
8

Éducation pour la santé dans le système scolaire français

Les politiques nationales définissant les orientations des systèmes scolaires 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 de programmes de promotion de la santé réalisés dans l'enseignement primaire, St Leger (1999) fait le constat suivant :

- l'amélioration de la santé augmente les capacités d'apprentissage 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 notent, 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.

Le recueil effectué par St Leger (1999) 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 constitue de ce fait un paradigme 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 psychologique, de meilleur ajustement psychologique et de diminution des difficultés d'apprentissage scolaire, des problèmes de comportement 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...

Orientations françaises : « l'éducation à la santé »

En France, 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. Selon eux, l'emploi de la préposition « à » veut mettre l'accent sur la dimension éducative de cette mission.

L'implication du système éducatif français 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 et témoignant d'une préoccupation d'insertion des élèves porteurs de handicaps.

La politique du Ministère chargé 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 une cohérence au sein des

équipes, ainsi qu'avec les partenaires locaux susceptibles de concourir à l'éducation ou la promotion de la santé. On note cependant qu'en France, ce concept peine à être reconnu hors des milieux de la santé publique ; il n'est que rarement utilisé dans les textes officiels émanant des autorités éducatives, en dehors peut-être de ceux qui concernent spécifiquement les infirmières et les médecins de l'Éducation nationale.

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

- les programmes officiels régissant les enseignements obligatoires (contenus, apprentissages) ;
- les textes organisant les dispositifs et les activités éducatives et promouvant une approche éducative de la santé au niveau de l'établissement et de la vie scolaire (projet d'établissement, Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté...) ;
- les textes organisant les missions des infirmières et des médecins de l'Éducation nationale ainsi que les activités de soins ou de dépistage, que nous n'envisagerons pas ici.

On pourrait également citer les textes tendant à favoriser « l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans le premier et le second degré » ou encore ceux qui réglementent les aspects relevant de la sécurité sanitaire ou nutritionnelle.

Parallèlement, des directives ponctuent l'année scolaire, dont certaines demandent aux établissements de s'associer à des événements récurrents, telles la journée du 1^{er} décembre contre 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, 1999a). 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, 1999b).

Ces dernières années, le Ministère chargé de l'éducation nationale a précisé les nouvelles orientations nationales relatives à l'éducation pour 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 a été marquée par la promulgation de plusieurs textes officiels marquant la volonté du Ministère de l'Éducation nationale de relancer et développer l'éducation à la santé dans les établissements scolaires :

- conférence de presse du 11 mars : « Plan de relance pour la santé scolaire » (MEN, 1998a) ;
- circulaire du 1^{er} juillet (98-108) : « Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté » (MEN, 1998b) ;

- circulaire du 19 novembre (98-234) : « Éducation à la sexualité et prévention du sida » (MEN, 1998c) ;
- circulaire du 24 novembre (98-237) : « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège » (MEN, 1998d).

Plus récemment, la circulaire du 2 mai 2002 fixe le cadre général de la « politique de santé en faveur des élèves » (MEN, 2002b). Cette circulaire propose d'installer un observatoire de l'enfance et de l'adolescence auprès du Directeur de l'enseignement scolaire. Elle articule le projet académique de santé des élèves et le plan académique de formation tout en renforçant, à l'échelon régional, le cadre partenarial entre le système éducatif et le système de santé (programmes régionaux de santé, schémas régionaux d'éducation pour la santé). Elle promeut également le partenariat local, notamment avec le secteur de la santé mentale pour une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des élèves. Parallèlement, elle incite à l'amélioration du suivi des anomalies détectées lors des examens de santé en lien avec les acteurs impliqués. Dans le champ de l'éducation à la santé, tout en rappelant la nécessité d'associer étroitement les familles, cette circulaire renforce le statut de l'éducation à la sexualité (en application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception). Enfin, elle conforte le CESC ainsi que le projet santé de l'établissement.

Circulaires de 1998 : 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.

Conformément aux recommandations du Haut comité de la santé publique (HCSP, 1997), 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 l'éducation à la santé doit trouver sa place, en liaison avec le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

114 Les écoles maternelles et élémentaires sont également 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 (Assemblée nationale, 1998).

Le ministère a 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).

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 circulaire 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.

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.

Connaissance et maîtrise du corps

Dans le primaire, la connaissance du corps et de ses grandes fonctions concerne surtout la nutrition et 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, 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.

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 attitudes fondamentales face à l'urgence doit avoir lieu : alerte et gestes de premiers 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).

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/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 assurées 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.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001) renforce le champ de l'éducation à la sexualité en demandant aux écoles, aux collèges et aux lycées de réaliser chaque année 3 séances obligatoires « par groupe d'âge homogène ». Les textes de cadrage de ces dispositions ont été publiés en 2003 (MEN, 2003).

Pour les lycées

Les instructions relatives aux contenus des programmes des lycées n'ont pas été modifiées par les circulaires de 1998. Toutefois, la loi du 4 juillet 2001 (MEN, 2003) étend l'obligation d'éducation à la sexualité aux lycées.

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, sciences sanitaires et sociales et en éducation physique et sportive pour les filières des sciences médico-sociales. Concernant l'éducation physique et sportive, les objectifs disciplinaires ont été réaménagés depuis quelques années. 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).

En outre, les nouveaux programmes des lycées (rentrée 1999) ont introduit un nouvel enseignement : l'éducation civique, juridique et sociale (ECJS) qui 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. Tout comme l'ECJS, les travaux personnels encadrés (TPE) constituent une nouvelle opportunité d'implication active, interactive et durable des lycéens dans des thématiques en lien avec la santé. Il pourrait d'ailleurs être fort instructif d'évaluer l'intérêt des jeunes pour les sujets de santé en examinant la fréquence de tels choix, tant en ECJS que pour les TPE.

En lycée professionnel, l'ECJS a été introduite plus récemment pour les classes de BEP et de BAC PRO (rentrée 2001). 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. Par ailleurs, 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 ou de directives nationales.

Cadre de la prévention à l'échelon des établissements : 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 et 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 : il est placé sous la responsabilité des établissements mais 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, intégrée au projet d'établissement et inscrite dans le projet académique de santé des élèves. 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 du développement du sens des responsabilités des élèves. Elle se décline, enfin, à chaque étape du projet d'établissement.

La circulaire de 1998 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, cette 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.

La circulaire de 2002 (MEN, 2002b) conforte le projet santé de l'établissement, véritable instance de définition de la politique de santé de l'établissement. Son élaboration doit être concertée et tenir compte des besoins et des préoccupations des élèves. Le projet santé d'école ou d'établissement doit intégrer les différentes composantes contribuant à la santé des élèves auxquels il attribue un rôle actif.

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 vis-à-vis des conduites à risque et des violences, avec 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 8.I).

Le CESC est l'instance de l'établissement scolaire qui organise la prévention des conduites à risque, dans une démarche de projet. Le CESC concerne surtout le second degré, mais il devrait aussi impliquer le primaire. La perspective est éducative et relie l'éducation pour la santé et l'éducation à la citoyenneté. Le CESC 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, les inspecteurs d'académie et les directeurs des services départementaux de l'Éducation nationale sont sollicités pour mettre en œuvre une politique visant à généraliser ce dispositif, en priorité dans les zones d'éducation prioritaire et dans les sites les plus exposés à la violence.

La circulaire de 2002 (MEN, 2002b) demande la généralisation des CESC, dont la couverture a atteint 70 % dans le second degré, ainsi que leur extension aux écoles.

Tableau 8.1 : 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 de l'école (relais internes et externes)

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

Renforcer les liens avec les familles

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

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 et entre les approches normatives et participatives de l'éducation à/pour la santé. Ces tensions apparaissent également dans les divers textes officiels, en raison, de la sensibilité des rédacteurs impliqués dans leur élaboration.

Ainsi, les nouveaux programmes de l'école primaire (MEN, 2002a) témoignent d'une approche prescriptive de l'éducation pour la santé, réduite à des informations relatives, pour l'essentiel, à des principes d'hygiène ou à des règles de sécurité personnelle et collective. L'accent est mis sur l'instruction civique, avec en particulier l'instauration d'un débat hebdomadaire (« vivre

ensemble », « vie collective ») visant à promouvoir l'apprentissage de compétences sociales dans le cadre des contraintes de la vie en collectivité. La référence à l'éducation à la santé y est particulièrement ténue et l'articulation avec la circulaire de 1998 (MEN, 1998d) n'est pas explicitée. On peut d'ailleurs se demander si les auteurs des circulaires « santé » ont été consultés.

À propos du second degré, Cogérino et coll. (1998) ont montré les écarts et les tensions entre les discours et les pratiques des acteurs : « 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.

Implantation des CESC

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. En 1998, Ballion soulignait 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 soulignait également le manque fréquent de communication interne aboutissant à un manque de visibilité du dispositif. Il observait que les élèves ne sont pas systématiquement impliqués dans les CES. Il notait que ceux-ci impliquent, outre la mutation des pratiques, un accroissement des tâches, qui incombe le plus souvent aux chefs d'établissement (Ballion, 1998).

L'Inspection générale 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'expériences. En ce sens, les assises régionales des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté annoncées dans la circulaire de 2002 (MEN, 2002b) constituent une opportunité attendue.

Le rapport Baeumler (2002) confirme la pertinence du dispositif et son importance dans la construction des politiques préventives au sein des établissements scolaires. Toutefois, il souligne encore trois difficultés principales :

- la mise en cohérence des politiques de prévention émanant des différents dispositifs co-existant au sein des établissements ;
- la faible implication des élèves, des parents et souvent des enseignants, ainsi que des difficultés avec les partenaires de l'Éducation nationale ;
- l'inscription insuffisante du CESC dans les politiques éducatives locales.

Partenariat

Le recours au partenariat est fréquent dans le domaine de l'éducation/promotion de la santé tant au niveau des établissements scolaires (Berger et Leselbaum, 2002 ; Merini et de Peretti, 2002) 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 en interne, pour constituer et faire vivre le CESC, qu'en 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 aussi 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. À cet égard, on remarque que l'appel à projets régionalisés de 1996 destiné à financer des études et actions de communication et de promotion de la santé, notamment dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, n'avait 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...).

Toutefois, la circulaire de 2002 (MEN, 2002b) tend à renforcer le partenariat entre les systèmes éducatif et de santé, en particulier dans les champs du recours et de l'accès aux soins, de la prévention des souffrances psychiques et de l'éducation pour la santé. Elle insiste sur la nécessité de l'implication des autorités éducatives régionales et départementales dans les instances régionales d'élaboration des programmes régionaux de santé (PRS), d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS) ainsi que des schémas régionaux d'éducation pour la santé. Elle propose enfin de formaliser les partenariats dans le champ de la formation, dans le cadre de

conventions signées par les recteurs et les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales.

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 et 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 (CESC) 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). Par ailleurs, les directives les plus récentes semblent manifester une volonté de structurer l'éducation à la santé autour des thèmes de l'éducation à la sexualité, l'éducation alimentaire et la prévention des conduites à risque. 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 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. À la fin des années 1980, 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 France également, les nouveaux programmes de l'école primaire sont très discrets quant à la question de l'éducation à la santé. De même, on ne peut qu'être troublé par l'absence de référence aux rencontres éducatives dans les circulaires les plus récentes. 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 et la promotion de la santé représente un enjeu majeur de leur 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, 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 internes et externes aux établissements scolaires représentent une dimension importante de l'éducation et la promotion de la santé, à condition que la communauté des objectifs soit définie et les processus de collaboration clarifiés.

Enfin la problématique des évaluations nécessite une réflexion et un investissement approfondis. À cet égard, les insuffisances sont nombreuses, y compris dans la littérature scientifique. Sans envisager ici la question de l'évaluation des effets, somme toute la plus simple, nous voudrions plaider pour une approche ouverte, pluridisciplinaire, multiple et non exclusive, qui contribue au diagnostic, à la régulation, 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'existe pas d'étalon standard.

BIBLIOGRAPHIE

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

BAEUMLER JP. L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, Rapport présenté au Premier ministre, Paris 2002 : 116 p

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

BERGER G. L'évaluation en travail social. Presses Universitaires de Nancy, 1988 : 213 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 scientifique et industrielle, Chamonix, mars 2000

BERGER G, LESELBAUM N. La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation. Documents actes et rapports pour l'éducation, CRDP du Languedoc-Roussillon, 2002

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

DESCHAMPS JP. Entretien. *Recherche et Formation* 1998, **28** : 102-112

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Santé des enfants, santé des jeunes. Les éditions ensp, Rennes 1997 : 158 p

GEVEAUX JM. L'éducation pour la santé des jeunes. Rapport au Premier ministre, 1995 : 73 p

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

KANN L, COLLINS JL, PATEMAN BC, SMALL ML, ROSS JG, KOLBE LJ. The School Health Policies and Programs Study (shpps) : rationale for a nationwide status report on school health programs. *J Sch Health* 1995, **65** : 291-294

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° 1999-025, 1999 : 138 p

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 du 25 février 1993 et circulaire n° 93-137 du 25 février 1993. *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). 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* 1999a, **33**

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

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Programmes de l'école primaire. *Bull Off Educ Nat* 2002a, HS 1

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Politique de santé en faveur des élèves. *Bull Off Educ Nat* 2002b, 18

MEN (Ministère de l'Éducation nationale). Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. *Bull Off Educ Nat* 2003, 9

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

MERINI C, DE PERETTI C. Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? *Santé publique* 2002, 14 (2) : 147-164

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. *Journal Officiel* du 7 juillet 2001

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

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* 1999, 14 : 51-69