

Les actions d'éducation à la santé et à la citoyenneté menées en milieu scolaire en Alsace

Année scolaire 2002 – 2003

Janvier 2005

*Étude réalisée en collaboration avec
le service de santé de la Ville de Strasbourg
et les missions de promotion de la santé en faveur des élèves du Bas-Rhin et du Haut-Rhin*

Ce rapport a été réalisé par :

Nicole SCHAUDER, *Médecin Chargée d'études, ORSAL*
Philippe ENDERLIN, *Chargé d'études, ORSAL*
Arnaud ETIENNE, *Interne de santé publique, ORSAL*
Frédéric IMBERT, *Directeur, ORSAL*

Nous remercions l'ensemble des personnels de santé et sociaux qui ont participé à cette enquête par l'instruction des fiches de recueil de l'information

Nous remercions également pour leur relecture attentive :

Mme Liliane DANIEL, *Infirmière départementale, Conseiller technique auprès de l'Inspecteur d'Académie du Bas-Rhin*
Mme Marguerite DAUGER, *Assistante sociale, Conseiller technique auprès du recteur*
Mme le Dr Jeanne KOCHANOWSKI, *Médecin, Conseiller technique de l'Académie de Strasbourg, Conseiller technique auprès du Recteur*
Mme le Dr Brigitte SCHWEITZER, *Médecin, Conseiller technique auprès de l'Inspecteur d'Académie du Bas-Rhin*
Mme Monique SEILLER, *Infirmière départementale, Conseiller technique auprès de l'Inspecteur d'Académie du Haut-Rhin*

Sommaire

Introduction.....	5
Déroulement de l'enquête.....	6
Traitement des données.....	8
Première partie : Les actions	9
Nombre d'actions.....	11
Thématiques des actions.....	11
Les actions selon le niveau scolaire	14
Préparation des actions	17
Origine	17
Méthode recensement des besoins	17
Objectifs des actions	17
Cadre dans lequel s'inscrivent les actions	18
Déroulement de l'action.....	20
Le temps de déroulement de l'action	20
Les méthodes d'action	20
Les supports pédagogiques utilisés.....	20
Implication des services de santé et services sociaux.....	22
Partenariats	24
Seconde partie : Les publics touchés	25
Le type de public ciblé.....	27
Effectifs touchés par thèmes.....	27
Indice de couverture (IC)	30
Couverture géographique des actions	33
Eléments de discussion	43
Les limites de l'enquête	6
1. Limites liées aux informations recueillies	6
2. Limites liées aux modes de recueil	7
3. Limites liées à la qualité de remplissage des fiches.....	8
Les constats.....	45
Discussion.....	46
1. Les processus de décision et d'élaboration d'une action d'éducation pour la santé.....	46
2. Les contraintes et difficultés rencontrées par les professionnels de terrain	49
Propositions pour des pistes de travail	51
1. L'inscription de l'éducation pour la santé dans les emplois du temps.....	51
2. La mise en place de moyens et structures de pilotage cohérent des différents programmes et projets	52
3. La facilitation de l'accès aux financements pour la mise en œuvre des actions	52
4. Une formation adaptée des personnels à cette mission nouvelle des professionnels de santé....	52
5. Une adaptation des missions des services de santé scolaire à leur réalité de terrain	53
Conclusion	53

Introduction

Dans le cadre de la mise en place du Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), l'ORSAL a été mandaté pour réaliser un état des lieux des organismes et des actions en Education pour la santé (EPS) dans la région.

Une première enquête a été réalisée au cours de l'année 2002. Elle s'est adressée aux organismes acteurs en éducation pour la santé afin de connaître non seulement les structures mais aussi les publics les plus fréquemment touchés et les thèmes les plus souvent abordés. Cette étude, qui a permis de répertorier 250 organismes déclarant mener des actions d'éducation pour la santé et d'analyser 371 actions d'EPS a fait l'objet d'un rapport « Etat des lieux sur l'éducation pour la santé en Alsace : les structures et leurs actions » disponible sur le site Internet de l'ORSAL (<http://www.orsal.org>) et de la DRASS Alsace (<http://alsace.sante.gouv.fr>).

Le champ de cette enquête excluait les établissements hospitaliers (une autre enquête menée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation avait déjà été menée) et les établissements scolaires, parce que pour des raisons méthodologiques il semblait préférable de mener une enquête spécifique en partenariat avec les missions de promotion de la santé en faveur des élèves des deux départements et le service de santé de la ville de Strasbourg sur une année scolaire entière.

Cette enquête prospective a été menée au cours de l'année scolaire 2002/2003. Elle s'appuyait sur un questionnaire instruit par les infirmiers, les médecins et les assistants sociaux scolaires, questionnaire élaboré en collaboration avec les infirmières départementales des deux départements et avec le médecin coordinateur du Service de santé scolaire de la ville de Strasbourg.

Pour chaque action menée, une fiche présentait les objectifs de l'action, le public ciblé (qualité et quantité), l'implication des services de santé scolaire ainsi que les partenaires associés à ce projet qu'ils soient ou non de l'éducation nationale.

N'ayant pas la prétention d'être totalement exhaustive, cette enquête avait pour objectif principal de présenter un état des lieux aussi complet que possible de l'éducation pour la santé en milieu scolaire à la veille de la mise en place du SREPS.

Ses objectifs opérationnels étaient de :

- recenser les actions d'EPS,
- décrire les principales caractéristiques de ces actions : thèmes, publics concernés, personnels impliqués, modalités de mise en œuvre et de déroulement, partenaires impliqués,
- analyser la répartition géographique des actions recensées.

Déroulement de l'enquête

Les questionnaires ont été remis aux missions de promotion de la santé et au service social en faveur des élèves des deux départements ainsi qu'au service de la santé scolaire de la ville de Strasbourg par l'intermédiaire des deux infirmières départementales de l'éducation nationale et par le médecin coordinateur du service strasbourgeois. Ils venaient remplacer les feuilles d'activités habituellement remplies par ces personnels pour rendre compte « quantitativement » de leurs actions en éducation pour la santé (nombre d'actions, nombre et âges des élèves touchés...).

Il était demandé à ces « enquêteurs » de remplir une fiche descriptive des actions même s'ils n'étaient pas directement concernés dans sa mise en œuvre.

Néanmoins, afin de ne pas créer une surcharge de travail trop importante, la même action répétée sur plusieurs établissements scolaires (parfois de niveaux différents) n'a fait l'objet que d'une seule fiche cumulant les effectifs des élèves (et des adultes) ayant bénéficié de l'action. Cette modalité de recueil entraîne parfois une imprécision dans le nombre exact d'élèves touchés par niveau scolaire lorsque n'a été recueilli que le nombre total d'élèves touchés sans précision du niveau scolaire.

Les fiches ont été transmises, par l'intermédiaire des responsables des services, entre juillet et septembre 2003 à l'ORSAL où elles ont été informatisées et traitées.

Les limites de l'enquête

Avant la mise en œuvre de cette enquête, les missions de promotion de la santé en faveur des élèves transmettaient chaque année à leur ministère un rapport sur leurs activités en éducation pour la santé (EPS). Pour ce faire, une fiche descriptive était instruite pour chaque action menée. Pour répondre aux objectifs de la présente enquête, cette fiche habituellement utilisée par les professionnels de santé et sociaux, a été complétée afin de recueillir des informations plus précises sur les actions d'EPS réalisées (thèmes abordés, méthodes utilisées...). Ce choix méthodologique a présenté des limites.

1. Limites liées aux informations recueillies

Recueillir par l'intermédiaire des services de santé et sociaux, les actions d'EPS menées en milieu scolaire, suppose que ceux-ci aient une connaissance complète de ce qu'y se fait en cette matière à l'école.

De fait, les services ont recensé les actions pour lesquelles ils étaient impliqués d'une manière ou d'une autre, ce qui, comme cela a été confirmé lors de la restitution des résultats de l'enquête, ne recouvre pas la totalité des actions réalisées. Certaines d'entre elles, menées par des acteurs externes à l'éducation nationale (Union départementale pour la santé bucco-dentaire ou prévention routière par exemple) avaient été recensées dans l'état des lieux « général » sur l'EPS en Alsace¹. Sur les 371 actions recensées dans cet état des lieux « général » réalisé sur l'année 2001, 130 (soit 35 %) concernaient le milieu scolaire et

¹ Etat des lieux sur l'éducation pour la santé en Alsace : Les structures et leurs actions, Novembre 2003. Etude réalisée par l'Observatoire régional de la santé d'Alsace à la demande de la DRASS d'Alsace dans le cadre de la préparation du Schéma régional d'éducation pour la santé.

universitaire. Parmi celles-ci, 38 % (140 actions) s'adressaient aux 16-25 ans, 19 % aux 12-15 ans (71 actions) et 15% au moins de 11 ans (55 actions).

Il n'est pas possible d'additionner les résultats des deux enquêtes, mais ces différents éléments montrent que les actions menées par des organismes externes à l'éducation nationale non recensées par le présent inventaire spécifique à l'école (c'est à dire sans aucune intervention des services de santé et sociaux) ne représentent qu'une faible partie des actions menées en milieu scolaire. Ceci nous autorise à penser que malgré ses limites, l'ensemble des constats faits dans le cadre de cette étude sont valides (grande variabilité du nombre d'actions en fonction des thématiques, de l'âge des enfants, du secteur géographique...).

En revanche, aucune de ces deux enquêtes ne permet de connaître le nombre et le contenu des actions menées soit par les enseignants eux-mêmes, soit par des intervenants privés invités par un enseignant ou le chef d'établissement.

Rappelons également que cette enquête ne recouvre que les actions collectives. Elle ne reflète par conséquent pas toute l'activité d'éducation pour la santé menée par les services et ne tient en particulier (et volontairement) pas compte des entretiens individuels menés par les médecins et infirmiers de santé scolaire.

2. Limites liées aux modes de recueil

Dans la mesure où les données sont recueillies par les services de santé scolaire, cette enquête ne porte que sur les établissements scolaires dans lesquels ces services sont impliqués. Elle ne recense, de ce fait, que très peu des actions menées dans les établissements scolaires privés (3 établissements²) et dans les 2 lycées agricoles de la région qui ne dépendent pas de l'éducation nationale.

Il convient également de préciser à ce niveau que certains établissements scolaires haut-rhinois n'étaient pas dotés au moment de l'enquête de personnel de santé scolaire. De ce fait, ce travail ne recense aucune action d'EPS sur ces secteurs géographiques. Il ne s'agit toutefois pas à proprement parler d'une limite de l'enquête puisque de fait, les services n'ont réellement mené aucune action dans ces établissements scolaires.

Par ailleurs, pour chaque action, même si plusieurs intervenants du service de santé scolaire étaient concernés, une seule fiche était remplie. Le professionnel (infirmier, médecin ou assistant social) le plus impliqué dans l'action instruisait la fiche. Si pour le Bas-Rhin, l'ensemble des services concernés (service médical et infirmier de promotion de la santé en faveur des élèves, service social en faveur des élèves et service de santé scolaire de la ville de Strasbourg) ont tous collaboré à cette enquête, pour le Haut-Rhin, seuls les infirmiers y ont participé, les médecins et assistants sociaux étant en grève à la fin de l'année scolaire 2002/2003. Pour ce département, le recensement ne concerne donc que les actions pour lesquelles les infirmiers sont les acteurs principaux.

Il est difficile d'évaluer avec certitude le nombre d'actions non recensées pour cette raison, mais la comparaison entre les données bas-rhinoise (hors Strasbourg) et haut-rhinoise montre que les infirmiers sont dans les deux départements plus fréquemment impliqués que les autres corps professionnels (respectivement 94 % pour le Bas-Rhin et 99 % pour le Haut-Rhin). Nous pouvons en déduire que le nombre d'actions non recensées, pour ce motif, dans le Haut-Rhin est probablement très limité et que cela ne remet pas en cause les conclusions générales de ce travail.

² Les établissements privés concernés sont : Notre dame de Sion, le lycée professionnel Charles de Foucault et le Collège Jean XXIII.

3. Limites liées à l'homogénéité du remplissage des fiches

Globalement, la qualité de remplissage est très satisfaisante et n'a pas posé de problème particulier. Cependant, pour certaines questions, le remplissage n'est pas homogène du fait de l'absence d'un guide de remplissage précisant certaines définitions. C'est le cas, en particulier, pour les questions concernant les méthodes employées en éducation pour la santé. Ainsi, lorsqu'un petit groupe d'élèves était réuni pour aborder une thématique donnée, certains ont considéré que la méthode utilisée était un débat, d'autres un « groupe de parole ». Un autre exemple d'interprétation différente d'un même terme concerne les méthodes « participative » ou « informative ». Une action comme l'organisation d'un petit déjeuner pouvant être, selon le professionnel ayant instruit la fiche descriptive, classée dans l'une ou l'autre de ces deux catégories.

Traitement des données

Les données ont été saisies à partir du logiciel Access® et importées dans le logiciel d'analyse statistique SPSS®. Les analyses géographique et cartographique ont été réalisées grâce au logiciel ArcView®. Les résultats ont été soumis et discutés avec les infirmières départementales du Bas-Rhin (Mme DANIEL), du Haut-Rhin (Mme SEILLER) et avec le médecin coordinateur de la ville de Strasbourg (Mme le Dr KOEHL).

L'analyse comporte 2 parties :

- une première partie, descriptive, recense les thèmes abordés, les modalités de mise en place des actions et leur déroulement, la liste des partenaires impliqués ;
- la deuxième partie, fait une analyse quantitative géographique et présente la répartition géographique par niveau scolaire (les écoles élémentaires, les collèges et les lycées) des actions menées au cours de l'année scolaire.

Première partie :

Les actions

Nombre d'actions

Cette enquête a permis le recueil de 846 fiches. Le champ de l'éducation pour la santé est d'autant plus vaste que dans les missions de prévention des services de promotion de la santé en faveur des élèves, ce concept a été élargi à « l'éducation pour la santé et à la citoyenneté ». La largeur de ce champ s'illustre dans la diversité des actions recensées. Afin d'être aussi exhaustif que possible et de refléter au mieux ce que recouvre l'éducation pour la santé et à la citoyenneté dans les établissements scolaires, nous n'avons, en accord avec les responsables des services de santé, exclu que 6 fiches. Quatre d'entre elles étaient sans rapport avec l'éducation pour la santé (mise en place du protocole de gestion des risques majeurs et surveillance d'une course d'endurance) et 2 présentaient des projets d'actions prévues pour 2003-2004. Au total, on peut considérer que 840 actions différentes ont été réalisées dans les établissements scolaires de la région au cours de l'année scolaire 2002/2003. Ces 840 actions ont été menées dans 380 établissements dont 3 privés³.

Thématiques des actions

Pour caractériser ces actions, une liste de 13 thèmes différents⁴ était proposée dans la fiche de recueil. De plus, certains de ces thèmes étaient déclinés en sous-thèmes. Le public concerné par le service de santé scolaire de la ville de Strasbourg étant différent de celui des missions de promotion de la santé en faveur des élèves (le service scolaire de la ville de Strasbourg n'a en charge que les écoles élémentaires), la fiche instruite par ce service a été modifiée pour tenir compte de ses particularités⁵. La question des thématiques était à choix multiples, les actions pouvaient recouvrir plusieurs thèmes ou sous-thèmes. Par exemple, pour une même action les cases « éducation à la sexualité » (thème), « contraception/IVG » (sous-thème) et « MST/Sida/hépatite C » (sous-thème), « enfance en danger » (thème) et « violences sexuelles » (sous-thème) pouvaient être cochées.

Néanmoins, l'immense majorité des actions n'aborde qu'un seul thème (795 sur 840), moins de 5 % en traite 2 à 3, et un nombre extrêmement faible (0,7 %) 4 ou plus.

Les 5 thèmes les plus souvent cités sont :

- l'éducation à la sexualité avec 224 actions (soit 27 % des actions),
- les conduites addictives avec 174 actions (21 %),
- la nutrition qui concerne 100 actions (12 %),
- l'hygiène qui concerne 86 actions (10 %),
- l'éducation du citoyen avec 84 actions (10 %).

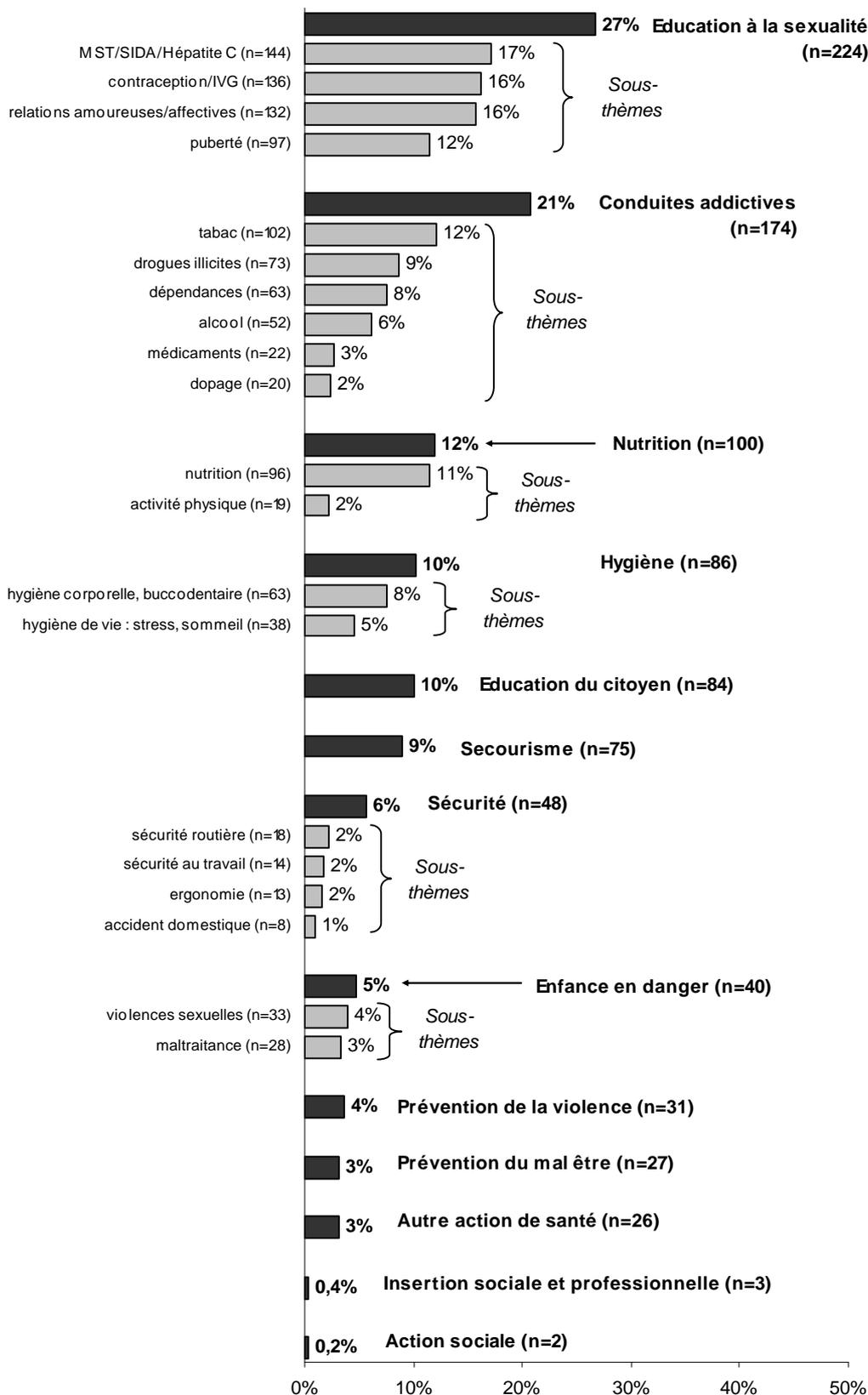
Les autres thèmes traités concernent moins de 10 % des actions. Il s'agit pour certaines d'entre elles de thématiques pouvant être perçues à la marge de l'EPS comme par exemple « prévention de la violence » «insertion professionnelle» ou « enfance en danger ».

³ Voir page 7.

⁴ Voir fiche des missions de promotion de la santé en faveur des élèves, annexe 1.

⁵ Voir fiche du service de santé scolaire de la ville de Strasbourg, annexe 2.

Répartition des actions par thématique et sous-thématique (n=840)



Si on s'intéresse plus précisément à la répartition des sous-thèmes traités, plusieurs constats peuvent être fait :

- dans certains cas, un sous-thème prédomine. C'est très nettement le cas du thème « nutrition », pour lequel, sur les 12 % d'actions menées, 11 % concernent le sous-thème « nutrition » contre seulement 2 % pour « activité physique ». C'est également, dans une moindre mesure, le cas du thème « conduites addictives », pour lequel le sous-thème « tabac » prédomine ou encore du thème « hygiène » avec le sous thème « hygiène corporelle et buccodentaire ». A l'inverse, pour le thème « éducation à la sexualité » tous les sous-thèmes sont abordés (hormis la question de la puberté) quasiment à la même fréquence.
- selon le thème, les sous-thèmes sont soit fréquemment associés (c'est à dire abordés concomitamment dans le cadre d'une action), soit traités isolément. Par exemple, la nutrition n'est associée que très rarement à l'activité physique⁶. A l'inverse, on peut noter que pour les actions traitant des conduites addictives les différents sous-thèmes (hormis le tabac) sont plus fréquemment traités ensemble qu'isolément.

⁶ On ne peut pas pour autant en déduire que le lien entre nutrition et activité physique ne soit pas fait dans les actions menées. On peut simplement dire que l'instructeur de la fiche a considéré que l'action menée ne concernait qu'un seul thème : la nutrition. Bien entendu, l'éducation physique fait partie des programmes de l'éducation nationale tant au premier qu'au second degré. L'enquête, et ce n'était pas son objet, ne permettait pas de savoir dans quelles mesures les méthodes d'enseignement de l'éducation physique et sportive intègre une approche « d'éducation pour la santé » néanmoins, il apparaît que ces enseignements n'associent pas les services de santé scolaire ni la thématique « nutrition ».

Les actions selon le niveau scolaire

L'Alsace compte 1 925 établissements⁷ scolaires publics dont 703 écoles maternelles qu'il est préférable d'exclure d'emblée de ce décompte, les services de santé scolaire n'intervenant dans ces établissements qu'en grandes sections, en fin d'année scolaire, pour la visite médicale d'admission à l'école élémentaire. Il reste 1 222 établissements scolaires qui peuvent être considérés comme appartenant au champ de l'enquête.

Si l'on exclue les écoles maternelles, les actions d'EPS recensées au cours de l'année 2002-2003 ont concerné 362 établissements (dont 3 privés) soit 30 % des établissements de la région⁸.

Les collèges, suivis des lycées sont de loin les niveaux les plus couverts par les actions d'EPS. Ainsi, 83 % des collèges et 76 % des lycées ont bénéficié d'au moins une action d'EPS au cours de l'année, contre seulement 19 % des écoles élémentaires.

Il convient cependant de préciser, que les missions de promotion de la santé des deux départements couvrent les 3 niveaux (élémentaire, collège et lycée), alors que le service de santé scolaire de la ville de Strasbourg ne couvre que les écoles élémentaires.

Ces spécificités entraînent certainement un biais à prendre en considération, certaines actions menées par les instituteurs d'école primaire n'ont peut-être pas toutes été connues des infirmières et des médecins de promotion de la santé en faveur des élèves qui, par ailleurs, sont moins souvent physiquement dans ces écoles. Cette limite concerne moins les actions recensées par le service de la Ville de Strasbourg.

En considérant le nombre d'actions menées par type d'établissement, on constate qu'avec 471 actions, soit 57 % des actions réalisées durant l'année scolaire 2002/2003, le collège apparaît de loin, parmi les trois niveaux scolaires considérés, comme le lieu où se concentre le plus d'activités d'EPS. Le nombre d'actions y est près de deux fois plus élevé qu'en lycée et près de quatre fois plus qu'en école élémentaire.

Niveau scolaire	Nombre d'actions*	Nombre d'établissements touchés	Nombre d'établissements publics en Alsace	% d'établissements touchés
Ecoles élémentaires	136	187	1 008	19%
Collèges	471	118	141	84%
EREA	7	1	1	100%
Lycées	246	56	72	78%
<i>dont : LEG/T</i>	47	15	27	56%
<i>L. Polyvalents</i>	134	22	25	88%
<i>L. Professionnels</i>	77	19	19	100%
Ensemble	840	362	1 222	30%

* sur les 840 fiches actions recensées, certaines actions ont été menées dans des établissements de différents niveaux scolaires (par exemple en école primaire et en collège ou en collège et lycée). Si on comptabilise ainsi toutes les actions différentes menées sur chacun des niveaux scolaires, on totalise 860 actions (136 en école élémentaire, 471 en collège, 7 en EREA et 246 en lycée).

⁷ Il ne s'agit pas à proprement parler du nombre d'établissements scolaires (qui peuvent parfois regrouper un collège et un lycée au sein d'un même bâtiment) mais du nombre d'unités scolaires dans différents établissements. Par exemple, un établissement comptant un collège et un lycée a été considéré ici comme deux entités.

⁸ Ce pourcentage est très légèrement surévalué dans la mesure où il tient compte au numérateur des 3 établissements privés ayant bénéficié d'une action d'EPS, le dénominateur étant le nombre d'établissements publics.

Cette prédominance du collège s'observe pour pratiquement toutes les thématiques prises en compte. Il apparaît néanmoins que certaines thématiques sont plus souvent abordées chez un public jeune (école élémentaire et collège), comme la nutrition, l'enfance en danger, l'hygiène ou le secourisme. A l'inverse, l'éducation du citoyen, la sécurité et la prévention du mal-être, sont plus particulièrement développés en collège et lycée.

De ce fait la hiérarchie des actions change sensiblement selon les niveaux scolaires : en école élémentaire, les thématiques d'actions les plus fréquentes sont l'hygiène, la nutrition et l'enfance en danger, en collège l'éducation à la sexualité et les conduites addictives, en lycée, l'éducation à la sexualité, les conduites addictives et l'éducation du citoyen.

La grande majorité des actions ne concernent qu'un seul établissement (88%). Néanmoins, quelques rares actions de grande ou très grande envergure ont été recensées. Ainsi, 11 actions ont touché entre 6 et 14 établissements (actions portant sur l'hygiène de vie ou la nutrition par exemple), 3 actions entre 42 et 51 établissements (actions d'initiation aux premiers secours ou de formation des personnels à la mise en place de « projets d'accueil individualisés »). Il s'agit, pour ces dernières, d'actions réalisées dans les écoles élémentaires de Strasbourg.

**Nombre d'actions par thème et niveau scolaire
Effectif**

	Ecoles maternelle	Ecoles élémentaire	Collège	Lycée	dont :			Ensemble
					LEG/T	L. Poly	L. Pro	
Education à la sexualité	-	17	148	61	12	29	21	224
Conduites addictives	-	12	110	53	11	28	17	174
Nutrition	2	30	64	13	4	8	3	100
Hygiène	5	38	37	8	4	2	2	86
Education du citoyen	2	4	36	43	10	22	13	84
Secourisme	-	9	38	28	8	14	6	75
Enfance en danger	1	22	15	2	1	1	-	40
Sécurité	-	3	20	27	3	22	4	48
Prévention de la violence	-	3	21	8	2	2	4	31
Prévention du mal être	-	3	10	14	4	8	2	27
Autres actions de santé	-	6	12	9	3	5	3	26
Insertion sociale et professionnelle	-	-	2	1	-	-	1	3
Action sociale	-	1	-	1	1	-	-	2
Toutes actions confondues	9	136	478	246	47	134	77	840

Avertissement : le total du nombre d'actions ne correspond pas à la somme des thèmes traités, une action pouvant concerner plusieurs thèmes.

**Nombre d'actions par thème et niveau scolaire
Répartition en % par niveau scolaire**

	Ecoles maternelle	Ecoles élémentaire	Collège	Lycée	dont :			Ensemble
					LEG/T	L. Poly	L. Pro	
Education à la sexualité	0%	13%	31%	25%	26%	22%	27%	27%
Conduites addictives	0%	9%	23%	22%	23%	21%	22%	21%
Nutrition	22%	22%	13%	5%	9%	6%	4%	12%
Hygiène	56%	28%	8%	3%	9%	1%	3%	10%
Education du citoyen	22%	3%	8%	17%	21%	16%	17%	10%
Secourisme	0%	7%	8%	11%	17%	10%	8%	9%
Enfance en danger	11%	16%	3%	1%	2%	1%	0%	5%
Sécurité	0%	2%	4%	11%	6%	16%	5%	6%
Prévention de la violence	0%	2%	4%	3%	4%	1%	5%	4%
Prévention du mal être	0%	2%	2%	6%	9%	6%	3%	3%
Autres actions de santé	0%	4%	3%	4%	6%	4%	4%	3%
Insertion sociale et professionnelle	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Action sociale	0%	1%	0%	0%	2%	0%	0%	0%
Toutes actions confondues	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Nombre d'actions par thème et niveau scolaire
Répartition en % par thème**

	Ecoles maternelle	Ecoles élémentaire	Collège	Lycée	dont :			Ensemble
					LEG/T	L. Poly	L. Pro	
Education à la sexualité	0%	8%	66%	27%	5%	13%	9%	100%
Conduites addictives	0%	7%	63%	30%	6%	16%	10%	100%
Nutrition	2%	30%	64%	13%	4%	8%	3%	100%
Hygiène	6%	44%	43%	9%	5%	2%	2%	100%
Education du citoyen	2%	5%	43%	51%	12%	26%	15%	100%
Secourisme	0%	12%	51%	37%	11%	19%	8%	100%
Enfance en danger	3%	55%	38%	5%	3%	3%	0%	100%
Sécurité	0%	6%	42%	56%	6%	46%	8%	100%
Prévention de la violence	0%	10%	68%	26%	6%	6%	13%	100%
Prévention du mal être	0%	11%	37%	52%	15%	30%	7%	100%
Autres actions de santé	0%	23%	46%	35%	12%	19%	12%	100%
Insertion sociale et professionnelle	0%	0%	67%	33%	0%	0%	33%	100%
Action sociale	0%	50%	0%	50%	50%	0%	0%	100%
Toutes actions confondues	1%	16%	57%	29%	6%	16%	9%	100%

Préparation des actions

Origine

Le questionnaire permettait de savoir quel était l'élément à l'origine de la mise en œuvre de l'action. Cinq réponses étaient proposées dans le questionnaire.

Dans la majorité des cas, c'est dans un besoin diagnostiqué par l'école que l'action trouve son origine (60 %). Arrivent ensuite les missions ministérielles en seconde position (21 %) suivies à part quasi égale, de la survenue d'évènements ou une proposition extérieure (respectivement 14 % et 12 %). Pour 10 % des fiches, l'origine de la demande n'a pas été renseignée.

Méthode de recensement des besoins

Cette question a fait l'objet d'un nombre important (41 %) de « non-réponse », peut-être parce qu'aucun item ne proposait « pas de méthode particulière de recensement des besoins ».

Pour les actions où cette question a été renseignée, l'entretien est la modalité de recensement la plus fréquemment rapportée. Ce terme générique peut recouvrir des démarches très diverses telle que des entretiens individuels ou collectifs, avec des élèves (lors d'une consultation médicale ou d'un passage d'un élève à l'infirmerie) ou des professeurs (dans la salle des professeurs, ou lors d'un conseil de classe par exemple).

Objectifs des actions

Pour cette question ouverte, la consigne était de formuler l'objectif en utilisant un verbe d'action. La quasi-totalité des objectifs formulés par les instructeurs des fiches (90 %) peuvent être regroupés sous trois mots-clés :

- informer,
- sensibiliser,
- responsabiliser.

L'acquisition de compétences ne concerne que 10% des actions et est quasi exclusivement représentée par :

- 61 formations aux premiers secours,
- 19 formations à la sécurité.

Cadre dans lequel s'inscrivent les actions

La moitié environ des actions s'inscrivent dans le projet d'établissement (46 %) et un tiers des actions (33 %) sont portées par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Les autres cadres (projet de service ou projet ZEP/établissement sensible) concernent moins de 8% des actions.

Un quart des actions ne rentrent pas dans la liste des cadres proposés⁹ par le questionnaire, mais s'inscrivent dans un projet individuel sans cadre particulier. Le taux élevé de non-réponse peut certainement s'interpréter comme ne s'intégrant pas dans un projet global de l'établissement dans lequel l'action a été menée.

⁹ Projet de service, projet d'école ou d'établissement, projet ZEP ou établissement sensible, Projet CESC, autres.

Préparation des actions (n=840)

Origine de la demande	Effectifs	Pourcentage
Besoin diagnostiqué par l'école	504	60,0%
Mission ministérielle	178	21,2%
Survenue d'évènements	116	13,8%
Proposition extérieure	101	12,0%
Autre	33	3,9%
Non réponse	85	10,1%

Mode de recueil des besoins	Effectifs	Pourcentage
Entretiens	300	35,7%
Questionnaire/enquête	157	18,7%
Autre	56	6,7%
Boîte à suggestions	35	4,2%
Non réponse	345	41,1%

Cadre d'élaboration	Effectifs	Pourcentage
Projet d'école/d'établissement	390	46,4%
Projet CESC	274	32,6%
Projet ZEP ou établissement sensible	42	5,0%
Projet de service	31	3,7%
Autre : Aucun cadre	2	0,2%
Non réponse	231	27,5%

Déroulement de l'action

Le temps de déroulement de l'action

La lecture du tableau ci-contre montre que la très grande majorité des actions (quasiment 3 sur 4) se sont déroulées pendant des cours. Les actions menées en dehors d'un cours l'ont cependant été pendant des temps scolaires dédiés à l'éducation pour la santé (heures banalisées, heures de vie de classe).

Les actions menées en dehors de ce cadre sont rares. Celles ayant lieu pendant les temps libres périscolaires (7 %) (récréation, réfectoire, couloirs) correspondent essentiellement à des expositions. Les actions menées au sein d'un club santé sont très rares (3 %).

Les méthodes d'action

Le questionnaire proposait 4 modalités pour les méthodes d'actions : exposition, débat, conférence ou cours et groupe de parole. De façon très nette, les deux méthodes les plus utilisées sont d'une part les conférences/cours et d'autre part le débat.

Plus de la moitié des actions ne mettent en œuvre qu'une seule méthode d'action, réparties principalement entre les conférences/cours (22 %) et les débats (17 %). Les expositions et les « groupes de parole » sont plus rarement utilisés seuls. Le fait que dans un cas sur cinq, l'intervention ne repose que sur une conférence ou un cours montre qu'un nombre non négligeable d'actions n'ont pas de dimension participative ou que celle-ci est restreinte et qu'elles ont surtout une visée informative

Pour environ une action sur quatre, deux méthodes sont mises en œuvre, l'association la plus fréquente étant les conférences/cours suivies d'un débat (13 %).

Pour cette question, il nous est également apparu qu'une harmonisation des définitions serait importante, en effet, la modalité « groupe de parole » est très certainement fréquemment renseigné à la place de « débat » pour les discussions débat en petit groupe et non dans le sens d'un « échange d'expériences partagées par un groupe de personnes touchées par la même problématique ».

De même, il est très probable que pour certaines actions pour lesquelles la seule méthode renseignée est « débat », une conférence ou un cours ait introduit la discussion.

Les supports pédagogiques utilisés

Pour un quart des actions, aucun support pédagogique n'est cité. Globalement, les supports les plus utilisés sont les tracts / brochures (associés ou non avec un autre support).

Lorsqu'un (et un seul) support est utilisé (36% des actions), les tracts/brochures, ainsi que les films/diapositives prédominent, à pourcentage égal (15%). Les affiches en revanche sont rarement utilisées seules et sont principalement employées en complément d'un autre support.

Déroulement des actions (n=840)

Temps de déroulement	Effectifs	Pourcentage
Cours	612	72,9%
Club santé	22	2,6%
Autre dont	154	18,3%
<i>temps scolaire dédié à l'éducation pour la santé</i>	81	9,6%
<i>temps libre périscolaire</i>	61	7,3%
Non réponse	107	12,7%

Méthode	Effectifs	Pourcentage
Conférence, cours	403	48,0%
Débat	398	47,4%
Groupe de parole	181	21,5%
Exposition	145	17,3%
Non réponse	102	12,1%

Méthode (association de)	Effectifs	Pourcentage
1 seule méthode	436	51,9%
<i>Exposition</i>	35	4,2%
<i>Débats</i>	146	17,4%
<i>Conférence, cours</i>	183	21,8%
<i>Groupe de parole</i>	72	8,6%
2 méthodes associées	227	27,0%
<i>Débats et Conférence, cours</i>	113	13,5%
<i>Débats et Groupe de parole</i>	36	4,3%
<i>Exposition et Débats</i>	31	3,7%
<i>Exposition et Conférence, cours</i>	27	3,2%
3 méthodes associées	63	7,5%
4 méthodes associées	12	1,4%
Non réponse	102	12,1%

Supports pédagogiques	Effectifs	Pourcentage
Diffusion de tracts, brochures	418	49,8%
Films, diapos	341	40,6%
Affiches	260	31,0%
Non réponse	229	27,3%

Supports pédagogiques (association de)	Effectifs	Pourcentage
1 seule réponse	300	35,7%
<i>Affiches</i>	43	5,1%
<i>Films, diapos</i>	128	15,2%
<i>Diffusion de tracts, brochures</i>	129	15,4%
2 réponses associées	214	25,5%
<i>Affiches et Films, diapos</i>	22	2,6%
<i>Affiches et Diffusion de tracts, brochures</i>	98	11,7%
<i>Films, diapos et Diffusion de tracts, brochures</i>	94	11,2%
3 réponses associées	97	11,5%
Non réponse	229	27,3%

Implication des services de santé et des services sociaux

Pour cette partie, nous avons considéré spécifiquement l'implication de l'ensemble du pôle santé social des établissements scolaires.

Les deux tableaux suivants montrent que pour une très grande majorité des actions l'infirmier est le seul professionnel de santé impliqué et que son rôle concerne surtout la coordination et l'animation. Pour un peu moins d'une action sur trois, il n'a qu'un rôle de partenaire « expert » (conseil technique) de l'action.

Quand le médecin participe à une action c'est surtout en tant qu'animateur (dans plus de la moitié des cas), son intervention en tant que coordinateur ou conseiller technique étant plus rare (environ 1/3 de ses interventions).

Professionnels impliqués (n = 840)

Professionnels impliqués	Effectif	%
1 seul professionnel impliqué	607	72,3%
<i>Assistant social</i>	3	0,4%
<i>Infirmier</i>	591	70,4%
<i>Médecin</i>	13	1,5%
2 professionnels impliqués	192	22,9%
<i>Assistant social et infirmier</i>	62	7,4%
<i>Infirmier et médecin</i>	130	15,5%
3 professionnels impliqués	21	2,5%
Non réponse	20	2,4%

Professionnels et nature de l'implication	Effectif	%
Assistant social	86	10,2%
<i>Coordination</i>	46	5,5%
<i>Animation</i>	42	5,0%
<i>Partenariat, conseil technique</i>	40	4,8%
<i>Non réponse</i>	2	0,2%
Infirmier	804	95,7%
<i>Coordination</i>	526	62,6%
<i>Animation</i>	486	57,9%
<i>Partenariat, conseil technique</i>	253	30,1%
<i>Non réponse</i>	19	2,3%
Médecin	164	19,5%
<i>Coordination</i>	53	6,3%
<i>Animation</i>	90	10,7%
<i>Partenariat, conseil technique</i>	59	7,0%
<i>Non réponse</i>	3	0,4%
Non réponse	20	2,4%

Partenariats

Un des objectifs importants de cette enquête était également de compléter le recensement des différents partenaires intervenant en éducation pour la santé et la citoyenneté à l'éducation nationale réalisé dans le premier volet de cet état des lieux de l'éducation pour la santé en Alsace.

Parmi les partenaires des actions d'éducation pour la santé menées en milieu scolaire repérés par les infirmiers, nous avons pu distinguer :

- ceux qui sont associés à l'action parce qu'ils ont la charge des élèves au moment de l'action ou parce qu'ils ont participé à l'organisation logistique de l'action. Ce sont tous les partenaires issus de l'éducation nationale. Les enseignants sont nombreux dans cette catégorie puisqu'ils sont cités pour 209 des 840 actions recensées. On notera en revanche que les élèves et les parents d'élèves sont cités comme partenaires pour 12 actions seulement.
- Ceux qui sont partenaires parce qu'ils financent ou portent juridiquement le projet et on pourra citer dans cette catégorie les CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) ou les organismes d'Assurance Maladie mais aussi pour quelques rares actions (moins de 0,5 %) une collectivité territoriale.
- Ceux qui sont partenaires parce qu'ils mettent à disposition des professionnels de santé scolaire, de la documentation ou une aide méthodologique à la réalisation de l'action. C'est le cas par exemple du CRES Alsace ou du CODES 68.
- Ceux qui interviennent dans l'action en tant qu'animateur ou en tant qu'expert. Cette catégorie est difficile à préciser. En effet, pour cette question, un guide de remplissage aurait été souhaitable, les professionnels ayant pour les uns indiqués le nom de la structure, le plus souvent associative à laquelle appartenait l'intervenant, mais d'autres se sont contentés de noter son nom ou sa fonction (sage-femme, infirmier).

La liste des intervenants en EPS en milieu scolaire n'est en fait pas très différente de celle des intervenants déjà repérés dans l'état des lieux « organismes et leurs actions ».

Elle révèle cependant que parmi les intervenants en éducation pour la santé et la citoyenneté, non repérée par ce premier état des lieux, les services de police, des douanes et de la gendarmerie interviennent de façon non négligeable notamment dans le champ de la prévention des conduites addictives et des actions d'éducation à la citoyenneté.

Un autre élément qui apparaît dans cette enquête est la place occupée par le secteur commercial. Parmi les partenaires cités, on retrouve des enseignes comme Nestlé ou Alsace lait mais aussi des « fournisseurs de denrées » plus anonymes. Le mode de recueil qui se voulait le moins lourd possible, n'a pas distingué de façon plus qualitative le partenariat avec ces opérateurs. Il ne nous est en particulier pas possible de savoir si leur intervention consiste en un partenariat financier, en une dotation de produits alimentaires, en une mise à disposition de matériel pédagogique ou en intervention sur le terrain.

Seconde partie :
Les publics touchés

Le type de public ciblé

Sur les 840 actions, une très large majorité concernent les élèves ; 808 actions ont été menées auprès des élèves (96 %), 48 actions auprès de la communauté éducative (6 %) et 45 auprès des parents d'élèves (5 %)¹⁰.

Effectifs touchés par thèmes

Répartition des actions selon le nombre d'élèves touchés
(n = 808)

Nombre d'élèves bénéficiaires	Nombre d'actions	Répartition en %
1 à 19	78	10%
20 à 49	150	19%
50 à 99	129	16%
100 à 199	248	31%
200 à 499	137	17%
500 ou plus	42	5%
Non réponse	24	3%
Total	808	100%

Sur chaque fiche action figure le nombre d'élèves touchés. La somme des effectifs donne un total de 125 635 élèves ayant bénéficié d'une action d'EPS, soit en moyenne 155 élèves par action. Le tableau précédent montre cependant que le nombre d'élèves touchés par action est très variable, inférieur à 20 pour 10 % des actions, supérieur ou égal à 500 pour 5 % des actions.

Précisons également que cet effectif de 125 635 élèves touchés représente un maximum, un même élève ayant pu bénéficier de plusieurs actions durant l'année. Les données recueillies ne permettent pas d'éliminer les doubles comptes (les élèves ayant bénéficié de plus d'une action) et donc de connaître le nombre réel d'élèves différents touchés par des actions d'EPS.

En toute logique, la répartition des 13 thèmes d'action selon le nombre d'élèves touchés est proche de la répartition des thèmes en fonction du nombre d'actions. Les 5 thèmes touchant le plus d'élèves restent l'éducation à la sexualité (près de 40 000 élèves touchés), les conduites addictives, la nutrition, l'hygiène et l'éducation du citoyen. Les autres thèmes ont touché moins de 10 000 élèves. Rappelons également que certains thèmes, à la limite du champ de l'éducation pour la santé, sont probablement mal recensés (éducation du citoyen, enfance en danger, prévention des violences, insertion sociale et professionnelle, action sociale).

¹⁰ La somme des actions menées auprès de ces trois publics est supérieure au nombre total de fiches-actions étudiées parce que certaines actions ont été menées en même temps auprès de 2 publics différents (élèves et parents d'élèves par exemple).

Certains thèmes sont plus spécifiquement abordés chez les élèves les plus âgés, d'autres chez les plus jeunes :

- les actions sur la sécurité et l'éducation du citoyen sont essentiellement réalisées en lycées (respectivement 77 % et 64 % des élèves touchés par ces thèmes sont des lycéens),
- les actions sur l'éducation à la sexualité, comme celles sur les conduites addictives sont autant orientées vers un public de collégiens que de lycéens,
- les actions sur la nutrition et la prévention des violences se concentrent principalement sur un public de collégiens,
- les actions sur l'hygiène et l'enfance en danger sont plus particulièrement développées en école élémentaire et collège.
- sur le seul critère de l'âge des élèves, aucune tendance nette ne peut être dégagée pour certains thèmes, comme le secourisme.

Nombre d'élèves touchés par thème et niveau scolaire
Effectif

	Ecole élémentaire		Collège		Lycée				Ensemble
		Classes spécialisées 1er degré		Classes spécialisées 2ndr degré	LEG/T	dont : L. Poly		L. Pro	
Education à la sexualité	996	62	20 160	900	17 605	3 258	5 418	8 929	39 723
Conduites addictives	963	-	16 883	419	17 482	2 869	6 628	7 985	35 747
Nutrition	3 111	61	9 451	400	2 670	403	875	1 392	15 693
Hygiène	5 961	120	3 553	332	1 230	317	271	642	11 196
Education du citoyen	330	-	4 756	255	9 614	1 327	2 174	6 113	14 955
Secourisme	3 092	-	992	100	3 456	652	446	2 358	7 640
Enfance en danger	1 735	25	1 687	112	296	280	16	-	3 855
Sécurité	163	-	1 144	183	5 112	760	2 712	1 640	6 602
Prévention de la violence	209	11	3 099	102	1 523	280	61	1 182	4 944
Prévention du mal être	318	-	239	2	2 476	586	1 036	854	3 035
Autre action de santé	2 957	-	2 054	157	4 228	1 366	1 457	1 405	9 396
Insertion sociale et professionnelle	-	-	105	-	491	-	-	491	596
Action sociale	-	-	-	-	280	280	-	-	280
TOUS THEMES*	17 794	279	60 698	2 554	39 997	9 280	20 901	9 816	121 322

* La somme en colonne des effectifs par thème est supérieure à l'effectif tous thèmes dans la mesure où certaines actions peuvent concerner plusieurs thèmes

Proportion d'élèves touchés par thème et niveau scolaire
Répartition en % par niveau scolaire

	Ecole élémentaire		Collège		Lycée				Ensemble
		Classes spécialisées 1er degré		Classes spécialisées 2ndr degré	LEG/T	dont : L. Poly		L. Pro	
Education à la sexualité	6%	22%	33%	35%	44%	35%	26%	91%	33%
Conduites addictives	5%	0%	28%	16%	44%	31%	32%	81%	29%
Nutrition	17%	22%	16%	16%	7%	4%	4%	14%	13%
Hygiène	34%	43%	6%	13%	3%	3%	1%	7%	9%
Education du citoyen	2%	0%	8%	10%	24%	14%	10%	62%	12%
Secourisme	17%	0%	2%	4%	9%	7%	2%	24%	6%
Enfance en danger	10%	9%	3%	4%	1%	3%	0%	0%	3%
Sécurité	1%	0%	2%	7%	13%	8%	13%	17%	5%
Prévention de la violence	1%	4%	5%	4%	4%	3%	0%	12%	4%
Prévention du mal être	2%	0%	0%	0%	6%	6%	5%	9%	3%
Autre action de santé	17%	0%	3%	6%	11%	15%	7%	14%	8%
Insertion sociale et professionnelle	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	5%	0%
Action sociale	0%	0%	0%	0%	1%	3%	0%	0%	0%
TOUS THEMES*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* La somme en colonne des % par thème est supérieure à 100 % dans la mesure où certaines actions peuvent concerner plusieurs thèmes

Proportion d'élèves touchés par thème et niveau scolaire
Répartition en % par thème

	Ecole élémentaire		Collège		Lycée				Ensemble
		Classes spécialisées 1er degré		Classes spécialisées 2ndr degré	LEG/T	dont : L. Poly		L. Pro	
Education à la sexualité	3%	0%	51%	2%	44%	8%	14%	22%	100%
Conduites addictives	3%	0%	47%	1%	49%	8%	19%	22%	100%
Nutrition	20%	0%	60%	3%	17%	3%	6%	9%	100%
Hygiène	53%	1%	32%	3%	11%	3%	2%	6%	100%
Education du citoyen	2%	0%	32%	2%	64%	9%	15%	41%	100%
Secourisme	40%	0%	13%	1%	45%	9%	6%	31%	100%
Enfance en danger	45%	1%	44%	3%	8%	7%	0%	0%	100%
Sécurité	2%	0%	17%	3%	77%	12%	41%	25%	100%
Prévention de la violence	4%	0%	63%	2%	31%	6%	1%	24%	100%
Prévention du mal être	10%	0%	8%	0%	82%	19%	34%	28%	100%
Autre action de santé	31%	0%	22%	2%	45%	15%	16%	15%	100%
Insertion sociale et professionnelle	0%	0%	18%	0%	82%	0%	0%	82%	100%
Action sociale	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	100%
TOUS THEMES	15%	0%	50%	2%	33%	8%	17%	8%	100%

Une autre lecture de ces résultats peut être faite, en observant pour chaque niveau scolaire les thèmes qui ont touché le plus grand nombre d'élèves. Ainsi, il apparaît (second tableau de la page précédente) que :

- en école élémentaire ce sont les actions sur l'hygiène qui prédominent, suivies des actions sur la nutrition, le secourisme et les « autres actions de santé »,
- en collège ce sont les actions sur l'éducation à la sexualité et celles portant sur les conduites addictives qui prédominent, suivies des actions sur la nutrition,
- en lycée, on retrouve également en tête les actions sur l'éducation à la sexualité et les conduites addictives, suivies cette fois-ci des actions sur l'éducation du citoyen.

On note ainsi que la répartition par thème et par niveau scolaire n'est pas la même lorsqu'on l'aborde selon le nombre d'actions ou selon le nombre d'élèves touchés. Ceci est surtout significatif pour les actions menées à l'école élémentaire. Ainsi, le secourisme qui ne représente que 7% des actions menées à l'école élémentaire, a touché autant d'élèves que les actions sur la nutrition qui représentent 22% des actions menées sur ce niveau scolaire. Ceci est l'effet de la répétition de certaines actions auprès d'un grand nombre d'élèves par exemple « tous les enfants de CM2 de la ville de Strasbourg »

Indice de couverture (IC)

Au total, l'Alsace comptait en 2002/2003 250 759 élèves scolarisés (hors école maternelle) en établissements publics dont (au maximum) 121 322¹¹ ont bénéficié d'une action d'éducation pour la santé. On peut par conséquent considérer que le nombre de 121 322 correspond au nombre d'élèves touchés par une action mais aussi au nombre d'actions ayant touché un élève. Cela signifie qu'un élève a bénéficié en moyenne de 0,48 action d'EPS durant l'année (121 322 / 250 759). Dans la suite nous appellerons ce dernier rapport indice de couverture (IC) par élève et par an.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de véritable programme d'EPS qui détermine qu'un élève d'un niveau scolaire donné doit bénéficier, par exemple tous les deux ans, d'une action d'éducation à la sexualité et d'une action sur les conduites addictives. Nous pouvons néanmoins, en restant dans cette logique, proposer la lecture suivante de l'indice de couverture par élève : si l'on souhaite que chaque élève bénéficie d'une action d'EPS par année, il serait nécessaire que l'indice de couverture soit de 1. Si l'on estime au contraire qu'une action tous les deux ans est suffisante, un indice de 0,50 devrait être atteint.

Cette lecture permet de dire qu'à l'heure actuelle, un élève bénéficie (au plus) d'environ une action tous les trois ans. C'est au collège et au lycée que les actions sont le plus développées avec des indices respectifs de 0,76 et 0,70 action par élève et par année. Ceci signifie qu'en moyenne, un élève bénéficie de 3,1 actions durant ses 4 années de collège et de 2,1 actions durant ses années de lycée. Rappelons encore une fois qu'il s'agit de chiffres maximum. C'est en lycée professionnel que les actions sont les plus développées avec un indice de couverture de 1,21, soit 3,6 actions sur les trois années de lycée.

En école élémentaire¹², la situation est nettement moins satisfaisante¹³ avec un indice de couverture de 0,16 action par élève et par année, soit en moyenne 0,8 action par élève durant les 5 années de ce cycle. En d'autres termes il n'y a actuellement pas suffisamment d'actions réalisées à ce niveau pour que chaque élève bénéficie d'au moins une action d'EPS durant sa scolarisation en école élémentaire.

¹¹ Il n'est pas possible pour les raisons évoquées précédemment de savoir quelle proportion d'élèves ont été touchés par des actions d'éducation pour la santé en raison de l'impossibilité de repérer les « double compte » (élèves touchés par plusieurs actions dans l'année).

¹² Rappelons (Cf. limites en début de document) que cette enquête ne recense pas les actions menées par les instituteurs lorsque celles-ci sont réalisées sans intervention des services de santé scolaires.

¹³ Excepté pour la ville de Strasbourg dont le service de santé scolaire ne couvre que les écoles élémentaires. L'IC des écoles élémentaires strasbourgeoises est de 0,73 action par élève et par année.

Durant les quatre années de collège, on peut considérer que chaque élève bénéficiera probablement une fois d'une action d'éducation à la sexualité et d'une action sur les conduites addictives (indice proche de 0,25), mais que seul un élève sur deux bénéficiera d'une action sur la nutrition et moins d'un sur quatre d'une action sur chacun des autres thèmes.

De même, durant les trois années de lycée, on peut considérer que chaque élève bénéficiera probablement une fois d'une action d'éducation à la sexualité et d'une action sur les conduites addictives (indice proche de 0,33), mais que seul un élève sur deux bénéficiera d'une action sur l'éducation du citoyen et moins d'un sur quatre d'une action sur chacun des autres thèmes.

Si l'on s'intéresse dans le détail aux thèmes des actions, il apparaît qu'aucun thème n'est couvert de façon satisfaisante en école élémentaire et que seules l'éducation à la sexualité et les conduites addictives sont des thèmes pouvant être considérés comme « correctement » couverts au lycée et au collège.

Nombre d'élèves scolarisés par niveau

	Ecole élémentaire		Collège		Lycée				Ensemble
		Classes spécialisées 1er degré		Classes spécialisées 2nd degré	LEG/T	dont : L. Poly	L. Pro		
Effectifs	109 936	1 380	77 557	4 583	57 303	25 699	23 469	8 135	250 759
Répartition en %	44%	1%	31%	2%	23%	10%	9%	3%	100%

Indice de couverture par élève et par année

	Ecole élémentaire		Collège		Lycée				Ensemble
		Classes spécialisées 1er degré		Classes spécialisées 2nd degré	LEG/T	dont : L. Poly	L. Pro		
Education à la sexualité	0,01	0,04	0,26	0,20	0,31	0,13	0,23	1,10	0,16
Conduites addictives	0,01	-	0,22	0,09	0,31	0,11	0,28	0,98	0,14
Nutrition	0,03	0,04	0,12	0,09	0,05	0,02	0,04	0,17	0,06
Hygiène	0,05	0,09	0,05	0,07	0,02	0,01	0,01	0,08	0,04
Education du citoyen	0,00	-	0,06	0,06	0,17	0,05	0,09	0,75	0,06
Secourisme	0,03	-	0,01	0,02	0,06	0,03	0,02	0,29	0,03
Enfance en danger	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00	-	0,02
Sécurité	0,00	-	0,01	0,04	0,09	0,03	0,12	0,20	0,03
Prévention de la violence	0,00	0,01	0,04	0,02	0,03	0,01	0,00	0,15	0,02
Prévention du mal être	0,00	-	0,00	0,00	0,04	0,02	0,04	0,10	0,01
Autre action de santé	0,03	-	0,03	0,03	0,07	0,05	0,06	0,17	0,04
Insertion sociale et professionnelle	-	-	0,00	-	0,01	-	-	0,06	0,00
Action sociale	-	-	-	-	0,00	0,01	-	-	0,00
Tous thèmes confondus	0,16	0,20	0,78	0,56	0,70	0,36	0,89	1,21	0,48

Un indice de 1 est l'indice minimal pour que chaque élève bénéficie chaque année d'une action.

Couverture géographique des actions

Dans les pages suivantes sont présentées pour les écoles élémentaires, les collèges et les lycées, les indices de couverture en fonction du lieu de scolarisation, tous thèmes confondus et pour les quatre principaux thèmes que sont l'éducation à la sexualité, les conduites addictives, la nutrition et l'éducation à la citoyenneté.

Globalement, il apparaît de très fortes disparités selon le lieu de scolarisation. Ainsi, en école élémentaire, aucune action n'a été rapportée pour la très grande majorité des établissements (85 %). Seules 150 écoles élémentaires (19 %) ont un indice de couverture supérieur ou égal à 0,2, qui assure potentiellement à chaque élève le bénéfice d'une action durant l'ensemble de son cycle élémentaire. Un tiers de ces écoles sont situées à Strasbourg.

Pour les 141 collèges de la région la situation est plus satisfaisante, dans 27 établissements (soit 19 %) « seulement » aucune action n'est recensée. Plus en détail, concernant :

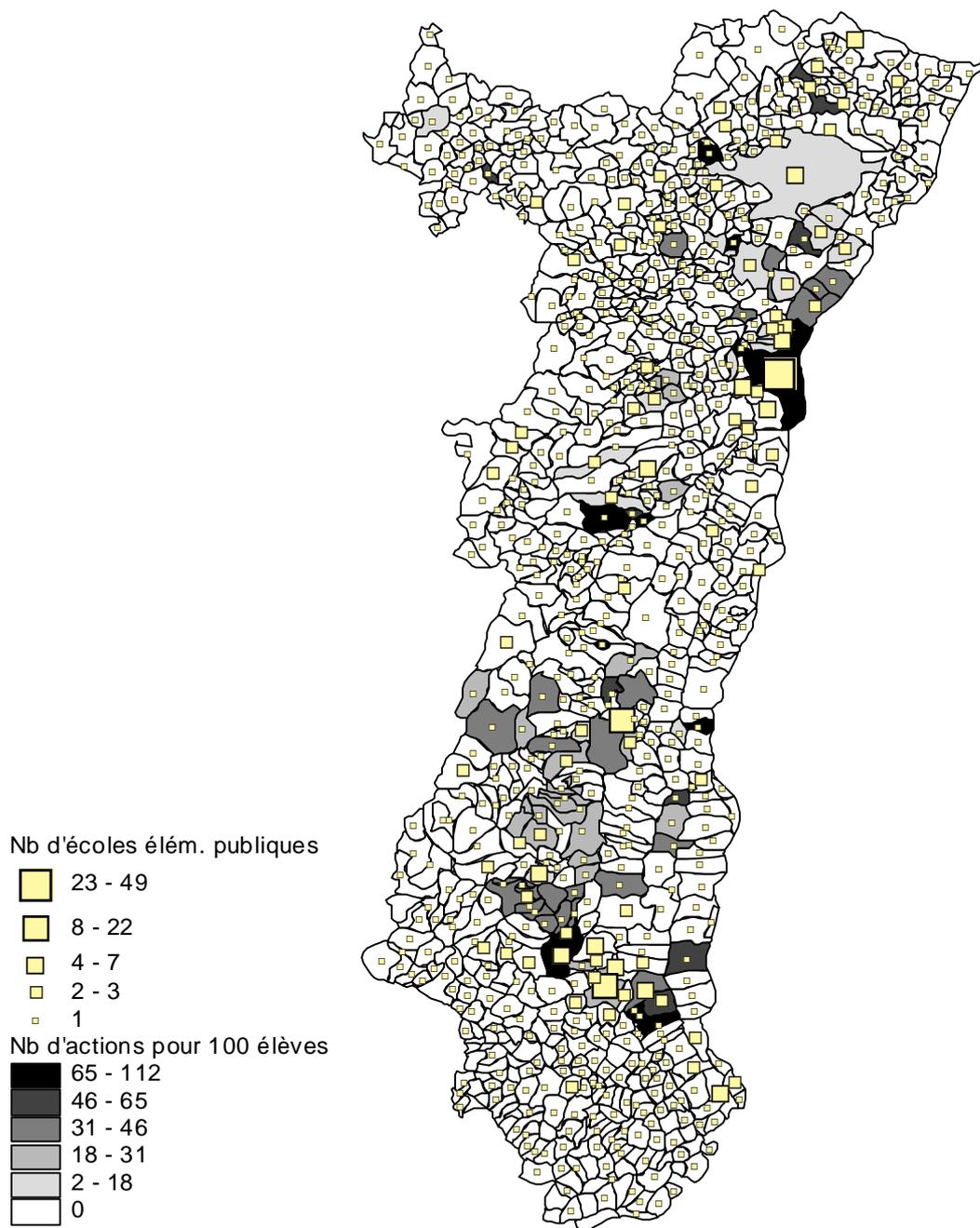
- l'éducation à la sexualité, aucune action n'a été menée dans 42 collèges et l'indice de couverture varie considérablement dans les autres établissements (de 0,06 à 1,52 action par élève par an),
- les conduites addictives, aucune action n'a été menée dans 62 collèges et l'indice de couverture varie considérablement dans les autres établissements (de 0,04 à 1,42 action par élève par an),
- la nutrition, aucune action n'a été menée dans 90 collèges et l'indice de couverture varie considérablement dans les autres établissements (de 0,01 à 2,24 actions par élève par an),
- l'éducation à la citoyenneté aucune action n'a été menée dans 120 collèges et l'indice de couverture varie considérablement dans les autres établissements (de 0,05 à 1,77 action par élève par an).

Sur les 71 lycées de la région, on ne dénombre que 17 établissements dans lesquels aucune action n'est recensée. Plus en détail :

- sur les 27 lycées d'enseignement général et technique aucune action n'a été menée pour 13 d'entre eux (48 %),
- sur les 25 lycées polyvalents aucune action n'a été menée pour seulement 3 d'entre eux (12 %),
- sur les 19 lycées professionnels il n'y a qu'un seul établissement pour lequel aucune action n'a été menée (5 %).

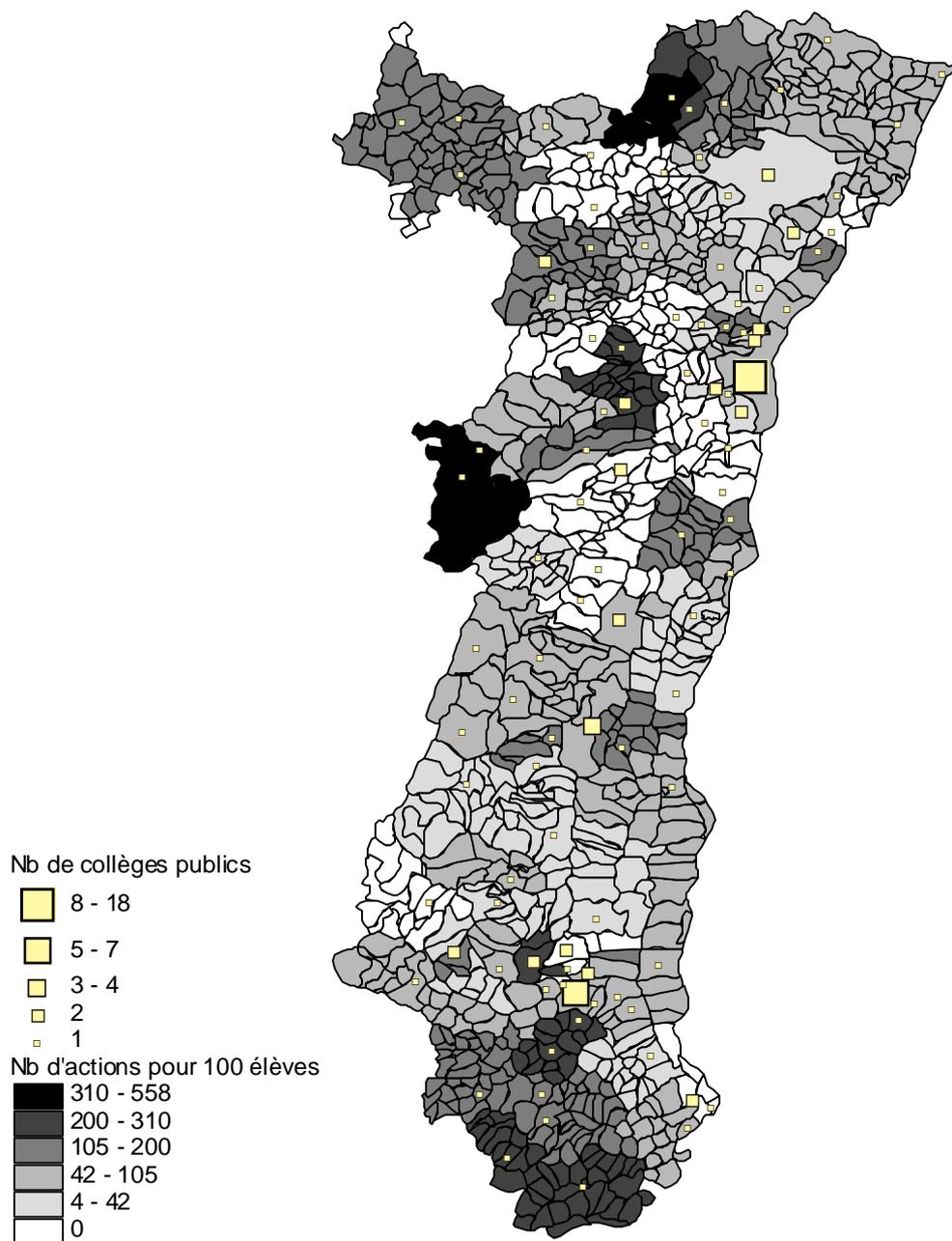
**Tous thèmes confondus
Ecoles élémentaires publiques**

**Nombre d'actions pour 100 écoliers selon la commune
Répartition géographique des écoles élémentaires publiques
Alsace en 2002-2003**



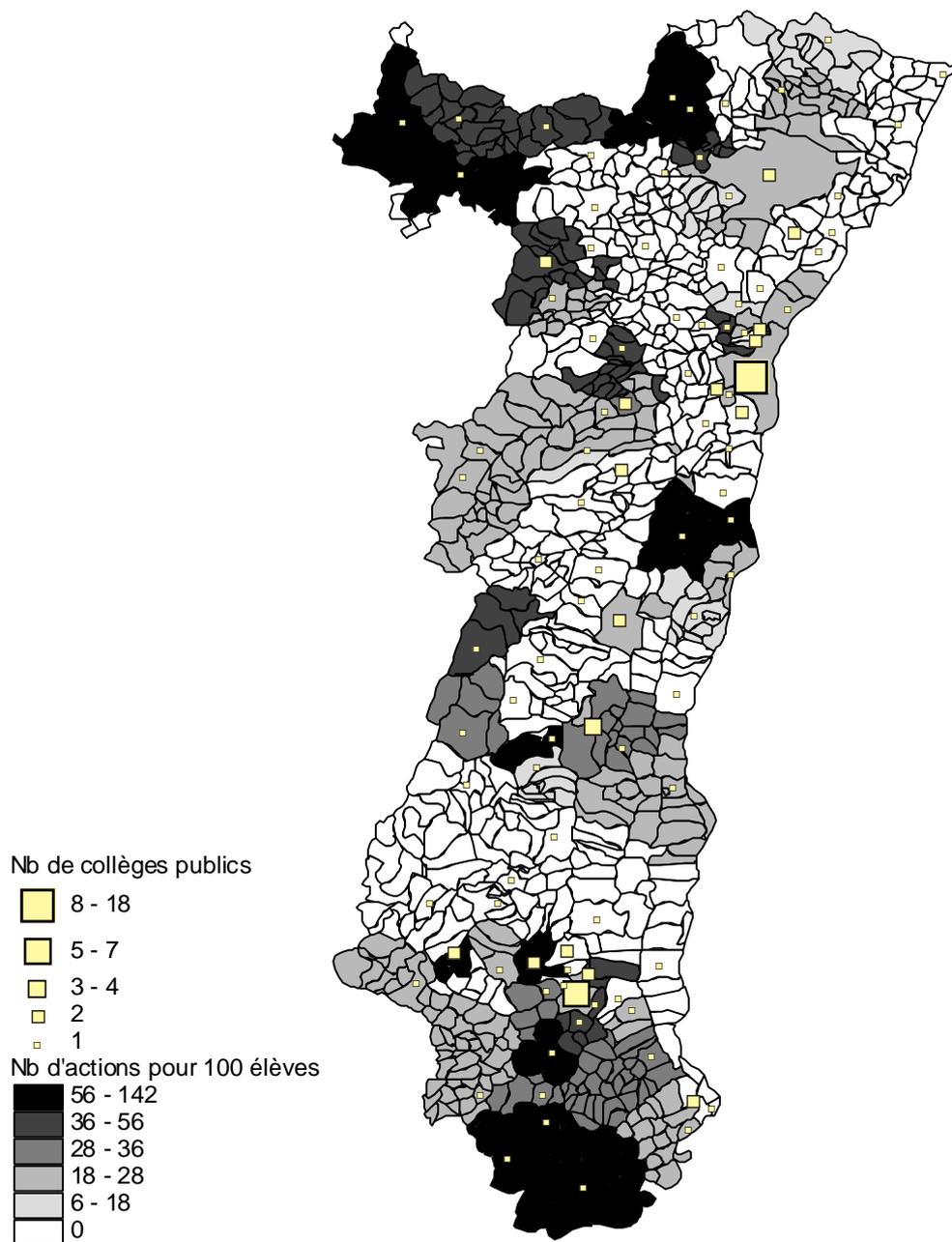
**Tous thèmes confondus
Collèges publics**

**Nombre d'actions pour 100 collégiens selon la commune
Répartition géographique des collèges publics
Alsace en 2002-2003**



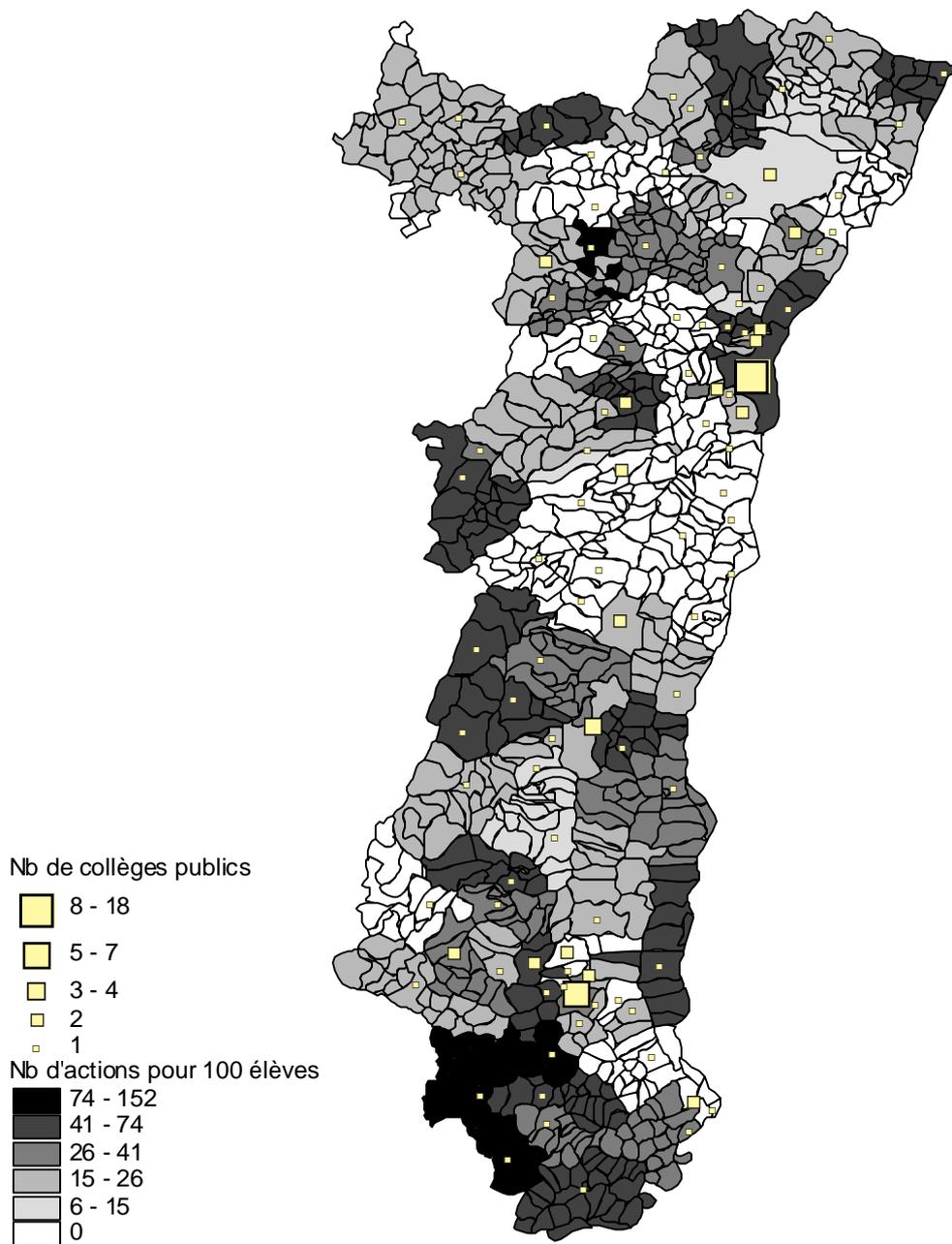
**Conduites addictives
Collèges publics**

**Nombre d'actions pour 100 collégiens selon la commune
Répartition géographique des collèges publics
Alsace en 2002-2003**



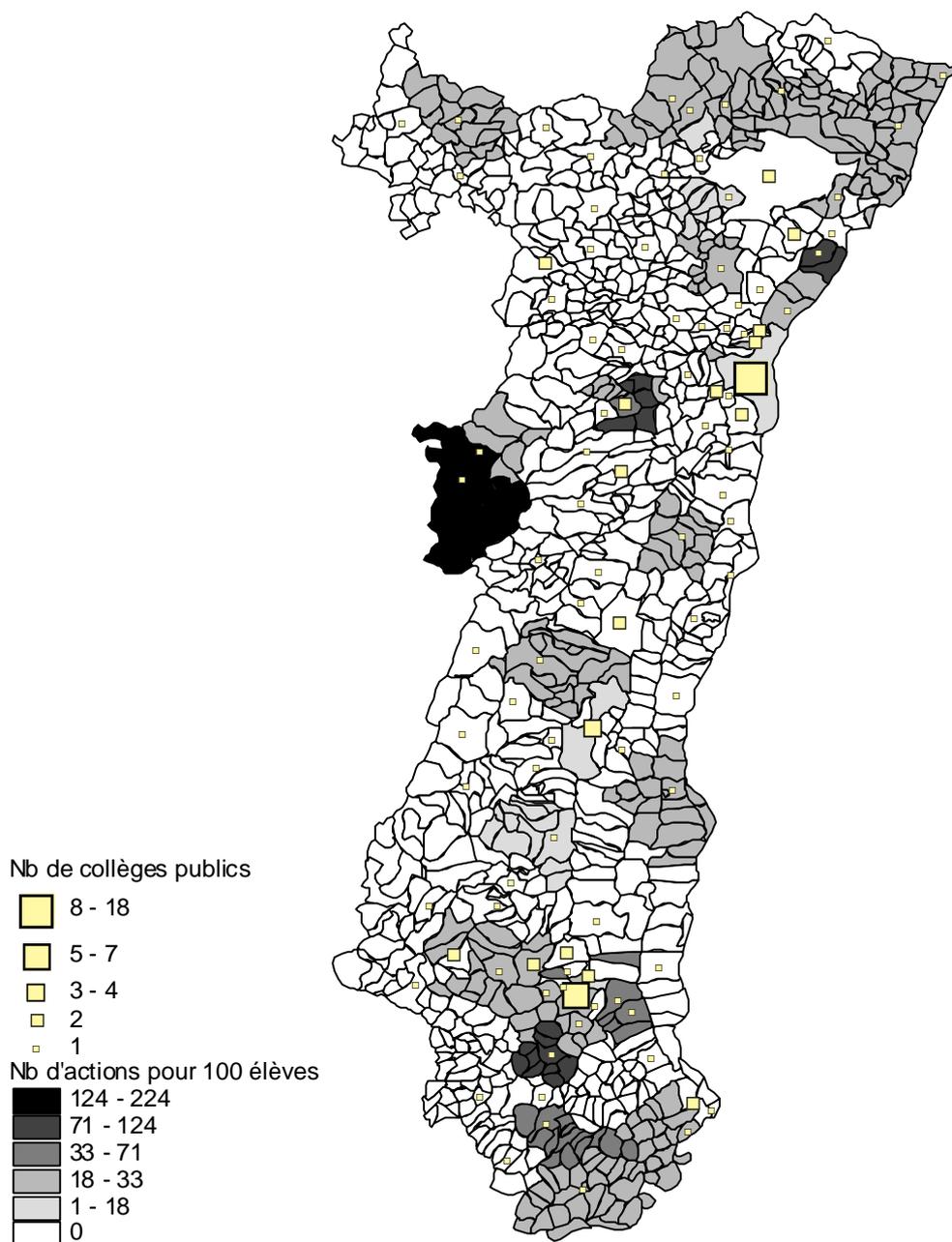
**Education à la sexualité
Collèges publics**

**Nombre d'actions pour 100 collégiens selon la commune
Répartition géographique des collèges publics
Alsace en 2002-2003**



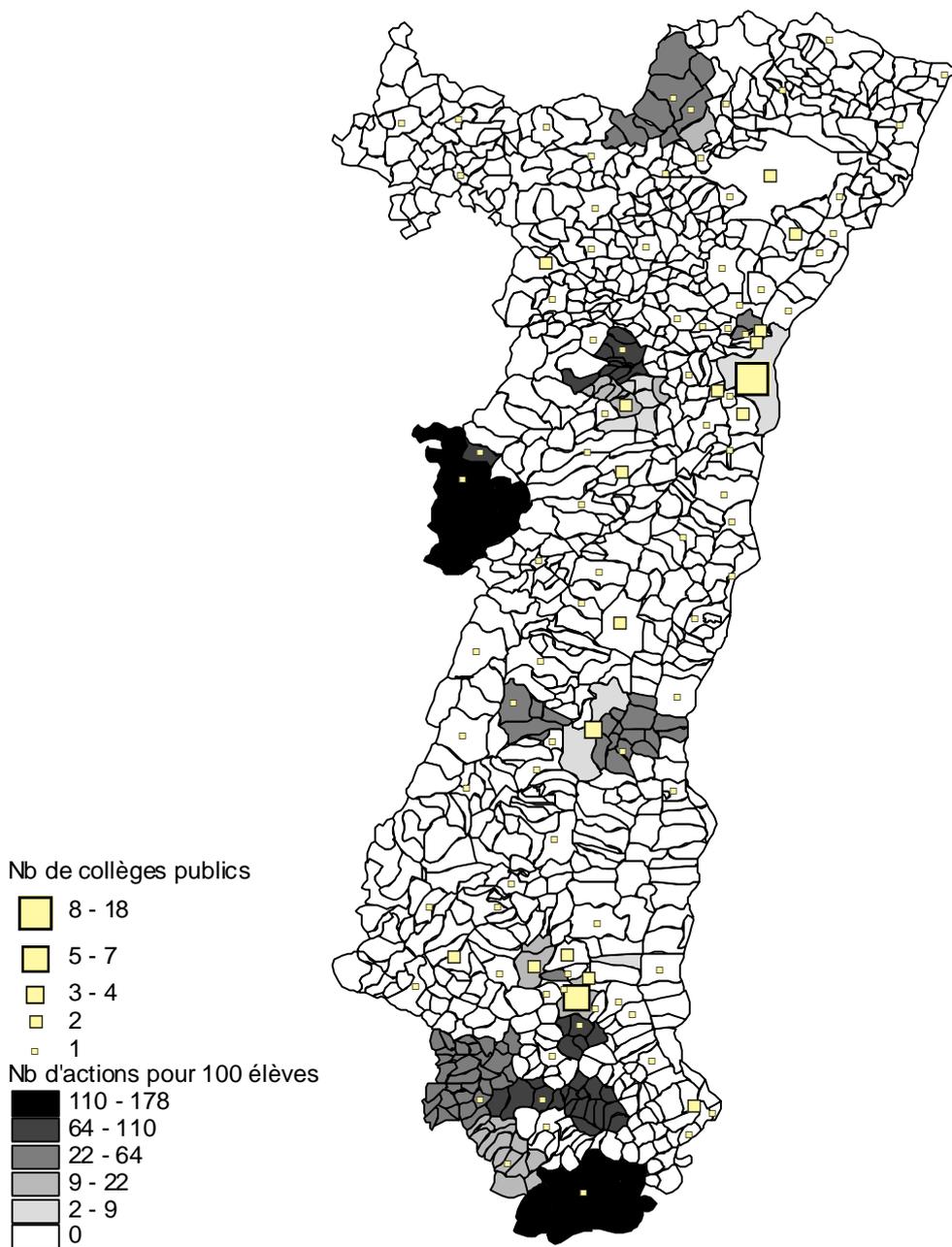
**Nutrition
Collèges publics**

**Nombre d'actions pour 100 collégiens selon la commune
Répartition géographique des collèges publics
Alsace en 2002-2003**



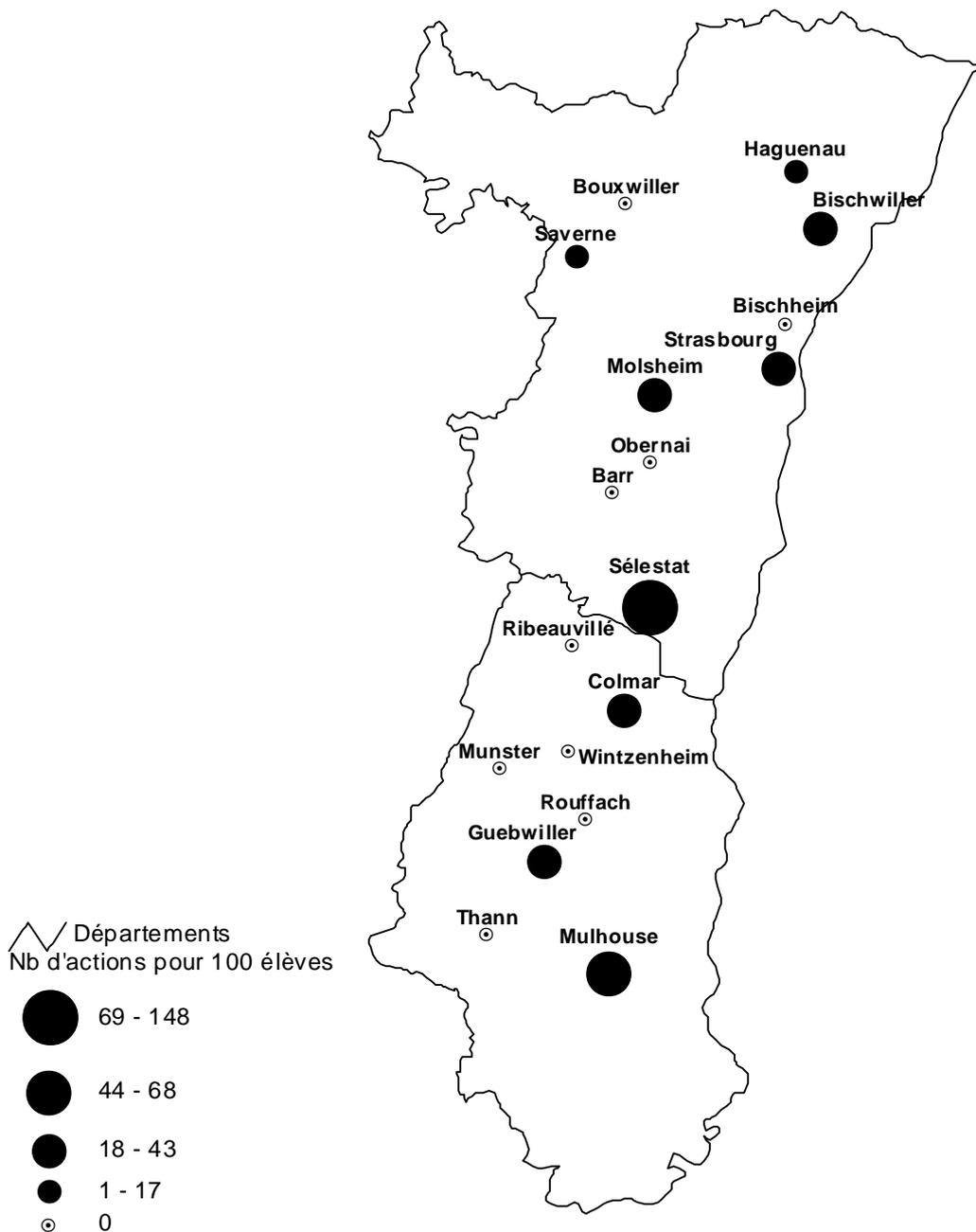
**Education à la citoyenneté
Collèges publics**

**Nombre d'actions pour 100 collégiens selon la commune
Répartition géographique des collèges publics
Alsace en 2002-2003**



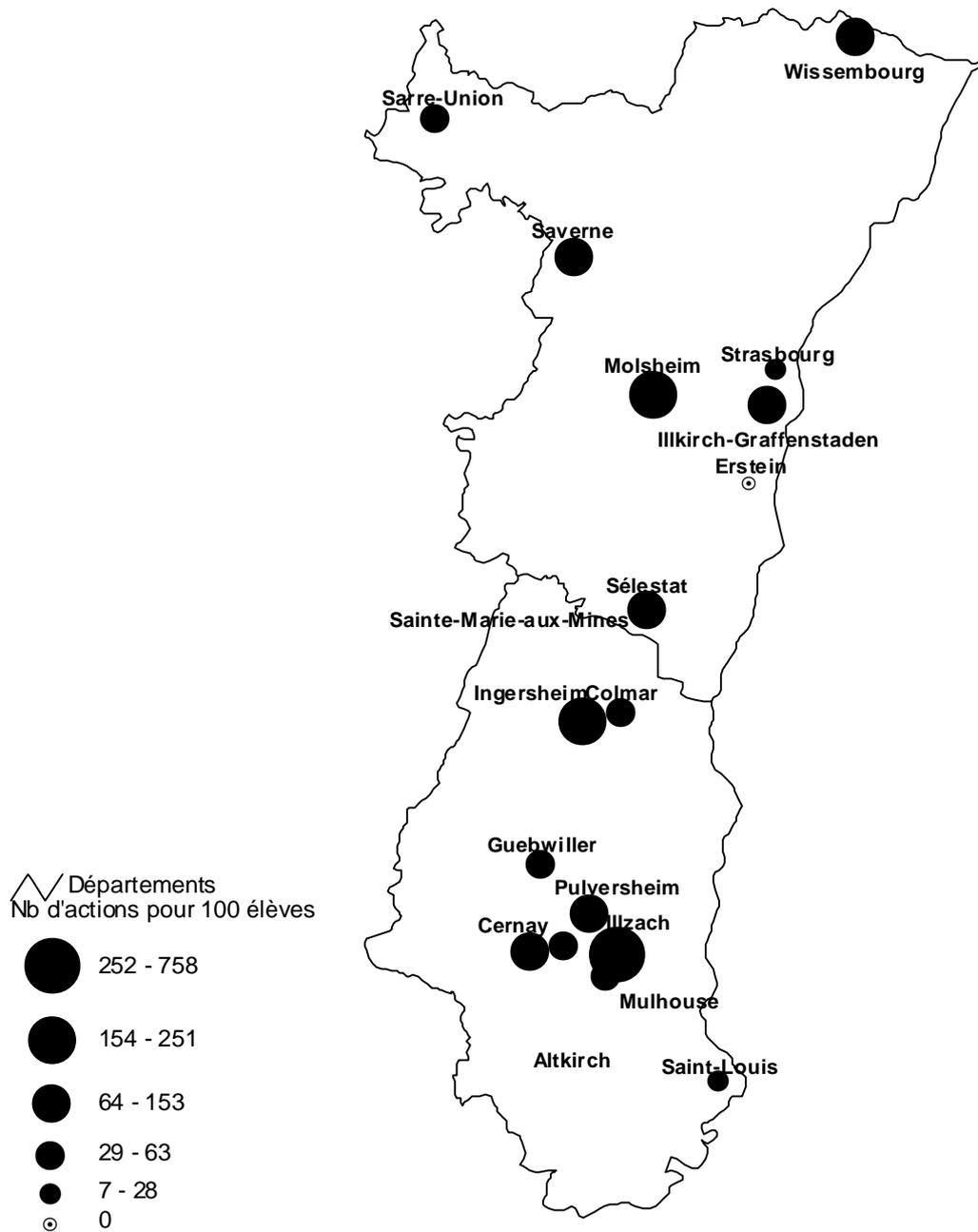
**Lycées
Tous thèmes confondus
LEGT publics**

**Nombre d'actions pour 100 lycéens (LEGT publics)
Répartition géographique des LEGT publics
Alsace en 2002-2003**



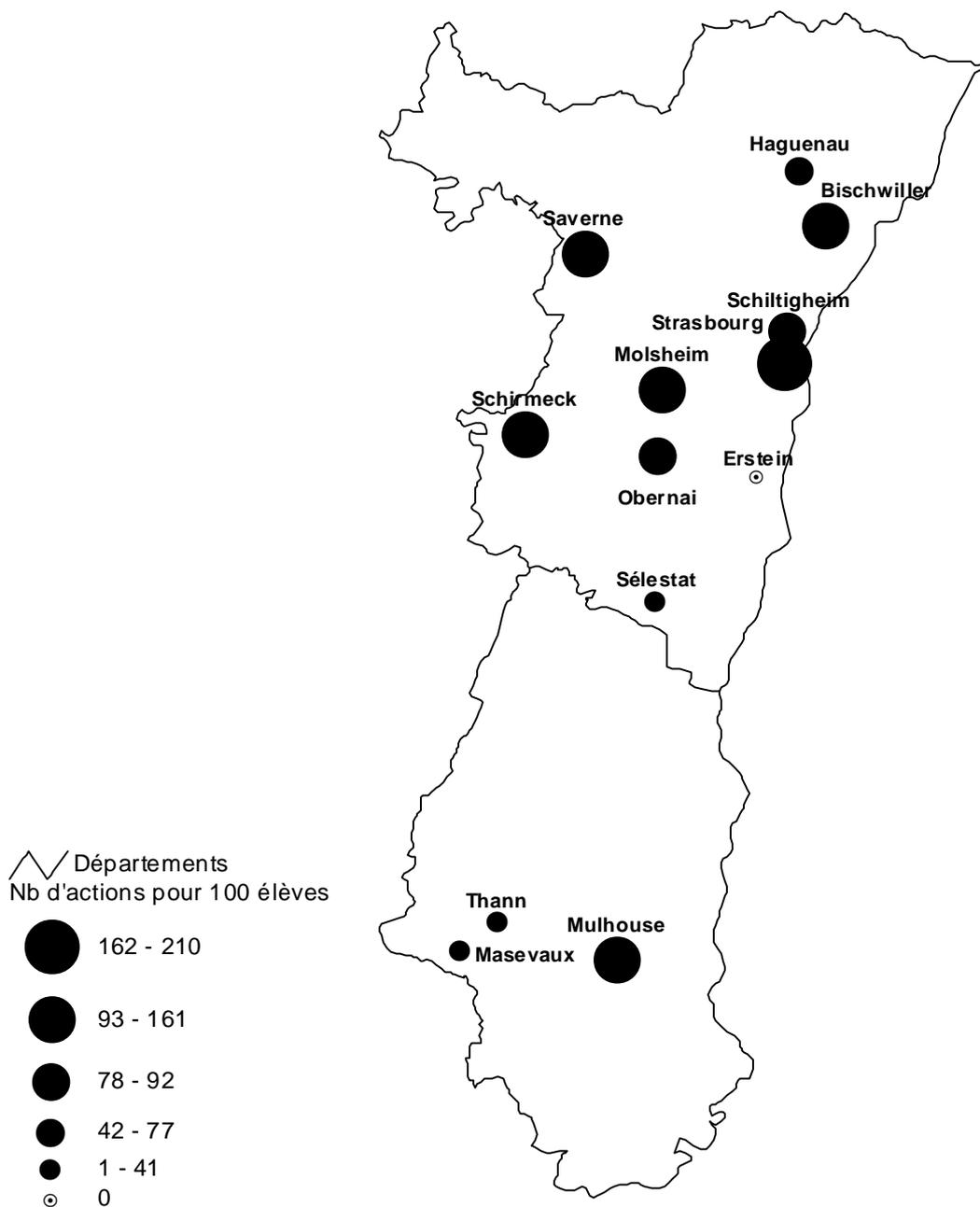
Tous thèmes confondus
Lycées Polyvalents publics

Nombre d'actions pour 100 lycéens
Répartition géographique des Lycées Polyvalents publics
Alsace en 2002-2003



**Tous thèmes confondus
Lycées Professionnels publics**

**Nombre d'actions pour 100 lycéens
Répartition géographique des Lycées professionnels publics
Alsace en 2002-2003**



Eléments de discussion

Les constats

Cette enquête montre que :

- Les services de « santé scolaire », notamment infirmiers, ont au cours de l'année scolaire 2002/2003 coordonné, animé ou au moins participé à **840 actions** d'éducation pour la santé menées en milieu scolaire.
- Ces actions sont principalement destinées aux élèves des collèges et lycées, les « écoliers » étant très peu concernés.
Ceci s'explique par une présence beaucoup plus importante du pôle santé-social en lycées et collèges qu'en école primaire.
- Il n'existe pas, dans le champ de l'éducation pour la santé de couverture uniforme du territoire alsacien ni en terme de nombre d'actions ni en terme de thématiques abordées.
- Certaines zones géographiques du Haut-Rhin, présentant une absence totale d'actions d'éducation pour la santé sont des secteurs non pourvus en médecins et/ou infirmiers de promotion de la santé en faveur des élèves.
- Les thématiques pouvant être considérées comme présentant un indice de couverture permettant à chaque élève de bénéficier d'au moins une action sur un niveau scolaire donné (école élémentaire, collège ou lycée) sont peu nombreuses (cela concerne 2 thématiques seulement sur les 13 proposées : l'éducation à la sexualité et les conduites addictives).
- La grande majorité des actions recensées sont ponctuelles et environ la moitié sont inscrites dans le projet d'établissement (48 %). Elles sont de façon minoritaire (moins de 8 %) inscrites dans un programme global (priorités régionales, projet de service ou missions ministérielles). Un tiers seulement se fait dans le cadre du CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté).
- Elles ne concernent le plus souvent qu'un établissement scolaire (88 %) et ne font que peu l'objet de répétitions dans un autre collège ou lycée.
- La quasi totalité des actions sont menées pendant ou à la place d'un cours ce qui nécessite que les enseignants acceptent de libérer du temps aux élèves pour bénéficier de ces actions. Les circulaires ministérielles prévoient que des « heures banalisées » soient réaffectées aux rencontres éducatives notamment sur la santé.

Discussion

Les médecins et infirmiers départementaux, conseillers auprès des Inspecteurs d'Académie des deux départements, ont organisé sept réunions (4 dans le Haut-Rhin et 3 dans le Bas-Rhin) durant lesquelles les résultats de la présente investigation ont été présentés par l'ORSAL aux professionnels impliqués. Ces réunions comprenaient également un temps de discussion et de débat sur les résultats et les questions que ceux-ci posent et sur les recommandations qui pourraient être émises pour améliorer la situation.

Les débats se sont principalement concentrés sur deux types de questionnement :

1. Quels sont les processus qui amènent à la réalisation d'une action :
 - qui est à l'origine d'un projet d'action,
 - comment et par qui sont déterminés la thématique abordée, l'âge des élèves ciblés, les intervenants sollicités,
 - qui autorise la réalisation d'une action,
 - quelle est la place occupée par les médecins, infirmiers et assistants sociaux dans ces processus,
 - quelle coordination existe entre les actions ?
2. Quelles sont les contraintes et difficultés rencontrées par les professionnels de terrain. En quoi peuvent-elles expliquer les constats réalisés ?

Ces questions n'ont pas obligatoirement obtenu la même réponse à chacune de ces rencontres. La diversité des avis exprimés est présentée dans la suite de ce texte.

Par ailleurs, la lecture des différentes circulaires adressées aux recteurs(trices) d'académie, aux inspecteurs(trices) d'académie et aux directeurs(trices) des services départementaux ont également éclairé cette réflexion.

1. Les processus amenant à la réalisation d'une action d'éducation pour la santé

Que disent les textes sur l'éducation pour la santé à l'Ecole

L'importance de l'éducation pour la santé dans le cadre scolaire a été rappelée par plusieurs circulaires dans les cinq dernières années. Ainsi, comme le note le rapport d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège¹⁴, entre le 1^{er} juillet 1998 et le 1^{er} décembre 2003 de nombreuses circulaires adressées aux établissements scolaires concernent l'éducation pour la santé et définissent le cadre de la politique de santé des élèves et/ou fixent des objectifs et des orientations en matière d'éducation pour la santé.

¹⁴ Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, n° 2004-003 (Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche) et 2004-013 (Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité). Annie MAMECIER, Yvelyne RAVARY, Françoise BOUTET-WAISS, Joël SALLE, Pierre NAVES et Patricia VIENNE janvier 2004.

Les circulaires sur l'éducation à la santé prévoient que celle-ci se déroule « tout au long de la scolarité de l'enfant¹⁵ ». Elles précisent que l'éducation pour la santé commence dès la maternelle et s'intègre dans les missions qui déterminent les actions de l'ensemble de la communauté éducative au quotidien. Il ne semble pas y avoir d'indications plus précises sur la répartition des thématiques d'éducation pour la santé dans le cursus scolaire.

De fait, les rencontres avec les médecins et infirmiers n'ont pas davantage permis d'éclairer cette question. A part l'éducation à la sexualité qui est obligatoire au collège en 4^{ème} et/ou en 3^{ème}, il ne semble pas y avoir de règles précises.

De l'idée à la mise en œuvre

Dans la pratique, la mise en œuvre d'une action résulte le plus souvent d'initiatives personnelles. Trois cas de figure sont mis en avant :

- un membre de la communauté éducative (enseignant, CPE, chef d'établissement infirmier...) détecte un problème local et veut y répondre ;
- un membre de la communauté éducative est particulièrement préoccupé par un problème de santé et pense qu'il est important qu'une action d'éducation pour la santé soit initiée ;
- un membre de la communauté éducative est contacté par une association d'éducation pour la santé qui propose d'intervenir sur un thème spécifique.

La mise en œuvre de l'action varie également :

- elle peut être menée de façon ponctuelle par un intervenant extérieur ou non,
- elle peut être intégrée dans un projet plus global dans le cadre d'un travail avec un ou des enseignants.

Tous les professionnels présents au cours de ces réunions considèrent que c'est dans cette dernière circonstance que les actions ont le plus de chance d'être efficaces.

Pour tous les professionnels que nous avons rencontrés, le chef d'établissement est le seul à pouvoir autoriser ou interdire une action dans son établissement, à décider des personnes qui sont autorisées à intervenir dans l'établissement scolaire.

Coordination entre les différentes actions et les différents niveaux scolaires ?

Pour ce qui concerne la coordination des actions entre elles dans un même établissement, entre les niveaux scolaires et la cohérence des messages donnés, les réponses sont moins univoques. Aucun cadre précis n'est clairement posé pour garantir cette coordination.

Le projet d'établissement est repéré par les professionnels rencontrés comme le lieu d'une coordination possible entre les actions menées dans un même établissement. Ceci est corroboré par la lecture des textes et circulaires de l'éducation nationale. Le projet d'école ou d'établissement y est en effet désigné comme « l'instrument privilégié de la prise en compte cohérente de la santé dans l'enseignement et la vie scolaire ».

¹⁵ Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège circulaire n°98-237 du 24/11/98.

Il est ainsi précisé que dans le cadre de ce projet d'école sont explicités et/ou validés :

- le choix des priorités prenant en compte à la fois les directives nationales et la singularité de l'établissement,
- la mise en cohérence et la progressivité des activités d'enseignements et hors enseignements,
- la garantie de complémentarité des interventions,
- l'organisation des partenariats utiles,
- la sélection des intervenants ou organismes extérieurs dans le respect des procédures d'agrément¹⁶ en vigueur.

Quelle est la place occupée par les médecins, infirmiers et assistants sociaux dans la prise de décision ?

La circulaire 98-237 du 24/11/98 décrivant les « orientations pour l'éducation à la santé à l'école ou au collège » et le BO n°1 du 25 janvier 2001 présentant la politique de santé en faveur des élèves affirment l'importance de l'implication de l'ensemble de la communauté éducative dans la réalisation de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves.

Si l'ensemble de l'équipe éducative est concerné, parce que cette mission ne peut être réalisée que dans une cohérence éducative globale, il est clairement établi qu'en tant que professionnels de santé, les médecins et infirmiers de l'éducation nationale ont un rôle fondamental dans cette mise en oeuvre.

Ainsi, les médecins et infirmiers de l'éducation nationale ont pour mission, entre autres, de développer une dynamique d'éducation pour la santé et de mettre en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie dans leur(s) établissement(s) scolaire(s).

Le rôle des médecins de l'éducation nationale comme celui des infirmiers est décliné de façon précise à tous les niveaux (académique, départemental et établissement).

Pour ce qui concerne les actions dans les établissements scolaires, la place d'expert est bien reconnue dans les textes officiels. Cependant, rien n'impose explicitement que cette place soit respectée.

De fait, la place occupée par ces professionnels dépend de beaucoup d'éléments davantage liés à des facteurs personnels et relationnels qu'à une place ou une fonction de « droit ».

Chaque médecin ou infirmier doit se faire sa place et impulser celle qui sera réservée à la santé dans l'établissement dont il a la charge. Les difficultés qu'il rencontrera seront liées à la personnalité du chef d'établissement, aux idées de celui-ci sur l'équilibre entre l'éducation et l'instruction qu'il souhaite maintenir dans l'établissement, ses opinions sur l'éducation pour la santé...

Mais l'énergie investie par le professionnel de santé pour vaincre ces difficultés sera proportionnelle à son intérêt pour ces questions. En effet ses missions sont tellement nombreuses et diverses qu'il lui faut obligatoirement faire des choix et fixer des priorités. Si celles-ci sont souvent déterminées par le secteur géographique, elles le sont également par les préférences du professionnel qui peut se sentir plus ou moins à l'aise avec l'éducation pour la santé et de se fait s'impliquer ou non dans ces actions.

¹⁶ Disposition du décret n°92-1200 du 6 novembre 1992 en fonction des principes de laïcité, de neutralité, d'ouverture à tous et compte tenu des résultats de l'évaluation des actions conduites.

2. Les contraintes et difficultés rencontrées par les professionnels de terrain

Hormis cette difficulté de faire reconnaître l'éducation pour la santé comme mission fondamentale de l'école et de s'imposer comme l'expert ou le référent en la matière dans l'établissement scolaire, les équipes médico-sociales se trouvent confrontées à d'autres difficultés qui transforment parfois la mise en œuvre d'une action en véritable parcours du combattant (après avoir obtenu le feu vert de l'équipe éducative, recherche de financement, recherche d'intervenants ou élaboration de la méthodologie, recherche des outils adéquats...).

Disponibilités des personnels

Les services de santé scolaire estiment que les effectifs de leur service sont insuffisants. En 2003, il y avait en Alsace 1 infirmière pour 1 870¹⁷ élèves, 1 médecin pour 5 450 élèves.

Recherche de financement

Les médecins et infirmiers actifs en EPS rapportent les difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir les moyens (financiers, matériel et humains) pour mettre en œuvre les actions.

Certaines demandes de financement (DRASS-FNPEIS-régime local) doivent être déposées en fin d'année civile, ce qui correspond en fait à la fin du premier trimestre scolaire. Les réponses à ces demandes interviennent au mieux en mai ou juin de l'année suivante donc à la fin de l'année scolaire. Ce mode de financement des actions en EPS nécessite donc un travail prospectif, une année pour évaluer les besoins et demander les financements et la suivante pour mettre en place l'action. Entre temps, le médecin peut avoir été muté, l'infirmière avoir changé d'affectation...

Sans prendre en compte les difficultés de ces professionnels à instruire ces demandes de budget, le hiatus existant entre le temps des financeurs (année civile) et celui de l'éducation nationale (année scolaire de septembre à juillet) rend très difficile l'inscription des actions dans ces financements.

Une alternative possible pour contourner ces difficultés est de faire appel au secteur commercial qui, répond rapidement et « généreusement » à la demande (mise à disposition d'affiches, de prospectus d'échantillons voire d'intervenants).

Cette incursion du secteur commercial dans l'éducation pour la santé n'est pas sans poser des questions sur le contenu et les objectifs directs et indirects des messages dispensés.

Ce sont également des problèmes d'ordre financier qui limitent les possibilités de coordination et de mutualisation.

Il peut en effet paraître étonnant voire regrettable que ces actions si difficiles à mettre en œuvre, ne soient le plus souvent que ponctuelles et rarement reconduites sur plusieurs établissements. En pratique, on pourrait imaginer que plusieurs infirmiers ou médecins souhaitant mener une action d'éducation pour la santé sur la même thématique s'associent aussi bien pour réfléchir à la mise en œuvre de l'action que pour faire un seul dossier de financement par exemple.

Ce schéma qui paraît souhaitable est complexe à mettre en œuvre en raison de la difficulté à régler les questions de circulation des subventions entre les différentes équipes.

En effet, une action menée sur plusieurs établissements nécessite soit une gestion financière par chacun des établissements, soit qu'un des chefs d'établissement accepte de gérer la totalité du financement et donc la gestion financière d'actions se déroulant sur un autre établissement, ce qui est très difficile à mettre en place.

¹⁷ Source : Ministère de l'Éducation Nationale, exploitation FNORS-SCORE Santé

Manque de formation

Comme l'état des lieux des acteurs en éducation pour la santé¹⁸ déjà cité plus haut, cette étude a mis en évidence une forte demande des professionnels de terrain en formations adaptées. En effet, ils regrettent que tant en santé publique, qu'en méthodologie de projet ou en connaissance des sources de financement, la formation des professionnels concernés et tout particulièrement des services infirmiers, soit limitée. Si les médecins de l'éducation nationale bénéficient lors de leur titularisation d'une formation spécifique, ce n'est pas le cas pour les infirmiers. De plus, il est important de noter qu'un quart des médecins sont des personnels vacataires, sans formation spécifique.

¹⁸ Etat des lieux sur l'éducation pour la santé en Alsace : Les structures et leurs actions, Novembre 2003. Etude réalisée par l'Observatoire régional de la santé d'Alsace à la demande de la DRASS d'Alsace dans le cadre de la préparation du Schéma régional d'éducation pour la santé.

Propositions pour des pistes de travail

La volonté affirmée de mettre la mission d'éducation pour la santé au cœur des missions de l'école ne suffira pas à modifier de façon fondamentale sa mise en œuvre dans la pratique.

La réalisation de cette mission relève à la fois de politiques nationales, académiques et départementales volontaristes inscrivant la promotion de la santé dans le projet académique régionale (prenant en compte la politique de santé (les priorités et programmes régionaux de santé) avec des déclinaisons départementales (projet de service) et par établissements scolaires (projets d'établissements via l'outil qu'est le CESC...).

Les propositions suivantes découlent des rencontres avec les professionnels et des différents rapports ou circulaires que nous avons eu à notre disposition.

1. L'inscription de l'éducation pour la santé dans une logique de programme

Cette mesure nécessiterait de préciser à la fois un cadre horaire et des programmes (ensemble de connaissances, de compétences et de savoir-faire que tous les élèves doivent acquérir) à l'éducation pour la santé.

Ces programmes pourraient découler d'une démarche :

- partant du haut, qui imposerait la mise en place d'un programme d'EPS prédéfini sur la base de recommandations d'experts ;
- ou partant du bas, qui reposerait sur une personne ou un collectif de personnes chargées d'organiser localement les activités d'EPS, en fonction de demandes et de besoins spécifiques locaux.

Les deux approches, prises isolément, sont critiquables, l'une trop directive ne permettant pas de répondre à des besoins et demandes spécifiques, l'autre ne garantissant pas que les enfants bénéficient d'un minimum d'actions éducatives pouvant être jugées comme indispensables.

La bonne réponse est certainement dans l'association de ces deux approches qui s'appuierait sur un référentiel quantitatif et qualitatif de l'EPS en milieu scolaire déterminant :

- quel socle minimum d'informations et d'éducation pour la santé doit être dispensé à chaque enfant (par exemple chaque enfant au cours de son passage à l'école élémentaire doit avoir bénéficié d'au moins X actions sur telle thématique et Y actions sur telle autre),
- comment ce minimum doit être réalisé : par qui (enseignants, personnels de santé scolaire, intervenants extérieurs...), avec quels outils (labellisation des outils), quelles méthodes (charte des intervenants) ;
- comment évaluer les demandes et besoins spécifiques à un niveau local (méthodes de recensement des besoins et attentes...) ;

S'ils disposaient de tels éléments de référence, il serait probablement beaucoup plus facile pour les professionnels de santé scolaire de faire inscrire dans les projets d'établissement un axe ~~paragraphe~~

précis concernant l'EPS, pour lui donner toute légitimité ce qui semble de l'avis de nombre de ces professionnels constituer un excellent moyen :

- d'assurer au sein d'un établissement la mise en œuvre effective d'un ensemble cohérent d'actions d'EPS
- d'assurer que chaque établissement bénéficie d'une couverture minimale d'EPS.

2. La mise en place d'un pilotage cohérent des différents projets à un niveau local

Cette mesure nécessiterait :

- de prévoir un temps de travail pluridisciplinaire et pluri-catégoriels (articulation entre les enseignants, la vie scolaire et les intervenants extérieurs) ;
- de développer le travail en réseau entre les différents niveaux scolaires et les différents établissements, entre les différents intervenants d'un même bassin de formation (mise en commun d'expériences, de formation, d'aide méthodologique...);
- de réfléchir à des modalités de mutualisation des moyens matériels et humains.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, de par ses missions, pourrait parfaitement remplir ces fonctions. Cette enquête montre qu'il n'est que peu utilisé et qu'une activation voire une mise en place de ce CESC serait une des pistes à explorer.

3. La facilitation de l'accès aux financements pour la mise en œuvre des actions

La demande des acteurs en éducation pour la santé d'un dossier et/ou guichet unique se retrouve dans cette enquête comme dans l'état des lieux « général ». La mise en cohérence des modes de financement permettrait de surcroît d'éviter les actions isolées et ponctuelles et de privilégier les actions coordonnées, intégrées dans un programme et évaluées.

Certains financeurs (DRASS, DDASS, URCAM, CRAM et CPAM) sont déjà dans cette logique qui de plus constitue l'un des objectifs que s'est fixé le SREPS.

Par ailleurs, les services concernés et les financeurs pourraient réfléchir ensemble à des solutions adaptées aux difficultés liées aux spécificités de l'éducation nationale comme par exemple, les questions de calendrier ou la difficulté de mutualisation des compétences liée aux problèmes de gestion des budgets d'actions réalisées sur plusieurs établissements.

4. Une formation adaptée des personnels

Comme indiqué plus haut, les professionnels de terrain sont très demandeurs de telles formations en santé publique notamment à l'éducation pour la santé (méthodes, analyse des besoins, évaluation).

Par ailleurs, il serait également nécessaire de prévoir la formation de l'ensemble de la communauté éducative aux problématiques liées à la santé des jeunes. Les différentes circulaires portant sur la promotion de la santé des élèves insistent sur la place que toute la communauté éducative doit prendre dans cette mission. Par ailleurs, de nombreuses études épidémiologiques mettent en évidence les liens entre certains comportements dits de santé et le reste de la vie de l'enfant, son environnement familial, social, scolaire.

Dispenser ces connaissances au cours de la formation initiale des enseignants permettrait de sensibiliser l'ensemble de la communauté éducative aux problématiques de santé. En organisant leur formation continue au plus près des établissements, une culture commune pourrait se développer, l'implication collective à l'élaboration d'un projet associant plusieurs disciplines s'en trouverait certainement facilitée¹⁹

5. Une mise en adéquation des moyens dévolus aux services de santé scolaire à leurs missions.

En effet, les missions des services de santé sont très variées, très nombreuses et toujours en augmentation. Parallèlement, le nombre de ces professionnels augmente peu et le nombre d'élèves dont ils ont la responsabilité est élevé.

Ainsi, rappelons qu'en 2003, en Alsace, il y avait 1 infirmière pour 1 870²⁰ élèves, 1 médecin pour 5 450 élèves.

Selon les professionnels concernés, il ne leur est pas possible de répondre à l'ensemble de leur mission avec les moyens dont ils disposent

Conclusion

Cette enquête montre que les actions d'éducation pour la santé menées ou coordonnées par les équipes de santé et sociales de l'éducation nationale quoique nombreuses, variées et impliquant un nombre non négligeable de partenaires ne permettent pas d'assurer une égalité d'accès ni thématique ni géographique sur l'ensemble du territoire alsacien.

La mise en œuvre du plan quinquennal de prévention et d'éducation portant sur la santé des élèves²¹ associée à son inscription dans le schéma régional d'éducation pour la santé constituent certainement les supports et le moment opportun pour impulser une dynamique volontariste d'éducation pour la santé.

Réitérée en 2007-2008, à la fin des 5 années prévues par ce plan quinquennal, cette enquête permettrait d'évaluer ce qui a évolué au cours de cette période.

¹⁹ Ces propositions se retrouvent également dans rapport d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège cité plus haut

²⁰ Source : Ministère de l'Éducation Nationale, exploitation FNORS-SCORE Santé

²¹ Circulaire n° 2003-210 du 1/12/2003.

