

ENTRETIENS

Les trois entretiens suivants ont été menés avec des acteurs centraux du développement de l'éducation pour la santé. Jean-Pierre Deschamps est responsable de l'École de santé publique de l'Université de Nancy I qui organise de nombreuses formations en santé publique. Il a été pendant plusieurs années président du Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Bernard Pissarro est professeur émérite de santé publique. Il a contribué à la formation de nombreux médecins de l'Éducation nationale. Louise Gaudreau est sexologue, professeur à l'Université de Québec à Montréal.

Les deux premiers entretiens exposent le regard de la santé publique sur l'éducation pour la santé dans le système éducatif. Même si la présentation de ces deux entretiens présente des redondances, notamment sur la question de la cohérence entre le « programme caché », tel qu'il est vécu au quotidien, et les programmes affichés dans les établissements scolaires, il nous a paru cependant important de présenter deux regards complémentaires dans le contexte actuel de relance de l'éducation pour la santé. Le premier se situe davantage au niveau des principes fondamentaux et politiques de la promotion de la santé et de l'articulation entre éducation et promotion de la santé alors que le deuxième développe longuement les démarches de l'éducation pour la santé.

101

Jean-Pierre Deschamps énonce les objectifs et les finalités de l'éducation pour la santé et inscrit cette dernière dans le cadre plus général de la promotion de la santé. Dans le contexte actuel où s'opère une prise de conscience croissante du poids des facteurs sociétaux sur la santé et sur ses inégalités (1), il insiste davantage sur les responsabilités des décideurs, petits et grands, et des acteurs de l'éducation qui, à tous niveaux, influent sur les conditions de vie et de bien-être et donc, sur la santé.

Bernard Pissarro relie l'éducation pour la santé aux concepts d'éducation à la citoyenneté et de développement communautaire. Il se centre davantage sur les élèves. Il plaide pour une implication active des enfants au processus d'éducation

1 - On pourra lire à ce propos l'intervention de Jonathan Mann au dernier colloque de la Société française de santé publique publiée dans la revue de la SFSP : « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé publique*, n° 3, vol. 10, 1998, pp. 239-250.

pour la santé, entendue comme une éducation au choix visant à promouvoir des « *citoyens acteurs actifs* ». Dans le souci constant d'éviter l'accroissement des inégalités, il expose très concrètement, avec de nombreux exemples, sa conception des démarches pédagogiques de l'éducation pour la santé avant de faire des propositions pour la formation des enseignants.

En contrepoint, le troisième entretien nous apporte un éclairage québécois sur le développement des programmes d'éducation sexuelle et de prévention du VIH dans cette province. Contrairement à l'approche française de l'éducation pour la santé, résolument interdisciplinaire, le Québec a opté pour une organisation disciplinaire, en l'occurrence de l'éducation sexuelle. Louise Gaudreau, enseignante à l'université de Montréal, présente les évolutions de cet enseignement au Québec et ses difficultés récentes qu'elle attribue notamment à un défaut de formation des enseignants. Et c'est peut-être bien là pour la France aussi, un enjeu majeur.

Dominique BERGER,
IUFM d'Auvergne
Christine de PERETTI,
INRP (Politiques pratiques et acteurs de l'éducation)

ENTRETIEN AVEC LE PROFESSEUR JEAN-PIERRE DESCHAMPS* RÉALISÉ PAR CHRISTINE DE PERETTI

Christine de Peretti – *Mr Deschamps, vous êtes professeur en santé publique à l'Université de Nancy, où vous êtes responsable de formation en santé publique et en éducation pour la santé; vous avez été également président du Comité français d'éducation pour la santé pendant plusieurs années. Quels sont pour vous les finalités, les enjeux et, à l'heure actuelle, les priorités de l'éducation pour la santé en milieu scolaire?*

Jean-Pierre Deschamps – En fait, il y a presque un pléonasmе dans le fait de parler de l'éducation à la santé en milieu scolaire, dans la mesure où toute éducation comporte forcément une éducation à la santé. Plus de 50 ans après que l'OMS en a donné la définition, il y a un consensus pour considérer la santé comme le bien-être. On peut donc imaginer que l'éducation au bien-être, c'est l'éducation tout court. L'une des finalités fondamentales que je vois à l'éducation à la santé en milieu scolaire, c'est d'abord de s'intégrer dans un processus éducatif générateur de bien-être pour l'enfant et pour l'adulte qu'il sera, pas seulement un bien-être passif, mais aussi le fait d'être bien dans sa peau, dans sa tête, dans son rôle social. C'est la finalité

* - Jean-Pierre Deschamps, Professeur en santé publique, Université Nancy I.

fondamentale et ce n'est pas spécifiquement, une tâche de santé de professionnel de santé ou même d'éducateur de la santé. Concrètement, cela implique une intégration très forte dans l'école de ce qu'on appelle les activités d'éducation à la santé. Développer une éducation au bien-être, à la responsabilité de soi, ce n'est pas la spécialité de quelques-uns, c'est vraiment la responsabilité de toute l'institution scolaire et donc, de toute la communauté éducative.

Pour formuler les choses de façon différente, je voudrais rappeler les objectifs de l'éducation à la santé qu'un comité d'experts de l'OMS avait formulés en 1969.

Le premier était de modifier ou de renforcer les comportements sanitaires des personnes et des groupes dans un sens favorable à la santé. C'est l'aspect comportemental que souvent on considère comme le seul aspect de l'éducation à la santé.

Mais les deux autres objectifs me paraissaient plus intéressants. Il s'agissait de rendre les gens capables d'exercer des responsabilités sur leur santé et sur celle de la collectivité. C'est-à-dire qu'il ne s'agissait pas seulement de comportements individuels *pour* sa santé (c'est pour cela d'ailleurs que j'ai déjà parlé d'éducation à la santé) mais aussi de participer de manière active à la vie de la collectivité. L'éducation à la santé se voyait assigner un objectif qui n'avait plus de rapport immédiat avec la santé : participer de façon responsable à la vie de la collectivité ; c'est ce qu'on appelle aujourd'hui l'éducation à la citoyenneté.

Le troisième objectif, c'était que l'éducation à la santé devait contribuer à renforcer la *dignité* des personnes et des groupes, c'est un objectif qui pour moi constitue une référence éthique très forte.

Les enjeux sont évidemment liés à ces finalités, et en particulier, au fait que l'un des problèmes fondamentaux de l'éducation à la santé en milieu scolaire, de l'éducation au bien-être, de l'éducation à la responsabilité sur sa santé, sur celle des autres, de la responsabilité citoyenne, c'est qu'il n'y ait pas entre les activités dites d'éducation à la santé et le fonctionnement du système éducatif, de contradictions qui rendraient vains les discours des professionnels et qui seraient particulièrement troublants pour les enfants et les adolescents (même s'ils doivent être préparés au fait que la prévention c'est aussi apprendre à gérer les contradictions qui s'exercent sur la santé). C'est un enjeu important parce qu'il n'y a pas de possibilité techniquement, ni *a fortiori* éthiquement, de développer une éducation à la santé qui ne se soucie pas du bien-être actuel, quotidien, de l'enfant dans sa classe, dans ses rythmes de vie, dans ses relations avec les adultes de la communauté éducative. C'est peut-être le principal des enjeux. Il plaide pour l'intégration très forte de l'éducation à la santé dans le quotidien du fonctionnement de l'école et non pas comme une activité rapportée, comme une discipline à part ou comme une activité de quelques heures dans la semaine ou dans l'année.

Je reprends volontiers à mon compte cette expérience du Dr Sandrin-Berthon qui travaille au CFES. Elle a écrit récemment un petit livre merveilleux qui s'intitule *Apprendre la santé à l'école* où elle raconte comment, lorsqu'on lui demandait de parler de l'hygiène corporelle aux enfants d'école primaire, elle déplaçait la demande vers : « Quelle est la qualité de l'environnement de l'école ? ». Et elle n'acceptait de parler d'hygiène aux enfants que si les locaux dans lesquels les enfants

passaient 6 ou 8 heures par jour étaient des locaux agréables, sécuritaires, propres, etc. Très souvent son action était en fait une action d'intervention, non pas auprès des enfants, mais auprès des responsables de l'environnement scolaire. Et elle s'apercevait souvent que si les travaux d'amélioration de l'environnement scolaire avaient été faits, il n'était plus nécessaire d'expliquer aux enfants qu'il fallait se laver les mains ou se brosser les dents. Ils le faisaient eux-mêmes avec beaucoup de spontanéité et de plaisir. C'est un assez bon exemple, je pense, des enjeux de l'éducation à la santé.

Trop souvent, on fait de l'éducation à la santé une façon de donner des conseils ou de renvoyer vers les gens une responsabilité qui relève en fait de la collectivité, pour des problèmes sur lesquels ils n'ont pas vraiment de pouvoir. C'est une faute éthique. C'est qu'on a appelé aux États-Unis « le blâme de la victime », c'est tout à fait inacceptable.

C. de P. – *Et quelles sont vos priorités ?*

J.-P. D. – La priorité, encore une fois, c'est que l'éducation donnée à l'école soit une éducation de santé à toutes les heures du jour et pas seulement de temps en temps. S'il n'y a pas cette cohérence, je crois qu'on perd son temps mais aussi qu'on manque de respect envers l'enfant, en voulant (de façon souvent exagérément comportementaliste) modifier ses conduites dans des domaines où les risques ne dépendent pas des conduites individuelles.

C. de P. – *Qu'est-ce qui a amené les professionnels de santé publique à incorporer la dimension de citoyenneté, de participation active de la communauté, comme facteur de santé ?*

J.-P. D. – C'est une réflexion qui a pris corps dans les années 70, un peu plus tôt aux USA qu'en Europe, sur les aspects éthiques de l'éducation à la santé et sur les déterminants de la santé. Les déterminants les plus fondamentaux de la santé relèvent de l'environnement dans lequel vivent les gens, du fait qu'ils ont un travail, un revenu, une stabilité de leurs repères de vie, du fait qu'ils ont la possibilité d'établir des projets, de se sentir utiles et importants dans la société.

Nous sommes un certain nombre à avoir remis en cause cette conception de l'éducation à la santé qui cherchait seulement à modifier les comportements individuels par des méthodes empruntées à la publicité ou à d'autres domaines de la communication.

Dans les années 80 j'ai appelé un chapitre d'ouvrage sur la prévention : « Éducation à la santé : changer les usagers ou les décideurs ? ». La conclusion était dans le titre. Dans beaucoup de domaines d'éducation à la santé c'est moins les comportements individuels des personnes qu'il faut changer que les comportements de ceux qui ont un pouvoir sur l'environnement de celles-ci. Pas nécessairement les politiques de très haut niveau, mais des gens qui ont des responsabilités sur la qualité de la vie dans l'école ou le quartier par exemple.

Cette réflexion a été reprise, amplifiée et diffusée avec la Charte d'Ottawa en 1986 quand on a créé le terme de « promotion de la santé ». Malheureusement, la Charte d'Ottawa est un modèle d'opacité terminologique; elle est mal traduite en français et chacun met ce qu'il veut derrière les mots.

À travers la promotion de la santé, il ne s'agit pas d'influer sur la santé des personnes par un seul moyen. La Charte d'Ottawa parle des aptitudes individuelles, mais aussi de créer des environnements favorables (« supportifs »), elle promeut des politiques publiques saines, ce qui intéresse les décideurs et les usagers en tant que citoyens, de réorienter les services de santé pour qu'ils ne soient pas en contradiction avec leur environnement et de renforcer l'action communautaire. La promotion de la santé, c'est un peu tout cela. C'est dire qu'on peut agir non pas en privilégiant un déterminant de la santé, celui qui est au bout de la chaîne, le compartement de l'utilisateur, mais on peut changer ses conditions de vie et à ce moment-là, lui-même devient capable de prendre des responsabilités individuelles.

C. de P. – *La Charte d'Ottawa, c'est toutes les responsabilités collectives...*

J.-P. D. – Oui, c'était fondamental; il fallait le dire et l'écrire. Il faut que la promotion et l'éducation à la santé deviennent des concepts politiques au vrai sens du mot, c'est-à-dire que ce n'est plus seulement l'affaire des personnes mais c'est aussi l'affaire des politiques et des décideurs. Au mois de juillet 1998, il s'est tenu à Porto Rico la conférence internationale de promotion et d'éducation à la santé. On y a vu un virage très fort de l'éducation à la santé vers des démarches plus globales et politiques, des démarches partant sur la gestion de la cité et la gestion de l'environnement avant de vouloir à tout prix modifier la façon dont les gens se comportent.

C. de P. – *Pour en revenir au milieu scolaire, quelles professionnalités sont concernées par l'éducation pour la santé? Quelles complémentarités voyez-vous entre les enseignants, les acteurs médicaux et sociaux et les autres personnels éducatifs?*

J.-P. D. – Il y a les professions et il y a les compétences. Si on accepte de considérer que l'éducation à la santé c'est l'éducation, les principaux concernés sont les éducateurs, c'est-à-dire pour le milieu scolaire, les enseignants. Si on considère l'aspect plus spécifique éducation à la santé, il est clair que les professionnels de santé dans l'école ont également un rôle à jouer et on verra que d'autres peuvent s'ajouter. Mais ce qui est fondamental, c'est d'abord cette association, cette complémentarité, entre les enseignants et les professionnels du service de promotion de la santé en faveur des élèves. Je ne crois pas qu'il puisse y avoir éducation à la santé s'il n'y a pas cette collaboration.

Personnellement, en tant qu'acteur de terrain que je suis encore quelquefois, je refuse de participer à des actions d'éducation à la santé s'il n'y a pas un enracinement profond dans la vie de l'école, du collège ou de la classe.

La loi d'orientation de 1989 a donné des bases réglementaires très solides pour ce genre d'activités en encourageant les enseignants à des coopérations avec d'autres

professionnels dans l'école et en développant l'idée de projets d'établissements. Il y a là un vrai terrain de rencontre entre les enseignants et les professionnels de santé : les projets d'établissement qui incluent des aspects de santé mais aussi d'autres structures comme les Comités d'environnement social qui s'appellent maintenant « Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ».

L'Éducation nationale crée des structures, des places et des temps où on parle de santé et de citoyenneté. C'est quelque chose de nouveau et de fondamental car cela permet d'avoir de vrais supports institutionnels pour la cohérence et l'intégration dont on parlait avant, qui, sinon, paraissaient condamnées à rester dans le discours sans passer dans les actes.

Il faut évidemment que les enseignants soient formés à cette collaboration avec d'autres et j'ai l'impression que l'Éducation nationale fait actuellement de grands progrès. Peut-être pas au travers des formations formelles, mais de plus en plus d'enseignants considèrent qu'ils doivent travailler avec d'autres, en particulier avec les infirmières et les médecins du service de santé scolaire.

Participer à l'éducation à la santé avec les enseignants, c'est certainement aujourd'hui un des rôles fondamentaux des infirmières et des médecins ; sans les enseignants, ce n'est pas la peine. On souhaiterait aussi qu'ils y participent ensemble, médecins et infirmières. Malheureusement, la circulaire de 1991 sur le fonctionnement et les missions des services de promotion de la santé en faveur des élèves a curieusement dissocié le service médical et le service infirmier. Ce qui fait que, selon les lieux, les médecins et les infirmières travaillent ensemble, s'ignorent ou quelquefois sont en désaccord. Ce n'est évidemment pas souhaitable. Il y a place dans ce processus pour les médecins et pour les infirmières, ensemble, et non de façon isolée.

Je viens de lire un travail passionnant, écrit par une infirmière et un médecin de santé scolaire du Nord, sur le corps de l'enfant, sur l'éducation au corps en tant que corps physique, sensoriel, mais aussi en tant que corps social. Cette éducation, cette activité, qui impliquait une collaboration avec les enseignants, était basée sur la relaxation, sur l'usage du conte et sur des ateliers de toutes sortes. L'évaluation de ce travail a montré que les enfants étaient heureux, que c'était une joie pour eux de participer aux activités qu'on leur proposait, que le climat dans les classes s'améliorait, que les violences étaient moins nombreuses et que manifestement les enfants étaient mieux dans leur peau, se sentaient mieux, plus responsables d'eux-mêmes et les uns des autres. Des éléments de ce programme portaient sur le sommeil, sur la sexualité, sur la nutrition. À travers l'utilisation de la relaxation et du conte, même si ces mots n'intervenaient pas, il s'agissait d'une éducation à la nutrition, aux rythmes de vie et à la sexualité, mais il y avait vraiment cette complémentarité.

Cela demande une formation des professionnels de santé à la relation avec les enfants, avec les enseignants et à des méthodes pédagogiques originales.

Cette formation s'est bien développée pour les médecins de l'Éducation nationale qui sont astreints à une formation de santé publique de plusieurs semaines avant de prendre leurs fonctions ou avant d'être titularisés. Une grande partie de cette for-

mation porte sur l'éducation à la santé. À ma connaissance, actuellement, elle n'est pas aussi développée pour les infirmières.

Malheureusement, il n'existe pas dans l'Éducation nationale de formation autre que monodisciplinaire. Je le regrette. On parle constamment du travail en équipe, de la richesse de la collaboration entre les enseignants et les médecins ou des infirmières, mais jamais ces personnes n'ont l'occasion de se rencontrer à un moment donné de leur formation initiale ou continue. C'est une contradiction du type même de celle que je récusais tout à l'heure. Dans ma région, je plaide pour qu'on organise des formations communes des médecins, des infirmières et des enseignants, mais en vain, pour l'instant. C'est dommage.

D'autres personnes que les enseignants et les personnels de santé scolaires peuvent être impliquées en promotion de la santé à l'école. Ce sont les autres adultes de la communauté éducative, et j'inclurais dans cette catégorie les parents, et les professionnels extérieurs à l'école. Je pense qu'il faut traiter des uns et des autres séparément.

En ce qui concerne les autres membres de la communauté éducative, il est bien évident que s'agissant du bien-être, de l'éducation de l'enfant à sa responsabilité, à la citoyenneté, il y a une part de cette éducation qui peut venir de personnes qui n'ont pas un rôle pédagogique premier, les personnes s'occupant de l'environnement de l'école, de la restauration scolaire, par exemple. Dans les collèges et lycées, il n'y a d'ailleurs pas d'exclusivité de l'éducation à la santé pour les enseignants des sciences de la vie et de la terre ou pour ceux d'éducation physique. C'est bien que les enseignants chargés de la biologie et ceux d'éducation physique, qui sont en rapport avec le corps de l'enfant et de l'adolescent, s'investissent particulièrement, mais tous ont leur place. On voit aujourd'hui des expériences concrètes où des enseignants de langue, d'histoire, de mathématiques, se sont impliqués en profondeur en éducation à la santé dans leur établissement.

L'autre catégorie, ce sont les personnes extérieures à l'école. Là, il faut être à la fois très audacieux et très prudent. Audacieux, parce qu'on s'aperçoit que des quantités de personnes peuvent venir dans l'école parler de ce qu'elles font, de leur expérience sociale, professionnelle ou citoyenne, dans le cadre d'une activité programmée et toujours placée sous la responsabilité des enseignants. En revanche, il faut être extrêmement prudent vis-à-vis de sollicitations extérieures pour des interventions ponctuelles. Bien souvent il s'agit de gens animés de bonne foi, mais pas toujours (on en a vu venir uniquement pour des raisons de prosélytisme doctrinal ou sectaire) et il est normal et logique que l'Éducation nationale se protège de ces incursions. Il faut que l'école s'ouvre vers l'extérieur, mais il faut qu'elle le fasse de son initiative et qu'elle en garde la responsabilité. Il faut qu'elle soit très méfiante vis-à-vis de personnes, y compris de médecins, qui viennent proposer leurs services pour parler de sida, de la sexualité ou de tel ou tel problème, car on s'aperçoit qu'il y a parfois dans ces démarches des approches tout à fait médiocres, quelquefois même perverses. (On a vu une secte essayer d'introduire dans les collèges un programme d'éducation à la santé « clés en main ».) Il faut être ouvert et utiliser les expériences d'autres, mais

toujours dans le cadre d'activités programmées et toujours sous le leadership des enseignants ou du personnel de santé scolaire.

Périodiquement resurgissent des propositions de faire faire le travail de santé scolaire par des médecins généralistes de ville, voire par des médecins appelés du contingent, compte tenu de la pénurie chronique de personnel médical dans les services de santé scolaire. C'est une fausse bonne idée. Si on veut travailler avec des enseignants il faut être dans l'école, il faut connaître la logique de l'école. Un médecin qui vient de l'extérieur va venir avec son stéthoscope et ce n'est pas la priorité aujourd'hui de la santé scolaire. Ou bien, il viendra parler d'un problème de santé et ce ne sera pas intégré dans une démarche globale. Il faut bien faire attention ; si on demande des formations longues pour le personnel de santé scolaire, il est clair qu'on ne peut pas confier cette tâche à des personnes qui ne seraient pas formées.

C. de P. – *Quels sont vos objectifs de formation pour développer l'éducation à la santé dans le milieu scolaire ?*

J.-P. D. – Effectivement, l'École de santé publique de Nancy organise beaucoup de formations en éducation à la santé. Une de nos options fondamentales est d'intégrer la formation en éducation à la santé dans des formations plus globales, plus générales en santé publique. Je reste assez méfiant vis-à-vis des formations à l'éducation à la santé limitées à l'éducation à la santé, car j'ai peur qu'on la restreigne alors aux aspects limitatifs traditionnels. Pour nous, l'éducation à la santé est difficilement dissociable de l'action sur les autres déterminants de la santé ; elle doit s'intégrer dans une formation plus globale en santé publique.

C'est vrai que nous avons pu développer des formations s'adressant à des professionnels multiples, aux professionnels de santé, aux enseignants, aux personnes intéressées à la santé. La moitié de nos étudiants, sont des médecins, un bon tiers des infirmiers, et pour le reste, presque tous les horizons de l'activité sociale.

Si je considère les objectifs du diplôme « Santé et éducation » (qui s'adresse surtout à des personnes travaillant dans la communauté éducative), le premier c'est d'« être capable de développer une approche globale de la santé en milieu scolaire », le second, d'« identifier et analyser les besoins de santé des enfants et adolescents scolarisés », en fonction de cela d'« élaborer des plans, des stratégies d'action, etc. » et enfin, « analyser les problématiques actuelles d'une politique de santé en milieu scolaire ». Vous voyez qu'on ne donne pas tellement d'importance à ce qui serait des actions de communication sur la santé. Ces outils nous paraissent finalement seconds par rapport à la façon dont on va intégrer la santé dans la vie de l'école. Les objectifs du diplôme de santé publique sont de pouvoir « analyser les problèmes de santé à l'échelle d'une communauté », en intégrant les facteurs sociaux, culturels et économiques relatifs aux populations avec lesquelles on travaille et de « participer à la programmation et à la mise en œuvre des actions de promotions de la santé à l'échelle locale ou dans différents environnements institutionnels ou sociaux », avec toujours cette idée d'intégration dans un environnement, dans une politique, dans l'action vis-à-vis des différents déterminants.

Pour terminer avec les objectifs pédagogiques, voici ceux du module « Méthodes en éducation et promotion de la santé » (qui est à la fois un module de maîtrise et un module de diplôme de santé publique) : définir les concepts d'éducation à la santé et de promotion à la santé, analyser certains aspects éthiques de l'éducation à la santé, car pour nous les aspects éthiques sont primordiaux, situer la place des croyances, des attitudes, des pratiques dans l'élaboration d'un diagnostic comportemental car on ne peut partir que des gens eux-mêmes, de leurs croyances, de leurs attitudes et de leurs pratiques actuelles ; préciser la place de l'éducation à la santé dans les actions de promotion de la santé, c'est-à-dire la place de l'éducation à la santé dans la politique de santé au sens large, au niveau local ou national. Enfin, le dernier objectif c'est d'identifier les outils de communication et les méthodes fréquemment utilisés en éducation à la santé, c'est le dernier objectif parce que le reste me paraît plus important.

C. de P. – *Pouvez-vous expliciter l'approche globale ?*

J.-P. D. – L'approche globale, c'est considérer qu'il n'y a pas une santé physique et une santé mentale et ne pas dissocier les interventions ; la santé est 100 % physique et 100 % mentale. C'est aussi de ne pas dissocier exagérément la prévention et les soins curatifs. Quand on discute avec un adolescent en difficulté dans son collège, il est impossible de dire si on fait de la prévention ou du soin curatif. En fait, on dit qu'on fait de la prévention, puisque l'on n'a pas droit dans ce cas de faire du soin curatif, mais je ne suis pas du tout sûr que ça corresponde à la réalité. Au fond, en santé publique, nous cherchons différents moyens de répondre aux besoins de santé. Dans le mot « besoin », il y a le mot « soin » et le « soin », ce n'est pas seulement au sens curatif, c'est prendre soin de quelqu'un ou d'une population, ou aider une population à prendre soin d'elle-même.

Ce que nous appelons l'approche globale, c'est le refus des cloisonnements conceptuels ou institutionnels dans lesquels on a enfermé la santé et où les systèmes de santé se sont enfermés : médecine curative, médecine préventive, santé physique, santé sociale... Tout cela doit être révisé. Si on va au fond des choses, dira-t-on d'un adolescent qui se suicide que c'est un problème de santé physique ou de santé mentale ? Le problème de la drogue, est-ce physique ou mental ? L'approche globale c'est cela. C'est aussi la vision de la santé avec ses déterminants qui sont individuels et qui sont sociaux, mais qu'on ne peut pas dissocier parce qu'il est bien évident que c'est la façon dont les gens vivent ou subissent leur environnement qui détermine le comportement individuel. Les gens ne fument pas ou ne boivent pas d'alcool uniquement en fonction de leur capital génétique, c'est beaucoup plus en fonction de leur environnement ou une réponse aux contraintes que celui-ci génère.

C. de P. – *Quelle importance accordez-vous aux procédures d'évaluation dans le cadre des formations dont vous assumez la responsabilité ? Et, quels sont les aspects indispensables, même dans le cadre des interventions ordinaires dans les établissements scolaires ?*

J.-P. D. – L'évaluation est une procédure fondamentale, aussi bien en pédagogie que dans les actions de terrain. Elle pose beaucoup de difficultés, dans des secteurs aussi vastes que celui de l'éducation à la santé ou de la promotion de la santé. Lorsqu'il s'agit de faire un discours sur le tabac et d'évaluer ensuite la mémorisation des élèves sur ce qu'on leur a dit, l'évaluation est facile, mais l'action était-elle pertinente ? S'il s'agit de faire de l'éducation à la citoyenneté, on voit à quel point les procédures évaluatives sont plus difficiles.

Notre démarche c'est d'abord de considérer l'évaluation non pas comme une phase finale ou comme une phase précise au cours de la conduite d'un programme, mais comme toute une série de *questionnements* qui commencent dès les premières phases d'élaboration d'une action, d'un programme, d'une démarche, d'une collaboration. Nous avons une grille de quatre pages de questions à se poser dès avant le début jusqu'à après la fin d'une action. C'est une grille qui a fait l'objet de travaux de groupes et qu'on a fait évoluer au cours des années avec nos étudiants. Dans cette procédure d'évaluation, on essaie de poser des questions aussi bien sur la nature de la demande (par exemple, « Est-ce qu'on a une demande précise sur une action d'éducation à la santé ? » ou « Pourquoi telle demande ? ») que sur l'impact qu'une action a pu avoir (sur les indicateurs utilisés pour juger de cet impact, sur la façon dont on en a parlé, dont on a écrit, ce qu'il en est resté, comment le referait-on ailleurs...). L'évaluation est intégrée à l'ensemble, tout au long du processus.

Nous évaluons nos formations plus banalement, en terme d'évaluation de procédure et de résultats. Les résultats, c'est la façon dont nous considérons ou dont les étudiants considèrent que les objectifs proposés sont atteints, puisque tous les objectifs sont rédigés, formulés, discutés en début de formation. L'évaluation des procédures, c'est l'évaluation de la qualité du processus pédagogique en lui-même, pour lequel on demande toujours, par écrit, l'opinion des étudiants.

Ce que nous essayons de faire passer dans nos formations, c'est cette idée que dans le domaine de la prévention, l'évaluation n'est pas difficile. Il me semble en fait que ce qui est difficile, ce n'est pas tant d'évaluer, que de planifier ce qu'on va faire. Si on arrive à planifier, à se fixer des objectifs, l'évaluation devient facile. Si on ne l'a pas fait au départ, l'évaluation est impossible et alors on comprend que ce soit une hantise pour beaucoup de professionnels. Peut-être manque-t-il souvent dans des actions aussi vastes que celles qui portent sur l'éducation à la citoyenneté ou à la responsabilité, l'écriture préalable de ce que l'on fait, de ce que l'on va faire, l'inventaire des indicateurs d'évaluation de la qualité des procédures, ou de l'impact, que l'on va utiliser.

Je parlais tout à l'heure de l'action menée dans le département du Nord, les auteurs écrivent que les élèves étaient heureux ; ce n'est pas très formel comme procédure d'évaluation parce qu'il n'y a pas d'indicateur du bonheur des élèves, mais l'évaluation informelle est tout aussi importante que l'évaluation formelle ; les auteurs donnent les critères sur lesquels ils se sont basés pour dire que les élèves étaient heureux, la façon dont ils participaient avec assiduité, la demande qu'ils formulaient vis-à-vis des activités composées. Le climat de la classe avait changé aussi, les enseignants avaient remarqué beaucoup moins de violence dans les rapports entre les enfants,

beaucoup moins de violences verbales et beaucoup plus de participation active dans l'ensemble des activités pédagogiques.

Je ne crois pas qu'on puisse jamais évaluer l'éducation à la santé sur l'amélioration de l'état de santé des élèves. On ne peut pas évaluer l'amélioration de l'état de santé dans le délai d'une année scolaire. On peut évaluer, par contre, ce qui constituait les objectifs dont je parlais tout à l'heure, la responsabilité sur soi, sur autrui, dans la vie sociale; cela les enseignants savent bien l'évaluer, c'est passible et cela correspond bien à nos objectifs. Considérer ainsi l'évaluation ne mérite pas toute la transpiration qu'elle inspire aux personnes qui font de l'éducation à la santé.

C. de P. – *Y a-t-il des points sur lesquels vous souhaitez insister ?*

J.-P. D. – Je souhaite insister sur les aspects éthiques. Pendant bien longtemps, on ne s'est pas rendu compte de ce qu'on faisait réellement quand on voulait changer les comportements des gens. De quel droit, avec quelle légitimité, avec quelle assurance de réussite, avec quelle assurance de non-nuisance, se permettait-on de changer des comportements de personnes qui n'étaient pas forcément de la même culture que nous et qui ne vivaient pas dans le même environnement social que les professionnels de santé ?

Travaillant beaucoup sur la santé des adolescents, je commence à voir qu'enfin on remet en cause ce leitmotiv de la santé des adolescents qu'on appelle les « conduites à risque ». On se rend compte que ces conduites à risque sont des processus réactionnels dans un domaine où, peut-être, il n'y avait pas d'autres alternatives pour l'adolescent, sans nécessairement que cette conduite se pérennise. On a moins tendance à focaliser sur ces conduites individuelles que sur ce qui les a générées. Cette démarche est de nature technique mais également éthique.

C'est vraiment le respect de la personne ou du groupe qui est en jeu, et aussi l'idée que la compétence du professionnel ne légitime pas forcément qu'il s'imisce dans la façon dont les personnes gèrent leur corps ou leur sexualité. Développer des actions qui permettent plus de responsabilisation des enfants ou des adultes dans ces domaines, vis-à-vis d'eux et de l'environnement externe me paraît plus justifié. Les professionnels de santé peuvent avoir une mission d'« *advocacy* » comme on dit en anglais, être plutôt les avocats, plutôt que d'être accusateurs des mauvais comportements.

Un autre point me paraît essentiel, sous-jacent à tout ce que j'ai dit; c'est qu'on ne peut pas continuer à faire une éducation à la santé scindée en approches par problèmes : le tabac, la drogue, l'alimentation, les maladies sexuellement transmises, le sida, etc. Toute cette approche par problèmes, par maladies, que l'on a développée pendant très longtemps correspondait à une logique biomédicale qui a pu avoir sa légitimité dans le passé (je n'en suis pas absolument certain), mais qui ne l'a plus aujourd'hui. Ce n'est pas cela que les enfants et les adolescents attendent de l'éducation à la santé. Leurs problèmes sont en amont, ils attendent bien plus que de parler des maladies. Ça ne veut pas dire qu'il faut les évacuer, il faut aussi en parler

mais dans un contexte beaucoup plus global et ne pas résumer l'éducation à la santé à un discours sur le tabac ou sur le sida ou *a fortiori* sur les préservatifs.

Le sida nous a fait beaucoup découvrir parce qu'il a été fait beaucoup de bêtises, au départ, en matière de prévention en milieu scolaire. L'idée d'urgence a fait oublier tout ce que des années de réflexion avaient appris sur ce qu'on appelait alors l'éducation à la vie. Et en fait d'éducation à la vie, on est revenu beaucoup plus prosaïquement à la promotion du préservatif, souvent avec des modalités non respectueuses de l'intimité des élèves, et en particulier des adolescents, dans un groupe. Ce n'est pas dans un groupe que l'adolescent souhaite qu'on évoque ce problème.

Un autre point fort est le respect de l'enfant, de ses valeurs, de sa famille dans les milieux très défavorisés. C'est vrai qu'il n'est pas facile de faire de la promotion de la santé en milieu défavorisé parce que c'est peut-être, pour ces familles, que se cristallise le plus, l'impossibilité de gérer leur vie et leur santé par rapport aux contraintes extérieures.

Il m'a été donné à plusieurs reprises de voir du travail fait par des équipes de santé scolaire, qui aboutissait à valoriser des enfants d'écoles ou de quartiers défavorisés ou d'une SEGPA, en les faisant travailler sur un domaine qui pouvait ensuite donner un matériel de réflexion ou de communication pour d'autres classes ou d'autres élèves. Ainsi se concrétisait l'objectif de dignité dont il était question tout à l'heure. Je me souviens d'une action menée il y a bien des années dans un quartier très défavorisé de Metz, par une infirmière de santé scolaire. Ce travail avait abouti grâce à une approche globale, et non pas médicale, à la production d'un petit matériel de communication sur un problème qui est assez marginalisant dans l'Éducation nationale, les poux. Ce matériel avait été diffusé dans d'autres écoles. C'était extrêmement valorisant pour les enfants et il faut que les enfants puissent se sentir valorisés. En parlant d'alcoolisme, combien de fois aura-t-on gêné des enfants dont les parents, ou un des parents, est alcoolique? Il faut constamment sentir en quoi l'enfant peut se sentir enrichi en apportant quelque chose et non pas se sentir observé, culpabilisé. « Participer de manière constructive à la vie de la collectivité » ce n'est pas entendre « vous ne mangez pas bien, vous buvez trop, vous fumez trop... » Parler des accidents de la route aux enfants, oui, peut-être, mais faire identifier par des enfants les points noirs de la circulation dans leur quartier, leur permettre d'en parler eux-mêmes à l'adjoint aux écoles, à l'adjoint à la circulation ou à une commission de quartier, c'est une véritable éducation à la citoyenneté et c'est valorisant pour les enfants. Et c'est beaucoup plus efficace que de leur parler d'un point de vue théorique de la circulation routière.

ENTRETIEN AVEC LE PROFESSEUR BERNARD PISSARRO*

RÉALISÉ PAR CHRISTINE DE PERETTI ET DOMINIQUE BERGER

Dominique Berger – Monsieur le Professeur, que peut-on attendre de l'éducation pour la santé à l'école ? Quelle réflexion éthique cela implique-t-il ? Comment concevoir des dispositifs et quels objectifs ?

Bernard Pissarro – Qu'attendre de l'éducation pour la santé ? C'est une question très liée à la question de l'éthique. J'ai envie tout de suite d'enchaîner sur la *promotion de la santé* et la *santé communautaire*, et joindre l'éducation pour la santé à l'éducation à la citoyenneté. Ce rapprochement me paraît intéressant : les concepts de promotion de la santé et de santé communautaire permettent aux personnes d'assurer un contrôle sur leur santé et ses déterminants. Dans ces conditions, assurer le contrôle, c'est être citoyen sur sa santé. Il ne s'agit nullement d'imposer à chacun, et aux enfants en l'occurrence, des comportements stéréotypés, mais bien de leur donner les moyens et la passibilité de faire des choix qui soient les moins inadaptés possibles. C'est là que nous retrouvons l'éthique comme donnée transversale mais aussi comme question. Effectivement, avoir les moyens de faire des choix n'est pas une évidence absolue. L'information est nécessaire mais ne peut être univoque, ni privée des possibilités de la décrypter.

Ceci pose le problème fondamental de la cohérence. En matière de santé, peut-on avoir une attitude très différente de l'attitude pédagogique qu'on voit parfois ici ou là, sans être complètement schizophrène... ? Peut-on dans le champ de la santé permettre aux élèves d'aller choisir l'information, de la décrypter, de la comprendre, de voir comment l'utiliser, si cette démarche n'est pas en cohérence avec le reste des pratiques éducatives et pédagogiques en œuvre dans l'établissement ?

L'autre point de questionnement, qui me paraît évident en matière scolaire, concerne l'interrogation suivante : Comment l'École se comporte-t-elle vis-à-vis de la santé ? Les Anglo-Saxons ont beaucoup parlé à un moment de ce qu'ils appelaient « *health promoting school* », autrement dit l'école promotrice de la santé, dans laquelle l'ensemble du fonctionnement de l'école se devait d'être favorable à la santé. Prenons quelques exemples pragmatiques : Quelle cohérence a un discours sur l'hygiène bucco-dentaire, le brossage des dents, si les élèves qui mangent dans l'établissement n'ont pas la possibilité de se laver les dents ? Que veut dire la notion d'hygiène corporelle quand on ne peut se laver les mains ? Comment parler d'hygiène quand on voit l'état des toilettes dans un nombre certain d'établissements ? Je pense à une enquête faite par un médecin de santé scolaire sur les sanitaires des collèges de son secteur : pas de verrous, pas de papier, pas de moyen de se laver les mains et quand il y avait un lavabo, un vieux torchon servait à l'ensemble de l'école... La gestion matérielle révèle parfois un écart important entre le désir exprimé et la réalité des pratiques.

* - Bernard Pissarro, Professeur émérite de santé publique.

Comment la santé mentale est-elle prise en charge à travers l'organisation du travail ? Comment respecte-t-on la dignité des élèves ? Comment traite-t-on de la violence ? Où « s'arrête » la santé ? Les comportements violents relèvent-ils du champ de la santé ? Si oui, comment se traite la violence dans l'établissement ? Je suis très frappé par la manière dont sont évacuées et ignorées les violences institutionnelles. Tant que ce problème ne sera pas posé, nous ne pourrons résoudre celui de la violence à l'école. D'ailleurs, les élèves le disent très bien. Je pense à une expérience où un collègue s'est intéressé à ce sujet. La conseillère d'éducation s'est fait interpellé par les élèves. Ils ont parlé de la violence qu'ils vivent : « Que faites-vous, en tant que conseillère d'éducation, quand Monsieur X, enseignant, frappe les élèves ? ». Il y a trop d'exemples de ce genre. C'est pourquoi dans chaque action d'éducation pour la santé en milieu scolaire, il conviendrait préalablement de se demander en quoi la vie de l'école au quotidien est-elle favorable à la santé.

Les questions peuvent être simples, par exemple : Comment fonctionne la cantine ? Ce travail de réflexion mené avec des élèves même très jeunes peut aboutir à s'intéresser à l'alimentation et à réorganiser l'ensemble du fonctionnement de services de restauration scolaire avec les collectivités territoriales. C'est un objet tout à fait concret et ancré dans le champ de la santé, de l'éducation pour la santé, et qui amène les enfants à des choix et à s'approprier leur environnement.

Alors, si nous posons cette définition relativement extensive de la santé, il est vrai que les partenariats et les complémentarités sont tout trouvés. Travailler sur l'amélioration de la santé, c'est se pencher sur la vie au quotidien, dans ses répercussions sur la santé, sur l'organisation de la vie avec le rôle et la place de chacun.

C. de P. – *L'éducation pour la santé, c'est d'abord la vie au quotidien ?*

B. P. – *C'est l'éducation à la vie, c'est comment choisir son alimentation, ou plutôt comment avoir les éléments qui permettent de choisir. Donc c'est comment on a droit de vivre, comment on a droit de choisir dans l'existence entre telle chose et telle chose, entre tel et tel comportement ? Prenons un sujet d'actualité, les substances psychoactives. Doit-on privilégier une approche spécifique ou travailler autour des conduites à risque ? Le discours qui viserait à supprimer tous les risques est de fait absurde. Chacun sait que la prise de risque est une des composantes structurelles de l'adolescence. La structuration psychique ne peut s'élaborer sans prise de risque et sans transgression.*

Pour rester dans la question de l'éthique, je voudrais souligner un autre point qui me paraît fondamental : le problème des inégalités.

Dans toute situation d'éducation pour la santé, il serait souhaitable de s'interroger sur le fait de savoir si les actions qui sont menées au nom de la santé vont accroître ou diminuer les inégalités. Autrement dit, comment les enfants, les élèves qui sont dans les positions les plus difficiles vont-ils pouvoir intégrer les savoirs et se mettre en phase avec les processus ? Par exemple, dans un travail de prévention sur l'alcool, la prudence doit être de rigueur car des enfants peuvent avoir un environnement où un alcoolisme familial ou de proximité est très fortement prégnant.

Comment aborder les problèmes d'hygiène au quotidien quand les conditions de logement et d'environnement sont telles qu'être vraiment propre nécessite un effort considérable? Comment faire pour qu'aucun enfant ne soit stigmatisé par une approche normative et ne vive plus dans un sentiment d'indignité?

Quand nous regardons à la lumière des inégalités les démarches d'éducation pour la santé basées sur la communication de masse, nous constatons que cette dernière ne réduit pas les inégalités mais les accroît. Comment recevoir un message collectif sur l'automédication lorsque les fins de mois sont si difficiles qu'elles ne permettent pas d'envisager une consultation? Quel va être l'effet sur un jeune, dont les parents sont fortement alcoolisés, d'un spot publicitaire du type : « Tu t'es vu quand t'as bu ! » Il faut être également prudent dans les actions au quotidien. Certaines campagnes peuvent être contre-productives. Il y a quelques années, lors d'une campagne sur l'hygiène bucco-dentaire, nous nous sommes aperçus que proposer des brosses à dents aux populations africaines de nos quartiers était une aberration. Les Africains pratiquent une hygiène bucco-dentaire bien plus ancienne que la nôtre et, à en croire les experts, plus efficace.

Il est donc nécessaire de partir des pratiques, des représentations et des savoirs des enfants, pour leur permettre de les comprendre, de les connaître et éventuellement de choisir, d'évoluer. En matière d'alimentation, ne pas s'appuyer sur les comportements alimentaires des familles et raconter des histoires sur une alimentation « idéale » n'a pas de sens et, de plus, est dépréciant pour ceux qui sont le plus en difficulté ou qui s'éloignent le plus de la norme.

Ce n'est pas simple de ne pas être nocif.

Il convient d'interroger nos objectifs, nos démarches et nos attentes. Quand nous attendons des modifications de comportements, n'orientons-nous pas les élèves vers des comportements normatifs plutôt que vers ceux de citoyens actifs et acteurs de leur santé? Quel est le rôle des enseignants? Quelle formation cohérente avec ce rôle et quelle évaluation? Si on est dans les comportements de citoyens acteurs et actifs, il faut que dans les processus d'éducation pour la santé, les enfants soient des acteurs actifs. Tout le reste n'est que discours. L'information est certes nécessaire mais insuffisante.

D. B. – *À l'heure actuelle, tous les adolescents contaminés par le VIH connaissent les modes de protection et les modes de contamination. Comment concevoir des actions d'éducation pour la santé?*

B. P. – On rencontre encore un certain nombre de croyances fantasmagiques, de représentations qui font obstacle au savoir. Alors est-ce que ces jeunes n'ont jamais rencontré l'information? Sont-ils restés dans leurs représentations malgré l'information? Il est difficile de le dire, mais cela souligne combien il est nécessaire de partir des conceptions des personnes pour construire et mettre en place toute activité d'éducation pour la santé.

Une deuxième chose me paraît évidente, dans la plupart des cas en matière de savoir, dans un groupe classe, un élève ou plusieurs possèdent une partie ou la tota-

lité du savoir. Il y a toujours au moins un des enfants qui possède la réponse. Un vrai travail d'éducation pour la santé, porticipatif et actif, doit en tenir compte dans sa conception.

D. B. – *L'expérience montre que les élèves, même très jeunes, possèdent des représentations quelquefois plus performantes et plus adaptées à la réalité que celles des animateurs. Comment alors prendre le risque de mettre en place des dispositifs d'éducation pour la santé ?*

B. P. – *C'est une réalité. Par exemple, sur un certain nombre de sujets, les adolescents en particulier ont parfois plus de savoirs que les formateurs notamment sur un certain nombre de substances dont ils ont l'expérience et dont manifestement sont privés les gens qui viennent leur en causer. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas derrière des représentations et des conceptions parfois largement erronées, mais ces jeunes ont une expérience dont il faut tenir compte pour penser et mettre en place des dispositifs pédagogiques.*

Le problème du choix des thèmes se pose alors. Choisit-on des thèmes qui nous paraissent importants ou au contraire des thèmes qui leur sont importants, quitte à introduire dans un deuxième temps ce qui nous paraît important ? Tous ceux qui travaillent sur les propositions des élèves comme point de départ en relève l'efficacité et la pertinence. Quand on part des préoccupations des intéressés, on va beaucoup plus vite que lorsqu'on arrive avec une proposition du type « Aujourd'hui, on va parler de... ». Le risque est grand de passer à côté et de tenir un discours plaqué.

D. B. – *Vous décrivez des pratiques pédagogiques qui ne sont pas très différentes de celles proposées, en formation initiale, pour l'apprentissage des disciplines scolaires. Mais est-ce que vous pensez que l'on peut toujours fonctionner de cette façon-là ? Comment voyez-vous les choses ? Cette forme de travail peut être extrêmement coûteuse en temps et en énergie.*

B. P. – *Oui et non, oui si on veut tout aborder. Mais si le principe est, pour chaque problème qui se pose, de chercher des solutions. On apprend à chercher, à trouver, à choisir des solutions ; on ne passe pas forcément en revue tous les domaines. Si on veut travailler sur un sujet quel qu'il soit, il faut rassembler de l'information, mettre en place des stratégies d'action et mettre en jeu des compétences. Si nous travaillons à partir des représentations des élèves, de leur savoir, et que nous construisons avec eux un certain nombre de compétences, le jour où ils seront confrontés à un autre problème, ils pourront transférer la démarche et l'adapter à la nouvelle situation. Il n'est pas important d'être exhaustif, de toute façon, on ne peut pas l'être.*

D. B. – *Vous proposez donc d'orienter l'éducation pour la santé sur la construction de compétences psychosociales larges qui permettent aux enfants de gérer en quelque sorte toute situation nouvelle en fonction de savoir-faire et de savoir-être acquis lors de précédentes expériences ?*

B. P. – La question centrale est bien celle-ci : Comment vivre des situations ou des problèmes auxquels nous n'avons jamais été confrontés ? Si on est simplement dans l'apprentissage de mécanismes de réactions à telles ou telles situations, alors on va avoir beaucoup de mal à extrapoler et à faire face à une situation nouvelle. Le risque est alors optimum. Il ne s'agit pas simplement de transférer des connaissances.

D. B. – *En termes de formation des maîtres, selon vous, qu'est-ce que cela implique, très concrètement ?*

B. P. – L'éducation pour la santé est un domaine où il est important que les maîtres soient en cohérence avec la procédure qu'ils proposent. Autrement dit, comment travailler autour de thèmes comme ceux-là sans y avoir été confronté, dans une procédure similaire ? De plus, cela implique une cohérence entre la formation initiale et continue des maîtres et la méthodologie des dispositifs d'éducation pour la santé tels que nous les avons définis plus haut. Il faut donc partir des préoccupations, des représentations et essayer d'être le plus proche possible de ce que l'on attend d'eux. Il ne s'agit en aucune façon de proposer des modélisations préétablies, des « recettes » mais de mettre en place des situations pédagogiques où ils pourront travailler sur leurs représentations et à partir de là, en les aidant et en les accompagnant, leur permettre de clarifier, comprendre et de gérer leurs missions. Il est évident que le discours magistral est inutile surtout à cause de son incohérence avec la mise en œuvre pédagogique nécessaire. Tout paradoxe en formation peut même être totalement contre-productif notamment lorsque l'écart est trop important entre le discours explicite et la situation d'apprentissage. Dans le champ de l'éducation pour la santé, la mise en cohérence des paroles et des actes est une condition *sine qua non* de l'efficacité des procédures.

Former des maîtres, c'est d'abord les accompagner et être avec eux pour construire des outils de travail avec les enfants. Il suffit de partir de questions simples : De quoi avez-vous besoin ? Pour faire quoi ? Que savez-vous déjà ? Que vous manque-t-il ? Comment allez-vous l'acquérir ?

D. B. – *Même s'il y a un Bulletin Officiel de l'Éducation nationale qui y fait référence de manière explicite, l'éducation pour la santé n'est pas un élément de programme (1). Or, le plus souvent, les professeurs de collèges et lycées et parfois les professeurs des écoles se définissent par rapport à l'enseignement des disciplines et y trouvent leur légitimité. Qu'en pensez-vous ?*

B. P. – L'éducation pour la santé est complètement transdisciplinaire. En faire une discipline à part, serait la sortir du quotidien et de la vie. Ce serait confier ce qui concerne l'ensemble de la communauté éducative à quelques spécialistes et par là

1 - L'entretien s'est déroulé en septembre 1998 avant la publication des nouvelles orientations.

même permettre l'économie d'une prise en compte collective. Nous serions en parfaite contradiction avec le processus décrit plus haut. Ce qui se passe sur l'organisation de l'espace, l'organisation du quotidien, sur le quotidien, sur comment les choix se font, concerne tous les enseignants, tous les parents et tous les élèves. L'éducation pour la santé est un élément transversal, on peut parler d'un certain nombre de problèmes de santé en français, en maths, en histoire... Je connais un certain nombre d'établissements où le thème de la santé sert de base à plusieurs disciplines. Ces collègues ont travaillé sur le sida, en biologie évidemment mais aussi en histoire, en géographie, en économie. Éduquer à la santé, c'est conduire une réflexion transversale dans un abord complètement *transdisciplinaire*.

D. B. – *Pour vous, l'éducation pour la santé est d'abord une démarche globale qui appartient à l'ensemble d'une équipe?*

B. P. – Il serait idéal que les thèmes d'éducation pour la santé soient complètement transversaux et qu'ils concernent la totalité de l'équipe éducative. Trop souvent, ils sont réservés aux professeurs et aux professionnels de santé mais il faut savoir que de nombreux établissements y associent également l'ensemble du personnel ATOS. C'est pour cela que lorsqu'on dit qu'il faut un chef d'orchestre, je suis très iconoclaste en la matière. J'ai tendance à dire que le chef d'orchestre dans l'établissement, c'est celui qui se sent le plus compétent pour entamer le dialogue avec les élèves. Il est vrai que dans un certain nombre de domaines, l'enseignant de la classe n'est pas forcément le mieux placé, par exemple dans celui de la sexualité. Les élèves peuvent avoir des discussions très générales sur ce sujet mais s'ils ont des questions plus fondamentales, plus personnelles et plus intimes, la possibilité de rencontrer un autre interlocuteur devrait être aménagée. Je pense même qu'il peut y avoir des incompatibilités potentielles. De même, le rôle des professeurs n'est pas tant d'apporter des solutions que d'indiquer les pistes qui permettront à l'élève de construire un questionnement et de trouver des réponses à ses interrogations.

D. B. – *Dans la logique de ce travail en équipe, comment concevez-vous la position des équipes de promotion de la santé en faveur des élèves?*

B. P. – Il s'agit pour eux d'être des initiateurs, qui impulsent et soutiennent les projets, d'être ceux qui s'assurent que les choses soient faites, mais qui ne les font pas forcément eux-mêmes. En effet, des équipes mettent en place des projets qui fonctionnent très bien sans professionnels de santé. Le problème est alors plutôt de travailler sur les problèmes d'évaluation et notamment d'inciter à ce que l'évaluation soit faite.

La plus efficace et la plus intéressante me semble l'auto-évaluation accompagnée. Ce sont aux acteurs du projet de la conduire eux-mêmes, avec une aide extérieure. Dans tous les cas, les seules personnes qui soient vraiment capables d'évaluer ce qu'ils ont fait en matière d'éducation pour la santé à l'école, ce sont les élèves. Ce sont les seuls qui vont pouvoir dire si ce qu'ils avaient prévu au départ a été atteint ou non.

Il faut également situer l'évaluation dans une approche prenant en compte l'évolution du projet initial. Ce qui étaient les intérêts et les objectifs du début a pu parfois évoluer très singulièrement pendant le développement du projet. Très souvent les actions démarrent autour d'une opportunité, autour d'un événement, un accident de la route par exemple, et peuvent se déployer de manière non prévue initialement en fonction des personnes ressources et de la motivation des élèves.

C. de P. – *Quel est votre point de vue sur l'éducation par les pairs ?*

B. P. – C'est à la fois très dangereux et très intéressant, très intéressant parce que ceux qui sont les « pairs-enseignants » en profitent beaucoup. Ils ont réfléchi sur un problème, essayé de le comprendre, en général, trouvé comment agir et le résoudre. De plus, l'institution, leur donne beaucoup de moyens de comprendre, nous sommes dans une pédagogie active. Par contre, la démultiplication paraît plus difficile si elle reprend les procédures classiques. Par exemple, organiser une conférence ou préparer un concours d'affiches : ceux qui organisent le concours d'affiches se sont passionnés, ont construit, se sont intéressés... Les autres qui vont regarder l'exposition seront peut-être plus sensibilisés par des affiches faites par les copains que par des affiches faites par les voisins, mais ce n'est pas évident.

Un risque important de cette démarche est celui de l'aggravation des inégalités. On constate que souvent ce sont des élèves plutôt motivés par l'école qui s'engagent dans ce type de travail, qui progressent et accroissent ainsi le différentiel avec leurs camarades.

Le rôle des enseignants peut corriger cette dérive possible en impulsant des projets et en portant leur attention sur la gestion des inégalités. Souvent, c'est l'occasion pour eux, au travers de la santé, de découvrir leurs élèves sous un jour nouveau, parce qu'ils les voient évoluer dans un contexte différent de la classe. Ils leur découvrent parfois un potentiel totalement méconnu dans l'organisation pédagogique habituelle. Le fait d'être passé dans un autre champ, leur permet de s'exprimer. Deux exemples concrets permettent d'illustrer mon propos.

Dans un collège, du centre de la France, des élèves de Section d'éducation spécialisée sont partis en classe verte et ont choisi de travailler sur la santé. Ils ont monté une exposition dont la qualité était remarquable, modifiant ainsi l'image d'échec qu'ils véhiculaient. Dans une école élémentaire de l'Est parisien, d'un quartier très défavorisé, des enfants de cycle 3 ont voulu travailler sur la lecture des ordonnances et des boîtes de médicaments. L'enseignante les a accompagnés dans l'élaboration du projet et avec eux, elle a fait appel au médecin de l'Éducation nationale du secteur. Une collaboration s'est mise en place, les enfants ont pu dire comment ils comprennent les choses et obtenir des informations précises qui correspondaient à leur questionnement. Ils ont réalisé une exposition de leur travail en sollicitant les ressources locales, élus, professionnels de santé – ce qui demande un travail considérable dans le champ qui nous préoccupe mais également dans les disciplines enseignées à l'école élémentaire. Ces situations pédagogiques sont porteuses de sens et fortement motivantes pour les élèves.

D. B. – Très souvent des maîtres nous ont fait part d'un sentiment aigu d'incompétence dans le champ de l'éducation pour la santé. Apparemment, passer d'une situation de maîtrise didactique, telle qu'ils peuvent la connaître dans les champs disciplinaires habituels, à une position d'accompagnement paraît quelquefois difficile. Comment les aider à prendre le risque d'une pratique pédagogique plus ouverte.

B. P. – Il est vrai qu'il est difficile à tout adulte et à plus forte raison à un maître d'admettre qu'il ne connaît et ne maîtrise pas forcément l'ensemble du sujet à étudier. L'éducation pour la santé est souvent une situation de co-découverte. Il arrive qu'on ne sache pas au départ où le travail va nous conduire. La réponse à la question ne se situe pas dans l'amélioration de la maîtrise des contenus mais dans le développement de stratégies d'accès à l'information. En fait, le rôle du maître ou de celui qui est en position de formateur dans le champ de l'éducation pour la santé est de faciliter, d'organiser l'accès à l'information et d'aider les enfants à gérer celle-ci. Le groupe-classe est fondamental. L'expérience montre que dans la plupart du temps, le savoir est présent au moins partiellement dans le groupe.

Je peux relater une expérience avec un groupe de quinze femmes dans un quartier difficile qui à la fin de la matinée avaient complètement reconstitué tout ce que les experts connaissent sur les troubles du sommeil, sur les conditions d'endormissement, mais ces personnes ne savaient pas qu'elles possédaient ce savoir. Mon rôle a été simplement de les autoriser à parler sur le sommeil et de les accompagner dans leur réflexion. Pour le formateur, c'est un changement de position important mais il en est de même avec les enfants.

Chaque fois que nous engageons un travail de développement nous partons des capacités des personnes, de leurs connaissances et de ce qu'elles ne savent pas qu'elles savent. Les questions sont alors simples. Comment vont-ils apprendre? Comment vont-ils se documenter? Où chercher l'information?

Je comprends les difficultés des enseignants, lorsqu'ils doivent se pencher sur l'éducation pour la santé, ils ont souvent l'impression de ne pas savoir. Le plus souvent, on ne leur a jamais permis à eux de travailler sur leur santé, sur ce qu'ils en savent. C'est peut-être ce qu'il faudrait faire, en premier lieu, au travers de la formation initiale ou continue, les mettre en position de se questionner. Qu'est-ce que la santé pour eux? Qu'en savent-ils? Comment font-ils?

On peut aborder avec eux l'ensemble des thèmes. Prenons un exemple : Que connaissent-ils sur l'alimentation? Comment décident-ils de leur alimentation? Comment les enseignants se nourrissent-ils? Comment modifient-ils leur mode alimentaire? Est-ce le dernier article du journal à la mode, la dernière émission de télévision ou des recettes passées par les copines qui les influencent? Que mangent-ils au petit-déjeuner?

Un travail d'analyse du petit-déjeuner avec un groupe de stagiaires en IUFM me paraît une bonne approche du problème. Nous pourrions alors constater une hétérogénéité identique et la même richesse que dans une classe.

Le principe est similaire. Comment écoute-t-on le groupe? Comment l'incite-t-on à penser, à réfléchir? Comment l'anime-t-on?

D. B. – *Un des arguments que les maîtres avancent fréquemment dans leur refus de s'engager dans des actions d'éducation pour la santé s'exprime sous la forme d'une sorte de crainte diffuse par rapport aux familles. Or, dans le champ de l'éducation pour la santé, nous sommes souvent dans la proximité avec l'intime. Les enseignants ont parfois le sentiment d'empiéter sur un champ qui n'est pas le leur. Comment analysez-vous ce point de vue et quel est votre sentiment ?*

B. P. – Je dirai qu'il faut travailler avec les parents. Au demeurant, ce n'est pas forcément évident... Mais si nous utilisons la procédure que je viens de décrire, c'est-à-dire de partir des préoccupations des élèves, nous nous appuyons alors sur les préoccupations des parents.

Un des gros risques de ne travailler qu'avec les élèves serait de dévaloriser les familles. Ne pas les inclure dans la réflexion peut être contre-productif. Cependant, il faut être conscient que c'est une façon de faire nouvelle, parfois difficile, qui pose la question du partenariat dans l'école. Je pense par exemple aux quartiers en développement social, en contrat de ville ; trop souvent les établissements scolaires s'inscrivent peu dans les actions et les projets. Pourtant, il me semble y avoir là une passibilité de relais entre l'école et d'autres structures pour qui il est plus facile de travailler avec les familles. Ce pourrait être un des rôles des Comités d'environnement social (2).

D. B. – *Cela pose, dans l'attitude des maîtres mais également dans les rapports qu'ils ont avec les familles, le problème du respect de la position des parents. Je prendrai pour exemple la prévention du sida et la diversité des choix et des discours parentaux. Il me semble que là se trouve vraiment un frein majeur à la mise en place de stratégies d'éducation pour la santé. De plus, le sentiment d'incompétence que ressentent les enseignants, les craintes qu'ils ont par rapport à l'opinion familiale les empêchent de s'investir. Comment les amener à s'engager ?*

B. P. – C'est un argument qui, en fait, sert d'écran. Je n'ai pas de réponse. Mais quand on me donne trop d'arguments, j'ai une certaine tendance à me demander ce que cela cache. Dans le cas du sida par exemple, nous sommes peut-être face à des difficultés personnelles à parler de sexualité, ou encore face à des résistances parfaitement inconscientes. Ce n'est pas simple... Jusqu'où peut-on aller avec les familles ? J'ai souvent constaté qu'une grande partie de ces parents dont on craint les réactions ne sont pas vraiment des citoyens à part entière dans la représentation que s'en construisent les enseignants. Autrement dit, ce n'est pas avec la famille des médecins du coin ou avec le contremaître de l'usine que des problèmes peuvent se poser. Le risque vient davantage de la famille immigrée ou très marginalisée socialement. Une des réponses tient certainement à la réflexion que l'on peut conduire sur la citoyenneté.

2 - Les Comités d'environnement social (CES) sont devenus les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

C'est un vrai travail de développement, ce sont des problèmes complexes pour lesquels on ne peut trouver de solutions simples... Mais aborder le problème en termes de santé publique, revient à s'interroger sur le fonctionnement de la société, de l'école, du quartier ou de la classe.

D. B. – Actuellement, la réponse privilégiée est de plus en plus souvent le recours à des intervenants ou des associations extérieurs à l'école. Que pensez-vous de ces interventions ?

B. P. – Si l'on veut être cohérent, partir des préoccupations des élèves, il est nécessaire de travailler avec eux, de les interroger sur leurs intérêts et de les mettre en situation de choisir d'éventuels intervenants parmi ceux qui peuvent leur être proposés. C'est aux jeunes à gérer l'information qui leur est apportée et à sélectionner celle qui leur apparaît la plus pertinente. Il est évident que cela implique sur le plan pédagogique un travail en amont d'apprentissage du décodage de l'information et d'éducation au choix.

Par contre, je dis très clairement mon opposition à des interventions ponctuelles non incluses dans la démarche exposée. Elles n'ont pas de sens. On est dans le transfert de savoir déclaratif. Un travail d'éducation pour la santé est un travail de longue haleine qui implique un partenariat suivi. En collaboration avec l'équipe éducative, les intervenants extérieurs à l'école doivent pouvoir s'engager sur des périodes de temps conséquentes.

D'ailleurs, lorsqu'ils sont sollicités ponctuellement et qu'ils nous interrogent sur ce type d'interventions ponctuelles, nous travaillons avec eux sur la façon de refuser ou de mettre en place une stratégie à moyen terme pour apprivoiser l'établissement demandeur et bâtir un projet cohérent. Cela signifie que les intervenants extérieurs qui interviennent très ponctuellement doivent être tout à fait clairs avec eux-mêmes sur le fait qu'ils le font seulement pour entrer en contact.

C. de P. – *Vous êtes aussi radical ?*

B. P. – Je pense qu'ils doivent refuser toute intervention si elle n'est pas le prélude à un autre mode de fonctionnement.

D. B. – Les enseignants nous ont fait souvent part de leurs inquiétudes par rapport au contrôle des interventions et des messages véhiculés. Des pratiques sectaires peuvent être parfois camouflées sous des appellations trompeuses. Que pouvez-vous leur indiquer comme pistes de réflexion ?

B. P. – Quand le discours véhicule un message, pour moi, ce n'est plus de l'éducation pour la santé. Nous sommes dans l'information ou dans la manipulation. À partir du moment où on arrive sur le terrain en disant « Voilà la bonne parole, voilà le bon message ! », nous ne sommes plus dans l'éducation pour la santé, mais dans de l'activisme.

Nous revenons là à des problèmes de modalités de choix qui nous amènent à réfléchir sur les procédures. Si on ne se construit pas au départ une grille de critères sur ce qu'on attend des gens, le choix portera sur des éléments subjectifs, par exemple, celui qui sera le plus séducteur. Par contre, on peut prévoir quelques questions simples pour connaître les personnes qui vont intervenir. Quel est le travail de préparation, dont on attend qu'il ne délivre pas de messages mais qu'il permette aux jeunes d'acquérir des compétences au-delà du contexte spontané ? Comment est pensée l'action en partenariat ? Les intervenants partent-ils des représentations des élèves et de l'équipe éducative ? Y a-t-il a un travail potentiel prévu avec les familles ou, au moins, la question est-elle posée de voir comment il peut se construire ?

On peut imaginer de se bâtir une grille de choix des intervenants. À ce moment-là, ces derniers répondent ou non aux critères ; la décision devient alors beaucoup plus facile. Nous pouvons imaginer la création d'une ou plusieurs grilles. Certes, on peut avoir des modèles qui donnent les grandes lignes mais je soulignerais qu'elles ne fonctionnent bien que si elles sont construites localement par leurs utilisateurs.

C. de P. – *En conclusion, sur quels aspects avez-vous envie d'insister ?*

B. P. – Je terminerai sur le plan des principes en soulignant les points suivants qui me paraissent importants. Il s'agit d'abord de partir des préoccupations, des représentations et des savoirs des élèves et d'avoir comme objectif de leur permettre de faire des choix dans leurs comportements ? Nous vivons dans une société suffisamment normative, il m'apparaît plus fondamental de travailler sur les modes d'approche que sur des contenus et des connaissances. Le deuxième point postule que la santé est l'affaire de tous. Se profile alors la question de comment l'on institue l'enfant acteur de sa santé ? Comment utilise-t-on les différentes ressources et informations et comment apprend-on à les utiliser ?

Le troisième point nous amène à la formation et pose la question du travail avec les enseignants, en sachant qu'ils ne peuvent pas faire l'économie d'une réflexion sur la gestion de leur propre santé tout en restant attentif au risque normatif. Comment travaille-t-on autour de la santé, comment réfléchir autour de la promotion de la santé dans les établissements scolaires ? Comment faire pour mettre en cohérence les pratiques et les discours ?

Enfin, la ligne de lecture transversale qui constitue l'épine dorsale de toute réflexion s'articule autour de la question fondamentale : Comment faire pour ne pas aggraver les inégalités ?

Un des éléments de réponse pourrait être, non pas de travailler sur la responsabilité de chacun mais davantage, sur l'acquisition d'un minimum de contrôle sur son environnement et sur les déterminants de sa santé. On ne peut être responsable que si l'on dispose d'un minimum de contrôle. L'école a certainement un rôle important à jouer sur ce plan et devenir ainsi un vecteur de santé.

ENTRETIEN AVEC LE PROFESSEUR LOUISE GAUDREAU* RÉALISÉ PAR NATHALIE MÉCHIN**

Nathalie Méchin – Je vous propose, dans un premier temps, de donner sur votre itinéraire professionnel quelques renseignements qui éclaireront l'angle de vision que vous adoptez à propos de l'éducation sexuelle et de la prévention du sida.

Louise Gaudreau – J'ai été enseignante après des études universitaires en biologie. Tout en continuant à enseigner en milieu scolaire, j'ai poursuivi mes études de maîtrise en éducation et j'ai commencé à enseigner aux enseignants dans différentes universités, en didactique des sciences, puis en didactique générale et, enfin, sur les styles d'enseignement et d'animation en classe.

Ma recherche de doctorat portait sur les caractéristiques personnelles et professionnelles qui doivent être mises en opération par les intervenants pendant qu'ils interviennent en éducation sexuelle formelle, non formelle ou informelle, comparées au profil de caractéristiques attribué aux enseignants dans leurs domaines respectifs d'éducation et d'enseignement auprès des enfants et des ados. Je suis devenue professeure et chercheuse à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Après dix ans au département de Sexologie, je fais partie du département des Sciences de l'éducation, et plus récemment aussi du Centre interdisciplinaire de recherche sur l'apprentissage et le développement en éducation (CIRADE).

En sexologie, je donnais des cours sur l'éducation sexuelle et l'intervention pédagogique aux sexologues qui se spécialisaient pour intervenir à l'école et aux autres qui se dirigeaient du côté de la santé et des affaires sociales. Pendant ce temps, mes recherches m'ont conduite à m'intéresser à tous les types d'intervenants qui travaillaient en éducation sexuelle auprès des enfants et des adolescents (enseignants, travailleurs sociaux, infirmières, médecins, psychologues, sexologues, animateurs de toutes sortes, parents, etc.). J'ai contribué à la mise en place de l'éducation sexuelle dans le monde scolaire en participant à la production de guides d'activités pédagogiques et en faisant partie de différents comités de travail en relation avec l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Puis, j'ai aussi pris part à divers comités de travail canadiens qui se penchaient sur la recherche en prévention du sida à travers le pays.

N. M. – Vous êtes au Québec une spécialiste de l'éducation sexuelle, pouvez-vous parler de quelques-uns de vos travaux de recherche dans ce domaine?

L. G. – On dit qu'en 1983-1984, j'ai été la première au Québec à effectuer, en collaboration avec une commission scolaire québécoise (ou district scolaire), une recherche qui portait sur la formation des enseignants susceptibles de s'occuper

* - Louise Gaudreau, Professeur à l'Université du Québec à Montréal.

** - Nathalie Méchin, Université Joseph Fourier, Grenoble.

d'éducation sexuelle et de prévention du sida. Cette recherche permettait de leur donner une formation de base dans le domaine (à titre de perfectionnement pédagogique), mais consistait aussi, en ce qui me concerne, à développer et tester des stratégies de formation des intervenants d'éducation sexuelle. En parallèle, le ministère de l'Éducation du Québec avait enfin décidé, après une quinzaine d'années de tergiversations de tous ordres et de compromis avec les groupes de pression, d'introduire officiellement l'éducation sexuelle au programme des écoles primaires et secondaires. Pendant plusieurs années au Québec, les formateurs d'enseignants qui travaillaient pour l'implantation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire ont pu s'inspirer largement du programme d'activités de formation que j'avais mis au point. Par la suite, avec le sida et la préoccupation qui s'est développée en ce domaine pour l'éducation comme moyen de le contrer, j'ai été impliquée par mes activités de recherche dans différents milieux que fréquentent les jeunes, dont le milieu scolaire, et j'ai continué à former des formateurs, des sexologues et des enseignants en éducation sexuelle à laquelle s'intégrait la prévention du sida. Pendant environ quinze ans, j'ai procédé et contribué à diverses recherches en prévention du sida qui étaient effectuées auprès des jeunes et des populations dites à risque. Or, pour moi (et beaucoup d'autres...), les intervenants représentaient la clé de l'éducation en matière de prévention du sida.

N. M. – *Le contexte de l'éducation sexuelle et de la prévention du sida en milieu scolaire a ses spécificités au Québec. Quelles sont ses caractéristiques depuis les années 80 ?*

L. G. – Vers la fin des années 80, l'éducation sexuelle faisait partie, dans le système scolaire québécois, du programme « Formation personnelle et sociale ». Ce dernier comprenait un volet nommé « Éducation à la sexualité », mais aussi quatre autres volets : « Éducation à la santé », « Éducation à la vie en société », « Éducation aux relations interpersonnelles » et « Éducation à la consommation ». Puis au début des années 90, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a établi des liens officiels avec le ministère de l'Éducation afin d'ajouter au volet d'éducation à la sexualité une partie explicite qui visait la prévention du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles, bien que le volet original du programme comprenait déjà des indications sur la prévention des MST. Cet ajout a été diffusé à travers le système d'enseignement. À l'origine, lorsque le volet « Éducation à la sexualité » a été rendu obligatoire, il existait très peu de matériel didactique qui pouvait convenir au domaine et aux milieux visés ; depuis, du matériel d'enseignement a été produit pour l'éducation sexuelle et la prévention du sida.

Bien que, au milieu des années 80, le programme de « formation personnelle et sociale » soit devenu obligatoire de la première année du primaire à la dernière du secondaire, il est resté une « petite matière scolaire ». Dans les écoles primaires, l'éducation sexuelle devait être enseignée surtout intégrée à l'intérieur d'autres programmes (par exemple dans les programmes de français, de sciences humaines) par les titulaires de classes ; mais parfois, certaines activités du programme de

« formation personnelle et sociale » constituait en elles-mêmes des situations d'apprentissage. Dans les écoles secondaires, elle a été insérée principalement parmi les disciplines d'enseignement des enseignants de morale ou de religion et y a occupé très peu de place; l'ensemble du programme représentait environ 25 heures de temps d'enseignement annuel au secondaire (pour les cinq volets). De plus, le programme de « formation personnelle et sociale » au complet était obligatoire, mais laissait à l'enseignant le soin de choisir les volets auxquels il accorderait une importance relative plus grande; l'enseignant pouvait ainsi escamoter l'un ou l'autre des volets; plusieurs sont alors passés outre à l'éducation à la sexualité ou s'en sont tenus au strict minimum, certains en se limitant à la partie ajoutée vers 1990 concernant la prévention des MST et du sida.

N. M. – *Quelle a été l'évolution depuis les années 90 ?*

L. G. – En 1988, je publiais dans une revue de recherche et d'intervention (1) diffusée au Québec et ailleurs, un article qui faisait le point sur la situation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire québécois. À l'époque, cette situation était très positive; le développement de l'éducation sexuelle se faisait lentement en milieu scolaire, mais on marquait des progrès intéressants qui nous attiraient les éloges des autres provinces canadiennes et de plusieurs pays, dont les États-Unis et certains pays d'Europe. Le Québec avait pris les devants.

En 1998, la situation est toute autre. L'insertion de l'éducation sexuelle comme matière formelle d'enseignement au primaire et au secondaire est non seulement remise en cause, mais des décisions sont déjà prises sur son sort en ce qui concerne les écoles secondaires : à courte échéance, le programme de « formation personnelle et sociale » sera abandonné; ses volets seront relocalisés, transformés et saupoudrés au sein d'autres programmes scolaires. Ce découpage et cette dispersion de l'éducation sexuelle ramène le Québec aux années 70 : l'éducation sexuelle, lorsqu'elle se faisait (très rarement) en classe, était abordée sous l'angle de la biologie de la reproduction et des mesures préventives (contraception et prévention des MST). Ses autres aspects, par exemple, orientations sexuelles, rôles socio-sexuels, sentiment amoureux, attirances, désir, plaisir, identité, etc., étaient tout simplement omis. De sorte que si j'écrivais aujourd'hui un article pour faire le point sur la situation de l'éducation sexuelle au Québec, mon discours serait très différent de celui que j'ai tenu sur le même sujet il y a dix ans. L'éducation sexuelle en milieu scolaire marque, en effet, un recul très net qui aura, je le crains, des répercussions négatives majeures sur la prévention du sida auprès des jeunes.

N. M. – *Vous avez récemment collaboré à une recherche évaluative sur la prévention sida et l'éducation sexuelle, quelles sont les conclusions ?*

1 - L. Gaudreau, « La situation de l'éducation sexuelle au Québec et l'attitude des intervenants(es) », *Apprentissage et socialisation*. 11 (2), 1988, pp. 84-94.

L. G. – Cette année paraissait un rapport de recherche sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire au Québec (2). Cette recherche sérieuse et substantielle a consisté à évaluer le niveau d'implantation, à l'école, de l'éducation à la sexualité et, par conséquent, de la prévention du sida auprès des jeunes. J'ai eu l'occasion de contribuer un tant soit peu à cette étude en tant qu'une des personnes consultées par les chercheurs. Les écoles secondaires qui ont été les sites de l'étude ont des caractéristiques semblables à celles que l'on retrouve un peu partout au Québec. Les résultats de cette recherche sont très édifiants. Ils montrent, entre autres, que les problèmes et les obstacles que nous avons identifiés et prévus dès le départ, c'est-à-dire, lorsque furent introduites à l'école l'éducation sexuelle puis la prévention du sida, ont persisté. Il semble bien que rien de significatif n'ait été fait depuis dix ans par le système scolaire québécois pour résoudre ces problèmes et mieux soutenir l'introduction (officielle et obligatoire) à l'école de l'éducation sexuelle, puis de la prévention du sida auprès de la jeune génération.

N. M. – *Quels sont de votre point de vue les principaux obstacles à la réussite de ce type d'action ?*

L. G. – Il était prévisible que, si certaines conditions n'étaient pas satisfaites, l'éducation sexuelle et la prévention du sida par des cours formels à l'école piqueraient du nez malgré leur décollage assez bien réussi. Or, l'une de ces conditions essentielles était une formation suffisante des intervenants, adéquate qualitativement et quantitativement. À peu près toutes les recherches sur les intervenants d'éducation sexuelle auprès des enfants et des adolescents, puis sur ceux qui s'occupent de prévention du sida auprès des jeunes, étaient unanimes à montrer que la formation des intervenants est capitale pour la réussite de l'implantation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Or, les résultats de cette recherche menée en 1998 indiquent qu'à peine la moitié des enseignants qui travaillaient en éducation sexuelle sur le territoire visé ont pu suivre une formation, et pour la plupart, elle a été minimale. Pourtant, des activités de formation en éducation à la sexualité étaient disponibles pour les enseignants, et des cours plus complets leur étaient offerts par différentes universités en différentes régions du Québec (j'en ai déjà parlé en détail dans un chapitre du livre que j'intitulais « L'insoutenable légèreté de la formation des maîtres en éducation sexuelle ») (3). Cependant, le ministère de l'Éducation et la plupart des

2 - Direction de la santé publique, *Formation personnelle et sociale. Évaluation du degré de mise en œuvre du volet Éducation à la sexualité du programme FPS dans les écoles secondaires lavalloises*, Laval, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Laval, 1998.

3 - L. Gaudreau, « L'insoutenable légèreté de la formation des maîtres en éducation sexuelle » (pp. 219-240), dans Association québécoise pour la formation des maîtres (AQU-FOM), *Compétence et formation des enseignants ? Trois-Rivières (Québec)*, Publications des sciences de l'éducation, Université du Québec à Trois-Rivières, 1993.

commissions scolaires (employeurs des enseignants) n'ont jamais accordé une attention réelle et un statut formel à la formation des intervenants en ce domaine. Le plus souvent, la capacité et l'occasion, pour les enseignants, de suivre de telles formations ont été prises pour acquies, comme s'ils devaient le faire d'eux-mêmes por-dessus tout le reste de leur travail et de leur vie quotidienne ; les enseignants furent nombreux à prendre l'initiative mais, pour les non moins nombreux qui disent détenir une formation en éducation sexuelle ou en prévention du sida, il s'agit le plus souvent des quelques heures (parfois moins d'une heure) consacrées à l'implantation des cinq volets du programme de « formation personnelle et sociale ». Dans certains cas, cette initiation à l'enseignement en éducation sexuelle ou en prévention du sida se limite à prendre connaissance du document qui présente l'ensemble du programme ; inutile de dire que ce n'est pas de cette manière que des enseignants ont réellement pu se perfectionner comme éducateurs en matière de sexualité et de prévention du sida.

Ce facteur, jumelé avec le peu d'importance accordée aux « petites matières scolaires » n'est certainement pas étranger aux résultats déplorables de l'implantation de l'éducation sexuelle et de la prévention du sida dans l'éducation formelle donnée par les écoles québécoises. L'éducation à la sexualité et la partie consacrée à la prévention du sida ne sont jamais entrées dans des centaines de classes des écoles primaires et sont demeurées très peu (et parfois très mal) enseignées dans de trop nombreuses classes des écoles secondaires au Québec. À présent, la décision de mettre fin au programme « Formation personnelle et sociale » au Québec peut être interprétée comme la conséquence directe d'une mauvaise implantation du programme, elle-même résultant de l'absence de conditions indispensables à la réussite de l'opération. On doit donc conclure que les problèmes, voire les obstacles et les négligences, ont été plus forts que les tentatives de faire de l'éducation sexuelle un domaine d'enseignement à part entière dans les écoles primaires et secondaires.

N. M. – *Est-ce que le contexte culturel et religieux a joué un rôle dans cette évolution ?*

L. G. – Au Québec, le gros débat « pour ou contre » s'est fait davantage dans les années 70 ou 80 que pendant la présente décennie. Ce qui a été déterminant ces dernières années est davantage la redéfinition du rôle de l'école québécoise et la réforme des programmes scolaires. Le consensus qui s'est dégagé des consultations publiques et des représentations des groupes de pression a été de ramener l'école à un rôle plus académique, plus centré sur les disciplines scolaires de base et sur le développement des compétences des élèves ; ceci ressemble fort au mouvement américain « *back to basics* ». Le cas de l'éducation sexuelle était mineur dans tout cela, s'il s'agissait d'accroître le temps d'enseignement des principales disciplines scolaires comme les mathématiques, les langues, l'histoire.

N. M. – À quelles idées principales tenez-vous sur la place que doit occuper la prévention sida dans l'éducation ?

L. G. – Petit à petit, la sexualité, objet multidimensionnel d'intervention en éducation sexuelle devient, notamment avec la prévention du sida, la santé sexuelle. Si ce glissement de sens renvoie la prévention du sida dans le domaine de l'éducation pour (ou à) la santé, il l'éloigne dangereusement de l'éducation sexuelle et de ses visions sexologiques multidisciplinaires et polyvalentes de la sexualité. Ce ne sont pas uniquement des questions théoriques (épistémologiques) que soulève ce virage. Il signale aussi une redéfinition importante des interventions en fonction d'une logique et de modèles de pratiques plus liés à la santé à préserver et à maintenir qu'à ceux d'une sexualité qui dépasse le seul angle de la santé ou qui ne serait que préventive. Je discute ce problème plus en détail ailleurs (4), mais je le signale ici afin de promouvoir la réflexion sur la place à accorder à la prévention du sida en éducation sexuelle plutôt qu'en éducation à la santé. Cette approche de la sexualité par la santé sexuelle peut être un facilitateur, mais également un obstacle à la mise en place d'une éducation sexuelle véritable dans les systèmes formels d'enseignement.

Comme ailleurs dans le monde, l'éducation sexuelle au Québec aura d'abord été informelle, implicite, non structurée, souvent non intentionnelle. Puis, elle est devenue non formelle, c'est-à-dire structurée et intentionnelle, mais opérationnalisée en dehors des salles de classe, dans des activités d'éducation parascolaires conduites par des intervenants des milieux de la santé. Et au Québec, l'éducation sexuelle est ensuite devenue formelle, c'est-à-dire qu'elle a pu se faire en classe, dans un programme scolaire ou intégrée à d'autres. La prévention du sida aurait pu y trouver son compte en s'insérant dans le domaine de l'éducation sexuelle et en s'implantant avec force dans l'univers du formel. Et on sait que l'éducation préventive en matière de sida, réalisée dans un cadre plus large d'éducation sexuelle, a de bien meilleures chances de produire des effets bénéfiques que lorsqu'elle est détachée de considérations relatives aux autres aspects de la sexualité et de son éducation.

Si la prévention du sida et des autres MST en vient à dominer l'éducation sexuelle et que son objet d'intervention reste défini par la santé sexuelle, on peut conclure de tout cela que le Québec se conformera à une approche préventive de la sexualité et que l'éducation en cette matière se limitera à n'être qu'instrumentale pour servir la santé publique. Dans ce cas, l'école québécoise risque fort de reléguer l'éducation sexuelle à l'univers du non formel et de l'informel. Selon toute vraisemblance, l'éducation sexuelle n'aura été que temporairement formelle avant de reprendre une place périphérique par rapport à d'autres sujets d'enseignement et en réponse à d'autres préoccupations éducatives que celles d'éduquer à la sexualité dans la plénitude de ces deux derniers termes.

4 - L. Gaudreau, « Où va l'éducation sexuelle ? » *Revue sexologique*, vol. 5, n° 2, 1997 ; et L. Gaudreau, « Le sida et l'éducation », dans Cohen Henri et Lévy Joseph J. (éds), *Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*, Montréal, Éditions du Méridien, 1997, pp. 299-331.

N. M. – *En conclusion, que diriez-vous sur la prévention sida en milieu scolaire ?*

L. G. – Pour moi, la question du sida et des moyens de le contrer relève de préoccupations de santé, de vie et de mort. Cependant, la question du comment apprendre à l'éviter, comment mieux vivre, etc., relève de l'éducation. Si ces apprentissages ou ces développements, en cause chez les individus et les collectivités, sont reliés à la sexualité, alors, c'est l'éducation sexuelle qu'il faudrait mettre en œuvre, et pas seulement l'éducation à ou pour la santé.