

3

Mise en œuvre de l'éducation à la santé dans le système scolaire

Durant les dernières décennies, s'est produite une évolution des problématiques sanitaires. Cette évolution est marquée par l'augmentation des maladies liées à des styles de vie, ou à des comportements, et par la saturation des coûts sanitaires. Cette situation a provoqué une demande croissante à l'égard du système éducatif, prié de s'associer à la prévention de la morbidité et de la mortalité précoce évitable et de contribuer à l'éducation pour la santé des jeunes scolarisés.

L'ensemble des travaux analysés montre les avancées progressives de la prise en considération de l'éducation pour la santé par le système éducatif. Tous ces travaux témoignent également d'une approche élargie de l'éducation pour la santé et de la prise en considération croissante des dimensions environnementales, dans leurs aspects sociaux et relationnels. Cependant, les attentes et les valeurs qui sous-tendent les différentes approches diffèrent considérablement. Certains privilégient la dimension physique de la santé et les effets, en termes de résultats attendus, de changements de comportements censés alléger le poids financier des systèmes de santé. D'autres tentent de favoriser le processus d'*empowerment*, la réduction des inégalités, le bien-être et les dimensions sociales et psychologiques de la santé. On observe également des conceptions et un équilibre diversifié des partenariats, entre le secteur de la santé publique et celui du système éducatif, qui ne sont pas sans effets sur les orientations adoptées.

Constats sur les conditions favorables à la mise en œuvre des programmes

L'analyse de la littérature relative à l'éducation pour la santé permet de dégager certains consensus sur les éléments favorisant la mise en œuvre et la qualité des programmes.

- L'école est un lieu privilégié (mais non unique) d'éducation et de promotion de la santé en raison des interactions importantes entre la santé, la réussite scolaire et l'éducation et aussi parce qu'elle permet d'atteindre la quasi-totalité d'une classe d'âge.

- L'éducation pour la santé demande un investissement substantiel en temps et en ressources pour organiser ou planifier les programmes.
- La formation des adultes, et particulièrement des enseignants, et des équipes est un aspect d'importance déterminante (Denman, 1994 ; St Leger, 1999b ; Kealey et coll. 2000) qui avait déjà été souligné à la conférence de Dublin par Williams (1990), pour qui il s'agissait même d'une priorité.
- De même, il est primordial de constituer des ressources et des outils pédagogiques adaptés et de les mettre à la disposition des enseignants.
- L'allocation de temps doit être suffisante. La durée des programmes représente un aspect important (Denman, 1999). En outre, on observe une diminution des effets des programmes avec le temps (Green et coll., 1996). Il s'avère donc nécessaire d'envisager des programmes progressifs, en spirale (Williams, 1990), qui reprennent les différents éléments tout au long de la scolarité en les adaptant à l'expérience et au niveau d'intelligence des enfants et en les coordonnant avec les programmes scolaires.
- Les méthodes doivent être diversifiées et solliciter la participation active et interactive des élèves, pour les impliquer dans leurs apprentissages (Green et coll., 1996 ; Allensworth, 1997 ; Denman, 1999 ; St Leger, 1999a).
- La clarification des valeurs et des attitudes ainsi que le développement de l'estime de soi (Denman, 1994) constituent des facteurs éthiques mais aussi des facteurs d'efficacité.
- L'information ne suffit pas (Denman, 1994).
- Les connaissances sont plus faciles et plus rapides à faire évoluer que les attitudes et les comportements ; l'amélioration des connaissances ne conduit pas nécessairement à des changements de comportements (Green et coll., 1996).

Le développement social et l'enrichissement des compétences psychosociales (telles que la conscience de soi, l'empathie, la capacité à résoudre des problèmes et à prendre des décisions, la pensée créatrice et critique, la capacité à faire face (*coping*, de l'expression *to cope with*), à gérer son stress et ses émotions, les relations interpersonnelles et la communication, (OMS, 1993 ; Arwidson, 1997) sont des éléments importants de l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé.

Des facteurs d'« inefficacité » sont également mentionnés (St Leger, 1999b), notamment quand les programmes sont développés en réponse à une crise, surtout s'ils visent à faire peur ou se limitent à des « prêches », quand ils sont non coordonnés et discontinus, quand ils sont largement basés sur des ressources externes avec peu d'implication des équipes éducatives, ou encore quand ils ne comportent que peu d'investissement dans la formation des enseignants et dans la mise à disposition de ressources.

L'éducation pour la santé ne suffit pas. Le « programme caché » (*hidden curriculum*) des établissements, c'est-à-dire les valeurs, le climat relationnel et les pratiques éducatives au quotidien, influent sur la construction de l'identité et sur les apprentissages (Young, 1994). De plus, l'école ne peut agir seule, sans

coordination avec les divers environnements sociaux qui exercent des influences majeures sur les enfants. De fait, la prise en compte du contexte, l'implication des parents (Denman, 1999) et des communautés locales améliorent l'efficacité des programmes (St Leger, 1999b). Les écoles ne peuvent pas non plus être considérées comme les seules instances aptes à résoudre les problèmes sociaux et sanitaires en l'absence d'autres formes d'action de santé publique.

Programmes de promotion de la santé

La prise de conscience progressive des différentes dimensions qui ont une influence majeure sur la santé a conduit au développement du concept de promotion de la santé (Deschamps, 1998). L'éducation pour la santé ne peut être dissociée du paradigme de promotion de la santé dont elle constitue un des aspects. Dans ce paradigme, la santé est envisagée non comme une fin en soi, mais comme une ressource.

Les politiques nationales définissant les orientations des systèmes scolaires dans ce domaine relient maintenant étroitement l'éducation pour la santé à la promotion de la santé. Pour les établissements scolaires, cette approche repose sur une combinaison de mesures et de responsabilités dans différents registres :

- le curriculum (les contenus d'enseignement) ;
- l'environnement (physique, organisationnel et psychosocial, intégrant les valeurs et les aspects relationnels) ;
- les services de santé ;
- les partenariats (avec les parents, les communautés, le secteur de santé) ;
- le fonctionnement de l'école.

Dans une revue des programmes de promotion de la santé réalisés dans l'enseignement primaire, St Leger (1999a) recense la diversité des problématiques ciblées qui relèvent pour l'essentiel des champs thématiques de la prévention dentaire et cardiovasculaire (tabac, nutrition, activité physique). Un des programmes s'intéresse aux aspects relationnels et à la santé mentale et s'adresse aux enfants ayant des difficultés scolaires. Un autre, de moindre ampleur puisqu'il ne concerne qu'une seule classe, s'inscrit dans une démarche d'*empowerment* et de lien avec la communauté : il laisse aux enfants le choix du problème à traiter, et ceux-ci ont choisi d'œuvrer pour faire diminuer la vente de drogue dans l'environnement de leur école. Un seul programme est réellement multidimensionnel et tente d'associer des aspects thématiques (tabac, nutrition, drogues), le développement des compétences des enfants (résolution de problèmes, capacité à faire face) ainsi que des aspects relationnels. L'analyse de ces différents programmes conduit l'auteur aux constats suivants :

- l'amélioration de la santé augmente les capacités d'apprentissages des enfants et la réussite scolaire ;

- l'environnement physique a un impact sur la santé, le bien-être et la capacité à apprécier la vie ;
- l'environnement scolaire social, bien que difficile à mesurer, a des répercussions sur la santé et sur les conduites à risque durant l'adolescence et les apprentissages scolaires ;
- les méthodes actives et interactives d'éducation pour la santé, ainsi que le développement des compétences psychosociales, apparaissent efficaces.

Les facteurs d'efficacité sont la formation des enseignants, l'existence de partenariats avec les parents et les communautés locales ainsi que la mise à disposition d'outils qui impliquent les élèves dans des activités de pensée et d'action indépendantes. La collaboration intersectorielle facilite l'aspect global et multidimensionnel des programmes et en améliore les gains. Un constat voisin est effectué par Kann et coll. (1995) qui note, à propos de la réduction des comportements à risque, que l'efficacité est fonction de la formation des enseignants, de la fidélité au programme enseigné, de l'allocation de temps, de la qualité des outils pédagogiques, de l'implication des familles, du soutien de la communauté et de l'administration, de la coordination entre les différentes composantes du projet, de la globalité de l'approche et même de la qualité de l'évaluation.

La recension effectuée par St Leger (1999a) montre l'importance de l'amélioration des compétences psychosociales et de l'environnement social. Elle souligne les interactions entre les apprentissages scolaires et la démarche de promotion de la santé, qui représentent un aspect susceptible d'intéresser les acteurs du système éducatif. Les programmes centrés sur la promotion de la santé mentale semblent prometteurs (Hosman, 1999). Pour cet auteur, ils ont montré des effets en termes de bien-être mental, de meilleur ajustement psychologique et de diminution des difficultés d'apprentissages scolaires, des problèmes de comportements et des agressions. Dans cette perspective, l'accent est mis sur la personne et ses environnements sociaux et sur le développement des facteurs psychologiques et sociaux de la santé. Les facteurs psychologiques comprennent les facteurs de santé émotionnelle (estime de soi, conscience de soi, attention à soi, liens affectifs précoces positifs, sentiment de sécurité, développement émotionnel) et les compétences psychologiques (résolution de problèmes, gestion du stress, capacité à faire face à l'adversité, adaptabilité, compétences sociales). Les facteurs sociaux favorables sont la qualité des relations interpersonnelles, les soutiens sociaux, l'appartenance à des réseaux, la participation sociale, la responsabilité, la tolérance, le degré et les possibilités d'autonomisation, l'intégration des minorités...

Modèles de promotion de la santé et mise en œuvre

Les visées, les théories sous-jacentes et les appartenances professionnelles ont produit différents modèles de promotion de la santé à l'école. Divers types de

programmes peuvent ainsi être distingués en fonction : du statut alloué à la visée de santé, de la prédominance accordée à la dimension physique, psychologique ou sociale de la santé, des modèles théoriques (avec en particulier l'utilisation importante des modèles comportementalistes aux États-Unis) et de la nature des partenariats entre les acteurs du système sanitaire et ceux du système éducatif. On observe également une tension forte entre le caractère normatif, prescriptif, des programmes et les démarches favorisant la participation, l'appropriation et l'autonomisation des acteurs (processus d'*empowerment*). Les approches varient aussi selon les théories et les modèles professionnels, on pourrait ainsi distinguer le modèle médical, le modèle comportementaliste, le modèle éducatif, le modèle centré sur la santé mentale, le modèle systémique...

Types d'approches

Nutbeam (1996) propose une typologie des pratiques de promotion de la santé et distingue trois types d'approches.

- L'approche planifiée, qui vise plutôt à établir des résultats systématiques. Elle est fondée sur l'application de la recherche. Il existe un lien fort entre la programmation et les résultats envisagés, appréhendés le plus souvent dans leurs aspects quantitatifs. Les besoins des populations sont pris en compte dans des limites définies. En général, le contrôle est externe et ce type de pratiques est dirigé par les concepteurs du projet. Le succès est envisagé en termes de réalisation des objectifs prédéterminés.
- L'approche de promotion de la santé centrée sur la réponse aux besoins, qui est probablement la plus fréquente dans les interventions communautaires. Elle privilégie le processus de développement de la communauté, plutôt que les résultats. Elle accorde de l'importance à l'implication de la communauté pour définir ses propres problèmes de santé et participer à leur résolution, dans la lignée de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). C'est l'implication communautaire qui apparaît l'élément déterminant pour soutenir et développer le programme de façon durable. Les succès sont souvent envisagés en termes de réponse aux besoins communautaires et de participation, de mobilisation communautaire. L'évaluation fait alors une large place aux aspects et aux méthodes qualitatives et l'adaptation des schémas traditionnels d'évaluation quantitative est plus délicate.
- L'approche réactive, qui est développée en réponse à un problème ou une crise. Ce sont plutôt des actions à court terme et conçues de façon centralisée, voire dans l'urgence. L'accent est souvent mis sur une diffusion large de messages vers les communautés ainsi que sur l'utilisation des médias (exemple : campagnes médiatiques de prévention). On peut également en rapprocher les réponses de type sécurisant lorsque, en réaction à des incidents de consommation survenus dans l'établissement, il est demandé une intervention thématique et ponctuelle de la gendarmerie ou de la police, généralement réduite à l'information et à une mise en garde (Lonfils, 1997).

Pour Nutbeam (1996), l'idéal serait de concilier les qualités des deux premières approches, en se fondant sur une démarche rigoureuse, tenant compte des acquis de la recherche, mais laissant une large place à l'expression des besoins et à l'adaptation des réponses.

Modèles de mise en œuvre

Concernant les modèles de mise en œuvre de l'éducation/promotion de la santé dans les établissements scolaires nous distinguerons ici deux niveaux : le premier niveau correspond aux programmes expérimentaux et concerne un ou plusieurs établissements. Ces programmes, dès lors qu'ils sont plutôt centrés sur la démonstration de leurs effets, empruntent des procédures d'évaluation calquées sur les modèles médicaux. Le second niveau correspond aux politiques nationales promues par les autorités éducatives afin d'implanter l'éducation/promotion de la santé dans la pratique des établissements scolaires. L'effectivité de la diffusion de ces pratiques et de l'appropriation de cette nouvelle mission par les établissements scolaires importe tout autant que la démonstration des résultats.

Programmes expérimentaux : du modèle biomédical préventif au modèle global

Les programmes élaborés et mis en œuvre localement dans un ou plusieurs établissements sont qualifiés d'expérimentaux, par opposition aux programmes définis dans la politique de santé des États.

Modèle préventif

Dans le modèle préventif (Green et coll., 1996), l'accent est mis sur la dimension physiologique de la santé ; l'objectif est la réduction des facteurs de risque et la finalité à long terme est la réduction de la morbidité et de la mortalité prématurée. Les interventions sur les facteurs de risques cardiovasculaires sont basées sur le modèle d'intervention communautaire de Karélie du Nord dont les résultats à long terme ont été probants, tant sur les facteurs de risque que sur la mortalité (Puska, 1999). Ce modèle, issu du milieu médical, a également été implanté en milieu scolaire dans une visée expérimentale, pour tester différentes hypothèses concernant des éléments du programme. Il cherche à répondre à un certain nombre de questions, à identifier l'efficacité de divers aspects du programme ou de leur intensité.

La réalisation du protocole est relativement lourde, voire rigide. Elle implique une organisation structurée de l'évaluation des effets avec, en particulier, l'existence de groupes témoins. L'évaluation examine les effets attendus mais néglige facilement d'interroger les processus adaptatifs, les dynamiques créées

et le « programme caché », au risque de ne pas envisager les conditions de leur transférabilité et de leur prolongement, au-delà de la phase d'expérimentation. Une telle démarche d'évaluation ne permet pas d'observer les aspects considérés comme annexes alors qu'il s'agit de démarches multiples et complexes. L'implication des parents est variable.

Ces protocoles sont essentiels pour établir un certain nombre de faits, cependant le reproche fondamental qui peut leur être fait est d'évacuer le sujet, instrumentalisé aux finalités de l'expérimentation. L'éviction des individus et des communautés constitue probablement le risque majeur des évaluations limitées à la seule dimension somative. Dans ces programmes réalisés en milieu scolaire, la finalité majeure consiste à modifier des constantes biologiques, qui vont manifester des effets du programme ; mais le ressenti des sujets (se sentent-ils mieux ?) n'est pas envisagé.

Ainsi Resnicow et coll. (1996) présentent les résultats de l'évaluation d'un programme scolaire nord-américain visant à réduire les facteurs de risque cardiovasculaire. Ce projet voulait introduire des modifications de la nutrition et de l'activité physique au niveau de la communauté scolaire (réduction des graisses servies à la restauration scolaire et augmentation de l'activité physique pendant les cours d'éducation physique) et au niveau individuel.

À terme, il a été observé une augmentation de l'intensité de l'activité physique demandée aux élèves pendant les cours et une diminution de la teneur en graisses des repas servis par les écoles. En ce qui concerne les élèves, les auteurs ont observé une amélioration des connaissances et des intentions diététiques, une diminution de la quantité de graisses absorbées mais aucune modification des constantes biologiques. Ces résultats sont imputés, d'une part à l'insuffisance de la formation et du temps consacré aux enseignements (15-20 heures réparties sur trois ans), et d'autre part à la faible implication des familles. La fidélité au programme a été vérifiée, mais les autres aspects qualitatifs de ce programme, les processus engagés ne sont pas envisagés.

Modèle global

Au programme précité, on pourrait opposer celui de Battle Creek Michigan (Vincent, 1990 ; Williams et Kubik, 1990) : orienté au départ vers la diminution de facteurs de risque, le projet a évolué vers un objectif plus positif de promotion de style de vie sain, de bien-être, de qualité de vie et de prévention. Réalisé à grande échelle, il a été initié pour compenser l'impact de réductions budgétaires concernant les services scolaires de santé.

Il s'agit d'un programme global, multidimensionnel qui s'intéresse au vécu de la personne. Il comporte différents volets, implique de nombreux acteurs sociaux (communautés locales, médias, établissements scolaires, familles) et prend en compte toute la communauté scolaire (les équipes éducatives – auxquelles était proposées, outre des formations, des mesures visant à l'amélioration de leur propre bien-être – et les élèves) ainsi que les parents.

L'évaluation semble prometteuse en ce qu'elle indique la restauration de liens sociaux (soutien des parents au programme et aux écoles, meilleure attention aux enfants, réduction de l'absentéisme des enseignants) et, sur le plan de la santé publique, une meilleure utilisation des ressources de santé. Malheureusement, l'évaluation est incomplète à l'heure où l'article a été écrit. On regrette aussi que l'évaluation ne soit pas à la hauteur des ambitions de ce projet : les élèves ne sont envisagés que par le biais de l'augmentation des conduites de consommations de substances psychoactives. Par ailleurs, l'absence de groupe témoin ou de comparaison ne permet pas de conclure sur les évolutions observées dans ce domaine, compte tenu, par exemple, des tendances séculaires. Pour un tel programme, impliquant 47 écoles, on aurait souhaité avoir davantage d'informations en termes de bien-être des élèves et d'insertion scolaire et sociale, ainsi que de leurs avatars, décrochage scolaire, échec scolaire, dépression, tentatives de suicide, accidents...

Ce programme constitue un modèle de programme global de promotion de la santé en milieu scolaire considérant l'ensemble des acteurs de la communauté scolaire. Si, dans le premier exemple présenté, le système scolaire est instrumentalisé par les promoteurs du projet, dans ce dernier, l'école, en lien avec ses partenaires, est au cœur du projet, dans une approche globale et positive de la santé, permettant l'interaction entre les missions spécifiques de l'école et la promotion de la santé.

Programmes définis dans la politique de santé des États

Les politiques, les programmes et les projets d'éducation pour la santé, de promotion de la santé au sein du système scolaire, de même que les conditions et l'effectivité de leur mise en œuvre, sont largement dépendants de l'organisation du système éducatif d'une part, et du système de santé d'autre part, ainsi que des cultures respectives des partenariats interinstitutionnels. L'étude de certains contextes spécifiques, nationaux ou internationaux, de mise en place de programmes permet de situer les options et les priorités définies par les autorités éducatives et/ou de santé publique.

Modèle américain du CDC : *Comprehensive School Health Education*

Le modèle de *Comprehensive School Health Education*, que l'on pourrait traduire par « approche globale de l'éducation pour la santé à l'école », a été développé aux États-Unis à la fin des années quatre-vingt et au début des années quatre-vingt-dix par une institution sanitaire fédérale, le CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) afin d'unifier et d'articuler les objectifs fédéraux et ceux des différents États, dans un pays où la diversité locale est importante (DeFries et coll., 1990). L'objectif de ce modèle est l'amélioration de la santé ainsi que des attitudes, des pratiques et des compétences ayant un impact positif sur la santé (Seffrin, 1990).

L'*Institute of Medicine* (Allensworth et coll., 1995 cité par Kann et coll., 1995) conçoit les *Comprehensive School Health Education Programs* comme un ensemble diversifié de stratégies, d'activités et de services scolaires, planifiés et séquentiels, visant à promouvoir le développement physique, émotionnel et social des élèves, en liaison avec leur instruction. Le programme entend aussi impliquer et soutenir les familles et la communauté locale, en tenant compte de leurs besoins, de leurs ressources, de leurs critères et de leurs exigences... Il est coordonné par une équipe multidisciplinaire, responsable de sa qualité et de son efficacité. Cette définition met l'accent sur la notion de santé globale, sur ses interactions avec les apprentissages scolaires ainsi que sur les liens avec les parents et les communautés, dans un pays où ces dernières ont une tradition de forte implication dans le système scolaire.

Principes généraux

Les principes généraux de cette approche insistent sur la dimension comportementale et sur la coordination entre l'école et la communauté. Allensworth (1997) les décrit ainsi :

- priorité aux comportements qui affectent la santé et les apprentissages (tabac, habitudes alimentaires, abus d'alcool et de drogues, violences physiques inactivité physique, comportements sexuels à risque), dans la mesure où les problèmes de santé les plus importants sont attribués à des styles de vie et des décisions individuelles ;
- soutiens sociaux aux élèves (il s'agit de créer un environnement où chacun contribue à la participation active des élèves) ;
- programmes de santé multidimensionnels à l'école ;
- coordination de l'école et de la communauté (ce qui implique des instances de coordination à divers niveaux) ;
- interventions multiples, compte tenu des influences diverses qui affectent les apprentissages et les comportements ;
- participation active des élèves ;
- sollicitation des familles ;
- programmes de formations et d'échanges pour les équipes éducatives ;
- planification des programmes.

Contenu et organisation

Un tel programme global comprend huit composantes interactives (St Leger, 1999a ; Allensworth, 1997 ; Kann et coll., 1995 ; Kolbe et coll., 1995 ; De-Friese et coll., 1990 ; Resnicow et coll., 1996) dont cinq ont été ajoutées à la triade traditionnelle : éducation pour la santé, services scolaires de santé et environnement sain.

- L'éducation pour la santé est enseignée tout au long du cursus scolaire, du jardin d'enfants jusqu'à la fin de la scolarité. Elle vise à développer non seulement des connaissances mais aussi des compétences utiles au développement personnel et à la santé tout au long de la vie. Les programmes d'éducation pour la santé doivent aborder des aspects diversifiés de la santé, ses

dimensions physique, mentale, émotionnelle et sociale, c'est-à-dire : la croissance et le développement, la nutrition, l'exercice physique, les relations humaines, la santé familiale, la sécurité, la réduction du stress, la sexualité, la prévention des maladies, les risques liés à la consommation excessive de substances dont la toxicité est démontrée (tabac, alcool, drogues), les aspects environnementaux. Elle doit aussi chercher à développer des compétences variées : prise de décision (très souvent la première des compétences citées), affirmation de soi, communication, responsabilité, vision à long terme... afin d'inciter les jeunes à prendre soin d'eux-mêmes et à prendre en considération les conséquences à long terme de leurs actes.

- Les services de santé scolaire assurent des activités de dépistage, des soins de santé primaires, des soins d'urgence, facilitent l'accès aux autres soins et mènent des activités de conseil pour la promotion de la santé des élèves, de leurs familles et de la communauté.
- La promotion d'environnements sains inclut les facteurs physiques, (bâtiments, environnements proches, température, bruit, lumière...) mais aussi les facteurs psychosociaux qui affectent le bien-être et la capacité de travail des élèves et des adultes (relations interpersonnelles, reconnaissance des individus et de leurs besoins, construction de l'estime de soi...).
- Les services de restauration scolaire doivent concourir à la santé et à l'éducation des élèves, en lien avec les programmes d'enseignement et les services communautaires concernés par la nutrition.
- Des programmes de promotion de la santé se préoccupent du bien-être et des besoins de santé des personnels scolaires, afin de les sensibiliser, de les motiver et de les impliquer au programme de promotion de la santé de l'établissement.
- L'établissement offre des services psychologiques et de *counseling* qui prennent en compte la santé mentale, émotionnelle et sociale des élèves au moyen d'interventions individuelles et collectives.
- L'éducation physique propose une variété d'activités planifiées qui concourent au développement physique, mental, émotionnel et social optimal de « chacun ». Elle promeut des activités qui plaisent aux élèves et qu'ils pourront pratiquer au cours de leur vie.
- L'implication des parents et des communautés est recherchée afin de coordonner les projets de l'école, des familles et de la communauté dans le cadre d'un partenariat actif visant à promouvoir la santé des élèves.

Selon Jackson (1994, cité par St Leger, 1999a) le paradigme des *Comprehensive School Health Education Programs* évolue progressivement vers une réelle approche de promotion de la santé ; cet auteur note le glissement de l'éducation pour la santé, conçue comme instruction formelle, vers une éducation dans la classe, basée sur les compétences génériques et adaptée aux besoins. La centration initiale sur l'information se déplace sur les attitudes et les valeurs. Il note également un élargissement à l'ensemble de l'école et de la communauté tendant vers une implication interdisciplinaire et interinstitutionnelle.

Dans les programmes développés par le CDC en milieu scolaire, l'accent est mis sur la prévention des maladies cardiovasculaires (la nutrition, les activités physiques et le tabac), des maladies sexuellement transmissibles et sur la problématique des substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites), plus rarement sur les violences scolaires ou d'autres aspects en relation avec la santé. Le CDC a financé, développé et soutenu différents programmes et produit des guides pour aider à la mise en œuvre de ces priorités. Il a contribué à l'élaboration d'une déclaration conjointe des ministères en charge de la Santé et de l'Éducation, promouvant la collaboration de ces deux secteurs.

Examen de l'extension des programmes

Une étude nationale a été réalisée par le CDC en 1994, pour mesurer l'extension de cette politique, et plus particulièrement le statut de l'éducation pour la santé au niveau des États, des districts, des écoles et des classes. Les deux premiers niveaux ont été interrogés par questionnaire et les deux suivants, par entretiens, ce, seulement pour l'enseignement secondaire (Errecart et coll., 1995 ; Kann et coll., 1995).

Au niveau des établissements, le responsable de la politique de santé est souvent le chef d'établissement, éventuellement assisté d'un adjoint ou d'une infirmière. Plus de la moitié des établissements secondaires disposent des services d'une infirmière scolaire. Ces dernières sont impliquées essentiellement dans des activités de dépistage visuel et auditif, dans la surveillance des vaccinations, les premiers soins d'urgence, le conseil individuel et dans la coordination de l'éducation pour la santé (Leavy Small et coll., 1995).

Les résultats concernant l'éducation pour la santé sont exprimés en ordre de grandeur. La plupart des États et des districts exigent que l'éducation pour la santé soit enseignée et beaucoup d'écoles secondaires donnent au moins un cycle de cours. Au niveau élémentaire, l'éducation pour la santé est plutôt enseignée sous forme de leçons intégrées au programme classique alors que dans le secondaire, les districts demandent que l'éducation pour la santé soit enseignée dans un cours spécifique, consacré presque entièrement à la santé. Dans la pratique, les établissements secondaires enseignent l'éducation pour la santé soit dans des cours spécifiques, soit dans le cadre de disciplines comme la biologie ou l'économie familiale. La plupart des écoles ont des instructions écrites sur les contenus et des manuels pour les élèves.

Les thèmes les plus fréquemment abordés dans le secondaire sont la prévention du sida, de l'usage d'alcool et des drogues, alors que les accidents, les violences ou la régulation des naissances sont moins souvent envisagés. Lorsque l'éducation pour la santé est enseignée dans le cadre d'un cursus spécifique, le temps consacré est plus important et les aspects développés plus nombreux. De nombreux professeurs d'éducation pour la santé enseignent des compétences, telles la communication et la prise de décision, et donnent aux élèves des occasions de mise en pratique (Kolbe et coll., 1995).

La plupart des États et beaucoup de districts proposent des sessions de formation continue sur l'éducation pour la santé. Les trois quarts environ des enseignants d'éducation pour la santé ont suivi une formation durant les deux dernières années. Les professeurs impliqués dans l'éducation pour la santé, en dehors des professeurs d'éducation physique, viennent de disciplines variées : religion, économie familiale, études sociales, sciences de la vie ou langues. On note que certains établissements ont un coordinateur de l'éducation pour la santé (ou une équipe), mais pas tous. En ce qui concerne l'éducation physique, les auteurs observent que les formations proposées aux enseignants sont plutôt axées sur les sports et la compétition, alors que la contribution de l'éducation physique à la santé consisterait plutôt à augmenter l'activité physique durant les cours et à adapter les enseignements pour améliorer la forme physique de chacun.

L'accompagnement de cette politique aux différents niveaux (fédéral, des États, des districts) est indispensable. Ceci implique des mesures incitatives et la prise en compte des besoins financiers et humains (formation initiale et continue et reconnaissance des besoins d'organisation, de coordination et d'évaluation). Les auteurs demandent aux autorités des aides à la définition des contenus qui seront ensuite adaptés aux situations locales. Ils soulignent l'importance de la formation et la responsabilité des États dans ce domaine, d'autant plus que bien souvent les enseignants d'éducation pour la santé ne sont pas des spécialistes. Resnicow et Allensworth (1996) insistent sur la nécessité de coordinateurs expérimentés, dans chaque établissement scolaire, pour coordonner les différents éléments du programme et organiser l'évaluation.

Les contenus d'enseignement ne sont pas analysés dans cette littérature scientifique. Comme l'observe Motta (1998), les publications ignorent les documents et les ressources professionnelles et, plus généralement, la question précise des contenus d'enseignement : « Les études sur l'intégration sont nombreuses et le plus souvent favorables, mais elles restent à un niveau de généralités qui ne permet pas d'appréhender avec la précision et la théorisation nécessaires les questions relatives au découpage, à la ventilation, à la séquentialisation des objets à enseigner et à intégrer, comme si ces questions ne se posaient pas ou relevaient de la présentation directe des innovations... Il semble que les chercheurs et les décideurs se désintéressent de la façon dont les praticiens s'accommodent de cette complexité dans les interventions et les enseignements et les considèrent comme allant de soi. »

Réseau européen des écoles promotrices de santé : une approche promotionnelle

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé constitue un processus de développement et de changement dans lequel les démarches ont toute leur importance pour conférer « aux populations un plus grand contrôle sur leur propre santé et pour améliorer celle-ci ». Il s'agit d'un concept politique interpellant les divers niveaux d'actions et de responsabilités. La santé est

appréhendée comme une ressource et l'accent est mis sur l'*empowerment*, la qualité de vie, le bien-être et sur l'ensemble des conditions favorables à la santé. La promotion de la santé est un concept holistique qui englobe l'éducation pour la santé.

Le concept des écoles promotrices de santé s'est fortement développé en Grande-Bretagne et a orienté l'approche européenne de l'éducation pour la santé vers un processus de promotion de la santé, conforme à l'esprit de l'OMS et à la Charte d'Ottawa. Il peut être envisagé selon trois aspects interdépendants (Green et coll., 1996) : les activités de classe, le milieu scolaire, les liens avec les familles et les communautés.

Le Réseau européen des écoles promotrices de santé a été créé en 1991. Après une première phase d'expérimentation, il s'est développé dans de nombreux pays d'Europe. Il s'agit d'un projet financé conjointement par le Conseil de l'Europe, le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS et la Commission européenne qui vise à promouvoir et à diffuser le plus largement possible cette approche.

L'accent est mis sur les dimensions psychologiques et sociales de la santé, sur l'amélioration de l'estime de soi, des compétences et du bien-être des élèves mais également sur le bien-être des équipes éducatives et sur les liens entre l'école et la communauté. Initialement, le cadre de référence proposé aux écoles du Réseau comportait 12 critères (tableau 3.1).

Tableau 3.1 : Critères initialement proposés aux écoles du Réseau européen des écoles promotrices de santé pour un cadre de référence.

L'estime de soi des élèves
Les relations entre élèves et entre adultes et élèves
L'objectif social de l'école
Le rôle modélisant de l'équipe éducative
Les relations entre l'école, les familles et les communautés
La liaison entre les écoles primaires et secondaires
Les activités stimulantes
L'environnement sain
La nutrition et la cantine
Les services de santé scolaire
La promotion de la santé des équipes éducatives
La liaison avec les structures de promotion de la santé

Ces critères ont évolué depuis la première conférence du Réseau européen des écoles promotrices de santé tenue en 1997 à Thessalonique (Grèce). La « Déclaration de Thessalonique » insiste sur les valeurs inhérentes à ce modèle, telles que la démocratie, la santé, la culture et les valeurs morales (ENHPS, 1997). Le Réseau ne veut pas imposer un modèle uniforme mais souhaite

refléter les diversités locales, culturelles, organisationnelles et politiques, dans le cadre de valeurs et de principes communs :

- Holistique par nature, il tend à améliorer l'environnement social et physique dans la communauté scolaire et contribue au développement social et économique de la société dans son ensemble.
- Les enseignants font une large place aux démarches innovantes qui favorisent des apprentissages actifs.
- L'accent est mis sur la nécessité impérieuse d'un investissement important dans la formation initiale et continue, condition indispensable au succès de cette approche.
- Cette approche implique un partenariat actif avec les partenaires locaux, les jeunes et leurs parents, appelés à jouer un rôle significatif dans la définition des priorités.
- Une meilleure équité est à la fois l'objectif et la conséquence de la promotion de la santé.
- Les réseaux internationaux constituent le support des collaborations entre les écoles engagées dans ce projet.
- Les ministres en charge de la Santé et de l'Éducation sont invités à collaborer pour promouvoir le développement de ce modèle.

En 1997, 37 pays étaient impliqués dans le Réseau (St Leger, 1999a ; Piette et coll., 1999). Pour l'Union européenne, le nombre d'écoles appartenant au Réseau variait alors, selon les pays, de 2 (Pays-Bas) à 85 (Espagne).

Évaluation de l'extension du Réseau européen des écoles promotrices de santé

Une étude évaluative, menée récemment (Piette et coll., 1999), avait pour objectifs principaux d'analyser le développement du Réseau dans les différents pays de l'Union européenne et les conditions qui l'ont favorisé. Il s'agit d'une évaluation de processus destinée essentiellement aux autorités et aux coordinateurs, afin de les aider à promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être dans les écoles par la prise en compte de déterminants individuels, sociaux et environnementaux. Ce travail est centré sur les besoins des décideurs et il se situe au niveau des processus nationaux ; il ne s'agit donc pas d'une évaluation sur l'impact ou l'efficacité de la démarche au niveau des élèves.

Les auteurs observent que les regards et les besoins d'informations des décideurs des secteurs éducatifs et de santé ne coïncident pas : les premiers sont plutôt intéressés par des informations sur les méthodes et les contenus d'enseignements, alors que les seconds privilégient l'impact sur la santé. De même, le secteur éducatif envisage plus volontiers l'impact positif de l'ouverture des écoles aux communautés.

Concernant la dynamique du développement de la promotion de la santé dans les établissements scolaires, les auteurs notent des situations très contrastées.

Dans quelques pays (Belgique francophone, Norvège, Grèce) le réseau est bien défini et tend à s'étendre alors qu'il existe peu d'initiatives de promotion

de la santé (à l'école) en dehors du réseau. Pour ces pays, on peut penser que l'existence du réseau a initié le développement de cette approche.

Au Royaume-Uni au contraire, où le concept a pris naissance, il existe de nombreuses écoles promotrices de santé, affiliées ou non à des réseaux locaux ou régionaux, et dont un certain nombre avaient développé cette approche avant la création du Réseau européen. Il ne semble donc pas que celui-ci ait influencé le développement de l'approche dans cette nation. C'est aussi le cas de la Suède, où le concept d'école promotrice de santé est voisin de l'approche généralement adoptée par les établissements scolaires.

Dans un troisième groupe de pays, telle la Finlande, l'approche s'est développée parallèlement dans et hors le Réseau européen.

Enfin, le quatrième groupe, incluant la France, est constitué de pays dans lesquels le Réseau est petit, mal connu et reste isolé. Les auteurs signalent plusieurs difficultés spécifiquement françaises, dont un certain rejet du concept (ou de la formulation ?) de promotion de la santé par le système éducatif. Ils s'interrogent sur le désintérêt des autorités pour le projet et regrettent le manque d'autonomie des coordinateurs. Il semble d'ailleurs que la France ait maintenant abandonné sa participation officielle au Réseau.

Parmi les critères initiaux proposés comme cadre général, ceux qui ont été le plus généralement pris en compte dans les établissements sont les relations (entre élèves et entre élèves et adultes), les activités éducatives et la question de la nutrition, avec la cantine. Celui qui pose le plus souvent problème est relatif au rôle modélisateur des adultes. Entre ces extrêmes, se situent les liens avec les écoles primaires, la promotion de la santé des équipes éducatives ainsi que les services de santé scolaire.

Dans la majorité des pays, il existe des accords et des collaborations entre le secteur de santé et le secteur éducatif, en particulier au Royaume-Uni où existent des structures formalisées de promotion de la santé.

Ancrage de l'éducation à la santé dans la politique éducative et les programmes

Pour l'ensemble des pays interrogés par Piette et coll. (1999), l'éducation pour la santé et la promotion de la santé peuvent s'ancrer dans plusieurs disciplines et aussi s'intégrer au projet d'établissement.

En ce qui concerne les contenus d'enseignement, l'éducation pour la santé est abordée dans divers cadres :

- en tant que discipline spécifique ;
- de façon transdisciplinaire, à partir d'un thème transversal ;
- sous des aspects partiels, au sein de disciplines telles que la biologie, le français, les langues... ;
- dans des enseignements d'éducation personnelle, affective et sociale ou, selon les pays, dans les cours de religion, d'éthique, d'instruction civique qui traitent de la démocratie, de la tolérance ou de déterminants de la santé (telles la confiance en soi et la communication) ;

- dans des plages horaires souples, susceptibles d'être attribuées à diverses activités d'enseignement.

Dans l'enseignement secondaire, les thèmes les plus souvent abordés dans les enseignements spécifiques sont les drogues, le sida et la reproduction, alors que pour le primaire ce sont plutôt la nutrition et la prévention des blessures. Piette et coll. (1999) remarquent que, lorsque l'éducation pour la santé n'est pas obligatoire, elle entre souvent en compétition avec d'autres problématiques importantes (éducation civique, écologie...). Ces auteurs notent également que, s'il ne peut y avoir de programme européen unique, il existe un besoin de développement des contenus des programmes et d'activités éducatives non obligatoires.

Les effets positifs les plus fréquents ont été appréhendés en termes de compétences pour les enseignants, d'approche du problème de santé et de lien avec les communautés. Si cette étude n'avait pas pour objectif l'évaluation des résultats, qui devraient faire l'objet d'investigations ultérieures, elle a néanmoins identifié des indications d'effets sur la qualité des relations, l'absentéisme, la nutrition et le développement des contenus d'enseignement. Si la diminution de l'absentéisme peut sembler accessoire pour le secteur de la santé, les auteurs font remarquer qu'elle doit être prise en considération dans la mesure où l'amélioration des conditions de vie et d'apprentissage représente une caractéristique des écoles promotrices de santé : « Ce n'est pas seulement une question de philosophie ou de point de vue. C'est aussi une question d'équité et de stratégie. »

Les auteurs soulignent de nouveau l'importance de la formation des enseignants ainsi que la nécessité de comités de pilotage. Ils recommandent de renforcer les liens entre le secteur éducatif et celui de santé, d'élaborer (et de diffuser) des aides et des ressources diversifiées (guides d'action, d'évaluation...) et de favoriser les échanges sur les pratiques.

Le secteur éducatif a insisté sur la difficulté de concilier la promotion de la santé et les apprentissages fondamentaux, et le secteur de santé sur le manque de ressources. Ces deux secteurs ont souvent évoqué un défaut de coordination. Trois autres aspects ont également été soulevés : l'adaptation du rôle du coordinateur avec l'évolution du processus, le manque de matériel pédagogique congruent avec l'approche de promotion de la santé et la faible différenciation des concepts d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

Angleterre et Pays de Galles : des collaborations étroites entre le système de santé et le système éducatif

La situation de ce pays conjugue une double tradition de décentralisation et de partenariat des systèmes éducatifs et sanitaires, qui ont permis un travail conjoint pour développer l'éducation pour la santé puis la promotion de la santé dans le système scolaire.

Durant les années soixante-dix et quatre-vingt, de nombreux programmes décentralisés d'éducation pour la santé ont été implantés dans le cadre de collaborations entre le secteur sanitaire (les unités d'éducation pour la santé) et le secteur éducatif (*Local Education Authorities* – LEAs, 116 au total). Ceci a permis des avancées importantes dans ce domaine, dans une période d'intense débat d'idées sur l'éducation centrée sur le développement des individus. Parallèlement, des ressources (outils pédagogiques, formations) ont été mises en place pour soutenir ces programmes. Mais le développement de l'éducation pour la santé est resté inégal, faute de politique nationale incitative, cohérente et soutenue (Denman, 1994).

En 1988, la réforme du système éducatif (*Education Reform Act*) a renforcé le pouvoir central et a instauré des programmes nationaux diminuant l'autonomie des enseignants et des LEAs (Vaniscotte, 1996). Cette réforme marque le retour des enseignements traditionnels dans un climat social empreint de rationalité économique. Dans ces programmes nationaux, l'accent a alors été mis sur la réussite scolaire et sur les matières académiques (anglais, mathématiques, sciences) qui ont pris le statut de « matières principales ». La place de l'éducation pour la santé a été réduite, puis réintégrée sous des pressions diverses. L'éducation pour la santé a cependant été introduite dans les programmes en situation marginalisée, comme un des thèmes transversaux qui contribuent à l'éducation personnelle et sociale afin de ne pas créer de nouvelles matières. Parallèlement, le temps alloué, les ressources et les possibilités de formation ont diminué (Denman, 1994 et 1999). On note également qu'une loi de 1993 a retiré la question du sida du programme national ; et, bien que l'éducation sexuelle reste obligatoire dans les écoles secondaires, les parents ont le droit d'interdire à leurs enfants d'y assister (la biologie de la reproduction étant pour sa part enseignée en sciences).

Ces aléas ont introduit des inquiétudes sur le statut de l'éducation pour la santé et sur son devenir dans le système scolaire anglais, d'autant plus que la formation initiale des enseignants accorde peu de place à l'éducation pour la santé. Ce statut de thème transversal, théoriquement riche de potentialité, constitue à la fois un facteur d'innovation et d'interdisciplinarité, mais aussi de fragilisation, si le temps alloué à cet enseignement est faible, si le temps de coordination des équipes n'est pas reconnu, ou encore faute de formation. De manière similaire, on note qu'au Québec l'éducation pour la santé constituait, au milieu des années quatre-vingt, un des volets de la matière « formation personnelle et sociale », obligatoire du primaire à la fin du secondaire, à laquelle étaient consacrées 25 heures par an dans le secondaire. Les autres volets de cette matière étant l'éducation à la sexualité, l'éducation à la vie en société, l'éducation aux relations interpersonnelles et l'éducation à la consommation. Actuellement, le devenir de cette matière « formation personnelle et sociale » paraît fortement remis en cause (Gaudreau, 1998), les nouveaux programmes ayant intégré l'éducation à la santé à l'éducation physique.

Healthy Schools Award

Dans le même temps, il existe des initiatives nationales et locales visant à diffuser dans les écoles le concept et la démarche de promotion de la santé. Le programme cadre *Healthy Schools Award*, que l'on pourrait traduire par « prix des écoles en santé », a ainsi été initié au début des années quatre-vingt-dix afin de promouvoir et de démultiplier cette approche dans le pays.

Une étude a été réalisée par Rogers et coll. (1998) pour évaluer ce programme. Un questionnaire a été envoyé aux unités de promotion de la santé du service national de santé (NHS), considérées comme les principaux interlocuteurs des programmes locaux, afin de les évaluer. Les résultats majeurs de cette étude sont les suivants :

- Au moment de l'enquête, 68 programmes *Healthy Schools Award* étaient en cours de réalisation. Ils impliquaient 845 écoles au total dont 29 % pour le secondaire.
- L'initiative de ces programmes était due en général aux services de santé, conjointement avec les services éducatifs dans un peu plus de la moitié des cas.
- La plupart du temps, les programmes étaient coordonnés dans les écoles par un (ou souvent plusieurs) coordinateurs (le chef d'établissement dans près de la moitié des cas et plus rarement, dans 6 % des cas, par des infirmières scolaires).
- L'aide apportée aux écoles par les unités de promotion de la santé consistait le plus souvent en conseils (97 %), ressources (97 %), et formation (85 %).
- La moitié des répondants n'ont pas signalé de difficultés particulières. Pour les autres les difficultés rapportées étaient essentiellement dues aux changements de personnel, aux problèmes de financement ou au statut de l'éducation pour la santé.
- Les aspects privilégiés dans les programmes cadres étaient, par ordre de fréquence décroissante, la mise en œuvre des programmes d'éducation pour la santé (88 %), le tabagisme (88 %), les questions environnementales (88 %), et la nutrition (87 %). Venaient ensuite l'éducation sexuelle (79 %), l'exercice physique (76 %), la responsabilité à l'égard la santé (66 %), les drogues et l'alcool (65 %). Les auteurs s'étonnent de la moindre couverture de l'éducation sexuelle et de la question des drogues, qui pourtant sont obligatoires.
- Des aspects importants du paradigme de promotion de la santé, tels les liens avec la communauté ou la santé de l'équipe éducative, étaient plus rarement envisagés (respectivement 34 % et 21 %), de même que la santé mentale et la prévention des accidents (13 % et 6 %).

L'inspection pour établir la réalisation des objectifs et obtenir le label « *healthy school* » était menée le plus souvent par des coordinateurs du programme cadre ou par des conseillers du système éducatif, par entretiens, inspections des établissements, examen du projet d'établissement ou audits. Cette étude montre l'avancée du programme cadre « *Healthy School Award* » et la sensibilisation voire l'augmentation des consensus sur la valeur de la démarche

d'école promotrice de santé. Les auteurs plaident cependant pour un développement plus important des divers aspects essentiels de la démarche de promotion de la santé (notamment la santé des équipes ou la coordination communautaire) qui ne soit pas seulement axé sur les bonnes pratiques en éducation pour la santé.

Denman (1999) estime que les écoles tendent à privilégier l'éducation pour la santé au détriment des éléments non curriculaires de la promotion de la santé. Selon cet auteur, elles doivent impliquer plus largement les personnels non enseignants, les parents et la communauté scolaire élargie.

La question de l'évaluation est ensuite posée dans la même étude, l'auteur (Denman, 1999) soulignant notamment le besoin d'outils destinés à apprécier tant les changements structurels et les processus que les connaissances, attitudes et comportements des élèves et des adultes. Les principales conclusions de l'évaluation en termes d'impact du Réseau européen des écoles promotrices de santé en Angleterre sont, pour cet auteur, l'efficacité de cette approche pour améliorer l'estime de soi, diminuer la fréquence des brimades entre élèves (*bullying*) et l'usage (autorapporté) du tabac et de l'alcool. De même, le projet des « écoles-santé » du Wessex a montré la capacité de ce programme à diminuer l'usage rapporté des substances légales et illégales. Ce projet a eu un impact en termes de pratiques pédagogiques des enseignants, qui ont augmenté leur implication dans l'éducation pour la santé ainsi que le recours à des méthodes participatives.

National Healthy Schools Scheme

En octobre 1999, les autorités sanitaires et éducatives gouvernementales ont lancé un programme national des écoles en santé (*National Healthy Schools Scheme*). Actuellement environ 10 % des écoles prennent part à un programme et les autorités souhaitent impliquer tous les LEAs dans un partenariat avec les services de santé (*Local Health Authorities*) pour établir des programmes locaux. Un processus national d'accréditation des programmes locaux est instauré. À terme, le gouvernement veut impliquer tous les établissements scolaires dans cette démarche. Dans cette optique, il a publié des objectifs nationaux et des critères de qualité qui laissent des possibilités d'adaptation locales en fonction des besoins et des pratiques. Des critères nationaux minimums ont été établis pour les thèmes de l'éducation personnelle, sociale et de santé (PSHE) et de la citoyenneté afin d'en renforcer l'assise statutaire. Le lancement de ce programme a été accompagné par la diffusion d'outils. Les différents axes du programme sont le partenariat, l'implication de toute la communauté scolaire, l'éducation personnelle, sociale et de santé, la citoyenneté, la prévention des drogues, de l'alcool et du tabac, la santé émotionnelle et le bien-être (dont la prévention des brimades ou *bullying*), l'alimentation, l'activité physique, la sécurité, l'éducation relationnelle et sexuelle.

Suisse : diversité des dynamiques locales et des échanges, tentative de coordination fédérale

En Suisse, la constitution fédérale reconnaît aux cantons une compétence notamment en matière de santé publique alors que l'Office fédéral de santé publique (OFSP), créé en 1893, n'a qu'un pouvoir décisionnel limité, son rôle consistant surtout à assurer la coordination des différentes activités sanitaires cantonales, à promouvoir des projets cantonaux innovateurs ou à lancer de tels projets. Le régime, très décentralisé, impose cependant des instances de coordination comme, par exemple, la conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique ou des directeurs de santé publique.

Une véritable culture de santé publique, de santé communautaire et de promotion de la santé s'est forgée progressivement depuis une vingtaine d'années. Cette culture de la promotion de la santé a permis une évolution de l'approche vers une conception positive qui tend à développer les facteurs de protection et à mettre en valeur le potentiel des enfants : le goût de vivre, les moyens de résoudre les difficultés, la capacité à assumer les risques et à y faire face avec créativité (Prats, 1999).

De nombreux projets ont ainsi été développés sur la base d'initiatives foisonnantes, locales, cantonales ou fédérales. Certaines ont été initiées par des associations, des réseaux professionnels ou des fondations qui ont pris l'habitude de travailler ensemble, et de se fédérer autour de projets communs (Lehmann, 1994). Des innovations ont pu être développées sur une base locale ou cantonale, puis, dans un second temps, reprises et adaptées ailleurs. En milieu scolaire par exemple, le projet des médiateurs scolaires adultes, créé en tant que « médiateurs-drogue » dans le canton de Vaud, a ensuite été développé dans le Valais, où la problématique a été élargie à divers aspects de santé (Poindron, 1994) puis étendue à toute la Suisse romande sous l'impulsion de l'OFSP. De même, le programme de développement des compétences psychosociales « Objectif grandir », qui concerne les élèves âgés de six à douze ans, est toujours utilisé dans plusieurs cantons, sous des versions et des adaptations différentes, malgré les polémiques qu'il a suscitées (Abbet, 1999).

L'organisation confédérale permet des différences d'approches de l'éducation pour la santé d'un canton à l'autre. Ainsi, un seul canton, celui du Jura, a introduit le caractère disciplinaire de l'éducation pour la santé dans le cadre de l'éducation générale et sociale, discipline d'enseignement obligatoire, hebdomadaire, couvrant les neuf années de scolarité obligatoire. Le programme est fondé sur le caractère cyclique d'activités faisant une large part au domaine affectif et donnant aux élèves l'occasion d'expérimenter des situations éducatives en lien avec les événements qui jalonnent leur vie scolaire, familiale et sociale.

Dans le canton de Vaud, l'approche institutionnelle de l'éducation pour la santé a été différente (Boegli, 1996). À la fin des années soixante-dix, la prévention de la consommation de drogue a été initialement appréhendée par

l'instauration de « médiateurs-drogue », chargés d'accueillir et d'écouter les élèves et d'organiser, le cas échéant, les relais nécessaires. Rapidement, il s'est avéré que les jeunes s'adressaient aux médiateurs pour des problèmes liés à des difficultés familiales, scolaires ou personnelles et secondairement pour des problèmes de drogue. Ce constat a conduit les autorités à modifier l'appellation de « médiateur-drogue » et à lui préférer celle de « médiateur ».

Pour organiser une approche collective de l'éducation pour la santé, une commission a été créée. En raison des craintes du milieu enseignant concernant l'alourdissement des programmes, la commission a choisi d'imaginer une structure qui n'impliquerait « ni la production de moyens d'enseignement spécifique, ni la modification des programmes existants ». Un réseau d'animateurs de santé a été créé en 1986 pour couvrir le champ de la prévention primaire. L'animateur de santé est chargé de créer, animer et coordonner l'équipe de santé de l'établissement. L'animateur de santé, en collaboration avec l'équipe de santé, a pour mission de proposer et mettre en œuvre des projets d'éducation pour la santé. Deux principes régissent cette approche : la formation d'une équipe de santé intégrée à l'établissement, comprenant des enseignants et des professionnels de santé et, en second lieu, le respect de l'autonomie et des diversités locales : « penser globalement, agir localement ». Très vite, un besoin de formation a émergé et les équipes de santé ont souhaité une formation de base commune, complétée par des sessions spécifiques aux différentes professionnalités. Enfin, il s'est avéré indispensable d'inclure le chef d'établissement dans les équipes de santé.

L'éducation pour la santé est conçue dans une approche promotionnelle de construction de l'identité (Fontana et Nicod, 1996). Dans ce processus de promotion de la santé, dans lequel les individus et les groupes deviennent acteurs de leur santé, la santé est envisagée dans son rapport au social. Ces auteurs remarquent que « l'interdisciplinarité et le travail communautaire constituent une base de changement permettant une ouverture à une conception plus globale de la santé, ainsi qu'une adaptation aux réalités locales ». Ils notent toutefois que cette approche ne s'intègre que progressivement dans les pratiques et qu'il existe bien souvent des ambiguïtés et des contradictions dans les discours, un décalage entre les objectifs promotionnels et les pratiques effectives.

Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique et la conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique ont pris la décision conjointe en 1995 de lancer un programme cadre intitulé « Écoles et santé », dont la finalité consiste à renforcer le rôle de l'école en tant que lieu d'apprentissage et de mise en pratique de comportements favorables à la santé (Basler et coll., 1999 ; OFSP, 1999). Ce programme tend à faire reconnaître, dans l'ensemble du pays, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé comme partie intégrante du mandat d'éducation et de formation confié à l'École et entend donner de l'impulsion à son développement.

Pour cela, il finance, par des procédures d'appel d'offre, des projets de développement de la promotion la santé dans le système scolaire. Les critères de sélection favorisent les projets de recherche-action ou ceux qui témoignent d'une approche novatrice, qui sont reliés à d'autres projets, intégrés dans un réseau supra-cantonal et qui tiennent compte des expériences déjà réalisées. L'appel d'offre privilégie ainsi les projets impliquant une mise en réseau et une interdisciplinarité et susceptibles d'avoir des prolongements durables, synergiques et de niveau d'implication cantonal ou régional. Ce programme se situe dans la complémentarité du dynamisme du « Réseau suisse d'école en santé » qui s'adresse aux unités écoles. Au-delà de la procédure d'appel d'offre, de « mise au concours », ce programme cadre veut assurer les échanges d'informations, garantir le suivi et l'évaluation, conférer une assise « politico-éducative » aux projets sélectionnés et œuvrer pour la mise en pratique de leurs résultats. En ce sens, le but poursuivi consiste à générer un processus de développement, inscrit dans la durée et impliquant les échelons administratifs.

La participation importante de la Suisse au Réseau européen des écoles promotrices de santé est notable. Du fait d'une approche dynamique et d'une politique incitative, 90 écoles faisaient partie du Réseau en mai 1999. Une trentaine d'autres écoles ont entamé une procédure d'adhésion au Réseau.

France : éducation à la santé à l'école, une démarche intégrée au projet éducatif de l'établissement

Les professionnels de la santé utilisent plutôt l'expression « éducation pour la santé », et ceux du système éducatif « éducation à la santé » par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement. Pour les acteurs du système éducatif, l'emploi de la préposition « à » met l'accent sur la dimension éducative de cette mission.

L'implication du système éducatif dans des préoccupations sanitaires n'est pas récente. Au-delà des approches les plus anciennes, hygiénistes, moralistes et prescriptives, a émergé progressivement, depuis une vingtaine d'années, une approche plus centrée sur les élèves, plus sensible au dialogue, à l'écoute, au respect des élèves, au repérage de ceux qui sont les plus en difficulté ou encore témoignant d'une préoccupation d'insertion des élèves porteurs de handicaps.

La loi d'orientation du ministère de l'Éducation nationale (MEN, 1989), qui place l'élève au cœur du système éducatif, a inscrit l'éducation pour la santé parmi les préoccupations de la communauté éducative.

Depuis une dizaine d'années, l'évolution vers une approche de promotion de la santé (bien que rarement nommée comme telle) apparaît plus nettement, avec en particulier la création des Comités d'environnement social (CES) puis des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). La mise en

place de ces dispositifs marque le souci d'établir à la fois une cohérence interne au sein des équipes et des partenariats externes avec les acteurs locaux susceptibles de concourir à l'éducation ou la promotion de la santé. On note cependant que ce concept, répandu dans les milieux de la santé publique, est rarement utilisé dans les textes officiels des autorités éducatives, en dehors de la dénomination du Service de promotion de la santé en faveur des élèves.

La politique du ministère de l'Éducation nationale en matière de santé est essentiellement encadrée par trois types d'instructions :

- les textes appréhendant une approche de la santé au niveau de l'établissement et de la vie scolaire, organisant les dispositifs et les activités éducatives au niveau de l'établissement (projet d'établissement, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté...);
- les programmes officiels régissant les enseignements obligatoires (contenus, apprentissages);
- les textes organisant les services de promotion de la santé en faveur des élèves que nous n'envisagerons pas ici.

Parallèlement, des directives ponctuent régulièrement l'année scolaire, dont certaines demandent aux établissements de s'associer à des événements récurrents, telles la journée du 1^{er} décembre pour le sida et la journée sans tabac, d'autres imposant des thématiques prioritaires annuelles comme la campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens pour l'année scolaire 1999-2000 (MEN, 1999b). Enfin le ministère a distribué aux établissements différents outils. Certains d'entre eux sont audiovisuels, comme la vidéocassette « Tempo Solo » diffusée en 1996 (De Peretti et Leselbaum, 1998), d'autres sous forme de guides comme les « Repères pour la prévention des conduites à risques » (MEN, 1999c).

Ces dernières années, le ministère de l'Éducation nationale a précisé les nouvelles orientations nationales relatives à l'éducation « à » la santé afin de renforcer le rôle de l'école dans ce domaine et pour en généraliser les pratiques. Il en a redéfini le cadre tout en l'inscrivant « dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté ». L'année 1998 en particulier a été marquée par la promulgation de plusieurs textes officiels marquant la volonté du ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie de relancer et développer l'éducation à la santé dans les établissements scolaires :

- conférence de presse du 13 mars : « Plan de relance pour la santé scolaire » (MEN, 1998a);
- circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet : « Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (MEN, 1998b);
- circulaire n° 98-234 du 19 novembre : « Éducation à la sexualité et prévention du sida » (MEN, 1998c);
- circulaire n° 98-237 du 24 novembre : « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collègue » (MEN, 1998d).

Ancrage de l'éducation à la santé dans les programmes d'enseignement

Dans le cadre des programmes obligatoires, l'éducation pour la santé a longtemps été appréhendée dans sa dimension physiologique, de manière progressive, essentiellement dans le cadre des enseignements de biologie ou de sciences de la vie et de la terre. L'éducation physique et sportive constitue une autre discipline traditionnellement associée à la santé, de par l'activité physique générée et l'entraînement à l'endurance.

Concernant cette dernière, les objectifs disciplinaires ont été réaménagés en 1990. L'enseignement de cette discipline doit permettre aux élèves de développer leurs ressources physiques et motrices, d'accéder à la culture que représente la pratique des activités physiques et d'intégrer les connaissances et les savoirs permettant l'entretien de leurs potentialités et l'organisation de leur vie physique aux différents âges de l'existence (Cogérino et coll., 1998).

Conformément aux recommandations du Haut comité de la santé publique, qui souligne l'importance de l'éducation à la vie et la nécessaire précocité des actions d'éducation à la santé, et à celles du rapport Geveaux (1995) qui préconise de renforcer la responsabilité de l'école pour « aider et préparer les jeunes à prendre en charge leur santé », les circulaires de 1998 engagent « tous » les acteurs de l'école à s'impliquer dans l'éducation à la santé. Le ministère insiste sur la précocité de cette démarche éducative et aussi sur le principe de progressivité : « L'éducation à la santé se déroule tout au long de la scolarité. » Il demande la cohérence de l'éducation à la santé avec le projet d'école, ou le projet d'établissement, dans lequel elle doit trouver sa place, en liaison avec le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Les écoles maternelles et élémentaires sont invitées à participer au renforcement et au développement de l'éducation à la santé. Cependant, le cadre de l'éducation à la santé dans l'enseignement primaire est moins précisément défini que pour les collèges (notamment en ce qui concerne les horaires), comme l'observe le rapport « Alcool et santé » de la Commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée nationale (1998).

« À l'école maternelle et à l'école élémentaire, dans le cadre des projets d'école, et en lien avec les programmes, de nombreuses initiatives favorisent déjà l'éducation à la santé. Il faut souligner à cet égard le rôle majeur de l'école en matière de respect du corps et d'apprentissage de règles d'hygiène.

Il convient d'étendre de telles pratiques. Leur portée éducative repose sur la définition d'objectifs clairs, la prise en compte du milieu de vie, des habitudes culturelles, des intérêts et des préoccupations des enfants. Elle suppose la mise au point de projets mobilisant les divers membres de la communauté éducative, et d'abord des enseignants et des personnels de santé, selon leurs compétences respectives. L'implication des élèves, l'association des parents aux projets sont nécessaires » (circulaire n° 98-237).

La circulaire 98-237 décrit, pour chaque cycle et pour chaque discipline, les compétences qui constituent les objectifs de l'éducation à la santé dans les

domaines de la connaissance et de la maîtrise du corps, de la sexualité et de la reproduction, de l'environnement et enfin de la vie sociale. Parallèlement, elle indique aussi les compétences personnelles et relationnelles transversales, de l'ordre du savoir-être, qui doivent être développées tout au long de la scolarité : image de soi, autonomie et initiative personnelle, relations aux autres et solidarité, esprit critique, responsabilité. Cette circulaire explicite en annexe les objectifs visés par l'éducation à la santé dans le premier et le second degré. À l'école primaire comme au collège, les compétences qui doivent être développées concernent différents registres et impliquent plusieurs disciplines : découverte du monde, éducation physique et sportive, éducation civique, sciences et technologie, puis arts plastiques et lettres, dans une perspective transversale.

La nouveauté de cette directive est d'ancrer l'éducation pour la santé dans plusieurs disciplines (essentiellement, mais pas seulement, l'éducation civique, les sciences de la vie et de la terre et l'éducation physique et sportive), et non plus seulement la biologie. Elle instaure un lien fort entre l'éducation civique et l'éducation pour la santé et situe la place de celle-ci au sein des programmes. Elle met l'accent sur les objectifs définis en termes d'acquisition de compétences, de savoir-faire et de savoir-être. De plus, au-delà des programmes, elle demande aux collèges de programmer des activités éducatives sur la santé, inscrites dans le projet d'établissement, et donc pour une durée pluriannuelle.

En effet, la circulaire 98-237 élargit et structure le cadre de l'éducation à la santé dans les collèges en instaurant, « à côté des enseignements et en relation avec eux », des « rencontres éducatives sur la santé », dont l'horaire global doit être compris, en moyenne, entre 30 et 40 heures durant la scolarité au collège. Ces rencontres éducatives doivent comporter des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité, en plus des enseignements et des activités complémentaires (circulaire 98-234). L'organisation de ces rencontres est laissée à l'initiative de chaque collège, ainsi invité à programmer ces rencontres éducatives dans le projet d'établissement.

Progressivité des contenus dans les programmes

Du primaire au collège, la circulaire 98-237 organise pour chaque cycle la progressivité des apprentissages et des questions relatives à la santé, du niveau le plus simple et le plus concret vers des aspects de plus en plus précis et complexes. Certaines problématiques peuvent être envisagées sous divers angles.

Connaissance et maîtrise du corps

Dans le primaire, la connaissance du corps et de ses grandes fonctions s'intéresse surtout à la nutrition et à la motricité, avec des apprentissages relatifs à la connaissance de ses capacités physiques, de ses ressources et de ses limites, à la

gestion des efforts et à la reconnaissance et la gestion des risques. Les rythmes de vie et les règles d'hygiène doivent être abordés dès le cycle 1, puis de nouveau traités dans les cycles 2 et 3.

Au collège, les aspects relatifs à la motricité (en introduisant des notions d'ergonomie posturale) et à la nutrition (y compris les consommations nocives) sont de nouveau envisagés, en spirale, de même que leurs effets potentiels sur la santé. D'autres fonctions sont abordées, telles la respiration et les différentes modalités de défense contre les infections.

Sexualité et reproduction

La reproduction est envisagée essentiellement dans le cadre des enseignements de biologie (découverte du monde, sciences et technologie dans le primaire puis sciences de la vie et de la terre au collège). Cet aspect doit être abordé dès le cycle 1 du primaire comme une des grandes fonctions du monde vivant. La reproduction humaine et la sexualité sont de nouveau envisagées au cycle 3 du primaire puis en sixième dans le cadre d'une approche comparative des divers modes de reproduction animale.

La circulaire 98-234 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida, demande la mise en œuvre d'une éducation à la sexualité dans les collèges, en priorité pour les classes de quatrième et de troisième.

« L'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la/de leur sexualité dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. » En complément des enseignements relatifs à la reproduction, la transmission de la vie, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, il est institué des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité d'une durée annuelle minimale de 2 heures. Organisées de préférence en petits groupes, ces séquences envisagent les dimensions affectives, psychologiques et sociales de la sexualité. Elles sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire de personnes volontaires et formées. Cette circulaire a d'emblée été accompagnée par la constitution d'un réseau de formateurs au sein de chaque académie.

Environnement et santé

Dès le cycle 1, l'enseignement primaire appréhende la question du lien entre l'environnement, la sécurité et la santé en insistant en premier lieu sur la sécurité domestique et routière chez les plus petits (au cycle 1), puis sur les nuisances et les responsabilités personnelles et collectives à l'égard de l'environnement (cycle 3). Ce thème de l'environnement est de nouveau travaillé au collège sous divers aspects (protection de l'environnement, responsabilité humaine, incidence des pratiques d'élevage sur la santé, risques naturels et technologiques).

Vie sociale et santé

Dans le primaire, l'enseignement envisage les principes de la vie en société, des règles de vie dans la classe et l'école et les responsabilités individuelles et collectives à l'égard des droits de l'homme et de la santé. La question de la consommation est associée à cet apprentissage de la vie sociale et l'éveil de l'esprit critique face aux messages publicitaires est favorisé, de même qu'un premier niveau de réflexion sur les produits de consommation. Enfin, en cycle 3, un apprentissage de quelques postures fondamentales face à l'urgence doit avoir lieu : alerte et gestes de premier secours.

Au collège, certains thèmes sont approfondis, tels la sécurité, la prévention des accidents et de la violence, le système de solidarité, l'étude des messages médiatiques en matière de santé, alors que d'autres aspects plus spécifiques sont proposés aux élèves sous forme de discussions (protection contre les infections, dont les maladies sexuellement transmissibles, transfusion sanguine, greffes).

Le ministère a également fixé le cadre éthique dans lequel il entend situer l'éducation à la santé, appelant un cadre éducatif global soucieux de « l'amélioration des conditions de vie et de travail de chacun » et s'accompagnant « d'un esprit d'écoute, de respect et de disponibilité des adultes vis-à-vis des élèves... ». Il rappelle que « à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement... » (circulaire 98-108).

Pour les lycées, les instructions relatives aux contenus des programmes n'ont pas été modifiées par les circulaires de 1998. En lycée d'enseignement général et technologique, les questions relatives à la santé sont abordées dans les enseignements de sciences de la vie et de la terre, d'éducation physique et sportive et en sciences sanitaires et sociales, pour les filières des sciences médico-sociales. Les nouveaux programmes des lycées (rentrée 1999) introduisent en outre un nouvel enseignement : l'éducation civique, juridique et sociale ; cette matière entend favoriser l'apprentissage actif de la citoyenneté. La méthode pédagogique privilégiée est le débat argumenté fondé sur la réalisation de dossiers documentaires relatifs à diverses dimensions de la vie sociale. En lycée professionnel, il existe également un cadre disciplinaire favorable à l'éducation pour la santé dans la mesure où les élèves de CAP et BEP bénéficient d'un enseignement de vie sociale et professionnelle, à raison d'une heure hebdomadaire. Le projet d'établissement et le Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté organisent dans chaque établissement les activités éducatives relatives à la santé, en fonction des besoins locaux mais aussi des directives nationales. Ainsi, pour l'année scolaire 1999/2000, le ministère de l'Éducation nationale a lancé une campagne nationale de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées qui poursuit deux objectifs : « La santé des jeunes et l'amélioration des relations des élèves entre eux et avec les adultes. »

Cadre de la prévention : projet d'établissement et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

La circulaire de juillet 1998 (MEN, 1998b) redéfinit la politique de prévention que le ministère veut promouvoir au niveau des établissements. Cette circulaire établit les principes fondamentaux de la politique éducative des établissements en matière de prévention et instaure les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), dans le prolongement des anciens Comités d'environnement social (CES) mis en place en 1990 (MEN, 1990a, b) et renforcés en 1993 (MEN, 1993). L'évaluation des CES (Ballion, 1998) avait indiqué leur intérêt fonctionnel pour organiser de manière cohérente des actions de prévention qui auparavant étaient dispersées, pour mobiliser les adultes et les élèves, renforcer les partenariats et améliorer le climat et les relations entre adultes et élèves.

Responsabilité et politique du système éducatif en matière de prévention

D'après la circulaire de juillet 1998, les principes de la responsabilité du système éducatif en matière de prévention peuvent être énoncés en trois points.

- Les actions de prévention s'inscrivent dans un projet éducatif d'ensemble, cohérent, qui prend en compte la santé des élèves et le développement progressif de leur responsabilité citoyenne.
- Le ministère engage fortement la responsabilité de l'ensemble des personnels de l'Éducation nationale « dans ce devoir de prévention ». Il demande également que les parents soient informés des actions et associés à leur organisation.
- Le partenariat est un aspect nécessaire de cette mission, mais il est placé sous la responsabilité des établissements et ne doit pas être un prétexte pour désengager l'institution scolaire de ses responsabilités.

La politique de prévention dans les établissements scolaires s'appuie sur une démarche de projet, cohérente, globale et intégrée au projet d'établissement. La politique de prévention se fonde sur la cohérence de l'ensemble des discours, des actions et des comportements de chacun des acteurs de la communauté scolaire. Elle s'intègre dans une démarche éducative globale et du développement du sens des responsabilités des élèves. Elle se décline, enfin, à chaque étape du projet d'établissement.

La circulaire introduit timidement la notion de promotion de la santé comme démarche intégrée à la vie scolaire, prenant en compte l'ensemble des nombreux facteurs susceptibles d'influer sur la qualité de la vie des élèves et des adultes. Il est demandé aux adultes un esprit d'écoute, de respect et de disponibilité à l'égard des élèves, une attention aux signes pouvant traduire des difficultés et, le cas échéant, une collaboration avec les personnels concernés. Enfin, la circulaire met l'accent sur les aspects éducatifs, la valorisation des élèves ainsi que le développement de leur autonomie et de leur sens des responsabilités.

Évaluation des Comités d'environnement social - CES

L'évaluation des Comités d'environnement social, conduite en 1997 (Ballion, 1998), a montré l'intérêt de cette innovation organisationnelle pour enclencher une dynamique collective qui tend vers la prise en charge globale de l'élève. L'auteur a souligné l'intérêt de cette structure pour améliorer le service éducatif, en termes de climat relationnel, de statut accordé à l'élève et de développement de la vie scolaire et des activités socio-éducatives. Ceci est particulièrement vrai pour les établissements préoccupés de placer l'élève au centre du système éducatif. Il observe la diversité des niveaux d'action de ces dispositifs, des CES « en sommeil » aux CES devenus moteurs de proposition et d'organisation. Il distingue plusieurs modèles de CES, selon leur nature, leur champ de compétences prioritaires et leurs secteurs de fonctionnement. Selon la nature des CES, il différencie les CES conçus comme structure de regroupement d'acteurs s'intéressant aux jeunes (le plus fréquent), les dispositifs réactifs lors de difficultés et ceux qui ont opté pour un mode d'organisation de l'action éducative et plus particulièrement de facilitation de l'expression des élèves.

Selon le champ de compétence prioritaire, il distingue trois possibilités, selon que les CES donnent la priorité à la prévention des conduites à risque, élargissent leur champ d'intervention à tous les problèmes de santé et sociaux des élèves, ou optent pour une extension maximum, concevant alors le CES comme une structure de prise en charge globale.

Selon les secteurs de fonctionnement, le CES représente tantôt une structure d'organisation des professionnels des questions sociales et de santé, tantôt un dispositif qui se saisit de tout ce qui concerne les élèves, à l'exception du pédagogique, ou encore une structure qui gère le face-à-face de l'établissement avec son environnement.

Parmi les actions éducatives collectives menées en direction des élèves, dans le cadre des CES, les actions de prévention par l'information, les expositions et les débats sont les plus fréquents ; la toxicomanie, le sida et la violence représentent les problématiques abordées par la majorité des établissements. L'auteur distingue également les actions de formation (parmi lesquelles le secourisme est le plus prégnant), la mise en activité des élèves sous diverses formes (réalisations de textes, vidéo, affiches, enquêtes...) et enfin celles qui visent la mise en relation (fonctionnement d'un lieu d'écoute, d'échange de prise de parole, rencontres avec divers partenaires...).

Bachmann et Karsenti (1996) ont présenté la diversité des approches des CES, impliquant les adultes (communautés éducatives, parents) et/ou les élèves, et orientées, selon les cas, sur la santé, la citoyenneté ou sur l'amélioration de la vie scolaire.

Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté - CESC

Le CESC a succédé en 1998 au CES, créé dès 1990, qui avait initié une politique de prévention partenariale pour prévenir les conduites à risque, les violences, et assurer les suivis nécessaires. Les missions du CESC ont été élargies, elles se déclinent en six axes complémentaires qui organisent le projet de l'établissement pour la santé, la citoyenneté et la lutte contre l'exclusion (tableau 3.II).

Tableau 3.II : Missions du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.

Organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement.

Assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école (relais internes et externes).

Venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être.

Renforcer les liens avec la famille.

Apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés.

Le CESC est l'instance de l'établissement scolaire qui organise la prévention des conduites à risque, dans une démarche de projet. Les CESC concernent surtout le second degré, mais ils peuvent aussi impliquer le primaire. La perspective est éducative et relie l'éducation pour la santé et l'éducation à la citoyenneté. Il est présidé par le chef d'établissement et peut fonctionner en assemblée plénière et/ou en commission restreinte. La participation, accompagnée, des élèves est encouragée et l'accent est mis sur une approche positive, valorisant les capacités des élèves.

Partant d'une logique centrée sur l'établissement, le CESC s'inscrit comme une des instances du maillage public de prévention, en concertation, en particulier, avec les structures de la politique de la ville impliquées dans la lutte contre l'exclusion. Les recteurs et les inspecteurs d'académie sont sollicités pour mettre en œuvre une politique visant à généraliser ce dispositif, en priorité dans les zones d'éducation prioritaires et dans les sites les plus exposés à la violence.

Difficultés

Certaines difficultés d'ordre à la fois théorique et organisationnel freinent encore la pratique de l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

Mise en œuvre des programmes

Il subsiste des tensions entre les visions informative et promotionnelle de la prévention, entre les approches normatives et participatives de l'éducation

à/pour la santé, qui apparaissent y compris dans les textes officiels, en raison, nous semble-t-il, de la sensibilité à cette mission des rédacteurs impliqués dans l'élaboration des différents textes. Ainsi, les documents de consultation des programmes de l'école élémentaire (MEN, 1999a) témoignent d'une approche bien prescriptive de l'éducation pour la santé, sous forme d'informations relatives, pour l'essentiel, à des règles d'hygiène et aux principes simples de secourisme. Cogérino et coll. (1998) ont montré les écarts, les tensions, entre les discours et les pratiques : « Pour les enseignants d'éducation physique et sportive, la dimension physiologique de la santé occulte particulièrement la dimension psychologique ; le rôle préventif de l'activité physique est restreint, réduit à la seule pratique des courses de longue durée ; pour les enseignants des sciences de la vie et de la terre interrogés, la dimension physiologique est aussi dominante ; la transmission de connaissances scientifiques est privilégiée, sans prise en compte des attentes des élèves. » Pour les auteurs, ces résistances peuvent être imputées aux représentations des enseignants de leur légitimité disciplinaire, à la mise à distance d'aspects intimes ou à la difficulté de développer des démarches pédagogiques moins sécurisantes pour les enseignants. C'est dire l'opportunité que représente le cadre des rencontres éducatives sur la santé, instaurées en 1998.

Rôle des établissements scolaires

La couverture des CES/CESC, y compris en secteur sensible, est encore imparfaite. Ce dispositif repose sur l'établissement scolaire, ce qui représente un facteur d'adaptation et de souplesse mais aussi de fragilité. Ballion (1998) souligne les besoins des acteurs qui souhaitent l'investissement des autorités, aux différents niveaux, pour soutenir, épauler et guider les comités qui existent, mais aussi pour aider les établissements qui n'en possèdent pas à en créer. Les attentes des établissements concernent essentiellement la définition claire des priorités et des critères d'évaluation de la pertinence des actions engagées. Les équipes souhaitent également avoir des possibilités d'échanges sur leurs expériences respectives.

Ballion (1998) souligne également le manque fréquent de communication interne aboutissant à un manque de visibilité du dispositif. Il observe que les élèves ne sont pas systématiquement impliqués dans les CES. Il note que les CES engendrent, outre la mutation des pratiques, un accroissement des tâches, qui incombe le plus souvent aux chefs d'établissement.

Les inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'administration de l'éducation nationale (IGAEN) (Lagardère et coll., 1999) ont observé que les initiatives des établissements scolaires, quoique riches et foisonnantes, sont souvent fragiles, ponctuelles et fugaces, car trop liées à l'engagement personnel de quelques acteurs. Les inspecteurs regrettent qu'elles ne soient que rarement évaluées et qu'elles ne donnent pas lieu à des échanges d'expérience. Ils recommandent que « chaque projet d'établissement comporte explicitement une composante sanitaire et sociale qui définisse les objectifs à atteindre,

qui précise le contenu et les modalités des actions et qui identifie les acteurs ». Enfin, l'examen des manuels scolaires n'a « pas totalement emporté la conviction des enquêteurs », certains manuels du premier degré étant insuffisamment adaptés aux besoins des enfants alors que ceux du second degré ne traitent souvent que le point de vue scientifique : « Tout se passe comme si le corps humain se désincarnait pour devenir un objet d'étude distant, toute familiarité avec des situations connues étant écartée. »

Partenariat

Le recours au partenariat est fréquent dans le domaine de l'éducation/promotion de la santé tant au niveau des établissements scolaires (Leselbaum, communication personnelle) que des Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) (Berger et coll., 2000). Il s'agit là d'une dimension importante de l'éducation/promotion de la santé, mais qui suppose une culture réelle du partenariat, tel que Merini (1999) le définit : « Le minimum d'action négocié visant la résolution d'un problème commun en complémentarité. » Cette définition met en exergue la communauté des objectifs des partenaires et les négociations nécessaires pour clarifier les processus de collaboration. Les partenariats sont sollicités tant à l'interne, pour constituer et faire vivre le CESC qu'à l'externe, avec les partenaires de l'Éducation nationale. Le partenariat abouti est facteur de changement et donc probablement de risque, surtout si les attentes ou les modes de régulation n'ont pas été préalablement négociés. On a vu l'inertie fréquente (la crainte ?) face à la nécessité proclamée d'associer effectivement à ces démarches les élèves et aussi les parents.

Par ailleurs, le partenariat avec le milieu de la santé publique implique une reconnaissance réciproque. On remarque que l'appel à projets régionalisés de 1996 destiné à financer des études et actions de communications et de promotion de la santé, notamment dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, n'a financé qu'une structure dépendant du ministère de l'Éducation nationale, un rectorat (Schapman, 1997). On peut se demander si l'appel d'offre a été diffusé dans les milieux de l'Éducation nationale (IUFM, universités...).

En conclusion, les autorités éducatives françaises ont fait le choix d'un modèle qui recherche la cohérence entre le projet éducatif des établissements et leur projet de santé et qui associe divers aspects de la prise en considération de la personne de l'élève et de sa santé. Privilégier cette option signifie favoriser la synergie entre la mission éducative des établissements scolaires et la mission de promotion de la santé, compte tenu des interactions importantes entre santé/scolarisation/éducation/insertion sociale. Bien des avancées ont eu lieu au cours des dernières années. Le cadre institutionnel de l'éducation à la santé a été nettement défini et amélioré. Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté et les rencontres éducatives imposent une démarche de projet qui envisage différentes dimensions, la classe, l'établissement et l'environnement (avec, en

premier lieu, les familles). Différents niveaux de soutien et de guidance sont maintenant nécessaires au développement et à l'animation de ce cadre : les établissements ont besoin d'aides diversifiées pour les aider à remplir leurs nouvelles missions (cohérences des diverses directives, incitations, formations, échanges de pratiques, aides méthodologiques à l'action et à l'évaluation, outils...). Des supports ont été développés, mais beaucoup reste à faire.

De nombreuses difficultés et questions persistent. La volonté durable et manifeste des pouvoirs publics de promouvoir cette mission dans le système éducatif est indispensable pour soutenir son développement. On a vu au Royaume-Uni la fragilité du statut accordé à l'éducation pour la santé, dès lors que s'opère un retour aux missions princeps de l'École. En outre, bien que de nombreux acteurs de l'éducation pour la santé souhaitent privilégier une approche positive de la santé, la tension est forte qui pousse vers une approche thématique normative ou purement informative des seules dimensions physiques de ce paradigme. Les identités et les logiques professionnelles tendent à réduire la prise en compte de la santé. De même, il n'est pas toujours facile de prendre en considération les dimensions fonctionnelles et relationnelles des communautés scolaires.

La formation initiale et continue des différentes catégories d'acteurs impliquées dans l'éducation/promotion de la santé représente un enjeu majeur de son développement. Deschamps (1998) insiste sur l'intérêt de l'interdisciplinarité de ces formations pour une meilleure compréhension réciproque des identités professionnelles et pour favoriser une approche convergente. À notre sens, l'ensemble des professionnels devrait être considéré pour renforcer et stabiliser l'assise de cette mission dans le système éducatif : décideurs, chefs d'établissement, conseillers pédagogiques et inspecteurs de l'Éducation nationale qui ont un rôle moteur dans le primaire, chefs d'établissement, enseignants, médecins, infirmières et assistantes sociales de l'Éducation nationale...

Les partenariats interne et externe aux établissements scolaires représentent une dimension importante de l'éducation/promotion de la santé, à condition que la communauté des objectifs soit définie et les processus de collaboration clarifiés.

Enfin la problématique de l'évaluation des programmes nécessite une réflexion et un investissement approfondis. Sans envisager la question de l'évaluation des effets qui sera traitée dans le chapitre 5 du présent ouvrage, nous voudrions plaider pour une approche ouverte, pluridisciplinaire, multiple et non exclusive qui contribue au diagnostic, à la régulation et au jugement et introduise de la réflexion et de la communication (Berger, 1988). Il s'agit donc d'articuler différents regards, différentes approches quantitatives et qualitatives, internes et externes, des processus et des effets (qu'ils soient attendus ou non) pour aider à élucider le sens des dynamiques créées dans un domaine complexe, l'éducation et la promotion de la santé, où il n'y a pas d'étalon standard.

BIBLIOGRAPHIE

ABBET JP. Éducation et prévention en milieu scolaire. Compléments au rapport de base sur l'évaluation des pratiques de la méthode « Objectif grandir » dans le canton de Vaud, URSP (Unité de recherche en système de pilotage) 1999 : 148 p

ALLENSWORTH D. Improving the health of youth through a coordinated school health programme. *Promot Educ* 1997, 4 : 42-47

ALLENSWORTH D, WYCHE J, LAWSON E, NICHOLSON L. *Defining a comprehensive school health program : an interim statement*. National Academic Press, Washington DC 1995 : 2

ARWIDSON P. Le développement des compétences psychosociales. In : *Apprendre la santé à l'école*. Sandrin-Berthon B, ESF édés, 1997 : 73-83

ASSEMBLEE NATIONALE. Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales présenté par Mme Hélène Mignon. Rapport d'information n° 983, Paris 1998 : 81 p

BACHMANN C, KARSENTI M. *Prévention des toxicomanies en milieu scolaire*. Dossier thématique du Centre Alain Savary. Éditions INRP, Paris 1996 : 144 p

BALLION R. Les Comités d'environnement social. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques EHESS-CNRS pour OFDT, 1998 : 130 p

BASLER A, HESS B, OERTLE BURKI C. École et santé. Rapport intermédiaire du groupe de travail « Éducation et promotion de la santé », OFSP (Office fédéral de la santé publique) – CDIP (Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique) 1999 : 138 p

BERGER D, COGERINO G, JOURDAN D, MARZIN P, MOTTA D et coll. Éducation à la santé - État des lieux des formations proposées par les Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). Communication aux XXII^{es} journées internationales sur la communication, l'éducation et la culture scientifiques et industrielles, Chamonix, mars 2000

BERGER G. Conclusion. In : *L'évaluation en travail social*. Presses Universitaires de Nancy 1988 : 213 p

BOEGLI JD. *Ecole en santé - Quelques clefs*. LEP - Éducation 2000 - CFES, 1996 : 168 p

COGERINO G, MARZIN P, MECHIN N. Prévention santé : Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et Formation* 1998, 28 : 9-28

DE PERETTI C, LESELBAUM N. Évaluation de l'accueil de la cassette « Tempo Solo » - Premières réactions des équipes éducatives. Rapport d'étude non publié, INRP – Paris X-Nanterre, 1998 : 54 p

DEFRIESE GH, CROSSLAND CL, MACPHAIL-WILCOX B, SOWERS JG. Implementing comprehensive school health programs : prospects for change in American schools. *J Sch Health* 1990, 60 : 182-187

DENMAN S. Do schools provide an opportunity for meeting The Health of the Nation targets ? *J Public Health Med* 1994, 16 : 219-224

DENMAN S. Health promoting schools in England – a way forward in development. *J Public Health Med* 1999, 21 : 215-220

- DESCHAMPS JP. Entretien. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 102-112
- ENHPS (European Network of Health Promoting Schools). Conference report of the First conference of the ENHPS « The health promoting school – An investment in education, health and democracy ». Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997
- ERRECART MT, ROSS JG, ROBB W, WARREN CW, KANN L et coll. Methodology. *J Sch Health* 1995, **65** : 295-301
- FONTANA E, NICOD PA. *Prévention et santé dans les écoles vaudoises : travail en réseau et interdisciplinarité*. Éditions Réalités Sociales, Lausanne, 1996 : 178 p
- GAUDREAU L. Entretien. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 124-130
- GEVEAUX JM. L'éducation pour la santé des jeunes. Rapport au Premier Ministre, 1995 : 73 p
- GREEN J, TONES K, MANDERSCHIED JC. Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 103-120
- HOSMAN C. Political challenges 2 : Mental health. In : *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe – Part two : evidence book*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999 : 29-41
- JACKSON SA. Comprehensive school health education programs : innovative practices and issues in standard setting. *Journal of School Health*, 1994, **64** : 177-179
- KANN L, COLLINS JL, PATEMAN BC, SMALL ML, ROSS JG, KOLBE LJ. The School Health Policies and Programs Study (SHPPS) : rationale for a nation wide status report on school health programs. *J Sch Health* 1995, **65** : 291-294
- KEALEY KA, PETERSON AV Jr, GAUL M, DINH KT. Teacher training as a behavior change process : principles and results from a longitudinal study. *Health Educ Behav* 2000, **27** : 64-81
- KOLBE LJ, KANN L, COLLINS JL, SMALL ML, PATEMAN BC, WARREN CW. The School Health Policies and Programs Study (SHPPS) : context, methods, general findings, and future efforts. *J Sch Health* 1995, **65** : 339-343
- LAGARDERE ML, DIDIER-COURBIN P, LAGARRIGUE C, SALZBERG L, AUERBACH A et coll. Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves. Inspections générales des affaires sociales et de l'administration de l'Éducation nationale, rapport n° 1999025, 1999 : 138p
- LEAVY SMALL M, SMITH MAJER L, ALLENSWORTH DD, FARQUHAR BK, KANN L et coll. School health services. *J Sch Health* 1995, **65** : 319-326
- LEHMANN P. Un terreau favorable à une culture d'éducation sanitaire (Entretien). *Espace Social Européen* 1994, 25 mars : 28-29
- LESELBAUM N. Évaluation des interventions de prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Étude commanditée par l'OFDT en cours d'analyse
- LONFELS R. La prévention des toxicomanies : une occasion pour l'école ? In : Dossier « École et prévention » Tome 2. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 1997, **2** : 27-30
- MEN (ministère de l'Éducation nationale). Loi d'orientation de l'Éducation nationale du 10 juillet 1989. *Bull Off Educ Nat* 1989, **Spécial 4**

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social. Lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990a, 42

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des toxicomanies et des conduites à risque. Lettre du 22 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990b, 42

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Développement des Comités d'environnement social. Lettre 25 février 1993 et circulaire n° 93-137 du 25 février 93. *Bull Off Educ Nat* 1993, 10

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Plan de relance pour la santé scolaire. Conférence de presse de Madame la Ministre déléguée, chargée de l'enseignement scolaire, 11 mars 1998a

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998b, 28

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Éducation à la sexualité et prévention du sida. Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998c, 46

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998. *Bull Off Educ Nat* 1998d, 45

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Documents d'application des programmes de l'école élémentaire. *Bull Off Educ Nat* 1999a, Spécial 7

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens – année 1999-2000. Circulaire n° 99-135 du 20 septembre 1999. *Bull Off Educ Nat* 1999b, 33

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Repères pour la prévention des conduites à risques. *Bull Off Educ Nat* 1999c, HS 9

MERINI C. *La formation en partenariat, de la modélisation à une application*. L'Harmattan éd, Paris 1999 : 223 p

MOTTA D. Éducation à la santé et disciplines scolaires. Réflexions sur les expériences anglo-saxonnes. *Recherche et Formation* 1998, 28 : 79-95

NUTBEAM D. Improving the fit between research and practice in health promotion : overcoming structural barriers. *Can J Public Health* 1996, 87 : S18-S23

OFSP (Office fédéral de santé publique). Prévention et promotion de la santé chez les jeunes. OFSP, Berne 1999 : 25 p

OMS (Organisation mondiale de la santé). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada

OMS (Organisation mondiale de la santé). Life skills education in schools. Genève 1993 : 47 p

PIETTE D, ROBERTS C, PREVOST M, TUDOR-SMITH C, TORT I, BARDOLET J. Tracking down the ENHPS successes for sustainable development and dissemination. The EVA2 project – Final report. ULB, Bruxelles, 1999 : 65 p

POINDRON PY. Promotion de la santé. Les expériences suisses. *Espace Social Européen* 1994, 25 mars : 26-31

PRATS V. Des politiques de prévention en Europe : la Suisse. Intervention au Colloque « Les jeunes et l'alcool en Europe », Toulouse, 2 et 3 décembre 1999

PUSKA P. Health challenges 1 : Heart disease. In : *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe - Part two : evidence book*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999 : 55-68

RESNICOW K, ALLENSWORTH D. Conducting a comprehensive school health program. *J Sch Health* 1996, 66 : 59-63

RESNICOW K, ROBINSON TN, FRANK E. Advances and future directions for school-based health promotion research : commentary on the CATCH intervention trial. *Prev Med* 1996, 25 : 378-383

ROGERS E, MOON AM, MULLEE MA, SPELLER VM, RODERICK PJ. Developing the « health-promoting school » - A national survey of healthy schools awards. *Public Health* 1998, 112 : 37-40

SCHAPMAN S. Fonds d'intervention en santé publique. Appel à projets régionalisé 1996. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997, 21 : 8-12

SEFFRIN JR. The comprehensive school health curriculum : closing the gap between state-of-the-art and state-of-the-practice. *J Sch Health* 1990, 60 : 151-156

ST LEGER LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - A review of the claims and evidence. *Health Educ Res* 1999a, 14 : 51-69

ST LEGER L. Health promotion in schools. In : *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe - Part two : evidence book*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999b : 110-133

VANISCOTTE F. *Les écoles de l'Europe, systèmes éducatifs et dimension européenne*. INRP - IUFM de Toulouse, 1996 : 351 p

VINCENT M. Additional considerations in the development of comprehensive school health programs. *J Sch Health* 1990, 60 : 149-150

WILLIAMS P, KUBIK J. The Battle Creek (Michigan) schools healthy lifestyles program. *J Sch Health* 1990, 60 : 142-146

WILLIAMS T. L'éducation pour la santé et la prévention des cancers dans les établissements d'enseignement de la communauté européenne : une analyse critique. Actes de la conférences « L'éducation à la santé et la prévention des cancers dans les écoles, l'Europe contre le cancer », Dublin, 7-9 février 1990 : 4.1.1-4.1.4

YOUNG I. *Promouvoir la santé des jeunes en Europe. Éducation à la santé dans les écoles*. Manuel de formation pour les enseignants et autres personnels travaillant avec des jeunes. Commission des communautés européennes - OMS - Conseil de l'Europe, 1994 : 213 p