

AVIS

relatif à la politique de santé à l'École¹

7 décembre 2011

Dans un contexte d'évolution rapide du système éducatif, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) souhaite rappeler l'importance d'une politique de santé à l'École. L'École a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité². Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par-là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité [1]. En matière de santé, le rôle de l'École est ainsi d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté et de la responsabilité, en leur donnant les moyens de décider par eux-mêmes.

La politique de santé en milieu scolaire est conduite à l'échelon national par la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO); elle est relayée à l'échelon académique et départemental³. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) joue un rôle important en termes de production de ressources et de coordination des réseaux. Le réseau des universités pour la formation en éducation à la santé (Unires) ainsi que des fédérations nationales comme la Fédération nationale de l'éducation pour la santé (FNES), les mutuelles et réseaux associatifs nationaux, sont très impliqués dans le soutien au système éducatif. Un ensemble de conventions nationales structure les relations entre acteurs.

Cet avis général vise à faire le point des connaissances et à proposer des recommandations pour la mise en place d'une véritable politique de santé à l'école. Il a été rédigé sur la base des données de la littérature scientifique internationale et en référence aux spécificités du système éducatif français, il sera suivi de quatre avis spécifiques portant chacun sur l'un des thèmes suivants : médecine scolaire ; établissements scolaires, territoire et santé publique ; formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

¹ Dans cet avis, le HCSP se référera à « l'École » au sens générique c'est-à-dire correspondant à l'ensemble des institutions ayant une mission d'éducation scolaire primaire (maternelle et élémentaire) et secondaire, publique ou privée, en filières générales, technologiques ou professionnelles incluant l'enseignement agricole, les centres de formation d'apprentis, les maisons familiales rurales et les établissements spécialisés.

² La mission de l'École en matière de santé publique a été constamment réaffirmée depuis plus de deux siècles. On peut citer par exemple le projet de décret sur l'éducation nationale, présenté le 26 juin 1793 à la Convention par Lakanal au nom du Comité d'instruction publique (article 27) et cité dans le Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire sous la direction de Ferdinand Buisson (Hachette édition 1911) : « Un officier de santé du district est chargé par le même bureau [d'inspection] de visiter, dans les quatre saisons de l'année, toutes les écoles nationales du district. Il examine et conseille les exercices gymniques les plus convenables. Il examine les enfants, et indique en général et en particulier les règles les plus propres à fortifier leur santé. »

³ Voir notamment le site Internet (<http://eduscol.education.fr/cid47750/education-a-la-sante.html>) qui décrit la politique menée, renvoie aux textes et offre des ressources pédagogiques.

Le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération :

1- Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'efficacité des politiques de santé à l'École

Au cours de ces vingt-cinq dernières années, de très nombreux travaux de recherche ont été conduits sur le milieu scolaire. Des travaux de synthèse ont été menés notamment sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé [2] et de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé [3, 4, 5]. Les données sont très convergentes.

Il apparaît que :

- La qualité de l'éducation générale contribue en elle-même au développement des compétences en santé et à l'amélioration de celle-ci [6, 7, 8].
- La mise en œuvre d'actions prenant en compte les différents aspects de la vie de l'établissement et ciblant plusieurs déterminants de santé est plus efficace que des interventions préventives ponctuelles limitées au seul cadre de la classe ou à des interventions uniques [2, 9, 10].
- Les dispositifs qui réussissent le mieux sont ceux qui permettent à des écoles et des établissements de développer et de porter des projets intégrant plusieurs dimensions [4, 9, 10, 11, 12]. Les facteurs sociaux et environnementaux liés au « climat scolaire » tels les interactions élève-enseignants et des professeurs entre eux, la culture de l'école, l'ambiance de la classe, les relations avec le groupe des pairs, les relations école-famille et école-environnement jouent un rôle central [13, 14, 15].
- Les approches développées au sein des écoles « promotrices de santé » s'appuient sur des démarches impliquant de façon partenariale les différents acteurs de la vie à l'École : élèves, parents, enseignants, personnels techniques, personnels médicaux et paramédicaux, acteurs sociaux, collectivités territoriales ..., elles se situent dans une perspective dite « écologique » [16, 17].
- Trois déterminants clés en matière d'efficacité des politiques de santé à l'École sont généralement pris en compte [2, 5] :
 - l'environnement physique et social de l'établissement incluant les différentes ressources notamment les services d'accompagnement pédagogique, sociaux et médicaux ;
 - les liens avec les familles et les acteurs territoriaux ;
 - le développement des compétences individuelles en matière de santé dans le cadre des enseignements.

2- Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'implication des professionnels

L'engagement des professionnels dans la démarche de prévention, d'éducation à la santé ou de promotion de la santé à l'échelle de l'école ou de l'établissement apparaît comme un déterminant central de l'efficacité.

L'analyse bibliographique fait ressortir les points suivants :

- Le déterminant personnel (convictions et engagement individuel) est le principal facteur expliquant l'implication des personnels éducatifs notamment des enseignants [18].
- La cohérence du dispositif de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé avec la mission de l'École [19].
- La surcharge des programmes, la priorité donnée aux matières fondamentales, l'excessive multiplicité des tâches confiées aux professionnels des établissements scolaires peuvent être des obstacles à l'implication [20, 21].
- La formation des professionnels et leur mobilisation jouent un rôle central [22, 23].

3- La multiplicité des textes institutionnels relatifs à la santé à l'école

L'analyse fine des près de quatre-vingts textes fait apparaître une très large variété d'approches des questions de santé [24]. Certains sont relatifs à l'éducation à la santé, d'autres à une démarche plus vaste de promotion de la santé à l'échelle de l'établissement. La question de la santé est encadrée par les programmes scolaires, des textes généraux relatifs à l'éducation à la santé et à la citoyenneté, des textes régissant les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), ceux concernant les activités des services infirmier, social et médical de l'Education nationale, et des circulaires relatives à des thèmes particuliers (Sida, addictions, violence, restauration scolaire, goûters...). Le nombre très élevé de textes et le fait qu'ils ne s'appuient pas sur une vision d'ensemble cohérente rendent difficile la hiérarchisation des priorités.

4- La situation du système éducatif français en matière de santé, notamment :

- Les insuffisances du dispositif actuel soulignées par le rapport des inspections générales de l'éducation nationale (Igen), de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche (Igaen) et des affaires sociales (Igas) [25] :
 - Un pilotage jugé inefficace d'une politique qui se réfère à « des objectifs multiples, sans cohérence ni coordination et inatteignables avec les moyens mis à disposition par exemple en matière de dépistage systématique ou de participation aux nombreux plans qui concernent le milieu scolaire ».
 - L'absence de dispositif d'évaluation.
 - Le manque de clarté des missions et rôles des acteurs concernés chacun dans la prise en compte des questions de santé et leur manque de culture commune.
 - La rareté d'actions de promotion de la santé à l'école. Bien que « des actions remarquables existent sur le territoire français, elles ne sont pas généralisées, elles restent dépendantes de l'engagement des équipes locales ». L'action d'éducation à la santé se limite souvent à la seule transmission de savoirs disciplinaires.
 - L'insuffisance de liens entre l'école et son environnement. L'insertion des dispositifs scolaires au sein de politiques régionales de santé publique reste limitée même si dans certaines régions Agence régionale de santé (ARS) et rectorat concourent à l'élaboration d'une stratégie ;
- Les insuffisances du dispositif de la médecine scolaire [26].
- L'absence de réseau « École et santé en France », contrairement à la majorité des pays européens⁴. Ces réseaux visent à fournir aux écoles, collèges et lycées la formation, l'accompagnement et les ressources au service de leur politique de santé [27].

⁴ Voir par exemple le site du réseau suisse : <http://www.radix.ch/index.cfm/9030CE38-F4B2-231D-B8B2A9E8C969572B/?lang=fr>

Au vu de ces considérations, le Haut Conseil de la santé publique appelle à la rédaction d'un texte de politique de santé scolaire :

1. Clarifiant les missions de l'École en matière de santé

L'enjeu est de spécifier avec clarté ce qu'est la contribution propre de l'École et de ses acteurs et d'explicitier les modes d'articulation avec les autres institutions ou dispositifs. En référence au modèle de Downie et Tannahil [28], il est proposé de structurer cette politique autour des trois axes de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé des enfants et adolescents :

- a) l'axe protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves notamment ceux à besoins éducatifs particuliers ;
- b) l'axe prévention correspond à un travail spécifique sur les problématiques de santé susceptibles d'affecter la réussite scolaire ;
- c) l'axe éducation vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves dans le but de leur permettre de prendre en charge leur propre santé de façon libre et responsable.

2. Incluant la rédaction d'un curriculum⁵

Le positionnement transversal de l'éducation à la santé en référence à l'éducation à la citoyenneté reste pour la France un modèle pertinent. Pour autant, l'absence de définition, à l'échelon de la scolarité des élèves, des compétences à acquérir en matière de santé constitue une difficulté. En effet, si le socle commun de connaissances et de compétences et les programmes scolaires les décrivent, il n'existe aucun document synthétique permettant aux acteurs de positionner leur action dans une démarche d'accompagnement progressive de l'élève vers l'autonomie en matière de santé. Il convient donc de rédiger un curriculum, basé sur le socle commun et les programmes, décrivant les compétences à acquérir, les acquisitions à chacune des étapes de la scolarité en termes de connaissances, de capacités et d'attitudes.

3. Jetant les bases d'une construction conjointe des politiques régionales et locales de santé scolaire

Sur la base de ce cadre général définissant la mission de l'école en matière de santé, il importe de veiller à ce que la santé à l'École constitue l'une des dimensions du projet régional de santé articulant la politique nationale avec celles concernant l'enfance et l'adolescence portées par les services de l'État et les collectivités territoriales.

Les écoles et les établissements scolaires sont enracinés dans des territoires au sein desquels sont mises en place des politiques sanitaires et sociales en direction des enfants et des adolescents. De nombreux acteurs sociaux, qu'il s'agisse notamment des collectivités territoriales, des services sociaux et de santé, de la médecine de ville ou des associations, sont impliqués. Le renforcement des liens entre les établissements et les dynamiques locales est l'une des conditions du succès des politiques de santé en direction des enfants et des adolescents, notamment des plus vulnérables. Le mécanisme de contractualisation avec les acteurs locaux en capacité d'accompagner les écoles et les établissements, tel qu'il existe déjà, se doit d'être renforcé. *Cet aspect fera l'objet d'un avis spécifique du HCSP.*

4. Confiant la mise en œuvre de la politique aux établissements scolaires et définissant les modalités d'accompagnement

La prise en charge opérationnelle des questions de santé à l'échelle des établissements relève de l'engagement collectif des acteurs dans la définition et la mise en œuvre d'une politique intégrée au projet d'école ou d'établissement via notamment le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Pour permettre aux établissements scolaires d'intégrer les problématiques de santé, il faut aussi définir leurs modalités d'accompagnement :

⁵ Document qui, à partir des différents programmes scolaires tels qu'ils sont arrêtés, définit les jalons des acquisitions et les étapes de la construction des compétences des élèves vis-à-vis de leur santé.

- Il importe ainsi de fournir aux équipes des établissements un ensemble d'outils d'aide en matière d'environnement physique de l'école, de relations au sein de la communauté éducative, de développement des compétences individuelles en matière de santé (éducation à la santé), de liens avec les partenaires et d'intervention de la médecine scolaire. L'Inpes est appelé à jouer un rôle stratégique dans la production de ces ressources. Celles-ci se doivent d'être à la fois ancrées sur les données probantes issues de la littérature scientifique et en cohérence avec les pratiques professionnelles réelles. Leur production devra associer les acteurs concernés dans le cadre de dispositifs de recherche-intervention.
- Le HCSP préconise également la création d'un réseau des « écoles, collèges et lycées en santé » à l'échelon national. A l'instar de ce qui existe dans de nombreux pays européens, il s'agit de créer un cahier des charges. Les écoles et les établissements entrant dans ce dispositif se verraient labellisés. Outre la valorisation du travail de l'établissement, la participation à ce réseau permettrait de bénéficier d'un accompagnement spécifique, de la mise à disposition de ressources pédagogiques, d'un dispositif de formation, de partenariats facilités et d'une ouverture à l'international via le réseau européen « School for health in Europe⁶ ».

5. Définissant le rôle des acteurs

A l'École, la santé n'est pas l'apanage des personnels de santé, elle relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation. La politique de santé scolaire appelle à l'engagement d'une multiplicité d'acteurs, ceux-ci ayant à intervenir au sein de leur champ de compétence propre.

- La santé des enfants et des adolescents relève essentiellement de la responsabilité familiale. L'implication des parents est l'une des conditions de la réussite de toute politique de promotion de la santé à l'échelle d'un établissement scolaire ou d'une école.
- C'est une équipe pluri-professionnelle associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmiers, les conseillers d'orientation, les médecins, les assistant(e)s de service social et les psychologues scolaires, qui est la mieux à même de porter une politique d'école ou d'établissement.
- Les acteurs locaux (municipalités, conseils généraux, associations) sont des partenaires naturels de l'action du système éducatif en matière de santé.

Médecins et infirmiers de l'Éducation nationale sont, en raison de leur formation, de leurs compétences et de leur réseau professionnel, des acteurs importants de la promotion de la santé *via* des actions de portée collective (participation aux dispositifs de prévention et d'éducation à la santé, hygiène et sécurité, veille épidémiologique, protocoles d'urgence ...) mais également à portée individuelle (bilans de santé, dépistages, premiers soins d'urgence, scolarisation des élèves ayant des maladies chroniques ou en situation de handicap, interventions auprès d'enfants ou d'adolescents en danger...). Le rôle de conseiller technique des responsables institutionnels pour l'élaboration et la mise en œuvre du volet santé du projet d'école ou d'établissement se doit d'être renforcé, au titre de leur expertise en santé publique. C'est sur cette base que doit être redéfinie la mission du service de santé scolaire. *Cet aspect fera l'objet d'un avis spécifique du HCSP.*

6. Mettant en place un dispositif de formation à l'échelon national

La mise en œuvre d'une démarche volontariste de formation des acteurs de l'éducation nationale, des collectivités territoriales et du réseau associatif, est cruciale. L'évolution rapide des contextes, le besoin de professionnalisation des acteurs en matière de promotion de la santé rendent indispensable une démarche structurée à l'échelon nationale basée sur un ensemble de formations diplômantes. La mobilisation de l'Esen (École supérieure de l'éducation nationale) en

⁶ <http://www.schoolsforhealth.eu/>

vue de la formation des cadres du système éducatif, celle des universités notamment via le réseau Unires (Réseau des universités pour la formation en éducation à la santé), de l'EHESP (École des hautes études en santé publique) et du CNFPT (Centre national de la fonction publique territoriale), est nécessaire à cet effort massif. Appuyée sur les travaux de recherche, ces formations sont appelées à contribuer à la création d'une culture commune à l'ensemble des acteurs. *Cet aspect fera l'objet d'un avis spécifique du HCSP.*

7. Proposant des indicateurs de suivi

Les travaux conduits en matière d'évaluation des politiques de santé montrent qu'il importe de distinguer différents types de résultats : les bénéfiques pour la santé de la population, les effets sur les déterminants de la santé et les facteurs qui influencent les déterminants de la santé⁷ [29]. Sur cette base, il importe de construire un ensemble d'indicateurs d'évaluation adaptés au milieu scolaire français. Il serait utile de disposer d'un observatoire de la santé en milieu scolaire. Celui-ci, associant les diverses structures en charge de l'évaluation de politiques publiques, aurait la responsabilité de fournir des indicateurs en vue du pilotage de la politique de santé scolaire, notamment en matière de positionnement des acteurs de l'éducation (par des sondages réguliers), de nombre d'établissements dotés de politiques de santé, de modes de contractualisation avec les acteurs locaux.

Conclusion

Cet avis souligne en premier lieu les enjeux d'une clarification réaliste des missions du système éducatif français en matière de santé et, en référence aux finalités premières de l'École, qui sont de former les citoyens de demain et de permettre la réussite de tous les élèves. Il met en avant la nécessité de l'ancrage de la politique de santé scolaire au sein des politiques régionales de santé et d'éducation. Il appelle à une démarche qui fait des écoles primaires et des établissements du second degré, au sein de leur environnement local, l'échelon opérationnel de la définition et de la mise en œuvre des dispositifs.

Cet avis général sera suivi de quatre avis spécifiques, portant chacun sur l'un des thèmes suivants : médecine scolaire ; établissements scolaires, territoire et santé publique ; formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

La Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) du Haut Conseil de la santé publique a tenu séance le 7 décembre 2011 : 13 sur 16 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 13 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

⁷ Voir notamment l'outil de catégorisation des résultats de promotion santé suisse http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf

Bibliographie

1. Ministère de l'Éducation nationale (2003) : Circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003. La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation. B.O. n° 46 du 11 décembre 2003.
2. Stewart-Brown, S. (2006). "What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach?" Copenhagen: World Health Organization.
3. St Leger, L., & Young, I. (2009). Promoting health in schools : from evidence to action. *Global health promotion*, 16(4), 69-71.
4. McQueen, D. V. (2007) "Evidence and theory continuing debates on evidence and effectiveness" in McQueen, D. V. & Jones, C. M. (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer Science & Business Media.
5. St Leger, L. Kolbe, L., Lee A., McCall, D. & Young, I. (2007). "School Health Promotion Achievements, Challenges and Priorities" in McQueen D. V. & Jones, C. M. (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer Science & Business Media.
6. Symons, C., B. Cincelli, et al. (1997). "Bridging students health risks and academic achievements through comprehensive school health programs." *Journal of school health* 67(6).
7. Keating, D. P. and C. Hertzman (1999). *Developmental health and the wealth of nations : social, biological and educational dynamimcs*. New York, Guilford Press.
8. Saint Léger, L. and D. Nutbeam (2000). *Health promotion in schools. The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe. . IUHPE*.
9. Moon, A., Mullee, M., Rogers, L., Thompson, R., Speller, V. & Roderick, P. (1999). "Helping schools become health promoting: An evaluation of the Wessex Healthy Schools Award." *Health Promotion International*, 14, 111-122.
10. Vince Whitman, C. and Aldinger, C. (eds) (2009) *Case Studies in Global School Health Promotion* Springer, New York, XVII, 404p., ISBN: 978-0-387-92268-3.
11. Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. & Sowden, A. (1999). "Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: Two Systematic Reviews." *Health Technology Assessment*, 3, 1-207.
12. Victorian Health Promotion Foundation (2000) "Mental Health Promotion Framework". VicHealth, Melbourne.
13. Greenburg, M., Weissberg, R., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, Hand Elias, M. (2003) "Enhancing school based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning". *American Psychologist* 58: 6-7, pp466-474.
14. Weare, K and Markham, W. (2005) "What do we know about promoting mental health through schools ?" *Promotion and Education* 12; 3-4, pp118-122.
15. West, P., Sweeting, H. & Leyland, L. (2004). "School effects on pupils' health behaviours: evidence in support of the health promoting school." *Research Papers in Education*, 19, 31, 261-291.
16. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design* (pp. 16-22). Cambridge: Harvard University Press.
17. McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
18. Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis, Paris: INPES. Collection : Santé en action.
19. Simar C., Jourdan D. (2011) *Éducation à la santé à l'École : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré* « *Revue des sciences de l'éducation* » (Montréal) XXXVI : 3 : 2010 pp. 739-760.
20. Leurs, M., Bessems, K., Schaalma, H., & De Vries, H. (2007). Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health education research*, 22, 58-69.
21. Geary, T., & McNamara, P.-M. (2002). *Implementation of Social, Personal and Health Education at Junior Cycle*. Limerick, Ireland: University of Limerick.
22. St Leger, L. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - a review of the claims and evidence. *Health Education Research* 14(1), 51-69.
23. Han, S., & Weiss, B. (2005). Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(N° 6), 665-679.
24. Pizon, F., & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale*, N° 43(Mars), 171 - 189.
25. Mamecier, A., Boutet Waiss, F., Naves, P., Ravary, Y., Salle, J., & Vienne, P. (2004). *Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Paris : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

26. Gaudron G Pinville (2011) Rapport du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire.
27. Stears D., Howlett K. Report on health education and health promotion in teacher education and health education in the school curriculum within the European network of health promoting school. ENHPS, May 2001.
28. Downie R.S., Tannahill C., Tannahill A. (1996): « Health Promotion. Models and Values ». Oxford: Oxford University Press.
29. Spencer, B.; Broeskamp-Stone, U.; Ruckstuhl, B.; Ackermann, G.; Spoerri, A.; Cloetta, B. 2008. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. Health Promot. Int. 23:86-97, 2008.

Avis produit par la Commission spécialisée prévention, éducation et promotion de la santé
Le 7 décembre 2011

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr