

**Ministère de la jeunesse, de
l'éducation nationale et de la
recherche**

n° 2004-003

**Ministère des affaires sociales,
du travail et de la solidarité**

n° 2004-013

*Inspection générale de
l'Education nationale*

*Inspection générale de
l'administration, de
l'éducation nationale et de la
recherche*

*Inspection générale des
affaires sociales*

ÉVALUATION DU DISPOSITIF D'ÉDUCATION À LA SANTÉ À L'ÉCOLE ET AU COLLÈGE

Rapport *à monsieur le ministre de la jeunesse,
de l'éducation nationale et de la recherche*

*à monsieur le ministre de la santé, de la
famille et des personnes handicapées*

*à monsieur le ministre délégué à
l'enseignement scolaire*

**Annie MAMECIER
Yvelyne RAVARY**

**Françoise BOUTET-WAISS
Joël SALLÉ**

**Pierre NAVES
Patricia VIENNE**

Janvier 2004

RESUME DU RAPPORT

Le rapport présenté par Mmes Françoise BOUTET-WAISS, Annie MAMECIER, Yveline RAVARY et le docteur Patricia VIENNE, MM. Pierre NAVES et Joël SALLÉ, membres des inspections générales a été réalisé sur la base de constats faits au niveau national et dans six académies (AIX-MARSEILLE, CAEN, CLERMONT-FERRAND, LILLE, NANCY-METZ, RENNES), ainsi que sur la lecture d'une très abondante documentation sur l'éducation à la santé en milieu scolaire.

Au cours de leurs déplacements, les membres de la mission ont rencontré toutes les catégories de personnels de l'éducation nationale, des élus locaux, des responsables associatifs, des parents d'élèves et des élèves, ainsi que des décideurs régionaux et départementaux des politiques de santé et des professionnels du champ sanitaire.

Le rapport est articulé en deux parties : la première présente des constats ; la deuxième des recommandations.

LES CONSTATS

L'importance de l'éducation à la santé pour les jeunes et en particulier dans le cadre scolaire a été soulignée depuis de nombreuses années, à de multiples reprises et encore très récemment au niveau gouvernemental et ministériel. L'évaluation de la mise en œuvre de la circulaire du 24 novembre 1998 n'en est que plus intéressante car elle fixe de façon générale (et détaillée dans des annexes) des principes à appliquer à l'école et au collège.

La mission a pu constater **l'abondance, depuis cinq ans, de circulaires** centrées sur des objectifs convergents voire similaires. En contrepartie, **la traduction de ces objectifs en actions concrètes et durables reste l'exception.**

Les actions en milieu scolaire sont extrêmement disparates, très fréquemment ponctuelles mais souvent aussi de facto absentes. Le dispositif des « rencontres éducatives sur la santé », d'une durée de 30 à 40 heures réparties sur la scolarité du collège est resté lettre morte. La mission n'a jamais pu constater que ce dispositif fonctionnait. Pourtant elle a pu mesurer l'efficacité d'actions bien conduites pour la santé des élèves et, au delà, pour une éducation au respect de soi et des autres.

Au sein de l'éducation nationale, le pilotage ministériel concernant l'éducation à la santé en milieu scolaire est très réduit. C'est le cas également au niveau des rectorats et des inspections académiques visités. L'éducation à la santé n'est pas, dans les faits, une priorité des responsables. Les projets d'établissements, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ne tracent que rarement des perspectives opérationnelles.

Certes, grâce à la généralisation des programmes régionaux de santé (PRS) et des schémas régionaux d'éducation à la santé (SRES) des progrès sont accomplis. Mais dans le même temps, **l'éducation à la santé souffre de la priorité dictée aux médecins scolaires en matière de dépistage** et du faible intérêt porté par une majorité d'enseignants à cette dimension de leur mission éducative.

A côté de quelques personnels motivés, notamment s'ils ont l'entraînement et la disponibilité pour participer à une démarche de projet, **la plus grande partie des personnels** enseignants réduisent leur mission à la seule transmission de savoirs disciplinaires.

Les formations initiales des personnels de l'éducation nationale ne préparent pas ceux-ci (à l'exception des personnels médicaux et sociaux) à comprendre les enjeux de l'éducation à la santé, ni d'ailleurs au développement psychoaffectif et comportemental des enfants et des adolescents auprès desquels ils enseignent. Peu de formations continues sont dès lors organisées et suivies dans le champ de l'éducation à la santé.

Face à un hiatus entre un enjeu national bien décrit et traduit dans la circulaire du 24 novembre 1998 (et dans bien d'autres circulaires, en particulier celle du 1^{er} décembre 2003) et la réalité constatée, la mission a formulé **des recommandations** générales et proposé deux types de dispositifs pour inscrire efficacement l'éducation à la santé dans la scolarité de l'élève.

LES RECOMMANDATIONS

1. Recommandations générales

Elles concernent les conditions du renouvellement et de la coordination de l'éducation à la santé à l'école et au collège, ainsi que son extension au lycée.

1.1 Affirmer que l'éducation à la santé fait partie des missions de l'école

Cette affirmation **traduirait concrètement les principes** de l'actuel article L.111-1 du code de l'éducation. Il serait important d'introduire une disposition au sein du chapitre I afin de mentionner l'éducation à la santé dans les missions de l'École, et une autre disposition au chapitre III (L 312-16) explicitant cette mission.

Les principes de ces textes qui servent de référence pour la majorité des personnels de l'éducation nationale devraient être introduits **dans les décrets n° 85-924 du 30 août 1985** régissant les établissements publics locaux d'enseignement **et n° 90-788 du 06 septembre 1990** relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.

1.2 Redéfinir un pilotage simple et cohérent

Une véritable inscription de la promotion de la santé **dans les projets académiques**, avec des déclinaisons au niveau départemental et dans les projets d'école et d'établissement (dont les lycées) doit être impulsée de façon énergique dans le cadre d'une politique nationale fixant des objectifs cohérents, lisibles et facilement déclinables pour chacun des niveaux de responsabilité. Des indicateurs pertinents d'expertise scientifique et d'évaluation pédagogique doivent être retenus.

1.3 Mettre en conformité les actions d'éducation à la santé et la vie quotidienne dans les écoles, les collèges et les lycées

Une meilleure articulation de l'enseignement et de la vie scolaire, renforcement du lien entre instruction et éducation à chaque moment de la vie de l'établissement est à rechercher. Il est utile de rappeler l'indispensable cohérence dans les comportements des différentes catégories de personnels, dans la relation éducative au sein des enseignements mais aussi dans les dispositions relatives, par exemple, à la restauration, à l'utilisation des distributeurs d'eau potable, de boissons et de friandises comme dans l'interdiction de fumer dans l'établissement.

1.4 Trouver des formules de reconnaissance et de valorisation des élèves et des personnes impliquées dans les actions

Le "passeport pour la santé", la prise en compte dans le bulletin trimestriel des réalisations et des manifestations de responsabilité prises par les jeunes représentent des moyens de valoriser les efforts dans ce domaine éducatif. Les établissements devraient pouvoir reconnaître les contributions des personnels particulièrement impliqués dans cette dimension éducative de la santé.

2. Recommandations pour un dispositif fondé sur une amélioration de la circulaire du 24 novembre 1998

Même si les problèmes de santé des jeunes ont du mal à mobiliser la communauté éducative, une dynamique de l'éducation fondée sur les rares mais excellents exemples repérés sur le terrain est sans doute possible.

2.1 Redéfinir les modalités d'application de la circulaire

La mission est favorable à **l'extension au lycée** des principes fixés par cette circulaire pour l'école et le collège, mais elle souligne qu'une bonne mise en œuvre de cette circulaire **nécessite plusieurs changements**.

La première condition d'amélioration de la mise en œuvre de cette circulaire est de définir par voie réglementaire **un cadre horaire minimum pour chaque élève** au collège et au lycée, garantissant la faisabilité de la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé.

La deuxième condition est la **définition d'actions prioritaires** choisies, en cohérence avec les priorités nationales de santé publique, qui puissent constituer une programmation pour chaque classe, chaque niveau de l'école au lycée. Les établissements doivent avoir la liberté de choix des méthodes et être aidés dans leur mise en œuvre. L'objectif est la réalisation d'actions peu nombreuses mais motivées, cohérentes, inscrites dans la durée et notamment tout au long de la scolarité des jeunes. Actuellement prévalent des actions ponctuelles avec un manque inévitable d'efficacité.

Ces deux conditions imposent **d'officialiser un temps collectif de travail collégial, réunissant les différentes catégories de personnels** (enseignants, personnels de direction, d'éducation et médico-sociaux), afin d'articuler au mieux les activités d'enseignement, de vie scolaire ainsi que les apports d'intervenants extérieurs. En outre, il est nécessaire d'identifier un référent (enseignant, membre de l'équipe de direction, CPE, infirmier...) coordonnant les acteurs, avec une petite équipe de prévention, trouvant les interlocuteurs appropriés, et garant d'un suivi auprès des jeunes.

2.2 Définir par voie réglementaire un ensemble de connaissances, de compétences, de savoir-faire que les élèves devront acquérir

La place de **l'éducation à la santé dans les enseignements** doit être réaffirmée et précisée en revisitant les programmes, de la maternelle au baccalauréat. Elle doit prendre appui sur les enseignements naturellement porteurs de ce message éducatif que sont les sciences de la vie et de la Terre (SVT), l'éducation physique et sportive (EPS), au collège et au lycée, la vie sociale et professionnelle (VSP) et l'hygiène prévention sécurité (HPS) au lycée professionnel, biotechnologie santé environnement et sciences techniques et médico-sociales (STMS) dans les lycées technologiques. Les bases scientifiques d'une culture de la santé intégrant les

risques actuellement connus (dans les formes de consommation par exemple) peuvent aussi servir de fondement à l'éducation de la capacité à raisonner avec esprit critique et à argumenter dans un débat. Le recours à des démarches de projet, en fonction de thèmes choisis, pourrait utilement converger vers les objectifs **d'acquisition d'attitudes et de comportements favorables à la santé**.

La valorisation de cette éducation peut être renforcée par la mise en place d'un « **passerport éducation à la santé** » destiné à accompagner l'élève dans sa scolarité, et qui lui permettrait de réaliser le développement de ses compétences dans le domaine à partir de la mention des actions auxquelles il a participé. Des compétences minimales pourraient d'ailleurs être définies par niveau de scolarité (fin de primaire, fin de collège, fin de lycée).

2.3 Faciliter la mise en œuvre d'actions dans les établissements et/ou des groupes d'établissements

Les freins actuels liés aux personnes et aux organisations incitent à porter une grande attention à la mise en place d'un **réseau de formation, de conseil et d'aide au plus près des établissements scolaires**. Il convient d'expérimenter un travail en réseau au niveau des bassins de formation, avec des personnes relais, animateurs et formateurs. Ce dispositif devrait associer des personnels de l'éducation nationale, notamment les enseignants, des personnels de santé, et des professionnels de l'éducation à la santé (d'associations, de collectivités territoriales...).

La mise à la disposition des équipes interprofessionnelles d'établissement de **ressources documentaires et méthodologiques facilement accessibles** est fondamentale. Des centres ressources (comme il en existe déjà dans certaines régions) peuvent s'appuyer sur l'INPES par exemple. Une plate forme Internet pourrait favoriser les échanges d'expériences. La mise en place d'un dispositif commun "santé/éducation" de recensement et d'agrément des intervenants (associations, autres structures, personnalités...) fondé sur les principes d'une « charte éthique » doit être repensée, de façon à éviter des dérives constatées.

Un **dispositif régional de financement de type « dossier et guichet unique »** doit associer les services des ministères de l'éducation nationale, des affaires sociales, les organismes de sécurité sociale, les collectivités territoriales. Il doit permettre d'éviter les actions multiples et ponctuelles qui se substituent au projet de la communauté éducative, assurer la cohérence des actions entre projets d'établissement et la politique de santé publique ainsi que gérer des dispositifs d'évaluation.

2.4 Intégrer l'éducation à la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale

La **formation initiale** doit assurer une formation de base sur la prévention de la santé des élèves, la connaissance des signes du mal être des enfants et des adolescents ainsi qu'une formation aux premiers secours. Elle doit s'étendre à la promotion de la santé. Un module santé, obligatoire (et non optionnel et facultatif comme c'est actuellement le cas) doit être intégré à la formation commune dispensée à l'IUFM. Une sensibilisation aux problèmes de santé concerne donc les enseignants du premier et du second degrés.

La **formation des professeurs stagiaires, en deuxième année d'IUFM** (PE2, PLC2, PLP2, agrégés stagiaires) peut partir des expériences et des échanges de pratiques articulant enseignement et activités éducatives, à la faveur des stages réservés aux lauréats des concours de recrutements. Une formation à la pédagogie de projet, l'acquisition de connaissances de

culture générale par le développement des échanges entre les stagiaires des différentes disciplines, l'élaboration en commun d'un projet santé avec un chef d'établissement et des professionnels du domaine santé-social représenteraient des moyens pragmatiques de formation, proches des besoins des futurs enseignants.

Dans la **formation des autres catégories de personnels** : médecins, infirmiers, assistants de service sociaux, personnels de direction, il conviendrait de ménager un temps de travail en commun. L'échange des spécificités, dans ce domaine centré sur l'enfant et l'adolescent contribuerait à renforcer la dimension éducative des missions de l'École ; il fonderait aussi l'adaptation permanente de la relation éducative à l'évolution des comportements des élèves. Il serait aussi tout à fait souhaitable de faire bénéficier les IEN du premier degré de cette formation.

En outre, **la formation continue devrait être organisée au plus près des établissements**, dans le cadre du fonctionnement du réseau qui a été envisagé pour la constitution des ressources documentaires et des lieux d'échanges au niveau du bassin de formation ou du district. Des acteurs associatifs peuvent participer à ces démarches grâce à leurs compétences spécifiques.

L'animation et la formation articulées entre elles sont de nature à faciliter l'implication collective en appui sur les expériences complémentaires des établissements, et complétées par des apports fondamentaux touchant aux divers aspects de la santé individuelle et publique ainsi que de leurs enjeux sociaux.

3. Recommandations pour un dispositif qui s'appuie sur les enseignements

Un deuxième dispositif envisageable, plus pragmatique, prend en compte la difficulté à mobiliser la communauté éducative et le caractère trop ponctuel des actions, le plus souvent sous traitées auprès de partenaires extérieurs. Les recommandations sont fondées sur un ancrage fort de la mission éducative de l'École dans certains enseignements.

Un programme articulé entre l'enseignement et des actions complémentaires doit être proposé tout au long de la scolarité, de l'école au lycée inclus.

3.1 Développer l'éducation à la santé à partir d'un enseignement

Du fait de leur spécificité disciplinaire, les professeurs de SVT au collège et au lycée, de VSP et HPS au lycée professionnel, de biotechnologie santé environnement et de STMS dans les lycées techniques s'impliquent spontanément avec les personnels de santé et sociaux. **Un référentiel de connaissances** scientifiques peut constituer en partie les bases des apprentissages relatifs au fonctionnement du corps humain et à la prise de conscience des phénomènes de risques.

3.2 Elargir le champ d'action de l'enseignant

Les aspects psychiques et moraux de la prévention, ou encore l'éducation aux responsabilités individuelle et collective nécessitent un élargissement du champ d'action de l'enseignant porteur de projet. Aidé par l'équipe de direction, les professeurs des disciplines citées plus haut recherchent les collaborations nécessaires auprès des autres membres de la communauté éducative et des partenariats, afin de développer la préparation active par les élèves d'études thématiques conduisant à des productions.

3.3 Dégager un temps spécifique pour cette action éducative

L'intégration de l'éducation à la santé dans le temps de classe est possible en attribuant une demi-heure hebdomadaire (ou une heure de quinzaine) à l'horaire d'enseignement des SVT, VSP, HPS, STMS pour chaque classe, et en inscrivant cet horaire à l'emploi du temps de tous les élèves.

3.4 Organiser une confrontation d'expériences pour former progressivement les personnels à cette mission éducative

L'organisation progressive, au plus près des établissements, d'une formation des professeurs directement concernés ainsi que celle des chefs d'établissement et d'autres personnels volontaires peut prendre appui sur les expériences acquises par les enseignants pilotes et les CESC. La formation doit bénéficier de l'aide méthodologique des conseillers techniques de nos partenaires : INPES, MILDT, DRASS, DDAS, URCAM, CORES ...

Les difficultés observées sur le terrain incitent à donner **une prévalence au second dispositif qui s'appuie sur certains enseignements**. Il importe donc de bâtir des actions en faveur de la santé et du bien-être des jeunes **dans le temps scolaire**, et d'inscrire ces actions **dans la durée** en évitant les interventions ponctuelles et inefficaces, trop souvent confiées aux partenaires extérieurs.

Sommaire

Introduction	page 4
- les objectifs de la mission	page 4
- le contexte de la mission	page 8
- le déroulement de la mission	page 8
Première partie : les constats	page 9
1. Un pilotage inefficace de la politique d'éducation à la santé	page 9
1.1 Le paradoxe : une ignorance au sein du système éducatif malgré une abondance de circulaires	page 10
1.2 L'administration centrale ne se donne pas les moyens nécessaires pour accompagner durablement la mise en œuvre des politiques qu'elle édicte	page 11
1.3 La place de l'éducation à la santé dans les politiques académiques : des situations disparates mais dans l'ensemble décevantes	page 13
1.4 Au sein des établissements, trop peu de projets d'établissement intègrent un volet santé et les actions ne s'inscrivent pas dans une démarche cohérente et structurée	page 14
1.5 Le pilotage stratégique de la politique de santé est récent et sa déclinaison régionale est variable	page 16
2. Des actions multiples mais souvent inadaptées	page 18
2.1 La plupart des actions s'inscrivent seulement dans le champ de la sensibilisation aux questions de santé	page 19
2.2 Beaucoup d'actions d'éducation à la santé relèvent de conceptions archaïques ou de confusions	page 21
3. Les personnes qui participent à la réalisation des actions	page 31
3.1 Des médecins de moins en moins acteurs d'éducation à la santé	page 31
3.2 Les infirmier(e)s et les assistant(e)s des services sociaux, souvent chevilles ouvrières des actions éducatives en santé	page 32
3.3 Des corps d'encadrement avec de trop nombreuses priorités à gérer pour véritablement accompagner une politique d'éducation à la santé	page 33
3.4 Des équipes éducatives dont l'approche de l'éducation à la santé diffère selon les niveaux d'enseignement	page 34
3.5 Les principaux acteurs : les élèves...	page 35
3.6 Des partenaires, extérieurs au système éducatif, aux compétences inégales	page 37
4. Les moyens à disposition des établissements scolaires	page 39
4.1 Des instances mais mal utilisées	page 39
4.2 Le manque de temps en milieu scolaire	page 41
4.3 Des crédits d'intervention principalement extérieurs à l'éducation nationale	page 44

5. La formation des personnels de l'éducation nationale en éducation à la santé	page 46
5.1 La formation globalement satisfaisante des personnels de santé et sociaux	page 47
5.2 Une formation peu adaptée des personnels de direction, d'éducation et d'enseignement	page 50
5.3 Un foisonnement incohérent d'interventions dans les formations	page 54
5.4 Les conditions de la réussite d'une formation	page 54
5.5 Information, animation, ou formation	page 55

Deuxième partie : les recommandations **page 56**

1. Recommandations générales **Page 56**

1.1 Affirmer que l'éducation à la santé fait partie des missions de l'École	page 56
1.2 Redéfinir un pilotage simple et cohérent	page 56
1.3 Mettre en conformité les actions d'éducation à la santé et la vie quotidienne dans les écoles, les collèges et les lycées	page 57
1.4 Trouver des formules de reconnaissance pour les élèves et de valorisation des personnes impliquées	page 57

2. Recommandations pour un dispositif fondé sur une amélioration de la circulaire du 24 novembre 1998 **page 57**

2.1 Redéfinir les modalités d'application de la circulaire	page 58
2.2 Définir par voie réglementaire un ensemble de connaissances, de compétences, de savoir-faire que les élèves devront acquérir	page 58
2.3 Faciliter la mise en œuvre d'actions dans les établissements et/ou des groupes d'établissements	page 59
2.4 Intégrer l'éducation à la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale	page 60

3. Recommandations pour un dispositif qui s'appuie sur les enseignements **page 61**

3.1 Développer l'éducation à la santé à partir d'un enseignement	page 61
3.2 Elargir le champ d'action de l'enseignant	page 61
3.3 Dégager un temps spécifique pour cette action éducative ou intégrer l'éducation à la santé dans le temps de la classe	page 62
3.4 Organiser une confrontation d'expériences pour former progressivement les personnels à cette nouvelle mission éducative	page 62

Liste des annexes **page 63**

Annexe 1 : lettre de mission du 23 juin 2003 complétée en date du 28 juillet 2003	page 64
Annexe 2 : liste des personnes rencontrées ou contactées par la mission	page 67
Annexe 3 : liste des principaux textes réglementaires relatifs à l'éducation à la santé en milieu scolaire	page 79
Annexe 4 : une volonté d'apprentissage en utilisant les ateliers thématiques pluridisciplinaires et pluri-catégoriels dans un lycée professionnel	page 80
Annexe 5 : la classe santé du collège Jules Ferry, une expérimentation à soutenir et une initiative à développer	page 82
Annexe 6 : CALYPSO, un projet de prévention des conduites à risque en direction des collèges des Côtes d'Armor	page 84

Annexe 7 : Une démarche éducative précoce de la responsabilisation totalement intégrée dans les apprentissages quotidiens des élèves de classe maternelle ou "comment apprendre à faire le 15 à l'âge de 3 ans"	page 86
Annexe 8 : "L'agenda de l'ado... bien dans sa peau"	page 88
Annexe 9 : Une action de sécurité routière et de prévention de l'alcoolisme initiée par une élève de BTS d'un lycée de Bretagne	page 89
Annexe 10 : vers une démarche d'éducation à la santé et à la citoyenneté exemplaire au lycée Fresnel de Caen	page 91
Annexe 11 : Fleurbaix-Laventie "ville santé", un exemple de prévention de l'obésité dans les écoles, de renommée internationale et qui commence à faire des émules	page 94
BIBLIOGRAPHIE	page 96
LISTE DES SIGLES	page 99

Introduction

? Les objectifs de la mission

Par lettre du 23 juin complétée le du 28 juillet 2003¹, une mission sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège est demandée par le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre délégué à l'enseignement scolaire et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, aux trois corps d'inspection générale concernés.

Annie MAMECIER et Yveline RAVARY inspectrices générales de l'éducation nationale (IGEN), Françoise BOUTET-WAISS inspectrice générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, Joël SALLÉ chargé de mission à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), Pierre NAVES et le Docteur Patricia VIENNE membres de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été désignés pour réaliser cette mission.

Trois objectifs principaux lui ont été assignés :

- évaluer les conditions effectives d'application du dispositif d'éducation à la santé mis en place à l'école et au collège par la circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 (notamment ses modalités de mise en œuvre, les freins et facteurs favorables, les liens entre l'éducation à la santé et les enseignements) ;
- examiner la complémentarité des actions menées dans les établissements scolaires et les politiques de santé en direction des jeunes en dehors du cadre scolaire et l'articulation entre les différents partenaires dans les actions réalisées en milieu scolaire ;
- formuler des propositions pour le renouvellement du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, ainsi que pour son extension au lycée et pour améliorer la coordination des acteurs impliqués dans ces politiques.

La circulaire du 24 novembre 1998 constitue le fil directeur de la mission à travers notamment sa connaissance par les acteurs locaux et son application, en particulier par l'appropriation des outils mis à disposition. La mission a également analysé les principaux textes, notamment les circulaires relevant de thèmes spécifiques en lien avec l'objet de l'étude.

Depuis 1995, près d'une vingtaine de circulaires² ont été publiées sur ce sujet ; certaines concernent les missions des professionnels de santé à l'école et la politique de santé en faveur des élèves, d'autres sont thématiques, notamment relatives à la prévention des conduites à risques et à l'éducation à la sexualité. Certains des thèmes sont repris depuis plusieurs années, aussi bien antérieurement, qu'après la circulaire de novembre 1998.

¹ les lettres de missions figurent en annexe 1

² la liste des principaux textes réglementaires est mentionnée en annexe 3

La dernière en date est la circulaire de la direction de l'enseignement scolaire (DESCO) du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 concernant «la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation».

Le contenu de la circulaire du 24 novembre 1998, objet de cette mission, s'appuie sur les concepts de promotion de la santé issus de la charte d'Ottawa et reposant sur les recommandations de l'OMS³.

Les concepts de la charte d'Ottawa (OMS – 1986) :

La promotion de la santé a pour but de favoriser la prise en charge par une population de sa propre santé ; elle ne relève donc pas uniquement du secteur sanitaire. La santé est alors perçue comme une ressource de la vie quotidienne.

La santé exige des préalables indispensables (se nourrir convenablement, se loger, accéder à l'éducation...).

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

La promotion de la santé a également un impact en incitant les responsables politiques à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leurs responsabilités à cet égard.

Elle passe par une participation effective des communautés, qui détiennent un pouvoir de décision et la capacité à convaincre les responsables politiques.

L'acquisition d'aptitudes individuelles permet par l'information et l'éducation, de faire des choix judicieux pour retarder ou éviter l'apparition de problèmes de santé, mais aussi pour se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques.

La circulaire ministérielle appréhende l'élève dans sa globalité d'apprentissage de la vie en s'appuyant sur une approche positive de la santé. Elle affiche que l'éducation à la santé doit s'inscrire dans un projet éducatif global et qu'elle doit se dérouler pendant toute la scolarité des élèves. L'éducation à la santé s'inscrit comme une démarche active permettant d'aider le jeune à s'approprier les connaissances et les outils pour faire des choix. Elle implique non seulement l'apport de connaissances utiles pour comprendre et choisir, mais aussi l'apprentissage de la capacité à pouvoir exercer sa citoyenneté, dans tous les domaines de la santé individuelle et collective.

La mission considère que les concepts «d'éducation à la santé » et de «citoyenneté », s'ils sont souvent liés dans leur mise en œuvre pratique (ce qui a conduit à les associer lors de l'élargissement des CES devenus en 1998 les CESC⁴) ne sont pas superposables. La citoyenneté⁵ s'exerce en effet dans de multiples autres domaines, qu'il s'agisse de l'environnement ou de la lutte contre les inégalités reposant sur un socle de valeurs partagées (équité, respect mutuel, solidarité, laïcité...).

³ pour plus d'information sur l'historique et les conceptions actuelles d'éducation et de la promotion de la santé se référer à «*école et santé : le pari de l'éducation* » de Robert LARUE en collaboration avec Jacques FORTIN et Jean Louis MICHARD – édition Hachette Education – août 2000

⁴ les comités de l'environnement et de la santé (CES) créés en 1990 sont devenus en 1998 par la loi de lutte contre les exclusions, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

⁵ qui se réfère à un individu du point de vue de ses droits civils et politiques – définition du petit Larousse

La circulaire de novembre 1998 relative à l'éducation à la santé en milieu scolaire s'appuie sur «le développement d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie et la responsabilité », pour acquérir des compétences de vie en société. Si la notion d'éducation à la santé frôle, notamment via le repérage de la souffrance psychique des jeunes élèves, la frontière du dépistage, elle est bien distincte de la prévention secondaire.

Des tableaux annexés à cette circulaire (la mission s'interroge sur le degré de diffusion de ceux-ci et sur le nombre d'enseignants ayant lu et analysé son contenu) regroupent les objectifs de l'éducation à la santé à l'école en compétences à développer dans cinq secteurs (connaissance et maîtrise du corps, sexualité et reproduction, environnement et santé, vie sociale et santé et enfin, compétences personnelles et relationnelles avec notamment les notions d'image de soi, de solidarité, et d'esprit critique). Cet apprentissage est à mener de façon progressive pendant la scolarité du primaire jusqu'au collège, notamment pour tenir compte de l'âge et des différentes étapes du développement psychologique de l'enfant.

D'autre part, les principes retenus pour l'éducation à la santé à l'école et au collège sont ambitieux en mentionnant que toutes les circonstances de la vie scolaire se prêtent à l'éducation à la santé. Ils affichent que toute action des services de santé et du secteur social est préparée et conduite dans un souci d'éducation. Ils insistent sur le fait que dans son enseignement, tout enseignant contribue, de manière plus ou moins spécifique, à l'éducation à la santé (dialogue, respect des règles de vie en commun, attitudes positives, démarche valorisante). Enfin, ils s'appuient sur le concept de dynamique globale d'éducation à la santé bénéficiant d'initiatives qui relient entre elles ces actions et les prolongent (respect du corps et apprentissage des règles d'hygiène, participation des professions éducatives et de santé, implication des élèves et des associations de parents d'élèves aux projets).

Enfin, la circulaire mentionne les principaux outils qui peuvent être utilisés pour que les acteurs locaux construisent un dispositif opérationnel structuré et cohérent :

- le pilotage académique et départemental (avec contrat triennal avec le ministère de l'éducation nationale) ;
- le projet d'école ou d'établissement qui doit intégrer un volet santé comprenant l'éducation à la santé ;
- la formation des personnels ;
- le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) pour mobiliser l'ensemble des acteurs de la vie scolaire ;
- les rencontres éducatives sur la santé au collège.

Ces rencontres doivent assurer une cohérence avec les programmes, en exploitant des sujets de société, mais en les abordant par une approche globale et positive de la santé. Il est rappelé dans cette circulaire, qu'il convient de guider les élèves pour le choix des situations, la recherche documentaire et les travaux individuels ou en équipe, tout en veillant au respect des consciences et au droit à l'intimité. Ces rencontres doivent permettre notamment la prise de conscience des repères et des limites.

Les principales étapes de la mise en œuvre des rencontres éducatives sont précisées dans la circulaire. Il s'agit tout d'abord de leur élaboration avec l'ensemble de la communauté éducative. Ensuite, il convient de les inscrire dans le projet d'école ou d'établissement en construisant un programme d'actions (priorités, calendrier, encadrement, intervenants extérieurs, information et participation éventuelle des parents, thèmes et modalités de mise en œuvre de la formation continue...). Enfin, la passation de conventions et d'agrément est obligatoire ; elle permet l'accès en milieu scolaire d'intervenants du secteur associatif

conformément aux dispositions du décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992. Ces conventions en officialisant les partenariats minimisent les risques de dérives.

Un quota indicatif de trente à quarante heures au total pour les quatre années de collège est attribué à ces rencontres éducatives, soit au moyen d'heures réservées, soit par des heures réparties par discipline, soit par des heures «banalisées » avec pour certains thèmes des séquences obligatoires (éducation à la sexualité : circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998).

La mission a donc cherché à analyser le niveau d'application de la circulaire du 24 novembre 1998, dont le contenu semble faire l'unanimité quant aux principes. Elle tient à préciser que suite à une réunion de cadrage avec les cabinets des ministres commanditaires mi-juillet 2003 et compte tenu du délai attribué pour les investigations, le champ d'action est volontairement limité.

Ainsi, la mise en œuvre opérationnelle du dispositif d'éducation pour la santé prévu par la circulaire de novembre 1998 ne fait pas l'objet d'une étude quantitative exhaustive ; le bilan qui en est présenté ici, relève d'une analyse volontairement qualitative à partir de l'observation de certaines académies et des actions menées sur plusieurs établissements scolaires. Cette présentation est éclairée par des études de cas et des situations représentatives des types de fonctionnement observés.

En outre, le champ d'analyse de la mission, même s'il est centré principalement sur l'école élémentaire et le collège (application stricte de la circulaire de 1998) s'étend des classes de maternelle aux classes de post-baccalauréat des lycées. Il exclut l'observation et l'analyse des actions d'éducation pour la santé menées dans les universités. L'analyse sur le terrain des particularités des établissements scolaires privés n'a pas pu être menée.

La mission n'est pas chargée de présenter un constat de l'état de santé des élèves fréquentant le milieu scolaire, ni d'évaluer les missions des professionnels travaillant en faveur de la promotion de la santé des élèves⁶ (même si des préconisations peuvent être suggérées pour améliorer le fonctionnement actuel).

Il n'est pas non plus du ressort ni de la compétence de la mission d'évaluer l'impact de l'éducation pour la santé sur le comportement des jeunes ; cependant, elle peut être amenée à faire référence à certaines études scientifiques menées sur les évolutions de comportement.

Enfin, le fonctionnement des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) n'a pas été analysé avec précision, lors des déplacements, même si la mission a été amenée à apprécier l'utilisation, par les professionnels du milieu scolaire, de cet outil mentionné dans la circulaire de novembre 1998⁷.

⁶ Cf. : « Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves » IGAS n°1999-025 et IGAENR n°99 0009 - février 1999

⁷ Cf. notamment « *l'école citoyenne* » rapport au premier ministre remis par M. BAUMLER en janvier 2002

? Le contexte de la mission

La mission a mené ses entretiens et ses observations en académies dans un contexte particulier qu'il convient de rappeler brièvement.

Le rapport annuel de l'IGAS était centré en 2003 sur le thème de la prévention («*santé pour une politique de prévention durable*») ⁸.

Les principaux axes prioritaires de la promotion de la santé en milieu scolaire ont été annoncés par le ministre délégué à l'enseignement scolaire en février et en septembre 2003.

Une nouvelle circulaire de la DESCO relative à la santé des élèves avec un «programme quinquennal de prévention et d'éducation» soumis à consultation, a été publiée au bulletin officiel du 11 décembre 2003. Cette circulaire ⁹ publiée alors que le rapport de la présente mission n'a pas encore été rendu aux ministres, est conçue comme un document provisoire susceptible d'être modifié pour tenir compte des propositions des corps d'inspection, si celles-ci sont validées par les ministres.

Un contrat cadre de partenariat en santé publique pour «la santé des jeunes à l'école» entre le ministre de la santé et le ministre délégué à l'enseignement scolaire a été signé en juillet 2003. C'est également le cas à la mi-août 2003 d'une convention entre la direction de l'enseignement scolaire et l'institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) concernant «les jeunes en milieu scolaire».

Le rapport sur la santé des jeunes en milieu scolaire confié à Philippe MOST (lettre de mission conjointe des ministres Luc FERRY et Jean-François MATTEI du 27 juin 2002) devrait être rendu prochainement.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique adopté par l'Assemblée nationale le 14 octobre 2003 et par le Sénat le 19 janvier 2004 affiche les priorités du gouvernement en matière de santé. La discussion au Sénat du projet de loi sur la décentralisation a notamment introduit un amendement relatif au transfert aux départements des médecins scolaires. Ce texte sera prochainement débattu à l'Assemblée nationale.

Rappelons enfin que la discussion parlementaire sur le projet de loi de programmation pour l'Ecole est prévue pour fin 2004 avec un grand débat public sur l'avenir de l'Ecole organisé dans les académies entre la mi-novembre 2003 et la mi-janvier 2004.

? Le déroulement de la mission

Pour conduire à bien la mission confiée, une analyse critique de la littérature disponible, des études et des bilans nationaux a permis de préparer les rencontres avec les instances ministérielles de l'éducation nationale et de la santé, les représentants des organismes et

⁸ dont un des rapports thématiques concerne «la prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents» - n° 2003-024 – février 2003

⁹ circulaire de la direction de l'enseignement scolaire (DESCO) du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 concernant «la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation».

institutions œuvrant dans le champ de l'éducation pour la santé avec les principales organisations syndicales et avec les deux fédérations représentatives des parents d'élèves.¹⁰

Des entretiens ont été réalisés dans six académies (Aix-Marseille, Caen, Clermont-Ferrand, Lille, Nancy-Metz, Rennes) avec les responsables académiques, les décideurs régionaux et départementaux ainsi qu'avec les chefs d'établissement et leurs équipes, comme avec les partenaires locaux associés aux actions d'éducation à la santé, les élèves et les parents d'élèves impliqués au sein des établissements. Ces entretiens non directifs ont été conduits à partir d'un canevas de questions et de thèmes à évoquer, permettant une méthode de travail commune aux membres de la mission, qui s'est déplacée en trinôme représentant les trois corps d'inspection.

Le choix de six académies, dans un objectif de représentativité, a été arrêté après croisement des indicateurs d'environnement régional (départements urbains et ruraux, taille des communes, quartiers en politique de la ville ou zone d'éducation prioritaire (ZEP), des données sanitaires (mise en place de programmes régionaux de santé (PRS) concernant les jeunes ou établis sur des thématiques où l'éducation pour la santé occupe une place prédominante : («alcool, tabac et toxicomanies», «nutrition» et «cancer») et des informations académiques (équipes dynamiques, expériences novatrices, effectifs et moyens limités et résultats scolaires variables...).

Dans une première partie, la mission présente les principaux constats. Ils fondent la proposition d'un certain nombre de recommandations faisant l'objet de la seconde partie.

Première partie : les constats

1. Un pilotage inefficace de la politique d'éducation à la santé

Alors que l'école occupe une part essentielle dans le dispositif national de prévention primaire, la mission d'éducation à la santé n'est pas mentionnée parmi les objectifs et les missions fixées par le code de l'éducation aux établissements d'enseignement. Le chapitre I indique que «tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de sa famille, concourt à son éducation» et, plus loin, que «la formation scolaire favorise l'épanouissement de l'enfant, lui permet d'acquérir une culture, le prépare à la vie professionnelle et à l'exercice de ses responsabilités d'homme et de citoyen».

La responsabilité particulière de l'Ecole en matière de prévention et de promotion de la santé par la mise en œuvre d'une éducation à la santé n'est qu'induite de manière non explicite par la mission éducative conférée par la loi à l'enseignement scolaire¹¹.

Il est vrai que le code de l'éducation possède dans son livre III (titre 1^{er} chapitre 2) une section 9 intitulée «l'éducation à la santé et la sexualité» ; mais cette section n'est composée que d'un

¹⁰ la liste des personnes rencontrées ou contactées est jointe en annexe 2

¹¹ il convient de remarquer, sans établir de comparaisons abusives, que la loi fixe explicitement à l'Ecole des missions concernant l'égalité entre les hommes et les femmes, le respect des droits de la personne, l'enseignement des langues et cultures régionales, les enseignements artistiques ou l'éducation physique et sportive

seul article (L312-16) qui traite exclusivement de la mise en œuvre de séances d'éducation à la sexualité et qui a été introduit très récemment par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001.

La mission a constaté, aux différents niveaux du système éducatif, notamment parmi ses responsables, aussi bien une absence généralisée de culture de l'éducation à la santé que de motivation pour sa mise en œuvre. Ces manques résultent très certainement pour une grande part du fait qu'il n'est pas suffisamment apparent que l'Ecole a aussi cette responsabilité particulière.

1.1 Le paradoxe : une ignorance au sein du système éducatif malgré une abondance de circulaires

Le code de l'éducation est muet, les textes réglementaires¹², à l'exception de ceux définissant les programmes d'enseignement de quelques disciplines, le sont également. En revanche, les circulaires et notes de service émanant des services de l'administration centrale sont particulièrement nombreuses et prolixes.

Comme cela est signalé dans l'introduction, entre le 1^{er} juillet 1998 et le 1^{er} décembre 2003, près d'une vingtaine d'instructions ont été adressées aux établissements et aux services déconcentrés concernant directement le champ de l'éducation à la santé. Parmi ces textes, quatre (circulaires du 24 novembre 1998, du 12 janvier 2001, du 25 avril 2002 et du 1^{er} décembre 2003) ont pour objet de définir le cadre de la politique de santé des élèves et de fixer des orientations et des objectifs en matière d'éducation à la santé.

Cet empilement de textes, qui mélangent souvent considérations générales, affichage de politiques et prescriptions plus ou moins impératives, est d'autant plus surprenant que les circulaires précédentes ne sont jamais abrogées et que les nouveaux textes ne précisent jamais comment les dispositions qu'ils contiennent viennent s'insérer dans le dispositif existant.

Les acteurs potentiels de l'éducation à la santé se trouvent donc confrontés à un ensemble de textes constitués de circulaires «organisatrices», celles définissant les missions des personnels, celles portant sur des sujets connexes ou traitant d'un problème particulier¹³, celles qui apportent des conseils méthodologiques¹⁴ et, en outre, des textes qui périodiquement viennent signaler telle ou telle campagne de prévention. En sus chaque année, les circulaires de rentrée apportent leur flot de consignes sans la lisibilité nécessaire pour le chef d'établissement débutant désireux d'engager ses équipes dans une démarche de projet.

La lecture de cet ensemble révèle un contenu le plus souvent intéressant fondé sur une conception cohérente de l'éducation à la santé mais mal structuré et présenté de manière peu attractive. Les objectifs ne sont pas toujours suffisamment mis en évidence, l'ordre des priorités varie suivant les époques (ce qui complique la construction de programmes et l'évaluation d'actions qui nécessitent du temps pour avoir un impact positif). Les concepts utilisés sont parfois mal définis et ambigus : c'est le cas des «rencontres éducatives» instaurées par la circulaire du 24 novembre 1998, dont il est difficile de savoir si elles constituent un cadre d'organisation, un type d'action, un nouvel outil.

¹² en particulier, le décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux EPLE et le décret n° 90-788 du 06 septembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires

¹³ par exemple la circulaire du 20 septembre 1999 relative à la campagne de lutte contre la consommation excessive d'alcool auprès des lycéens

¹⁴ c'est le cas de la circulaire du 2 novembre 1999 sur les repères pour la prévention des conduites à risques

En outre, le niveau de détail des instructions ministérielles contredit l'affirmation répétée que l'établissement scolaire constitue le niveau privilégié de conception des actions dans le cadre d'une politique de projets, ce qui suppose un degré suffisant d'autonomie.

La mission a constaté que dans les établissements scolaires et même, à un degré moindre dans les services académiques, il est peu fait référence aux circulaires. La mention de la circulaire du 24 novembre 1998, lors de la présentation de l'objet de la mission qui ouvrait chaque rencontre, ne semblait le plus souvent évoquer rien de précis chez les interlocuteurs, sauf quand la préparation de la rencontre avec les membres de la mission avait engagé les interlocuteurs à la relire.

Les textes les plus connus, par les personnels concernés, sont les circulaires définissant les missions des médecins de l'éducation nationale et des infirmier(ère)s. En fait, il semble que l'esprit général des textes (les grandes orientations), qui a souvent été répété y compris dans des instructions académiques ou départementales, dans des stages, des regroupements etc., est connu et intégré alors que les dispositions pratiques, les préconisations relatives à l'organisation, sont oubliées. Apparaît ici une première faiblesse qui montre que le pilotage n'accompagne pas suffisamment la mise en place des dispositifs.

1.2 L'administration centrale ne se donne pas les moyens nécessaires pour accompagner durablement la mise en œuvre des politiques qu'elle édicte

La direction de l'enseignement scolaire (DESCO) a pour mission de définir la politique en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale en faveur des élèves. Elle dispose à cette fin d'un médecin conseiller technique auprès du directeur et d'un bureau - DESCO B4 - composé de dix-sept agents dont deux conseillers techniques, une infirmière et une assistante sociale, ainsi qu'une consultante pour l'éducation à la sexualité.

L'éducation à la santé ne représente qu'une partie des missions de ce bureau qui est principalement chargé de la conception et de la mise en œuvre de la politique de santé scolaire, mais aussi de la prévention de la violence et de la maltraitance ainsi que de l'impulsion des actions d'éducation à la citoyenneté. On peut estimer qu'un peu moins du tiers des moyens humains du bureau est affecté au domaine englobant l'éducation à la santé et à la sexualité et la prévention des conduites à risques. La mission préconise un renforcement qualitatif de cette équipe.

1.2.1 Une direction qui ne s'est pas dotée d'instruments de pilotage, ce qui limite sa capacité d'action

Les informations dont elle dispose sont pour l'essentiel constituées d'informations statistiques à caractère factuel. Il s'agit notamment des synthèses des rapports d'activités des services médico-sociaux. Ces outils peuvent apporter une connaissance relative des besoins des élèves, par le recensement classifié des motifs d'intervention des personnels médico-sociaux ; mais ils n'apportent pas d'informations fiables sur les actions mises en œuvre et le cadre dans lequel elles s'inscrivent. Ainsi les actions d'éducation à la santé sont tellement diverses que leur simple dénombrement n'a pas beaucoup de sens, et cela d'autant plus que les items pour le remplissage des questionnaires d'activité n'ont pas été bien définis. Ces informations statistiques ne permettent donc pas d'évaluer les politiques locales et l'efficacité des actions. Il convient aussi de remarquer que, dans ce domaine particulièrement, le recueil d'informations décrivant objectivement la réalité du terrain est un exercice délicat, compte tenu de la complexité de cette réalité et de la difficulté d'en rendre compte. Ainsi, la mission a

été étonnée de lire dans la note d'information 03-23 (avril 2003) de la direction de l'évaluation et de la prospective (DEP) des affirmations que ses entretiens dans les établissements n'ont pas permis de corroborer. Il y est notamment indiqué que « l'éducation à la santé et à la sexualité est abordée par les deux tiers des enseignants, quelle que soit leur discipline, dans le cadre de disciplines spécifiques, notamment les rencontres éducatives pour la santé... ». Or, même dans les établissements les plus avancés dans des projets globaux d'éducation à la santé, la proportion d'enseignants impliqués n'atteint pas cette importance ; quant aux rencontres éducatives pour la santé, cette terminologie issue de la circulaire du 24 novembre 1998, n'est jamais employée que ce soit dans les établissements ou dans les services académiques. L'enquête de la DEP a été réalisée par questionnaires déclaratifs, auprès d'échantillons de chefs d'établissement. Ceux-ci ont cherché fort logiquement à valoriser les actions réalisées et à les faire coïncider avec la typologie proposée par les questionnaires.

1.2.2 Un autre domaine de faiblesse de l'administration centrale : sa capacité d'expertise

L'évaluation de l'efficacité des programmes de promotion de la santé fait l'objet d'une littérature scientifique importante et constitue le thème de colloques internationaux, comme celui qui a été organisé par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en décembre 2003 à PARIS. La maîtrise des connaissances acquises dans ce domaine est un préalable indispensable à l'élaboration des choix stratégiques et des politiques ministérielles. Dans l'état actuel de ses effectifs la DESCO ne peut pas acquérir cette capacité d'expertise. Cette faiblesse ne peut être qu'en partie compensée par l'apport des collaborations qui se développent entre la DESCO et la direction générale de la santé (DGS), ainsi qu'avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INPES) et l'institut de veille sanitaire (IVS), dans le cadre des conventions rendues publiques par la circulaire du 1^{er} décembre 2003.

Dans les faits, l'activité du bureau DESCO B4 est gouvernée par l'urgence (comme c'est souvent le cas du travail des directions ministérielles) et ne s'inscrit pas dans une démarche de projet formalisé. Cette situation ne lui permet pas de développer comme il le faudrait les dispositifs d'accompagnement des politiques et d'animation des réseaux de conseillers techniques académiques et départementaux placés sous l'autorité des recteurs.

L'insuffisance des contacts directs entre les responsables de terrain et les personnels de l'administration centrale est à l'origine d'un constat fait par la mission elle-même, mais qui constitue aussi un reproche entendu dans les services académiques : celui d'un manque de culture de terrain et d'une méconnaissance des conditions réelles d'application des politiques.

Enfin, la mission ne peut que constater et regretter l'absence quasi totale de pilotage au niveau national, des actions de formation des personnels aux contenus et méthodes de l'éducation à la santé. Cette lacune est en grande partie liée à l'organisation structurelle des différents dispositifs de formation initiale et continue des personnels (voir chapitre 5), mais est aussi révélatrice du fait que l'éducation à la santé ne constitue pas pour le moment un objectif partagé au sein des structures décisionnelles.

La mission constate donc une carence du pilotage national de la politique d'éducation à la santé caractérisée par la dilution du message ministériel, ainsi que par le manque d'outils et de moyens spécifiques permettant d'assurer la diffusion, le suivi et l'évaluation d'objectifs clairs. L'action de l'administration centrale produit peu d'effet d'entraînement ou de mobilisation des acteurs. L'éducation à la santé apparaît encore comme une mission secondaire qui n'est pas prise en compte dans le pilotage global du système éducatif. A titre d'exemple, la mission

a relevé que ce thème n'est pas directement évoqué dans les vingt deux sujets proposés pour le débat national sur l'avenir de l'Ecole.

1.3 La place de l'éducation à la santé dans les politiques académiques : des situations disparates mais dans l'ensemble décevantes

Avant même de se rendre dans les six académies constituant l'échantillon retenu, la mission a procédé à un examen rapide des sites Internet des rectorats, afin de relever la place accordée aux thématiques relatives à la prévention, à la santé des élèves ou aux conduites à risques. Le bilan s'est révélé particulièrement décevant puisque seuls quelques sites académiques comportent des éléments, soit sur la politique académique en ces domaines, soit sur des actions exemplaires.

Les entretiens avec les recteurs n'ont pas convaincu la mission que tous avaient une connaissance précise de la mise en œuvre de la politique académique de santé, ni qu'ils s'impliquaient personnellement dans sa mise en œuvre. Malgré des instructions ministérielles précises et réitérées (circulaires de 1998, 2001 et 2002 notamment), peu de projets académiques comportent un volet santé. Il est vrai que les projets académiques sont pour la plupart, au moment de la visite de la mission, en phase de renouvellement. Au moins dans une des académies, le projet en préparation ne comporte toujours pas de volet santé, malgré la volonté d'agir exprimée par les autorités académiques.

L'inscription de l'éducation à la santé parmi les objectifs qui composent le projet académique ne saurait suffire à garantir son intégration, par une sorte d'automaticité, dans l'ensemble des projets d'établissement. Mais elle constitue à la fois une action d'impulsion, d'incitation ainsi que de légitimation des initiatives locales. Elle est aussi le cadre de référence du dispositif de pilotage.

La circulaire du 24 novembre 1998 préconisait «pour une meilleure cohérence et une coordination efficace » d'appuyer le pilotage académique du dispositif d'éducation à la santé sur le «dispositif existant en matière de pilotage et de suivi des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, incluant en particulier des responsables de la vie scolaire ». La mission a constaté que l'organisation de ce pilotage est assez différente d'une académie à l'autre ; elle semble être assez rarement formalisée, par exemple sous forme d'un comité de pilotage se réunissant périodiquement.

Le pilotage est généralement confié aux conseillers techniques du recteur, médecin, infirmier et assistant de service social auxquels s'associe parfois un inspecteur pédagogique régional (IA-IPR) vie scolaire. Dans les faits, il apparaît que le pilotage n'est pas ou peu collégial mais repose essentiellement sur une seule personne. Cette situation semble davantage tenir à la personnalité de ce conseiller technique et à son implication personnelle qu'à un choix managérial du recteur.

La mission a cependant constaté que lorsque ces professionnels conseillers des recteurs travaillent en équipe, dans un partage de compétences, l'impulsion et l'accompagnement de la politique académique deviennent davantage des réalités.

Dans une académie, la mission a été étonnée de constater que la faible impulsion rectorale était en partie compensée par la remarquable et très importante activité de l'infirmière, conseiller technique du recteur, spontanément citée par tous les interlocuteurs rencontrés. Dans ce cas, toute l'animation du dispositif rectoral repose sur le dynamisme d'une seule

personne, ce qui ne peut remplacer durablement un mode de pilotage structuré. On peut cependant considérer que la désignation d'un pilote bien identifié présente des avantages, notamment quand, comme c'est le cas dans une des académies, ce conseiller participe aux réunions de direction de l'académie.

Par ailleurs, les observations formulées plus haut sur les carences de l'administration centrale en matière d'instruments de pilotage s'appliquent également au niveau académique. La mission a constaté la disparité et, dans l'ensemble, la pauvreté des informations remontant au niveau académique, cela d'autant plus que les objectifs de la politique académique ne sont que très rarement déclinés en plans d'actions dotés d'indicateurs d'évaluation.

Le pilotage au niveau départemental suscite dans l'ensemble les mêmes remarques qu'au niveau académique, avec cependant l'avantage de la proximité qui offre une meilleure connaissance des actions mises en œuvre dans les établissements et, surtout, dans les écoles. La mission ne peut passer sous silence le très faible intérêt pour l'éducation à la santé en général et les instructions ministérielles qui s'y rapportent en particulier, clairement exprimé par certains inspecteurs d'académie.

En revanche, il convient de signaler le degré d'engagement d'un certain nombre de conseillers techniques rectoraux et départementaux qui, profondément convaincus de l'importance de la mission éducative de l'Ecole, sont des promoteurs actifs de l'éducation à la santé.

Dans deux des académies¹⁵ visitées le développement de l'éducation à la santé constitue clairement un axe de la politique académique et bénéficie d'un pilotage effectif. Dans les autres, la place du dispositif académique d'éducation à la santé est beaucoup plus difficile à définir. On constate dans l'ensemble la faiblesse du message rectoral parfois compensé par la forte implication de quelques cadres, parfois aussi, hélas, aggravé par l'indifférence de certains IA-DSDEN. L'absence de projets politiques structurés et d'instruments de pilotage entraîne une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre des actions. Un affichage clair de la priorité de l'éducation à la santé parmi les objectifs académiques apparaît comme une condition majeure de l'implication des établissements.

1.4 Au sein des établissements, trop peu de projets d'établissement intègrent un volet santé et les actions ne s'inscrivent pas dans une démarche cohérente et structurée

Les actions d'éducation à la santé mises en œuvre dans les écoles, collèges et lycées étant nombreuses et d'une grande diversité (leur nature et leurs conditions d'élaboration et de mise en œuvre sont décrites dans la partie suivante du présent document), il est difficile d'en décrire les modalités, d'en apprécier le bien fondé, la cohérence et l'efficacité au regard des publics concernés.

Il apparaît toutefois que dans la majorité des cas les actions présentent un caractère ponctuel voire conjoncturel, et qu'elles ne s'inscrivent pas dans un programme d'action formalisé. A partir de ses observations et des déclarations des responsables académiques, la mission ne peut confirmer que «les actions d'éducation à la santé et à la sexualité sont inscrites dans le projet d'établissement de 84 % des collèges»¹⁶. Les constats réalisés indiquent un taux réel plus faible. D'ailleurs le dénombrement des projets d'établissement qui comportent un volet

¹⁵ le fait qu'il s'agisse de deux régions dont les indicateurs sanitaires et sociaux sont préoccupants n'est sans doute pas étranger à la plus grande motivation des autorités académiques

¹⁶ note d'information n°03-23 de la DPD «l'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège en 2001-2002»

santé ne présente pas un grand intérêt. En effet, l'insertion dans le projet d'une liste d'actions sans lien entre elles ne suffit pas à créer une dynamique capable de mobiliser une partie substantielle de la communauté scolaire autour d'objectifs définis en commun.

Les établissements ayant conçu et mis en œuvre dans le cadre du projet d'établissement une démarche globale, cohérente et progressive d'éducation à la santé, conforme aux prescriptions de la circulaire de novembre 1998, constituent des exceptions. Les responsables académiques n'ont pas caché à la mission qu'il leur était difficile d'indiquer des exemples de réalisations de ce type.

Le rôle des chefs d'établissement est également très variable. Ils sont parfois les initiateurs mais le plus souvent des facilitateurs pour la réalisation de projets conçus par des personnels de l'établissement.

Le véritable pilote des actions d'éducation à la santé reste le plus souvent l'infirmière. D'autres personnels participent à des degrés divers mais exceptés les professeurs de sciences de la vie et de la Terre (SVT), ils ont rarement le même rôle moteur.

Trop souvent le pilotage, par le chef d'établissement ou par d'autres personnels, se résume à un simple transfert de la responsabilité éducative vers des structures extérieures généralement associatives. Il s'agit là d'une véritable sous-traitance plus ou moins encadrée.

Les circulaires confient au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) un rôle pivot dans l'organisation des actions, notamment lors de la conception, afin de «contribuer à établir un diagnostic de l'établissement»¹⁷, puis «d'assurer la coordination et le suivi des interventions des partenaires» et enfin, «d'établir un bilan annuel de l'éducation à la santé».

Dans la réalité, il apparaît que les CESC fonctionnent dans certains cas en cohérence avec une politique globale ; d'autres n'existent que sur le papier. Dans le premier cas, la mission a pu le constater dans au moins deux lycées, le CESC permet par sa liberté de composition et l'absence de formes imposées pour son fonctionnement, de rassembler enseignants, élèves, parents d'élèves, personnels ATOSS, médico-sociaux, d'éducation, de direction, pour débattre librement des besoins et des projets. Dans un des lycées, la participation d'un représentant du CODES formé aux techniques d'animation de groupes permettait à ce comité de débattre des questions proposées dans un temps limité avec un très haut niveau de réflexion (voir annexe 10).

Il ne faut pas cacher que dans un certain nombre de cas, le CESC n'est jamais ou rarement réuni. Les chefs d'établissements expliquent qu'ils ne perçoivent pas l'utilité de la structure qui «n'intéresse personne et ne sert en fait qu'à justifier des demandes de subvention¹⁸». Les CESC créés en inter établissement avec un établissement support sont rares, ce qui est regrettable car dans certains cas (ZEP, régions présentant des données médico-sociales particulières...), ils permettent d'engager des actions de grande ampleur.

Le premier degré est beaucoup plus en retard, il n'y a pas de CESC (alors que la circulaire du 1^{er} juillet 1998 incitait à la généralisation de ce dispositif), pas d'infirmière et les médecins de l'éducation nationale sont accaparés par les bilans de santé. Tout repose donc sur la motivation et la capacité d'initiative des maîtres. Dans ce cadre le rôle du directeur et celui de l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) sont absolument déterminants. De ce point de vue

¹⁷ circulaire du 24 novembre 1998 chapitre 4.2

¹⁸ déclaration d'un proviseur

la mission a rencontré le meilleur et le pire. Elle en a retiré la conviction qu'un effort particulier de sensibilisation et de formation devait être entrepris sans tarder en direction de ces publics.

Imposer aux établissements par voie de circulaire un modèle de mise en œuvre idéal est sans effets. Ce constat ne signifie pas que l'administration centrale et les autorités académiques doivent s'abstenir de toute volonté de pilotage. Au contraire, on relève de graves insuffisances dans l'affichage d'objectifs clairs, la facilitation de la mise en œuvre de l'éducation à la santé, notamment par la diffusion des outils méthodologiques et documentaires, ainsi que dans le suivi, le soutien et l'évaluation des projets.

1.5 Le pilotage stratégique de la politique de santé est récent et sa déclinaison régionale est variable

Ce n'est vraiment qu'avec la création d'une conférence nationale de santé (CNS) en 1996 que l'Etat a véritablement tenté de structurer une politique de santé publique. A l'époque, parmi les dix priorités retenues, trois concernaient, de façon directe ou indirecte, des actions à mener en direction de l'enfance et de l'adolescence¹⁹. Les programmes régionaux de santé (PRS) sont des moteurs, mais l'implication des rectorats est hétérogène et souvent limitée à quelques personnes motivées.

1.5.1 La construction d'une politique ministérielle de santé durable

Cette politique ministérielle de santé publique s'est structurée au fil des années notamment avec l'élaboration de stratégies nationales pluriannuelles, de programmes d'actions et de plans nationaux.

Au niveau national, plusieurs plans d'actions comportant un volet de prévention, avec un impact certain sur la réduction de la surmortalité à l'âge adulte, ont été arrêtés et cela notamment depuis 2000²⁰.

Ces plans et programmes ont l'avantage de fixer des objectifs et des principes généraux de mise en œuvre, de déterminer des actions et d'afficher un calendrier de réalisation et d'affecter des enveloppes financières ministérielles. Le plan national d'éducation à la santé est quant à lui le socle permettant de construire une démarche méthodologique partenariale au niveau régional via les schémas régionaux d'éducation pour la santé.

¹⁹ - «donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation

- coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence

- renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention et d'éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac, de drogues ou de médicaments psychotropes »

²⁰ il s'agit en particulier de :

- Stratégie d'action alcool 2002-2004 : intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool;
- Stratégie française d'actions face au suicide 2000-2005 ;
- Plan de santé mentale (novembre 2001);
- Politique de prévention de l'infection VIH / SIDA en France pour les années 2001-2004 ;
- Programme de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005 ;
- programme d'actions de prévention et de prise en charge de l'asthme ;
- programme d'actions 2002-2005 diabète type 2.
- plan national nutrition santé (PNNS) – 2001-2005

Par ailleurs, le rapport d'objectifs de santé publique annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique adopté, en première lecture, par l'assemblée nationale en octobre dernier, affiche pour la période 2004-2008, cinq plans stratégiques, parmi lesquels trois, à des degrés divers, peuvent conduire à des actions d'éducation pour la santé dans le milieu scolaire (SREPS) :

- le plan national de lutte contre le cancer ;
- le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ;
- le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement.

La mise en place de tous ces plans et programmes est récente et, pour certains d'entre eux, très partielle ou encore en projet.

1.5.2 L'impact des programmes régionaux de santé sur l'élaboration d'une démarche territoriale d'éducation pour la santé en milieu scolaire

La mission a constaté que l'existence d'une déclinaison régionale de la politique nationale de santé est un facteur qui incite l'éducation nationale à s'inscrire dans l'élaboration d'une démarche territoriale d'éducation pour la santé.

Dans certaines des régions visitées par la mission, les programmes régionaux de santé (PRS) jouent un rôle moteur dans la promotion de la santé et dans la prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents. Il s'agit soit de programmes directement ciblés sur la santé des jeunes, soit de thématiques comprenant un volet d'éducation pour la santé, avec des actions en milieu scolaire²¹.

La méthode des PRS recueille un très large assentiment chez les acteurs de la santé publique en mobilisant de nombreux responsables (élus locaux, responsables associatifs, professionnels de la santé, de l'éducation et de l'animation, ...). Les DRASS se sont généralement fortement investies dans l'animation de ce dispositif et elles ont reçu également un appui des caisses d'assurance maladie.

La méthode des PRS a, fondamentalement, apporté à la mise en œuvre de la santé publique la dynamique qui lui faisait défaut. Le principe de la gestion par objectifs des actions de santé publique et la logique même de projet, en ce qu'elle s'assigne des résultats relativement précis, impliquent cette dynamique de mouvement, qui est mobilisatrice.²² La mission a remarqué que souvent c'est à partir d'un programme régional de santé construit en associant l'ensemble des partenaires d'une région que les services de l'éducation nationale ont commencé à s'approprier une thématique d'éducation pour la santé et à la décliner dans le milieu scolaire.

Mais ce travail entre ministères ne va pas de soi et le cloisonnement est la règle, alors que l'ouverture se fait très progressivement et que la construction collective n'est pas ancrée durablement dans la pratique. Il ne s'agit pourtant, dans la dynamique actuelle, que de deux ministères, alors que la politique d'éducation à la santé et surtout de promotion de la santé, devrait être transversale et donc inclure d'autres champs de l'action publique.

²¹ c'est le cas à des degrés divers et selon des modalités différentes en Bretagne, en Basse-Normandie ou dans le Nord Pas de Calais ou en PACA

²² pour l'analyse des facteurs dynamiques et des freins des PRS se référer au rapport IGAS-2003-024 - p 10 et suivantes

1.5.3 Les schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS)

Créés par la circulaire du 22 octobre 2001 déjà citée, ils sont complémentaires au plan national d'éducation pour la santé présenté par le ministre chargé de la santé en février 2001 et ont «pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé ».

C'est un outil piloté par les DRASS, qui permet à partir d'un état des lieux quantitatif et qualitatif des ressources existantes d'établir un diagnostic partagé. Autour d'une charte de principes éthiques associant l'ensemble des acteurs d'un territoire, le schéma organise pour cinq ans, les principes d'actions qui seront déclinés par l'ensemble des partenaires en mutualisant compétences et ressources. Il est précisé que «le SREPS doit organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences au service de tous les acteurs de la région, dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et des actions envisagées ; il doit aussi optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre en matière d'éducation pour la santé ».

Si la mission ne peut porter un jugement sur cet outil, compte tenu de son extrême jeunesse,²³ elle a cependant noté au cours de ses déplacements que les SREPS existant sont très divers, allant de la structuration d'actions ou de programmes à de véritables schémas reposant sur des valeurs éthiques et des principes d'actions accompagnés de socles méthodologiques affirmés. L'investissement des personnels de l'éducation nationale y est variable, mais les recteurs sont signataires des chartes, en préambule des schémas.

Si ce dispositif nouveau institué par simple circulaire permet la construction de partenariat et la mise en commun des compétences et des ressources, il se cherche encore.

2. Des actions multiples mais souvent inadaptées

Des actions d'éducation à la santé ont été présentées aux membres de la mission dans chacune des académies visitées. Souvent ces actions se sont révélées exemplaires et les rapporteurs ont pu apprécier l'engagement et le professionnalisme de ceux et celles qui les conduisent. Leurs entretiens avec des élèves, des parents et des membres des équipes pédagogiques les ont convaincus de la réalité vivante de ce qui est décrit par ailleurs dans la littérature scientifique²⁴.

Cependant, les rapporteurs ont aussi constaté que ces quelques actions exemplaires ne peuvent masquer l'immense faiblesse de l'éducation à la santé à l'école, au collège ainsi qu'au lycée. Les actions recensées sont le plus souvent ponctuelles, les personnels réellement impliqués dans les actions ne sont qu'une minorité dans les établissements.

Malgré le nombre et la qualité des références et des textes (voir introduction), quelle que soit la qualité du pilotage (dont la partie précédente a montré les faiblesses), les constats effectués dans les établissements et auprès des acteurs dressent une image très lacunaire. A côté des quelques exceptions qui montrent que l'objectif d'inclure l'éducation à la santé dans la réalité

²³ l'année 2004 devrait permettre que chaque région ait élaboré son schéma, mais une des régions visitées par la mission est très en retard faute de moyens humains pour en assurer le pilotage

²⁴ voir l'étude INSERM (déjà citée) et la bibliographie, voir aussi les paragraphes ci-après ainsi que les annexes 4 à 11

des pratiques des établissements scolaires n'est pas une utopie, la situation demeure très en deçà des textes de référence et des volontés ministérielles affichées.

2.1 La plupart des actions s'inscrivent seulement dans le champ de la sensibilisation aux questions de santé

L'introduction de ce rapport a permis de rappeler ce qui peut être véritablement qualifié d'éducation à la santé. Malheureusement, malgré l'existence d'une définition ancienne et stable, malgré la compréhension renforcée de ce que doit être l'éducation à la santé grâce notamment à la circulaire du 24/11/1998, une grande partie des interlocuteurs rencontrés par la mission englobent dans l'éducation à la santé des actions de toute nature.

2. 1. 1 Quelques actions relèvent effectivement de l'éducation à la santé

Dans les académies dans lesquelles la mission s'est déplacée, des actions qui relèvent sans conteste de l'éducation à la santé ont été présentées. Deux exemples seulement seront brièvement décrits ci-dessous.

Dans deux communes voisines, le programme «d'éducation nutritionnelle » s'étend de la moyenne section d'école pré-élémentaire au collège, avec des méthodes validées et des évaluations scientifiques de ce programme. Dès la moyenne section de maternelle les enseignants expliquent aux enfants la composition des aliments qu'ils doivent consommer au petit déjeuner en complétant ce qu'ils ont mangé et bu à leur domicile, par des produits (jus de fruits, pain, fromage) mis à leur disposition à l'école. L'organisation de la classe, avec l'appui de l'ATSEM permet de faire de ce temps scolaire un temps pédagogique. Les enseignants constatent des effets rapides sur les petits déjeuners que les enfants prennent à leur domicile. En fin de premier trimestre de grande section, tous les enfants prennent un petit déjeuner équilibré et n'éprouvent donc pas le besoin de le compléter à l'école.

Cette modification de comportement, acquise dès six ans, perdure à l'école élémentaire grâce à un confortement des habitudes acquises à l'occasion des enseignements. Il en est de même au collège. La cohérence du dispositif permet de constater des résultats positifs sur les comportements alimentaires. Les résultats sont très significatifs : les enfants de ces établissements n'ont pas connu l'accroissement très vif de la fréquence du surpoids et de l'obésité que les enfants du même âge des autres communes françaises ont connu au cours des dix dernières années.

La mobilisation des élus municipaux avec l'association étroite des parents explique notamment²⁵ cette réussite.

La méthode CALYPSO, utilisée ou en cours de déploiement dans plusieurs départements visités, permet une prévention efficace des conduites à risques. Elle vise à développer chez les élèves de 5^{ème}, 4^{ème} et 3^{ème} l'estime de soi, à les rendre acteurs face à des choix qui concernent leur santé (consommation d'alcool, de tabac, d'autres substances psychoactives) et leur permet aussi de mieux affronter la «crise d'adolescence ».

Réunis par groupe de douze durant six séances de quatre vingt dix minutes, les collégiens sont conduits à mieux se connaître, à mieux déchiffrer l'environnement dans lequel ils évoluent, à résister aux pressions de toutes sortes et à faire des choix assumés.

Des personnels volontaires des collèges (enseignants, infirmiers, personnels d'encadrement) sont formés pour animer ces sessions selon un protocole déterminé.

²⁵ parmi les autres facteurs de réussite : la qualité des intervenants médicaux dans le cadre d'un protocole précis suivi avec rigueur ; l'existence de financements stables. Et il convient aussi de noter, parmi les autres éléments notables de réussite : l'amélioration des conduites alimentaires des parents

De nombreux autres types d'actions pourraient ici être décrits ; on se reportera pour plus de détail à l'annexe 6. Dans chaque cas, outre l'existence d'évaluations qui permettent de conclure à leur efficacité, des critères simples permettent d'affirmer que ces actions relèvent bien de l'éducation à la santé : la méthode utilisée - elle est déterminée à partir de références et s'inspire d'outils déjà testés - l'étalement dans le temps, la qualité de la formation des intervenants et les actions conduites en intercatégorialité.

2.1.2 Mais des responsables continuent de méconnaître ce qu'est l'éducation à la santé

Les conseillers techniques santé et social des recteurs et inspecteurs d'académie qualifient toujours à juste titre les actions d'éducation à la santé. Le constat n'est pas vrai aux autres niveaux ; quelques illustrations flagrantes permettent de mesurer l'incompréhension des enjeux par de nombreux professionnels de l'éducation nationale.

Parmi les inspecteurs d'académie rencontrés, il en est un qui, après avoir déclaré son peu d'intérêt pour l'éducation à la santé, s'est polarisé sur les CESC inter établissements.

Un autre exemple est fourni par un proviseur de lycée d'enseignement général. Celui-ci s'est montré obnubilé par la nécessité pour «ses » élèves de «produire des efforts ». Afin de mieux comprendre la situation de ce responsable, il convient de noter l'absence de projet d'établissement dans le lycée dont il avait pris la direction deux ans plus tôt, et donc sa nécessité de faire émerger un axe fédérateur au lycée qu'il dirigeait. En outre, ses interventions sur d'autres sujets, notamment sur un précédent établissement qu'il avait dirigé, montraient son attention aux questions de santé des élèves. Cependant, à ses yeux et ceux de ses adjoints, quelques séances d'informations et la disponibilité des infirmières semblaient suffisantes face aux problèmes que rencontraient les élèves de l'établissement.

La grande majorité des conseillers principaux d'éducation (CPE) rencontrés ont montré qu'ils percevaient l'importance de l'éducation à la santé à côté d'autres thèmes «transverses » ayant une valeur éducative (c'est à dire, ayant un impact sur la capacité des élèves à devenir des adultes responsables). Cependant, un CPE a donné l'impression que la promotion de la sécurité routière, dans le collège où il était en fonction, pouvait tenir lieu d'éducation à la santé, sans besoin d'actions autres que quelques séances d'information sur les maladies sexuellement transmissibles et la «*lutte contre les drogues* ». ²⁶

Certains enseignants de sciences de la vie et de la Terre (SVT) peuvent penser que l'acquisition de savoirs suffit à déterminer des comportements réfléchis. Dans ce domaine, une formation s'impose. De même, si les infirmières scolaires sont bien formées pour comprendre l'importance d'actions collectives respectant des critères minimaux, une infirmière considérerait manifestement que quelques actions médiatisées et l'écoute attentive des élèves tenaient lieu d'éducation. La mission met au crédit de cette professionnelle son intérêt manifeste pour les actions individuelles qui l'a peut-être détournée de la possibilité de développer devant les membres de la mission sa compréhension de l'éducation à la santé.

Une des clefs de ces difficultés constatées pourrait être livrée par un directeur d'IUFM rencontré par la mission. Il a en effet assisté à la présentation d'un de ses chargés de cours et chercheur, spécialiste reconnu au plan national en éducation à la santé, sans pouvoir ajouter autre chose que des propos digressifs sur les difficultés générales de la formation des enseignants, donc en particulier sur la formation à l'éducation à la santé.

²⁶ Les expressions reprises dans le texte sont celles qui ont été utilisées par les personnes rencontrées par la mission

Ces quelques exemples illustrent la persistance d'une incompréhension de ce qu'est l'éducation à la santé. Cette incompréhension est cependant largement explicable. Ayant été polarisés par les enseignements disciplinaires dont l'objectif essentiel est l'acquisition de savoirs, de nombreux personnels de l'éducation nationale rassemblent sans grandes distinctions dans un même ensemble tout ce qui est du domaine des «savoir-faire » et des «savoir-être ». En outre, il n'existe pas de «frontière nette » entre des actions qui visent à permettre à des enfants et adolescents d'acquérir des comportements responsables dans le champ de la santé et dans des champs qui relèvent de la vie sociale des élèves.

Le paragraphe suivant vise donc à présenter, à partir de voies d'entrées diverses et en les assortissant de commentaires, les actions réalisées dans les établissements scolaires.

2.2 Beaucoup d'actions d'éducation à la santé relèvent de conceptions archaïques ou de confusions

Une méthode simple de présentation des actions dont la mission a pris connaissance serait de se fonder sur les types d'établissements (pré-élémentaire et élémentaire, collège, lycée) que fréquentent les enfants et adolescents. Apparaîtraient alors nettement d'une part, la relative facilité à développer des actions individuelles d'enseignant dans l'élémentaire et le pré-élémentaire et, d'autre part, la difficulté à mettre en œuvre un travail intercatégoriel faisant intervenir simultanément des professionnels de santé et des enseignants au collège et au lycée.

2.2.1 L'âge des élèves et leurs milieux sociaux d'origine expliquent des choix d'actions

Pour la santé publique comme pour l'éducation nationale la question des publics est une question centrale²⁷. Deux critères déterminants semblent se dégager a priori des études menées en France et à l'étranger : d'une part l'âge des enfants, d'autre part, le contexte socio-familial des parents. Le critère du sexe des élèves n'apparaît que de façon marginale : sur les questions de sexualité et de façon limitée à certaines phases de dispositifs où une séparation en deux groupes d'adolescents (garçons d'un côté ; filles de l'autre) est recommandée.

A partir de leurs constats de terrain les membres de la mission ont retrouvé l'importance de ces deux critères ; mais cette importance n'est pas le fondement, sauf quelques exceptions²⁸, d'une véritable stratégie qui se déroulerait progressivement durant la scolarité des élèves.

Certes, des actions sont conduites sur des thèmes en tenant compte de l'âge des enfants et adolescents : nutrition à la maternelle et en primaire ; sexualité en primaire, au collège et au lycée ; prévention des passages à l'acte de type suicidaire en lycée.

Mais à chaque âge les modes d'actions sont très divers : certains élèves bénéficient de méthodes efficaces alors que d'autres sont confrontés à des actions fondées sur une «*bonne volonté catastrophique* », expression utilisée par un responsable de collège ayant observé un développement de l'attrait pour les produits stupéfiants illégaux à la suite d'une présentation malencontreuse de ces produits et de leurs effets par des services des forces de l'ordre. Et ce risque existe quel que soit l'âge des élèves.

²⁷ d'ailleurs, dans un champ voisin, celui des «enfants handicapés » les progrès récents dans leurs parcours de vie sont venus de l'amélioration de l'adéquation, concertée entre les services déconcentrés des ministères compétents, entre leurs besoins spécifiques et les lieux de leur éducation

²⁸ au mieux, dans quelques dizaines de sites en France

On peut toutefois noter que les thèmes d'éducation à la santé et les outils utilisés sont adaptés au développement affectif, physique et intellectuel des enfants. Ainsi, en ce qui concerne le *respect du corps* :

- en maternelle : travail autour de l'hygiène ;
- en primaire : poursuite du travail sur l'hygiène corporelle ; aide à l'auto-protection face à des maltraitances (violences physiques et sexuelles) ;
- en collège : à partir des enseignements de SVT et d'EPS travail sur les fonctions du corps (dont l'appareil génital) ;
- en lycée : éveil à la vie affective et sexuelle ... et donc aussi prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) ; réflexion centrée sur la santé et la sécurité au travail en lycée professionnel.

La mission a pu vérifier que le principe d'adaptation de l'objet et de la méthode d'éducation à la santé au développement psychoaffectif qui définit des moments privilégiés pour intervenir sur certains thèmes est donc satisfait.

A contrario, un autre principe essentiel en pédagogie d'éducation à la santé n'est pas systématiquement respecté : la capitalisation des acquis sur un sujet avant de l'aborder à nouveau. Or un exemple montre bien que des élèves qui ont bénéficié d'actions diversifiées au cours de leur scolarité en primaire confortent ces acquis au collège et peuvent devenir des vecteurs auprès de leurs camarades, dès lors qu'une bonne articulation est faite entre les enseignants de ces établissements.

Il est donc possible de noter que les références très pertinentes annexées sous forme de tableaux à la circulaire du 24/11/1998 ne sont pas, sauf de rares exceptions, mises en pratique. Si elles le sont, c'est de façon tout à fait empirique : parmi les dizaines d'interlocuteurs rencontrés dans les six académies, aucun n'y a fait allusion.

La mission espère que le rappel de ces références dans la circulaire du 01/12/03 permettra qu'elles soient mieux appropriées par les acteurs ; mais elle en doute après avoir entendu les réactions verbales suscitées par la publication de celle-ci.

Le contexte socio-familial des enfants et adolescents (de leurs parents) se révèle un facteur important, mais qui joue de façon indirecte.

En ZEP (ou en établissement sensible), la culture de projet (dont le travail en interdisciplinarité), les renforts en personnels, la mobilisation sur la santé comme pré-requis à la capacité de mobilisation intellectuelle concourent à une meilleure mobilisation sur les objectifs d'éducation à la santé.

En revanche, les établissements de quartiers moins défavorisés souffrent d'un déficit en éducation à la santé. Pour les élèves de ces quartiers «(relativement) aisés » les raisons de ce déficit peuvent se déduire «en miroir » des atouts décrits notamment pour les ZEP.

S'y ajoutent deux autres facteurs négatifs : d'une part les capacités de réactions négatives de certains parents, à l'égard d'un domaine sur lequel ils demandent que les établissements scolaires n'interviennent pas ; d'autre part la conjonction de «conceptions anciennes » du rôle de l'Ecole que partagent des enseignants en moyenne plus âgés et des parents qui projettent sur la scolarité de leurs enfants leurs souvenirs d'élèves.

Au total donc, la mission a pu constater une meilleure mise en œuvre d'actions dans des communes ou des quartiers relativement défavorisés. Si ce constat apparaît à première vue relever d'une approche équitable (faire plus pour ceux qui ont moins), il ne prend pas en compte deux graves risques qui guettent aussi les enfants des milieux favorisés : les facilités

d'achat (pour des raisons d'aisance financière) de substances psycho-actives dangereuses (alcool, tabac, drogues illicites) et les risques psychiques (aggravés par des sentiments d'échecs en regard des ambitions familiales).

2.2.2 La difficile rencontre des objectifs de santé publique et de l'éducation à la santé à l'école

L'éducation à la santé à l'école, au collège et au lycée se situe logiquement au croisement de deux approches²⁹ : d'une part, celle des objectifs des PRS et des SRES qui doivent s'inscrire dans la logique des grands objectifs de santé publique fixés par la loi ; d'autre part, celle affichée par les circulaires du ministère de l'éducation nationale qui, de leur côté, s'inscrivent dans le cadre de la loi d'orientation pour l'Ecole.

De facto, la situation est extrêmement contrastée et dépend largement de volontés politiques locales. Ainsi, dans une académie où le contrat de Plan prévoit un cofinancement Etat-Région d'actions santé et où, de plus, existe une tradition d'actions en santé publique, une stratégie est conçue et mise en œuvre. Au contraire, dans une autre académie où l'alcoolisme reste un tabou régional malgré les statistiques (et la triste litanie des faits divers d'accidents de la route), le dévouement et le professionnalisme de quelques personnes isolées ne peuvent masquer le vide créé par la faible mobilisation de moyens publics³⁰.

Au total, au travers des constats faits dans les académies, il apparaît que la production des programmes régionaux de santé (PRS) et des schémas régionaux d'éducation à la santé (SRES) a eu un effet structurant : les objectifs de santé publique identifiés comme prioritaires au niveau régional comprennent quasi systématiquement un volet d'actions éducation à la santé en milieu scolaire.

L'émergence au niveau national de «grands thèmes d'actualité » comme la lutte contre les IST, la lutte contre les toxicomanies (avec une focalisation spécifique sur le tabagisme), la prévention des grossesses précoces, la lutte contre le surpoids et l'obésité sont repris au niveau des thèmes d'actions conduites dans les établissements.

La mission a aussi noté que les choix des thèmes d'actions est largement guidé par la volonté (voir l'activisme) d'intervenants locaux : responsables associatifs investis sur un thème (l'anti-tabac ; la santé bucco-dentaire ; ...) ou par l'existence de services de CPAM constitués voici plusieurs années en vue de réaliser des actions de prévention.

Les multiples facettes de l'impression que retient la mission n'est pas pour autant condamnable face à un «enjeu essentiel de la réussite scolaire des élèves³¹». En effet, les objectifs fixés aux responsables d'établissements sont multiples, non véritablement hiérarchisés de façon stable, et chacun d'entre eux présente un intérêt en terme de santé pour les élèves.

Mais ce qui est très regrettable, d'autant plus dans le cadre d'un service public national, c'est l'hétérogénéité de l'éducation à la santé dont bénéficie chaque élève en terme de quantité, et

²⁹ et l'on notera ici, qu'une 3^{ème} logique a été dessinée dans la présentation du projet de loi de prévention de la délinquance

³⁰ néanmoins les documents remis à la mission et la volonté de certains responsables peuvent laisser espérer des évolutions dans cette région

³¹ voir introduction de la circulaire du 24/11/1998 ... et aussi conférence de presse du ministre délégué à l'enseignement scolaire de février 2003 et la circulaire du 01/12/03

cette « impression kaléidoscopique » devient véritablement choquante quand sont étudiées les méthodes utilisées.

2.2.3 L'importance de l'éducation à la santé dont bénéficie chaque élève est de fait inconnue

Malgré la qualité des instructions ministérielles, malgré l'importance reconnue par les PRS d'actions efficaces au sein des établissements scolaires, la mission a été frappée par la persistance de la faiblesse de l'éducation à la santé dans les apprentissages des élèves.

Certes, les rapporteurs ont observé des améliorations mais celles-ci ne sauraient masquer une faiblesse générale dans le recensement des actions menées et dans la réflexion personnelle sur ce qu'est la santé pour de nombreux jeunes sortant du système scolaire.

L'absence de statistiques fiables peut surprendre alors qu'un gros travail de récapitulation de données provenant des personnels des services médicaux et sociaux est effectué. La lecture des tableaux de chiffres ne renseigne cependant, ni sur la durée des actions (ce qui a des conséquences évidentes sur les effets escomptés des actions), ni sur les intervenants .

Or, une des conditions de réussite des actions est, comme déjà indiqué, qu'elles soient « portées » par plusieurs³² membres de la communauté éducative.

Il est d'ailleurs symptomatique que les seules données collationnées sur l'éducation à la santé résultent des personnels médico-sociaux et non par une voie qui impliquerait plus nettement les chefs d'établissements.

A la question d'une estimation de la durée des séquences consacrées à la santé dans la scolarité de chaque élève, personne n'est en mesure de répondre.

On se trouve donc dans la situation où on sait³³ malheureusement que, au niveau national et dans la plupart des académies, les indicateurs de santé des jeunes sont mauvais ou même très mauvais (surpoids et obésité, consommation d'alcool et de tabac, consommation de drogues illicites, nombre de tentative de suicide et taux de suicide ...), mais on ne dispose pas d'indicateurs fiables des moyens utilisés pour y faire face³⁴.

Les membres de la mission ont confirmé ce constat de carence en interrogeant des élèves sur ce qu'ils avaient retenu d'actions d'éducation à la santé durant leur scolarité. Les résultats en sont très instructifs. Des élèves de BTS (en formation sanitaire et sociale) répondent en substance : « *maintenant que dans notre cursus de formation nous savons ce qu'est l'éducation à la santé, notre réponse est simple : nous n'avons eu que des séances anecdotiques et sans véritables effets* ».

Et l'on pourrait arriver à une conclusion du même ordre par déduction : d'une part des élèves de 5^{ème} (en collège) qui ont bénéficié d'un programme santé expriment clairement ce qu'ils ont retenu, leur conviction de l'importance du « capital santé » (et ajoutent, avec beaucoup de sagesse, qu'il faudrait que la mission les revoie dans quelques années pour savoir ce qu'ils

³² le mieux serait « l'ensemble de la communauté éducative » ... mais cet idéal apparaît encore si loin de la réalité française que le choix réaliste de la mission est de se limiter à « plusieurs membres »

³³ voir notamment les études INSERM de Marie CHOQUET et Sophie LEDOUX

³⁴ ce qui est a priori semblable au constat également regrettable du % d'élèves sortant du système scolaire sans qualification ; mais, dans ce cas, on peut au moins savoir le temps que ces élèves ont passé au sein de ce système scolaire

sont devenus) ; d'autre part des élèves de classe préparatoire mentionnent soit des anecdotes soit se livrent à une réflexion sur le sens de la question posée par la mission et sur la représentativité de leur réponse³⁵.

A côté d'actions exceptionnelles à l'efficacité scientifiquement prouvée, se retrouvent en effet des actions très diverses.

2.2.4 Des actions respectent des principes bien connus en promotion de la santé et sont donc efficaces

Parmi les actions efficaces, outre celles déjà citées, peuvent être retenues³⁶ celles qui respectent les principes d'écoute des besoins exprimés par les élèves, d'articulation avec les activités scolaires, de durée minimale et d'implication de la communauté éducative.

Semblent en conformité avec ces critères des actions qui ont été présentées aux membres de la mission. Ainsi, telle école a mis en place un conseil d'enfants avec deux élus par classe réuni deux fois par trimestre, ce qui a permis aux élèves d'exprimer des demandes relatives à la rénovation des toilettes et à la restauration scolaire suite aux actions d'éducation à l'hygiène corporelle et à leur participation aux activités pédagogiques du "carrefour - santé" créé par la ville.

La mobilisation d'un groupe d'enseignants, de l'infirmière et de l'assistante sociale soutenues par le proviseur et les membres de l'équipe de direction d'un lycée professionnel ont permis une régression des conduites addictives et des difficultés comportementales au sein de cet établissement. Grâce à une formation préalable et à un accompagnement méthodologique (voir annexe 4) ces personnels ont pu développer avec les élèves des actions adaptées aux besoins et aux attentes de ces jeunes.

Au-delà des observations faites lors des visites dans des établissements d'enseignement, les membres de la mission ont dégagé des conditions de réussite à partir de leurs entretiens avec les conseillers techniques des recteurs et des inspecteurs d'académie ainsi qu'avec les responsables des DDASS, des DRASS et d'associations intervenant en milieu scolaire.

La volonté du responsable de l'établissement de mobiliser l'ensemble de la communauté scolaire a déjà été décrite dans la partie sur le « pilotage ». Les parents d'élèves rencontrés ont d'ailleurs témoigné des diverses modalités utilisées : débat en conseil d'école ou d'administration, réunions d'informations préalables, invitations à des manifestations (expositions, présentation de « mises en scènes »).

La constitution d'équipes pluricatégorielles de personnels incluant au côté de l'infirmière, des enseignants, des personnels de service permet à la fois de faire bénéficier ces personnels de formations adaptées et aussi de constituer une dynamique nécessaire pour lutter contre l'inertie et/ou l'usure. Le coût en terme de rémunération des formateurs et de temps passé hors de l'activité professionnelle dans l'établissement n'a jamais été cité comme un investissement disproportionné face aux résultats obtenus³⁷.

³⁵ réflexions qui ne sont pas, en soi, sans intérêt ... mais peuvent aussi traduire une conception peu pragmatique de la meilleure façon de préserver « sa » santé

³⁶ et l'on se référera utilement à l'ouvrage de l'INSERM

³⁷ mais 3 types d'objections fortes ont été entendus par la mission :

- le manque d'appétence d'une majorité d'enseignants vis à vis de ce type de formations ;
- les contraintes imposées aux responsables des établissements en terme de maintien des activités d'enseignement durant les temps d'absence pour formation des enseignants ;

L'utilisation de méthodes adaptées est évidemment citée. Cependant un écart considérable existe entre les descriptions que les personnes rencontrées par la mission ont faites de ces méthodes :

- les responsables qui sont apparus à la mission comme les mieux informés³⁸ citent en préalable la nécessité de s'attaquer aux représentations des élèves, de prendre en compte les autres éléments d'information (les médias, les échanges informels entre pairs ou avec des aînés, les constructions personnelles de représentations sur la base d'expériences vécues, ...) qui structurent les connaissances des jeunes ;
- en revanche, d'autres responsables fondent leur appréciation de l'efficacité des actions d'éducation à la santé sur des critères dits « intermédiaires » : mémorisation de l'existence d'une action, importance quantitative de la participation des élèves, reprise par les médias, degré de satisfaction des enseignants et/ou des parents.

La ligne de partage entre « bons spécialistes » et « amateurs sympathiques » traverse à la fois les personnels de l'éducation nationale et des intervenants extérieurs. Ainsi, la responsable départementale d'une association de lutte contre le cancer a fort bien expliqué les raisons qui permettent de penser que l'action « pataclope » est efficace³⁹. Une institutrice d'école primaire présentait également très bien, avec des références fondées sur sa pratique, les prérequis qu'elle avait pu dégager ; alors que tel proviseur de lycée développait une argumentation habile mais irréaliste pour la mise en place d'une action éducative.

Dès lors, la mission ne peut être que dubitative vis à vis d'actions, cependant présentées comme des « réussites », mais qui pourraient n'avoir que peu d'effets sur les comportements individuels.

2.2.5 D'autres actions sont sans effets sur les comportements individuels

Une série d'exemples permet de mieux comprendre que certains responsables soient séduits par des actions, alors que leurs effets positifs en matière d'éducation à la santé sont très incertains.

Dans un établissement, une « action théâtrale », sur le thème des conduites addictives, réalisée par des comédiens professionnels et fondée sur une improvisation faisant participer les élèves a été citée comme une réussite par un principal de collège. A l'appui de son opinion favorable ce responsable évoquait l'agrément des jeunes, la concertation préalable à la représentation entre comédiens et enseignants et la demande de parents⁴⁰ de pouvoir eux aussi être invités lors de prochaines actions semblables. Mais cette action est restée sans effets sur les comportements des élèves.

Le maintien, malgré les réticences médicales, d'un programme départemental (dans l'Est de la France) de fourniture systématique de collation en école primaire démontre que les principes de base permettant de s'opposer à l'accroissement du surpoids et de l'obésité se heurtent à des habitudes prises.

-
- le coût total de ces formations qui nécessite dans les faits des contributions des collectivités territoriales !

³⁸ apprécié au cours des entretiens, par les membres de la mission, notamment sur la base de citations d'éléments bibliographiques récents, de références scientifiques, d'expériences théorisées ... ainsi que par rapport à leurs formations (universitaires ou autres)

³⁹ elle a appuyé sa présentation sur 2 évaluations nationales indépendantes, précisé les limites de celles-ci et indiqué pourquoi ce programme développé depuis 10 ans par la LIGUE contre le CANCER avait été focalisé, depuis 1999 sur les 8-11 ans

⁴⁰ ce principal mentionnait également, comme une preuve de qualité de cette action, la quasi-absence de réactions négatives de parents à l'égard de cette innovation

En matière de prévention des risques (tabac ; alcool, drogues illicites) des personnes rencontrées continuent à vouloir privilégier au collège et au lycée des actions fondées sur la présentation exclusive des dangers encourus alors qu'il est notoirement connu que cette approche doit être plus globale et considérer aussi l'ensemble des préoccupations des adolescents.

Un directeur d'URCAM était au regret de constater que plusieurs de ses collègues, directeurs de CPAM avaient maintenu des agents de prévention parcourant les établissements scolaires comme il le faisait déjà dix ans auparavant. Il notait que ces « interventions de professionnels » aux yeux des responsables d'établissements scolaires présentaient certes l'avantage de ne rien coûter à l'éducation nationale, d'être « bien connues » et donc rassurantes pour les responsables scolaires. Mais, les méthodologies employées n'avaient pas été évaluées, et il craignait que ces interventions n'aient comme principales raisons d'être que l'habitude de leur existence et la conviction pour les intervenants d'être utiles.

« L'agenda de l'adolescent » (voir annexe 8) diffusé par plusieurs conseils généraux est une illustration d'initiative qui rencontre un accueil très favorable sans que le « retour sur investissement » en terme d'éducation à la santé ait été valablement mesuré. De nombreux responsables de l'éducation nationale et des conseils généraux ont souligné l'intérêt évident de messages de prévention insérés dans un document consulté plusieurs fois par jour par les collégiens. A l'appui de leur démonstration de l'intérêt de cet outil, ils ont fait appel à l'adaptation des messages⁴¹ à leur « cible », aux vertus pédagogiques de la répétition. Ils ont ajouté le bon accueil par les élèves, les parents et les médias. La mission, sans nier ces faits⁴², souligne cependant que l'évaluation de la valeur d'un tel outil se mesure non pas à travers l'agrément ressenti par ceux qui le diffusent et l'utilisent, mais en terme d'impact durable sur des comportements, à ce jour non démontré.

Ceci est tout aussi vrai pour des « initiatives sympathiques », comme le traditionnel concours de dessins d'enfants organisé par une association qui fait appel à la générosité du public⁴³ dont la principale mesure d'impact mise en avant par cette association n'est pas l'évaluation des attitudes ou des comportements à moyen terme, mais le nombre d'écoles participantes.

Ceci est encore plus vrai quand des démarches d'éducation à la santé sont initiées par des « marques » de produits commerciaux (produits alimentaires, produits d'hygiène féminine, ...). Leurs « kits de présentation », pour reprendre l'expression utilisée par leurs promoteurs, sont à l'évidence très bien réalisés. La promotion de la marque reste suffisamment discrète pour que ces « kits » puissent être diffusés dans le cadre du service public⁴⁴. Pour des professionnels rencontrés sur le terrain, ces outils ont un grand pouvoir d'attraction :

- ils sont gratuits et bien réalisés ;
- ils fournissent quasiment « clefs en main » la base d'une séquence d'enseignement.

Selon l'avis de professionnels, que partagent les membres de la mission, ces qualités n'en sont que plus dangereuses. Notamment, elles détournent les enseignants de s'engager dans des

⁴¹ en terme de contenu, de style graphique, ...

⁴² ainsi que d'autres qualités : en Bretagne l'association de l'Union régionale des médecins libéraux (URML), la participation de collégiens à la conception de l'agenda, ...

⁴³ qui regroupe essentiellement des médecins dans le but principal de développer la prévention des maladies cardio-vasculaires ; de nombreuses autres initiatives semblables d'origine nationale, régionale ou départementale ont été mentionnées aux rapporteurs dans toutes les académies dans lesquelles ils se sont rendus

⁴⁴ les entreprises commerciales qui ont la volonté de développer de telles démarches (qui s'inscrivent dans des logiques marketing) font en général appel à des sociétés spécialisées qui connaissent très bien à la fois les questions pédagogiques mais aussi les rouages administratifs (dont les conditions d'agrément, et parmi celles-ci la bonne façon de présenter les dossiers de telle sorte qu'ils soient acceptés)

démarches pluridisciplinaires, passant par des phases de préparation, de concertation et d'évaluation. Selon l'expression entendue au cours de la mission : « *le prêt à consommer individuel et gratuit est tellement plus agréable que la construction à plusieurs d'un produit d'éducation qui questionne chacun* ». En outre ces « kits » rentrent en concurrence directe avec des outils réalisés notamment par l'INPES (ou avant la création de ce dernier par le CFES). Ils produisent donc un « effet d'éviction » au détriment d'outils conçus dans une véritable logique d'éducation à la santé.

Face à ces imperfections (ou même ces dangers), les médecins scolaires pourraient jouer un rôle important en permettant de réorienter les bonnes volontés des promoteurs et de ceux et celles qui conduisent ces actions. Mais la mission a constaté que ce rôle est difficilement rempli en raison, d'une part de la proportion importante de médecins scolaires vacataires (et donc aussi en général non formés en santé publique) et, d'autre part, de la charge de travail des médecins scolaires titulaires qui les prive de facto de la disponibilité pour argumenter un avis divergent face à des personnes convaincues d'être « dans le vrai ».

Cette difficulté matérielle d'utiliser leurs compétences en santé publique, les médecins scolaires l'éprouvent également vis à vis des actions individuelles de personnels de l'éducation nationale.

2.2.6 Des actions individuelles se développent au détriment d'actions collectives

Face au mal être des élèves, plusieurs types de professionnels se trouvent « en première ligne ». Les infirmières, les assistantes sociales, des documentalistes, les CPE notamment rencontrés dans les établissements ont raconté aux membres de la mission ce qui est décrit dans des études nationales. En réponse aux difficultés personnelles d'origines variées (sentiment d'échec scolaire, problèmes familiaux, ...) une partie importante de l'activité de ces professionnels consiste à écouter et aider des jeunes à ne pas se laisser aller à la désespérance, à retrouver l'estime de soi, à ne pas se laisser entraîner à la consommation de substances psychotropes. Ainsi notamment, l'infirmerie est souvent décrite comme non seulement un lieu de soins somatiques, mais aussi comme un « espace de parole libre ».

Ces colloques singuliers, indispensables pour le bien être, la santé de ces jeunes, fournissent l'occasion d'aborder des questions qui relèvent de l'éducation à la santé. La question centrale alors posée est dès lors : ces temps de dialogue sont-ils suffisants ?

Au vu des entretiens des rapporteurs avec certains de ces professionnels et en se fondant sur l'avis des conseillers techniques rencontrés, la mission peut avancer un constat inquiétant : ces temps de dialogue sont certes essentiels, mais ils permettent à un pourcentage élevé⁴⁵ de professionnels de se sentir dédouanés de concevoir et réaliser des actions collectives.

Or les dialogues personnalisés ne sauraient suffire : le rôle des pairs est essentiel dans l'acquisition et le maintien de comportements sains ; les méthodes validées d'éducation à la santé sont fondées sur des dynamiques de groupe qui ne peuvent bien évidemment pas se développer lors d'entretiens en tête-à-tête.

En outre, du point de vue de l'efficacité, une multiplication des entretiens individuels ne peut se faire qu'au détriment d'actions collectives. On ne peut d'ailleurs exclure que deux

⁴⁵ plusieurs conseillers techniques ont avancé le chiffre de 30% ... en précisant aussi qu'il était nécessaire de tenir compte du nombre d'élèves que ces infirmiers avaient en charge (souvent plus de 6 000, en incluant les élèves des écoles de leur « secteur géographique »)

phénomènes négatifs se développent : d'une part l'augmentation de demandes de prises en charge individuelles faute de lieu d'expression et d'écoute collective, d'autre part, un recours « facile », et donc contre-productif, à un tiers compatissant⁴⁶ alors qu'il serait préférable pour ces jeunes qu'il(elle)s acquièrent les moyens de faire face par eux-mêmes à leurs difficultés.

Au total, la mission a certes entendu le discours concernant la complémentarité « actions individuelles – actions collectives », mais celui-ci n'est nullement général. En outre, les rapporteurs ne peuvent exclure que ce discours leur ait été tenu du fait de l'objet de leur mission. Ce qu'ils ont aussi entendu des médecins scolaires tend à les conforter dans leur crainte que leur ait été souvent présentée (par souci de bien faire) une réalité conforme aux directives ministérielles, mais différente de la véritable réalité de terrain.

2.2.7 L'«éducation à la santé » englobe parfois des actions qui lui sont proches

La circulaire n° 2003-210 du 01/12/03 sur « la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation » comporte un paragraphe IV dont le titre est : « Développer chez les élèves des comportements civiques et solidaires : généraliser l'apprentissage des gestes qui sauvent ». Les paragraphes qui suivent le titre de cette partie de la circulaire exposent le dispositif et ses objectifs. Cependant, l'impact de cet apprentissage en terme d'éducation à la santé n'est pas mentionné. Or, environ dans la moitié des établissements scolaires visités l'enseignement des « gestes qui sauvent » a été présenté comme un vecteur de promotion de la santé et même très souvent comme une action d'éducation à la santé à part entière.

Les raisons de cette présentation par les interlocuteurs de la mission peuvent être regroupées autour de trois types d'arguments. D'une part, l'objectif des « gestes qui sauvent » est de préserver la vie de personnes accidentées. A côté des accidents, peuvent être classées des conduites à risques, telles que les consommations de produits dangereux (tabac, drogues illicites) : les séquences pédagogiques sur les diverses voies pour préserver la santé des individus peuvent ainsi dépasser le seul objet de la préservation de la vie en danger immédiat. D'autre part, l'apprentissage des gestes qui sauvent nécessite non seulement de parler du corps vivant, mais nécessite aussi des manipulations entre élèves qui favorisent la prise en compte consciente de « son » corps par chaque élève. Enfin, la transdisciplinarité et la mobilisation de personnels de métiers différents au service de cet apprentissage l'apparentent aux démarches reconnues comme performantes en éducation à la santé.

On peut cependant se demander si l'engouement pour ces actions ne tient pas au caractère de leur évaluation : tangible, immédiate, validée souvent par la délivrance d'un certificat et donc proche des pratiques traditionnelles de l'éducation nationale. En outre, ce type d'action présente un intérêt direct pour les adolescents qui veulent passer le BAFA, pour les infirmières qui peuvent se sentir valorisées par une activité d'« enseignement » et pour l'équipe de direction des établissements qui prennent en charge une organisation relativement simple.

Des argumentations semblables concernant la prévention des violences physiques et des abus sexuels ont été aussi présentées à la mission. Les raisons très souvent avancées pour

⁴⁶ toutefois, et afin de lever tout risque d'incompréhension de leurs remarques, les rapporteurs tiennent à souligner qu'ils considèrent comme particulièrement important l'écoute pour les cas (d'ailleurs en augmentation) où des jeunes se trouvent confrontés à des difficultés psychologiques temporaires ou plus pérennes (et qui nécessitent alors, en outre, le recours à des professionnels spécialisés)

considérer ces actions de prévention des mauvais traitements sur des mineurs comme des actions d'éducation à la santé sont du même ordre :

- considérer la santé de façon large ;
- conduire les enfants à bien considérer que «leur » corps doit être respecté et qu'ils en sont les premiers responsables.

Quant à la transdisciplinarité elle est moins prégnante, l'essentiel des séquences visant la prévention de ces violences étant effectué en écoles élémentaire et pré-élémentaire.

Par ailleurs, des interlocuteurs de la mission ont parfois souligné les similitudes entre éducation à la santé et éducation à la citoyenneté, les finalités étant voisines. La mission tient donc à signaler que la focalisation sur les problèmes d'incivilités et de violence ne saurait faire oublier qu'il existe bien deux champs d'actions ; l'éducation à la santé ne peut être «sacrifiée » au profit de l'éducation à la citoyenneté. En outre, une bonne gestion de sa santé est un levier pour qu'un jeune évite des dérives qui peuvent handicaper durablement son intégration sociale.

2.2.8 Les conditions de vie à l'école, au collège et au lycée contredisent souvent frontalement les messages d'éducation à la santé

Au-delà des défauts liés au pilotage, à des questions de moyens (voir 4^{ème} chapitre) ou à des problèmes de formation (voir 5^{ème} chapitre) de très nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission ont insisté sur plusieurs paradoxes. Ils sont de nature à décrédibiliser des actions d'éducation à la santé du point de vue des élèves, mais aussi des personnels. Sont donc regroupées dans ce dernier paragraphe des observations en apparence anecdotiques mais néanmoins jugées fondamentales par les élèves.

L'absence de prise en compte du bien-être physique, psychique et mental par l'institution scolaire conduit à proposer aux élèves des conditions de vie dans l'établissement en contradiction avec les principes élémentaires d'hygiène de vie que l'éducation à la santé essaye de leur inculquer.

Les graves carences des toilettes ou d'éléments indispensables pour une hygiène corporelle ont été souvent citées sans qu'il soit besoin d'apporter ici plus de précision.

L'incohérence entre des conseils sur l'anti-tabac et la consommation tabagique des adultes a été très souvent soulignée. Des aménagements sont possibles : salle réservée aux enseignants fumeurs, explications fournies par ces personnes dépendantes à l'égard des élèves, et permettant de souligner auprès d'eux la privation de liberté qu'occasionne l'entrée dans la consommation tabagique. La limitation de l'expérience lancée en octobre 2003 à vingt deux lycées non-fumeurs a été souvent ressentie comme incompréhensible vis à vis de la volonté non seulement ministérielle, mais gouvernementale (et même «présidentielle » comme l'ont fait remarquer des élèves bien informés).

De même, beaucoup d'interlocuteurs ont décrit le hiatus⁴⁷ entre le plan nutrition du ministère de la santé et la timidité avec laquelle le ministère de l'éducation nationale s'attaque⁴⁸ concrètement à la présence de distributeurs de friandises et de boissons sucrées de marques internationales.

⁴⁷ l'expression «double discours » a même été entendue

⁴⁸ la circulaire du 01/12/03 reste, de l'avis de la mission, très peu ambitieuse sur ce thème

Un autre paradoxe choquant des élèves, des parents et des personnels éducatifs est l'oubli fréquent dans les priorités de la «*bonne vieille question du poids des cartables*», comme l'a formulé un parent d'élèves citant un autre établissement de la ville où l'installation de casiers dans un collège avait permis à la fois aux élèves et aux enseignants de travailler sur l'articulation entre enseignements en classe et travaux personnels hors temps scolaire.

L'accumulation conjoncturelle, souvent en fin de trimestre, d'évaluations nécessitant des révisions de la part des élèves a plusieurs fois été présentée par des élèves, des parents, mais aussi par des personnels enseignants comme un «contresigne» vis à vis de l'importance déclarée d'un rythme de vie équilibrée.

Plus généralement, notamment de la part de responsables syndicaux ou de fédérations de parents d'élèves, un paradoxe entre les objectifs affichés par le ministère a été souligné : comment concilier éducation (dont éducation à la santé) et «*empilement de savoirs, malgré les déclarations de mettre en œuvre un allègement des programmes*». Pour ces responsables, partant de constats faits sur les élèves, il y a un besoin urgent de clarification des finalités d'un système scolaire, qui certes transmet des savoirs mais est aussi générateur de stress ou de démoralisation (et donc de troubles psychiques). Plusieurs de ces responsables ont souligné espérer que le «débat national sur l'avenir de l'Ecole» puisse faire émerger de façon claire cette question dont ils notent qu'elle n'est abordée qu'indirectement⁴⁹ dans les vingt deux sujets proposés pour structurer les réunions publiques.

3. Les personnes qui participent à la réalisation des actions

Il convient de distinguer les personnes qui, par leurs missions, directement ou indirectement, contribuent dans le système éducatif à l'éducation à la santé des élèves, des personnes ou institutions partenaires qui peuvent participer à cette mission au sein de l'Ecole.

Parmi les personnels de l'éducation nationale existent trois types d'acteurs de l'éducation à la santé. Les personnels dont la mission professionnelle est la santé des élèves sont les médecins de l'éducation nationale, les infirmiers, les assistants de services sociaux. D'autres personnels ont une mission éducative qui intègre l'éducation à la santé : enseignants, personnels d'éducation, personnels d'encadrement ... ; cette mission s'exerce soit dans le cadre de l'enseignement, soit dans les fonctions exercées au sein de la communauté éducative. Enfin, les personnels dont les activités contribuent à la qualité de vie dans l'établissement scolaire, participent ainsi au bien-être et à la santé des élèves et ont également, à travers leurs attitudes professionnelles, une fonction éducative souvent masquée ou peu valorisée : personnels techniques chargés de la restauration, de l'entretien du cadre de vie Participent aussi, bien sûr à la réalisation des actions, les élèves, acteurs directs de cette éducation et des partenaires extérieurs dont les conditions d'intervention sont prévues par les textes réglementaires.

3.1 Des médecins de moins en moins acteurs d'éducation à la santé

Dans les académies visitées, la majorité, pour ne pas dire la totalité, des médecins du service de santé en faveur des élèves n'assurent plus directement des actions d'éducation à la santé. Leurs missions prioritaires centrées sur le suivi du développement de l'enfant à l'école

⁴⁹ ce qui demeure à leurs yeux un progrès vis à vis de l'évitement de cette question dans le rapport préalable de 140 pages remis au ministre en septembre 2003. La mission fait d'ailleurs un constat sans commentaire de l'absence de toute référence à l'éducation à la santé dans le chapitre consacré à la santé des élèves !

primaire et en particulier le dépistage précoce des troubles ainsi que les situations d'urgence liées à la maltraitance, ne leur permettent plus d'être des acteurs de l'éducation à la santé même s'ils sont formés⁵⁰ pour en être les promoteurs.

Alors que l'éducation à la santé représentait, il y a quelques années, dans la plupart des académies, environ 50 % du temps d'activité des médecins, celui-ci est actuellement inférieur à 10 %, voire à 5% de leur activité comme l'ont déclaré tous les professionnels rencontrés par la mission⁵¹. La crise du recrutement des médecins associée à un nombre de vacataires important (presque la moitié dans certaines académies), fait que ces personnels ne disposent plus toujours du temps nécessaire à des objectifs éducatifs.

De ce fait, les médecins ne peuvent donc être que faiblement associés aux projets éducatifs développés autour de la promotion de la santé. Or ils souhaitent largement, s'engager dans ce type d'actions, d'autant que la récente circulaire n° 2001-013 leur reconnaît les compétences «pour participer à l'élaboration du projet de santé de l'école ou de l'établissement..., pour participer à la mise en place des rencontres éducatives pour la santé⁵², la coordination ... avec les autres partenaires institutionnels et les intervenants extérieurs, sa contribution à l'évaluation des actions de promotion et d'éducation à la santé ».

3. 2 Les infirmier(e)s et les assistant(e)s des services sociaux, souvent chevilles ouvrières des actions éducatives en santé

L'évolution des problèmes de santé chez les jeunes et, en particulier, la prise en compte du mal-être ne limite plus la prévention aux personnels infirmiers. Les assistant(e)s de service social jouent un rôle complémentaire dans l'identification des élèves en difficultés de santé liées à des problèmes sociaux. Dans le cadre de leur activité, ces personnels réalisent conformément à leurs missions des actions collectives d'éducation à la santé en particulier dans leurs établissements de rattachement (collège, lycée, lycée professionnel).

Cependant, si les missions paraissent clarifiées dans les textes, en particulier par la circulaire n°2001-014 qui situe l'infirmier(e) dans un partage de compétences avec le médecin pour développer une dynamique d'éducation à la santé, la diversité des tâches auxquelles ces professionnels sont confrontés dans la réalité quotidienne diminue leur action éducative au profit de l'écoute des élèves, des soins et du suivi d'élèves en difficultés sociales, même si ces activités sont porteuses d'éducation à la santé.

Dans une académie visitée par la mission, un conseiller technique considère que les actions d'éducation à la santé ne correspondent au maximum qu'à 30 % de l'activité des infirmier(e)s ; dans une autre académie, un conseiller technique répartit les infirmiers en 3 groupes : ceux qui, en fait, ne font pas d'éducation à la santé (il estime à 25% leur nombre), ceux qui réalisent effectivement des actions efficaces en relation avec les autres personnels des établissements (également de l'ordre de 25%), et un troisième groupe qui essaie de conduire ou de participer à quelques actions. Ces estimations qualitatives ont été confirmées dans deux autres académies ; dans d'autres encore, les conseillers ont, par prudence, préféré ne pas se

⁵⁰ voir le chapitre 5 sur la formation, où est néanmoins signalé que le pourcentage croissant de vacataires parmi les médecins scolaires ne garantit pas cette compétence en santé publique et notamment en éducation à la santé dont disposent les médecins titulaires

⁵¹ ces pourcentages de 10%, voire 5% sont cohérents avec des calculs arithmétiques faits par la mission dans chaque académie visitée sur la base du nombre d'élèves par médecin scolaire et du temps nécessaire pour que ceux-ci accomplissent correctement leurs missions de bilans de santé

⁵² rencontres éducatives pour la santé dont la mission met en évidence l'inexistence voire même la méconnaissance par les acteurs du système éducatif

prononcer vis à vis de tels pourcentages et s'en sont tenus à reprendre les données quantitatives d'activités transmises à la DESCO⁵³.

Lorsqu'une infirmière et une assistante de service social sont attachées à un seul établissement (comme cela est le cas pour les lycées professionnels dans une académie), ce binôme est souvent l'élément fédérateur d'une équipe et le moteur d'une dynamique qui permet de construire un projet autour de la promotion de la santé.

C'est donc logiquement dans le second degré que ces professionnels sont les plus impliqués dans les actions d'éducation à la santé.

Par contre, les infirmier(e)s sont moins impliqué(e)s directement dans le premier degré du fait que l'organisation sectorielle leur attribue un secteur géographique étendu. Les actions conduites avec une participation active des infirmières sont donc plus rares laissant souvent la place à d'autres partenaires tels que les associations (voir infra).

3.3 Des corps d'encadrement avec de trop nombreuses priorités à respecter pour véritablement accompagner une politique d'éducation à la santé

Les inspecteurs territoriaux rencontrés par la mission reconnaissent le bien-fondé des objectifs d'éducation à la santé à l'école et au collège. Ils sont cependant confrontés au problème de l'équilibre des priorités pédagogiques. Le nécessaire travail d'équipe relatif à une coordination des actions entre eux, mais aussi avec les personnels de santé, les autres acteurs... est rendu difficile (voire impossible) par manque de temps en raison de la diversité des tâches.

Les chefs d'établissement dont le rôle en matière de politique de santé, est précisé par la circulaire n°2001-012, devraient «impulser et coordonner les actions à mettre en place dans le cadre des projets d'établissement ou du comité d'éducation à la citoyenneté et organiser les partenariats de proximité ».

Comme déjà indiqué, peu de projets d'établissements mentionnent l'éducation à la santé dans leurs objectifs ou ne les traduisent pas en objectifs opérationnels et donc en objectifs «mesurables ». Les projets demeurent en général, définis en termes très généraux davantage comme une intention que comme un but ou un résultat à atteindre.

Trop souvent, c'est l'émergence de problèmes dans un établissement qui conduit à organiser des actions relevant de l'éducation à la santé (tabagisme, conduites à risques...). La réponse a posteriori permet sans doute de mettre en place un lieu de parole mais elle ne saurait s'inscrire seule dans une démarche éducative puisqu'elle n'intervient que dans un contexte de «crise ».

Le projet éducatif global qui devrait sous tendre toute l'organisation pédagogique «*tout au long de la formation de la vie de l'élève* » n'apparaît que de façon très exceptionnelle dans les objectifs de l'établissement.

⁵³ voir les limites de ces données au chapitre ci-dessus

3.4 Des équipes éducatives dont l'approche de l'éducation à la santé diffère selon les niveaux d'enseignement

L'éducation à la santé requiert un engagement des adultes de la communauté éducative qui va au-delà des statuts des personnels.

De manière générale, les enseignants bénéficient d'une situation privilégiée du fait des relations avec leurs élèves qui s'inscrivent dans la durée et dans la personnalisation ; cette situation facilite, certes, l'expression des élèves sur des questions de santé qui les préoccupent. Cependant, dans les regards contrastés que la mission a observés, il s'agit de s'interroger et d'interroger les enseignants sur leur position d'adulte face au jeune adolescent en particulier.

A l'école maternelle et dans le premier degré, l'organisation pédagogique et la prise en charge de la classe par un seul maître permettent à celui-ci d'intégrer les actions d'éducation à la santé dans une démarche éducative quotidienne, au même titre que l'apprentissage de la vie en groupe, le respect de l'autre ; les programmes de sciences, d'éducation physique, les objectifs de maîtrise de la langue, la liberté d'expression laissée aux enfants permettent à l'enseignant d'identifier des besoins éducatifs tels que l'hygiène corporelle, une saine alimentation, les rythmes de repos et d'activités, etc.

L'observation d'une situation « problème » (liée à l'hygiène, au sommeil...), les questions posées par les enfants (alimentation, SIDA, bruit ...), sont autant de « portes d'entrée » pour l'enseignant sur la dimension éducative en lien avec les compétences qu'il développe d'expression écrite, d'expression orale, de recherche documentaire, etc.

Les enseignants des écoles maternelles et primaires ont une approche globale du développement de l'enfant qui leur permet d'intégrer plus aisément toutes les composantes d'un développement harmonieux, dont les aspects liés à sa santé.

A partir du collège, l'organisation pédagogique actuelle centre chaque enseignant sur sa propre discipline. Les objectifs d'éducation à la santé sont théoriquement identifiés par les enseignants des disciplines sciences de la vie et de la Terre (SVT) et d'éducation physique et sportive (EPS). Même si cette dimension est présente dans l'écriture des programmes, dans l'esprit de ces enseignements, elle n'en est pas pour autant perçue par les élèves (voir infra).

Au lycée d'enseignement général et technologique, les enseignants regrettent que la dimension santé ne soit pas davantage prise en compte dans les programmes de SVT, sauf en terminale (SIDA), car ils découvrent des questions d'élèves qui manifestent une certaine ignorance sur des sujets probablement traités en collège. Ceci nous renvoie à la cohérence d'une éducation globale et à la pertinence du message éducatif en fonction de la maturité des élèves, de leurs « besoins » d'information à un moment donné de leur vie.

En lycée professionnel, l'enseignement de vie sociale et professionnelle en classes de CAP et de BEP (tertiaires et industriels) affiche un objectif clairement défini d'éducation à la santé qui se prolonge par des aspects plus professionnels de santé et de sécurité au travail. L'enseignement d'ergonomie-sécurité intégré dans les enseignements professionnels des baccalauréats professionnels industriels devrait être utilement complété par l'enseignement, dont on peut regretter qu'il soit facultatif, d'hygiène-prévention-secourisme. Ces enseignements assurés par les professeurs de Biotechnologies santé environnement couvrent tous les niveaux de formation du lycée professionnel, sans exclure les actions plus ponctuelles thématiques organisées dans le cadre des CECS ou des initiatives particulières.

Au-delà des disciplines, l'organisation d'actions d'éducation à la santé relève le plus souvent d'un noyau de personnels pluri-catégoriels associant les professionnels de santé qui en sont souvent le pivot, des enseignants de diverses disciplines (et pas uniquement ceux dont l'enseignement les prédestine à ces actions), des personnels d'éducation, de documentation, des personnels techniques, etc. Chacun apporte alors, en fonction de sa place, de sa mission dans la communauté, des ressources qui facilitent grandement la mise en oeuvre d'actions éducatives à la santé.

Ces équipes de taille variable, toujours construites sur le volontariat et soudées par la conviction de leur action, ne sont pas obligatoirement formées pour faire de l'éducation à la santé, sauf lorsque cela répond à la mise en place de référents dans l'établissement pour des actions de prévention dont le pilotage est départemental ou académique (exemple : «Violence, parlons en ! ») ou pour la mise en oeuvre d'actions impliquant des outils construits sur une méthodologie précise.

Dans la majorité des cas, c'est souvent l'intérêt personnel pour les problèmes de santé des jeunes, la conviction individuelle et même la sensibilité vis à vis de la maladie qui animent ces équipes ; elles s'appuient le plus souvent, sur une pratique intuitive basée sur une recherche personnelle d'information pour transmettre des messages d'éducation à la santé.

Il est à remarquer que les personnels de documentation, les conseillers principaux d'éducation entretiennent avec les élèves des relations libérées du regard des disciplines et de l'évaluateur qu'est l'enseignant, ce qui leur permet ainsi d'être un rouage appréciable dans la transmission des messages d'éducation à la santé ou tout du moins dans la recherche d'interlocuteurs ou de documents pouvant répondre aux préoccupations des jeunes.

Ces équipes souhaiteraient que leur dynamisme se transmette aux autres membres de la communauté éducative car elles représentent au mieux 10 % du potentiel existant dans les établissements. Le temps et l'usure des bonnes volontés ont parfois raison de cet enthousiasme et il suffit d'un départ dans l'équipe pour que l'ensemble soit fragilisé.

Par ailleurs, l'investissement dans des actions éducatives pose rapidement le problème de la reconnaissance par l'institution, en particulier pour les personnels dont les attributions ne sont pas en lien direct avec les actions ; pour les enseignants, le chef d'établissement dispose, même si cela est limité, de quelques moyens tels que les HSA ; par contre, pour les personnels techniques, qui sont comme la mission l'a constaté, des éléments facilitateurs pour la mise en place et le bon déroulement des actions, cet investissement humain n'est guère reconnu par l'institution.

3.5 Les principaux acteurs : les élèves ...

Les élèves reconnaissent à l'école, un rôle à jouer dans l'éducation à la santé mais ils disent aussi fortement que l'Ecole n'est pas, et de loin, le seul vecteur des messages éducatifs auxquels ils ont été sensibles. La famille, les médias, leurs pairs sont aussi des références pour les jeunes. Il apparaît également dans les rencontres d'élèves que la mission a effectuées, que le jeune ne perçoit pas, et à juste titre, la cohérence des actions d'éducation à la santé «tout au long de sa vie d'élève».

Les élèves de lycée qui arrivent au terme de leur scolarité et qui peuvent dresser un état de ce que l'Ecole leur a apporté en matière d'éducation à la santé, regrettent la disparité, la redondance, l'absence d'information et de formation sur leur propre santé.

Pour l'élève de collège, le professeur, dans sa discipline, reste la courroie de transmission d'un savoir «académique ». Même lorsque la discipline est porteuse d'éducation à la santé, les élèves ne s'approprient pas obligatoirement ces objectifs dans une démarche personnelle de prise en charge de leur santé. Au lycée, certains élèves questionnés sur l'impact des enseignements disciplinaires dans la gestion de leur santé, disent que «le message de l'adulte est reçu comme une morale ». Le professeur reste le plus souvent «un professeur » même lorsqu'il inclut la dimension éducative dans son enseignement et il est rarement perçu par les jeunes, comme un adulte. Or c'est bien le besoin d'un référent adulte que les élèves expriment. Il y a là un point important de réflexion à conduire et qui rejoint l'aide à apporter aux enseignants dans leur position d'adultes pour que les messages éducatifs soient mieux reçus.

L'éducation à la santé se résume souvent pour eux aux interventions thématiques. Les actions éducatives ponctuelles sont, de ce fait, davantage remarquées par les élèves, pour diverses raisons : intervenants extérieurs ou rencontres à l'extérieur de l'établissement qui rompent avec la monotonie des interventions et de l'organisation d'un emploi du temps, thèmes qui retiennent au moins momentanément l'attention sur un problème de santé émergeant dans l'établissement, etc.

Ces actions n'en sont pas moins vécues par les élèves de manière contrastée : certains y voient l'intérêt de pouvoir réfléchir et d'être sensibilisés ou alertés sur des questions de santé, d'autres considèrent que la passivité dans laquelle ils ont vécu ces actions est peu porteuse de sens éducatif. Cette passivité peut être d'ailleurs liée à divers facteurs : précocité du problème posé par rapport à la maturité du jeune, action trop ponctuelle dont le sens n'est pas mis en évidence, absence de préparation et d'accompagnement du thème... Pour les élèves, ces actions s'inscrivent davantage dans une sensibilisation que dans une véritable éducation. Ce qu'ils qualifient de «première approche » permet d'éveiller leur intérêt de manière superficielle mais mérite ensuite un approfondissement auquel ils ne savent pas toujours comment accéder.

Ils attendent une diversification et une meilleure adaptation des moyens mis en œuvre pour que cette éducation réponde à ses objectifs. Les jeunes lycéens attendent plutôt des échanges avec des pairs, des actions qui les impliquent dans la durée, que des actions ponctuelles rapidement oubliées selon certains. Ils expriment la volonté d'être acteurs de cette éducation à la santé et souhaitent se l'approprier en la mettant eux-mêmes en œuvre sous des formes actives qui leur conviennent mieux.

L'intervention de pairs, porteurs de messages éducatifs, a été à plusieurs occasions évoquée comme pouvant mieux répondre aux besoins de jeunes proches de l'âge adulte. La communication entre élèves/étudiants est certainement moins chargée de symboles que la relation élève/adulte de la communauté éducative.

A titre d'exemple, la mission a rencontré une étudiante de BTS économie sociale familiale qui dans le cadre de son étude professionnelle portant sur la prévention des accidents de la route liés à l'alcool chez les jeunes de 18 à 25 ans, a engagé dans le lycée, avec l'appui du chef d'établissement et de la sécurité routière locale, une action de responsabilisation auprès des élèves et des personnels avec exposition, ateliers de discussion/témoignages, démonstrations, etc. De telles initiatives partant d'une étude individuelle conduite dans le cadre d'une formation contrôlée, méritent d'être valorisées si elles peuvent aboutir à une amélioration des comportements à risques.

3. 6 Des partenaires, extérieurs au système éducatif, aux compétences inégales

3.6.1 Une grande diversité d'intervenants, prestataires d'actions le plus souvent thématiques ou de supports méthodologiques

Comme le montre la diversité des actions présentées, de nombreuses structures associatives, de taille variable interviennent en matière d'éducation à la santé soit par une aide méthodologique soit par la mise en œuvre d'actions thématiques en fonction de leurs spécialisations : dépendances/toxicomanies, vie affective et sexuelle... .

Il convient de rappeler que les modalités d'agrément des associations extérieures aux établissements publics locaux d'enseignement qui peuvent entretenir des relations avec ceux-ci pour des interventions, pendant le temps scolaire ou hors du temps scolaire, sont définies par le décret du 6 novembre 1992 et par l'arrêté du 23 février 1993. La mission a cependant constaté une certaine disparité, selon les académies, dans le contrôle de ces agréments qu'ils soient nationaux ou académiques.

Ces associations proposent leurs services selon des démarches qui vont de l'offre officielle «publique » au démarchage de proximité. Dans telle académie, toute demande d'intervention d'une association passe par le niveau académique et fait l'objet d'un examen par une commission d'agrément. Les dossiers de demande d'agrément comprennent le descriptif des intervenants et l'expérience antérieure en milieu scolaire. L'habilitation est délivrée sans que pour autant des critères n'apparaissent sélectifs. Dans telle autre académie, les associations semblent bien identifiées par les responsables académiques ; la confiance qui s'est installée entre les partenaires autorise le démarchage de proximité. D'une manière générale, le premier degré semble plus perméable aux intervenants associatifs. Cependant, les messages éducatifs délivrés sont rarement contrôlés.

3.6.2 Les familles, partenaires ou spectateurs de l'éducation à la santé de leurs enfants

Les fédérations de parents d'élèves rencontrées tant au niveau national que les parents rencontrés dans les établissements scolaires sont désireux d'une éducation à la santé pour leurs enfants, reconnaissant à l'Ecole les qualités pour développer les compétences de leurs enfants dans ce domaine sans pour autant se substituer au rôle éducatif des parents. En particulier, l'Ecole peut délivrer un message scientifique, objectif, cohérent en contrepois des messages médiatiques auxquels le jeune est soumis souvent sans discernement.

Les parents d'élèves identifient parfaitement les moyens dont s'est dotée l'institution pour impulser et conduire une politique d'éducation à la santé. L'appareil réglementaire est bien identifié ; les projets d'établissements, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté... constituent des outils intéressants pour la mise en œuvre de cette politique. Cependant, les parents d'élèves regrettent que ceux-ci ne soient pas exploités et utilisés à leur pleine valeur (lorsqu'ils existent) pour piloter la politique de l'établissement en matière d'éducation à la santé. Les CESC sont, selon eux, trop souvent centrés sur la citoyenneté, occultant ainsi la dimension santé.

Les parents d'élèves regrettent que l'Ecole, dans une réflexion plus globale, ne soit pas un lieu d'exemplarité pour accompagner l'élève dans une éducation globale à la santé. En particulier, les parents souhaiteraient une meilleure prise en compte de la santé physique et du bien-être de leurs enfants par l'Ecole. Selon eux, les jeunes devraient trouver dans l'établissement scolaire un cadre de vie cohérent avec les principes de prévention et de

promotion de l'éducation à la santé. Bien que la communication se soit nettement améliorée entre l'établissement scolaire (en particulier au collège et au lycée) et les parents d'élèves, ils apprennent souvent par leur enfant, la tenue de tel atelier santé ou l'organisation de telle manifestation. Dans le premier degré, cette relation parents d'élèves / école semble mieux maîtrisée dans le cadre des conseils d'école trimestriels qui permettent d'informer les parents des actions envisagées.

Les actions thématiques abordées dans le cadre des CESC (lorsque les parents en connaissent l'existence dans l'établissement) ou de manière plus ponctuelle, sont effectivement proches de leurs préoccupations de parents (conduites addictives...) même si le regard qu'ils portent sur ces actions les conduit à en regretter l'absence de construction dans la durée associée parfois à une telle diversité que la cohérence n'apparaît pas. Cependant, les parents apprécient que l'Ecole développe les lieux d'écoute dans ses structures et qu'elle ne nie pas les problèmes comportementaux rencontrés par les jeunes.

Le regard que les parents portent sur les actions ponctuelles d'éducation à la santé, organisées au collège et au lycée, leur fait dire que celles-ci devraient être davantage préparées en amont pour répondre aux questions des jeunes. Ils souhaitent être partie prenante de cette préparation et des actions mises en place en dehors des enseignements. Ils regrettent d'ailleurs que ce soit toujours les disciplines concernées par l'éducation à la santé qui manifestent le plus d'implication alors que la santé concerne l'ensemble des personnels de l'établissement (y compris eux-mêmes). Les parents d'élèves reconnaissent par ailleurs, qu'il leur est parfois difficile de mobiliser les autres parents et ici aussi la communication mérite certainement d'être améliorée.

3.6.3 Des collectivités territoriales plus ou moins engagées

L'Ecole s'inscrit à l'intérieur d'un territoire où les collectivités peuvent contribuer à la mise en place de la politique d'éducation à la santé dans le cadre de partenariat dès lors qu'elles sont animées d'un véritable projet en matière de santé.

C'est le cas de certaines collectivités territoriales rencontrées par la mission. Une collectivité régionale s'est fortement investie dans le PRS «santé des jeunes » qui a un volet prévention en milieu scolaire, aussi bien par sa participation aux différents comités (par exemple : le comité régional des politiques de santé) que par sa contribution financière (son apport représente près de la moitié des crédits affectés aux différents PRS).

Ailleurs, c'est une collectivité départementale qui s'est mobilisée via les PRS sur trois thématiques de santé prioritaires dans cette région (la prévention de l'alcoolisme et la souffrance psychique des adolescents, ainsi qu'une étude sur la prévention de l'obésité avec un volet en milieu scolaire, menée avec le CODES).

Dans un autre lieu, une municipalité mène également des actions de prévention en concertation avec les professionnels de santé et du milieu éducatif dans le cadre d'un programme de prévention des troubles auditifs liés à la musique amplifiée.

Ces quelques exemples montrent que ce partenariat existe et peut être très riche, malgré sa variabilité quant à l'investissement, mais aussi en ce qui concerne les compétences et les moyens mobilisés.

Par ailleurs, le développement des «ville santé » montre qu'une véritable dynamique s'instaure entre la ville qui développe des actions en santé et les écoles, collèges et lycées qui participent régulièrement aux animations, aux expositions organisées, complétant ainsi les actions conduites dans les établissements. Ce constat est cependant très contrasté car dans d'autres municipalités, la politique de la ville essentiellement orientée sur l'axe de la cohésion sociale retient très peu de projets portant sur la santé. Lorsque les différents dispositifs (politique de la ville, PRS, MILDT, projet d'établissement scolaire, ...) s'articulent en bonne intelligence, ils peuvent alors se potentialiser et cela d'autant plus qu'il s'agit souvent des mêmes acteurs qui risquent de s'épuiser dans des efforts individuels non coordonnés.

4. Les moyens à disposition des établissements scolaires

Plusieurs conditions matérielles sont indispensables pour mettre en œuvre l'éducation à la santé en milieu scolaire. Il faut un cadre juridique pour valider les projets au niveau de l'établissement, des temps communs aux adultes, personnels mais aussi familles, du temps pour la réalisation des actions retenues, et des moyens financiers pour soutenir les projets.

4.1 Des instances mais mal utilisées

L'organisation des moyens s'appuie sur des instances statutaires d'information, de concertation et de validation. La réglementation en prévoit un nombre suffisant dans les établissements scolaires.

4.1.1 Les conseils au sein des établissements

Le conseil d'école dans le premier degré et le conseil d'administration dans les EPLE offrent des garanties suffisantes de représentativité et d'information. Elèves, familles, personnels, représentants de l'institution et collectivités territoriales font partie de ces instances décisionnelles qui sont réunies régulièrement, au moins une fois par trimestre, et qui permettent de valider la politique d'établissement. On peut cependant regretter que la commission permanente destinée à préparer les dossiers présentés au conseil d'administration ne soit pas assez utilisée pour laisser la place à la discussion et à la concertation notamment avec les parents d'élèves sur le projet d'établissement.

Le projet d'école ou le projet d'établissement est un outil de pilotage pertinent lorsqu'il est fondé sur une analyse précise de l'établissement scolaire et de son environnement. Le volet santé a toute sa place dans cette démarche et ne nécessite pas de légitimité supplémentaire. En effet, la circulaire n° 98-108 du 1.7.98, en instaurant les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), a permis de doter les établissements d'un outil au service d'une politique globale de prévention des conduites à risques.

4.1.2 Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté : un dispositif intéressant mais qui a des limites

La création d'un CESC est soumise au vote du conseil d'administration et suppose donc une véritable impulsion de la direction de l'établissement dans le cadre de son autonomie. Présidé par le chef d'établissement, c'est un dispositif fédérateur qui associe l'ensemble de la communauté éducative et des partenaires extérieurs dans une logique de réseau. Le partenariat de proximité s'exerce avec les services déconcentrés de l'Etat - Justice, Intérieur, Emploi et Solidarité, etc. -, les collectivités territoriales et les organismes habilités. La participation de

ses membres repose sur une motivation réelle et non pas sur une obligation réglementaire ou une représentation mandatée. Ce fonctionnement souple a pour objectif de favoriser le travail en équipe intercatégorielle, organisé en groupes de pilotage sur les différents axes arrêtés. La participation des élèves et des parents est essentielle qu'ils soient délégués ou non.

Les missions des CESC se déclinent autour de six axes de prévention :

- rendre 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 ;
- 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 2002, 73% des collèges avaient un CESC, pourcentage en augmentation puisqu'il était de 66,1% en 2001 et de 55% en 2000. La situation est à peu près identique dans les lycées.

La participation aux CESC des écoles du secteur, représentées par l'IEN de la circonscription est fortement encouragée dans les textes. Mais cette participation est très faible, ce qui nuit à la continuité des actions de prévention entre le premier et second degré.

Il existe des CESC inter-établissements associant non seulement les écoles mais aussi les autres établissements de la même zone géographique. Tel CESC regroupe un lycée, les collèges et toutes les écoles primaires de la ville. Ce schéma est particulièrement intéressant en zone urbaine car il permet de renforcer la cohérence des actions et l'implication de la collectivité locale de proximité sur des projets qui suivront les jeunes tout au long de leur scolarité.

Le CESC, structure apparemment adaptée aux objectifs, connaît cependant des limites internes.

La juxtaposition au sein du même comité de la santé et de la citoyenneté n'est pas sans ambiguïté sur la définition, les frontières et l'interaction des deux concepts. Elle peut contribuer à brouiller les messages et les priorités. Par exemple, est-ce que l'aide aux premiers secours relève de l'un plus que l'autre ? Beaucoup de CESC soutenus par les orientations nationales inscrivent ce type d'action dans leur programme au titre de l'éducation à la santé. Or, ce peut-être une nécessité en lycée professionnel avec les risques d'accidents professionnels mais une action moins prioritaire en collège à la limite d'une démarche de citoyenneté⁵⁴. Ce risque de confusion ne justifie pas cependant que l'on multiplie les instances.

L'existence d'un CESC s'avère une condition essentielle pour obtenir des subventions du rectorat, de la MILDT et des autres organismes. Le risque de dérive utilitariste est double quand la création du CESC est justifiée par cette raison uniquement ou que sont privilégiées les actions qui rentrent dans des critères porteurs au détriment d'une politique déclinée dans le seul intérêt de l'établissement.

D'autre part, l'articulation avec le conseil d'administration qui doit être régulièrement informé de l'activité du CESC n'est pas toujours évidente, faisant du CESC une instance peu

⁵⁴ Cf. l'analyse développée dans le point 2.2.7

visible et mal intégrée dans la vie de l'établissement. Ces faiblesses relèvent du même manque de pilotage analysé dans la première partie ou d'un manque d'intérêt qui se limite à la création de la structure comme une fin en soi.

Le manque d'intérêt manifeste pour le CESC d'un certain nombre de chefs d'établissement, cache probablement aussi la crainte de porter atteinte à l'image de l'établissement en mettant l'accent sur des phénomènes (mal-être des lycéens, incivilités, conduites à risque...) que l'on préfère traiter discrètement ou ignorer... En effet la création d'un CESC n'est pas obligatoire, ce qui conduit à une disparité entre les établissements. 20% des établissements n'en ont toujours pas en 2003. Le projet de loi sur la prévention de la délinquance prévoit un CESC dans chaque établissement. D'un autre côté, laisser l'initiative de sa création à l'établissement pose les fondements d'une réelle volonté d'agir et les conditions d'une plus grande implication des membres qui souhaitent en faire partie. Plus inquiétant, on remarque que la participation au CESC repose sur un noyau motivé certes mais qui a souvent du mal à essaimer dans la communauté éducative et finit par connaître un phénomène d'usure.

4.1.3 Les instances de concertation avec les élèves

Les instances lycéennes organisent la concertation avec les élèves. Le CVL (Conseil de la Vie Lycéenne) doit se réunir avant chaque conseil d'administration. Le CAVL (Conseil Académique de la Vie Lycéenne) permet d'avoir une photographie académique de la vie dans les établissements. On comprend tout l'intérêt qu'il y aurait à renforcer l'interface entre les CESC et ces instances pour que la prévention réponde au plus près aux attentes des élèves et qu'ils se l'approprient.

4.2 Le manque de temps en milieu scolaire

Le problème de la gestion du temps est le plus souvent invoqué quand on parle de l'éducation à la santé : le temps de l'élève, le temps des personnels dans le cadre scolaire se concilient difficilement avec cette « priorité » quand ils ne deviennent pas un frein aux initiatives. Ce constat critique de l'absence de temps identifié pour l'éducation à la santé oblige à placer cette éducation soit sur des temps d'enseignement au détriment des disciplines, soit sur des temps hors enseignement, ce qui alourdit l'emploi du temps des élèves et des adultes.

4.2.1 Le temps des élèves et des personnels

L'emploi du temps des élèves laisse souvent songeur sur l'absence de corrélation entre le rythme scolaire et la santé. Un élève de 4^{me} peut avoir trente deux heures de cours par semaine dont huit heures le mardi avec une demi-heure pour déjeuner alors qu'une pause de quarante cinq minutes est préconisée pour les adultes. Cet exemple est pris en centre ville où les incidences sur l'emploi du temps des contraintes liées aux transports scolaires sont moins importantes qu'ailleurs. Il n'est pas rare non plus que les actions d'éducation à la santé se déroulent sur le temps du repas, que l'infirmière quémande des heures pour des actions collectives, faisant de l'éducation à la santé une mission plus militante qu'institutionnalisée.

La gestion du temps est plus simple et plus souple à l'école. La polyvalence du maître sur l'ensemble des enseignements permet d'intégrer plus facilement dans les apprentissages quotidiens et le temps scolaire l'éducation à la santé.

L'absence de temps consacré à la concertation et de créneau horaire commun aux familles, aux élèves et aux personnels est un frein important à la dynamique des CESC.

L'implication réelle des enseignants qui existe dans nombre d'établissements même si elle concerne une petite minorité de professeurs n'est pas organisée dans le cadre de la DHG (Dotation Horaire Globale) et des emplois du temps mais fait l'objet d'un traitement et d'une reconnaissance particuliers. L'animation ou l'encadrement des actions se font en dehors des heures de cours et peuvent être compensées par des heures supplémentaires. Des HSE sont également accordées dans le cadre du projet d'établissement. Le recours à cette solution par les chefs d'établissement est habituel et ils savent optimiser ces moyens très variables d'un établissement à l'autre. Mais elle présente l'inconvénient d'écarter du dispositif d'autres catégories de personnels qui ne peuvent relever du cadre juridique et financier des heures supplémentaires.

Face à cette situation, deux questions se posent : comment mieux gérer le temps des enseignants et comment reconnaître équitablement l'investissement des personnels, quel que soit leur statut ?

Les textes mentionnent souvent la notion d'horaire global annuel seulement pour les élèves. La circulaire n°97-123 du 23 mai 1997 sur les missions des professeurs en collège et en lycée précise bien qu' «ils sont partie prenante du projet d'établissement qu'ils mettent en œuvre avec l'ensemble des personnels et des membres de la communauté éducative ». Mais la mission a pu mesurer les difficultés de cette mise en œuvre faute d'une définition claire du temps de travail annuel des enseignants et de leurs obligations.

La deuxième question est tout aussi fondamentale. En effet s'il est établi que l'éducation à la santé est l'affaire de tous les adultes de l'établissement et qu'elle se réalise à travers un travail d'équipe associant plusieurs catégories de personnels : personnels médico-sociaux, enseignants, CPE, ATOS, on constate que seul l'engagement des enseignants peut être rémunéré. Pour les personnels de santé, les actions sont conduites entièrement dans le cadre de leur activité professionnelle.

La mission confirme, si doute il y avait sur le sujet, que globalement personne n'envisage l'éducation à la santé sous l'angle du «bénévolat» même dans le cas où consensus et convictions sont affichés par des équipes pluricatégorielles investies dans des actions.

Les moments consacrés à l'éducation et au suivi des jeunes au-delà de la transmission des savoirs ont tendance à se développer. Le cadre juridique doit s'adapter à ces évolutions et s'appliquer équitablement à tous les membres de la communauté éducative maintes fois sollicitée dans les orientations nationales.

4.2.2 L'échec de l'idée des «rencontres éducatives » au collège

Les rencontres éducatives représentent aux termes de la circulaire du 24 novembre 1998, trente à quarante heures d'éducation à la santé pendant les quatre années du collège. Cette obligation a été réaffirmée dans la circulaire du 17 février 2003 sur l'éducation à la sexualité à laquelle doivent être consacrées au minimum trois séances dans le courant de chaque année scolaire à l'école, au collège et au lycée, soit douze heures en collège sur les trente à quarante heures des rencontres éducatives. Les deux textes insistent sur ces heures inscrites dès le début de l'année scolaire dans l'horaire global annuel des élèves. Ces séances doivent être dégagées sur la DHG soit avant répartition soit après, par réaffectation des moyens provenant de l'ensemble des disciplines.

Or la mission a pu constater que le terme même des rencontres éducatives était inconnu des établissements scolaires et que le principe n'en était a fortiori pas appliqué. Sauf exception⁵⁵, la mission estime que le temps consacré à l'éducation à la santé représente quatre à huit heures sur l'ensemble du cursus du collège et relève d'une organisation empirique. L'explication de ce phénomène réside dans l'ambiguïté du concept et dans l'absence d'identification des moyens d'enseignement alloués par l'autorité académique à cette activité dans le cadre de la DHG. On voit bien que dans un système ligoté par l'utilisation des moyens d'enseignement sur une base hebdomadaire, il n'est pas possible d'institutionnaliser un dispositif basé sur la diversité des méthodes et la mutualisation des horaires.

4.2.3 Des exemples dans d'autres domaines au collège

L'échec des rencontres éducatives conduit à s'interroger. Faut-il y voir l'impossibilité structurelle de notre système éducatif à dégager du temps qui ne soit pas consacré à la seule transmission des savoirs ? Non, car on constate par ailleurs que « l'heure de vie de classe » mise en place à la suite d'un discours de la ministre déléguée à l'enseignement scolaire, Ségolène Royal, le 7 juin 1999 est mieux appliquée.

L'heure de vie de classe représente dix heures par année scolaire de la 6^{ème} à la 3^{ème} inscrites dans l'emploi du temps⁵⁶. Elles sont l'occasion privilégiée d'un dialogue entre les élèves et les adultes hors champ disciplinaire sur toutes les questions relatives à la vie au collège, aux conflits, à l'orientation en 3^{ème}. Elles sont organisées différemment selon les établissements mais faites le plus souvent par le professeur principal. Malheureusement, des détournements de ces heures au profit d'enseignements disciplinaires sont parfois constatés.

Les rencontres éducatives dont l'instauration est antérieure à cette mesure sont un échec pour plusieurs raisons : la formation nécessaire aux adultes pour éduquer à la santé fait souvent défaut, les représentations culturelles sont confuses dans un domaine perçu comme particulier, voire intime, ainsi que d'autres raisons déjà décrites dans ce rapport. Mais une raison majeure est l'absence de textes réglementaires intégrant officiellement les rencontres éducatives dans la définition des enseignements.

4.2.4 Les dispositifs innovants au collège et au lycée

La circulaire du 24 novembre 1998 insiste sur une approche pluridisciplinaire de l'éducation à la santé qui peut avoir un lien direct ou indirect avec les programmes d'enseignement.

Les dispositifs innovants récents d'accès aux savoirs que sont les IDD (Itinéraires De Découverte, rentrée 2002) en collège, les TPE (Travaux Personnels Encadrés, rentrée 2000) en lycée d'enseignement général et technologique, les PPCP (Projet Pluridisciplinaire à Caractère Professionnel, rentrée 2000) en lycée professionnel offrent la possibilité d'une telle démarche confortée par des moyens horaires réels. Un collège où la mission s'est déplacée utilise le support technique des IDD pour un projet d'éducation à la santé qui regroupe des élèves de plusieurs classes de 4^{ème}. Ces dispositifs pédagogiques ont cependant des limites : ils s'inscrivent dans le cadre d'un programme ou de thèmes précis et font l'objet d'une évaluation traditionnelle. D'autre part, ils font appel à l'interdisciplinarité plus qu'à l'intercatégorialité qui apporte à l'éducation à la santé une dimension particulière en raison de la diversité des approches qui caractérise chaque professionnel. D'autre part les élèves de 6^{ème}

⁵⁵ comme celles constatées dans certains établissements choisis par les responsables académiques et dans lesquels la mission s'est déplacée

⁵⁶ Cf. l'arrêté du 14 janvier 2002 sur la définition des enseignements au collège

et de 3^{ème} ne sont pas concernés par les IDD, ni les élèves de seconde en lycée professionnel par les PPCP.

4.3 Des crédits d'intervention principalement extérieurs à l'éducation nationale

L'éducation à la santé, répondant aux objectifs au moins de deux ministères (Santé et Éducation nationale) multiplie les possibilités de financement des projets par différentes institutions. L'appréciation quantitative des financements paraît correspondre aux demandes au cours de ces cinq dernières années ; mais elle est plus aléatoire sur le plan qualitatif du et de l'efficience.

4.3.1 Des financements multiples

Les sources de financement sont multiples, mais mal connues et mal coordonnées. En dehors des crédits de personnel, le ministère de l'éducation nationale via la direction de l'enseignement scolaire (DESCO), gère très peu de crédits d'intervention dans le domaine de la santé. En revanche, l'évaluation de l'effort financier ne doit pas omettre les crédits de rémunération des personnels médico-sociaux dont l'éducation à la santé est partie intégrante des missions et l'indemnisation sous forme d'heures supplémentaires de l'investissement d'enseignants dans les actions. Cette prise en compte qui devrait à l'avenir être rendue possible dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique placerait probablement le ministère de l'éducation nationale parmi les plus importants contributeurs à l'effort national de promotion de la santé.

Pour mener des actions d'éducation à la santé en milieu scolaire, l'éducation nationale bénéficie donc de moyens financiers, extérieurs à son propre ministère.

Une partie des crédits provient de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT). Avant l'année 2000, le financement des CESC provenait à 80% de la MILDT (Ministère des affaires sociales) et à 20% de l'éducation nationale (DESCO). Cette dernière finançait plutôt le fonctionnement et des actions de formation des acteurs. Les financements étaient répartis par le ministère de l'éducation nationale en fonction de critères fixes (nombre d'élèves, critères sociaux en lien avec la précarité), et de projets retenus par un groupe de pilotage. En 2000 et 2001, la participation de la MILDT au ministère de l'éducation nationale s'est élevée à plus de 3 M€ représentant 86% des crédits affectés par le ministère à l'éducation à la santé.

Suite à un rapport parlementaire d'octobre 2001⁵⁷, la participation de la MILDT au fonctionnement des CESC, a été remise en cause au profit d'un recentrage de ses crédits autour de la drogue et des toxicomanies.

En 2002, 50% de l'enveloppe a été déléguée aux chefs de projets départementaux MILDT qui sont généralement les DDASS sous l'autorité du préfet, à charge pour eux dans le cadre du comité de pilotage départemental de sélectionner les projets à financer, et 50% devaient être délégués directement à l'éducation nationale. Le gel des crédits, cette année là, a conduit à ce que certains CESC ne perçoivent que 20% des sommes prévues.

Depuis, la MILDT a revu sa politique et ne finance plus les CESC de manière globale, mais uniquement les projets spécifiques de lutte contre les toxicomanies. C'est ainsi qu'en 2003,

⁵⁷ rapport d'information du sénat n°28 du 16 octobre 2001 de Roland du Luart

au niveau national, la MILDT a accordé 50 000 € au total pour les vingt deux sites « lycées sans tabac ».

Une autre source de crédits provient des programmes régionaux de santé (PRS), dont le financement est assuré en majorité par des crédits d'assurance maladie, et des crédits d'Etat qui soutiennent des actions en milieu scolaire.

Selon les régions, l'apport des crédits par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) est variable et se fait en complément des crédits affectés au budget des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Pour que les actions d'éducation à la santé soient financées dans ce cadre, elles doivent s'intégrer dans les objectifs prioritaires. C'est le cas de certaines régions visitées par la mission, qui ont des PRS « santé des jeunes » ou des PRS thématiques de prévention des addictions. De plus en plus, Etat et assurance maladie opèrent annuellement par appel à projet commun.

Enfin, des collectivités territoriales : régions, départements, villes participent à des degrés divers au financement des projets.

Des départements financent de nombreuses actions au sein des collèges et lycées, soit de manière isolée soit de plus en plus en lien avec la dynamique des PRS. Des municipalités soutiennent par exemple des initiatives de CESC inter-établissements.

La mission a remarqué que certains établissements rôtés à la technique de présentation de projet pouvaient obtenir des subventions de sources différentes mais encore faut-il que les calendriers scolaires et le planning des procédures de financement concordent et que des crédits soient disponibles.

Pour que les établissements scolaires puissent bénéficier de ces modalités de financement de leurs projets, encore faudrait-il aussi que l'information arrive jusqu'à leurs directeurs. La mission a constaté que ce n'était pas toujours le cas.

La coordination entre les divers financeurs est indispensable pour que l'action ait une chance d'être financée et que puisse se mettre en place une évaluation conjointe du projet retenu.

4.3.2 Des circuits complexes

De l'instruction des demandes à la délégation des crédits, la circulation des financements de l'Etat et des collectivités n'est pas simple.

Une difficulté évoquée plusieurs fois au cours de la mission tient au décalage entre l'année scolaire et l'année civile budgétaire qui rend difficile l'adéquation entre les différentes étapes : notification par la DESCO des crédits aux académies, appel à projets vers les établissements, instruction des dossiers avec une implication plus ou moins grande de l'échelon départemental selon les académies et enfin, délégation de crédits à l'établissement. La situation se complique au point de devenir démobilisante quand un gel de 47% des crédits intervient comme en 2002.

Telle région visitée soutient directement les initiatives de 50% des lycées mais souligne la lourdeur des procédures administratives pour des subventions d'un montant généralement peu élevé (de 3000 à 7500 € maximum).

La réussite repose en grande partie sur une parfaite cohésion des équipes entre les conseillers du recteur et les conseillers des inspections académiques ainsi qu'entre eux et les acteurs de

terrain. Or la mission a relevé qu'au sein même de l'institution les conflits de territoires et de pouvoir ou de simples problèmes de circulation de l'information pouvaient entraver l'efficacité de l'action.

La gestion des crédits MILDT par les DDASS peut également peser sur les relations entre les rectorats et les inspections académiques, malgré l'existence de comité de pilotage du programme départemental de lutte contre les toxicomanies réunissant l'ensemble des représentants des services de l'Etat.

Cependant des progrès voient le jour, puisque de plus en plus, les principaux organismes de financement tentent de mettre en place (c'est souvent le cas pour les financements des PRS) au niveau régional, une procédure commune de sélection et de suivi des projets : critères d'éligibilité, instruction, sélection des projets proposés au financement, suivi et évaluation. Le système du dépôt des dossiers auprès d'un « guichet unique » tend, également, à se développer.

La mise en œuvre depuis 1998 des PRS a permis progressivement une meilleure coordination entre les différentes institutions - qu'elles apportent ou pas des financements - sur les projets d'éducation à la santé qui représentent une part importante des projets des PRS. Les rectorats font partie des comités de pilotage avec des correspondants bien identifiés.

La modification intervenue dans l'attribution des crédits MILDT a eu pour conséquence de rapprocher les inspections académiques des DDASS (quand le chef de projet toxicomanie est l'un de ses responsables) même s'il reste difficile d'articuler une politique académique avec des dynamiques propres à l'échelon départemental.

4.3.3 Une logique institutionnelle qui pourrait nuire à une approche globale de la santé des élèves

Les différents services et organismes habilités accordent des subventions pour des projets qui répondent à des thématiques nationales ou régionales. Il faut se féliciter de cette mise en cohérence des politiques de santé publique mais s'interroger aussi sur la pertinence de ces cadres par rapport à une démarche de projet d'établissement établi à partir d'un diagnostic fondé sur des besoins spécifiques et les attentes exprimées par les élèves.

On peut également se demander si ces modes d'entrée sectorisés : tabac, drogue, prévention du sida, etc. ne nuisent pas à la prévention globale de la santé du jeune en construction. Car la difficulté est là aussi : toucher plus efficacement les jeunes en prenant en compte leurs préoccupations et leurs valeurs et non pas seulement celles des adultes.

5. La formation des personnels de l'éducation nationale en éducation à la santé

Une autre explication des manques constatés dans toutes les académies des actions d'éducation à la santé a été recherchée dans l'étude de la formation des personnels. Le constat, par catégories d'intervenants, identifie le rôle des IUFM, l'apport des Plans Académiques de Formation (PAF) en lien avec la politique nationale de santé, ainsi que la contribution des partenaires du système éducatif dans les formations initiale et continue.

La mission s'est intéressée aussi aux réseaux départementaux susceptibles de faciliter la mise en œuvre et le suivi, dans les établissements, d'une impulsion éducative qui, en appui sur les enseignements, prend en compte les attentes et les besoins des élèves, conformément au cadre institutionnel proposé. De plus, il importait d'étudier la relation susceptible d'exister entre l'offre de formation et la demande en provenance des établissements, et de voir si la modestie de celle-ci n'est pas, au moins en partie, liée à l'orientation de celle-là, caractérisée par une prévalence forte en direction des élèves par rapport aux aides à apporter aux enseignants et autres personnels de l'éducation nationale.

5.1 La formation globalement satisfaisante des personnels de santé et sociaux

Du fait de leur formation professionnelle, les médecins de l'éducation nationale, les infirmiers et les assistants de service social peuvent apporter une contribution majeure à l'éducation à la santé des élèves. Une formation complémentaire est cependant recherchée.

5.1.1 Une formation pertinente mais peu de disponibilité pour les médecins de l'éducation nationale

L'offre de formation de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) comporte plusieurs champs de compétences concernant l'éducation pour la santé des élèves : «observer les besoins de santé de la population scolaire, gérer les situations d'alerte sanitaire, surveiller l'hygiène de la restauration, organiser et mettre en œuvre des actions de prévention individuelle visant à optimiser la scolarité de l'enfant et de l'adolescent » en représentent des exemples. Un module méthodologique de la formation porte, en outre, sur la compétence à créer une dynamique d'éducation à la santé au sein d'une équipe éducative. Les médecins de l'éducation nationale sont, de ce fait, sensibilisés à une participation utile à la mise en œuvre d'une démarche de projet (projet d'éducation pour la santé au sein du projet d'établissement ou d'école). Leur formation spécifique en fait naturellement des acteurs de choix pour élaborer, en partenariat, des méthodes et des outils en éducation à la santé.

De plus, dans leur formation existent des modules optionnels permettant d'effectuer un choix complémentaire parmi des thèmes comme : « jeunesse délinquante et société, enfance et maltraitance, de la lutte contre les toxicomanies à l'addictologie, toxicomanies et dépendances, sécurité alimentaire ».

Les compétences initiales des médecins, relatives à l'exposition des professions aux risques chimiques, biologiques, liés à la restauration collective, aux postures de travail (manutention, travail sur écran...), ou encore à d'autres risques, auditifs, électriques, etc. s'enrichissent au cours de leur exercice professionnel. A la faveur des visites, les médecins relèvent des données très importantes sur les comportements très suivis liés au tabac, au sport, au stress par exemple. Mais depuis 2001, comme cela a été souligné, les médecins n'ont plus la disponibilité pour faire bénéficier l'institution de leurs compétences dans le domaine.

Certains médecins, conseillers techniques auprès des recteurs, prennent néanmoins en charge la formation en méthodologie de l'éducation à la santé de médecins impliqués dans la formation initiale des professeurs d'école. Il semble donc que les médecins de l'éducation nationale restent des incitateurs ; mais ils sont de moins en moins promoteurs et surtout acteurs. En outre, le recours croissant à des médecins vacataires (jusqu'à plus de 50% des effectifs dans certaines académies) qui ne sont pas formés au sein de l'ENSP comme leurs collègues titulaires, ne peut qu'aggraver ce phénomène regrettable.

5.1.2 Une formation d'adaptation à l'emploi des infirmier(e)s stagiaires ou nouvellement nommé(e)s en académie

Une adaptation des compétences spécifiques doit tenir compte de l'évolution de la réalité de terrain et du contexte social. La nécessité du renforcement de cette adaptation a été rappelée par la direction des personnels administratifs, techniques et d'encadrement sous la forme d'une note adressée aux recteurs d'académie (note DPATE, octobre 2002). Elle souligne les orientations nationales pour l'élaboration et la mise en œuvre, dans les PAF dont les recteurs ont la responsabilité, des «dispositifs renforcés des formations d'adaptation à l'emploi des infirmières stagiaires ou nouvellement nommées », ainsi que pour la généralisation de leur tutorat professionnel.

Il est mis en place, aux niveaux du district ou du bassin de formation et de l'établissement, un accompagnement des infirmières stagiaires ou nouvellement nommées, dans les établissements ou en postes mixtes : stages pratiques, aide méthodologique en éducation à la santé et à la sécurité, ressources documentaires. Le centre académique de formation des personnels ATOSS (CAFA) organise la formation à l'emploi dans le cadre du PAF dont les axes sont définis en fonction du projet académique. Le recteur en détermine la durée. Les sessions théorique et méthodologique, alternent avec des stages pratiques sur le terrain, accompagnés par une infirmière.

Dans le cadre de l'adaptation à l'emploi, une formation de 3 jours a pu être mise en place dans une académie, dans les conditions indiquées plus haut, sur le thème : « comment construire un projet d'éducation à la santé ? ». Dans cette académie qui a pu bénéficier de moyens supplémentaires, ce sont 135 nouvelles infirmières qui ont été formées en 3 ans dans cet esprit. Les stages d'adaptation à l'emploi ont pu, dans un autre cas, concerner 50% de ce personnel.

5.1.3 Des infirmiers aux compétences adaptées mais peu exploitées

Par ailleurs, dans le cadre de leurs missions, les infirmiers conseillers techniques des recteurs sont en mesure d'apporter leurs compétences spécifiques dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique rectorale de formation des personnels infirmiers, en s'appuyant sur les directives officielles, sur les dispositifs propres à l'éducation nationale et ceux proposés par les différents services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales (circulaire ministérielle - C.M. 2001-014 du 12 janvier 2001). Les infirmiers conseillers techniques des recteurs et les conseillers responsables départementaux auprès de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale (IA-DSDEN) doivent proposer des actions dans les domaines de la formation initiale et de la formation continue du personnel infirmier, en vue de l'aide à l'encadrement pour l'éducation, la prévention, le dépistage en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité, ainsi que pour l'éducation à la sexualité.

Les responsables départementaux auprès de l'IA-DSDEN ont un rôle essentiel à jouer ; mais ils en ont rarement les moyens faute de disponibilité ou parce qu'ils ne considèrent pas cette mission prioritaire. Les compétences spécifiques des infirmières sont peu ou mal utilisées. Leur formation à la dimension «collective» du système éducatif, à la prévention, à l'éducation à la santé et à son environnement administratif et professionnel, leurs savoir et savoir-faire technique dans les domaines de la contraception d'urgence, de la maltraitance, du repérage de symptômes liés à une souffrance psychique, du secourisme, leurs aptitudes relationnelles avec les adolescents, à propos des risques par exemple, sont insuffisamment

exploitées dans la constitution utile des réseaux de personnes et d'équipes ressources. Elles sont pourtant susceptibles de transmettre des connaissances pratiques, et de mutualiser les expériences des personnels infirmiers.

5.1.4 L'implication faible des infirmier(e)s dans les formations intercatégorielles

En effet, dans un tiers des académies visitées, il n'a pas été possible d'identifier des formations qui intègrent les compétences éducatives des infirmiers. Dans les autres, cependant, les infirmier(e)s peuvent participer à des stages de formation continue réservés à des équipes pluri-catégorielles, en apportant leurs compétences complémentaires. Les personnels médicaux et sociaux y sont d'ailleurs en majorité, tandis que les enseignants sont le plus souvent absents ! Les formations transversales proposées, de 3 à 4 jours, font une place aux stratégies de la prévention et de la constitution de réseaux de compétences dans ce domaine, ainsi que dans la prévention du suicide par exemple, en cohérence avec le projet régional de santé.

En particulier dans les collèges, les infirmiers consacrent désormais un tiers de leur temps à l'éducation à la santé (individuelle ou collective), un tiers du temps à l'écoute des élèves, et un autre tiers de leur temps aux soins complétés par une approche éducative. Au primaire, ils assurent un suivi de la croissance des enfants, de leur hygiène et de leur santé dentaire. Mais la mission a pris toute la mesure des différences de situations entre les académies. Dans les unes, les infirmiers prolongent une formation complémentaire de 6 jours consacrés à l'éducation à la santé, par une implication relativement libre, en cohérence avec la politique affirmée du recteur d'académie. Des stages de 4 jours contribuent à la mise en place d'équipes pluri-catégorielles d'établissement. Dans d'autres académies, les plus nombreuses, les infirmiers conseillers techniques des recteurs ou les responsables auprès des IA-DSDEN, restent dépourvus de moyens et dépendants d'une organisation rectorale qui ne permet pas le développement d'un dynamisme éducatif dans le domaine de la santé. Là, les stages inter-académiques organisés en 2001 par la DESCO n'ont pas eu de prolongement, faute de politique académique.

Les infirmier(e)s acquièrent par leur formation initiale et continue les compétences adaptées à une collaboration fructueuse au travail en équipe dans le domaine de l'éducation à la santé. Mais cette forme de travail est encore très limitée. Ce constat et le fait que chaque poste recouvre un effectif généralement compris entre 1210 et 2330 élèves condamnent ce personnel de santé à agir davantage dans une optique de service plutôt que de programme.

5.1.5 Une formation à parfaire pour les assistant(e)s de services sociaux

Des actions inscrites au Plan Académique de Formation (PAF), sont relevées dans une des académies visitées : la future parentalité (action ciblée sur le public scolaire des 16-17 ans des lycées professionnels et des lycées d'enseignement général et technologique), la prévention des agressions sexuelles, ou encore, par exemple, le travail sur le corps (pour des élèves du cycle 3 et de la classe de 6^{ème}).

Ces stages sont aussi ouverts aux autres catégories ; mais ils ne mobilisent pas les enseignants ou les intéressent peu, même si l'objectif affiché est de mettre en place une équipe pluri-catégorielle au niveau de chaque bassin de formation. Dans une autre académie, un stage intercatégoriel sur la maltraitance a été reporté, faute de crédits. Pour la même raison, une formation à la gestion de projet, organisée à l'université pour 40 nouvelles assistantes sociales en 1998-1999 n'a pas pu être reconduite.

Les observations effectuées incitent à penser que les formations des personnels de santé et sociaux devraient comporter, outre un volet technique spécifique (addiction, nutrition, ...), un temps de travail commun privilégiant les échanges et enrichissements mutuels entre les catégories professionnelles.

5.2 Une formation peu adaptée des personnels de direction, d'éducation et d'enseignement

La formation initiale et continue est examinée par rapport aux objectifs d'éducation à la santé des élèves et aux modalités innovantes de travail proposées par les textes officiels : élaboration d'un projet santé articulé aux enseignements, rencontres éducatives au collège, travail en équipe sur des thèmes transversaux concernant la santé ou, plus globalement, le bien être des élèves (actions disciplinaires, mono ou pluri-catégorielles, actions intégrées à la vie scolaire, avec ou sans partenariat...).

Compte tenu des orientations nationales, on peut attendre des formations s'appuyant sur la diversité des acteurs de la communauté éducative des établissements. L'ouverture aux connaissances nouvelles en santé, ou les interprétations actuelles des données épidémiologiques justifient tout particulièrement la pertinence d'une culture commune. La formation continue devrait permettre le développement de compétences complémentaires sur les dossiers transversaux : santé, environnement et santé, risques majeurs, secourisme et sécurité...

5.2.1 Une formation initiale incontestablement insuffisante dans le premier degré

Les directeurs d'écoles nouvellement recrutés bénéficient, au niveau du département, d'une formation de six semaines comportant un module spécifique d'éducation à la santé. Les thèmes comme la maltraitance, les violences, l'hygiène, la consommation du tabac... sont alors abordés avec le concours d'un partenariat. Bâtir une politique de santé fait l'objet d'une réflexion méthodologique.

Le module science pour les professeurs d'écoles comporte cent heures d'enseignement sur alimentation et santé, sommeil, nutrition, hygiène. La formation initiale comporte aussi un module santé de neuf à douze heures, complété par une exploitation des observations réalisées au cours des stages. Dans une académie, on apprend au professeur d'école à articuler éducation à la santé et programme d'enseignement, en éducation à la nutrition par exemple. En outre, une formation aux gestes de premiers secours est organisée sur trois heures.

5.2.2 Quelques formations spécifiques dans le second degré

En ce qui concerne le second degré, la formation des chefs d'établissement à la prise de fonction comporte une sensibilisation en atelier sur le thème (3 heures). La formation spécifique des professeurs stagiaires des filières techniques et professionnelles peut comporter 5 jours de travail sur la prévention des risques liés au travail. Dans des spécialités, les professeurs de lycées professionnels en biotechnologie santé-environnement et de sciences et techniques médico-sociales préparent pour certains le monitorat de formation aux premiers secours où l'instructorat de sauveteur-secouriste du travail. Par ailleurs, leur formation pédagogique intègre la dimension "éducation à la santé" dans le cadre des enseignements de vie sociale et professionnelle. Une formation spécifique liée aux programmes d'enseignement concerne aussi les professeurs stagiaires en EPS et en SVT. Ces derniers sont parfois préparés au sens à donner à leur enseignement dans une approche des nombreux domaines

scientifiques directement liés aux préoccupations humaines et sociales : implications éthiques de la biologie moléculaire, de la médecine prédictive, de la procréation médicalement assistée, du clonage etc. autorisées par les programmes scolaires. Les études des comportements alimentaires dans le monde, des facteurs internes et externes de l'obésité, l'explication des effets des substances psycho-actives... sont autant d'entrées favorables à un prolongement réfléchi ou à des argumentations susceptibles de préparer à l'exercice de la responsabilité individuelle et collective. En EPS, comme en SVT, la formation initiale prépare à une approche positive des problématiques de santé et non à une approche par les risques. En ce sens, elle s'efforce d'articuler ou de mettre en interaction instruction et éducation.

5.2.3 Une formation initiale des enseignants nettement insuffisante

D'autre part, dans la formation des professeurs de lycée et de collège (PLC), une formation transversale commune à tous les stagiaires de 2^{ème} année est le plus souvent proposée, sous la forme de modules optionnels (3 à 6 h) d'éducation à la santé. En raison de la place très faible de cette éducation, outre les disciplines citées, dans les programmes scolaires officiels et aussi, sans doute, parce que les élèves professeurs n'ont pas à exprimer de compétences dans ce domaine aux concours de recrutement, cette formation n'est quasiment pas suivie.

Par ailleurs, dans un tiers des académies visitées, une formation au premier secours, mise en place avec des groupes de douze à quinze stagiaires, d'une durée de 14h., est sanctionnée par une attestation de formation aux premiers secours (AFPS) délivrée à 90% des stagiaires. Cette formation est néanmoins très coûteuse en raison de l'importance de l'effectif concerné et a pour objectif de permettre à l'enseignant d'intervenir en cas d'urgence. Elle repose en général, dans les IUFM, sur un partenariat avec la prévention civile, la DDASS et le conseil général.

La formation à la pédagogie de projet et au travail en équipe est absente de la formation générale et commune. Lorsqu'elle est proposée par l'IUFM, elle n'est pas suivie par les stagiaires parce qu'ils n'en voient pas l'utilité immédiate. On peut regretter l'absence de ce volet éducatif de la formation reposant sur les problématiques de santé, et aussi sur celles qui leur sont liées d'environnement et de citoyenneté.

Faute d'une remise à plat de la formation initiale des enseignants, et parce qu'on ne sait pas dégager le temps nécessaire, les IUFM jouent donc un rôle mineur dans la préparation à conduire un projet éducatif global, moyen d'adapter la mission de l'enseignant et sa relation à l'élève. Les IEN du premier degré, très absorbés dans leurs tâches quotidiennes, semblent en général satisfaits de la situation. Il n'y a d'ailleurs pas de réseau d'animation pour l'objectif considéré. Le même défaut a pu être repéré, même si c'est dans une moindre mesure, chez les IA-IPR rencontrés par la mission.

5.2.4 Des initiatives intéressantes

Dans une académie, cependant, une réflexion intéressante est engagée par des formateurs de l'IUFM. Elle concerne la mise en place, depuis 2002, d'une équipe thématique «santé et enseignement» qui réfléchit précisément aux moyens de la prise en compte de l'éducation à la santé dans les pratiques de classe. Apprendre à repérer des signaux d'alerte (vue, problème de langage...), adapter l'enseignement à des thématiques comme : «être bien dans son corps, bien dans sa tête, conduites addictives, vie affective, secourisme» apparaissent les objectifs essentiels d'une formation optionnelle à l'IUFM, d'une durée de six à douze heures, devant atteindre vingt heures. La méthode pédagogique adaptée est une approche active faisant des jeunes travaillant en groupe les acteurs principaux de leur santé, portant des messages de

prévention, à chaque niveau de la scolarité (par exemple sur l'alimentation en 6^{ème}, le tabac en 5^{ème}, l'alcool en 4^{ème}, les drogues en 3^{ème}). Au-delà, est visé un effet positif sur la relation éducative ou la relation enseignant - élève ainsi que sur les comportements des élèves. Un projet de formation professionnelle universitaire au niveau d'un DESS «éducation et promotion de la santé des enfants et des jeunes scolarisés » prolonge la réflexion en cours dans cette académie.

De façon presque générale, une formation de base n'est pas assurée dans les IUFM, au niveau de la méthodologie et sur le plan très important de la déontologie. La sensibilisation des IEN du premier degré est absente de leur formation initiale. Il n'y a pas de formation interdisciplinaire des enseignants dans le domaine, ni de formation inter-catégorielle. De plus, il est affirmé que cette forme de travail pédagogique apparaît difficile et n'intéresse pas les professeurs stagiaires, au moins dans l'organisation actuelle. Ainsi, des conférences communes réalisées par l'ADOSEN ou la MGEN retiennent très peu l'intérêt des futurs enseignants.

5.2.5 Une formation continue des enseignants, disparate selon les académies

Il existe dans les académies visitées une multitude de propositions d'actions de formation qui devraient compenser l'insuffisance de la formation initiale. Dans l'une, un comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé juge les projets. Mais les formateurs sont peu nombreux et les crédits de formation continue ont été considérablement réduits. En outre, la mission a pu percevoir des difficultés liées au manque de liberté d'action pour des initiateurs de terrain, plus précisément au frein exercé sur les initiatives par des conseillers techniques, et aussi à la difficile implication des parents, chaque fois qu'elle est jugée utile.

Un IUFM a proposé en 2000, pour le premier degré, une formation de formateurs comportant trois modules sur les stratégies d'éducation. Ils ont été prolongés par des stages en circonscriptions en 2001-2002 (concernant dix écoles), centrés sur les apprentissages destinés au premier secours, sur une double réflexion méthodologique et éthique, ainsi que sur le thème «apprendre à mieux vivre ensemble ».

Dans une autre académie, une formation par la recherche a été conduite sur l'éducation nutritionnelle de base avec les écoles maternelles de 2 villes (prévention de l'obésité entre 3 et 7 ans). Elle a nécessité un travail en équipe des enseignants, et une exploitation pluridisciplinaire. Son financement a été assuré par des fonds privés (2/3) et publics (1/3). Une participation au suivi par les familles reposait sur l'idée de «passer par les enfants pour éduquer les parents ». Son évaluation positive a amené à étendre la recherche à dix autres villes, au niveau national, dès la rentrée 2004.

Ailleurs, on a proposé une formation de personnes ressources (4 jours) pour un programme d'éducation à la vie affective et sexuelle. Cette formation sur le terrain impliquant 2 adultes par classe a demandé beaucoup d'énergie.

Un stage de dix huit heures sur la prévention de la santé des adolescents (éducation à la sexualité et à la vie), un stage de même durée sur vie scolaire et toxicomanie, des stages sur la sexualité proposés par le Centre Régional d'Information Prévention Santé (CRIPS), un enseignement de la prévention des risques professionnels (30h), représentent des exemples d'offres de formation, réservées le plus souvent à des candidatures individuelles.

L'offre peut comporter aussi une formation de formateurs développée sur la base du volontariat, ne nécessitant pas de pré-requis (18 heures) et une formation au secourisme (50 heures). La formation à l'IUFM débouche sur un monitorat de prévention et secourisme et sur un diplôme de sauveteur secouriste.

5.2.6 Peu de demandes de formation au niveau des établissements

Il y a peu d'actions spécifiques organisées par l'éducation nationale en réponse à des besoins identifiés au niveau des établissements. Les plans académiques de formation sont en général très insuffisants dans le domaine. Quand l'offre existe (sept stages de formation transversale sont proposés dans une académie, une formation utile sur les signes précoces de détresse dans une autre), le nombre de candidatures est décevant, même dans le cas où des actions de proximité sont prévues, ce qui conduit à des suppressions. Pourtant les objectifs de ces stages : stratégies de prévention, aide à la constitution de réseaux de compétences paraissent bien adaptés. Seuls des enseignants de SVT, de biotechnologie et des sciences médico-sociales répondent à l'offre parmi les enseignants. Les demandes effectuées par une équipe d'établissement sont extrêmement rares.

Les intentions de formation pluri-catégorielle ne sont pas suivies, faute de candidats, exception faite, comme il a été dit plus haut, du personnel de santé et social. Des réseaux de personnes ressources restent à constituer dans chaque bassin. Alors on fait appel, surtout dans le premier degré, à des partenaires produisant des actions en kit ou des outils pédagogiques.

Outre les formations liées aux handicaps, suivies, les efforts réalisés pour organiser une formation pluri-catégorielle sont peu encouragés. Il y a un déséquilibre entre l'offre (au mieux 4 à 6% du volume total des actions) et la demande toujours faible.

5.2.7 L'insuffisance des politiques académiques et des animations de réseaux

Un des facteurs responsables de cette situation relativement pauvre et peu cohérente est le caractère peu affirmé d'une politique académique de santé. De plus, l'approche thématique exigée pour obtenir le financement de l'action, ainsi que le manque de clarté en ce qui concerne les attributions restent des éléments de dissuasion. Dans la représentation actuelle de son métier, le professeur ne peut pas encore envisager de participer à une éducation à la santé tout au long de l'année. Il n'a donc pas de scrupule à s'en dégager, et les chefs d'établissement les plus volontaires ont recours à une solution de facilité, l'appel aux autres réseaux d'animation financés par la DDASS et d'autres partenaires institutionnels : MILDT, police, gendarmerie, justice, conseil général, caisses de sécurité sociale... L'agrément par l'institution fait obstacle au développement de projets. Cependant, des financements directs aux établissements sont réalisés par nos partenaires. D'autre part, la formation de bassin parfois mise en place est jugée peu probante par les enseignants, dont on a déjà souligné la faible participation.

L'enjeu de cette formation est grand, mais mal perçu au niveau rectoral et académique. Donner aux enseignants des moyens d'enrichissement de leur pratique professionnelle, notamment en exploitant la motivation des élèves sur ces sujets qui sont de véritables supports pour le langage, la communication et l'argumentation, avec une attitude résolument éducative, nécessite pour de nombreux enseignants des remises en cause. Les moyens d'évaluer l'impact de ce type de formation sont certes difficiles à construire, mais se sont beaucoup développés, en France, au cours des dix dernières années. Il n'en est dès lors que plus nécessaire d'entraîner la communauté éducative dans une conviction commune.

L'implication des enseignants dans une démarche nouvelle, dont il est apparu qu'elle améliorerait incontestablement la relation professeur – élève a donné lieu à des innovations intéressantes qui, dans tous les cas, partent de l'établissement.

Le manque de cohérence dans le pilotage académique des formations, la lenteur dans la constitution de réseaux d'animation et de conseil proches des lieux d'action, les intentions départementales non accompagnées contribuent à créer une grande diversité dans les situations aux différents niveaux de responsabilité.

Faute d'une préparation des enseignants à travailler avec une équipe éducative, l'éducation à la santé est le plus souvent confiée à des partenaires divers qui déchargent les enseignants d'une mission pourtant essentielle.

5. 3 Un foisonnement incohérent d'interventions dans les formations

Des organismes comme la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le planning familial, le service de promotion de la santé du conseil général... proposent un programme d'actions et d'animations, «clés en main », centrées sur la prévention des cancers, des maladies cardiovasculaires, du tabagisme et autres sujets aux enjeux fondamentaux. Les associations pénètrent le premier et le second degrés, alors que l'agrément n'existe pas toujours.

Le CRES ou le CODES, la DRASS, les DDASS sont des partenaires très importants. Leurs apports pour la mise en place des projets et l'accompagnement méthodologique ne sont pas du tout négligeables. Mais on peut regretter qu'ils ne s'articulent pas avec l'action quotidienne des membres de la communauté éducative. Certes, le projet régional de santé est fédérateur ; dans une académie, 80% des projets du PRS sont des projets d'éducation à la santé, pour moitié situés en milieu scolaire.

Dans une académie une cohérence est recherchée - une plate forme de formation - avec le CRES. Celui-ci gère un appel d'offre commun et globalisé (CRAM et URCAM, CPAM, DRASS, rectorat, conseil général...). DRASS et URCAM ont un rôle moteur en lien avec le rectorat. Le service de santé publique du CHU, le service de pharmacie apportent aussi leur concours. Les subventions accordées (MILDT, URCAM...) profitent aux établissements qui lancent des dispositifs d'éducation à la santé.

Dans le cadre d'un appel d'offres et de conventions avec la mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies, des expériences sont menées avec le chef de projet : animation d'un groupe de pilotage départemental (IA-DSDEN, chefs d'établissement, conseillers d'éducation, représentants d'associations), action suivie sur 7 établissements au niveau d'une classe de 6^{ème}. L'objectif de sensibilisation des chefs d'établissement et d'accompagnement des enseignants dans leur action rejoint la préoccupation d'une formation organisée au plus près des établissements. Faire vivre un projet d'établissement et le règlement intérieur dans ce domaine, construire un climat propice au développement de l'enfant lié à une manière d'être des enseignants, bref améliorer la relation à l'élève en privilégiant l'expression dans la construction du sens de la responsabilité ne peuvent que trouver des encouragements.

5.4 Les conditions de la réussite d'une formation

Les formations au sein des établissements font apparaître la nécessité de cibler un projet précis, comme la prévention des conduites à risques ou encore la lutte contre la violence, par

exemple. Il est important aussi de concevoir une articulation forte entre les actions santé dans et en dehors du temps d'enseignement.

Les actions conduites dans les établissements, en dehors de celles qui s'adressent directement aux élèves, répondent à une grande diversité d'objectifs et de thèmes (citoyenneté, maltraitance, vie affective et sexuelle, consommations à risques, secourisme...). Les moyens de leur évaluation sont le plus souvent absents des projets.

Les actions menées au niveau du district apparaissent extrêmement intéressantes lorsqu'elles mobilisent en vue d'une sensibilisation les chefs d'établissement des collèges et des lycées. Par exemple, la prévention primaire des conduites suicidaires organisée avec le CDES et le secteur hospitalier psychiatrique est une action expérimentale qui se développe sous la forme d'un plan de formation sur 3 ans pour 130 personnels de l'éducation nationale et avec l'élaboration d'un guide sur la contribution au bien être des jeunes et le repérage des conditions suicidaires en milieu scolaire.

La prévention de la maltraitance et des violences sexuelles est abordée ailleurs, avec une forte implication de l'IA-DSDEN, (programme «à chacun son corps») dans la formation de 200 animateurs et la production d'un guide académique de prévention des maltraitances ainsi que d'une valise pédagogique pour les enseignants du premier degré.

Les constats révèlent donc à la fois une grande richesse et un éclatement ou de la dispersion dans la formation continue des personnels, qu'elle soit organisée à l'extérieur ou au sein des établissements. Les moyens de substitution trouvés ne laissent pas une part assez large aux personnels de l'éducation nationale. Sur ce plan, d'immenses progrès restent à accomplir.

5.5 Information, animation ou formation ?

Quelques heures de conférence par un représentant de la MGEN ou de l'ADOLEN, une journée d'information à l'intention des élèves ne constituent pas une action éducative.

Dans tous les cas, les avancées dans les actions éducatives relatives à la santé tiennent à quelques personnes convaincues : recteurs, IA-DSDEN, formateurs d'IUFM... Le cadrage administratif leur permet, grâce à leur réseau de conseillers et de personnes ressources, d'étendre la formation en direction des établissements. Mais ces personnes, encore peu nombreuses, ne permettent pas de dépasser une phase expérimentale marquée par des disparités très importantes dans l'utilisation sur le terrain de ressources dispersées et de formateurs isolés. Pour ces mêmes raisons, les disparités entre les académies et, au sein d'elles, entre les départements sont énormes.

Les dispositifs de formation, si l'on ne se borne pas à l'information dont on sait qu'elle n'a pas de prise sur les comportements, doivent sans doute être repensés. Le manque de résistance des établissements à la pression des services extérieurs à l'éducation nationale peut être compris. L'efficacité de la préparation des personnels de direction, d'éducation et d'enseignement à la conduite des actions santé reste à améliorer. Les observations montrent que le pas à franchir, quand les personnes sont résolues, est finalement peu important. Les compétences sont parfois réunies, surtout en concevant les apports complémentaires – et non en substitution - des partenaires de l'éducation nationale, pour faire un projet de formation puis d'action dans chaque établissement, à la place des actions ponctuelles et du recours exclusif au partenariat.

La santé des élèves ne peut pas laisser les enseignants indifférents car ce qui légitime leur action est à la fois leur culture et leur rôle d'adultes.

Aussi, il semble à la mission très important de proposer un changement majeur dans les modalités de formation des personnels.

Deuxième partie : les recommandations de la mission

La mission formule des recommandations générales et propose deux types de dispositifs pour inscrire efficacement l'éducation à la santé dans la scolarité de l'élève. Le premier concerne le renforcement des modalités actuelles d'application des principes de la circulaire du 24 novembre 1998 et leur extension aux lycées. Ces recommandations s'inscrivent dans une vision optimiste de la dynamique de l'éducation à la santé fondée sur les rares mais excellents exemples rencontrés sur le terrain.

Le second dispositif envisageable, plus pragmatique, s'appuie sur les enseignements.

1. Recommandations générales

Les problèmes des jeunes ont du mal à mobiliser la communauté éducative. Une majorité d'enseignants ne s'implique pas actuellement dans ce type d'actions. Une prise de position politique forte, un affichage clair par le ministère de l'éducation nationale, via le projet de loi sur l'avenir de l'École ainsi que par le ministre de la santé conditionnent le renouvellement et la coordination du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, ainsi que son extension au lycée.

1.1 Affirmer que l'éducation à la santé fait partie des missions de l'École

La loi n°89-486 du 10 juillet 1989 fixe les missions de l'École et affiche l'éducation comme un droit. Il serait important d'introduire dans le code de l'éducation une disposition au sein du chapitre I afin de mentionner l'éducation à la santé dans les missions de l'École, et une autre disposition au chapitre III (L 312-16) explicitant cette mission.

Pour plus de cohérence et parce qu'il s'agit de textes qui servent de socle à l'organisation du cadre dans lequel se réalise l'acte éducatif, ce principe devra sans doute également être introduit dans le décret n° 85-924 du 30 août 1985 régissant les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) et le décret n° 90-788 du 06 septembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.

Il est à noter que cet affichage clair dans la prochaine loi de la mission de l'École dans le domaine de l'éducation à la santé fait l'objet, à quelques variantes près sur les modalités pratiques, d'un consensus général sur la nécessité d'agir, aussi bien de la part des organisations syndicales que des fédérations de parents d'élèves rencontrées par la mission.

1.2 Redéfinir un pilotage simple et cohérent

Une véritable inscription de la promotion de la santé dans les projets académiques, avec des déclinaisons au niveau départemental et dans les projets d'école ou d'établissement (dont les

lycées) doit être impulsée de façon énergique dans le cadre d'une politique nationale fixant des objectifs cohérents, lisibles et facilement déclinables par chacun des niveaux de responsabilité.

L'administration centrale doit se doter de moyens d'expertise scientifique, pour retenir des indicateurs pertinents, et d'évaluation pédagogique pour mesurer l'efficacité des actions.

1.3 Mettre en conformité les actions d'éducation à la santé et la vie quotidienne dans les écoles, les collèges et les lycées

Il est important de renforcer le lien entre l'éducation à la santé et les conditions de vie dans les établissements qui sont sous la responsabilité du chef d'établissement : l'hygiène, la sécurité sanitaire, la qualité nutritionnelle des repas, la qualité esthétique, acoustique et la propreté des locaux ... doivent être l'objet de sa vigilance. Pour une meilleure qualité de vie à l'École, le travail sur les attitudes et les comportements sur le respect de soi et des autres exige une implication permanente de tous les adultes. Il est utile de rappeler l'indispensable cohérence dans les comportements des différentes catégories de personnels, dans la relation éducative au sein des enseignements mais aussi dans les dispositions relatives, par exemple, à la restauration, à l'utilisation des distributeurs d'eau potable, de boissons et de friandises comme dans l'interdiction de fumer dans l'établissement. Le développement de cette cohérence tient bien sûr à la prise de conscience des adultes, de l'image qu'ils portent sur la santé en général et de l'image qu'ils ont de leur mission éducative. Cette cohérence peut être renforcée par une implication progressivement plus collective dans les actions d'éducation à la santé. Les organisations syndicales entendues sont d'ailleurs tout à fait conscientes de cette nécessité ainsi que de l'effet sur les élèves de l'apparence et du comportement de l'enseignant.

1.4 Trouver des formules de reconnaissance pour les élèves et de valorisation des personnes impliquées

Le "passeport pour la santé" (voir 2.2), la prise en compte dans le bulletin trimestriel des réalisations et des manifestations de responsabilité prises par les jeunes peuvent être des moyens de valoriser les efforts dans ce domaine éducatif.

Les établissements devraient pouvoir reconnaître les contributions des personnels - quelle que soit la catégorie - particulièrement impliqués dans cette dimension éducative de la santé. Une réponse réglementaire permettrait de mieux fédérer les ressources de la communauté éducative.

2. Recommandations pour un dispositif fondé sur une amélioration de la circulaire du 24 novembre 1998

La mission est favorable à l'extension au lycée des principes fixés par cette circulaire pour l'école et le collège.

La définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) fonde le concept de promotion à la santé, avec une approche positive : valorisation de l'estime de soi, du respect des autres, capacité à faire des choix, apprendre à gérer les risques. Cette approche globale des dimensions biologiques, psychiques, morales et sociales du bien être tient à un certain nombre de conditions.

2.1 Redéfinir les modalités d'application de la circulaire

Les échecs constatés sur le terrain tiennent à la méconnaissance et aussi en grande partie à la difficulté de mise en œuvre de la circulaire du fait que n'a pas été défini par voie réglementaire, comme cela a été fait pour l'école, un cadre horaire minimum, pour chaque élève au collège et au lycée, garantissant sa faisabilité. Un minimum de dix heures, par niveau, est à identifier dans la dotation horaire globale (DHG), comme cela existe pour l'heure de vie de classe.

Il est important aussi d'identifier des actions efficaces choisies en cohérence avec les priorités nationales de santé publique, susceptibles de constituer un véritable projet pour chaque classe, chaque niveau de l'école au lycée. Les établissements doivent avoir la liberté de choix des méthodes et être aidés dans leur mise en œuvre par des professionnels de l'éducation à la santé. L'objectif est la réalisation d'actions peu nombreuses mais motivées, cohérentes, inscrites dans la durée et en particulier tout au long de la vie du jeune à l'École. Actuellement prévalent des actions ponctuelles qui n'ont aucun effet sur les attitudes et les comportements des jeunes.

Une autre condition est l'organisation d'un temps collectif de travail réunissant les différentes catégories de personnels au sein de l'établissement scolaire. Il doit permettre d'articuler au mieux les activités d'enseignement, de vie scolaire ainsi que les apports des intervenants extérieurs.

Enfin, un référent identifié dans chaque établissement (enseignant, conseiller principal d'éducation, personnel de santé, personnel de direction...) doit coordonner les acteurs, avec une petite équipe de prévention, trouvant les interlocuteurs appropriés, assurant un suivi auprès des jeunes.

2.2 Définir par voie réglementaire un ensemble de connaissances, de compétences, de savoir-faire que les élèves devront acquérir

L'éducation à la santé ne peut pas constituer une discipline. Elle doit néanmoins trouver sa place dans le projet éducatif. Pour cela elle doit prendre appui sur les enseignements naturellement porteurs de ce message éducatif que sont les sciences de la vie et de la Terre (SVT), l'éducation physique et sportive (EPS) en collège et en lycée, ainsi que la vie sociale et professionnelle (VSP) et l'hygiène ergonomie sécurité (HPS) en lycée professionnel. La place de cette éducation dans les enseignements doit être réaffirmée et précisée en revisitant les programmes, de tous les niveaux, de la maternelle aux baccalauréats généraux et diplômes professionnels. Lorsque les enseignements visés ci-dessus n'existent pas dans certaines formations (baccalauréats technologiques), il convient de trouver une autre forme d'action en faveur des élèves afin qu'ils ne soient pas écartés de cette éducation. Les bases scientifiques d'une culture de la santé intégrant les risques actuellement connus (dans les formes de consommation par exemple, ou encore par rapport aux différents types d'agressions) peuvent aussi servir de fondement à l'éducation de la capacité à raisonner avec esprit critique et à argumenter dans un débat. Le prolongement éducatif est assuré par une approche des différents aspects du sujet permettant la complémentarité des informations et des points de vue abordés, dans le cadre des activités dans les classes et au sein de l'établissement. Dans cette démarche de projet, et par rapport aux thèmes choisis, il importe donc de définir le rôle de chacun, à partir des statuts actuels : une évolution est possible dans l'articulation utile entre les enseignements et les actions éducatives.

La valorisation de cette éducation peut être encore renforcée par la mise en place d'un passeport «éducation à la santé » destiné à accompagner l'élève dans sa scolarité, et qui lui permettrait de réaliser le développement de ses compétences dans le domaine à partir des actions auxquelles il a participé. Il est souhaitable, d'ailleurs, de définir des compétences minimales par niveau de scolarité (fin de primaire, fin de collège, fin de lycée).

2.3 Faciliter la mise en œuvre d'actions dans les établissements et/ou des groupes d'établissements

Les freins actuels liés aux personnes et aux organisations nous incitent à porter une grande attention à la mise en place d'un réseau de formation, de conseil et d'aide au plus près des établissements scolaires.

Il convient d'expérimenter un travail en réseau des établissements au niveau des bassins de formation, avec des personnes relais, animateurs et formateurs. Ce dispositif devrait associer des personnels de l'éducation nationale, notamment les enseignants (la circulaire de 1997 inscrit la dimension éducative dans leurs missions), des personnels de santé et des professionnels de l'éducation à la santé appartenant à des associations, aux collectivités territoriales... La logique de réseau vise à mutualiser les expériences et les compétences éducatives.

La mise à la disposition des équipes interprofessionnelles d'établissement de ressources documentaires et méthodologiques facilement accessibles est fondamentale. Des centres ressources, comme il en existe déjà dans certaines régions, peuvent s'appuyer sur l'INPES par exemple. Une plate forme Internet pourrait favoriser les échanges d'expériences.

La mise en place d'un dispositif commun "santé/éducation" de recensement et d'agrément des intervenants (associations, autres structures, personnalités...) fondé sur les principes d'une charte éthique doit être repensée de façon à éviter des dérives constatées et à rendre le dispositif plus cohérent.

Il est sans doute utile d'instaurer un dispositif régional de financement, de type «dossier et guichet uniques » associant les services des ministères de l'éducation nationale, des affaires sociales, les organismes de sécurité sociale, les collectivités territoriales. Son rôle dans la cohérence des actions articulants les projets d'établissement et la politique de santé publique pourrait être étendu à la définition des critères d'évaluation communs pour un suivi dans les écoles, les collèges et les lycées en lien avec les politiques éducatives prises en charge à l'extérieur de l'établissement par d'autres partenaires.

L'animation, le soutien envisagés doivent être centrés sur la démarche concertée de la communauté scolaire. Ce sont des équipes et non des individus isolés qu'il faut aider à s'impliquer dans ces actions. A partir du diagnostic du CESC, de la détermination des besoins et des préoccupations des élèves, des informations des différentes instances de l'école et de l'établissement, est élaboré un projet santé. En appui sur des enseignements, les actions complémentaires ou activités éducatives sont organisées avec une participation active des élèves, porteurs de messages de prévention. La dynamique d'une culture de santé est engagée. Les interventions des partenaires extérieurs au système éducatif sont intégrées au projet d'action, ce qui suppose un travail préparatoire en amont.

2.4 Intégrer l'éducation à la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale

La formation initiale de tout personnel impliqué dans une mission d'éducation doit assurer une formation de base sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent, la prévention et le repérage des signes du mal être des élèves ainsi qu'une formation aux premiers secours. Un module santé, obligatoire et non optionnel et facultatif comme c'est actuellement le cas, doit être intégré à la formation commune dispensée à l'IUFM car la sensibilisation aux problèmes de santé concerne les enseignants du premier et du second degrés.

La formation des professeurs stagiaires, en deuxième année d'IUFM (PE2, PLC2, PLP2, agrégés stagiaires), peut partir des expériences et des échanges de pratiques articulant enseignement et activités éducatives, à la faveur des stages réservés aux lauréats des concours de recrutement. Une formation à la pédagogie de projet, l'élaboration en commun d'un projet santé avec un chef d'établissement et des professionnels du domaine santé-social représenteraient des moyens pragmatiques de formation, proches des besoins des futurs enseignants.

Dans la formation des autres catégories de personnels : médecins, infirmiers, assistants de service sociaux, personnels de direction, il conviendrait de ménager un temps de travail en commun autour de la santé des jeunes et de la question : comment l'École peut-elle aider les jeunes à préserver leur capital santé ? L'échange des spécificités, dans ce domaine centré sur l'enfant et l'adolescent contribuerait à renforcer cet aspect très important de l'aspect éducatif de leurs missions ; il fonderait aussi l'adaptation permanente de la relation éducative à l'évolution des comportements des élèves. Il serait aussi tout à fait souhaitable de faire bénéficier les IEN du primaire de cette formation.

Cette proposition suppose néanmoins que soit rapidement possible la recherche des conditions optimales (formateurs, outils pédagogiques) au sein des IUFM.

En outre, la formation continue devrait être organisée au plus près des établissements, dans le cadre du fonctionnement du réseau qui a été envisagé pour la constitution des ressources documentaires et des lieux d'échanges au niveau du bassin de formation ou du district. Le schéma actuel prévu dans certains Plans académiques de formation ne concerne que quelques personnes motivées, presque toujours isolées donc impuissantes dans l'entraînement des différents acteurs. L'animation et la formation articulées entre elles sont de nature à faciliter l'implication collective des personnels, à partir d'échanges d'expériences et d'un travail commun sur l'élaboration d'un projet dont la réussite tient à l'organisation d'une implication active des élèves, par la lecture, l'écriture, l'investigation documentaire, la recherche d'apports fondamentaux touchant aux divers aspects de la santé individuelle mais aussi de la santé publique et de ses enjeux.

Les observations de terrain ont largement montré que les potentiels humains, de connaissances et de capacités d'ouverture sur les préoccupations de santé sont souvent réunis. Il reste à définir clairement le cadre réglementaire et les conditions d'application de cette mission éducative, comme on a su le faire pour les enseignements, bien qu'il ne s'agisse pas d'une nouvelle discipline. Les organisations syndicales et les fédérations d'élèves rencontrées par la mission ont pris la mesure de l'importance de cette réflexion. Les enseignants ne veulent pas devenir des professeurs d'éducation à la santé. Mais une contribution à un projet transforme incontestablement leur vision de l'élève et de l'École. C'est sans doute une chance pour la pédagogie.

3. Recommandations pour un dispositif qui s'appuie sur les enseignements

Une deuxième solution envisagée en vue d'une généralisation de l'éducation à la santé à l'école et au collège et de son extension au lycée est fondée sur un ancrage fort de cette mission éducative de l'Ecole dans certains enseignements.

Un programme articulé entre l'enseignement et des actions complémentaires doit être proposé tout au long de la scolarité, de l'école au lycée inclus. Le projet cohérent, adapté à chaque tranche d'âge, doit être fortement soutenu par l'équipe de direction, tous les personnels d'encadrement dont les inspecteurs.

3.1 Développer l'éducation à la santé à partir d'un enseignement

Les conditions d'un travail en équipe interdisciplinaire ne sont pas réunies. La mobilisation des enseignants reste très difficile. Mais l'éducation à la santé et au bien-être des élèves, du fait de son caractère global, ne peut pas relever exclusivement de l'enseignement d'une discipline. Cependant, l'expérience de terrain a montré clairement que de façon naturelle, du fait de leur spécificité disciplinaire, les professeurs de sciences de la vie et de la Terre (SVT), de vie sociale et professionnelle (VSP), d'hygiène prévention secourisme (HPS) et d'enseignements technologiques ou professionnels relatifs aux aspects sanitaires (professeurs de biotechnologie, santé environnement et professeurs de sciences et techniques médico-sociales (STMS) s'impliquent le plus souvent avec les personnels de santé et sociaux. Un référentiel de connaissances scientifiques, inscrites dans le programme officiel, constitue en partie la base des apprentissages relatifs au fonctionnement du corps humain et à la prise de conscience des phénomènes de risques. Il est possible d'élargir ces enseignements aux aspects psychiques et sociaux de la prévention ou encore à l'éducation aux responsabilités individuelle et collective (Cf. annexe 9). Ce prolongement des enseignements nécessite d'autres intervenants.

3.2 Elargir le champ d'action de l'enseignant

Dans le prolongement des enseignements précités, ou en amont, au moment de la prise en compte des besoins spécifiques révélés, en particulier au sein du CESC, une étude thématique devrait être proposée aux élèves, à chaque trimestre, et pour chaque niveau de scolarité. L'enseignant référent, pilote du projet, renforce le sens donné à l'éducation à la santé à travers le programme d'enseignement et recherche les collaborations nécessaires auprès d'autres membres de la communauté éducative et/ou avec des partenaires extérieurs agréés, professionnels de santé publique et associatifs.

L'animation en binôme des groupes de travail, demi-classes, ateliers, "classes santé" (Cf. annexe 5), l'organisation de débats sur un objet d'étude adapté aux préoccupations des jeunes reposent, dans les meilleurs cas observés, sur une préparation active des élèves, acteurs de projets, porteurs de messages exprimés sous des formes diverses de productions : affiches, maquettes, productions audiovisuelles, journaux ... sous le contrôle d'adultes référents. Les dispositifs pédagogiques récents que sont les "TPE" ou les "PPCP" peuvent faciliter la mise en œuvre de ce second volet dans les lycées.

3.3 Dégager un temps spécifique pour cette action éducative ou intégrer l'éducation à la santé dans le temps de classe

L'attribution d'une demi-heure hebdomadaire à l'horaire d'enseignement des SVT, VSP ou HPS pour chaque classe (ou d'une heure de quinzaine), et l'inscription de cet horaire d'enseignement à l'emploi du temps de tous les élèves représentent les conditions de la réussite de ce projet. Le temps dégagé peut alors recouvrir l'acte d'enseignement scientifique et la concertation indispensable à la cohérence avec, en fonction des études thématiques, la mobilisation d'autres catégories de personnels : enseignants, professionnels de santé, assistants de service social, partenaires extérieurs.

3.4 Organiser une confrontation d'expériences pour former progressivement les personnels à cette nouvelle mission éducative

Les expériences cumulées des CESC, des enseignants pilotes de projets, des équipes éducatives, quand elles existent, ou des partenaires associés au projet d'établissement représentent des supports importants dans la formation continue des professeurs d'école, des professeurs impliqués naturellement de par leur discipline, des chefs d'établissement, ainsi que des autres catégories de personnels volontaires. Cette formation organisée au plus près des établissements a un coût minime. Il importe de la pérenniser car les résultats de cette éducation ne sont pas visibles immédiatement, de toute évidence. L'intervention dans ces formations des professionnels de la santé et associatifs, dans le cadre des partenariats engagés avec l'éducation nationale, est tout à fait utile. L'INPES, la MILDT, les DRASS, les DDASS, l'URCAM, le CORES... disposent de conseillers techniques sur le plan méthodologique et mettent des outils à la disposition des différents acteurs. Leurs contributions au développement d'un projet d'éducation à la santé articulé sur un enseignement de culture scientifique (à la place de la sous-traitance actuelle des études) sont à développer progressivement au sein des IUFM dans la formation des PE2, PLC2, PLP2. Les outils spécifiques destinés à mesurer l'efficacité des actions, en terme qualitatifs, devraient être élaborés en commun.

Le décalage dénoncé entre l'importance du cadre institutionnel instauré dans le domaine de l'éducation à la santé et le faible entraînement des équipes au sein des établissements conduit à conseiller de donner une prévalence au second dispositif. L'idée de bâtir des actions en faveur de la santé et du bien-être des jeunes dans le temps scolaire, et d'inscrire ces actions dans la durée est susceptible de mieux répondre aux attentes des jeunes et notamment aux besoins exprimés d'un accompagnement dans la durée. Les interventions ponctuelles, trop souvent sous - traitées par les partenaires extérieurs, ainsi que les actions de type "forum" manquent totalement d'efficacité.

Annie MAMECIER

Françoise BOUTET-WAISS

Pierre NAVES

Yvelyne RAVARY

Joël SALLÉ

Patricia VIENNE

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission du 23 juin 2003 complétée en date du 28 juillet 2003

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées ou contactées par la mission

Annexe 3 : Liste des principaux textes réglementaires relatifs à l'éducation à la santé en milieu scolaire

Annexe 4 : Une volonté d'apprentissage en utilisant les ateliers thématiques pluridisciplinaires et pluricatégoriels dans un lycée professionnel du PAS de CALAIS

Annexe 5 : La classe santé du collège Jules Ferry, Campagne l'Evêque Saint Louis à Marseille, une expérimentation à soutenir et une initiative à développer

Annexe 6 : CALYPSO, un projet de prévention des conduites à risque en direction des collèges des Côtes d'Armor

Annexe 7 : Une démarche éducative précoce de la responsabilisation totalement intégrée dans les apprentissages quotidiens des élèves de classe maternelle (Jacques Prévert de Saint André sur Orne) ou «comment apprendre à faire le 15 à l'âge de 3 ans !»

Annexe 8 : «L'agenda de l'ado... bien dans sa peau»

Annexe 9 : Une action de sécurité routière et de prévention de l'alcoolisme initiée par une élève de BTS d'un lycée de Bretagne

Annexe 10 : Vers une démarche d'éducation à la santé et à la citoyenneté exemplaire au lycée Fresnel de Caen

Annexe 11 : FLEURBAIX-LAVENTIE «Ville Santé», un exemple de prévention de l'obésité dans les écoles, de renommée internationale et qui commence à faire des émules

Annexe 1 : lettre de mission

République Française

Ministère de la Jeunesse,
de l'Éducation nationale et
de la Recherche

Ministère délégué à
l'Enseignement scolaire

Ministère de la Santé,
de la Famille et
des Personnes handicapées

ESCO/BJ/n°03/60246

Paris, le 23 JUIN 2003

I.G.A.E.N.R.	
date d'arrivée	24 JUIN 2003
Visa du Chef du Service	
à traiter par	Chef du Service de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation nationale et de la Recherche
n°	932

NOTE A L'ATTENTION DE

Monsieur Dominique BORNE
Doyen de l'Inspection Générale de l'Éducation nationale

Monsieur Yvon ROBERT

Chef du Service de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation nationale et de la Recherche

Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Chef de Service de l'Inspection Générale des Affaires sociales

Objet : Mission d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé

L'École doit jouer un rôle de premier plan en matière d'éducation à la santé. C'est là en effet, après la famille, que se forment les prises de conscience, les comportements, les habitudes qui feront que l'adulte sera attentif à la qualité de sa santé tout au long de son existence. Les enseignements disciplinaires, la relation éducative liés à des actions spécifiques en constituent les éléments essentiels. C'est dire l'importance de la mission confiée à l'École, en lien étroit avec les familles : veiller au bien-être et à l'épanouissement physique, mental et social de l'élève, et assurer, tout au long de sa scolarité, une éducation à la santé adaptée aux enjeux actuels.

Aujourd'hui, l'évolution des indicateurs de l'état de santé des jeunes doit nous alarmer. C'est pourquoi le gouvernement a souhaité donner une nouvelle impulsion à la politique de santé publique, en complément de laquelle l'École doit jouer pleinement son rôle éducatif.

Nous souhaitons que vous conduisiez une mission d'évaluation du dispositif actuel d'éducation à la santé des enfants et des adolescents et que vous puissiez formuler des propositions pour le rendre plus effectif et plus performant. Vous pourrez faire appel à des experts spécialisés dans ce domaine.

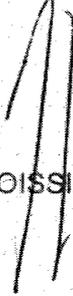
Vous vous attacherez notamment

- à évaluer les conditions effectives d'application du dispositif d'éducation à la santé mis en place à l'école et au collège par la circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 et à analyser les modalités de mise en oeuvre, les freins et les éléments facilitateurs, ainsi que les liens entre l'éducation à la santé et les enseignements,

- à examiner la complémentarité entre les actions conduites dans les établissements scolaires et les politiques d'éducation à la santé menées en direction des jeunes en dehors du cadre scolaire, ainsi que les articulations entre les différents partenaires dans les actions réalisées en milieu scolaire,
- à formuler toute proposition en vue du renouvellement du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, de son extension au lycée et d'une meilleure coordination des acteurs impliqués dans ces politiques.

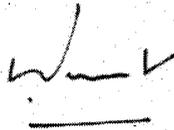
Nous souhaitons que les conclusions de cette étude nous soient communiquées avant la fin de l'année 2003.

Le Directeur du Cabinet



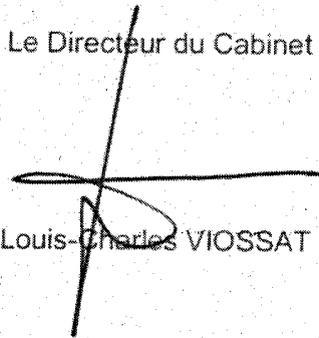
Alain BOISSINOT

Le Directeur du Cabinet



François PERRET

Le Directeur du Cabinet



Louis-Charles VIOSSAT

**Ministère de la Jeunesse,
de l'Éducation nationale et
de la Recherche**

**Ministère délégué à
l'Enseignement scolaire**

**Ministère de la Santé,
de la Famille et
des Personnes handicapées**

ESCO/BJDMN°03.00 272

Paris le, 28 JUL 2003

NOTE A L'ATTENTION DE

M. Dominique BORNE

Doyen de l'Inspection Générale de l'Éducation nationale

M. Yvon ROBERT

Chef du Service de l'Inspection Générale
de l'Administration de l'Éducation nationale et de la Recherche

Mme Marie-Caroline BONNET-GALZY

Chef de Service de l'Inspection Générale des Affaires sociales

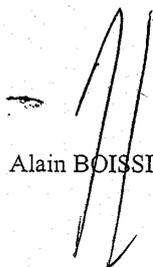
I.G.A.E.N.R.	
date d'arrivée	30 JUL 2003
Visa du Chef du Service	
à traiter par	
che n°	1123

⇒
Objet : Mission d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé

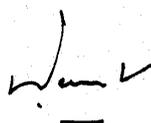
En complément à notre note de saisine en date du 23 juin dernier et suite à une première rencontre avec les Inspecteurs généraux chargés de la mission visée en objet, il nous paraît utile de compléter les thèmes évoqués dans cette lettre par un regard sur la formation des personnels de l'Éducation nationale dans le domaine de l'éducation à la santé.

Par avance, nous vous remercions de bien vouloir en tenir compte.

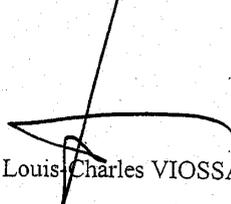
Le Directeur du Cabinet


Alain BOISSINOT

Le Directeur du Cabinet


François PERRET

Le Directeur du Cabinet


Louis-Charles VIOSSAT

Annexe 2 : liste des personnes rencontrées ou contactées par la mission

(Sauf omissions involontaires et erreurs possibles dans l'orthographe des noms cités)

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Direction Générale de la Santé (DGS) :

Dr Bernard BASSET : sous directeur « santé et société »

Marie Hélène CUBAYNES : chef du bureau

Véronique MALLET : responsable du pôle « éducation pour la santé »

Anne-Marie SERVANT : chargée de la santé des jeunes

Ministère de l'Éducation Nationale :

Direction de l'enseignement scolaire (DESCO)

Christine KERMEUR : conseillère technique de service social

Félicia NARBONI : responsable des programmes « d'éducation à la sexualité »

Nadine NEULAT : chef de bureau

Chantal PICOD, enseignante et consultante pédagogique pour l'éducation à la sexualité

Dr ROMANO : médecin conseiller technique

Institutions et organismes :

Institut National de prévention et d'Éducation pour la santé (INPES) :

M. Pierre ARDWISON directeur des affaires scientifiques

Annick FAVARD directrice du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique

Philippe LAMOUREUX directeur général

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) :

Dr Didier JAYLE président

France LERT conseillère technique ; par ailleurs, responsable de la cellule d'appui scientifique à la direction générale de la santé

Association de documentation en santé et en éducation sanitaire (ADOSEN) :

Sif OURABAH directeur

École Nationale de Santé Publique (ENSP) :

Dr Josiane CARVALHO responsable de la filière de formation des médecins de l'éducation nationale

Dr Jacques RAIMONDEAU responsable de la filière de formation des médecins inspecteurs de santé publique

Dr Anne RIFFAUD en charge de la formation des médecins scolaires, des médecins territoriaux et des formations médicales transversales en santé publique

Organisations syndicales :

Pour la fédération des syndicats unifiés (FSU) :

Gérard ASCHIERI : secrétaire général

Christian ALLEMAND : secrétaire général adjoint SNICS - FSU

Alain BECKER : SNEP-FSU / CDFM-FSU

Christel CHOFFEL : SNUASFP-FSU

Liliane COTTON SNES-FSU

Hubert DUCHSCHER : SNUIPP

Michèle OLIVAIN SNES

Pour l'UNSA :

Claude GASQ : SNASEN-UNSA

Anne-Marie GIBERGUES : SNIES

Claude GIRARDIN : SNMSU

Lucie GOSSELIN : UNSA éducation

Philippe NIEMER : SE

H. RABATE : SNPDEN

Pour le SGEN-CFDT :

Alain ANDRE : représentant le premier degré

Isabelle CONVERSIN : représentant le second degré et membre du conseil supérieur de l'information sexuelle

Joël DEVOULON

Associations de parents d'élèves :

Pour la Fédération des Conseils de Parents d'Elèves (FCPE) :

Michèle DEROCHE : chargée de mission

Sylvie GIROT : administratrice nationale en charge du dossier santé

Françoise MOUGIN : chargée de mission

Pour la Fédération des Parents d'Elèves de l'Enseignement Public (PEEP) :

Lucile RABILLIER : secrétaire générale

Les académies visitées :

Académie d'Aix Marseille

➤ Rectorat

Dr BREMOND, médecin conseiller technique

Joëlle DURANT, infirmière conseillère technique

M. Jean Michel LACROIX, recteur d'académie

Mme PASTOR, assistante sociale conseillère technique

➤ Inspection d'académie des Bouches du Rhône

Mme Maryvonne AZARD, assistante sociale conseillère technique

Dr C. CROSVILLARD, médecin conseiller technique adjoint

Mme Rose Hélène LAFEUILLE, infirmière conseillère technique

Dr Françoise PELLEING, médecin conseiller technique

M. TREVES, inspecteur d'académie

➤ Inspection d'académie des Alpes Maritimes

Dr Marie-Josèphe BERTOLISSIO, médecin conseillère technique

➤ Institut universitaire de formation des maîtres (UIFM)

Mme Isabelle CORREARD, formatrice

M. DUPIN, directeur

➤ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Mme BACCION, inspectrice de l'action sanitaire et sociale

M. Jean CHAPPELET, directeur

Mme Danièle MARQUIS, chef de service

➤ Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Dr CORUBLE, médecin inspecteur de santé publique

➤ Secteur associatif

M. MANSARD, comité régional d'éducation pour la santé (CRES 13)

➤ Assurance maladie

Mme Martine PAGANI, CPAM des Bouches du Rhône

M. Jean Pierre PALLAREA, sous directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Bouches du Rhône et représentant l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)

➤ Collectivités territoriales

Mme Françoise CALVO, conseil général des Bouches du Rhône

Dr Didier FEBVREZ, médecin à la direction « santé environnement » de la ville de Marseille

Dr Françoise GAUNET, adjointe au maire de Marseille et déléguée à la santé

Dr SUZINEAU, médecin responsable de la PMI au Conseil Général des Bouches du Rhône

Mme Aurore TARDITO, responsable de la mise en œuvre du plan national nutrition santé et de la prévention du tabagisme pour la ville de Marseille

➤ Autres partenaires

Mme MAUREL, Laboratoire de santé publique

Dr Fernand SANCHEZ, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

➤ Circonscription de Marseille Nord

M. BOEDA, inspecteur de l'éducation nationale

➤ Ecole Marseille Campagne l'Evêque St Louis Marseille

M. SORIA, directeur

➤ Collège Jules Ferry Campagne l'Evêque St Louis Marseille

M BRUNETTI : enseignante

M. CARLE, principal

Mme CASANO, coordinatrice du réseau des écoles primaires (REP)saint Louis

Mme CECCHINI, assistante sociale de santé scolaire

Mme KBAIER : enseignante

M MICHELIS, principal adjoint

Mme PARIS, documentaliste

Mme PASCAL, infirmière de santé scolaire

Mme TORO, infirmière de santé scolaire

Dr ZENAGUI, médecin de santé scolaire

Des élèves du collège : Armel, Talita et Younès

➤ Lycée Pasquet d'Arles

Mme AIRAUDO Nathalie, professeur de SVT

Mme BAZILE, représentante de la FCPE

M. BECCARI, président de la PEEP

Mme BELMONDIO,

M. BRANCON, Jean Paul : O.P.

Melle BROUZET, Sarah surveillante

M. CACCIUTTOLO, Michel : professeur de mécanique

Mme CARRASCOSA, parente d'élève participant au groupe relais 2002-2003

Mme CONSOLIN, assistante sociale

M. DEMAISON, professeur de génie électrique

M. DIGARD, Gérard : chef de travaux

M. DUJARDIN, Pierre : professeur de productique

Mme FABRE Nancy, professeur de sciences économique

Mme FERRET Sylvie, psychologue

Mme LHERMET Geneviève, service d'intendance

Mme LEPESANT, infirmière de santé scolaire

M. MALTESE, représentant de la FCPE

M. MIARE, président de la FCPE

M. MONDIN Jean, professeur de mécanique

Mme PLANELLES Michelle, professeur de SVT

Mme TABACCHI, représentante de la FCPE

M. TANI Mehdi, conseiller principal d'orientation

Mme VINCENTE, infirmière de santé scolaire

Mme WILLIOT Sylviane, conseiller principal d'orientation

Frédéric, Jérémie, Laure, Léa, Ludivine, Marion, Sarah, Saskia et Xavier élèves des classes de première et de terminale

Académie de Caen

➤ Rectorat

Mme Jacqueline ABAUL, rectrice d'académie
Mme AMICHAUD, infirmière conseillère technique
Dr DOLLEY, médecin conseiller technique
M. Philippe DURAND, secrétaire général
M. PELLIZARRI, directeur de cabinet
Mme SALAUN, conseillère sociale
M. Xavier THURAT, secrétaire général

➤ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

M. Jean Yves ALLEE, directeur
Dr Jean Pierre DANIN, médecin inspecteur régional
Mme Michèle KAIL, conseillère technique en travail social
Mme Evelyne PAMBOU, secrétaire générale

➤ Inspection d'académie du Calvados

Dr Marie Françoise BLANCHETIERE, médecin conseiller technique
M. Georges BUCHELI, inspecteur d'académie
Mme Yvette CORBINEAU, infirmière conseillère technique
Mme DARRACQ, assistante sociale conseillère technique

➤ Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Calvados

Mme Catherine BOUTET, ingénieur du génie sanitaire, chef du service « santé environnement »
M. Jean Pierre CHEVON, ingénieur d'étude sanitaire
Mme Marie José DUPONT, secrétaire au service des « actions de santé publique »
Mme DUPUIS, conseillère technique en travail social du secteur « famille enfance »
Dr Arnaud MEUNIER, directeur adjoint
M. Pierre THIEBOT, inspecteur principal du pôle « politiques sociales »
M. Jean Marc VIDU, inspecteur de l'action sanitaire et sociale au service des « actions de santé publique »

➤ Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) de Basse Normandie

M. Thierry ARNOUD, directeur adjoint
M. Jean Marc GUEGUENIAT, directeur
Mme Thérèse LEVALOIS, directrice adjointe du second degré
Mme Martine SUAREZ, coordinatrice de la formation continue

➤ Ecole maternelle Jacques Prévert à Saint André sur Orne

M. BIGOT, conseiller pédagogique
Mme CHEVALIER, institutrice de moyenne et grande section
M. DRANCEY, inspecteur de l'éducation nationale
Mme MONITON, directrice et institutrice de la petite section
Mme PORCHER, institutrice de petite et moyenne section

➤ Collège VILLEY DESMESERETS

M. Thierry BANSARD, principal adjoint
Mme Annie BERTHELEME, professeur des écoles spécialisée chargée de l'UPI (trisomie 21)
Mme Anne GILBERT, professeur d'éducation physique et sportive (EPS)
Mme Janine MOISSON, principale
Mme Jocelyne PIQUOT, conseillère principale d'éducation (CPE)
Mme Annie RUAU, infirmière
Mme Claudie SAFFON, professeur de sciences de la vie et de la Terre (SVT)

➤ Lycée FRESNEL

M. ADAM, Laurent assistant social
Melle Céline ADAMCZYK, déléguée de classe
Mme Béatrice BOGAERT, parent d'élève
M. Olivier BONTEMPS, professeur d'histoire et géographie
Mme Liliane BURES, secrétaire du service social et de l'infirmerie
M. Daniel DUVEAU, professeur de sciences de la vie et de la Terre (SVT)
M. Jean Paul GOSSE, documentaliste
M. Alain GRUENNAIS, professeur d'histoire et géographie
Melle Hélène GRUENNAIS, élève de seconde suppléante au conseil de la vie lycéenne (CVL)
Mme Patricia LALEMANT, conseiller principal d'éducation (CPE)
Mme Edith PAYEN, infirmière
M. Gérard REAUDIN, conseiller principal d'éducation (CPE)
Mme Isalyne ROUF, parent d'élève, membre du conseil d'administration (CA) et du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et du conseil de la vie lycéenne (CVL)
M. Julien ROUSSEL, délégué de classe, membre du conseil d'administration (CA) et du conseil de la vie lycéenne (CVL)
Mme Martine RUNDLE, professeur de lettres
M. Jean-Claude SAUSSEREAU, proviseur adjoint
M. Bernard VIDOT, proviseur
M. Laurent VIGUERARD, conseiller en méthodologie au CORES de Basse Normandie, animateur du CESC

➤ Secteur associatif et autres partenaires

M. Max BOULIQUOUD, président de l'association SIDAccueil 14
Mme Simone DRIEU, bénévole à l'association SIDAccueil 14
Dr Pierre GAUTIER, président du comité départemental de l'union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD 14)
Mme RULLIER, bénévole à la Ligue contre le cancer - association « Pataclope »
Dr Jean Luc VERET, directeur du comité régional d'éducation pour la santé (CRES) de Basse Normandie

➤ Caisse Primaire d'assurance maladie (CPAM)

Mme Annick GODIN, responsable du service de prévention
M. THOMASSE, président

➤ Conseil Général du Calvados

M. QUERE, conseiller technique mission insertion et prévention

Académie de Clermont-Ferrand

➤ Rectorat

Dr Nadine AMBLARD, médecin conseiller technique
Mme Marylène BLONDEAU, secrétaire générale adjointe
M. Alain BOUVIER, recteur d'académie
M. André DUCO, IA-IPR SVT
Mme Jacqueline GAGNEPAIN, assistante sociale conseillère technique
M. Georges HONORE, IA-IPR EPS
M. Pierre LABBE, directeur de cabinet
Mme Marie-Line MIGNON, proviseure vie scolaire
M. Charles MORACCHINI, IA-IPR établissement et vie scolaire
Mme Christiane MOREL, directrice des ressources humaines
M. Jorge STIRLING, infirmier conseiller technique

➤ Inspection d'académie du Puy de Dôme

Mme Jeannine BATISSE, infirmière conseillère technique
Mme Maryse COUTURIER IEN, membre du groupe technique CESC et de la commission bien-être
Mme Chantal DEVERNOIX, assistante sociale conseillère technique
M. Pierre GAGNEUX, secrétaire général

M. LOPEZ, principal adjoint du collège de Chatelguyon, membre du groupe technique CESC et de la commission bien-être

M. Gérard POUX IEN, adjoint à l'inspecteur d'académie

Dr Marie-Hélène WARIN, médecin conseillère technique

➤ Institut universitaire de formation des maîtres d'Auvergne (IUFM)

M. Gilbert CAMBRE, directeur adjoint chargé du premier degré

M. Raymond-Philippe GARRY, directeur

M. Henri GENES, directeur adjoint chargé du second degré

M. Roland GOIGOUX, professeur des universités, directeur du laboratoire PAEDI (processus d'action des enseignants : déterminants et impacts)

M. Didier JOURDAN, maître de conférence à l'IUFM et à la faculté de pharmacie

➤ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Dr Alain LOPEZ, directeur

➤ Secteur associatif et/ou d'opérateurs de terrain

Mme ALLOMBARD, membre du conseil d'administration et Mme MAILLARD responsable du planning familial

Dr Pierre CERLES, président du comité départemental de l'Union française pour la santé bucco-dentaire

Frédéric GALTIER, animateur et Luc POMMARES, directeur du CADIS-CRIPS (organisme membre de la plateforme inter-associative Auvergne Promotion Santé)

Dr. MEYER, médecin nutritionniste, praticien hospitalier au CHU, responsable du projet activité physique et obésité chez l'enfant

Mme PERRET, responsable du comité départemental de la Ligue contre le cancer

Mme VIDAL, responsable en Auvergne de la collecte de sang pour l'Etablissement français du sang

➤ Collectivités territoriales

Mme CHEVALDONNE, vice-présidente du conseil général du Puy de Dôme

Autres élus : voir ci-après dans la liste par établissement scolaire

➤ Lycée Sidoine APOLLINAIRE à Clermont-Ferrand

Mme Régine BERTHONNECHE, parent d'élève déléguée FCPE au conseil d'administration

M. Pascal CANTOURNET, chef des travaux

Mme Pascale COLDEFY, infirmière

Mme Bénédicte FERRANDON, infirmière (Internat)

M. Jean-Jacques FERRI, conseiller principal d'éducation

M Roger GARDES, conseiller régional, membre du conseil d'administration

M. Gilles JARNIAC, ouvrier professionnel, chargé de l'accueil

Mme. Paule LATOUR, assistante sociale

Mme Andrée LEVE, conseillère principale d'éducation

Mme Catherine LEVY, proviseur-adjoint

Mme Monique MAUVILAIN, CASU

Mme Michèle MUGUET, chef des travaux

M. Gérard POUZET, parent d'élève délégué FCPE

Mme Suzanne ROUBEYRIE, parent d'élève déléguée FCPE au conseil d'administration

Mlle Catherine SOUCHAL, professeur bio-techno option santé-environnement

M. Jean François VEYRIERES, proviseur

Des élèves : Anaïs, Solène, Elodie, Cindy: élèves de 1^{ère} STL

Emilie, Audrey, Anaïs, Aurélie, Claire : élèves de 1^{ère} SMS

Julie, Céline, Anne : élèves de BTS (3^{ème} année) en préparation du diplôme de conseiller en économie sociale et familiale

➤ Collège MOLIERE à Beaumont

M. Pascal BARTHELEMY, CPE

Mme BATTISSE, infirmière conseil
Mme Solange CHASTANG, parent d'élève
Mme Brigitte DOMAIZON, principale adjointe
Mme Marie Monique FRUGIER, professeure d'anglais retraitée, intervenante dans le projet ACAPULCO
M. Georges LAFARGE, directeur de l'école Jean ZAY (de Beaumont)
Mme Michèle LAFAYE, professeur d'EPS
Mme Catherine LHERMIER, infirmière
Mme Chriystelle MISSONNIER, parent d'élève
M. François MONIER, adjoint au maire de Beaumont
M. David MOYEN, professeur de SVT
M. René RIBEYRE, principal du collège
Des élèves de tous les niveaux

➤ Ecole Léon DHERMAIN à Cournon d'Auvergne

Mme Corinne AMBROISE, professeur des écoles (en CP)
Mme Sylvie BERTHIAUD, professeur des écoles (en CM2)
Mme Véronique CONCHE, institutrice (en CM1)
Mme Catherine DRECQ, parent d'élève, membre de la commission parent-enseignant
M. Laurent DUBIEN, IEN de la circonscription de Cournon Val d'Allier
Mme Catherine JANDOT, conseillère pédagogique généraliste
Mme Anne Marie GUILLAUMIN, conseillère pédagogique (EPS)
M. Claire JOYEUX, adjoint au maire, chargé des affaires scolaires et de la politique de la ville
Mme LAFARGE, parent d'élève, membre de la commission parent-enseignant
M. Pierre MARTINET, professeur des écoles (en CLIS)
Mme Paula PAGNEUX, directrice de l'école
M. Rémy SERPOLAY, instituteur (en CP), adjoint de direction
M. VERDIER, directrice

Académie du Lille

➤ Rectorat

M. Daniel BOURGOIS : médecin scolaire conseiller technique
Mme Marie-France CAZIN : IA-IPR SVT
M. Paul DESNEUF : recteur d'académie
Mme Martine DUMONT : médecin conseiller technique du recteur
Mme Madeleine LAHAYE : conseillère technique du service social
Mme Francine MALEXIS : IA-IPR SVT
M. Yves SIHRENER : coordonnateur des CESC au niveau académique
Mme Michèle VANHOENHACKER : infirmière conseillère technique

➤ Institut universitaire de formation des maîtres

Mme AMARD : maître de conférence à l'IUFM - responsable de l'équipe thématique : Santé et enseignement

➤ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Mme Mireille WUILLAUME : directrice de la DRASS

➤ Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Pas de Calais (DDASS)

Dr Jean Louis WIART : médecin inspecteur de santé publique et chef de projet départemental de la MIDLT

➤ Partenaires du contrat de plan

Mme BUSSIGNIES : URCAM
M. CAUCHET : directeur de la santé au conseil régional
Mme COQUELET : pilote du PRS Santé cardio-vasculaire
Mme Margot DEFEBVRE : chef de projet SRES
Mr DELERUE : direction régionale de la jeunesse et des sports
Mr REMOND : direction régionale de la jeunesse et des sports
Dr Elisabeth VERITE : médecin inspecteur PRS
Mme YVONNEAU : inspectrice des affaires sociales, chargée des PRS

➤ Structures d'appui du contrat de plan

Mme BONTE : directrice de l'association Eclat (espace de concertation et de liaison addiction /tabagisme)
Mme CAZIER : association régionale pour la qualité et la cohérence des actions en toxicomanies
Mme FLICOURT : directrice du carrefour d'initiative et de réflexion (CIR) autour de la maternité, de l'enfance et de la vie sexuelle et affective
Mme JUNGERS : formatrice au CIR, responsable des actions Santé-jeunes à l'éducation nationale
Mr LOART : directeur du CRES
Mr PAUWELS : directeur de l'association FORS et maître de conférence à Lille 3 en sciences de l'éducation

➤ Inspection académique

Mme BOUILLIER : infirmière conseillère technique
Mme Danielle PIERRON : médecin, conseillère technique
M. POLVENT : inspecteur d'académie du Pas de Calais – directeur des services départementaux de l'éducation nationale
Mme Rolande PRUVOST : assistante de service social, conseillère technique

➤ Ecole maternelle de Laventie (Pas de Calais)

Dr Jean-Michel BORYS : médecin endocrinologue nutritionniste
Mme Brigitte BOUT : sénateur maire de la ville de FLEURBAIX
M. DOUEZ : maire, conseiller général de LAVENTIE
Mme Agnès LOMMEZ : coordinatrice du projet santé
M. MAES : IEN de la circonscription
Mme ROUSSELLE : directrice de l'école maternelle

➤ Ecole Guy Mollet de Henin Beaumont (Pas de Calais)

Dr Isabelle ANDRIEU : médecin de santé scolaire
M. Christian DEJAIGHER : directeur de l'école
M. Pierre Marie FONTAINE : IEN de la circonscription
Mme Christiane KOPACZEWSKI : professeur des écoles
M. Christine PIRE : psychologue scolaire

➤ Collège Adulphe Delegorgue - Courcelles les Lens (Pas de Calais)

Mme Maryse BARCA : infirmière scolaire
M. Christophe BELLETTRE : professeur de mathématiques
M. Alain BOILEUX : conseiller principal d'éducation
Mme Annick CARON : médecin scolaire
Mme Thérèse FORMANCZAK : assistante de service social
M Marcel GYRE : directeur de SEGPA
M. Michel HAREMZA : principal du collège
Mme Christelle LEPERE : professeur de SVT
Mme Odile MILLUY : principale adjointe

➤ Lycée professionnel Mendès France à Bruay en Artois

M. CHWEUDURA : proviseur du lycée
Mme DROCZINSKI : infirmière scolaire
Mme HENNEBERT : assistante de service social scolaire
Mme LEMPASEZAK : professeur d'arts appliqués
M. LEVASTRE : professeur d'électrotechnique
M. POSPIESKI : conseiller principal d'éducation
Mme ROBILLARD : professeur de biotechnologies
Mme ROJEWSKI : professeur de mathématiques
Mme SULICERE : professeur de biotechnologies

➤ Collectivités territoriales

Mme BOCQUILLET : adjointe au maire de la ville d'Arras, chargée de la santé
M. DELEPIERRE : conseiller technique santé au cabinet du président du conseil général Pas de Calais
M. Jean-François KLEIN : médecin directeur de la PMI Pas de Calais
M. Didier LEPERS : directeur général adjoint chargé des affaires sociales au conseil général Pas de Calais

➤ Autres partenaires dans le département

Mme Brigitte CLIPET : chargée du projet CDES

M. François-Xavier DEAL: délégué départemental de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Mme Valérie PRUVOST : diététicienne et animatrice du risque alcool

M. Vincent VANLACKEN : directeur du CDES Pas de Calais

Académie de Nancy Metz

➤ Rectorat

Mme Evelyne APTEL : médecin conseillère technique du recteur

M. Roland DEBBASCH : recteur d'académie

Mme Marie-Claude FAUQUETTE : IA/IPR établissements et vie scolaire

Mme Bernadette MERGEL : infirmière conseiller technique du recteur

Mme MICHEL : chef de division de la formation continue des enseignants du second degré

M. Pierre Jean VERGES : directeur de cabinet

Mme Sylvie WOLTRAGER : conseillère du service social

➤ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Mme GRANDEMANGE : adjointe du directeur

Dr Chantal GRAVELAT : médecin inspecteur régional

M. Ramiro PEREIRA: directeur de la DRASS

Mr VALLET : inspecteur principal chargé de la mission politique de santé

➤ Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Meurthe et Moselle (DDASS)

Dr ALBISER : médecin inspecteur de santé publique

M. LHUILLER : directeur adjoint

M. Philippe MICHEL : directeur de la DDASS et chef de projet MILDT

Dr Eliane PIQUET : médecin inspecteur de santé publique

➤ Institut universitaire de formation des maîtres de Lorraine

M. BARANGER : directeur de l'IUFM

M. CHALOT : professeur en SVT et chargé de mission

Mr MAYEURE : directeur adjoint IUFM et responsable de la formation des maîtres du 1^{er} degré

➤ Inspection académique

Mme Dominique GEISKOPP : infirmière conseillère technique

Mr Paul Jacques GUIOT : inspecteur d'académie de Meurthe et Moselle, directeur des services départementaux de l'éducation nationale

Mme MONCEL : conseillère technique du service social

M. Laurent SCHMIDT : adjoint de la division organisation et vie scolaire (dossiers CESC)

Mme Françoise SCHWARTZ : médecin scolaire conseiller technique

➤ Ecole primaire Marcel Leroy à Nancy

Mme Sophie HERGENHAHN: psychologue scolaire

Mme Patricia KABILIS : directrice

Mme Nicole LEVAL: IEN 1^{er} degré

Mme Edith LORIENT : enseignante classe de CE1

Mme Laurence MAURICE : enseignante classe CLIS1

Mme Claire MINETTO : enseignante classe de CM2

➤ Collège Jean Lamour à Nancy

Mme Annie BERTHELOT : assistante de service social

Mme Muriel BRUNET : parent d'élève

Mme Anne CHATTON : infirmière scolaire

Mr Stéphan CORNEVAUX : professeur de SVT

Mme FREYERMUTH : principale adjointe

Dr Anne HECK : médecin de santé scolaire
Mme Térésa HEDDOUD : documentaliste
Mr JEANDEL : directeur de la SEGPA
Mme Denise KNIEST : chef de cuisine
Mme Catherine KOUKI : parent d'élève
Mr RAIX : principal
Mme Denise TONI : professeur de SEGPA
Mme Christine VILLEMIN : documentaliste
Benjamin, Iris, Johel, Loryne, Mélodie, Matthieu, Noémie, Océane, Ugoline, élèves de 3^{ème} Cyril, Gary, Thomas
élèves de 4^{ème} :

➤ Lycée Jacques Callot à Vandoeuvre

M. Bernard HUMBERT : proviseur
Mme Jeanne MARTIN : médecin de santé scolaire
Mme Céline MATHIS : infirmière de santé scolaire
Mme Martine RAGONDET : proviseur adjoint
Marie-Line VISENTIN : assistante du service social

Des membres du CESC : Mme Delphine BIALY, M. Patrice CAPRON, Mme Nathalie COLLIN, Mme Dominique COURTOT, Mme Geneviève DELLA VALLE, Mme Noëla FRANGIN, Mme Sylvie LEONARD, Mme Carole MUHR, Mme Catherine SIVEL, M. Patrick WIESCZOREK.

Des élèves des classes de première et terminale du club « Bouge toi » : Alicia, Audrey, Cédric, Charles, Clotilde Emilie, Florence, Guillaume, Johan, Julie, Lise, Nominé, Semra

Des parents d'élèves : Mme Sylviane FOSSARD, Mme Elisabeth HADJINLIAN, Mme Anne JOLY, M. Philippe MANTEY

➤ Lycée Henri Poincaré

M. Claude SCHMIDT : proviseur
Elèves de classes préparatoires aux grandes écoles littéraires et scientifiques (6)

➤ Représentants d'autres organismes :

Mme Flore AUMAITRE : directrice du CODES
Mme Lucette BARTHELEMY : responsable du CRES
Mme Nelly DEQUIDT : médecin départemental PMI
M. Jean Louis PETIT : directeur de l'URCAM

Académie de Rennes

➤ Rectorat

Françoise AMIOT-BADIN : responsable de la formation continue
Marie Françoise BRICHAULT : proviseur « vie scolaire »
Marc DEBENE : recteur d'académie
Didier HUGUENET : infirmier conseiller technique
Michel LANOS : proviseur « vie scolaire »
Monique LATOUCHE : assistance sociale conseillère technique
Claire MAITROT : médecin conseillère technique

➤ DRASS de Bretagne

Docteur Dominique DEUGNIER : médecin inspecteur régional
Mme DUPUIS-BELAIS : conseillère technique en travail social
Docteur PETITJEAN : médecin inspecteur de santé publique

• Département des Côtes d'Armor (Saint-Brieuc)

Dr JAFFRES : médecin conseillère technique de l'inspecteur d'académie
M. Michel LE BOHEC : inspecteur d'académie
Dr LE COZ : médecin de santé scolaire
M. Dominique MANTEAU : secrétaire général

- Département du Finistère (Quimper)

M. CLABON : inspecteur de l' Education nationale de la circonscription de Quimper
Mme DORDAIN : conseillère pédagogique
Régine PAUGAM : infirmière conseillère technique
Nicole PETTON : assistante sociale conseillère technique
M. ROBERT : inspecteur d'académie
Dr SEZNEC : médecin conseillère technique

- Ecole KERJESTIN à Quimper

M. Yves DARIEUX : instituteur de CE2
M. DUIGUO : directeur
Mme Isabelle DURAND : institutrice de grande section de maternelle
Dr Martine GARNIER : médecin scolaire
Mme Céline LE FLOCH : institutrice de CMI
Mme MARC : infirmière de santé scolaire

- Collège Max Jacob à Quimper

Mme BELOEIL LEGARREC : assistante sociale scolaire
Dr Martine GARNIER : médecin de santé scolaire
Mme GOURAUD: professeur de SVT
Mme LOIT : infirmière de santé scolaire
M. PIVERT : principal adjoint
M. TREBAOL : CPE
M. VAUTIER : principal
Des élèves de classe de 3^{ème} élus au conseil d'administration : Margot, Sofia et Philippe

- Lycée Chaptal à Quimper

M. DUFEU : conseiller principal d'éducation
Mme Anne LAVEANT-PETIT: assistante sociale
Melle Audrey LE PIMPIC : élève de BTS en sciences médico-sociales initiatrice d'un projet d'éducation pour la santé et de prévention de l'alcoolisme dans le domaine de la sécurité routière
Mme Monique PRISSET : infirmière de santé scolaire
Mme Claudine QUEMERAIS : infirmière de santé scolaire
M. ROSSIGNOL : proviseur
Dr Catherine VARNOUX : médecin de santé scolaire

- Conseil Général du Finistère

Mme Armelle HURUGUEN : conseillère générale, vice-présidente du conseil général et membre du conseil d'administration du collège Max Jacob
Dr Irène LE GOUILL : chef du service de la protection maternelle et infantile (PMI)
Dr LUCAS : adjoint au responsable de la direction de la prévention et des actions sanitaires (DPAS)

- Autres partenaires

M. André PLOUZENNEC : responsable du contrat de ville, à la mairie de Quimper et membre du conseil d'administration du collège Max Jacob
M. Robert TANGUY : directeur du service de prévention - quartier de Penhars à Quimper

- Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

M. Pierre LE RAY : directeur adjoint
Dr Alain MEVEL : médecin inspecteur de santé publique
Mme Muriel PIVERT : inspectrice de l'action sanitaire et sociale
Mme Sylvie SOVRANO-CHELLOUG : conseillère technique en travail social

- Secteur associatif :

- *Association nationale de Prévention de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) comité départemental du Finistère*
M. Michel ABALLEA : délégué départemental
Mme Corinne BONNIN : animatrice formatrice

- *Association pour la Sauvegarde de l' Enfant, de l'Adolescence et des Adultes du Finistère*
Mme Nicole FESTY : animatrice de prévention du secteur nord Finistère (Brest)
M. Dominique ODOT : directeur général
Mme Chantal RIEN : animatrice de prévention du secteur Sud Finistère (Quimper)
- *Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES 29)*
M. Yves COSTIOU : chargé de projet
Mme Marie Annick MORVAN : diététicienne et chargée de projet

Annexe 3 : principaux textes réglementaires concernant la santé des élèves et l'éducation à la santé à l'école

- note du 15 octobre 1995 relative aux poids des cartables
- circulaire n°96-158 du 31 mai 1996 concernant les jeunes et l'alcool
- circulaire n° 97-123 du 23 mai 1997 relative à la mission des enseignants
- circulaire n°98-108 du 1^{er} juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risques et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)
- circulaire n°98-140 du 7 juillet 1998 relative à l'éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire
- circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège
- circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité
- circulaire n°99-135 du 20 septembre 1999 relative à la campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens – année 1999-2000
- circulaire n°99-175 du 2 novembre 1999 relative aux repères pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires (avec MILDT)
- circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves . B.O. spécial n°1 du 25 janvier 2001
- circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale
- circulaire n°2001-014 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmi(è)res de l'éducation nationale
- circulaire du 25 avril 2002 relative à la santé des élèves et à la politique de santé en faveur des élèves
- circulaire n°2001-118 du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments
- circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles en application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
- circulaire n°2002-004 du 3 janvier 2002 relative à la sécurité des alimentaire et aux bons gestes.
- circulaire DESCO/B4 n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 concernant la santé des élèves : le programme quinquennal de prévention et d'éducation.

Annexe 4 : une volonté d'apprentissage en utilisant des ateliers thématiques pluridisciplinaires et pluricatégoriels dans un lycée professionnel du Pas de Calais

1 – Une équipe motivée et pluridisciplinaire

Une équipe pluricatégorielle caractérisée par une certaine stabilité avec un noyau d'anciens et des éléments moteurs.

Cette équipe représente 10 % des ressources humaines de l'établissement qui compte une centaine d'enseignants. Elle fonctionne depuis 5 ans, se connaît bien et elle a la confiance du chef d'établissement, lui même très attentif aux difficultés sociales rencontrées par la population de ce lycée.

Le projet d'établissement comporte un axe «prévenir les conduites à risques et lutter contre la violence », même si cet axe se limite à une énumération d'actions (ou de pistes d'actions) sans objectifs de moyens ou de résultats.

2 – L'évolution des actions conduites

Le point de départ se situe en 1997/1998 dans le cadre d'une expérimentation « Elèves, acteurs de prévention » qui fait l'objet de stages nationaux de la DESCO. L'idée est de bâtir des actions de santé sur la base du volontariat des élèves, hors du temps scolaire, en particulier sur les difficultés comportementales et les conduites addictives. Six enseignants se mobilisent autour de l'infirmière et de l'assistante sociale et offrent leur disponibilité aux 40 classes du lycée.

L'année suivante, des heures sont banalisées «heures blanches » pour permettre aux élèves volontaires de pouvoir suivre régulièrement ces ateliers. Les animations ont lieu en binômes d'enseignants pour un groupe de 12 élèves environ ; les enseignants ont ciblé 2 à 3 classes d'entrants puis les groupes ont été reconfigurés de manière à ne pas travailler avec le demi-groupe «classe », et des activités autour de productions ont été choisies (dessins, vidéo, journal ...). Le changement d'atelier avait lieu à chaque vacance soit toutes les 6 à 8 semaines.

Depuis 2 ans, l'équipe a pris conscience qu'elle travaillait à partir d'une image négative de la santé et a souhaité modifier sa stratégie pour travailler autour du «bien-être ». Par ailleurs, le temps de réflexion et d'activités sur 6 semaines s'est avéré trop court et l'équipe a mis en place un atelier par trimestre, afin de pouvoir s'inscrire dans une durée plus favorable aux évolutions.

3 – Les actions

4 ateliers existent :

- « **A L'AISE DANS TES BASKETS** » travaille sur la tenue vestimentaire et sur le savoir être, le relationnel et les aptitudes à communiquer à partir de jeux de rôles, de gestuelles Cet atelier est animé par les deux professeurs de biotechnologies ;
- « **CREADO** » permet de travailler sur des thèmes choisis par les élèves : la famille, le SIDA, l'amitié et l'amour... . L'atelier est animé par le professeur d'arts appliqués et le professeur d'électronique ;

- « **ANIM'ADO** » utilise des outils tels que « Sac à dos », « Cet autre que moi » (outils d'éducation à la santé mis à disposition par le CRES) ... et travaille sur l'éducation à l'affectivité et le respect de l'autre. Cet atelier est animé par l'assistante sociale et l'infirmière ;
- « **MOC'ADO** » est centré sur l'image et sur l'aptitude à analyser le mouvement qui peut être porteur de violence. Il est animé par le professeur d'électrotechnique et un professeur de dessin industriel.

Ces 4 ateliers entrent dans le PRS Santé des jeunes et répondent à l'appel d'offre globalisé, organisé par la DRASS du NORD avec le Conseil Régional, l'URCAM,

Une dernière action est plus ciblée sur les classes de BEP et CAP : « *la violence, parlons en* » pour laquelle quatre professeurs et l'assistante sociale ont suivi la formation correspondante.

4 – Observations complémentaires de la mission :

Les actions de type « forum » ont été abandonnées car trop ponctuelles et ne répondant pas aux attentes des jeunes qui ont besoin d'un accompagnement dans la durée.

Cette équipe dynamique, entreprenante masque une réalité : les problèmes des jeunes ont du mal à mobiliser les autres membres de la communauté éducative (une majorité d'enseignants reste non impliquée). Le chef d'établissement reconnaît que la communication interne au lycée mériterait d'être améliorée et pourrait amener d'autres enseignants à adhérer au projet d'actions en faveur de la santé et du bien-être des jeunes.

Annexe 5 : la classe santé du collègue Jules Ferry, Campagne l'Evêque Saint Louis à Marseille, une expérimentation à soutenir et une initiative à développer

Présentation de l'établissement et des actions d'éducation à la santé :

Ce collège de 519 élèves est situé en zone d'éducation prioritaire (ZEP) et en zone dite «sensible ». L'équipe pédagogique est stable, ce qui permet aux projets de perdurer ; les jeunes professeurs s'intègrent facilement aux équipes constituées. Le principal est en poste depuis 6 ans.

L'équipe de santé scolaire est constituée d'une infirmière à temps partiel (qui vient de prendre son poste), un médecin à temps partiel, qui intervient à la demande, et d'une assistante sociale présente deux jours par semaine.

L'action prioritaire de 2001-2002 était centrée sur la prévention de la violence et concernait l'ensemble de l'établissement.

Pour les élèves de 5^{ème}/4^{ème} et 3^{ème}, des actions sont menées en prévention des conduites à risque, et notamment sur le tabac, "comment dire non à la première cigarette », avec une intervention de professionnels de santé associatifs et la participation sous forme de débats des professeurs de disciplines diverses (SVT, EPS, histoire et géographie). Le thème de la prévention du tabagisme fait également l'objet de travaux dans le cadre des itinéraires de découverte (IDD) dans la discipline des arts plastiques, avec la réalisation d'affiches et de maquettes.

Pour les classes de 3^{ème}, des actions «d'éducation à la sexualité » intégrant la prévention des violences sexuelles sont conduites par l'infirmière, et cela avec l'intervention d'une troupe de théâtre.

En 3^{ème}, une information avec débat sur la notion « d'invulnérabilité des jeunes en deux roues » est mise en place (l'outil utilisé est « le mythe d'Achille »). En 4^{ème}, le collège avec la collaboration du conseil général travaille sur la sécurité routière avec comme thème "partage ta route" traité avec des intervenants handicapés suite à des accidents de voie publique.

De plus, au sein du collège, des actions multiples sont conduites sur la prévention des toxicomanies, sur une meilleure alimentation, l'hygiène ... mais l'action la plus originale est la création d'une « classe santé » pour les élèves d'une classe de 6^{ème} et de 5^{ème} (il y a cinq classes de chacun de ces deux niveaux dans le collège).

Les élèves y sont inscrits dans ces classes santé par volontariat et sont donc déjà intéressés et motivés par la démarche d'éducation à la santé. Le volontariat des élèves est fonction des différentes options proposées par le collège puisque chaque classe de 6^{ème} (avec continuité en 5^{ème}) est marquée par un thème (théâtre, arts, sports, santé ...). Cette typologie des classes donne une image de marque au collège dans le quartier (quartiers nord de Marseille).

Le projet est dans l'immédiat limité aux deux premières années de collèges, avec le souhait de l'équipe pédagogique, mais aussi des élèves, de pouvoir le poursuivre par une classe santé en 4^{ème} et 3^{ème}.

Qu'est-ce qu'une classe santé ? (extraits du projet de la classe de 5^{ème})

- Cette « classe santé » est née, il y a deux ans, d'un double constat : l'existence de besoins de santé particuliers des adolescents, notamment en zone difficile et la multiplication des dispenses de pratique de sport au collège à l'adolescence, moment charnière pour l'activité physique future.
- L'objectif est donc de donner le goût et les habitudes de pratique sportive à des élèves venant de milieux défavorisés, qui ont une représentation négative de la notion de santé.
- La démarche initiale s'est donc construite autour d'une équipe pédagogique dont l'élément moteur est un professeur d'éducation physique et sportive (EPS) qui porte le projet avec des collègues de sciences de la vie et de la Terre (SVT), d'anglais, d'arts plastiques, de mathématiques, de physique, le service de médecine scolaire, la documentaliste, et le conseiller principal d'éducation.
- En plus des horaires d'enseignement classiques, sont dégagées des heures d'éducation à la santé, à raison d'une heure par semaine en groupes (par demi classe) pour les contenus théoriques. Le projet s'étend sur toute l'année scolaire avec un thème du programme pour chaque trimestre, décliné à partir de l'éducation physique et sportive.

➤ 1^{er} trimestre : qu'est-ce que le corps humain ?

- en EPS : les muscles, les articulations, le rôle de l'échauffement, les blessures et les premiers soins à apporter (le vendredi), la pratique du basket-ball (le lundi), la vitesse (le jeudi)
- en SVT : les mouvements : les muscles, la contraction, le relâchement, les ligaments, les os...
- en anglais : le corps humain
- 2^{ème} trimestre : comment fonctionne le corps humain lorsqu'on fait du sport ?
- EPS : filière énergétique, prise de pouls (le vendredi), natation (le lundi), endurance (le jeudi)
- En mathématiques : calcul de vitesse, conversion de temps, ...
- En anglais : petit déjeuner anglais
- En physique : l'eau : composition, le corps humain

L'activité sportive implique une bouteille d'eau et une alimentation adaptée avant l'effort.

- 3^{ème} trimestre : comment fonctionne psychologiquement le corps humain ?
- EPS : concentration et sommeil, influence du tabac, dopage, avoir du cran pour aider un camarade dans une situation déjà difficile pour soi.. ; tennis de table
- SVT commande nerveuse, incidences du tabac, du sommeil...

Les objectifs opérationnels du projet pour les élèves sont triples : une connaissance plus approfondie de son corps, une meilleure connaissance de soi et une responsabilisation physique de soi et des autres.

Pour l'équipe pédagogique cette initiation à la santé nécessite de travailler autrement en développant concertation, cohésion et travail d'équipe (élaboration des emplois du temps, transmission d'informations, réunion à mi-trimestre,...).

Un changement d'attitude et de comportement se fait jour peu à peu par des outils construits par les élèves (écriture d'une charte de l'élève en bonne santé, constitution d'un dossier « parcours santé », travail plus personnalisé en petit groupe sur un thème avec invitation des parents à une exposition (alimentation).

Ce projet permet également de travailler sur :

- la cohésion de classe,
- l'amélioration des relations avec les parents,
- la valorisation de la classe au sein du collège.

Les difficultés et limites de cette classe santé

- C'est un choix pour des élèves volontaires et motivés : cela concerne environ une cinquantaine d'élèves par année scolaire (10 % des effectifs du collège) et l'impact immédiat (échauffement, hydratation, modifications alimentaires...) est visible chez la moitié ; C'est une action à mener sur plusieurs années pour un apprentissage de gestion de vie.
- Mais actuellement, c'est une option qui ne se poursuit pas au delà de la classe de 5^{ème}, du fait de moyens insuffisants (et cela dans un établissement qui bénéficie pourtant d'un sur-dotation liée au classement de l'établissement en ZEP), malgré un bilan positif et une demande de poursuivre l'action formulée aussi bien par les personnels éducatifs que par les élèves eux-mêmes.
- Le financement des actions d'éducation à la santé est très précaire et doit être recherché chaque année : par le CESC, via la MILDT, par la DRASS et la DDAS via les crédits des PRS et par le CODES, via la mise à disposition d'outils et l'intervention de personnel.
- L'absence de formation spécifique des enseignants et même des équipes de santé sur les problématiques d'éducation à la santé, limite la diffusion des actions à des personnels volontaires et motivés.

Pourquoi soutenir un tel dispositif ?

- un projet éducatif global fortement soutenu par l'équipe de direction,
- une action sur du moyen terme, qui n'est pas limitée à des interventions ponctuelles,
- une démarche pluridisciplinaire, mais aussi une volonté de toutes les catégories de professionnels de l'établissement (personnel de restauration et ATOS y sont associés en fonction des thèmes étudiés),
- des élèves acteurs du projet qui sont capables de présenter les thèmes étudiés et montrent avec fierté leur production,
- des coûts immédiats relativement minimes (mais qui doivent être pérennisés sur plusieurs années), pour un résultat potentiel important (l'impact de l'action ne peut être visible immédiatement).

Annexe 6 : CALYPSO, un projet de prévention des conduites à risque en direction des collèges des Côtes d'Armor

Les principes de la démarche d'éducation à la santé de ce projet sont les suivants :

1. Trouver un programme de formation existant et l'adapter aux besoins des acteurs locaux.
2. Le tester auprès de certains établissements volontaires. En 2002-2003 : quatre collèges sur 47 du département, concernant six classes de 3^{ème}, une classe de 4^{ème} et quatre classes de 5^{ème}.
3. Réajuster le projet si nécessaire.
4. Le diffuser tel quel mais en acceptant que ce programme soit interactif donc évolutif. Une plaquette de présentation de l'outil est en cours d'élaboration avec projet de présenter cet outil sur le site académique.
5. Ne pas parachuter des intervenants spécialisés extérieurs à l'établissement, donc prévoir une formation pour les personnels éducatifs et de santé en contact habituel avec les élèves. Les enseignants (professeur de maths, d'anglais, de français...), personnels de direction, infirmières et assistantes sociales, médecins, CPE, surveillants... ont bénéficié d'une formation à deux volets : formation à la connaissance de l'outil (un jour) et à la gestion et l'animation de groupe (un jour) avec un psychologue.
6. Accepter d'aménager les emplois du temps pour intégrer ce projet dans le volume horaire scolaire. Selon les établissements, le temps correspond aux heures de vie de classe, à 90 minutes de cours de mathématiques et lorsque le proviseur adjoint responsable des emplois du temps était partie prenante au projet, l'organisation des emplois du temps a été facilitée.

La présentation du projet de prévention des conduites à risques :

La stratégie repose sur un trépied : l'information, le développement des compétences psychosociales permettant de mieux gérer les conduites à risque et la connaissance et l'explication de la loi.

Les acteurs en présence sont d'une part les adultes en relation d'aide, par l'écoute et l'accompagnement et les jeunes qui acquièrent une capacité à faire des choix raisonnés et responsables.

Les modalités d'intervention sont organisées en six séances de 90 minutes avec deux animateurs pour un groupe de 12 élèves.

Les objectifs sont de travailler sur certains facteurs de prévention de la toxicomanie :

- en développant l'estime de soi pour mieux s'affirmer et accroître ses capacités à prendre des décisions et à résoudre les problèmes qui se posent ;
- en favorisant la conscience des phénomènes qui se jouent avant une prise de décision ;
- en responsabilisant les jeunes comme acteurs de choix éclairés.

1^{ère} étape : apprendre à se connaître

- avoir des « valeurs communes » pour fonctionner ensemble
- le règlement intérieur
- défricher ses dons et ses compétences (qualités) pour mieux les utiliser

2^{ème} étape : être content de soi et content d'être soi

- avoir conscience de ses points forts et de ses points faibles

- construire sa vie en fonction de ce que l'on est : ne pas « mimer des personnages » par manque de confiance en soi
- L'adolescent a besoin de vivre du succès. L'affirmation de soi est l'estime de soi en action.

3^{ème} étape : apprendre à analyser et à se positionner

- apprendre à dire « non », à se surpasser, s'affirmer lors des situations difficiles
- savoir analyser un échec (objectif trop ambitieux, compétence inadéquate, moyens utilisés inadaptés...)
- apprendre à verbaliser ses sentiments

4^{ème} étape : prendre conscience des pressions qui s'exercent sur chacun pour mieux prendre des décisions

- décrire une situation de pression (ce qui nous influence ; la publicité, l'opinion des autres...)
- construire une grille d'analyse de la situation
- réfléchir sur le désir d'être accepté (rôle du groupe, des pairs...)

5^{ème} étape : réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour résister aux pressions

- l'humour, la rationalité, l'esquive, la recherche d'un allié, la négociation (soirée du samedi soir)
- comment utiliser ces différents outils ?

6^{ème} étape : prendre une décision

- quel type de décision : impulsivité, réflexion, absence de décision,
- être acteur ou subir ?

Annexe 7 : une démarche éducative précoce de la responsabilisation totalement intégrée dans les apprentissages quotidiens des élèves de classe maternelle, ou "comment apprendre à faire le 15 à l'âge 3 ans !"

Il s'agit d'un projet associant une action d'éducation à la santé et d'apprentissage de la citoyenneté initié à l'école maternelle Jacques Prévert de Saint André sur Orne, qui accueille près de 150 élèves entre 3 et 6 ans. Il est centré sur le thème de «l'apprendre à porter secours » avec la priorité initiale chez les plus petits d'apprendre à donner l'alerte et à prévenir un adulte.

Cette action est dans le droit fil du projet d'école validé par le conseil d'école et qui est centré sur le respect de soi, la santé et l'hygiène, l'apprentissage du vivre ensemble et de l'attention à l'autre. Elle est née d'un constat lié à la difficulté pour les adultes de surveiller la cour de récréation du fait de l'architecture des bâtiments scolaires et de zones difficilement accessibles. Construite à partir des situations réelles et vécues par les enfants (un enfant blessé, un enfant avec un pansement, l'arrivée des secours, les véhicules des pompiers et du SAMU...), elle est menée dans une dynamique d'apprentissage, avec l'utilisation et l'adaptation de documents existants.

Les différentes étapes de la démarche éducative sont acquises à travers le projet :

1. La connaissance des personnes et des lieux :

- ? que chaque enfant connaisse les élèves de sa classe (31 enfants de 3 ans) → trombinoscope avec photos et prénoms
- ? que les enfants des différentes classes se connaissent
- ? que les enfants repèrent les adultes référents de l'école (à qui ils peuvent s'adresser pour signaler un incident)
- ? qu'ils apprennent ce qu'ils peuvent faire et ce qu'ils ne peuvent pas faire (dangereux)
- ? qu'ils sachent nommer (l'enfant qui est blessé) et décrire (précisément où il se trouve : endroit avec des repères)

2. Le permis et l'interdit

Les méthodes sont adaptées aux âges des enfants, ainsi :

- dans la classe des petits (3-4 ans) il n'y a pas d'interdit sur les affiches : seul est mentionné « ce que je peux faire »
- chez les moyens (4-5 ans) : les formulations négatives et positives sont apprises et vécues : « je ne dois pas courir dans la classe, mais je dois marcher ».

L'apprentissage du non (l'interdit) et des règles à observer (sachant que certains enfants à 3-4 ans ne connaissent ni le refus ni l'opposition des adultes de leur milieu familial (pas de réaction au non) se met en place progressivement.

Pour l'action, les outils utilisés permettent à l'enfant de vivre la situation par simulation ou reconstitution avec une poupée grandeur nature permettant la reproduction de la scène et la lecture d'images représentant de recréer les différents jeux présents dans la cour en exprimant les actions positives : avec ce que je peux faire (un enfant est dessiné sur les endroits permis et accessibles) et les actions dangereuses : les endroits où je ne peux pas aller, l'enfant n'est pas dessiné.

3. Porter secours, une action comme fil directeur des apprentissages

? j'apprends "le corps et le schéma corporel" (lieu de la blessure ou du pansement ou bandage... j'ai mal où ?)

? j'apprends "les formes et les couleurs" (la croix rouge sur la boîte de secours – que seul l'adulte a le droit d'ouvrir)

? "j'apprends les nombres": 1, 2, 3, 4, 5 puis le 1 et le 5 → 15

? "j'apprends la rue, j'apprends la maison" : les risques. En grande section, un travail a été fait, en sus, sur les risques électriques (avec la reconnaissance des symboles de danger)

4. La mise en pratique des connaissances :

Celle-ci a été réalisée par un exercice pratique avec simulation (à l'école avec la maîtresse puis avec les médecins du SAMU) : apprendre à porter secours → faire le 15

- j'appelle le 15
- je me présente
- je décris où je suis

5. Une action évaluée à distance dans une situation particulière :

Lors de l'élaboration, par les enfants de maternelle, d'un livre au moyen de découpages et de dessins d'enfants, avec invention d'une histoire, qui concernait une princesse empoisonnée par une sorcière et alors qu'il fallait trouver une solution pour sauver la dite princesse ... un enfant de la classe a dit "il faut faire le 15 pour faire venir le docteur."

Les limites des actions :

- la pérennité et le turn-over des enseignants
- l'absence de formation spécifique à l'IUFM pour les professeurs des écoles de maternelle

Conclusion en deux points :

- La maternelle est un lieu d'apprentissage, mais les automatismes doivent s'intégrer dans le milieu de vie des enfants.
- Des actions peuvent être démarrées très tôt dans la scolarité si elles sont pédagogiquement adaptées au développement et aux capacités de l'enfant.

Annexe 8 : "l'agenda de l'ado... bien dans sa peau"

Objectifs de l'outil :

C'est une démarche initiée par les médecins libéraux de Bretagne qui souhaitent participer à l'éducation pour la santé en milieu scolaire, notamment en se positionnant comme partenaires dans le système de prévention et de soin (convention URML et académie, en février 1999). Après un travail de connaissance mutuelle des acteurs pour constituer un réseau opérationnel (avec élaboration d'un annuaire des acteurs de santé scolaire qui a été diffusé aux 3600 médecins généralistes, pédiatres et pédopsychiatres libéraux de Bretagne), le partenariat a été formalisé en élaborant en commun cet outil (travail avec les classes de 3^{ème} de 3 collèges).

Les élèves ont choisi :

- l'outil (un agenda pour les classes de 3^{ème}),
- les thèmes de prévention et de santé à intégrer dans l'agenda,
- les situations à mentionner,
- les textes, les questions et les dessins (l'humoriste a été sélectionné avec des jeunes – 5 retenus dans le cadre d'un appel d'offre académique).

Le comité de réalisation s'est entouré d'un expert scientifique, d'un écrivain pour adolescents.

Les modalités de remise de l'agenda ont évolué au cours des 3 années de réalisation.

- Remise d'un agenda à tout élève de 3^{ème} de l'académie, aux chefs d'établissement, aux professeurs principaux, au CPE, aux médecins, infirmiers et assistantes sociales scolaires, le jour de la rentrée.
- Certains chefs d'établissements ont informé les années suivantes, par l'intermédiaire de la liste des fournitures nécessaires pour l'année suivante, les parents des élèves de 4^{ème} à la fin de l'année scolaire de cette remise d'agenda, lors de l'entrée en 3^{ème} (ce qui pouvait leur éviter s'ils le souhaitaient l'achat de cette fourniture).
- Il était prévu qu'un guide d'utilisation de cet agenda puisse être intégré comme outil pédagogique lors des rencontres éducatives, ce qui n'a quasiment jamais été le cas.

Annexe 9 : quand les élèves sont eux-mêmes porteurs de projets de prévention ou une action de sécurité routière et de prévention de l'alcoolisme initiée par une élève de BTS d'un lycée de Bretagne

"Prévention des accidents de la route liés à l'alcool chez les jeunes âgés de 18 à 25 ans", tel est le titre du travail initié par une élève du brevet de technicien supérieur (BTS) section "économie sociale et familiale" rencontrée par la mission lors d'un déplacement dans l'académie de Rennes.

Son objectif est de réaliser une action d'éducation pour la santé qui permette de responsabiliser les jeunes de la classe d'âge choisie, sur les risques liés à la conduite en état d'ivresse et de les sensibiliser sur les mesures de prévention.

Ce travail a été construit dans le droit fil d'un stage de 6 semaines effectué dans le service de la sécurité routière de la préfecture du Finistère. L'élève a souhaité le valoriser et l'utiliser pour mener une action d'information et de sensibilisation auprès de l'ensemble des élèves, mais aussi des personnels de l'établissement.

La diffusion dans l'établissement d'un travail individuel pour amorcer une réflexion collective

Une journée de décembre 2003 devait être consacrée à ce thème au sein de l'établissement scolaire avec, dans la matinée :

- ? une exposition comprenant des panneaux d'information, notamment avec la présentation des statistiques nationales et départementales disponibles ;
- ? une discussion à partir de cassettes vidéo ;
- ? des démonstrations sur l'impact de la vitesse et les traumatismes potentiels (avec en particulier, la voiture-tonneaux).

L'après-midi était consacrée à des ateliers de discussion (intervenants de la police, la sécurité routière et le personnel hospitalier...), des tables rondes avec des témoignages de victimes de la route ainsi que la présentation d'une pièce de théâtre abordant les différents volets de cette problématique.

Un soutien de l'équipe de direction de l'établissement

L'élève, avec le soutien de personnes internes et externes au lycée, a elle-même recueilli les informations (statistiques, élaboration d'une enquête auprès de 51 jeunes, entretiens avec différents professionnels, construction du programme de la journée, choix des intervenants et recherche des financements nécessaires...). Ce projet d'un coût de 2700 Euros a été soutenu par le lycée et le service de la sécurité routière de la préfecture de Quimper.

Quelques éléments d'analyse de l'enquête réalisée

- ? **une connaissance très lacunaire des effets de la prise d'alcool** : les jeunes ont des connaissances erronées sur les quantités d'alcool ingérées et sur le temps d'élimination de l'alcool après ingestion, alors que d'après leur déclaration, ils sont près de 50% à boire plus de 6 verres au cours de leurs soirées en boîtes de nuit ou dans les bars ;
- ? **la nécessité de développer la prise de conscience des risques et des comportements de responsabilisation sur les risques individuels et collectifs** : ne pas empêcher les jeunes de boire, mais les aider à gérer les risques et les empêcher de devenir des dangers pour eux-mêmes et pour autrui ;
- ? **l'existence de solutions envisageables pour réduire les risques** : le conducteur désigné, le taxi ou la navette, l'accès facilité à l'alcootest pour une meilleure prise de conscience et des journées de prévention accompagnées de témoignages et/ou de "scènes choquantes par des

images que la mémoire grave" (l'élève a expliqué à la mission que cette visualisation paraissait beaucoup plus efficace que les mots).

Ce projet est partie intégrante de la formation de l'élève qui le soutiendra devant un jury pour l'obtention de son BTS.

Les limites d'un tel projet sont les suivantes

? une motivation individuelle difficile à diffuser et un isolement de l'élève dans sa classe
? la difficulté de l'intéressée à faire passer le message de prévention auprès de ses amis lors de soirées avec prises d'alcool et cela, malgré la transmission d'informations par un pair et la conviction de cette élève "militante" vis à vis de son projet.

Conclusion de la mission

Il paraît important d'aider à la valorisation de telles initiatives pour permettre leur diffusion.

Annexe 10 : vers une démarche d'éducation à la santé et à la citoyenneté exemplaire au lycée Fresnel de Caen

Présentation de l'établissement

Le lycée Fresnel de Caen regroupe près de 1300 élèves dont une classe préparant un BTS "commerce international" et un internat d'environ 100 filles. Le corps enseignant est constitué de 115 professeurs, le proviseur est en poste depuis 5 ans et trois conseillers principaux d'éducation (CPE) sont en activité.

La zone de recrutement de l'établissement est périurbaine avec une population d'élèves considérée comme plutôt calme et docile, venant de zones rurales et une population urbaine plutôt gentille et tranquille qui entre facilement dans une politique de projets. Les élèves sont de catégorie socioprofessionnelle plutôt moyenne et viennent de près de 40 collèges différents. Le lycée est depuis janvier 2003 support d'un GRETA. Il existe un centre « braille » avec des instituteurs spécialisés et des professeurs ayant eu une formation pour l'accueil d'élèves aveugles (3 en 2003) et amblyopes (5 en 2003). Une association fabrique les documents (avec une traduction pour les supports d'examen) grâce à une subvention du conseil régional (90 000€ en 2003).

Le médecin scolaire vient ponctuellement, à la demande. Une infirmière est à temps plein (avec des astreintes pour l'internat). Un assistant social vient 3 demi-journées par semaine. Il existe environ une dizaine de situations psychosociales lourdes, en particulier d'élèves primo-arrivants, qui bénéficient d'un suivi commun du médecin, de l'équipe médico-sociale et éducative.

Il existe une interdiction complète de fumer dans les locaux du lycée. Un travail a été mené à la demande du conseil de la vie lycéenne (CVL) pour maintenir la propreté des locaux (actions anti-mégots).

Une dynamique de projet s'est concrétisée au sein de l'établissement par le fonctionnement du CESC :

Une équipe pluridisciplinaire et multi-catégorielle composée du proviseur et son adjoint, des CPE, de professeurs (SVT, français, histoire et géographie), du documentaliste, de l'infirmière, l'assistant social, de deux parents d'élèves (présents également au CA et au CVL), de délégués de classe (CA et CVL) se réunit régulièrement autour d'un conseiller méthodologique du CORES.

Une convention signée avec le CORES Basse Normandie permet le soutien méthodologique grâce à un financement de la DRASS.

« Depuis septembre 2001, le CESC est un fenêtre sur la vie quotidienne dans l'établissement et une aide, une plaque tournante pour l'élaboration ou la poursuite d'actions visant la responsabilisation des adolescents à l'égard de leur santé et de celle de leur entourage ».

Les étapes de cette démarche sont nées d'une analyse des besoins liée au souhait de trouver des solutions communes, avec notamment :

- en 1996, une formation des personnels sur la prévention des suicides et du mal être des adolescents ;
- en 1997, une étude sur **l'absentéisme des élèves**. Ce travail s'est élaboré, avec les élèves au sein du CESC sur la gestion de l'absentéisme (à partir d'un constat d'élèves absents en

cours, mais présents dans l'enceinte du lycée – mal vécu par les enseignants), dans le cadre d'une commission pour préparer le projet d'établissement ; l'objectif étant de « mieux comprendre pour mieux agir ».

- une formation aux premiers secours offerte aux élèves et aux adultes ;
- depuis 1998, il existe une formation offerte aux délégués de classe, pour mieux assumer leur rôle dans les instances ;
- en 2000, une enquête est réalisée sur les représentations des élèves, les besoins existants dans l'établissement et les thèmes prioritaires à travailler → prévention des violences et gestion du stress (professeurs et élèves) ;
- en 2001, le CESC s'est rendu compte, que beaucoup d'actions existaient au sein du lycée et qu'il était nécessaire de communiquer pour les faire connaître.

Les atouts de la réflexion collective autour du CESC ou « pourquoi cela marche ».

- C'est une préoccupation des adultes de l'établissement (enseignants et professionnels de la vie scolaire) ;
- Il y a un soutien fort de la direction ;
- La démarche a été initiée par un petit noyau de personnes, qui avait une volonté majeure d'ouverture et d'échanges (notamment à partir de constats communs sur l'absentéisme en cours, les passages à l'infirmerie...);
- Les élèves interviennent comme acteurs et forces de propositions (dynamique créée par la formation des délégués et un investissement fort des élèves lors de la création d'un film sur la prévention de la toxicomanie : écriture du scénario, tournage, montage...projet né en CVL, discuté en CESC et réalisé) ;
- Les parents d'élèves sont partie prenante et acteurs à part entière de cette démarche ;
- Un enrichissement par la présence d'intervenants extérieurs (discussion sur « instruire et éduquer », travail personnel sur la gestion du stress, place du psychologue...);
- Son fonctionnement est relativement souple : « on y vient, sans obligation et on échange » ;
- Ce n'est pas un modèle type de CESC, mais un lieu de régulation de la parole, qui permet de donner du sens aux actions d'éducation pour la santé et la citoyenneté et d'analyser les pratiques ;
- Le conseiller en santé publique du CORES permet un travail structuré d'animation et de suivi des réflexions et projets du groupe (intérêt d'un appui en méthodes) ;

Les limites de la démarche et les difficultés à surmonter pour éviter l'essoufflement :

- « Faire des adeptes » : à peine 10% des enseignants participent au CESC (soit une petite dizaine) ;
- « Trouver du temps partagé » : les seuls temps de disponibilité commune à l'ensemble des professionnels sont pris sur l'heure du déjeuner ;
- « Intégrer l'éducation à la santé dans le temps de classe » : l'infirmière a l'impression de quémander des heures (aux uns et aux autres) pour mener à bien des projets « santé »
- « Tenter de donner du sens à l'éducation pour la santé à travers les programmes » : sécurité routière : argumentation possible dans un devoir de français, ... analyse du rapport au risque, la citoyenneté, la vision (SVT)... la vitesse (physique) ;
- « Concilier les projets avec l'environnement » en analysant l'ambivalence du contexte : travailler notamment sur le rôle anxiogène du lycée et le mal-être né des contraintes du milieu scolaire avec les projets de prévention de la souffrance psychique ;
- « Éviter les risques de dérive du CESC » : le repérage des élèves en souffrance ou ayant des pathologies, doit permettre une orientation plus précoce vers des structures de soins si besoin et non une prise en charge spécialisée en milieu scolaire.

Quelques pistes de propositions ont été suggérées par les membres du CESC pour assurer la pérennité de ce dispositif construit localement sans en figer le dynamisme.

- inscrire une heure de concertation dans les emplois du temps des enseignants (identifier le temps passé en CESC comme du temps scolaire).
- dégager du temps en réduisant les programmes actuels (analyse de la lourdeur des programmes, réflexion sur le temps de travail journalier des élèves : nombre d'heures de cours, fatigue, ...) → cela a été fait sur le programme de seconde en SVT.
- trouver des formules de reconnaissance et de valorisation de ces activités pour les élèves et les personnels éducatifs motivés et acteurs de projets (inscription sur le bulletin trimestriel, points supplémentaires au baccalauréat, réduction d'ancienneté ,...).
- organiser un retour d'expériences → un forum des CESC (niveau régional, national) qui pourrait être piloté et bénéficier du soutien méthodologique national de l' INPES.

En conclusion : Si la santé et la citoyenneté sont des priorités en milieu scolaire, il conviendrait de les afficher comme telles et les reconnaître comme faisant partie du temps scolaire et donc de former les personnels éducatifs (formations initiale et continue) à cette nouvelle mission.

Annexe 11 : FLEURBAIX - LAVENTIE, « Ville Santé » : un exemple de prévention de l'obésité dans les écoles, de renommée internationale et qui commence à faire des émules⁵⁸

Deux villes du Pas-de-Calais, Fleurbaix et Laventie labellisées «Ville-Santé» font l'objet d'un projet de recherche médicale sur l'éducation nutritionnelle depuis 1992. Ce projet unique en France est né du problème émergent des conséquences de l'alimentation sur les maladies cardio-vasculaires qui sont un point préoccupant de l'état de santé de la population de la région Nord-Pas-de-Calais.

La réussite de cette expérience repose sur l'implication des écoles et des municipalités. Elle sera étendue à dix autres villes à la rentrée 2004 sur un projet de cinq ans : Asnières, Beauvais, Béziers, Evreux, Meyzieu, Roubaix, Royan, Saint-Jean, Thiers et Vitré.

Le contexte

Avec 4500 habitants la ville de Laventie est une ville résidentielle de cadres moyens qui travaillent à Lille, la population est stable. Beaucoup d'enfants déjeunent à l'école ou au collège à midi.

La taille, la stabilité de la population, l'adhésion des enseignants, des médecins et des élus étaient des critères essentiels pour mener à bien ce projet de recherche.

Le projet de recherche

La prévention de l'obésité chez l'enfant doit se faire dès l'école maternelle, entre 3 et 7 ans, également à l'école primaire, mais pas au collège où l'âge des jeunes peut induire des troubles du comportement alimentaire.

La démarche consiste à passer par les enfants pour éduquer les parents.

L'école est un lieu privilégié pour promouvoir des comportements favorables à la santé car elle permet de toucher tout le monde, quelle que soit la catégorie sociale. Les programmes pédagogiques peuvent sans difficulté intégrer l'éducation nutritionnelle et la lutte contre la sédentarité.

C'est un projet régulièrement et scientifiquement évalué (tous les 2 ans) sur une durée de 15 ans par cycle de 5 ans. La participation des familles est de 85%.

- 1^{er} phase : 1992-1997 : programme officiel terminé

- 2^{ème} phase : 1997-2002 : recherche pure

- 3^{ème} phase : 2002-2007 : tester la prévention sur l'environnement et ses risques (tabac, alimentation...). Des diététiciens suivent les familles pour les conseiller, aider au sevrage tabagique, les orienter vers des activités physiques, etc.

Le projet éducatif

L'objectif n'est pas de rajouter une matière supplémentaire mais que les enseignants intègrent cette éducation nutritionnelle dans les enseignements fondamentaux. Ils travaillent en équipe et font une exploitation pluridisciplinaire d'un vécu commun.

Un professeur de biologie de l'IUFM d'Arras joue le rôle de conseiller pédagogique et vérifie le bon déroulement du programme.

L'évaluation

⁵⁸ pour des compléments éventuels se référer au rapport « La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle » de Mme Anne AMSON et Mme Françoise BAS-THERON - IGAS 2003-038 de mars 2003

au niveau scolaire : on constate une amélioration des connaissances.

au niveau du comportement : les modifications sont sensibles. Quand les enfants s'approprient les connaissances, ils ont plus de facilité et de volonté de les mettre en application. Le projet dépasse l'éducation nutritionnelle pour devenir une éducation à la santé plus large : alimentation, sport et lutte contre la sédentarité, sécurité domestique... C'est également un excellent support pour le langage et la communication.

au niveau santé : alors qu'entre 1992 et 2000 l'obésité des filles a progressé de 95% et celle des garçons de 195% dans la région Nord-Pas-de Calais, elle n'a pas augmenté à Fleurbaix-Laventie.

Les moyens nécessaires

Le financement est assuré par une association dont les fonds sont 2/3 privé, 1/3 public. 92% des fonds vont à la recherche. Le suivi médical des familles (notamment les analyses biologiques de suivi), représente un coût évident.

Le projet nécessite par ailleurs un coordonnateur qualifié (niveau master), des diététiciens et une formation des enseignants.

Bibliographie

Documents généraux :

« Les jeunes en Ile de France – indicateurs départementaux de santé » : Observatoire régional de santé d'Ile de France – septembre 2001

La santé des jeunes en Bretagne : "2000 jeunes répondent à 84 questions" - Observatoire régional de Bretagne – septembre 2003

Prévention - Education pour la santé – Promotion de la santé

« La Prévention : regards et enjeux – document introductif aux débats de la Conférence Nationale de Santé 2000 » - ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé - 21, 22 et 23 mars 2000

« Ecole et santé : le pari de l'éducation » de Robert LARUE en collaboration avec Jacques FORTIN et Jean Louis MICHARD – édition Hachette Education – août 2000

« Plan national d'éducation pour la santé » - ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé – février 2001

Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle - Jacques FORTIN – Hachette Education – octobre 2001

Circulaire DGS n°2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

Rapport de l'Académie de Médecine (M. TUBIANA et M. LEGRAIN) : « Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? » – bulletin de l'académie nationale de médecine, 2002, 186, n°2, séance du 5 février 2002

« L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège » – ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche – dossier n°138 novembre 2002

Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire - D. JOURDAN, I. PIEC, B. AUBLET-CUVELIER, D. BERGER, M.L. LEJEUNE, A. LAQUET-RIFFAUD, C. GENEIX, P.Y. GLANDDIER in Santé publique 2002 vol. 14

État des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) - D. JOURDAN, C. de PERETTI, P. VICTOR, D. MOTTA, D. BERGER, G. COGERINO, P. MARZIN

« Vers une culture commune en éducation et promotion de la santé « » – mémento destiné aux opérateurs (DRASS, DDASS et CRES de Bretagne) avril 2003

Rapports de l'IGAS :

« Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves » - M-L LAGARDERE, P. DIDIER-COURBIN et C. LARRIGUE avec le concours de L. SALZBERG (IGAS) et A. AUERBACH, M. CAFFIN-RAVIER et A. DULOT avec le concours de J. VAUDIAUX (IGAEN) – février 1999 – IGAS n°1999-025/ IGAEN n°990009

Rappel annuel de l'IGAS 2003 : « Santé pour une politique de prévention durable » - La documentation française

« La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents » Mmes Claire TROUVE et Patricia VIENNE et M. Bernard MARROT - rapport IGAS n°2003-024 février 2003

« Les métiers de la prévention sanitaire » - Jean Paul BASTIANELLI, Marc DUPONT et Michel THIERRY - rapport IGAS n°2003- 037 mars 2003

« La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle » - Mme Anne AMSON et Mme Françoise BASTHERON rapport IGAS n°2003-038 mars 2003

Programmes régionaux de santé (PRS) :

- « Souffrance psychique et phénomène suicidaire » DRASS de Bretagne - mai 1996
- « Maltraitance, enfant en danger : bien traiter la maltraitance » DRASS de Basse Normandie -1998-2003
- « Dire l'alcool » DRASS de Basse Normandie - 1998-2002
- « Suicide, un appel à vivre » DRASS de Basse Normandie - 1995-2000
- « Santé des enfants et des jeunes » - DRASS du Nord Pas de Calais - 1997-2002
- « Santé des enfants et des jeunes » - DRASS de Provence Alpes Côte d'Azur 1998 –2002
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins de Bretagne PRAPS 2 2002-2006

Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) : (disponibles auprès des DRASS)

- Auvergne
- Basse Normandie
- Bretagne
- Nord Pas de Calais
- Provence Alpes Côte d'Azur

Santé des enfants et des jeunes :

- Haut Comité de santé Publique « Santé des enfants, santé des jeunes » La documentation française, Paris 1997
- « Renforcer la prévention et la promotion de la Santé des enfants et des adolescents » - rapport préparatoire de la Conférence Nationale de Santé juin 1997
- Baromètre santé jeunes 1997/1998, CFES, 1998
- « Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent » – 4^{ème} journée d'Assurance Maladie de la CANAM – jeudi 22 mars 2001 – Institut des Sciences de la Santé
- Education pour la santé des jeunes – démarches et méthodes : expertise collective INSERM - juin 2001
- Baromètre santé 2000 - résultats, CFES, 2001
- « Santé des jeunes : orientations et actions à promouvoir en 2002 » : rapport de Xavier POMMEREAU – avril 2002
- Circulaire DGAS/SD1/DGS/2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes
- « Quand l'adolescent va mal » : Dr Xavier POMMEREAU – collection J'ai lu – psychologie – n°7147 – mai 2002
- « Réponses à 100 questions sur l'adolescence » : Pr. Philippe JEAMMET – édition SOLAR – 2002
- « Santé des enfants et des adolescents – propositions pour la préserver » : expertise opérationnelle - 2003 - INSERM

La Santé de l'homme (publication CFES –INPES) :

- dossier 46 : « Education à la santé à l'école » n° 346, mars - avril 2000
- dossier 52 : « Jeunes et santé : savoir communiquer » n°352, mars avril 2001
- dossier 61 : « Education pour la santé et petite enfance » n°361, septembre octobre 2002
- « Jeunes et activité physique : quelle place pour la santé n°364, mars avril 2003
- dossier 65 : « Santé : des enquêtes de prévention » mai juin 2003

Santé mentale, Suicides :

« Stratégie française d'actions face au suicide 2000-2005 » - ministère de l'emploi et de la solidarité – DGS – SD 6-C - septembre 2000

Circulaire DGS/SD6C/2001/318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001

Plan Santé mentale : « l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » - novembre 2001 - ministère de l'emploi et de la solidarité – ministère délégué à la santé

Circulaire DGS/SD6C/2002/271 du 29 avril 2002 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2002

Comité français d'Education pour la santé (CFES) « Prévention primaire du suicide des jeunes – recommandations pour les actions régionales et locales » - guides d'action – 2000

Haut Comité de santé Publique « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes – ENSP 2000

Accidents :

Direction Générale de la Santé - « Les accidents de la vie courante ministère du travail et des affaires sociales - La documentation française 1997

Observatoire National de la Sécurité Routière – bilan annuel. Statistiques et commentaires, année 1998

« La prévention des accidents domestiques de l'enfant » sous la direction de François BAUDIER et Anne-Marie PALICOT – édition CFES : guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé

TURSZ A. GERBOIN-REAOLLE P. – « Les accidents de l'enfant en France. Quelle prévention ? quelle éducation ? INSERM 2000

« Les accidents de la circulation routière » - dossier documentaire de la Conférence Nationale de santé 2001 – ministère de l'Emploi et de la Solidarité

« Priorité Sécurité Routière : un rendez-vous national pour agir » - dossier de presse du mardi 17 septembre 2002

Nutrition, troubles alimentaires :

Programme national « nutrition – santé » 2001-2005 – ministère de l'emploi et de la solidarité

Tabac, alcool, toxicomanies, dépendances :

Comité d' Education pour la Santé - « Alcool : guide d'actions jeunes » CFES, 1995

« Les conduites suicidaires des adolescents, des repères pour la prévention à l'école » - ministère de l'éducation nationale - 1997

« Pour une prévention de l'usage des substances psycho-actives : usage, usage nocif et dépendance » Professeur Jean PARQUET CFES - 1998

Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée - Marie CHOQUET, Sylvie LEDOUX , Christine HASSLER ESPAD 1999 France – publication :Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et INSERM

Direction Générale de la Santé – « Stratégie d'action alcool 2002-2004 : intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool » – 2001

« Prévention des conduites à risques » - CNDP collection Repères collèges et lycées - 2001

MST, SIDA, IVG, contraception :

Direction Générale de la Santé – « Politique de prévention de l'infection VIH / SIDA en France pour les années 2001- 2004 », publication 2001

Liste des sigles

ADOSEN : association action et documentation santé pour l'éducation nationale
AFPS : attestation de formation aux premiers secours
ARH : agence régionale d'hospitalisation
ATOSS : (personnel) administratif, technique, ouvrier et de service
ATSEM : agent territorial spécialisé des écoles maternelles
BAFA : brevet d'aptitude à la fonction d'animation
BEC : bassin d'éducation concertée
BEP : brevet d'enseignement professionnel
BOEN : bulletin officiel de l'éducation nationale
BTS : brevet de technicien supérieur
CAFA : centre académique de formation administrative
CAP : certificat d'aptitude professionnelle
CAVL : conseil académique de la vie lycéenne
CDES ou CODES : comité départemental d'éducation à la santé
CES : comité de l'environnement et de la santé
CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CRES ou CORES ou CREAS : comité régional d'éducation à la santé
CFES : comité française d'éducation pour la santé
CHU : centre hospitalier universitaire
CMP : centre médico-pédagogique
CNS : conférence nationale de santé
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPE : conseiller principal d'éducation
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie
CRIPS : centre régional d'information et de prévention du SIDA
CRS : conférence régionale de santé
CSP : code de la santé publique
CVL : conseil de la vie lycéenne
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DESCO : direction de l'enseignement scolaire
DESS : diplôme d'études supérieures spécialisées
DGS : direction générale de la santé
DHG : dotation horaire globale
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DPATE : direction des personnels administratifs, techniques et d'encadrement (devenue direction des personnels, de la modernisation et de l'administration
DPD : direction de la programmation et du développement (devenue DEP : direction de l'évaluation et de la prospective)
DPE : direction des personnels enseignants
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ECJS : éducation civique juridique et sociale
EN : éducation nationale
ENSP : école nationale de santé publique
EPE : école des parents
EPL : établissement public local d'enseignement
EPS : éducation physique et sportive
FCPE : fédération des conseils de parents d'élèves
FNPEIS : fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FPS : formation aux premiers secours

FSU : fédération des syndicats unifiés
 HCSP : haut comité de santé publique
 HSE : heure supplémentaire d'enseignement
 HPS : hygiène prévention secourisme
 IA : inspection académique
 IA-DSDEN : inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale
 IDD : itinéraire de découverte
 IEN : inspecteur de l'éducation nationale
 IGAENR : inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
 IGAS : inspection générale des affaires sociales
 IGEN : inspection de l'éducation nationale
 INPES (ex - CFES) : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 INSERM : institut national des sciences et de la recherche médicale
 IPR : inspecteur pédagogique régional
 IST : infections sexuellement transmissibles
 IVS : institut de veille sanitaire
 IUFM : institut universitaire de formation des maîtres
 MGEN : mutuelle générale de l'éducation nationale
 MILDT : mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie
 MISP : médecin inspecteur de santé publique
 MIR : médecin inspecteur régional
 OMS : organisation mondiale de la santé
 PAEJ : point d'accueil et d'écoute pour les jeunes
 PAF : plan académique de formation
 PE : professeur des écoles
 PEEP : fédération des parents d'élèves de l'enseignement public
 PLC : professeurs des lycées et des collèges (première année 1 et deuxième année 2)
 PLP : professeur de lycée professionnel (première année 1 et deuxième année 2)
 PMI : protection maternelle et infantile
 PPCP : projet pluridisciplinaire à caractère professionnel
 PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
 PTS : programme territorial de santé
 PRS : programme régional de santé
 REAAP : réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
 SGEN-CFDT : syndicat général de l'éducation nationale – confédération française du travail
 SRE(P)S : schéma régional d'éducation pour la santé
 STMS : sciences et techniques médico-sociales
 SVT : sciences de la vie et de la Terre
 TPE : travaux pratiques encadrés
 UNSA : union nationale des syndicats autonomes
 URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie
 URML ou URMEI : union régionale des médecins libéraux
 VSP : vie sociale et professionnelle
 ZEP : zone d'éducation prioritaire