



DEPARTEMENT DE LA FORMATION, DE LA JEUNESSE ET
DE LA CULTURE

Service de l'enseignement spécialisé
et de l'appui à la formation (SESAF)

Office des écoles en santé (ODES)

Bâtiment administratif de la Pontaise
1014 Lausanne

Journée cantonale de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire
23 avril 2009

**Conférence de Mme Martine Bantuelle, Directrice de l'Association Santé, Communauté,
Participation – Présidente du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé de la Communauté
française de Belgique**

Tout d'abord je voudrais vous dire le plaisir que j'ai à être parmi vous aujourd'hui puisque ça fait déjà quelques années que je n'étais plus venue travailler en Suisse. C'est toujours un immense plaisir pour moi de partager nos questionnements, nos expériences avec mes collègues suisses. Je remercie les organisateurs de m'avoir invité et je remercie surtout Mme Keller et M Duperrex qui m'ont bien accompagné pour construire cet échange que nous allons avoir maintenant.

La problématique de la journée est bien la promotion de la santé et la prévention en milieu scolaire. Aussi pour répondre aux demandes des organisateurs, j'ai construit ma présentation en trois parties. La première partie sera de rappeler les contours de la promotion de la santé, ce qu'est la promotion de la santé, ce que ça n'est pas ou ce que ça ne dit pas encore. Mais on ne peut pas parler de la promotion de la santé sans parler des déterminants sur lesquels on doit agir, car c'est bien ça le nœud de cette promotion de la santé et, donc, nous verrons un peu ce que l'on sait actuellement des déterminants. Enfin on abordera la question de l'école à partir d'une publication qui a été réalisée en dimension internationale à ce sujet-là.

I. La promotion de la santé

La définition de l'OMS qui a été publiée en 1986, vous la connaissez tous. C'est la Charte d'Ottawa à qu'on retrouve dans toutes les publications, dans tous les exposés : *La promotion de la santé, c'est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.* Et depuis, il y a des milliers de définitions. Je vous invite à aller sur le site de la BDSP¹ française qui est la plus grosse base de données et vous y trouverez un glossaire qui reprend plus de 4004 termes qui parlent de santé publique et de promotion de la santé. On a parfois bien du mal à s'y retrouver.

La promotion de la santé n'est pas née de façon spontanée. Elle repose sur l'évolution du concept de santé. Avant la dernière guerre mondiale, on parlait de santé surtout en tant qu'absence de maladie et on parlait de vision hygiéniste de la santé. C'est après l'effort de guerre et surtout après les dégâts dus à la guerre et en même temps après les avancées scientifiques dues à la guerre aussi, que les Nations unies ont décidé de réfléchir à une autre orientation de la santé. C'est dans une session prémonitoire de la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qu'on a passé à une définition positive de la santé, en tout cas qu'elle a été diffusée largement. C'est celle que nous **connaissons tous maintenant : la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas en**

¹ BDSP : Banque de données en santé publique. <http://www.bdsp.ehesp.fr/>

l'absence de maladie ou d'infirmité. Mais une autre dimension est apparue, c'est le droit à la santé pour tous et ça, c'est toujours d'actualité.

Je vous donne ici quelques jalons pour vous montrer l'évolution. C'est une évolution qui se fait très lentement.

- En 1951 a été créée l'Union internationale d'Education pour la santé² et la première Conférence internationale d'Education pour la santé.
- Un pas qui a été décisif, et on s'y réfère toujours énormément, c'est le rapport Lalonde au Québec et qui a montré le passage entre l'éducation et la promotion, en montrant que pour pouvoir améliorer la qualité de vie, l'état de santé des populations, il fallait agir sur ces déterminants de la santé et que l'éducation à elle seule ne pouvait pas tout modifier.
- Je voulais aussi pointer la conférence d'Alma-Ata³, car elle a aussi été décisive sur un autre principe, celui de la santé pour tous. C'était la conférence pour les soins de santé primaires et qui voulait mettre au cœur des communautés, à proximité des populations, des soins de santé à leur disposition, mais aussi des soins de santé intégrés, ce qui veut dire proposant du curatif, du préventif et des actions éducatives auprès des populations. Le deuxième point fort d'Alma-Ata était de mettre en évidence la participation du public, et ici plus particulièrement la participation des patients, des usagers des services, y compris quant aux décisions à prendre sur les orientations des services à donner. Ça a été un tournant très important.
- Enfin, nous revenons à notre Charte d'Ottawa en 1986, qui réaffirmait sa position par rapport à la santé, disant que la santé, *c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut à la fois d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci*. Ce qui veut dire qu'on donnait une orientation différente. La santé n'était plus une fin en soi, mais bien une ressource de la vie quotidienne, une ressource qui permet de vivre en tant qu'élève, en tant que travailleur, en tant que citoyen.
- C'est seulement quarante ans plus tard, en 1993, que l'Union internationale de l'Education pour la santé a inclus le terme de promotion dans son titre. Cela montre bien les lenteurs avec lesquelles ce nouveau concept a pu s'opérationnaliser.
- En 1995 se crée le label « Ecole promotrice de santé » et vous voyez le chemin qui reste encore à parcourir depuis cette date-là.

Je vous donne quelques exemples issus de ma propre communauté. En 1997, une loi promotrice de santé a été édictée et c'est dans le cadre de cette loi que nous travaillons maintenant. En 2002 c'est une loi pour la promotion de la santé à l'école qui a modifié les compétences de l'inspection médicale scolaire pour en faire des services de promotion de la santé et pour inclure des actions de ce type dans les activités. En Suisse, c'est en 2006 qu'est édictée la loi cantonale genevoise sur la santé impliquant la promotion de la santé et je sais que dans le canton de Vaud, la loi de santé publique qui date de 1985 et qui vient d'être révisée très récemment, inclut la promotion de la santé et ajoute dans sa révision une nouvelle gouvernance multisectorielle qui engage l'ensemble des secteurs de la communauté pour la santé de la population. C'est un pas très décisif également.

² Union internationale d'Education pour la santé : <http://www.springerlink.com/content/jm352636910v4470/>

³ Déclaration d'Alma-Ata : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french

On voit que cette promotion de la santé a pas mal d'aspects et des contours peu définis. Selon ses modes organisationnels, on peut voir des programmes qui, au nom de la promotion de la santé, développent des problématiques, travaillent plus de types de stratégies, s'intéressent à différents milieux ou ont comme porte d'entrée différents publics. De même, certains parlant de promotion de la santé font référence à des principes, à des processus ou à des approches, approches intersectorielles, approches transversales. D'autres disent que la promotion de la santé, c'est avant tout la mobilisation des populations, la participation de la population à la construction de la santé pour la communauté. On a parlé d'empowerment. Nous disons pouvoir d'agir et pouvoir de dire, c'est une façon un peu longue de traduire ce mot. D'autres encore parlent de démocratie, se revendiquent des Droits de l'homme et de ses travaux. Vous voyez que c'est une autre dimension qu'on peut donner. Et aussi, de plus en plus, sur des forums, dans des discours, chacun d'entre nous a sa définition, sa propre vision de la promotion de la santé.

Peut-être que pour mieux situer la définition de la promotion de la santé, on pourrait l'envisager en fonction des autres champs de la santé et tout d'abord de la santé publique.

La santé publique est définie comme une science, un art, une technique, des conditions qui vont permettre aux personnes d'acquérir, de retrouver et de conserver le meilleur état de santé possible. La santé publique comporte la protection de la santé, la surveillance, l'organisation du système de santé, la prévention et, certains disent aussi la promotion. Pour certains auteurs, la promotion devient la nouvelle santé publique et la troisième révolution de la santé publique. La première ayant été la révolution contre les maladies infectieuses, la deuxième contre les maladies chroniques et enfin la troisième pour la santé.

On peut encore rappeler ici que le but de l'éducation à la santé est de permettre à chacun d'acquérir ou d'améliorer les compétences nécessaires pour favoriser sa santé ou celle de la collectivité, et que les compétences qui sont développées par l'éducation à la santé sont avant tout de l'information et de la connaissance. On peut aussi rappeler que ces compétences doivent amener à des savoirs faire, à la capacité de faire des choix individuels et collectifs et encore rendre l'individu apte à pouvoir appliquer, réaliser ses choix.

J'ai repris ici une réflexion développée par Jean Simos⁴ que je me suis permise de reprendre parce que j'y adhère totalement. Jean Simos travaille dans le domaine de la santé et de l'environnement à Genève et vient de faire une présentation dans les journées de l'INPES⁵ à Paris, dans laquelle il voulait montrer comment, dans plusieurs pays, et c'est clair pour la France, la Belgique et je pense pour vous également, l'émergence de la promotion de la santé est issue d'une évolution du champ de l'éducation pour la santé. Personnellement je travaille dans une association qui s'appelle Santé, Communauté, Participation, mais je travaille aussi dans une autre association qui s'appelle Educasanté depuis 1980 et qui développe maintenant des programmes de promotion de la santé et n'a pourtant jamais changé de nom.

Voyons maintenant un peu l'évolution de l'éducation pour la santé. On a passé de cet aspect hygiéniste qui a amené l'éducation sanitaire, qui définit l'action d'induction de comportements dont il est prouvé qu'ils sont favorables à la santé et à la non maladie. On a parlé ensuite d'éducation à la santé qui s'est rapprochée beaucoup plus de la définition plus globale de la santé de l'OMS, mais qui laisse toujours entendre que, finalement le message vient et est prédéterminé par les éducateurs à la santé. Enfin on a parlé d'éducation *pour* la santé qui met en œuvre une démarche pédagogique basée sur la participation du public et son implication dans cette démarche. Après les nombreuses expériences, actions et interventions dans le domaine de l'éducation pour la santé, les démarches d'évaluation ont montré comment influencer les

⁴ Jean Simos, directeur, Unité d'évaluation d'impact sur la santé, Université de Genève, Suisse

⁵ INPES, Institut national de Prévention et d'Education à la santé. <http://www.inpes.sante.fr/>

comportements sans modifier l'environnement ne produisaient finalement que peu de résultats ou des résultats extrêmement limités et relativement décevants pour les acteurs de l'éducation pour la santé. Par ailleurs, d'autres ont relevé le fait que l'éducation sans les politiques finit par déchanter, mais que les politiques sans l'éducation sont pratiquement inatteignables également. Donc, on a vite enchaîné sur l'idée que, finalement, la promotion de la santé ne serait peut-être qu'une revitalisation de l'éducation pour la santé à laquelle on ajoutait des politiques de santé publique favorables à celle-ci et qu'ainsi le tour était joué et qu'on allait pouvoir y arriver. C'est sans doute aussi sans compter le travail de prévention qui se fait toujours et qui est en articulation avec la promotion de la santé. Donc, je me permettrai ici de vous rappeler de manière classique quels sont les niveaux de prévention qui sont surtout définis par la maladie.

- Le niveau de *prévention primaire* consiste à éviter l'apparition de maladie. Il s'agit ici d'actes destinés à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas de maladies, d'en diminuer l'incidence. Cela se traduit, lorsqu'on parle d'actes médicaux, par des vaccinations et, quand on est dans l'éducation, par la diffusion par exemple de repères de consommation alimentaire. C'est ce que nous faisons très souvent lorsque nous faisons de l'information, des actes législatifs et réglementaires comme la Loi Evin en France sur le tabac.
- La *prévention secondaire* s'initie dès le début de suspicion de maladie. Elle est destinée à éviter le développement de celle-ci et donc à diminuer la prévalence des maladies. Il s'agit avant tout d'actes de dépistage avec toutes les explications et informations concernant ces actes de dépistage, mais aussi, concernant la réglementation. Il s'agit de contrôles, par exemple des produits illicites, ou encore de signalement d'enfants maltraités en prévention sociale par exemple.
- La *prévention tertiaire* se situe en aval d'une pathologie et a pour objectif d'éviter les conséquences ou les récurrences de la maladie, c'est-à-dire de diminuer la prévalence des incapacités chroniques qui sont dues aux maladies ou aux récurrences de ces problèmes. En termes médicaux, on peut parler par exemple d'apprentissage de prise de glycémie et quand on parle d'éducation, il s'agit surtout de l'éducation des patients qui a été très développée dans nos pays et qui bénéficie d'une grande connaissance de par l'évaluation des programmes qui ont eu lieu.
- Depuis ces 10-15 dernières années, on parle de *prévention quaternaire* pour les soins palliatifs comme accompagner dignement la fin de vie.

Lorsqu'on veut appliquer ce schéma à des comportements, par exemple la consommation de produits, le processus suicidaire, on se rend compte qu'ils sont peu opérationnels et la promotion de la santé a donné une autre dimension à la prévention en essayant de l'appliquer autrement. On parle plutôt de *prévention universelle*, de *prévention sélective* ou de *prévention indiquée* qui vont s'intéresser aux groupes, à la collectivité et à la vulnérabilité des sous-groupes dans ces collectivités.

- La *prévention universelle*, c'est ce que nous faisons quand nous engageons des campagnes ou des programmes dans une école à l'intention de tous les élèves, de toute la population. On ne tient pas compte des risques individuels, on parle à tout le monde, à tous les citoyens.
- En *prévention sélective*, on est déjà beaucoup plus sélectif et on vise des groupes que l'on pense plus vulnérables que les autres en fonction des connaissances, comme les enfants de parents en situation de précarité, les jeunes en hébergement, les détenus, etc.
- Dans la *prévention indiquée*, on est plus dans le fait de reconnaître les personnes et de les accompagner. On vise des personnes qui sont déjà dans des comportements associés à des problèmes, par exemple dans le cas d'un adolescent qui a fait une tentative de suicide ou dans l'accompagnement de l'entourage d'un suicidé.

On voit que cette nouvelle approche, qui est une entrée par public, permet de mieux cibler les messages et les stratégies d'intervention qu'on veut mener et d'affiner les propositions.

Pour en terminer avec cette première partie, je reprends deux idées qui permettent de mieux situer la promotion de la santé. On peut dire que c'est une philosophie d'approche si on se réfère à la santé publique et si on se réfère à la Charte d'Ottawa, qui est notre référence à tous, on peut dire que c'est une dynamique de construction et de co-construction de la démarche. Je me réfère maintenant à Michel O'Niels, professeur d'université à Québec, qui défend l'idée qu'on ne peut pas faire de promotion de la santé sans développer un champ scientifique de celle-ci avec ses propres référentiels, avec ses pratiques particulières et qu'on est peut-être maintenant devant de nouveaux métiers, que ces pratiques visent un changement des comportements et un changement des environnements qui sont liés à la santé et à la qualité de vie. A cet égard, je ne sais pas où ça en est en Suisse et dans les différents cantons, mais en Belgique nous avons maintenant un master en santé publique avec une option promotion de la santé qui commence à former des personnes compétentes pour pouvoir agir dans ce domaine.

Enfin, pour conclure je souhaite encore préciser quelques éléments forts de la promotion de la santé : rappeler et c'est la base, qu'elle repose sur un concept de santé globale positif et social qui, dans notre pratique, fait référence à des positionnements particuliers, que ce processus est avant tout un processus participatif et incitatif.

Et cela veut dire :

- Qu'on va jusqu'au partage des savoirs et partage des pouvoirs à l'intérieur de ce processus ;
- Que dans le cas de la promotion de la santé, l'information et l'éducation sont considérées comme des ressources qui permettent de faire des choix et d'agir ces choix ;
- Que les résultats attendus des interventions, ne sont pas des résultats sur des effets de santé, mais bien sur la qualité de vie ;
- Que ce ne sont pas les mêmes indicateurs ;
- Que ces effets sur la qualité de vie ne sont pas des effets immédiats, mais à long terme et qu'il s'agit donc de processus qui durent longtemps et qui doivent être permanents.
- Que cela repose sur des interventions multifactorielles puisque cela doit agir sur différents déterminants, que ce soit l'éducation, l'organisation, la communication ;
- Que la promotion de la santé ne peut avoir d'effet que si elle repose sur des politiques publiques saines. Ces politiques publiques saines nous rapprochent de notre position de citoyen par rapport à la construction de la politique d'un pays, d'un état, d'une région ou d'une communauté. Elles doivent passer au crible toutes les décisions qui sont prises et qui touchent une population en fonction de l'impact que ces politiques, ces décisions vont avoir sur la qualité de vie de la population. Il faut anticiper la décision. Il ne s'agit plus ici d'évaluer la portée d'une décision, mais bien d'utiliser la connaissance, Monsieur Maillard l'a dit tout à l'heure, pour anticiper l'impact qu'une décision peut avoir sur la santé.
- Le dernier élément concerne la preuve. Le champ de la promotion de la santé se développe depuis une bonne trentaine d'années, de plus en plus de recherches se font, que ce soit sur le terrain ou dans les institutions ou encore dans les universités. Nous avons maintenant des bases de données, des méta analyses qui nous montrent ce qui est efficace, des preuves qui nous montrent des relations entre une intervention et un effet, qui nous disent aussi ce qui est contre-productif et quels sont les effets pervers des interventions. La promotion de la santé ne pourra se développer que si nous sommes

toujours à l'écoute de l'évolution des connaissances. Le devoir des acteurs de promotion de la santé sera de s'outiller à partir de ces nouvelles connaissances et d'accepter qu'on ait pu faire des erreurs. Tout le monde a fait des erreurs, moi y compris, parce que nous n'avions pas ces connaissances. L'erreur aujourd'hui, serait de ne pas accéder aux nouvelles connaissances que les moyens de communications actuels mettent de façon extraordinaire à notre disposition.

II. Les déterminants de la santé

On ne peut pas parler de promotion de la santé sans parler des déterminants, autrement dit, le fondement des actions de santé repose sur la question des déterminants. Il s'agit peut-être de rappeler quelques définitions.

Quand on parle de déterminants, il s'agit d'un ensemble de facteurs positifs ou négatifs pour la santé des personnes. On parle *de facteurs de risque*, ce sont ceux qui accroissent la possibilité de survenue d'une maladie ou d'un traumatisme, mais en même temps qui détériorent les environnements qui influent sur la santé des gens. On parle *de facteurs de protection* qui vont augmenter la probabilité de se sentir en santé et en bien-être mais aussi des facteurs positifs qui peuvent contribuer au maintien de ce bien-être, de cette qualité de vie. Pas mal de déclarations, sous l'égide de l'OMS, ont permis d'évoluer dans la connaissance des déterminants. On a maintenant des typologies de déterminants, un peu différentes selon les auteurs, mais classiquement, on peut retrouver des déterminants liés :

- à l'individu lui-même : il y a ceux sur lesquels on peut difficilement agir comme les déterminants biologiques, même s'il est possible d'intervenir de plus en plus sur la génétique cette évolution est cependant encore très lente ; les déterminants psychosociaux et les habitudes de vie.
- à l'environnement immédiat : là on est plus dans l'entourage, l'environnement relationnel, le support social, que ce soit la famille, l'école, les loisirs, la rue, le quartier, etc.
- à la qualité de vie, au social : comme la qualité du logement, l'organisation de l'école
- à l'environnement global : on est là dans domaine des valeurs sociales et culturelles, l'environnement politique, le niveau économique, (les études ont montré qu'il existait un lien très direct entre les conditions économiques et sociales et la santé), l'organisation des services et des programmes qui vont avoir une influence sur l'accès à ces services.

Ce modèle a été construit à partir du modèle écologique. Au centre se trouve l'individu avec ses caractéristiques propres. L'âge et le sexe ont également leur importance pour certains problèmes de santé. Les garçons sont par exemple toujours plus nombreux que les filles à avoir des conduites à risque. L'individu développe des modes de vie influencés par les réseaux sociaux et communautaires dans lesquels il circule et aussi par les conditions dans lesquelles il se trouve. Ces conditions sont celles du logement, de la salubrité, du travail ou du non travail, de l'échelle dans la formation ou encore de l'accessibilité à des produits alimentaires proches et de qualité. Et puis, il y a la strate la plus générale, la plus éloignée, mais qui a une influence, ce sont les conditions socio-économiques.

Lawrence W Green⁶, un des premiers à avoir tenté d'opérationnaliser les interventions en promotion de la santé par des modèles, montre dans son schéma comment un individu construit sa propre vision de sa santé, de son bien-être ou de son mal-être. Elle ne se construit pas seulement au travers de son histoire

⁶ In Green & Ottoson, Community Health, seventh edition, Mosby-Year Book, inc. 1994

individuelle, de ce qui est développé au sein de sa famille, comme les croyances, les valeurs, au travers de ses expériences, mais aussi par ce qui est appelé dans le modèle « l'histoire sociale », c'est-à-dire les normes, la culture, l'organisation de la société ou les sous-sociétés dans lesquelles il se trouve, ou encore par la vision que peut avoir une société de la santé et de comment tous les éléments liés à la santé sont développés dans cette culture. On retrouve dans ce schéma comme déterminants l'environnement et la biologie humaine, cités dans le modèle précédent. On peut ainsi comprendre les comportements d'un individu par rapport à sa santé, comportements que nous pensons parfois illogiques ou peu compréhensibles, mais qui procèdent de cette construction et il s'agit de décoder ce qu'il y a derrière ces comportements.

De plus en plus d'études montrent maintenant les effets des déterminants sur la santé et la qualité de vie. Il faut saluer ici le travail considérable que l'OMS a fait, a suscité, car elle a rassemblé depuis plusieurs années plusieurs milliers de recherches dans le monde pour en extraire des méta-analyses et nous donner dans une publication récente qui s'appelle *Les faits*⁷ les dix déterminants sociaux les plus importants actuellement et pour les années qui viennent. C'est intéressant d'y jeter un œil, même si nous ne sommes pas les acteurs de tous ces déterminants, c'est intéressant de pouvoir se resituer par rapport à cela. Le discours actuel est de dire que les déterminants aujourd'hui les plus importants sont les déterminants sociaux et que c'est par rapport à ces déterminants qu'il est urgent et important d'agir. On parle ici des inégalités d'origine sociale. Le document de l'OMS développe toute une série d'éléments importants dont nous n'en développerons que quelques-uns ici, parce qu'il n'est pas possible de s'étendre sur tous.

- Parmi ceux qui vous touchent le plus, celui qui est le plus proche de l'école : il s'agit de l'instruction médiocre au cours de l'adolescence. L'OMS attire l'attention sur le moment important qui se situe entre le moment où on va quitter l'école primaire et entrer dans l'école secondaire, moment charnière comme on le verra tout à l'heure.
- Le stress, en deuxième position, est un élément extrêmement présent dans l'apparition des problèmes de santé.
- Un autre élément est la dévalorisation de soi-même. Là on est face à un besoin de valorisation, de participation, que ce soit à l'école, au travail ou dans la société.
- La question de la petite enfance est de plus en plus mise en évidence et le fait que des carences, notamment la carence affective, dans la très petite enfance vont être déterminantes pour la santé de la personne est maintenant bien documenté. Une réponse à cette question pourrait être d'encourager les relations entre les parents et l'école pour mieux amener les parents à avoir un regard peut-être plus positif sur leurs enfants.
- Un autre déterminant, l'exclusion sociale concerne tout ce qui tourne autour de la discrimination, du racisme, de la différence.
- Le travail est aussi un élément important. La charge de travail couplée à un faible niveau d'autonomie peut amener à des problèmes de santé comme le stress, mais pas seulement. Il y a un énorme effort à faire dans ce domaine, par exemple en ce qui concerne le chômage, l'anxiété et le stress face à des situations de précarité.
- L'isolement social est également un déterminant important. On le voit pour certains groupes de population parmi lesquelles des personnes âgées. L'école peut développer un travail aussi dans son environnement social.

⁷ Les déterminants de la santé. Les faits. Publication de l'OMS en ligne : <http://www.euro.who.int/document/E82519.pdf?language=French>

- Les dépendances sont un élément qui revient de manière permanente et de plus en plus important car l'accès aux produits est de plus en plus facile. Et à ce niveau, la question se pose de savoir s'il s'agit de faire porter toute la responsabilité sur l'individu alors que la société, les politiques favorisent l'accès à ces produits. Il s'agit là de mener une réflexion sur les limites à se donner sur ce que nous pouvons faire si nous n'agissons pas sur ces politiques économiques et sociales.
- Concernant l'alimentation au sujet de laquelle nous parlons surtout d'équilibre alimentaire couplé à l'exercice physique, il faut considérer que le gros problème actuel se situe au niveau de l'indisponibilité de bons produits alimentaires et bon marché. Là aussi, on voit des cassures sociales importantes avec des personnes qui n'ont pas accès à des produits de qualité, mais seulement à des produits nocifs pour leur santé. Il y a là aussi des politiques à réviser en termes d'offre de produits alimentaires.
- Enfin les transports qui sont également pointés comme un élément nocif pour la santé. Par exemple, plus on développe les transports individuels comme la voiture, moins on développe l'activité physique. Le fait de développer les transports collectifs, d'aménager des espaces pour faire du vélo ou de la marche va permettre d'avoir une efficacité sur l'exercice physique.

III. Le rôle de l'école

Venons en maintenant à ce qui vous intéresse le plus, à savoir ce qu'on peut faire au sein de l'école avec tout cela et est-ce que l'école a vraiment un rôle à jouer là dedans. Un document, dont vous avez peut-être entendu parler et que vous trouvez aussi sur le site de l'INPES, s'appelle *Comportements et santé, agir en milieu scolaire*⁸. Il a été réalisé par des personnes et du monde pédagogique et de celui de la santé publique, issues du Québec, de France, de Suisse et de Belgique. Il s'agit d'une synthèse de la littérature scientifique et internationale sur la prévention des conduites à risque des enfants et des adolescents. On entend par conduites à risque, la conduite sur la route, les relations sexuelles non protégées, les consommations de produits psychotropes, les sports extrêmes, la violence, etc. L'objectif de ce référentiel est de mieux comprendre pour mieux agir.

Comprendre le contexte : c'est quoi le développement des enfants et des adolescents et en quoi faut-il en tenir compte pour intervenir ; c'est quoi, lorsqu'on parle de comportements ou de conduites à risque et quels sont les facteurs qui les influencent ; et enfin, pour mieux agir, quelles sont les interventions qui sont efficaces, comment peut-on les intégrer à l'école et faut-il le faire, de quoi avons-nous besoin pour mettre en place ces nouvelles pratiques.

Je ne vais pas m'étendre sur l'aspect du développement de l'enfant et de l'adolescent, mais je voudrais quand même attirer votre attention sur les défis que l'on rencontre à certaines étapes, en sachant que lorsqu'on agit le plus précocement possible et à un moment charnière et qu'un défi a été relevé avec succès, ce sont des acquis pour relever les défis suivants. Au contraire les expériences d'échec peuvent accroître la vulnérabilité et entraîner une accumulation d'échecs aucune intervention ne se fait.

La première étape, c'est l'adaptation à l'école primaire qui représente une grande étape de socialisation. La deuxième étape est le développement de la compétence scolaire, la troisième étape est le passage du primaire au secondaire. Pendant la période de l'adolescence, on va plus s'intéresser au développement des relations positives avec les pairs qui vont avoir une influence considérable sur les choix qui vont être faits. Enfin, vers la fin de l'école secondaire, on va vers le développement de l'autonomie ou pas.

⁸ Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire, sous la direction de Martine Bantuelle et René Demeulemeester. Peut être téléchargé sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

Pour en revenir aux facteurs qui influencent les comportements et selon la classification individu, environnement immédiat, environnement global, regardons ce qui concerne l'individu. Les déterminants mis ici en évidence sont de l'ordre de la psychologie psychosociale comme l'activité physique, le sommeil, l'alimentation, les consommations d'alcool, de drogues, le comportement sexuel, la manière de faire face aux difficultés, le stress, l'attitude face aux risques et au danger.

Concernant les déterminants reliés à l'école, notons : le climat scolaire, les pratiques pédagogiques, les caractéristiques de la population scolaire, et l'ouverture de l'école à la communauté, on veut dire par-là le partenariat, l'ouverture que fait l'école avec l'environnement.

Se référer à ces déterminants peut être un bon point de repère tout en sachant que, par rapport aux comportements à risque, nous retrouvons des déterminants communs à plusieurs comportements. Ceci nous conduit vers des orientations plus globales et plutôt que de juxtaposer des actions comme prévention du suicide, des consommations de produits, etc. à nous intéresser à ces déterminants communs et se dire que ce sont peut-être là les priorités à travailler qui permettront d'agir sur un ensemble de types de comportements, notamment avec les plus petits. Ces mêmes déterminants que nous venons rapidement de survoler peuvent également être des facteurs protecteurs. Par exemple le climat scolaire peut être facteur de risque ou de protection selon sa qualification. Enfin, de nombreux facteurs de protections des conduites à risque sont aussi des facteurs de réussite éducative. Nous allons pouvoir maintenant nous interroger sur cette question de la réussite éducative et de la réussite scolaire.

En quoi la réussite éducative et la réussite scolaire ont-elles un effet sur la santé et le bien-être des élèves ? La réussite scolaire n'est pas un élément universel. Elle dépend des choix qui sont faits selon les pays, les communautés, les régions et parfois même, selon les écoles. C'est intéressant de s'interroger sur ces choix. On voit par exemple que le conseil supérieur de l'éducation au Québec parle de réussite scolaire en disant qu'elle témoigne à chaque étape que l'élève a acquis les compétences désirées, on parle ici de compétences psychosociales, de compétences de communication, d'autonomie, d'estime de soi, etc. J'ai regardé un texte de l'instruction publique de la Suisse romande, texte pas encore approuvé, mais en construction et qui parle de réussite scolaire en termes de compétences de façon à permettre à chacun et chacune de développer ses compétences, ses potentialités de manières optimales et ce sont avant tout les compétences citoyennes dont on parle dans ce texte. En Australie, ce sont les compétences de la personne, le développement personnel par rapport à l'environnement qui sont mises en avant. Donc, on voit que la réussite scolaire, les résultats à atteindre ne sont pareils pour chacun de nos pays. Il est important de s'interroger quand on lit ce qui s'écrit en Suisse romande, et qu'on s'intéresse et à la réussite personnelle et à la réussite professionnelle des élèves puisque le rôle de l'école c'est de les amener à une vie professionnelle. Le fait d'être dans une section scolaire qui n'amène pas à une profession par la suite peut déjà être déclencheur de certains types de comportements.

Des études, conduites pour faire le lien entre les facteurs de réussite scolaire et la santé et montrent comment et en quoi la réussite scolaire a un impact sur la santé. On peut épingler des facteurs liés aux enfants et voir ainsi qu'une meilleure perception de ses compétences, de meilleures relations avec les pairs, des compétences en lecture et en écriture sont des éléments qui influencent positivement la santé. Il y a des facteurs liés à la famille comme le revenu, la scolarité des parents, leur implication dans la scolarité des enfants ; des facteurs liés à l'école comme le climat de la classe, l'attitude des enseignants, la pédagogie de la coopération et la qualité de l'enseignement, mais aussi le style de direction, les services intrascolaires, le développement professionnel ; enfin des facteurs liés à la communauté, le quartier de résidence et de voisinage, la mobilisation sur la scolarisation, et l'existence de services extrascolaires.

Tout ça nous montre que la réussite scolaire n'est pas quelque chose de fermé, mais au contraire qu'elle a un impact important sur le développement de l'enfant et de sa famille. On sait aussi, et l'OMS le met très en évidence, que la mauvaise santé est peut-être un des facteurs responsables des plus mauvais résultats scolaires. Ils ont épinglé certains éléments qui montrent qu'une mauvaise santé influence les comportements à l'école, comme l'assiduité scolaire, la participation aux activités, des problèmes disciplinaires et que cela engendre chez les élèves une mauvaise estime de soi, l'impression de ne pas avoir le contrôle, entre autre. Il y a également un lien entre l'existence de difficultés scolaires et la consommation de tabac. Enfin, l'évaluation des écoles promotrices de santé a montré que dans ces écoles on observe un niveau élevé de confiance en soi chez les élèves et une plus grande réussite scolaire. On voit vraiment le lien entre les deux éléments.

Est-ce que la réussite éducative est préventive ? Plusieurs recherches ont été menées sur cette question, j'en ai épinglé trois. La première montre comment la réussite éducative prévient les comportements à risque en permettant l'acquisition d'une large gamme de compétences qui améliorent la santé et l'adaptation sociale. Une deuxième montre que des compétences linguistiques et mathématiques diminuent le risque de décrochage scolaire et les difficultés dans le domaine de la santé mentale. Une troisième montre que la réussite scolaire est associée à de faibles demandes de santé, une vision globale de la vie plus positive et un plus faible risque de fumer. La preuve est donnée là que, quand nous voulons viser un objectif de santé et de réussite scolaire et éducative, nous faisons déjà de la prévention.

Une revue de littérature a été menée sur les interventions dites de promotion de la santé et conduites dans différents pays sur les différents déterminants dont je vous ai parlé tout à l'heure, pour préciser en quoi ces interventions sont efficaces. Il est relevé que les interventions efficaces sont celles qui utilisent des méthodes interactives, nous parlons ici de la participation des élèves, de leur mise en mouvement. Ce sont également des interventions centrées sur des populations de jeunes concernés, ce qui veut dire que selon les sujets et l'âge des élèves ce n'est pas le même public avec lequel on travaille. Ces interventions visent à développer des compétences psychologiques, sociales des enfants et des adolescents, comme déjà bien développé plus haut, pour qu'ils puissent devenir maîtres de leurs choix et de leur vie. Une autre caractéristique est l'inscription dans la durée, il faut du temps, mais aussi que ces interventions agissent le plus précocement possible. Plus on outille tôt les enfants, plus les résultats sont intéressants et durables. Elles visent également plusieurs éléments simultanément et mettent en lien différents acteurs. Il est indispensable de travailler en réseau dans son milieu et avec d'autres milieux.

On parle de plus en plus de programmes globaux et intégrés en milieu scolaire. Il s'agit de construire dans l'école des combinaisons stratégiques pour promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative. Pour y arriver, il s'agit de construire une politique d'établissement, un projet d'établissement dans lequel s'inscrit le développement de la qualité de vie et du bien-être des élèves. Il faut des stratégies qui s'intéressent à l'environnement physique de l'école, à l'environnement relationnel entre les élèves entre eux, entre les élèves et les enseignants, les élèves et les éducateurs, les élèves et la direction, les élèves et les parents. Ces stratégies doivent aussi développer les compétences individuelles, le partenariat dans le sens de la santé communautaire (une communauté se mobilise dans son entier pour mener à bien ses objectifs), le décloisonnement des services de santé qui travailleront en interdisciplinarité (médecins, infirmières, psychologues) et enfin l'existence d'une stratégie d'accompagnement des professionnels permettant à ceux-ci d'acquérir des compétences, de travailler sur leurs pratiques et leurs expériences, d'évoluer et d'adapter leurs pratiques aux besoins, est souhaitable. Cet accompagnement peut se faire par des professionnels extérieurs à l'école.

Encore un mot sur les méthodes de prévention validées, partie difficile à mener, car il y a peu de projets évalués de manière dite scientifique et peu dans notre communauté. Il a fallu aller chercher dans les pays anglo-saxons plus que dans les pays francophones. Parmi ces méthodes de prévention validées, les plus développées sont celles qui travaillent le développement des compétences des jeunes et qui incluent la participation des parents. Certains y ajoutent des axes de travail complémentaires comme le travail avec la communauté, en recherchant des adultes supports au sein de la communauté interne ou externe, le développement des compétences éducatives des parents et le travail sur l'environnement scolaire (physique, relationnel). Et enfin, celles qui ont été considérées comme les plus prometteuses, et elles ne sont pas en grand nombre, sont celles qui combinent ces différentes méthodes et arrivent ainsi à de meilleurs résultats.

En conclusion de cette publication, on peut dire que prévenir les comportements à risque, promouvoir la santé et contribuer à la réussite scolaire de tous les jeunes, correspond à différents éclairages d'une même perspective, et on peut dire que c'est le même combat.