressentir le besoin de prendre une

nouvelle. Le contraire, la satisfaction, vient consolider cette prise de décision et facilite son adoption.

g) Adopter, adapter ou rejeter

Cette étape correspond à l'étape de l'adoption de la théorie de Rogers. C'est le moment où l'individu décide d'adopter, d'adapter ou de rejeter le comportement. C'est l'utilisation continue de l'innovation, ce qui inclut donc la notion de maintien du comportement.

Les facteurs de progression sont essentiels à cette phase. Ce sont les facteurs facilitants, de renforcement et de rétroaction. Ce dernier facteur correspond à l'amélioration du comportement suite aux conseils d'un intervenant. On passe de l'imitation d'un comportement à la manipulation, à la réalisation avec précision et finalement à une maîtrise parfaite d'un comportement. Le genre de feedback psychomoteur permet d'ajuster le comportement et de l'améliorer. L'individu se sent alors de plus en plus compétent. Il éprouve de la satisfaction, reçoit les encouragements des autres et peut réaliser le comportement de façon adéquate et l'intérioriser.

h) Intérioriser

Cette étape correspond au processus de changement. Il s'agit de l'intégration du comportement aux valeurs de l'individu. À cette étape, le comportement est valorisé. L'individu n'adopte pas le comportement seulement pour plaire à quelqu'un ou parce que cela lui apporte de la satisfaction, mais parce qu'il correspond à une valeur fondamentale pour lui.

i) Vulgariser

Cette étape rencontre le cinquième besoin dans la théorie de Maslow soit celui d'épanouissement. L'individu devient à ce moment un multiplicateur. Il voudrait faire profiter à d'autres des bienfaits qu'il tire de ce comportement qu'il a adopté et surtout intériorisé.

Tableau IX Étapes de la démarche PRANDIAC/C A D E A U

Étapes de la démarche et de la stratégie utilisées PRANDIAC/C-A-D-E-A-U	Moyens proposés, critères d'évaluation, responsables
<i>Six étapes</i>	<i>Six moyens</i>
Première étape (Planification) <u>Connaître</u> l'apprenant et prendre connaissance de ses prédispositions et de ses acquis <u>pour pouvoir planifier</u> des interventions significantes	Carnet santé (Responsables : Professeur – élève) Critères : Validité et impact
Deuxième étape (Structuration) <u>Analyser</u> son profil personnel à la lumière de ses acquis pour structurer le contenu de situations d'expérimentation	Forum de discussion (Responsables : Professeur – élève) Critères : Praticabilité et maniabilité
Troisième étape (Production) Découvrir les besoins par la mise en place de situations en lien avec les connaissances faisant défaut ou celles faisant obstacles	Situations d'expérimentation (Responsables : Professeur – élève) Critère : Conformité
Quatrième étape (Réalisation) Établir un plan d'intervention visant à réaliser les conceptions de l'apprenant.	Programme séquentiel (avec situations d'apprentissage et d'évaluation) (Responsable : Professeur) Critère : Efficience
Cinquième étape (Évaluation) Accompagner le participant dans le processus de changement de conceptions, par l'intermédiaire de critères d'auto-évaluation.	Portfolio (Responsables : Professeur – élève - milieu) Critère : Impact
Sixième étape (Révision) Utiliser les ressources disponibles pour mener à bien ce projet et assurer le suivi et les ajustements nécessaires, par l'autorégulation.	Coaching (Responsables : Professeur – élève – milieu) Critère : Suivi

L'approche PRANDIAC/C-A-D-E-A-U (tableau IX) constitue une stratégie que les éducateurs physiques peuvent expérimenter facilement dans leur pratique professionnelle.

7.2 La validation du dispositif

Pour mener à bien cette étape qui permet de passer à l'étape suivante de la rencontre du dispositif PRANDIAC/CADEAU, il aurait fallu passer à la conception d'outils ou de matériel pédagogique (moyens), tout en s'assurant que ces outils respectent le critère retenu pour la production, à savoir celui de la conformité au modèle.

Des six moyens d'action retenus pour mettre en place le dispositif PRANDIAC/CADEAU (voir tableau VIII), deux seulement pouvaient être conçus AVANT l'étape de la rencontre. À savoir, le carnet santé et le portfolio. En ce qui concerne les quatre autres moyens proposés, à savoir :

- les forums de discussion;
- les situations expérimentales;
- les séquences d'enseignement avec les situations d'apprentissage et d'évaluation;
- le coaching.

Ils sont tributaires du contexte d'intervention et des données découlant des étapes précédentes. ainsi, ils ne peuvent être pré-établis.

Ayant privilégié, tout au long de ce projet de recherche, un esprit de partenariat mettant à contribution les intervenants du milieu déjà impliqués dans l'implantation de la réforme, c'est dans cette perspective de collaboration que nous avons décidé de retenir à l'étape de production de notre dispositif, des outils qui ont déjà été expérimentés dans le milieu.

Dans la foulée du renouveau pédagogique des dernières années en lien avec la réforme, plusieurs projets relatifs à l'enseignement de l'éducation physique et à la santé, ont vu le jour.

Nous avons décidé de faire de ces projets un point d'ancrage avec notre dispositif, en le présentant comme un moyen complémentaire à ces stratégies à faire prendre conscience des étapes manquant à leur démarche.

Dans l'ensemble des stratégies relevées lors de notre enquête, nous avons retenu deux qui ont été expérimentées pour véhiculer le contenu disciplinaire en lien avec la

troisième compétence « adopter un mode de vie sain et actif » du programme de formation.

Ces deux stratégies qui ont été retenues sont le carnet santé et le sportfolio, que nous allons vous présenter brièvement.

Les éducateurs physiques concernés par ces deux stratégies ont accepté que leur démarche fasse l'objet d'une analyse critique comparative et complémentaire à la démarche PRANDIAC/CADEAU que nous proposons.

S'il est vrai que la conformité de ces deux projets ne soit pas exactement à la hauteur de nos aspirations en matière de santé intégrée, il n'en demeure pas néanmoins qu'ils auront été pour le moins expérimentés en milieu scolaire et avoir passé l'épreuve de la rencontre, ce qui n'est pas encore le cas de notre démarche.

A - Le projet de Carnet de santé

C'est sous l'initiative de Michel Lupien, éducateur physique et éducateur à la santé à l'école Père Marquette de Boucherville, que l'équipe école a accepté d'expérimenter ce projet de Carnet de santé, au courant de l'année scolaire 2003-2004. Les objectifs de ce projet étaient multiples. Cependant, les deux plus importants étaient la sensibilisation et la responsabilisation des élèves en matière de mode de vie sain et actifs.

L'application de ce projet repose sur quatre étapes complémentaires.

- le bilan de santé;
- les questions ouvertes;
- le forum de discussion;
- les activités d'intégration.

Voyons plus en détail ces quatre étapes :

a) Le bilan de santé

Il traitait des informations générales sur l'enfant (nom, âge, grandeur, etc.). Également des tests d'efficiencia ou de condition physique, des indices de santé etc.

b) Les questions ouvertes

À chaque semaine, l'éducateur physique préparait une question pour chacun des niveaux ou des groupes classe. Cette question était en lien avec un thème indiqué dans le carnet de santé. Les élèves devaient travailler cette question durant la semaine. Cette question était également affichée dans les couloirs de l'école à titre de rappel. Les élèves, en collaboration avec leur titulaire, avaient jusqu'au vendredi de la semaine pour y répondre.

Ces questions permettaient d'aborder les savoirs essentiels, découlant de la 3^{ème} compétence disciplinaire en éducation physique et à la santé, proposés par le programme de formation.

c) Le forum de discussion

À la fin de chaque mois, le professeur d'éducation physique, rencontrait au gymnase les élèves par degré (les premières années, les deuxièmes, etc.). Les discussions se faisaient à partir des différentes questions posées à chacune des semaines.

d) Les activités d'intégration

Au cours de l'année, les élèves avaient à participer à huit journées sportives, réparties en seize demi-journées. Les activités choisies étaient celles pouvant être reprises à l'extérieur des murs de l'école. Les activités étaient proposées par les étudiants et leurs titulaires. Ce volet visait à faire « sortir l'activité physique du gymnase » en vue de l'adoption d'un mode de vie actif, conformément à l'intention éducative du domaine général de formation : santé, bien-être.

B - Le projet portfolio

C'est Joël Bouthillette, un éducateur physique à la commission scolaire de St-Hyacinthe, qui est à la base de ce projet.

Le contenu du portfolio portait également sur les savoirs essentiels en rapport avec les compétences et composantes du programme de formation en éducation physique et à la santé.

Ce projet a été bonifié à la table de travail sectorielle des éducateurs physiques de la Montérégie (Rive sud de Montréal) grâce à la collaboration des membres participants. Il faut également mentionner que Paul Masson, Gilles Boudreau et Michel Dazé y ont collaboré de façon plus étroite, dans le cadre d'un sous-comité en éducation à la santé.

Voyons maintenant un peu plus en détails les caractéristiques de ce projet, en commençant par une mise au point.

a) Le Sportfolio vs Portfolio

Le sportfolio ne respecte pas les paramètres théoriques d'un portfolio conventionnel à savoir la collecte de travaux signifiants en fonction d'intentions d'apprentissage préalablement définies par l'élève et le titulaire. Toutefois, il est conforme au programme de formation de l'école québécoise en permettant à chaque élève de suivre certaines composantes de son développement moteur et cognitif.

b) Intention du Sportfolio

Il devait permettre de suivre le développement des compétences du programme de formation en EPS tout au long des trois cycles d'étude de l'élève. Ces compétences devaient permettre à l'enfant de construire autant ses connaissances que ses habiletés motrices et son éthique sportive reliée à l'éducation physique et à la santé.

De permettre à l'enfant de se responsabiliser en regard de ses apprentissages et de favoriser son autonomie dans l'adoption d'un mode de vie sain et actif.

c) Utilisation du Sportfolio

À l'aide du Sportfolio, l'enfant était amené à porter régulièrement un regard sur le développement des compétences disciplinaires en éducation physique et à la santé. Cela lui permettait non seulement de reconnaître ses forces mais aussi d'ajuster ses actions en lien avec ses faiblesses, pour mieux relever les défis qui se posaient à lui.

d) Gestion du sportfolio par le spécialiste

Le Sportfolio devait être conservé à l'intérieur du Portfolio scolaire, plus global et conventionnel. Il demeurait en classe et avait sa propre section à l'intérieur de ce dernier.

À la fin de l'année scolaire, il était remis aux finissants de chacun des cycles (2^e, 4^e et 6^e année). C'est ainsi que les élèves de 2^e et les 4^e obtenaient un nouveau Sportfolio l'année suivante. Les élèves possèderaient donc, à la fin de leur étude primaire, trois Sportfolio qui couvre l'ensemble du programme de formation en EPS.

L'élève devait apporter régulièrement son Sportfolio à la maison afin que les parents puissent en prendre connaissance et discuter avec lui de ses réussites et de ses difficultés tout au long de son cheminement scolaire.

Il y avait également un espace prévu à la fin du document pour que les parents puissent y écrire leurs commentaires.

e) Gestion par les titulaires

Elle était assez substantielle, car c'était avec leur collaboration que les élèves pouvaient compléter en classe la partie du Sportfolio concernant les apprentissages faits au gymnase.

f) D'un point de vue général

Le Sportfolio était un document standard quant à sa composition, à sa forme et à son apparence. Il était harmonisé de la 1^{re} à la 6^e année. Toutefois, d'un cycle à l'autre, le contenu était évolutif, car il se devait de répondre aux attentes de chacun des cycles du primaire:

Pour sa gestion il demandait, d'une année à l'autre, de moins en moins de temps d'explication, tant au niveau des élèves, des titulaires que des parents.

Les élèves avaient à l'apporter au gymnase quelques fois dans l'année afin de compléter certaines sections avec l'éducateur physique.

Il pouvait également y ajouter un document relatif à un cours en particulier (ex. : une feuille d'observation, un examen, etc.).

Il y avait une section réservée aux savoirs essentiels véhiculés.

C'est tout au long des deux années du cycle que l'élève avait à compléter son Sportfolio.

7.2.1 La rencontre

Cette étape de la démarche PRANDIAC-CADEAU porte sur la mise en place ou l'expérimentation du dispositif. Cependant, rappelons que le but de cette étude était simplement de proposer une démarche d'intervention novatrice permettant l'intégration des concepts véhiculés tant en en éducation physique qu'en éducation à la santé, dans le respect des principes propres au courant socioconstructiviste et d'une vision intégrée en santé. Ainsi, il ne sera pas question dans cette étude d'une expérimentation véritable de ce dispositif auprès des gens du milieu. Nous nous contenterons simplement pour cette étape de « la rencontre » de dresser dans la discussion générale, une parallèle entre ces deux dispositifs déjà expérimentés à savoir le carnet santé, le portfolio et notre dispositif.

Rappelons, que le dispositif PRANDIAC/CADEAU que nous proposons permet de :

- partir des acquis de l'apprenant;
- d'identifier ses besoins d'apprentissage en lien avec les déterminants de sa santé;
- de mobiliser ses acquis en matière des déterminants de la santé concernés;
- de combler ou de contourner ses connaissances obstacles, en vue d'un éventuel changement de ses fausses conceptions;
- d'engager le participant dans une démarche d'autonomisation face à sa santé.

L'évaluation de l'efficacité d'une telle démarche d'intervention par les éducateurs physiques devra obligatoirement être faite à la lumière des résultats attendus auprès des participants. En ce qui concerne la troisième compétence en éducation physique du programme d'éducation physique « adopter un mode de vie sain et actif », il est prévu de prendre en considération les attentes de fin de cycle, selon les échelles de niveaux de compétence élaborées par le ministère de l'Éducation du Québec (2003).

Enfin, il faut voir notre dispositif en lien avec la typologie d'innovation proposée. Rappelons que ces caractéristiques peuvent se regrouper en trois sections. La première traitant des caractéristiques liées à l'intervention elle-même, à savoir : son contenu et à son processus d'application. La seconde s'attardant aux caractéristiques liées aux intervenants, il s'agit de l'enseignant et de l'apprenant. Tandis que la dernière section aborde les caractéristiques liées au milieu ou contexte.

En d'autres mots, ces caractéristiques tiennent compte des trois types de relations concernés dans tout projet de communication éducative.

Nous proposons une grille (tableau X) permettant d'évaluer le niveau d'appréciation de n'importe quelle stratégie d'intervention proposée selon les caractéristiques propres à la typologie d'innovation que nous avons retenue.

Tableau X Grille d'évaluation du niveau d'appréciation d'une stratégie d'intervention en EPS

Caractéristiques	Composantes	Niveau d'appréciation
1- Liées au savoir	a) Contenu	1 2 3 4 5 Précision des objectifs visés
		1 2 3 4 5 Pertinence des moyens d'action
		1 2 3 4 5 Critères d'évaluation
	b) Approche	1 2 3 4 5 Tient compte des acquis antérieurs
		1 2 3 4 5 Diversité dans les stratégies
		1 2 3 4 5 Différenciation de l'enseignement
Sous-total		
2- Liées aux intervenants	a) Enseignant	1 2 3 4 5 - Expertise dans le domaine
		1 2 3 4 5 - Capacité d'enseigner
		1 2 3 4 5 - Adaptation au contexte
	b) apprenant	1 2 3 4 5 - Mobilisation des acquis
		1 2 3 4 5 - Transfert des apprentissages
		1 2 3 4 5 - Autonomie dans l'apprentissage
Sous-total		
3- Liées au milieu d'intervention	a) Population cible	1 2 3 4 5 - Participation active
		1 2 3 4 5 - Intégration des acquis
		1 2 3 4 5 - Impact sur le milieu
	b) Ressources	1 2 3 4 5 - Utilisation optimale des ressources du milieu
		1 2 3 4 5 - Soutien du milieu
		1 2 3 4 5 - Concertation avec le milieu
Sous-total		
Grand total		

Légende : 1 = En désaccord; 2= Plus ou moins en accord; 3 = En accord; 4 = Parfaitement en accord; 5 = Complètement en accord.

7.3 LA RÉVISION DU DISPOSITIF

C'est à partir du point de vue de l'ensemble des intervenants impliqués dans l'expérimentation de notre dispositif, à savoir, les élèves, l'enseignant, les titulaires et les parents, que les ajustements devront être apportés.

Étant donné que notre dispositif n'a pas encore passé l'étape de la rencontre ou de l'expérimentation véritable on ne tiendra compte que des commentaires généraux recueillis lors des présentations du dispositif, lesquels feront l'objet de la discussion générale. Durant ces présentations faites auprès d'éducateurs physiques des commissions scolaires ayant participé à notre enquête, l'accueil fut des plus positives, tenant compte des commentaires recueillis (voir grille d'évaluation de la présentation en annexes VII).

Il en est de même des résultats obtenus dans la compilation de la grille d'évaluation du niveau d'appréciation d'une stratégie d'intervention en EPS (voir le tableau IX), faite par les participants. La majorité des groupes consultés était « parfaitement en accord » pour dire que l'approche PRANDIAC/CADEAU permettait de répondre aux trois critères ou caractéristiques retenues :

- le contenu de l'intervention:
- les intervenants (enseignants – apprenants)
- le milieu.

CHAPITRE 8

LA DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission des États généraux sur l'éducation, MEQ (1996) a conduit à une réforme et a engendré de nombreux changements à tous les paliers d'enseignement au Québec.

C'est ainsi que l'école québécoise est redéfinie comme « L'école de la réussite ». Sa mission s'articule autour de trois axes : instruire, socialiser et qualifier. On veut en quelque sorte d'une école qui offre à tous les élèves un contenu signifiant, adapté à des besoins diversifiés. Une école qui stimule le désir de se surpasser et qui fait des personnes créatives, autonomes et responsables MEQ (2001).

Le nouveau programme de formation de l'école québécoise en éducation préscolaire, et enseignement primaire comptant trois cycles et celui du secondaire comptant deux cycles, s'inspire de cette vision de la réforme scolaire.

Dans son programme de formation de l'école québécoise, le ministère de l'Éducation a décidé de retenir certaines intentions éducatives et savoirs dits essentiels en lien avec différents domaines disciplinaires. Cependant, plusieurs éléments constituant ce programme de formation doivent être abordés de façon globale et de manière interactive.

a) Les domaines généraux de formation (DGF)

C'est ainsi que l'on retrouve dans un premier temps, les domaines généraux de formation qui sont un ensemble de problématiques de la vie contemporaine que les jeunes doivent affronter et qui contribuent au développement de ses compétences. C'est de ces domaines généraux de formation que s'articulent les intentions éducatives du programme. Ces dernières visent à permettre à l'élève de faire des liens entre ses apprentissages et sa vie quotidienne. Les DGF favorisent également l'intégration de l'ensemble des matières de manière à ce que l'élève puisse développer ses compétences et d'enrichir de façon complémentaire les disciplines scolaires pour la construction de sa vision du monde et la structuration de son identité.

b) Les compétences transversales

Elles sont communes à toutes les disciplines scolaires, ce sont cette capacité de transposer dans différents domaines d'activités, un savoir acquis dans un contexte particulier.

c) Les compétences disciplinaires

Elles sont regroupées par domaine d'apprentissage, elles sont propres à chaque discipline. L'éducation physique et à la santé, fait partie du domaine du développement personnel (DDP) qui vise le développement global de l'élève.

Au niveau primaire, les visées du DDP sont : « accroître son estime de soi: se responsabiliser face au développement de toutes les dimensions de son être, se sensibiliser à un ensemble de valeurs de l'ordre du vivre-ensemble et développer des compétences qui aident à agir et à interagir de manière positive, saine et efficace » (MEQ, 2001).

Au niveau du premier cycle du secondaire, les visées du DDP sont : « développer chez l'élève le souci de santé physique et de son équilibre mental de même qu'une préoccupation pour le mieux-vivre collectif. » (MEQ, 2003).

d) Les savoirs essentiels

Les éléments du contenu de formation de l'ÉPS sont un ensemble de savoirs essentiels aussi appelés « concepts intégrateurs ». Associés spécifiquement aux trois compétences disciplinaires et selon le cycle d'enseignement, ces concepts sont regroupés en savoirs, savoir-faire, savoir-être et repères culturels. L'ensemble des savoirs essentiels constitue un répertoire de ressources indispensables au développement et à l'exercice d'une compétence disciplinaire. La mobilisation de ses savoirs permet à l'élève d'y recourir de façon judicieuse selon différents contextes.

L'éducation physique et à la santé vise la responsabilisation de l'élève à l'égard de son agir corporel, ses interactions avec autrui et sa santé. Ce domaine disciplinaire comporte trois compétences disciplinaires inter reliées entre elles :

- agir dans divers contextes de pratique d'activités physiques;
- interagir dans divers contextes de pratique d'activités physiques;
- adopter un mode de vie sain et actif.

Les deux premières compétences sont complémentaires car lorsque l'élève développe son interagir, il fait appel aux ressources nécessaires au développement de la compétence de l'agir. Quant à la troisième compétence, elle prend appui sur les précédentes puisque l'agir et l'interagir ont des retombées sur la pratique d'activités physiques et les habitudes de vie en général.

Pour les savoirs essentiels de la compétence « adopter un mode de vie sain et actif » ont retrouve :

a) Au primaire

- Savoirs : Habitudes de vie telles que la pratique régulière d'activités physiques, la pratique sécuritaire d'activités physiques, condition physique, hygiène corporelle associé à la pratique d'activités physiques, relaxation, gestion du stress, effets de la sédentarité sur le poids, la flexibilité, la masse musculaire, la structure et le fonctionnement du corps.

b) Secondaire

- Savoirs : saines habitudes de vie, habitudes de vie néfastes;
- Savoir-faire : pratique régulière d'activités physiques, pratiques de techniques de gestion du stress;
- Savoir-être : essentiellement les savoirs de la deuxième compétence.

On constate, qu'au niveau primaire, on ne retrouve que des « savoirs » théoriques, en ce qui concerne les savoirs essentiels proposés. Ces savoirs essentiels ont été regroupés en trois champs d'étude.

Le premier champ d'étude porte sur les habitudes de vie et les savoirs portent exclusivement sur l'activité physique. On y retrouve des savoirs en rapport avec :

- a) la pratique régulière d'activité physique,
- b) la pratique sécuritaire d'activité physique.

- c) la condition physique,
- d) l'hygiène corporelle associée à l'activité physique,
- e) la relaxation et détente,
- f) la gestion du stress.

En ce qui concerne le deuxième champ d'étude retenu dans le programme d'éducation physique et à la santé pour la troisième compétence, on peut dire que lui aussi est abordé à la lumière de l'activité physique. puisqu'il ne porte que sur les effets de la sédentarité en lien avec :

- a) le poids corporel,
- b) la flexibilité,
- c) la masse musculaire.

Enfin le dernier champ d'étude porte lui aussi sur l'activité physique. Il est abordé par le biais de la structure et le fonctionnement des parties du corps humain comme :

- les os, les muscles, le cœur, les poumons, les articulations, etc..
- la réponse du corps à l'exercice.

Lors de notre enquête (chapitre 4), les éducateurs physiques devaient indiquer, parmi les savoirs essentiels du programme de formation en lien avec la troisième compétence, ceux qu'ils véhiculaient dans le cadre de leur cours d'éducation physique.

Au champ des habitudes de vie, la pratique régulière d'activités physiques, le développement de la condition physique, la gestion du stress et la relaxation étaient les notions les plus abordées.

Venaient en deuxième position le champ traitant de la structure et le fonctionnement des parties du corps humain et en dernière position, venait le champ portant sur les effets de la sédentarité.

8.1 L'urgence d'intervenir en éducation à la santé

Dans son rapport sur la santé dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé (2002) avance que l'espérance de vie en bonne santé pourrait augmenter de 5 à 10 ans si de réels

efforts étaient faits pour lutter contre les principaux facteurs de risque dans chaque région du globe.

Elle identifiait dix des plus importants facteurs de risque mondiaux responsables annuellement de 40 % des 56 millions de décès dans le monde et de la perte du tiers des années de vie en bonne santé.

Il s'agit :

- de l'insuffisance pondérale de la mère et de l'enfant;
- des pratiques sexuelles à risque;
- du tabagisme;
- de l'alcoolisme;
- de l'eau non potable;
- du manque d'assainissement ou d'hygiène;
- des fumées des combustibles solides à l'intérieur des habitations;
- de la carence en fer.

Parmi les causes, on retrouve la malnutrition qui demeure le pire problème de santé. Pour les habitants des pays riches comme le Canada, une alimentation trop riche en sucre, en sel et en gras et la sous-alimentation en ce qui concerne les habitants des pays pauvres. Globalement, selon l'OMS, la « malbouffe » et la « malnutrition » sont responsables de la mort d'une personne sur 14.

Les recherches menées sur l'espérance de vie vont dans le même sens. Elles tendent à démontrer que les occidentaux mangent trop et dépassent largement le nombre de calories nécessaires soit environ 2 700 par jour chez les hommes et 2 000 chez les femmes. Ce surplus de calories s'accumule dans le corps sous forme de graisse. C'est ainsi qu'au Québec, le tiers des hommes et le quart des femmes souffre d'un excès de poids. Aux États-Unis, c'est 61% des gens qui sont obèses et qui s'exposent ainsi à des risques accrus de maladies. Rien d'étonnant que les Québécoises âgées de 15 ans et plus désirent perdre du poids, selon statistiques Canada, chez les femmes de 20 à 34 ans, 58 % se trouvent trop grosses.

Pour atténuer les effets des problèmes de santé identifiés plus haut, l'OMS a également émis une série de recommandations adaptées selon les régions. Ainsi, pour contrer le problème universel de la malnutrition, son rapport propose de diminuer le sel dans les produits transformés, de réduire la quantité de matière grasse dans l'alimentation, de promouvoir davantage la consommation de fruits et de légumes et d'enrichir en fer les aliments dans les pays où il y a des carences.

Il faut reconnaître que les facteurs de risque ne sont pas toutefois les mêmes selon les régions et surtout selon les individus. Par exemple, dans les pays riches, les plus grands périls sont liés à des facteurs sous le contrôle direct de l'individu comme le tabagisme, l'alcoolisme, le surplus de poids, la consommation insuffisante de fruits et de légumes et le manque d'exercice.

Plusieurs réactions organiques découlent directement de ces facteurs. C'est le cas par exemple de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie et de la surcharge pondérale ou de l'obésité.

Dans les pays les plus pauvres, la sous-alimentation est de loin la plus grande menace à la santé, suivie par les pratiques sexuelles à risque. Ainsi, en Afrique subsaharienne, l'espérance de vie serait d'environ 62 ans (au lieu des 47 ans actuels) si le sida n'y faisait pas autant de ravages. Dans les autres pays en développement, l'alcool et le tabagisme constituent les principales menaces. Ainsi, en 2000, le tabac a été à l'origine de près de 5 millions de décès dans le monde, une augmentation de 25 % par rapport à 1990 et une hausse attribuable surtout aux pays en développement.

De nos jours, les principaux points d'intervention en soins de santé au Canada, sont les maladies polygéniques multifactorielles (asthme, diabète, risques cardiovasculaires et d'autres maladies induites par l'environnement, comme c'est le cas pour la majorité des allergies et de certains cancers en marge de devenir la première cause de décès au pays dans les prochaines années

Car, parmi les problèmes importants de santé publique touchant la moitié de la population mondiale, il faut mentionner la pollution de l'air intérieur, surtout causée par

l'utilisation de combustibles solides pour la cuisson et le chauffage. Elle est responsable de 36 % des infections des voies respiratoires et de 22 % des broncho pneumopathies obstructives.

C'est à la lumière de ces données de l'OMS que la majorité des pays ont opté pour un contenu en éducation à la santé portant particulièrement sur ces facteurs que nous venons d'identifier.

Dans le programme d'éducation physique de l'école québécoise, on peut facilement faire quelques liens entre les savoirs essentiels retenus par le MÉQ et les préoccupations de l'OMS.

C'est le cas, par exemple, des liens entre le surplus de poids et le manque d'exercice.

Cependant, comme nous l'avons déjà dit, il ne suffit pas d'avoir identifié un facteur de risque. (comportements) quel qu'il soit, pour que les individus concernés changent cette habitude de vie néfaste.

D'où la nécessité d'un véritable programme d'éducation à la santé permettant d'aller aux causes véritables de ces comportements qui ne sont que le haut de l'iceberg. Car, c'est dans les fausses conceptions ou croyances (tableau XI) qu'il faut aller chercher les causes des habitudes de vie néfastes.

Tableau XI Les composantes d'une habitude de vie (Magny 2005)

↑ Comportement	Aspect sensori-moteur
Attitudes	Aspect affectif (ressenti)
Croyances	Aspect cognitif (savoirs)

8. 2 RETOUR SUR LE CADRE CONCEPTUEL

Dans notre vision intégrée en santé, inspirée de la théorie de l'autopoïèse, l'être humain est vu comme un système ouvert et fermé en même temps. Un système ouvert capable de se laisser influencer par les éléments en provenance de son milieu de vie ou de l'environnement. Un système fermé également, avec des mécanismes d'action internes prédéterminés, permettant également les interactions avec le milieu.

La vie de cette organisation structurelle est maintenue grâce à une forme de bioénergie ou force vitale qui se manifeste par certains signes vitaux comme la température corporelle, les rythmes respiratoire et cardiaque.

Dans notre modélisation de santé intégrée, nous représentons l'être humain comme une machine intelligente avec quatre grandes composantes organisationnelles regroupant l'ensemble des structures ou systèmes qui la composent ou l'influencent et d'une cinquième composante environnementale avec laquelle il réagit. Il s'agit donc des composantes énergétique, biochimique, émotionnelle, structurelle et de la composante environnementale qui constitue son milieu de vie.

Une des finalités de cette ensemble structurelle organisée en perpétuel devenir, capable de penser et de communiquer, qu'est l'être humain, c'est de maintenir une série de mécanismes d'homéostasie ou d'équilibre, dits d'autorégulation (comme la température corporelle), d'auto-défense (comme les réactions antigènes/anticorps) et d'autoréparation (comme la cicatrisation des blessures). Ce sont ces réactions qui font dire aux défenseurs de la théorie de l'autopoïèse, prônant l'autonomie du vivant en matière de santé, que l'être humain est un organisme autonome capable d'auto-guérison.

Chacune de ces cinq composantes contribue à cet équilibre dynamique qualifié par J. de Rosnay (1975) d'état de santé globale. C'est ainsi que :

- a) la composante émotionnelle est responsable de la bonne gouvernance de cette organisation complexe avec l'aide de tout un réseau d'information et de communication:

- b) la composante biochimique est responsable de la production du carburant nécessaire à ce moteur à trois temps : système ATP-CP, système à glycogène ou anaérobie et système à oxygène ou aérobie qui maintient la vie. Et qui est également responsable de l'élimination des déchets (acides/moteur anaérobie et radicalaires/moteur aérobie) engendrés par la production et la combustion énergétique;
- c) la composante structurelle qui forme les différentes structures (organes) permettant de les relier (tendons, articulations), de transporter l'énergie nécessaire (artères, veines...), de permettre de bouger (membres) pour réagir à l'environnement (actes réflexes) et de changer de milieu de vie en cas de nécessité.
- d) la composante énergétique qui permet de maintenir en vie les unités (cellules) composant les différentes structures en utilisant le carburant produit par la composante biochimique. Cette énergie prend différentes formes selon la composante qui l'utilise (psychique/composante émotionnelle, chimique/composante biochimique, locomotrice/composante structurelle)
- e) la composante environnementale où l'organisme puise les nutriments dont il a besoin pour produire l'énergie nécessaire et où il rejette ses déchets qui seront recyclés. Il s'agit là d'un biotope, avec des caractéristiques adaptées aux mécanismes et structures de l'être humain.

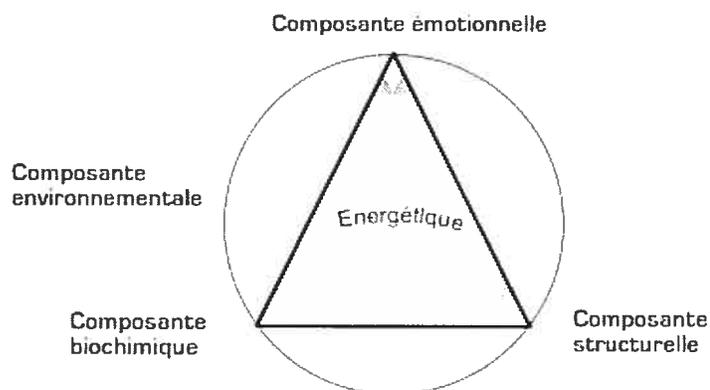


Figure 23 Les composantes du corps humain

Dans notre modélisation de la santé, nous avons également tenu compte de cinq grands déterminants en lien direct avec les grandes composantes (fig. 23). Ces déterminants

peuvent être qualifiés de « piliers de la santé ». Ils constituent en quelque sorte les portes d'entrée de l'équilibre ou du déséquilibre fonctionnel. Il s'agit:

- - de notre patrimoine génétique, en lien avec la phylogénèse de l'être humain;
- - d'une alimentation personnalisée en lien avec la composante biochimique;
- - de la gestion des agents stressants, en lien avec la composante émotionnelle;
- - d'une activité physique adaptée; en lien avec la composante structurelle;
- - des facteurs écologiques, en lien avec la composante environnementale.

C'est l'équilibre de ces déterminants qui permet une bonne régulation ou l'homéostasie des composantes du milieu interne ou « terrain biologique » permettant d'objectiver ce concept dynamique de santé globale.

Cet état d'équilibre reflète en quelque sorte la bonne marche de la machine humaine. Différents marqueurs biologiques permettent de nos jours de vérifier ce niveau d'équilibre et l'efficacité de cette machine.

Une telle démarche intégrée en santé, permet d'intervenir plus exactement au niveau des causes véritables (portes d'entrée) d'un quelconque déséquilibre et non pas au niveau des effets ou symptômes (réactions d'adaptation de l'organisme).

On peut dire, que les interventions au niveau des portes d'entrée, relèvent de la prévention primaire laquelle est du domaine de l'éducation à la santé. Ces interventions se limitent généralement aux quatre piliers de la santé.

- l'alimentation
- l'activité physique
- la gestion du stress
- l'environnement.

Tableau XII Portes d'entrée et de sortie de la maladie

Portes d'entrée

Portes de sortie

FI Facteurs initiateurs	FP Facteurs promoteurs	FD Facteurs déclencheurs selon les Composantes organiques		Approche écologique en santé
Hérédité	Pensée	Conflits cognitifs	→ Émotionnelle	Gestion mentale
Agents infectieux	Alimentation	Métabolites Intermédiaires	→ Biochimique	Démarche de terrain
Marqueurs biologiques	Exercice	Sédentarité	→ Structurelle	Éducation physique
Traumatismes	Environnement	Pollution	→ Environnementale	Écologie

Le profil réactionnel individuel (PRI) est en quelque sorte notre biotype. le facteur initiateur (FI) constitue notre prédisposition génétique. Pour ce qui est des facteurs promoteurs (FP), ils constituent l'ensemble de nos habitudes de vie et des facteurs environnementaux néfastes, caractérisé par les 4 piliers et ayant un certain impact sur l'activation de notre prédisposition. Enfin, le facteur déclencheur (FD) est en quelque sorte la goutte d'eau qui fait déborder le vase, en d'autres mots, parmi les facteurs promoteurs, celui qui a atteint un seuil critique obligeant l'organisme à réagir.

Tandis que, les réactions d'adaptation indiquant une rupture de cet équilibre dynamique, qu'est la santé globale, relèvent de la prévention secondaire ou du système de soins. Cette étape est à la charge d'autres intervenants, que l'éducateur à la santé. En particulier, des intervenants qualifiés spécialisés pour supporter l'organisme dans ces réactions d'adaptation par des techniques ou thérapies spécifiques.

Idéalement, ce serait à la lumière des quatre déterminants (alimentation – activité physique – gestion du stress – environnement) que des situations d'apprentissage et d'évaluation devront être planifiées, lors de l'étape dite de la « rencontre » d'un

dispositif. De même, ces SAÉ, devraient tenir compte des caractéristiques individuelles (connaissances obstacles – ignorances - etc.) de chacun des apprenants.

8. 2.1 Retour sur la problématique et la question de recherche

Le temps est venu de faire le point sur ce projet de recherche, lequel, rappelons le, devrait permettre de répondre principalement à un des besoins du milieu en matière d'éducation à la santé, confirmé par notre enquête. À savoir :

La mise sur pied d'une démarche d'intervention en éducation physique et à la santé permettant de rencontrer les exigences de la réforme dans le respect des principes du courant socioconstructiviste, qui s'y rattache.

Cette discussion générale tiendra compte :

- des commentaires recueillis auprès des experts consultés;
- des caractéristiques permettant d'évaluer l'efficacité d'un quelconque projet d'intervention;
- du suivi à assurer pour implanter le dispositif PRANDIAC/CADEAU.

Il est souvent difficile de départager la part de responsabilité des différents intervenants impliqués dans un tel projet d'innovation pédagogique. Car, dans le système éducatif souvent on oppose les différents intervenants concernés que sont : politiciens-administrateurs, praticiens-enseignants, théoriciens-chercheurs et élèves-apprenants.

En d'autres mots, on identifie d'un côté les acteurs dont les activités professionnelles relèvent soit de l'organisation de l'enseignement et de l'éducation (politiciens-administrateurs), soit de la pratique même de l'enseignement (praticiens-enseignants). Et de l'autre côté des spectateurs, dont les activités sont beaucoup plus d'ordre de l'analyse de l'enseignement-apprentissage (théoriciens-chercheurs) et de l'acquisition de savoirs (élèves-apprenants).

Cependant, on sait que les frontières ne sont pas si rigides entre acteurs et spectateurs, ou entre la recherche et la pratique. N'est ce pas dans la réalité, que les enseignants expérimentent en effet de nouveaux matériels, de nouvelles démarches didactiques dans

leur classe ou encore réfléchissent à de nouveaux programmes de formation et à de nouvelles stratégies d'animation ? Il n'en est pas moins véridique que les administrateurs analysent et étudient diverses organisations scolaires, divers systèmes de gestion et d'optimisation de l'enseignement. De leur côté, les chercheurs sont aussi enseignants dans les universités, dans des séminaires ou autres activités de vulgarisation et de formation. Enfin que les étudiants tirent une partie de leurs apprentissages de l'enseignement reçu, mais qu'une grande partie de leurs acquisitions en matière de connaissance se fait par différents moyens personnels.

Ainsi, il n'y a pas en effet dans la réalité sociale de strictes et claires divisions des tâches professionnelles. Il n'y a pas de séparation entre ceux qui pensent et ceux qui reçoivent un enseignement.

Les uns et les autres peuvent être considérés d'abord comme des acteurs. Mais d'un autre côté, il existe, dans le champ éducatif, des activités qui consistent à étudier le système d'enseignement pour en comprendre le fonctionnement et en améliorer son efficacité et sa qualité. Ce sont essentiellement ces activités, comme didacticiens, nous avons priorisées dans cette recherche.

Le concept d'éducation à la santé est appelé à évoluer au gré des contextes sociaux, éducatifs et scientifiques. Il en est de même de tout concept qui reste toujours une notion toute relative. Le dispositif didactique PRANDIAC/CADEAU que nous proposons, n'échappe pas à cette réalité.

8.2.2 Les commentaires découlant de la comparaison de notre dispositif

Pour mener à besoin cette étape, nous nous sommes posés trois questions en lien avec les deux dispositifs retenus :

- En quoi l'approche PRANDIAC/CADEAU est-elle complémentaire à ces deux stratégies d'intervention ?
- Quels sont les points forts de l'approche PRANDIAC/CADEAU par rapport à l'une ou l'autre de ces stratégies ?

- Quels sont les points d'amélioration qu'il faudra apporter à l'approche PRANDIAC/CADEAU en tenant compte de l'expérience d'implantation de ces deux stratégies d'intervention ?

Voyons d'abord les comparaisons du projet Carnet santé à l'approche PRANDIAC/CADEAU.

a) Comparaison entre : PRANDIAC/CADEAU et le CARNET SANTÉ

Rappelons que le projet carnet santé comporte quatre étapes :

- Un carnet santé, la question de la semaine, un forum de discussion et des activités sportives

Tableau XIII Comparaison entre : Prandiac/Cadeau et le Carnet santé

Étapes de la démarche et de la stratégie utilisées PRANDIAC/C-A-D-E-A-U	Liens avec le projet Carnet santé
<i>Six étapes</i>	<i>4 moyens</i>
<p>Première étape (Planification/Savoir – professeur- élève) <u>Connaître</u> l'apprenant et prendre connaissance de son biotype et de ses acquis <u>pour pouvoir planifier</u> des interventions significatives</p>	<p>Le carnet santé permet d'aborder certaines dimensions de l'apprenant au niveau physique uniquement. Les dimensions cognitive et affective (connaissances antérieures et motivation) ne sont pas abordées directement.</p>
<p>Deuxième étape (Structuration/ Professeur – élève - savoir) <u>Analyser</u> son profil personnel à la lumière de ses acquis pour structurer le contenu de situations d'expérimentation</p>	<p>Cette étape d'analyse est laissée à la discrétion de l'apprenant pour faire le choix de ses activités. sans vraiment prendre conscience de ces véritables besoins.</p>
<p>Troisième étape (Production/ Professeur- élève- savoir) <u>Découvrir</u> les besoins par la mise en place de situations en lien avec les connaissances faisant défaut ou celles faisant obstacles</p>	<p><u>Les activités sportives</u> proposées ne visent pas à identifier les connaissances faisant défaut ou celles faisant obstacles. Mais servent uniquement à récompenser la participation au projet.</p>
<p>Quatrième étape (Réalisation/ Professeur – élève -savoir) <u>Établir</u> un plan d'action visant à réaliser les changements de conceptions ou l'acquisition de nouvelles.</p>	<p>Le plan d'action est fixé par l'apprenant et ne vise pas le changement ou l'acquisition de conceptions en matière de santé.</p>
<p>Cinquième étape (Évaluation/ Professeur – élève – savoir - milieu) Accompagner le participant dans le processus de changement. par l'intermédiaire de critères d'auto-évaluation et d'autorégulation .</p>	<p>Le carnet permet de suivre l'apprenant dans ses engagements et non dans la construction de savoirs. On ne retrouve ni des critères d'évaluation et des mécanismes de régulation.</p>
<p>Sixième étape (Révision/ Professeur – élève – savoir – milieu) Utiliser les ressources disponibles pour mener à bien ce projet et assurer le suivi nécessaire.</p>	<p>L'implication des titulaires dans la gestion de la <u>question de la semaine et le forum de discussion</u>. constitue un bon point. Cependant l'absence d'implication des parents et de la communauté dans le projet. risque de nuire à une véritable intégration des comportements visés.</p>

- En quoi l'approche PRANDIAC/CADEAU est-elle complémentaire à cette stratégie d'intervention ? (fig. XII)

L'approche PRANDIAC/CADEAU permet d'intégrer les différentes étapes du projet « carnet santé » dans une véritable démarche didactique tenant compte des différents intervenants.

- Quels sont les points forts de l'approche PRANDIAC/CADEAU par rapport à cette stratégie d'intervention ?

Disons que le projet Carnet santé peut constituer un bon outil d'initiation à la compétence santé « adopter un mode de vie sain et actif ». Cependant, en ce qui concerne un contenu d'apprentissage systématique et différencié, en lien avec les véritables besoins de l'apprenant en matière de déterminants de SA santé, il faudra que les forums de discussion et les questions de la semaine puissent être revus en ce sens.

- Quels sont les points d'amélioration qu'il faudra apporter à l'approche PRANDIAC/CADEAU en tenant compte de l'expérience d'implantation de cette stratégie d'intervention ?

L'approche PRANDIAC/CADEAU ne tient pas compte directement de la démarche proposée par le MEQ, qui se résume à permettre à l'apprenant, dans une démarche réflexive à : analyser, planifier, s'engager dans une démarche et à évaluer les résultats obtenus.

Il serait possible de faire un lien entre ces quatre composantes de la compétence santé du programme de formation et l'approche PRANDIAC/CADEAU.

En conclusion, disons que l'approche PRANDIAC/CADEAU peut facilement venir compléter les lacunes identifiées du dispositif didactique « carnet santé » qui constitue beaucoup plus un moyen d'action qu'une démarche d'intervention didactique en soi.

b) Comparaison entre : PRANDIAC/CADEAU et le PORTFOLIO

On peut dire d'entrer jeu, que le projet portfolio ne fait qu'opérationnaliser la démarche proposée par le MEQ en lien avec les composantes de la compétence santé, à savoir : analyser, planifier, s'engager dans une démarche et à évaluer les résultats obtenus.

- En quoi l'approche PRANDIAC/CADEAU est-elle complémentaire à cette stratégie d'intervention ?

Le portfolio propose est une démarche d'intervention, sans pour autant tenir compte d'une vision de la santé ou d'une démarche propre à un modèle théorie quelconque en éducation à la santé. L'approche PRANDIAC/CADEAU viendrait donner un sens à un moyen d'action qu'est le portfolio en l'intégrant dans une démarche rigoureuse d'intervention didactique.

- Quels sont les points forts de l'approche PRANDIAC/CADEAU par rapport à cette stratégie d'intervention ?

Comme c'est indiqué dans le tableau XIII, différentes étapes de l'approche PRANDIAC/CADEAU ne sont pas abordées dans le portfolio. Ce dernier demeure un outil personnalisé permettant à l'apprenant de suivre les étapes de ses apprentissages.

L'approche PRANDIAC/CADEAU permet d'aborder les causes profondes des mauvaises habitudes de vie, à savoir les fausses conceptions, les connaissances obstacles et le manque de savoirs.

- Quels sont les points d'amélioration qu'il faudra apporter à l'approche PRANDIAC/CADEAU en tenant compte de l'expérience d'implantation de cette stratégie d'intervention ?

Le transfert des connaissances d'une année scolaire à l'autre constitue un défi de taille pour les intervenants du milieu. Le portfolio peut constituer cet outil permettant de « laisser des traces » et d'assurer une continuité dans les situations d'apprentissage et d'évaluation.

Tableau XIV Comparaison entre les deux approches : Prandiac/CADEAU et Portfolio

Étapes de la démarche et de la stratégie utilisées PRANDIAC/C-A-D-E-A-U	Liens avec le projet Portfolio
<i>Six étapes</i>	<i>4 moyens</i>
<p>Première étape (Planification/Savoir – professeur- élève) <u>Connaître</u> l'apprenant et prendre connaissance de son biotype et de ses acquis <u>pour pouvoir planifier</u> des interventions significantes</p>	On ne retrouve pas véritablement cette étape permettant de dresser le profil global de l'apprenant
<p>Deuxième étape (Structuration/ Professeur – élève - savoir) <u>Analyser</u> son profil personnel à la lumière de ses acquis pour structurer le contenu de situations d'expérimentation</p>	Cette étape d'analyse est laissée à la discrétion de l'apprenant pour faire le choix de ses activités, sans vraiment une analyse critique à la lumière des déterminants de la santé.
<p>Troisième étape (Production/ Professeur- élève- savoir) <u>Découvrir</u> les besoins par la mise en place de situations en lien avec les connaissances faisant défaut ou celles faisant obstacles</p>	L'apprenant est appelé à faire uniquement le point sur sa pratique régulière d'activité physique- sa pratique sécuritaire d'activité physique – sa condition physique – et sa capacité de se détendre et de gérer son stress.
<p>Quatrième étape (Réalisation/ Professeur – élève -savoir) <u>Établir</u> un plan d'action visant à réaliser les changements de conceptions ou l'acquisition de nouvelles.</p>	Le plan d'action ou planification est fait par l'apprenant lui-même, sous forme d'engagement personnel
<p>Cinquième étape (Évaluation/ Professeur – élève – savoir - milieu) Accompagner le participant dans le processus de changement, par l'intermédiaire de critères d'auto-évaluation et d'auto-régulation .</p>	Le portfolio permet de suivre l'apprenant dans ses engagements et non dans la construction de ses apprentissages.
<p>Sixième étape (Révision/ Professeur – élève – savoir – milieu) Utiliser les ressources disponibles pour mener à bien ce projet et assurer le suivi nécessaire.</p>	L'implication des titulaires dans la gestion du portfolio constitue un bon point. Cependant l'absence d'implication des parents et de la communauté dans ce projet, risque de nuire à une véritable intégration des comportements visés.

8.3 PROJET D'IMPLANTATION DU DISPOSITIF DIDACTIQUE PRANDIAC/CADEAU

À notre avis, il devient urgent que les maisons d'enseignement à savoir les universités dispensant une formation initiale, redéfinissent le profil de compétence des éducateurs physiques en matière d'éducation à la santé, afin de mieux répondre aux nouvelles exigences de la pratique professionnelle:

De même, il devient tout aussi urgent de mettre en place une formule de formation continue destinée aux éducateurs physiques déjà sur le marché, lesquels n'ont pas été formés adéquatement, pour enseigner cette nouvelle matière ou de leur proposer des modèles de dispositifs didactiques, comme celui que nous proposons.

a) Au niveau de commissions scolaires

Les responsables du dossier *éducation physique et éducation à la santé* dans les commissions scolaires seront approchés afin d'offrir aux éducateurs physiques sous leur juridiction, des ateliers de formation sur la démarche. Ces offres peuvent prendre la forme de sessions d'information et de formation lors des journées pédagogiques.

b) Au niveau de la formation initiale

Les responsables des cours d'intervention en lien avec l'éducation à la santé et les responsables de la formation pratique des futurs éducateurs physiques et éducateurs à la santé seront approchés pour une éventuelle expérimentation de cette approche dans le cadre des cours ou des stages.

c) Au niveau de la formation continue accréditée

La mise sur pied d'un programme court de 15 crédits pourrait être envisagé afin de véhiculer les concepts et fondements théoriques en lien avec l'approche PRANDIAC/CADEAU.

8.3.1 Le partage des responsabilités dans l'implantation de l'approche PRANDIAC/CADEAU

a) De la part du concepteur de l'approche

Il sera chargé principalement de faire la promotion de l'approche, de concevoir et de rendre accessible, auprès des participants intéressés les outils dont ils auront besoin pour compléter chacune des étapes (grilles d'évaluations, carnet de santé, etc.) pour en faire l'expérimentation:

b) De la part des écoles associées

Les écoles et autres institutions intéressées à l'approche devront revoir l'environnement pédagogique en facilitant leurs intervenants, en leur donnant la possibilité de se former et de poursuivre leur perfectionnement, dans le cadre d'un programme de formation continue sur mesure.

c) De la part des éducateurs physiques impliqués

Ils auront à revoir leur contenu d'enseignement et leur façon d'enseigner. Ce sera difficile pour ceux habitués à « passer » du contenu et ceux préoccupés uniquement par le temps alloué à l'engagement moteur.

Car, ils auront à revoir leurs rôles :

- de maître à celui de guide:
- de technicien à celui d'éducateur d'une personne ayant ces propres conceptions:
- de passer à un paradigme d'enseignement à celui de l'apprentissage
- de rendre plus signifiant leur enseignement en différenciant leurs approches pédagogiques selon le contexte et le style d'apprentissage:
- de partager les responsabilité en rendant l'apprenant plus autonome.

d) De la part de l'apprenant

L'acquisition de la capacité à l'autocritique en vue de l'autorégulation suppose des périodes d'objectivation régulières de la part de l'apprenant. Ne pas seulement se laisser guider, mais être l'artisan de ses connaissances.

C'est là que le portfolio ou journal de bord trouve sa véritable raison d'être. Car, comme le disait André Paré (1987) :

« Le journal de bord est essentiellement un instrument d'intégrité qui permet de découvrir chaque jour qui l'on est et dans quelle direction on s'en va ».

e) De la part de la famille

Le milieu familial sera chargé de l'intégration des savoirs appris à l'école, en assurant un suivi à l'aide du portfolio. De plus, la famille sera appelée à jouer un rôle d'agent facilitateur et motivateur dans le développement des compétences visées par le programme.

f) De la part de la communauté

Pour répondre à ces nouvelles exigences du milieu en matière d'aliments santé, entre autres choses, de réduction d'agents stressants et polluants, la communauté en général a un rôle important à jouer dans cette « transforme-action » des valeurs et des attitudes, pour aider l'école et la famille à former des consommateurs avertis.

8.3.2 La clientèle cible

L'approche PRANDIAC/CADEAU s'adresse dans un premier temps à la clientèle des écoles du niveau primaire et secondaire, bien que la démarche proposée puisse être adaptée à toute autre clientèle. C'est ainsi qu'un tel programme peut facilement être intégré au réseau de la santé, par le biais des cliniques privées et des Centres locaux de services communautaires (CLSC)

On retrouve déjà des cliniques alternatives qui offrent à leur clientèle une telle démarche de prise en charge des déterminants de leur santé par une prévention active.

8.3.3 Les limites de l'approche PRANDIAC/CADEAU

Il ne s'agit pas d'une panacée pouvant répondre à tous les besoins identifiés dans le milieu, à savoir :

- Temps : le manque de temps alloué à l'enseignement de l'éducation physique:
- Conception : la crainte de voir l'éducation à la santé empiéter sur le temps d'engagement moteur des élèves:
- Politique claire: la perception du mandat en éducation à la santé:
- Ressources : le manque de ressources dont disposent les éducateurs physiques:
- Formation : le manque de formation des éducateurs physiques dans ce domaine:
- Ouverture : le manque d'ouvertures de certains collègues à l'éducation à la santé:
- Moyens d'évaluation : la difficulté d'évaluer et de planifier les tâches dans ce domaine.

Nous pensons sincèrement que la mise sur pied d'un dispositif didactique rigoureux, comme celui que nous proposons, peut apporter une contribution non négligeable dans la recherche de solutions à ces besoins identifiés.

CONCLUSION

Ce siècle qui débute sera-t-il le théâtre de nouvelles approches dans le domaine de la santé, en particulier dans celui de l'éducation à la santé et de la prévention étant donné une meilleure compréhension des mécanismes d'action de l'organisme humain ?

Sommes-nous prêts pour que puisse naître une autre forme de pédagogie au service de la santé. Une approche, où les intervenants auront accepté de remettre en question certains dogmes et monopoles et de changer certains concepts désuets et approches jugés parfois dangereuses et non efficaces ?

Loin de nous l'idée de contester l'utilité d'une santé publique à vision prophylactique et les bienfaits des progrès en matière de soins thérapeutiques. Nous sommes convaincus que ces interventions ont permis de sauver et de prolonger l'espérance de vie (malheureusement pas nécessairement en bonne santé), en luttant contre les agresseurs qui menacent l'intégrité de notre espèce. Nous voulons simplement contribuer à changer certaines fausses conceptions qui maintiennent encore trop d'individus dans un état de dépendance, d'irresponsabilité et de non imputabilité.

Prenons comme preuves de ces affirmations, les données épidémiologiques portant sur l'augmentation de la sédentarité des jeunes, la malnutrition, l'obésité et les maladies dégénératives grandissantes découlant principalement de ces deux facteurs de santé, comme l'alimentation et l'activité physique.

Nous pensons que l'on peut faire la démonstration que ce sont certaines conceptions erronées qui sont à la source de ce constat d'échec, particulièrement en éducation à la santé. Mais il restera à déterminer la part d'imputabilité de chacun des intervenants concernés par ces deux problèmes qui semblent être propres à notre société moderne dite de consommation.

Généralement, dans les politiques de santé publique on aborde les problèmes à résoudre principalement sous l'angle financier et technique. Est-ce pour tenter de satisfaire rapidement un public de plus en plus exigeant ? Ou bien, est-ce par ignorance des autres pistes de solution ?

Lorsqu'on sait qu'une approche axée sur l'argent se traduit souvent par un financement accru du système de soins. Cela, à cause entre autres, du coût des équipements hospitaliers et des médicaments toujours à la hausse, de l'augmentation des effectifs du personnel médical et paramédical, c'est-à-dire des ressources nécessaires pour soigner les maladies et non pas de les prévenir. C'est ainsi que les services de santé deviennent, en grande partie, des services de lutte contre la maladie. La santé se définissant par rapport à cette absence de maladies ou par la lutte contre la morbidité.

Dans cette optique, on pourrait dire que les responsables de la santé publique, considèrent la santé souvent comme un état en lien direct avec des facteurs pathogènes. Un état qu'on ne peut rétablir que par la répression de ces facteurs de risque ou par un système de soins quand ces derniers ont déjà endommagé l'organisme humain.

Dans un tel contexte, l'éducation à la santé est réduite souvent à de simples informations sur les vaccinations, les maladies vénériennes, au dépistage précoce des facteurs de risque des maladies dégénératives, aux méfaits de l'alcoolisme, du tabagisme et d'autres formes de dépendance.

Avec une telle vision de l'éducation à la santé, il suffit alors d'informer les gens à reconnaître les agresseurs et de savoir comment faire face à chacun d'eux. Ou, en prenant soit, un quelconque remède pour les combattre ou en se remettant entre les mains d'un spécialiste de la maladie.

Ainsi, nul doute, que le plus urgent pour un tel système, c'est de se porter au secours des personnes malades et non des bien-portants. Ce qui explique le peu d'importance consacrée jusqu'à présent à une véritable éducation à la santé.

Également, c'est la raison pour laquelle, on peut expliquer pourquoi les services de santé scolaire sont rattachés au ministère de la Santé publique et non à celui de l'Éducation. Dans ce stéréotype de santé publique à vision biomédicale, l'éducation à la santé apparaît d'un autre ordre que celui d'une véritable éducation globale, visant l'autonomie de l'individu et non sa dépendance à un quelconque professionnel ou système de soins.

Cependant, nous pensons qu'il est illusoire et même dangereux de placer des cloisons étanches entre la médecine d'urgence et une médecine prédictive axée sur une éducation à la santé. Car, nous croyons que chaque individu doit conserver le sentiment qu'il est d'abord et avant tout responsable, avec la communauté qui l'entoure, de la qualité de sa santé et de son milieu de vie mais qu'il peut et doit compter sur des soins appropriés lorsque le besoin se présente.

Mais, pour arriver à cette prise de conscience, encore faut-il qu'il puisse comprendre que la santé est un état dynamique résultant d'un processus en perpétuel devenir, plutôt que comme un état statique fruit d'une quelconque fatalité, ou comme un simple bien de consommation qu'on revendique ou qu'on peut acheter auprès d'un professionnel de la santé.

À notre avis, le droit à la santé devrait être assorti d'un devoir de santé que l'éducation à la santé peut contribuer à développer individuellement et collectivement. Car, le but ultime, tant du secteur public que privé, devrait être l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie en bonne santé des individus et de la planète.

Les recherches, qu'elles soient de nature quantitative ou qualitative visent la description, l'exploration, l'élaboration et l'évaluation d'un réel telle que le chercheur le perçoit et le construit. En abordant l'éducation à la santé selon l'approche PRANDIAC/CADEAU, nous avons voulu proposer une démarche aux éducateurs physiques pour que les connaissances acquises par chacun de leurs apprenants puissent s'appliquer dans leur propre réalité. Car, le fait d'engager les participants dans une dynamique réflexive les conduit à se poser des questions sur bien d'autres sujets.

Cette notion de transfert qui se rattache aux approches fondées sur l'autonomisation retrouve également la notion d'horizontalité du constructivisme, car elles ont la particularité d'avoir un impact sur tout un ensemble de problèmes, par opposition aux approches, dites verticales touchant à une seule question à la fois.

Sans vouloir faire un réquisitoire en faveur de l'éducation à la santé, ce domaine d'étude peut devenir un excellent défi pour l'école qui décide d'en fait son projet éducatif. Tout

en étant l'occasion d'expériences communautaires uniques, celles d'engagements collectifs mobilisant l'ensemble des intervenants d'un établissement. Enfin, une telle démarche peut devenir d'autant plus précieuse qu'elle peut contribuer à transformer le climat relationnel, en ouvrant sur d'autres apprentissages sociaux.

Cependant, elle ne peut avoir un véritable impact, que si les intervenants concernés sont formés pour être prêts à investir dans des actions concrètes, adaptées et signifiantes. L'objectif de notre démarche n'est pas d'imposer des connaissances et des valeurs, mais de permettre à l'apprenant de développer les siennes. Car, parler de santé aux jeunes sans tenir compte des multiples facteurs en jeu, chez lui, dans sa famille, chez ses camarades, est un exercice purement théorique.

De même, parler de problèmes de santé aux jeunes, sans chercher à les faire réfléchir, ou à les aider à apprendre à le faire par eux-mêmes, mène nulle part.

Il faut donc arriver à parler de santé avec les mots utilisés par les jeunes : les accompagner dans la découverte du mode de fonctionnement de leur corps et de tout ce que représente la santé globale: favoriser des expériences leur permettant d'atteindre ce niveau de santé optimale, qu'ils sont capables de définir par et pour eux-mêmes. Voilà le but ultime d'une véritable éducation à la santé.

Enfin, on peut dire que chaque individu présente des points faibles à travailler en matière de déterminants de la santé. Cependant, il lui faut d'abord prendre conscience de ses déséquilibres pour qu'il puisse décider, de lui-même, de la démarche à entreprendre en vue de rétablir cet équilibre perdu ou en voie de l'être, sans négliger pour autant les autres déterminants déjà stabilisés.

On peut dire que tous les parents ont à cœur la réussite et le bien-être de leur enfant. On reconnaît d'emblée que leur engagement est un élément qui peut faire toute la différence en éducation à la santé. Toutefois, pour l'école, un défi d'importance demeure, soit celui de se rapprocher de la famille et de la communauté.

C'est pourquoi, l'approche PANDRIAC/CADEAU s'est donné comme objectif principal, celui d'accroître l'égalité des chances et la réussite éducative en matière de santé des élèves, avec la collaboration des parents et de la communauté.

Cependant, jusqu'à nos jours, l'éducation à la santé a trop souvent été évaluée uniquement par son impact direct sur des facteurs de risque généraux dans une vision biomédicale. Malheureusement, dans un contexte scolaire cet aspect est difficilement applicable et mesurable.

C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de l'approche PANDRAC/CADEAU, il est proposé d'adopter de préférence une vision qualitative qui est beaucoup plus l'évaluation d'une démarche ou d'un processus que celle d'un résultat attendu.

En d'autres mots, nous proposons une démarche permettant aux éducateurs d'enseigner aux élèves comment faire pour adopter un mode de vie sain et actif en passant par la mise en place des quatre piliers de la santé, que sont :

- l'alimentation personnalisée;
- l'activité physique adaptée;
- la gestion du stress;
- le contrôle des facteurs environnementaux.

Nous pensons qu'une telle approche, tout en permettant aux éducateurs physiques de planifier un contenu d'enseignement, facilite l'intégration des composantes de la troisième compétence visée par le programme de formation en éducation physique et à la santé. En d'autres mots, l'approche PRANDIAC/CADEAU permet de s'assurer que les critères liés aux quatre déterminants de la santé retenus ont été pas seulement compris par l'apprenant, mais expérimentés et intégrés. Nous pourrions ainsi affirmer que cette approche se situe dans une véritable démarche d'adoption d'un mode de vie sain et actif et ne se contente pas seulement d'en parler de façon théorique en véhiculant simplement des connaissances déclaratives.

Nous pensons que l'approche PRANDIAC/CADEAU peut aider à mieux comprendre les différentes relations qui sont en jeu dans l'éducation à la santé. Car, elle implique un

savoir, l'enseignant, l'apprenant et son milieu, tout en permettant d'anticiper les résultats souhaités. Avec une telle approche, l'éducation à la santé serait possible à l'école.

C'est ce à quoi devrait viser toute bonne stratégie d'intervention en éducation à la santé, grâce à un plan d'intervention personnalisé, portant sur les apprenant et en lien avec les déterminants de la santé.

L'objectif ultime de l'éducation à la santé est d'arriver à un état d'équilibre, en tenant compte des préoccupations individuelles et collectives. Des critères d'autoévaluation observables devraient permettre d'assurer la consolidation de cet édifice qui repose sur ces quatre piliers.

Mais encore faudra-t-il que tous les acteurs concernés s'entendent sur les une démarche et les savoirs essentiels à véhiculer auprès de l'apprenant.

Dans un autre ordre d'idée, il paraît évident selon l'analyse de notre enquête, que les éducateurs physiques interrogés, sont loin d'avoir les compétences requises pour jouer ce nouveau rôle d'éducateur à la santé qu'on leur impose.

Alors, faudra-t-il, comme c'est le cas dans certaines régions du monde, former un professionnel dont la mission première serait l'éducation à la santé ? Ou bien, faudra-t-il revoir la formation et le rôle des éducateurs physiques du Québec pour qu'ils puissent mener à bien cette nouvelle mission qui leur a été confiée ? Enfin, quelle serait la vision de la santé et de l'éducation à la santé de ce nouveau intervenant ?

Nous pensons sincèrement qu'une vision plus intégrée en santé est entrain de voir le jour un peu partout dans le monde, en donnant plus de place à l'autonomisation et à l'imputabilité.

Dans notre réflexion sur les causes de cette situation désastreuse, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il existe une rupture dans cette dynamique d'ensemble qui devait exister entre les différentes structures d'encadrement de l'éducation motrice et physique en général.

Les pays comme le Japon et l'Allemagne qui présentent une meilleure performance que le Canada, ont pu regrouper l'ensemble des programmes offerts en cinq grandes structures d'organisation qui sont celles :

- d'exploration motrice
- de récréation par l'activité ludique
- d'initiation à l'activité physique
- de compétition sportive
- d'excellence olympique

D'importance relative, compte tenu des variables en jeu, ces structures d'organisation sont reliées entre elles par des liens favorisant une libre circulation des participants dans un sens comme dans l'autre, à partir de l'étape d'exploration jusqu'à celle d'excellence. Une telle organisation permet aux participants l'accès et la possibilité de pouvoir déterminer le genre de pratique (exploration, initiation...) qui lui convient, en fonction bien sûr de ces capacités motrices et de sa motivation.

Voyons plus en détail les trois premières phases :

- d'exploration, c'est l'étape où l'individu fait la connaissance avec les différentes activités motrices permettant de mobiliser les capacités de son organisme;
- de récréation par l'activité ludique, c'est l'étape où l'individu prend goût à l'activité motrice pour le simple « plaisir » en mettant en application les apprentissages faits à la phase précédente;
- de l'initiation, c'est l'étape à laquelle l'individu acquiert les savoirs pour développer de nouvelles habiletés et les aptitudes nécessaires à la pratique de différentes activités sportives, et autres.

Ces trois étapes sont à notre avis fondamentales, car dans cette logique structurelle d'organisation de l'éducation motrice et physique par les pratiques d'activités physiques, les étapes d'exploration et récréation et d'initiation aux activités corporelles au préscolaire (exploration) au primaire (récréation) et au secondaire (initiation) par exemple, devraient pouvoir amener les participants aux autres étapes, pour celles et ceux qui le désirent et qui ont le potentiel nécessaire.

En d'autres mots, les élèves du préscolaire, primaire et secondaire devraient, après avoir eu accès à des périodes d'exploration, de récréation et d'initiation adéquates en activités motrices, avoir la possibilité de s'adonner à une pratique récréative ou sportive sécuritaire et signifiante de leur choix et éventuellement, pouvoir intégrer, s'ils le désirent et ont le potentiel, un niveau compétitif ou d'excellence.

Cependant, cette façon de voir l'organisation de l'éducation motrice et physique nécessiterait une étroite collaboration entre les différentes instances concernées : scolaire, municipales et autres. Ce qui est loin d'être le cas actuellement au Québec.

Car, de l'avis de Marcotte (1996), au Québec, contrairement à ce qui est observé dans les pays anglo-saxons, les éducateurs physiques se sont encore relativement peu intéressés à une « éducation physique à la santé ». Selon l'hypothèse que nous défendons, cette situation peut s'expliquer en partie à cause de l'absence de consensus sur les modèles d'intervention en éducation physique permettant d'intégrer ces deux matières.

Il faudra peut-être attendre la confirmation de l'impact de l'éducation motrice ou de l'éducation physique sur les matières académiques. Car, s'il était prouvé de façon définitive, qu'une éducation motrice ou physique bien conçue pouvait prévenir ou guérir la plupart des dyslexies, dysgraphies et dyscalculies, ce serait au moins une raison suffisante pour faire à cette discipline, une place plus importante à l'école. En attendant, les éducateurs physiques du Québec devraient travailler à systématiser un contenu signifiant dans le temps qui leur est alloué.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASTOLFI, J.P. et DEVELAY, M. (1989). *La didactique des sciences*. Paris : PUF. Collection « Que sais-je ? ».
- AUGUSTI, F. (1985). *Cahier des Entretiens de biologie 84*. Paris.
- BACHELARD, G. (1975). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris: PUF.
- BANDURA, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action. A social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- BARANOVA, H. (2004). *Nos gènes, notre santé et nous*. Paris : Armand Colin.
- BARDIN, L. (1977). *L'analyse des de contenu*. Paris : PUF.
- BEAUVOIS, J.L. et JOULE, R.V. (1992). Engagement et prévention en milieu scolaire. *Santé Publique*, 4^e année, 1, 20-22.
- BÉDARD, M.J. (2001). *Étude sur le point de vue de diverses personnes du milieu scolaire au sujet de la dimension santé en éducation physique*. Université de Sherbrooke.
- BELBENOIT, G. (1973). *Le sport à l'école*. Paris : Casterman/Poche.
- BLAIS, M. (1999). *Les devoirs actifs*. Université Laval. Département d'éducation physique. Document non publié.
- BLOOM, B.S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives*. New York : Mc Kay.
- BROUSSEAU, G. (1986). *Fondements et méthodes de la didactique des mathématiques. Recherches en didactique des mathématiques*. Montréal : CIRADE.
- BUNICO, B.É. (1990). *Le merveilleux dans sa banalité*. Nice : Z'Édition.
- BURI, J.A. (1992). *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planification. Savoir et santé*. Bruxelles : De Boeck.

- CANADA (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians* (Lalonde Report).
Ottawa : Department of National Health and Welfare.
- CHANDRAKANT, S. (1995). *Médecine préventive et santé publique au Canada*.
Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- CHEVALLARD, Y. (1991). *La transposition didactique*. Paris : La pensée sauvage.
- COGERINO, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Paris : PUF.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1973). *La prévention dans le
domaine de la santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR L'ENSEIGNEMENT DANS LA
PROVINCE DE QUÉBEC (1963). *La société d'aujourd'hui et l'enseignement*.
Rapport Parent : Gouvernement du Québec
- COMMISSION DES ÉTATS GÉNÉRAUX SUR L'ÉDUCATION (1996). *Rénover
notre système d'éducation : dix sentiers prioritaires*. Rapport final de la
Commission des États généraux sur l'éducation. Gouvernement du Québec.
- CONDITION PHYSIQUE CANADA et SPORT AMATEUR (1983). *L'activité
physique et les jeunes au Canada. Enquête condition physique..* Ottawa.
- CUERRIER, J.P., BÉLISLE, M. et DESHAIES, P. (1994). *Éducation à la santé* (Guide
d'activités – Éducation préscolaire et enseignement primaire). Montréal : Les
Éditions C&C.
- CÉÉPQ (1994). *L'avenir de l'éducation physique – Le temps de l'engagement*.
- COWEN, E.L. (1980). The wooing of primary prevention. *American Journal of
Community Psychology*, 8, 258-284.
- DAZE, M., BOUTHILLETTE, M., PITRE, C., GUÉRIN, F.L., GASPARD, M.,
YOCKELL, É., BOUDREAU, D. et BOUDREAU, G. (2004). *Mon sportfolio*.

Comité de recherche en éducation physique et à la santé de la Commission scolaire des Grandes Seigneuries.

D'AMOURS, Y. (1990). *Le point sur l'alimentation et la santé*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

DE LANDSHEERE, V. (1992). Éducation à la santé. In *L'éducation et la formation*, p. 323-330. Paris : PUF.

DIELMAN, T.E., CAMPANELLI, P.C., SHOPE, P.T. et BUTCHART, A.T. (1987). Susceptibility to peer pressure, self-esteem, and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse. *Health Education Quarterly*, 14(2), 207-221.

D'HAINAUT, L. (1983). *Des fins aux objectifs*, Paris : Nathan.

DÉSAUTELS, J. et LAROCHELLE, M. (1992). *Autour de l'idée de sciences*. Québec : Presses de l'Université Laval.

DESCARTES, R. (1951). *Discours de la méthode*. Paris.

DE ROSNAY, J. (1975). *Le microscope – Vers une vision globale*. Paris : Seuil.

DOWNIE, R.S., TANNAHILL, C. et TANNAHILL, A. (1996). *Health Promotion, Models and Values*. Second edition. London : Oxford Press.

DUBOS, R. (1965). *Man Adapting*. New Haven, CT : Yale University Press.

ÉVANS, R. et collègues (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

FAYOL, H. (1966). *Administration industrielle et générale*. Paris : Dunod, p. 5. Field. ICMI Conference, Washington DC.

FÉEPEQ, FÉEPEQ, FÉEPEQ, FÉEPEQ (1996). Demande de constitution en ordre professionnel présentée à l'Office des professions du Québec. 94 pages plus annexes.

- FÉEPEQ, FÉEPEQ, FÉEPEQ, FÉEPEQ (2004). Comité de professionnalisation. Document de travail.
- GAGNÉ, R. (1965). *The Conditions of Learning*. New York : Holt Rinehart and Winston.
- GENEST-VOLET, Y. (1999). *Quelques éléments de réflexion sur « la révision des programmes d'éducation physique. CAHPERD. Journal de l'ACSEPLD. Automne . p.10 à 14.*
- GODIN, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, IX(1), 67-94.
- GOLBERG, M. et collègues. (1979). Indicateurs de santé et sanométrie : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé. *Revue Épidémie et Santé publique*, 27, 64.
- GREEN, L.W., KREUTER, M.W., DEEDS, S.G. et PARTRIDGE, K.B. (1980). *Health Education Planning. A Diagnostic Approach*. Mountain View, CA : Mayfield Company.
- HANNA, T. (1995). *What Is Somatic ?* San Francisco : North Atlantic Books.
- HOLLAND, J.H. et collègues. (1987). *Induction*. Cambridge : MIT.
- INCHAUSPÉ, P. (1997). L'école tout un programme. Énoncé de politique éducative. Ministère de l'éducation du Québec. 151 p.
- JOURDAIN, D., BERTIN, F. et ROTAT, M.N. (2002). *Éducation à la santé en collège et lycée. Pratique et représentation des enseignants d'ÉPS en région Auvergne*. IUFM et Université B. Pascal. Clermont Ferrand.
- HUSSERL, E. (1976). *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Paris : Gallimard.

- KINO-QUÉBEC (1999). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*. Synthèse de l'avis du Comité scientifique de Kino-Québec. Gouvernement du Québec : Ministère de l'Éducation.
- LABORIT, H. (1979). *L'Inhibition de l'action*. Montréal : PUM.
- LAFORTUNE, L., JACOB, S. et HÉBERT, D. (2000). *Pour guider la métacognition*. Québec : Presse de l'Université du Québec, collection Éducation Intervention.
- LALONDE, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- LAROSE, R. (1999). La santé par la didactique. *Spectre*, 26(3). Montréal : APSQ.
- LAROSE R. (2000). *Les didactiques et l'aide à la réussite*. Montréal : Université de Montréal. Département de didactique.
- LAROSE, R. (2000). *Le constructivisme pour les nuls*. Université de Montréal. Département de didactique.
- LAROSE, R. et RENÉ DE COTRET, S. (2003). *L'observateur et la prise de conscience de ses connaissances dans l'étude de phénomènes didactiques*. Congrès de la Société Jean Piaget, Montréal.
- LEAVELL, H.R. et CLARK, E.G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. New York : Mc Graw-Hill.
- LE CREN, F., MAGNY, J.C. et KALINOVA, E. (2004). *Évaluation du niveau d'intégration du volet « éducation à la santé » par les éducateurs physiques du primaire au Québec*.
- LEGENDRE, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal. Guérin.
- LE MOIGNE, J.L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris : PUF, collection Que sais-je ?

- LILLY, J.C. (1956). *Les simulacres de dieu*. Paris : Retz.
- LUPIEN, M. (2000). *Carnet santé – École Père Marquette*. Commission scolaire des Patriotes.
- MACLEAN D. REICHLIN S. (1981). Neuroendocrinology and the immune process. In R. Ader (dir.), *Psychoneuroimmunology* (p, 475-519). New York : Academic Press.
- MANDERSCHIED, J.C. (1996). L'éducation à la santé. *Revue française de pédagogie*, 114, 53-65.
- MAUREL, M. (1997). *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.
- MARCOTTE, G. (1996). *Pour sortir de la tour de Babel en éducation physique*. Texte inédit. Université Laval.
- MATURANA, H.R. et VALERA, F.J. (1987). *The Tree of Knowledge*. Boston: New Science Library.
- MCKENZIE, T.L. et SALLIS, J.F. (1996). Physical activity, fitness, and health-related physical education. In S.J. Silverman et C.D. Ennis (dir.), *Student Learning in Physical Education: Applying Research to Enhance Instruction* (p. 223-246). Champaign, IL : Human Kinetics.
- MEIRIEU, P. (1991). *Le choix d'éduquer : éthique et pédagogie*. Chapitre 22 « De la culture scolaire ». Paris : ESF.
- MÉRILL, M.D. (1971). *Instructional Design*. New Jersey : Prentice Hall.
- MÉRINI, C., JOURDAN, D., VICTOR, P., BERGER, D. et PERETTI (de), Ch. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : ENSP-INRP.
- MICHAUD, V. (2002). *L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Université Laval.

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (1979). *L'École québécoise. Énoncé de politique et plan d'action.*
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (1984). *Formation personnelle et sociale. Programme d'étude primaire.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être.* Québec : Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2001). *Programme de formation de l'école québécoise.* Québec.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2002). *Échelles des niveaux de compétence. Enseignement primaire.*
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (MEQ) (2003). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, premier cycle.*
- MORIN, M. (1997). *Éducation à la santé. Sécurité esprit sportif.* Commission scolaire de Trois-Rivières.
- NOUVELLE HEBDO ÉLECTRONIQUE (2004). Réseau Protéus. Fondation Chagnon.
- NUNEZ, R. (1997). Eating soup with Chopstiks : Dogmas, difficulties and alternative in the study of conscious experience. *Journal of Consciousness Studies*, 14(2), 43-66.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1983). *Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaire.* Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1997). *Promoting Health Through Schools.* Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005.* Genève.

- PARÉ, A. (1987). *Le journal – Instrument d'intégrité personnelle et professionnelle*.
Centre d'intégration de la personne.
- PIAGET, J. (1969). *Psychologie et pédagogie*. Paris : Denoël.
- PINEAU, C. (1990). *Introduction à une didactique de l'EPS*. Dossier EPS, n° 28. Paris :
Revue EPS.
- POIRIER, H. et REVOY, N. (2004). Votre cerveau vous trompe. *Revue Science et Vie*,
1044, 39-64.
- POPPER, K. (1968). *La logique de la découverte scientifique*. Paris : Payot.
- PORTER, R. (Consult.) (1997). *Medecine a History of Healing*. New York: Marlowe
and Company.
- POUPART, J., DESLAURIERS, J.P., GROULX, L.H., LAPIERRE, A., MAYER, R. et
PIRES, A.P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et
méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- PREUSS, F. (2001). *Revue 3^e Millénaire*, 61, 62-63.
- RAWSON, D. et GRIGG, C. (1988). *Purpose and Practice in Health Education*.
London : Southbank Health Education Research (Polytechnic of the Southe Bank).
- RIGAL, R (1995). *Motricité humaine. Fondements et application pédagogiques*. 2^e
édition. Québec, Presse de l'Université du Québec.
- ROCHON, A. (1988). *L'éducation pour la santé*. Montréal : Agence d'Arc.
- SATO (1999) .Ministère de l'Éducation du Québec.
- SKINNER, B.F. (1972). *Par delà la liberté et la dignité*. Traduction de A.M et M.
Richelle. Paris : Laffont.
- SMITH, F. et HESS, R. (1985). The role of the Prevention Advisory Committee in
Michigan. *Prevention in Human Services*, 3 (4), 13-20.

- SOROCHAM, W. et BENDER, S. (1979). *Teaching Elementary Health Service*. Massachusetts : Addison-Wesley Publishing Company.
- TANNAHILL, C. (1996). *Health Promotion. Models and Values*. Oxford University Press.
- TARDIF, J. (1999). On va à l'école pour acquérir un pouvoir de compréhension et d'action. Entrevue. *Vie pédagogique*, 11, avril-mai, 5-9.
- TURCOTTE, S. (2003). La modification des approches pédagogiques en éducation physique et à la santé: Mythe ou réalité. *Revue Propulsion*, volume 15. numéro 1, p23-24.
- ULMANN, J. (1982). *La pensée éducative contemporaine*. Paris : Libre philosophique Vrin.
- VALERA, F. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit*. Paris : Seuil.
- VALERA, F., THOMPSON, E. et ROSCH, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit*. Paris : Seuil.
- VAN DER MAREN, J.M. (1995). *Méthode de recherche pour l'éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- VINCENT, L.C. (1990). *Évolution de 1952 à 1986*. Stec. Mozac.
- VON GLASERSFELD, E. (1988). *The Construction of Knowledge. Contribution to Conceptual Semantics*. Salinas, Ca : Intersystems Publications.
- VON GLASERSFELD, E. (1995). *Radical Constructivism*. New York : Falmer Press.
- WILLIAMS, MELVIN H., et Wilkins. (1995). *Guideline for Exercise Testing and Prescription*. 5e édition, Baltimore, American College of Sports Medicine .

ANNEXES

ANNEXE I

Évaluation du niveau d'intégration du concept d'éducation à la santé par les éducateurs physiques du primaire dans leur enseignement

Commission scolaire :

I) Vos conceptions

- 1- Indiquez parmi ces conceptions de la santé laquelle vous retenez dans votre enseignement de l'éducation à la santé.
- a) la santé est un état de bien-être global ()
 - b) la santé est l'absence de déséquilibres fonctionnels ()
 - c) la santé est un état optimal d'adaptation d'un organisme ()
 - d) aucune de ces définitions ()

Justifiez votre réponse :

- 2- Indiquez parmi ces conceptions de l'éducation physique laquelle cadre le plus avec l'approche pédagogique actuelle :
- a) une science de l'activité physique ()
 - b) une pédagogie par le mouvement ()
 - c) une éducation récréosportive ()
 - d) aucune de ces définitions ()

Justifiez votre réponse :

- 3- Indiquez parmi ces modèles d'intervention en éducation à la santé, lequel influence votre enseignement actuel dans ce domaine ?
- a) le modèle préventif biomédical ()
 - b) le modèle éducatif ()
 - c) le modèle d'autonomisation ()
 - d) aucun de ces modèles ()

Justifiez votre réponse :

II) L'importance accordée à l'éducation à la santé

- 1- Indiquez l'importance que vous accordez actuellement à l'éducation à la santé dans votre planification annuelle.
- a) beaucoup d'importance ()
 - b) assez d'importance ()
 - c) peu d'importance ()
 - d) aucune importance ()

Justifiez votre réponse :

- 2- Indiquez l'importance que vous aimeriez accorder éventuellement à l'enseignement de l'éducation à la santé dans votre enseignement :
- a) beaucoup d'importance ()
 - b) assez d'importance ()
 - c) peu d'importance ()
 - d) aucune importance ()

Justifiez votre réponse :

- 3- Indiquez le type d'accueil que les élèves font généralement aux activités portant sur la compétence santé
- a) beaucoup d'enthousiasme ()
 - b) assez d'enthousiasme ()
 - c) peu d'enthousiasme ()
 - d) aucune de ces réponses ()

Justifiez votre réponse :

III) Le contenu véhiculé et les stratégies utilisées

- 1- Indiquez parmi ces intentions éducatives laquelle vous privilégiez dans votre enseignement :
- a) le changement de comportements en matière de santé ()
 - b) la lutte contre les facteurs de risque de maladies ()
 - c) l'amélioration de la qualité de vie ou la recherche d'un mieux-être ()
 - d) aucune de ces intentions ()

Justifiez votre réponse :

- 2- Indiquez parmi les savoirs essentiels en lien avec les connaissances sur l'éducation à la santé dans le programme de formation de l'école québécoise, lesquels vous enseignez dans vos cours.
- a) structure du corps humain ()
 - b) habitudes de vie ()
 - c) effets de la sédentarité ()
 - d) aucun de ces champs de savoirs ()

Justifiez votre réponse :

- 3) Indiquez parmi ces stratégies d'intervention laquelle vous privilégiez dans votre enseignement de l'éducation à la santé ?
- a) capsules santé ()
 - b) devoirs actifs ()
 - c) portfolio ()
 - d) autre (préciser) ()

Justifiez votre réponse :

Indiquez les avantages et les inconvénients de ces stratégies :

Avantages

Inconvénients

IV) Les ressources à votre disposition et vos besoins

- 1- Indiquez la principale ressource que vous utilisez dans la planification de vos situations d'enseignement apprentissage en lien avec l'éducation à la santé
- a) banques d'activités ou livres ()
 - b) conseiller ou animateur pédagogique ()
 - c) collègues de travail ou autres ()
 - d) autre ressource (préciser) ()

Justifiez votre réponse :

- 2- Indiquez un autre intervenant impliqué dans l'éducation à la santé dans votre école.
- a) infirmière ()
 - b) titulaires ()
 - c) parents ()
 - d) autre (à préciser) ()

Justifiez votre réponse :

- 3- Indiquez parmi ces outils, lequel pourrait vous aider à une meilleure intégration de l'éducation à la santé dans votre enseignement ?
- a) une démarche ou une stratégie d'intervention efficace ()
 - b) un guide pédagogique avec des moyens d'action ()
 - c) une formation complémentaire en éducation à la santé ()
 - d) autre (à préciser) ()

Justifiez votre réponse

V) Question ouverte :

- 1- Indiquez un sujet qui n'a pas été abordé dans ce questionnaire et auquel vous auriez aimé répondre ou sur lequel vous auriez aimé donner votre point de vue.
- a) Tout les sujets on été abordés ()
 - b) J'aimerais aborder ou j'aurais aimé qu'on aborde :

Dites pourquoi :

VI) Renseignements complémentaires :

- Nombre d'années d'expérience dans l'enseignement de l'éducation physique au primaire : _____
- Nombre d'année d'enseignement de l'éducation physique à la même école _____
- Enseignez-vous l'éducation physique ?
 - a) À temps plein ()
 - b) À temps partiel ()
- Quel est votre âge ? _____ Votre sexe : Masculin () Féminin ()

VII) Commentaires sur le contenu, sur la façon de compléter ce questionnaire ou sur tout autre sujet :

(Signature facultative)

Merci de votre collaboration!

ANNEXE II
SITUATION D'EXPÉRIMENTATION (SÉ)

I) Identification :
SÉ # _____ Date : _____

(Titre du programme séquentiel)
Cycle : _____ Classe : _____ Durée prévue : _____

II) Connaissance par défaut identifiée ou anticipée :

III) Activité de mobilisation de la connaissance par défaut retenue

IV) Activité visant un changement conceptuel proposée

V) Activités de consolidation du nouveau réseau conceptuel

ANNEXE III

Deuxième cycle

Mon nom : _____



3^e année Groupe de _____ 2004 - 2005
4^e année Groupe de _____ 200__ - 200__

École Mgr-Gilles-Gervais

Éducation physique et à la santé

Adopter un mode de vie sain et actif

Adopter un mode de vie sain et actif signifie que tu pratiques régulièrement des activités physiques au moins 30 minutes par jour. Tu dois aussi faire cette pratique dans le plaisir et surtout de façon sécuritaire. Pour que ton mode de vie soit sain, tu dois : avoir une bonne alimentation, avoir de bonnes périodes de repos, des périodes de relaxation et avoir une bonne hygiène personnelle.

Avec ces bonnes habitudes de vie, tu développeras une belle confiance en toi en plus de prendre soin de ta santé.

Démarche pour développer cette compétence



1- J'analyse (au mois de décembre 2004)

Premièrement, tu analyseras tes habitudes de vie actuelles. Tu répondras aux questions le plus honnêtement possible car tes réponses te serviront à planifier ton défi.



2- Je planifie (au mois de décembre 2004)

Deuxièmement, tu planifieras un seul défi. Tu auras besoin de réfléchir en regardant tes réponses au questionnaire et à ce que tu désires le plus améliorer au niveau de tes habitudes de vie.



3- Je m'engage (au mois de décembre 2004)

Troisièmement, tu auras quatre semaines d'ici la fin de l'année pour réaliser ton défi. Exemple : tu peux choisir une semaine par mois.



4- Je fais le bilan (au mois de juin 2005)

Au mois de juin, avec ton professeur d'éducation physique, tu réfléchiras à ce qui a fonctionné ou non. Si tu n'as pas réussi à réaliser ton défi, tu pourras trouver d'autres solutions pour le réussir.



Je ferai mon bilan
au mois de juin.



J'analyse et je m'engage dans ma condition physique

Endurance musculaire, cardio-respiratoire et flexibilité

Mon âge : _____	Résultat #1	Mon défi :	Résultat #2	Mon défi :	Résultat #3	Mon défi :	Résultat #4
Ma grandeur : _____							
Ma date de naissance : _____							
Mon poids : _____							
Mon poids désiré : _____							
1- Redressements assis 							
2- Extension des bras (push-up) 							
3- Saut en longueur sans élan 							
4- Course Navette 							
5- Course sprint 50 m 							
6- Course d'endurance 							
7- Flexion avant en position assise 							

Je fais le bilan (après le résultat #4):

1- As-tu amélioré ta condition physique?

2- Quels sont les avantages d'avoir une bonne condition physique? _____



J'analyse mon profil d'activités physiques

(au mois de décembre 2004)

A) Questionnaire sur la pratique régulière de l'activité physique.

Coche ta réponse dans la colonne de ton choix. Tes parents peuvent t'aider à répondre à ce questionnaire

À l'école :	toujours	parfois	jamais
1-À la récréation, je participe à des jeux qui me font bouger, etc.			
2-À l'heure du dîner, je fais de l'activité physique.			
3-Je participe activement lors de mes cours d'éducation physique.			

En dehors de l'horaire de l'école:

4-Je pratique différentes activités physiques d'au moins trente minutes chaque jour.			
5-Je joue dehors au moins trois fois par semaine.			
6-Je marche durant la journée.			
7-Je pratique une activité physique organisée par la municipalité (ou autres organismes)			
8-Je préfère rester à la maison : pour écouter la télévision ou pour jouer à des jeux électroniques			

B) Retour sur le questionnaire

- As-tu l'impression que tu fais de l'activité physique de façon régulière ? Oui Non



Je planifie mon défi actif

(au mois de décembre 2004)

1- Mon défi sera :

Coche une des cases		<input checked="" type="checkbox"/>
1-	de jouer plus régulièrement aux récréations	
2-	de jouer plus régulièrement après les dîners	
3-	d'être plus impliqué lors de mes cours d'éducation physique et à la santé	
4-	d'être actif au moins 30 minutes par jour	
5-	de jouer dehors plus souvent	
6-	de marcher (si c'est possible) au lieu de me faire transporter en voiture	
7-	de m'inscrire à une activité sportive organisée	

2- Pourquoi as-tu choisi ce défi ?

3- Quels moyens utiliseras-tu pour t'aider à réaliser ton défi?

Coche un ou deux moyens

<input type="checkbox"/>	a) Avoir de l'aide de mes parents
<input type="checkbox"/>	b) Utiliser un calendrier, mon agenda.
<input type="checkbox"/>	c) Demander des conseils à mon enseignant (e) en éducation physique et à la santé.
<input type="checkbox"/>	d) Demander à mon professeur ou à un membre de ma famille de m'encourager.
<input type="checkbox"/>	e) Utiliser la partie Je m'engage dans une pratique régulière de la page suivante.

J'analyse ma pratique sécuritaire

(2^e cycle)

A) Questionnaire la pratique sécuritaire de l'activité physique

	toujours	parfois	jamais
1-Avant de pratiquer une activité physique, je fais des exercices d'échauffement et d'étirement.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-J'utilise le matériel de jeu et de sport de la bonne façon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Mes souliers sont lacés, noués et ajustés correctement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Lorsque je pratique une activité physique, j'ai une tenue vestimentaire appropriée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Je déplace les objets lourds de la bonne façon. (en soulevant l'objet avec les jambes et en gardant le dos le plus droit que possible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-Je signale les situations dangereuses. (exemple : quelqu'un qui grimpe au gymnase sans protection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Je respecte les règles du jeu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Pour éviter un accident, je range le matériel qui n'est plus utilisé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Je reconnais quelques exercices qui peuvent être dommageables pour mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-À la récréation, je m'amuse d'une façon sécuritaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-Au gymnase, je commence à pratiquer lorsqu'un adulte me donne l'autorisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-Je porte les équipements de protections requis (hockey, vélo, patin, planche, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Retour sur le questionnaire

- 1-As-tu l'impression que tu as une pratique sécuritaire dans tes activités physiques? oui non
- 2-Lequel des points précédents que tu choisis pour améliorer ta pratique sécuritaire? Le numéro _____



Je planifie ma pratique sécuritaire

1- Je choisis l'énoncé du questionnaire que j'ai le goût d'améliorer : le #

2- Mon défi sera :

3- Pourquoi as-tu choisi ce défi? :

4- Quels moyens utiliseras-tu pour t'aider à réaliser ton défi?

Coche ce qui pourrait t'aider :

<input type="checkbox"/>	a) Avoir de l'aide de mes parents.
<input type="checkbox"/>	b) Utiliser un calendrier, mon agenda.
<input type="checkbox"/>	c) Demander des conseils à mon enseignant (e) en éducation physique et à la santé.
<input type="checkbox"/>	d) Demander à mon professeur, à mon frère ou à ma sœur de m'encourager.
<input type="checkbox"/>	e) Utiliser la partie Je m'engage dans une pratique sécuritaire à la page suivante.

source : Comité de recherche en éducation physique et à la santé de la Commission scolaire des Grandes-Seigneuries
Chapitre 10 - Les Activités Physiques et le Développement Personnel - 2010-2011

Je m'engage dans une pratique régulière

Mon défi est : _____ (au mois de décembre 2004)

Voici une suggestion d'activités physiques et sportives que tu dois choisir en fonction de ton défi.

Activité seul :	Activité avec un autre :	Activité avec plusieurs :
1-Marcher	12-Balle au mur	23-Baseball
2-Corde à sauter	13-Ballon poire	24-Basket-ball
3-Course d'endurance	14-Course de vitesse	25-Hockey
4-Danse	15-Mini-hockey	26-Hockey cosom
5-Natation	16-Jeux de poursuite	27-Volley-ball
6-Gymnastique	17-Marelle quatre coins	28-Soccer
7-Velo	18-Badminton, tennis	29-Ballon chasseur
8-Raquette à neige	19-Trottinette planche	30-Football
9-Patin (glace, roues alignées)	20-Marche avec ami(e)	31-Jeux de groupe
10-Jeu de balles et de ballons	21-Conditionnement physique	32-Mes cours d'éducation physique
11-Ski (randonnée, alpin)	22-Étirement (stretching)	33-Autres activités

- 1- Écris le chiffre de l'activité physique dans les cases (journées) chaque fois que tu relèves le défi que tu as planifié.
- 2- À la fin de la semaine, colorie le cœur  si tu as réussi ton défi.

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	
Semaine #1								
Semaine #2								
Semaine #3								
Semaine #4								

Je fais le bilan (au mois de juin 2005)

- 1- J'ai réussi mon défi ? oui non
- 2- Si non, qu'est-ce qui n'a pas bien fonctionné ? _____
- 3- La réalisation de mon défi a été facile difficile
- 4- Est-ce que je vais conserver cette habitude de vie de façon régulière ? oui non
- 5- Inscris les moyens que tu vas prendre pour poursuivre ton défi ? _____

Je coche les réponses pour les quatre citations suivantes :

	Élève		Enseignant(e)	
	OUI	NON	OUI	NON
1- J'ai été capable d'analyser ma pratique régulière de l'activité physique.				
2- J'ai réussi à planifier mon défi.				
3- Je me suis engagé dans la réalisation de mon défi.				
4- J'ai été capable de trouver ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné.				

Signature des parents : _____

Date : _____



J'analyse ma relaxation (2^e cycl



Questionnaire sur la relaxation et le sommeil :

	toujours <input checked="" type="checkbox"/>	parfois <input checked="" type="checkbox"/>	jamais <input checked="" type="checkbox"/>
1- Je sais quand j'ai besoin de repos.			
2- J'adopte de bonnes positions de sommeil.			
3- Je pratique des activités relaxantes qui m'aident à me reposer après une journée ou une activité physique intense.			
4- Je suis capable d'utiliser ma respiration pour me calmer.			



Je planifie

- Je choisis l'énoncé du questionnaire que j'ai le goût d'améliorer . #
- En lien avec l'énoncé, combien de fois par semaine penses-tu pouvoir relever ton défi?
- Mon défi sera : _____
- Pourquoi as-tu choisi ce défi? : _____
- Quels moyens utiliseras-tu pour t'aider à réaliser ton défi? _____



Je m'engage



- Coche dans les cases (journées) chaque fois que tu reèves ton défi que tu as planifié.
- À la fin de la semaine, colorie le coeur si tu as réussi ton défi.

lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>



Je fais le bilan

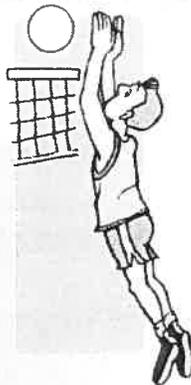
- J'ai réussi mon défi? oui non
- Si non, qu'est-ce qui n'a pas bien fonctionné? _____
- Que devrais-je faire pour réussir mon défi la prochaine fois? _____
- La réalisation de mon défi a été facile difficile
- Est-ce que je vais conserver cette habitude de vie de façon régulière? Oui Non
Pourquoi? _____
- Inscris les moyens que tu vas prendre pour poursuivre ton défi? _____

source : Comité de recherche en éducation physique et à la santé de la Commission scolaire des Grandes-Seigneuries
Christine Pitre, Louise Faille Guérin, Margarete Gaspard, Eric Yockell, Daniel Boudreau, Marc Bouthillette, Gilles Boudreau
Adapté par Michel Gagné, Commission scolaire des Grandes-Seigneuries

ANNEXE IV

3e cycle

Carnet santé



École
Père Marquette



Préparé par
Michel Lupien
spécialiste en éducation physique

TEST D'EFFICIENCE PHYSIQUE

Ce test comprend six exercices permettant de vérifier l'endurance, la vitesse et la force musculaire des élèves. Il y aura deux tests d'efficacité dans l'année, un au début et un à la fin.

	nombre	cote
1- extension des bras	_____	_____
2- redressement assis	_____	_____
3- saut en longueur (sé)	_____	_____
4- lancer du ballon *	_____	_____
5- course de vitesse (50m)	_____	_____
6- course d'endurance **	_____	_____

* 1^{er} cycle : ballon de 2 lbs
2^e et 3^e cycle : ballon de 6 lbs

** 1^{er} cycle : course de 400m
2^e cycle : course de 800m
3^e cycle : course de 1000m

CALCULER SON IMC

L'indice de masse corporelle peut aider à déterminer si l'enfant a une insuffisance ou un surplus pondéral.

On doit d'abord faire le calcul suivant :

Le poids en kilo ÷ la taille en mètre²

Ex. : Sébastien a 10 ans, il pèse 45kg et mesure 1,54m

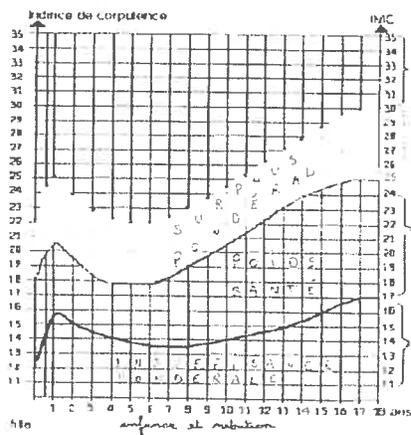
$45 \text{kg} \div (1,54 \times 1,54) = 18,9$

On se réfère ensuite à la courbe correspondante, soit celle des filles ou celles des garçons. Ceci n'est qu'à titre indicatif seulement. D'autres facteurs sont aussi à considérer (ossature, musculation etc.)

Mon IMC :

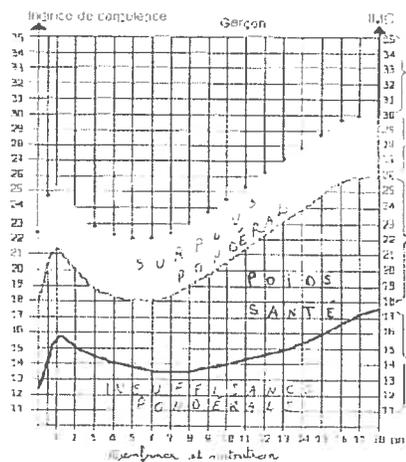
Courbe de l'indice de masse corporelle

Fille



Courbe de l'indice de masse corporelle

Garçon



SEPTEMBRE

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

LA PENSÉE DU MOIS :
 «AH NON! Les vacances sont finies»

THÈME *L'hygiène*

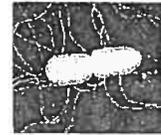
MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEIL Prendre une douche ou un bain chaque jour permet à notre corps d'être propre et de contrôler les mauvaises odeurs corporelles.
 Se respecter tout en respectant les autres

SAVIEZ-VOUS QUE?

La transpiration (l'eau évacuée par le corps lorsque l'on fait une activité intense) ne pas d'odeur. Ce sont les bactéries qui provoquent ce désagrément.



bactérie.

QUESTION

Pourquoi faut-il utiliser du savon pour se laver?



OCTOBRE

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

LA PENSÉE DU MOIS :
 «ça y est! Je commence à m'habituer à l'école»

THÈME *La posture*

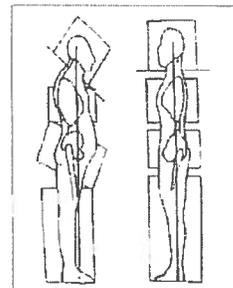
MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS Avant de soulever un objet lourd, on fléchit d'abord les jambes tout en gardant le dos bien droit.
 En position assise, il est recommandé de garder le dos bien droit et de s'asseoir au fond de sa chaise.

SAVIEZ-VOUS QUE?

Adopter une bonne posture étant jeune permet d'éviter les maux de dos à l'âge adulte.



QUESTION

Y a-t-il un lien entre la pratique de l'exercice et la posture?

NOVEMBRE

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

LA PENSÉE DU MOIS :

« OH! Le premier bulletin. J'aurais dû me forcer! »

THÈME *L'activité physique*

MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEIL Il est important de boire avant, pendant et après l'activité physique pour éviter la déshydratation, surtout lorsqu'il fait très chaud.

SAVIEZ-VOUS QUE?

Une pratique régulière d'activités physiques offre une excellente protection contre plusieurs types de maladie que l'on retrouve à l'âge adulte : problème cardio-vasculaire, diabète, hypertension, etc.



QUESTION

L'activité physique procure des bienfaits à bien des niveaux. Lesquels ?

DÉCEMBRE

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

LA PENSÉE DU MOIS :

« Enfin Noël! »

THÈME *Le sommeil*

MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS Dormir sur le côté, les jambes légèrement fléchies est une bonne habitude à prendre. Il est aussi recommandé pour les enfants et les adolescentes de dormir entre huit et dix heures par nuit.

SAVIEZ-VOUS QUE?

Le manque de sommeil peut affecter nos capacités d'apprentissage et diminuer l'efficacité de notre système immunitaire.

Pour mieux profiter des effets réparateurs du sommeil, il est préférable de se coucher et de se lever à des heures régulières.



QUESTION

À quoi sert le sommeil ?

JANVIER

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

LA PENSÉE DU MOIS :
«Brrr, y fait froid!»

THÈME *Les os*

MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

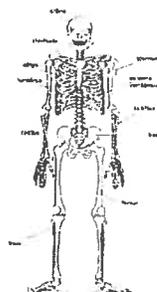
MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS

Faites de l'activité physique régulièrement cela permet de renforcer les os

SAVIEZ-VOUS QUE?

Les produits laitiers sont une excellente source de calcium Ils contribuent à la croissance des os



QUESTION ^{2/2}

Selon vous, le corps humain est constitué de combien d'os?

FÉVRIER

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

LA PENSÉE DU MOIS :
«Il fait encore PLUS froid!»

THÈME *Les muscles*

MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

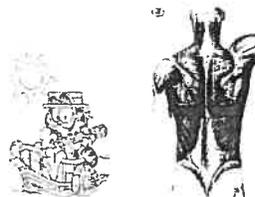
MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS

Lorsque vous ressentez une crampes musculaire provoquée par la fatigue ou la chaleur, étirez votre muscle et maintenez cette position.

SAVIEZ-VOUS QUE?

Le sucre met à contribution 17 muscles alors que «faire le balai» en fait travailler 42



QUESTION ^{2/2}

Le corps humain comprend environ combien de muscles?



MARS

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

LA PENSÉE DU MOIS :
« Mais quand l'hiver va-t-il donc finir ? »

THÈME *La nutrition*

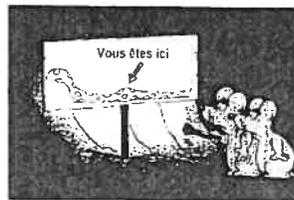
MES ACTIVITÉS DU MOIS : _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS Évitez d'utiliser des contenants en plastique ou four micro-ondes (à moins d'indications contraires) car ils sont parfois à base de produits pétroliers et peuvent contaminer les aliments. Ils sont donc à risque pour votre santé.

SAVIEZ-VOUS QUE?

À chaque année, nous mangeons environ 500 kilo de nourriture. Le poids approximatif d'une petite voiture.



QUESTION ^{6/6}

Nomme les quatre groupes alimentaires?



AVRIL

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

LA PENSÉE DU MOIS :
« Enfin du soleil »

THÈME *Le système respiratoire*

MES ACTIVITÉS DU MOIS : _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS Lors de de leur au niveau des muscles de la respiration, tu dois retenir et appliquer une pression à l'endroit où se trouve la couleur et prendre de profondes respirations.

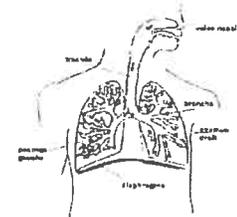
SAVIEZ-VOUS QUE?

Au repos, le rythme respiratoire est d'environ seize respirations par minute et lors d'un exercice intense il peut augmenter jusqu'à 80 respirations par minute.



QUESTION ^{4/4}

Quel est le principal rôle du système respiratoire ?



MAI

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

LA PENSÉE DU MOIS :
«Bougers, c'est le mois de l'activité physique»

THÈME *Le système cardiovasculaire*

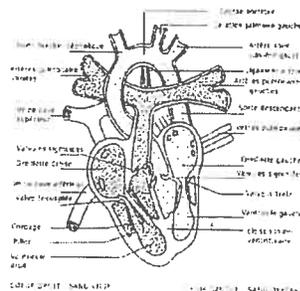
MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS La pratique régulière d'activités physiques améliorera l'efficacité du système cardiovasculaire.

SAVIEZ-VOUS QUE?

Au cours d'une vie le cœur peut effectuer jusqu'à trois milliards de battements et peut pomper plus de 410.000 tonnes de sang.



QUESTION

À quoi sert le cœur?
 Nomme les quatre groupes sanguins?

JUIN

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

LA PENSÉE DU MOIS :
«Yesppie, les vacances approchent»

THÈME *Le tabac et les drogues*

MES ACTIVITÉS DU MOIS _____

MON DEGRÉ DE SATISFACTION

CONSEILS
 Les jeunes sont les premiers visés par la publicité des compagnies de tabac. Ils représentent le meilleur marché pour développer leurs profits. Évitez et évitez de commencer à fumer. La nicotine est la drogue du tabac en la considérant comme l'alcool la cocaïne ou même l'héroïne car elle cause un taux incroyable de dépendance.

SAVIEZ-VOUS QUE?

La cigarette contient environ 4.000 composés chimiques dont 43 sont considérés comme hautement cancérigènes. Les plus nocifs sont la nicotine, le monoxyde de carbone, le benzène, le toluène, le formaldéhyde, l'acétone, l'ammoniac, le cadmium et les métaux.



QUESTION

Un copain t'offre une cigarette, comment dire non?

TEST D'EFFICIENCE PHYSIQUE

Ce test comprend six exercices permettant de vérifier l'endurance, la vitesse et la force musculaire des élèves. Il y aura deux tests d'efficacité dans l'année, un au début et un à la fin.

	nombre	cote
1- extension des bras	___	___
2- redressement assis	___	___
3- saut en longueur (s é)	___	___
4- lancer du ballon *	___	___
5- course de vitesse (50m)	___	___
6- course d'endurance **	___	___

* 1^{er} cycle : ballon de 2 lbs
2^e et 3^e cycle ballon de 6 lbs

** 1^{er} cycle : course de 400m
2^e cycle : course de 800m
3^e cycle : course de 1000m





ANNEXE V
PROGRAMME SÉQUENTIEL

TITRE : _____

ÉCOLE : _____

CYCLE : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème}

DATE : _____

CONCEPTEUR : _____

La clientèle :

Domaines généraux de formation :

- Santé et bien-être
- Orientation et entrepreneuriat
- Environnement et consommation
- Médias
- Vivre ensemble et citoyenneté

Intention éducative :

Compétences disciplinaires :

Agir dans divers contextes de pratique d'activités physiques

Composantes retenues :

Interagir dans divers contextes de pratique d'activités physiques

Composantes retenues :

Adopter un mode de vie sain et actif

Composantes retenues :

Compétences transversales :

D'ordre intellectuel

Exploiter l'information

Résoudre des problèmes

Exercer son jugement critique.

Mettre en œuvre sa pensée créatrice

Coopérer

D'ordre méthodologique

Se donner des méthodes de travail efficaces.

Exploiter les technologies de l'information et de la communication.

D'ordre de la communication

Communiquer de façon appropriée

D'ordre personnel et social

Structurer son identité

Les moyens d'action:

La situation du programme séquentiel dans la planification annuelle:

Les conditions temporelles:

Les conditions spatiales:

ANNEXE VI

**SITUATION
D'ENSEIGNEMENT-
APPRENTISSAGE**

Cycle : 1^{er} 2^e 3^e

Classe:

Durée :

Date :

TITRE : _____

Plan séquentiel concerné

Ordre de la situation dans le PS: _____

Intention éducative visée / DGF

Compétences transversales :

Axe de développement/DGF:

Contenus d'apprentissage (Les savoirs essentiels)

DESCRIPTION :

CONDITIONS DE RÉALISATION :

MATÉRIEL :

Temps 1 : Préparation à l'apprentissage

<i>Rôle de l'élève</i>	<i>Rôle de l'enseignant</i>
<p>CHAPITRE II Face à la situation</p> <ul style="list-style-type: none"> -prend connaissance des objectifs -prend connaissance de l'activité 	<p>CHAPITRE III Catalyseur</p> <ul style="list-style-type: none"> - rappel du passé - précise les objectifs du cours - présente la situation d'apprentissage

Temps 2: Réalisation des apprentissages

<i>Rôle de l'élève</i>	<i>Rôle de l'enseignant</i>
<p>CHAPITRE IV En action</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'organise - réalise l'apprentissage - s'implique dans l'activité 	<p>CHAPITRE V Facilitateur</p> <ul style="list-style-type: none"> - guide les élèves - aide les élèves - assiste les élèves en difficulté

Critères d'évaluation:**Compétence 1**

- Justification du choix d'actions.
- Exécution d'enchaînements d'actions.
- Exécution d'actions simultanées.

Détermination des améliorations souhaitables ou des éléments à conserver.

- Identification de piste de réinvestissement.

Compétence 2

- Participation active à l'élaboration du plan d'action.
- Exécution d'actions ajustées à la situation.

- Communication verbale ou gestuelle adaptée à la situation.
- Comportement en conformité avec les règles d'éthiques.
- Détermination des améliorations souhaitables.
- Identification de stratégies utilisables dans d'autres situations.

Compétence 3

Explication des effets de ses habitudes de vie sur sa santé et son bien-être.

- Production d'un plan de pratique d'activités physiques.

Interprétation des résultats de sa stratégie de modification d'habitudes de vie.

Détermination des améliorations souhaitables ou des éléments à conserver.

Type(s) d'instrument(s) d'évaluation : Évaluateur(s) : _____

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Questionnement | <input type="checkbox"/> Enseignant groupe | <input type="checkbox"/> Grille |
| <input type="checkbox"/> d'observation | <input type="checkbox"/> Enseignant-élève(s) | |
| <input type="checkbox"/> Échelle d'appréciation | <input type="checkbox"/> Élève(s)-élève(s) | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | <input type="checkbox"/> Élève seul | |

(Date) (Signature concepteur)

ANNEXE VII
ÉVALUATION PRÉSENTATION
Conférencier invité

(Nom du conférencier ou de la conférencière) _____

- 1- Résumez par trois mots clés, ce que vous retenir de cette présentation ? Justifiez votre réponse.

Mots

Justification

- 2- Cette présentation vous a-t-elle permis de trouver des pistes de solution à une de vos préoccupations ? Précisez laquelle et dites comment.

Préoccupation

Piste de solution

- 3- Quels sont les éléments qui n'ont pas été abordés par le conférencier et qui vous préoccupent encore et pour lesquels vous aimeriez avoir une réponse ?

REMARQUES SUR L'ENSEMBLE DE LA PRÉSENTATION :

 (Date)

 (Signature)

