

Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé

Synthèse de la littérature internationale pour le Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire (CNESCO)

Stéphanie PINEL-JACQUEMIN

Sous la direction d'Agnès Florin[°] et Philippe Guimard[°]

[°] Université de Nantes, CREN-EA2661

Novembre 2016

Contribution dans le cadre du rapport du Cnesco sur la qualité de vie à l'école, à paraître en 2016.



Ce document s'inscrit dans une série de contributions qui seront publiées en 2016 par le Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco) dans le cadre d'un rapport scientifique sur la qualité de vie à l'école.

Les opinions et arguments exprimés n'engagent que les auteurs de la contribution.

Disponible sur le site du Cnesco : <http://www.cnesco.fr>

Publié en Novembre 2016
Conseil national d'évaluation du système scolaire
Carré Suffren - 31-35 rue de la Fédération
75015 Paris

Table des matières

Résumé	5
Introduction	7
I Méthodologie et objectifs de la recherche bibliographique	8
II Promotion de la santé et bien-être à l'école	9
1 Quels indicateurs de santé ?	9
2 Quels acteurs en milieu scolaire pour la promotion de la santé à l'école ?	11
3 Quelles ressources disponibles ?	16
4 En quoi les contextes dans lesquels les jeunes évoluent sont-ils importants pour leur santé ?	18
5 Comment les élèves perçoivent-ils les liens entre la promotion de leur santé à l'école et leur qualité de vie ?	19
III Quelques programmes de la santé à l'école et préconisations	23
Conclusion	26
Bibliographie	27
Annexes	32
Annexe 1 : Les déterminants de la santé et du bien-être	32
Annexe 2 : Axes de recommandations de l'INSPQ (2010) pour les interventions sur la santé en milieu scolaire	34

Résumé

L'état de santé des élèves est une composante majeure de leur bien-être. A ce titre, il est nécessaire de développer chez les jeunes les connaissances et comportements favorables à leur santé. Or, l'école est le lieu le plus favorable à cela : d'une part, l'élève y passe plus d'un tiers de son temps éveillé ; d'autre part, elle est le lieu le plus indiqué pour une acquisition égalitaire des connaissances et comportements favorables à la santé, en s'adressant aux élèves issus de différents milieux familiaux et socio-économiques.

La politique française de santé publique affirme que l'éducation à la santé constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. L'objectif de ce rapport est donc de comprendre ce qui est adressé aux élèves à l'école en matière de santé, comment et par qui, et ce qu'ils en retiennent par rapport à la qualité de vie.

Dans un premier temps, ce rapport tente de comprendre quels indicateurs de santé sont abordés à l'école. En effet, certains sont souvent traités (tels que l'éducation à la sexualité, à l'hygiène de vie, la prévention des jeux dangereux...), alors que d'autres sont rarement abordés, bien qu'ils soient cités comme importants (par des professionnels de la santé ou des documents officiels). Il s'agit par exemple des jeux d'argent, de la santé bucco-dentaire ou encore de la prévention des comportements antisociaux. Sur le plan éducatif, cependant, l'action est plus souvent dirigée vers un ensemble de facteurs-clés qui influencent les choix des jeunes plutôt que sur un problème de santé proprement dit. Ainsi, la plupart des actions ont pour objet la sensibilisation au développement des aptitudes personnelles et sociales qui permettent de structurer l'identité, de faire face aux difficultés et de construire une vision propre du monde, afin d'adopter des comportements sains permettant de se protéger contre les comportements à risques.

Dans un second temps, ce rapport présente les différents acteurs promoteurs de la santé au sein de l'école, ainsi que leurs rôles : infirmiers scolaires, psychologues scolaires, et enseignants. Sont soulignées les difficultés de dialogue qui peuvent parfois émerger entre ces différents acteurs, et la place majeure que doit prendre l'enseignant dans le processus de l'éducation à la santé (notamment des enseignants de SVT et d'EPS), mais aussi le manque de ressources et de moyens auxquels font parfois face les enseignants. D'autres acteurs interviennent dans l'éducation à la santé : les familles doivent être investies dans cet apprentissage, grâce à un dialogue approfondi avec le personnel enseignant. Enfin, l'INPES ainsi que d'autres organismes organisent des campagnes de prévention par des biais extrêmement variés et adaptés aux jeunes (chaîne Youtube, sites internet, page Facebook...).

Ce rapport présente aussi la perception qu'ont les élèves de la promotion de la santé à l'école et de son impact sur leur qualité de vie. Il montre que, d'une part, les élèves ont tendance à oublier les interventions ponctuelles menées en leur direction, au profit des interventions à plus long terme qui semblent plus efficaces. D'autre part, les jeunes manifestent une bonne connaissance des comportements favorisant le bien-être et la santé, et pourtant ne s'y conforment guère.

Ce rapport fournit également des préconisations tirées de ces enseignements, notamment, sur la nécessité d'inclure les parents dans le cercle d'éducation à la santé et d'une plus grande collaboration entre les différents acteurs travaillant pour la prévention au sein de l'école.

Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé

Introduction

D'après l'OMS (dès 1946 ; in [Guiet-Silvain et al. \(2011\)](#), p. 111), la santé est définie comme un "état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain".

On note des changements culturels sur l'approche du corps et de la santé infantile dès la seconde moitié du XVIII^e siècle. Ces changements se sont généralisés à l'ensemble des établissements scolaires au cours des XIX^e et XX^e siècles ([Guiet-Silvain et al., 2011](#)). Les élèves passant plus du tiers de leur temps éveillé à l'école, cela en fait un lieu privilégié de prévention ([Patton et al., 2006](#)). D'ailleurs, dans la Charte d'Ottawa de 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne le rôle déterminant que doit jouer l'école dans l'adoption par les jeunes de comportements favorables à la santé : "*la promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. [...] Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire*" (p. 4). Ce rôle de l'école est d'autant plus important que les connaissances et les comportements acquis chez les enfants influenceront leur conduite à l'âge adulte ([Dewit & al., 2000](#) ; [Kuh & Ben-Shlomo, 1997](#) in [Godeau et al. \(2012\)](#)).

La politique française de santé publique affirme actuellement que la politique éducative de santé constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. L'école joue donc un rôle central dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information. La promotion de la santé, formalisée en 1986 dans la charte d'Ottawa, est un processus global donnant aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle est à distinguer de l'éducation à la santé, qui est actuellement considérée comme "*un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités, valorisant leur autonomie et leur responsabilité, dans un but de promotion de la santé*" ([INSERM, 2003](#))¹ et qui permet de ne pas influencer leur liberté individuelle et donc de contourner la question de la norme sociale imposée. Les deux arguments les plus fréquemment invoqués pour justifier la mise en œuvre d'une éducation à la santé en milieu scolaire sont le fait qu'une action précoce est un gage d'efficacité de l'action préventive et que l'école permet d'atteindre l'ensemble des individus d'une classe d'âge déterminée ([Jourdan, 2005](#)). Ainsi l'éducation à la santé à l'école " *vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour*

1. cf. <http://lara.inist.fr/handle/2332/1330>

objectif le développement de compétences." ²

Enfin, selon Bantuelle et Demeulemeester (2008), les déterminants de la santé et du bien-être peuvent être liés à l'individu (ses habitudes de vie telles que l'activité physique, l'alimentation, le sommeil, la consommation de substances licites ou illicites, les comportements sexuels ; sa psychologie, avec le concept de soi, les compétences sociales ; et enfin sa biologie avec son patrimoine génétique), à son environnement immédiat (famille, école, soutien social, etc.) et à l'environnement global (valeurs sociales et culturelles, environnement politique, etc.) (cf. aussi Hamel et al. (2001), en annexe 1).

Ce rapport a pour objectifs de synthétiser les données actuelles disponibles au plan international sur le contenu des programmes d'éducation à la santé à l'école. Nous voulons comprendre ce qui est adressé aux élèves à l'école en matière de santé, comment et par qui, et ce qu'ils en retiennent par rapport à leur qualité de vie.

I Méthodologie et objectifs de la recherche bibliographique

Nous avons utilisé les bases de données répertoriant des articles de psychologie et de sciences de l'éducation anglophones et francophones : Cairn (santé & école : 19 898 articles), Science direct, Psycinfo (*school & health education* : 2 045 articles en pdf) et Researchgate (portail des chercheurs) avec les mots-clés suivants : en français : éducation à la santé, qualité de vie et santé, et en anglais : *health education*, *health literacy*, *health promoting school*, *school health*. Nous avons également recherché des rapports français et internationaux traitant de l'éducation à la santé et d'interventions à l'école. Au final, les études proviennent majoritairement de France et du Canada, mais aussi d'Allemagne, d'Australie, d'Ecosse, de Finlande, d'Italie, d'Irlande, du Koweït, de Malaisie, du Maroc, de Norvège, de Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas, du Portugal, du Royaume-Uni et de Suisse. Certaines sont internationales.

Devant le nombre très important de publications, nous avons centré notre recherche sur les études portant plus spécifiquement sur le lien entre santé et qualité de vie des élèves, les interventions en éducation à la santé d'une part, et d'autre part, sur les résultats de l'enquête HBSC 2010. L'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) est la seule base de données d'envergure internationale portant sur la promotion de la santé auprès des 11-15 ans (Boyce et al., 2008). Elle est menée en collaboration avec le Bureau régional Europe de l'OMS, à laquelle 41 pays et régions de l'Europe-OMS et d'Amérique du Nord participent maintenant. Elle donne une photographie de la santé, du vécu scolaire, des contextes de vie (famille, écoles, amis) et des comportements (favorables ou néfastes pour la santé) des jeunes scolarisés de 11, 13 et 15 ans (Godeau et al., 2012). En 2010, en France, elle a concerné 14 000 jeunes.

Notre objectif est double :

- établir un état des connaissances scientifiques internationales disponibles sur les liens entre santé et qualité de vie des élèves et comment ces derniers les perçoivent, à partir (entre autres) des enquêtes HBSC.
- déterminer quelles informations sont apportées aux élèves dans les établissements scolaires - et par qui - sur les facteurs de leur qualité de vie dans l'établissement, et hors de l'établissement, dans une

2. Cf. <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SC0E9802899C.htm> : Circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998, "Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège", BOEN n°45 du 3 décembre 1998.

perspective de prévention médicosociale (santé physique et mentale, addictions). Ces informations sont-elles intégrées et discutées dans un enseignement dédié ou lors d'autres temps de la vie scolaire ?

II Promotion de la santé et bien-être à l'école

En France, le champ de la promotion de la santé à l'école³ englobe à la fois l'environnement scolaire, la mise en œuvre de programmes d'éducation à la santé, des examens médicaux et des bilans de santé aux âges clés de la scolarité et, pour la scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers, la détection le plus tôt possible des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité, ainsi que l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves. Nous nous centrerons ici plus particulièrement sur les programmes d'éducation à la santé directement adressés aux élèves, en nous demandant, d'une part, quels sont les indicateurs de santé sur lesquels se concentrent ces interventions, quels en sont les acteurs de promotion et quelles sont les ressources dont ceux-ci disposent. D'autre part, il nous paraît intéressant de nous pencher sur l'importance des contextes, dans lesquels évoluent les jeunes, pour leur santé et comment les élèves perçoivent le lien entre la promotion de leur santé et leur qualité de vie.

1 Quels indicateurs de santé ?

A Ceux qui sont traités en général

Les thèmes en lien avec la santé généralement traités à l'école, que Jourdan (2013) décline en 2 axes : "*apprendre à prendre soin de soi et des autres*" et "*éviter les conduites à risques*" sont les suivants :

- Activités physiques
- Conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, etc.)
- Education à la sexualité, accès à la contraception, prévention sida et MST
- Education nutritionnelle
- Formation aux gestes de premier secours
- Hygiène de vie (le sommeil inclus)
- Lutte contre le harcèlement
- Prévention des jeux dangereux
- Prévention du mal-être

En France, le Ministère de l'Education Nationale⁴ indique sept objectifs prioritaires adaptés selon l'âge des élèves : l'hygiène de vie (hygiène générale, sommeil, etc.) ; l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques ; l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles ; la prévention des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, etc.) ; la prévention des "jeux dangereux" et la lutte contre le harcèlement ; la prévention du mal-être ; la formation

3. http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html#Orientations_pourunepolitiqueeducativeedesanté

4. <http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html>

à l'apprentissage des gestes de premier secours.

A noter que la nutrition et la prévention des blessures⁵ sont très souvent abordées à l'école primaire (les habitudes alimentaires peuvent en effet dater de la petite enfance), alors que les drogues, le sida et la sexualité sont privilégiés dans l'enseignement secondaire, dans la mesure où des comportements à risque dans ces domaines sont adoptés à l'adolescence la plupart du temps (Cardot et Berger, 2013). D'autre part, les élèves français bénéficient d'un suivi médical à l'école, avec un premier bilan très complet entre la cinquième et la sixième année de l'enfant.

Cependant, sur le plan éducatif, plutôt que de se focaliser sur les problèmes de santé proprement dits, il est actuellement plus souvent proposé d'agir sur un ensemble de facteurs clés qui influencent les choix des jeunes et les problématiques qui les touchent. Certains de ces facteurs concernent le développement des aptitudes personnelles et sociales qui leur permettent de structurer leur identité, de faire face aux défis de la vie quotidienne, de construire leur vision du monde et de développer leur pouvoir d'action (Roberge et Choinière, 2009) et ainsi de "*penser par eux-mêmes et de résister aux formes d'emprise exercées sur eux par les stéréotypes, la pression des pairs, le pouvoir des médias mais aussi les réactions émotionnelles immédiates*" (Jourdan, 2005, p. 650). Elles leur permettent d'adopter des comportements sains et de se protéger contre les comportements à risque⁶. Les compétences nécessaires sont, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation Mondiale de la Santé, 1999, p. 17) : "*la capacité à prendre des décisions et à résoudre des problèmes, le raisonnement créatif et la réflexion critique, la conscience de soi et l'empathie, les compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles, la capacité à faire face à ses émotions et à maîtriser le stress*".

B Les indicateurs de santé "oubliés" ou négligés

Il est difficile de citer une liste exhaustive des indicateurs de santé "oubliés" ou négligés. En voici cependant quelques exemples. Au Canada, note l'apparition récente du thème des "**Contacts avec la nature**" (Cardinal, 2010) dont la nécessité pour le bien-être et la santé a également été repérée, il y a peu, en Europe (Rapport Rapport Birdlife international (2008)). En Australie, le *focus* est mis également sur la prévention des **comportements antisociaux** (Patton et al., 2006). La prévention du **décrochage scolaire** est proposée par les québécois (Broussouloux et Lamoureux, 2007, p. 64). La **santé bucco-dentaire**, les **jeux de hasard et d'argent** sont cités dans la synthèse de recommandations de l'Institut National de Santé Publique au Québec (INSPQ, Rapport 2010), mais rarement retrouvées dans les études scientifiques. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils peuvent faire l'objet d'interventions ponctuelles, choisies par l'école sur la base de besoins repérés chez les enfants accueillis. C'est le cas aussi des interventions de prévention sur les "**jeux dangereux**" préconisées en France et non explorées, à notre connaissance, dans les études internationales ou encore de la prévention primaire des **maladies cardiovasculaires et des cancers** (Grondin

5. Par définition, une blessure est une lésion corporelle causée par une force externe. Elle peut être attribuable à un accident de la circulation ou à une collision ou résulter de l'exposition à des produits chimiques ou à une source de chaleur provoquant des brûlures, par exemple le feu ou des substances chaudes (Boyce et al., 2008, 107).

6. Définis par le Breton (2003), (p. 15) comme "*l'exposition du jeune à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril [...]*" le fait qu'"elles altèrent en profondeur ses possibilités d'intégration sociale".

et al., 2009) ou à l'étranger avec la **protection solaire** ou encore le **port du casque à vélo** (Langford *et al.*, 2014). On note également qu'aucune intervention dans le cadre scolaire ne semble avoir été pensée pour prévenir **les troubles de l'audition** des jeunes⁷, alors que la proportion d'entre eux qui écoutent de la musique forte est particulièrement inquiétante et que les conséquences sur la perte auditive sont bien connues (Berger *et al.*, 2012; INPES, 2008). La prévention du **burnout scolaire**, qui se caractérise par un épuisement lié aux demandes de l'école, du cynisme à l'égard de l'école et un sentiment d'inadéquation en tant qu'élève, et dont le lien avec la consommation d'alcool et de cannabis a été établi (Meylan *et al.*, 015a,b; Zakari et Bendahman, 2011), pourrait également être une thématique à traiter à l'école directement avec les intéressés.

Au-delà des indicateurs de santé, l'enseignement de la **psychologie**, interrompu en France depuis 2003, alors qu'il est présent dans bon nombre de pays étrangers, vise notamment, comme en Suisse par exemple, à "*amener l'élève à réfléchir et à travailler sur lui-même et avec autrui, en prenant conscience de lui en tant qu'individu et personne sociale*" (Lieury *et al.*, 2014, p. 9). La réintroduction de cet enseignement a d'ailleurs été récemment proposée au Conseil Supérieur des Programmes français, avec comme contenu potentiel : "*la psychologie expérimentale, la psychanalyse, la santé, la psychologie du développement, les méthodes de la psychologie, la perception, la mémoire, l'intelligence, le groupe, l'attention, l'apprentissage, la manipulation sociale, le tout selon les séries à raison de 2 ou 3 heures hebdomadaires*"⁸.

2 Quels acteurs en milieu scolaire pour la promotion de la santé à l'école ?

En France, la politique éducative de santé prévoit la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif (personnels d'inspection, de direction, d'enseignement, d'éducation, d'orientation, sociaux, de santé, techniciens, ouvriers et de service/TOS) ainsi que l'ouverture à de nouveaux partenaires pour mettre en place des actions ou rassembler un certain nombre de ressources, le cas échéant.

Pour les collèges et lycées publics est mis en place le Comité d'Education à la Santé et la Citoyenneté (CESC), chargé de la mise en œuvre de l'éducation à la santé dans l'établissement. Il s'agit d'une instance de réflexion, d'observation et de veille dans lesquels les parents sont représentés⁹. Cette notion de citoyenneté renvoie à l'esprit critique, à l'autonomie et à la responsabilisation face aux actes de santé qu'elle vise à développer chez les jeunes.

Cependant, si l'éducation à la santé n'est pas absente des établissements scolaires une étude récente conduite auprès de 207 personnes travaillant dans 5 collèges français a montré que 89% des professionnels se sentaient impliqués dans l'éducation à la santé, elle n'est pas pour autant un objet central dans l'activité de l'école, ni une composante des actions de promotion de la santé qui visent à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé (Leyrit *et al.*, 2007). Une note de la

7. Nous n'avons trouvé qu'un site très succinct proposé par l'INPES : <http://www.ecoute-ton-oreille.com/> et la mention de trois spots radio pour être au cur de l'univers musical des jeunes et d'une brochure d'information pour les salles de concert et les discothèques dans le dossier de presse proposé par l'INPES en 2008.

8. <http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Pages/2015/11/02112015Article635820458558003877.aspx>

9. <http://education.gouv.fr>

DEGESCO indique, en 2011, que 78% des acteurs qui animent des actions d'éducation à la santé sont des personnels de santé et de service social et souligne le manque de motivation de l'équipe enseignante, les contraintes horaires et le manque de temps parmi les freins à la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé.

Dans la littérature scientifique, on trouve davantage de recherches sur les infirmiers (et/ou les psychologues scolaires) et les enseignants, avec la question de leurs représentations de la santé (ex : approche biomédicale vs. éducation globale de l'enfant), de leurs formations en matière de santé et de leurs terrains de compétences par rapport aux autres acteurs.

a) Les infirmiers scolaires

Selon l'article 2 du décret n°2012-762 du 9 mai 2012, les membres des corps d'infirmiers qui sont affectés dans les établissements d'enseignement participent aux actions de prévention et d'éducation à la santé auprès des élèves et des étudiants. Ils assurent un accompagnement et un suivi personnalisé des élèves tout au long de leur scolarité. Sous l'autorité du chef d'établissement, ils sont en charge de la promotion et de l'application de la politique de santé auprès de tous les élèves : actions sanitaires de portée générale, bilans obligatoires, prévention.

Dans leur étude menée dans les académies de Lyon et de Clermont-Ferrand, Berger *et al.* (2009) rapportent que 94% des infirmier(e)s scolaires ayant renvoyé le questionnaire déclarent mener des actions en éducation à la santé : 30% seuls et 70% avec un partenaire (interne ou externe à l'établissement). Ils ont abordé un ou plusieurs thèmes dans 557 séances qui se répartissent thématiquement : sexualité (80%), conduites addictives (60%), nutrition (54%), tabagisme (52%) et alcool (44%). Ce travail a principalement été effectué pour 54% en collège, 12% en lycée et 15% en primaire. Ces séances sont proposées sous forme de séquences pédagogiques peu intégrées à un projet (34%). Le dispositif le plus utilisé est la séquence en demi-classe avec des outils pédagogiques, qui peuvent n'être qu'une simple information portée à sa connaissance (approche prescriptive), permettant le débat afin de solliciter une réflexion de groupe. L'objectif, tel qu'il est formulé par les infirmiers dans cette étude, est "*de donner des informations pour permettre des choix responsables*". Berger *et al.* (2009), (p. 651) parlent ici "*d'illusion*", car il est établi qu'être informé ne suffit pas pour changer de comportement. Ce dispositif renforce, de plus, les inégalités sociales en adressant un message verbal, sous forme d'enseignement, aux élèves les plus en difficulté à ce niveau-là et souvent les plus à risque en matière de comportements de santé. On notera ici aussi le risque de passer à côté de la socialisation de leurs parents, dont l'éducation en matière de santé est susceptible d'être réalisée par ces enfants (Gaborit, 2015).

Les motivations des interventions en éducation à la santé sont très diverses. Si 40 infirmier(e)s sur les 188 interrogés (23%) expliquent que ce sont les textes ministériels (définition du rôle et des missions) qui fondent leurs actions en éducation à la santé, d'autres, un peu plus nombreux (30%), déclarent répondre aux besoins et demandes spécifiques (23), aux projets mis en œuvre (19 ; CESC, projets d'établissements ou d'écoles), à des situations particulières déterminées par des événements déclencheurs (15 ; élèves alcoolisés, cas de suicide, accidents).

La réflexion collective pour les projets en ES est en lien direct avec le travail effectué ou non en CESC (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté)¹⁰.

Il est également intéressant de noter que si 30% travaillent seuls, sans partenariat extérieur, 62% expriment un sentiment d'isolement professionnel. Parmi les partenariats extérieurs mentionnés, on trouve :

1. les services de l'Etat (police, gendarmerie, pompiers) ;
2. les associations d'éducation à la santé ;
3. les associations thématiques, comme par exemple les Centres de Planning Familial et l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et des Addictions).

Les principaux obstacles à la mise en œuvre d'activités d'éducation à la santé sont : le manque de temps (23) et notamment la difficulté de disposer de plus de temps avec les élèves (12), la réaction négative ou peu enthousiaste/le manque d'adhésion des collègues et de la hiérarchie (17), le fait d'être nouvellement affecté sur le poste (15), le manque de formation (12), l'insuffisance de matériel (10).

Par ailleurs, les facteurs influençant les pratiques sont le fait d'être en poste définitif ou sur un poste provisoire et la formation. Si l'action de l'infirmier s'inscrit dans la durée et dans l'instauration des liens nécessaires avec l'ensemble de la communauté éducative, elle permet l'introduction d'une approche globale.

D'autre part, les représentations qu'ont les infirmiers scolaires de l'éducation à la santé diffèrent : certains ont une approche "*biomédicale*" (22%), d'autres considèrent qu'ils ont un rôle d'"*éducation globale de la personne*" (54%) et font part d'un sentiment de compétence plus élevé que les premiers. Ces représentations ont un impact sur leurs pratiques professionnelles, même s'ils pratiquent l'éducation à la santé dans des proportions similaires (95% vs 96,5%).

Ils se rejoignent sur un point : le besoin de formation en éducation à la santé, exprimé par 82% d'entre eux. Leur demande principale concerne les méthodes, les démarches pédagogiques et les témoignages d'actions ou d'expériences réalisées dans d'autres établissements.

Enfin notons que, dans ces deux académies, une très grande majorité des infirmiers scolaires ne considèrent pas les enseignants comme des partenaires et se posent en spécialistes de l'éducation à la santé.

b) Les psychologues (scolaires)

Les psychologues sont des experts des problèmes psychologiques et de leur prévention. Ils ont, comme avantage par rapport aux enseignants, d'avoir la possibilité de commencer une nouvelle relation non biaisée avec l'élève, sans qu'il y ait d'évaluation de leur performance scolaire (Wahl *et al.*, 2014). Mais, bien que les préconisations de l'INSERM (2003), (p. 147) soulignent leur importance capitale pour gérer les souffrances psychiques des enfants possiblement révélées par les programmes de développement des habiletés sociales,

10. Différence significative à $p = 0,002$

peu d'études s'intéressent à ce que pourrait être leur rôle en milieu scolaire en matière d'éducation à la santé. Faire appel à un psychologue externe s'avèrerait trop coûteux et le psychologue scolaire intervient de manière encore très ponctuelle sur ce domaine dans l'établissement (en cas de harcèlement entre pairs, par exemple).

c) Les enseignants

Pour Jourdan (2005), c'est sur les enseignants que doit s'appuyer le dispositif de santé, avec le soutien et les conseils d'intervenants extérieurs, professionnels de santé. Cependant, l'éducation à la santé ne peut prendre tout son sens que dans la mesure où elle s'insère dans une démarche plus vaste de promotion de la santé au sein de l'école, du collège ou du lycée, impliquant réellement tous les acteurs de la communauté éducative et en particulier les familles. Ce partenariat ne s'improvise pas, selon cet auteur. Il est le fruit d'une réflexion préalable, d'une démarche collective s'inscrivant dans la durée et conduisant à l'élaboration d'une culture commune. Il faut donc impérativement articuler toutes les dimensions de la formation, alliant théories et stages sur le terrain. Cependant, les enseignants sont bien souvent pris par l'urgence de l'action pédagogique, ce qui ne leur laisse pas le temps d'une réflexion éthique permettant d'éviter le piège d'une éducation à la santé normalisatrice, dont on connaît par avance "*l'inefficacité et les possibles stigmatisations*" (Berger et al., 2009, 654). D'autre part, Gaborit (2015) repère différents profils d'enseignants, dans le cadre de la mise en place d'un programme nutritionnel à l'école maternelle dans deux régions françaises (Haute-Garonne et Ariège), institué par la CPAM et l'IRESP : outre les enseignants dits "bons élèves" qui s'approprient sans problème la mise en œuvre des interventions et les enseignants "débordés" qui ne sont pas à l'initiative de la mise en œuvre de ces programmes et ont des difficultés à se l'approprier, il existe des enseignants "réfractaires" pour lesquels ces interventions sont en contradiction avec leurs propres valeurs et modes de vie, et enfin des enseignants "distants" pour qui il s'agit d' "un programme de plus" à l'égard duquel ils éprouvent une certaine indifférence. Elle note qu'un même enseignant peut toutefois passer d'un processus d'engagement à un autre.

Partant du principe que les enseignants ne pouvaient mettre en place des actions de santé que s'ils avaient eux-mêmes été formés pour cela, les chercheurs français Cardot et Berger (2013) se sont intéressés à leurs formateurs et, plus précisément, à leur conception de la santé et aux facteurs qui influencent leurs pratiques et leur adhésion aux actions de formation en éducation de la santé. Le premier facteur cité est un facteur personnel (qui correspond à une envie, une réflexion individuelle de proposer de l'éducation à la santé (ES) en formation) avec également l'origine de la discipline du formateur (les formateurs de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) proposent significativement davantage d'ES que les autres, dans des modules disciplinaires SVT). Afin d'améliorer les dispositifs de formation à l'ES, ils souhaiteraient davantage de temps et "*une référence explicite à l'ES dans les plans de formation*" (op. cit., p. 739). Leurs objectifs sont, à la fois, de transmettre des connaissances et de développer des compétences sur de nombreux thèmes dont, dans l'ordre d'importance cité par eux : les comportements à risque (20%), l'alimentation (18%), la physiologie humaine (18%), les produits psychoactifs (14%), la confiance en soi/le stress/les émotions (11%), les maladies (10%) et la sexualité (10%). La santé, l'hygiène et le secourisme/la sécurité rassemblent moins de 10% des suffrages. Les formateurs réclament des ressources et des moyens.

Pour les enseignants, l'éducation à la santé n'est clairement pas l'affaire de spécialistes. Elle relève de l'action quotidienne des parents et des enseignants qui peuvent être aidés par des experts, notamment ceux du secteur de la santé, comme par exemple des diététiciennes pour les programmes nutritionnels visant la lutte contre l'obésité. Jourdan (2013) indique un impact positif du dispositif "Ecole Santé Territoire", proposé en France dans 7 régions, sur les élèves du primaire et du collège avec une place déterminante donnée aux enseignants : en effet, si un enseignant met en place des pratiques promotrices de santé dans le cadre du dispositif, le score de perception positive du climat d'école par les élèves augmente de 2,28 points (sur une échelle de 40). Et, plus un enseignant a reçu de formation, plus ce score augmente.

Il est à noter également des effets de genre importants. Par exemple, suite à leur intervention à l'école sur 646 adolescents de classe 8 (> 13 ans) issus de 27 collèges du sud-ouest de l'Allemagne, pour baisser la symptomatologie dépressive des adolescents¹¹, les auteurs allemands Wahl *et al.* (2014) ont constaté que les filles profitent davantage du programme que les garçons, en particulier lorsque celui-ci est administré par un psychologue (*versus* un enseignant). Cependant, les auteurs nuancent cet effet en précisant que d'autres facteurs peuvent avoir eu une influence : les compétences sociales du *leader* (enseignant ou psychologue) du groupe, la motivation des élèves, leur attitude face à l'acceptation du programme et le contrôle plus intensif et individualisé du *leader*. Le fait de ne trouver un effet de genre que dans le groupe du psychologue peut être expliqué par le manque d'habitude de celui-ci à contrôler des groupes de garçons. Par ailleurs, il est possible que les filles soient plus motivées pour participer au programme, qu'elles s'engagent plus activement dans les exercices et qu'elles soient plus intéressées à apprendre le contenu du programme, ciblant les émotions et l'affirmation de soi.

Enfin, si tous les enseignants peuvent effectivement jouer un rôle pour éduquer à la santé (Berger *et Jourdan*, 2006), les professeurs d'EPS (Education Physique et Sportive) voient cette mission spécifique inscrite de manière très forte dans les textes officiels (BOEN, Programmes du collège, 2008) (Loizon *et Gruet*, 2011). Selon Tribalat (2005), elle couvre trois grandes catégories de savoirs : des savoirs sur la santé apparentés à des savoirs théoriques, comme les connaissances sur le corps ou le système énergétique ; des savoirs pour sa santé (bien se nourrir) ; et enfin, des savoirs pour agir sur soi dans le respect de son intégrité physique et de celle des autres, qui relèveraient davantage de savoir-faire, comme, par exemple, concevoir ses programmes d'entraînement ou savoir s'échauffer. Dans la réalité, les enseignants semblent enseigner ces savoirs de manière implicite, sans les mettre en lien avec l'éducation à la santé, et méconnaître ce qui est attendu dans les programmes en matière d'éducation à la santé (Turcotte *et al.*, 2007).

En conclusion, nous noterons la démarcation difficile, parfois opérée spontanément entre les différents acteurs de l'école, au gré des actions ponctuelles mises en place, mais aussi entre l'école et la famille. Jourdan (2007) propose ici qu'il revienne à l'école ce qui est commun, et aux familles ce qui relève de choix éducatifs propres dans le cadre d'un enracinement culturel spécifique, sans préciser ce qu'il entend concrètement par "commun" et "spécifique". Dans la démarche "Ecole Santé Territoire", mise en place dans 7 régions françaises depuis 2003, dans une visée éducative globale portant sur les activités éducatives

11. Evaluée avec le *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) de Radloff

(en classe, à l'échelle de l'établissement, dans le cadre de l'accueil périscolaire, en centre de loisirs, en club sportif), la relation école-famille-communauté et la qualité de vie des enfants et des adolescents, la répartition des rôles est plus clairement établie dans un but de reconnaissance mutuelle de la contribution des différents acteurs (Jourdan, 2013) : *"tous les acteurs de l'école (parents, enseignants, personnels médico-sociaux, encadrement, vie scolaire, service, administration) sont appelés à contribuer à cette mission, chacun dans le champ précis de ses compétences. Les acteurs issus du champ sanitaire et social, assistants sociaux, infirmiers, médecins ont un rôle d'experts, de conseillers au service du projet pour lequel les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants ; les équipes d'encadrement et de vie scolaire jouant, quant à elles, un rôle déterminant dans l'analyse des besoins, l'élaboration et le suivi du projet. En ce qui concerne le monde des centres de loisirs ou des clubs sportifs, l'intérêt pour l'éducation pour la santé et la prévention est grand mais il importe de donner les moyens d'une mise en cohérence avec le projet éducatif de ces espaces non scolaires"* (op. cit., p. 425). Il ajoute pour les professionnels du social leur rôle notamment dans l'articulation de la prise en charge des jeunes en situation de vulnérabilité. Les professionnels de santé, comme les médecins de ville, interviennent, eux, davantage auprès des jeunes et de leur famille dans un rôle d'écoute et de conseils. Pour finir, des chercheurs reconnus et un réseau universitaire national viennent également en soutien de cette approche afin de lui permettre de s'appuyer sur *"l'innovation et les transferts en provenance de la recherche tout comme sur les formations universitaires professionnalisantes"* (op. cit., p. 430).

Enfin, nous notons la rareté des études, dans la littérature spécifique à l'éducation à la santé scolaire, synthétisant les besoins des parents et leurs attentes par rapport au milieu scolaire en matière de santé pour leurs enfants. La cohérence avec l'éducation familiale est pourtant un préalable indispensable à l'éducation à la santé (Jourdan, 2005). Nous signalerons cependant l'étude de le Pape (2010) sur le partenariat éducatif famille-école, qui souligne l'importance de respecter les valeurs familiales et, si les actions menées à l'école et dans la famille sont jugées complémentaires, qu'il n'en reste pas moins que celles menées par la famille doivent être prises en compte et respectées par l'école (circulaire n° 2002-098 du 25 avril 2002¹²).

3 Quelles ressources disponibles ?

Les ressources disponibles auxquelles le jeune peut faire appel sont "internes" (ex. : connaissances, habiletés, attitudes) ou "externes" (ex. : savoirs codifiés : manuels scolaires, banques de données, ordinateurs). Elles peuvent également relever de personnes-ressources : parent, enseignant, intervenant. Ce n'est pas tant l'accumulation de ressources qui assure le développement de la compétence, mais plutôt un choix judicieux et la mise en synergie de celles-ci (INSPQ, 2010).

En France, les orientations pour une politique éducative de la santé prévoient des partenariats avec des organismes comme l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), la MGEN, la MAIF, la Croix Rouge, le Planning familial et le Comité national contre le tabagisme, notamment dans le but de réaliser des ressources pédagogiques à destination des adultes éducateurs.

12. "L'école se doit de les informer et de les associer dans tous les projets organisant les activités éducatives sur ces sujets".

De fait, pour ne citer que lui, l'INPES, en qualité d'établissement public administratif chargé de la prévention et de l'éducation à la santé, met sur son site un certain nombre d'outils d'intervention, de documents/guides d'information et de supports méthodologiques à disposition des différents acteurs. Par exemple, une brochure d'information éditée par l'INPES et destinée aux adolescents sur la sexualité, intitulée *Questions d'ado*, a été réalisée en intégrant des profils divers de jeunes, afin d'adapter ce document au plus grand nombre. Des outils spécifiques pour le milieu scolaire sont également disponibles pour agir sur l'alimentation et l'activité physique ou pour prévenir le tabagisme chez les jeunes. Le rôle pivot du médecin généraliste a aussi conduit l'INPES à élaborer un outil d'intervention sur la santé des adolescents, *Entre Nous*, qui propose aux professionnels de santé (en particulier médecins, sages-femmes et pharmaciens) une approche basée non pas sur des thématiques mais sur une population. Cette approche permet de tenir compte du caractère généraliste de la pratique en officine et en médecine générale, de conduire à une prise en charge moins morcelée et/ou partielle de la personne et de ne pas démultiplier à l'infini des documents et outils thématiques. Tous ces outils demandent une préparation importante et coûteuse en temps. C'est le cas par exemple du dossier intitulé "*Jeune et homo sous le regard des autres*"¹³ pour éduquer les enfants à la prévention de l'homophobie et qui contient pas moins de 57 pages (présentation de l'outil, éléments de connaissance, recommandations pour animer les séances, propositions de débats, ressources, contacts utiles).

L'INPES s'intéresse également fortement aux médias importants pour les jeunes, en gérant par exemple sur internet différents sites thématiques (onsexprime.fr, mangerbouger.fr, www.choisirscontraception.fr, tabac-info-service.fr). Les campagnes web sont régulières en direction des jeunes et de plus en plus interactives pour utiliser toutes les fonctionnalités de ce média. S'adapter aux jeunes nécessite de comprendre ce qu'ils aiment et d'être à leur écoute. Ainsi, la dernière campagne Puceaux sur la sexualité des adolescents mêlait site internet (onsexprime.fr), série de feuillets humoristiques, page *facebook*, chaîne *YouTube*, l'ensemble du dispositif étant animé par un *community manager* ; d'autres voies sont actuellement exploitées comme celles des "*serious games*", des applications pour smartphone ou pour tablettes numériques. L'INPES travaille, par ailleurs, de manière rapprochée avec un milieu associatif composé de comités spécialisés en éducation à la santé départementaux et régionaux (CRES, CODES). Ceux-ci ont pour missions la diffusion de supports d'informations auprès des professionnels, la mise à disposition d'un centre de documentation à destination du public et des professionnels, la formation des professionnels, l'accompagnement méthodologique à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des projets. D'autres réseaux plus ciblés sur les thématiques de santé peuvent également être sollicités par les acteurs (ex : addictions).

Le portail national des professionnels de l'éducation "EDUSCOL" (ministère de l'éducation nationale) coordonne également les informations et les différentes ressources selon des thématiques particulières (voir sur la thématique du sommeil, par exemple : <http://eduscol.education.fr/cid47750/education-a-la-sante.html>).

13. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1275.pdf>

Enfin certaines interventions, comme "l'Ecole Santé Territoire", proposent des ressources pédagogiques mises à disposition dans chaque école, collège ou centre de loisirs, dès son entrée dans la phase de formation/accompagnement (Jourdan, 2013).

4 En quoi les contextes dans lesquels les jeunes évoluent sont-ils importants pour leur santé ?

Deux contextes sont particulièrement importants pour les jeunes et influencent leurs comportements de santé : la famille et l'école.

Boyce *et al.* (2008) ont, par exemple, montré à partir de l'enquête HBSC 2006, que les élèves canadiens obtenant un faible score sur l'échelle de la **confiance des parents** et de la **communication avec les parents**¹⁴ sont beaucoup plus nombreux à déclarer s'être déjà enivrés au moins deux fois. Les jeunes qui vivent avec leurs deux parents sont moins susceptibles d'être pris à partie dans des actes d'intimidation. Godeau *et al.* (2012) confirment, à partir des résultats français de l'enquête HBSC 2010, que les relations entretenues par les différents membres d'une famille sont importantes, tout comme la qualité de la communication et les styles éducatifs adoptés par les parents, estimés selon le contrôle et le soutien émotionnel apportés à l'enfant¹⁵. Ainsi, pour ce qui est de notre pays, les troubles des conduites à l'adolescence apparaissent globalement dépendants tant de la structure du couple que de la qualité du contrôle parental. Par ailleurs, "de bonnes relations avec les parents¹⁶ et un contrôle parental régulier¹⁷ jouent sur les comportements de santé des jeunes : ils sont notamment associés à de moindres consommations de substances psychoactives" (op. cit., p. 47).

Il faut également noter, ici, l'incidence des **conditions socio-économiques** sur les comportements de santé : par exemple, l'incidence de l'inactivité, de la mauvaise alimentation et de l'obésité est particulièrement marquée chez les jeunes provenant des familles les moins aisées. Les jeunes provenant de familles plus aisées sont, eux, plus nombreux à déclarer avoir subi une blessure grave et avoir intimidé un autre jeune¹⁸ (17% vs. 13% pour les familles les moins aisées ; Canada : Boyce *et al.* (2008), étude HBSC 2006).

À l'école, il a été démontré que **l'atmosphère sociale de l'école** affecte les modèles d'usage de sub-

14. Les six indicateurs utilisés dans l'enquête sont les suivants : 1) la facilité avec laquelle je peux parler avec ma mère des choses qui me tracassent vraiment, 2) la facilité avec laquelle je peux parler avec mon père des choses qui me tracassent vraiment, 3) Mes parents me comprennent, 4) J'ai une vie familiale heureuse, 5) Mes parents me font confiance, 6) Ce que mes parents pensent de moi est très important.

15. Le **contrôle parental** évalué pour le père et pour la mère à partir de plusieurs items ; la **qualité du lien parent-enfant** est évalué avec les items de l'outil de Parker *et al.* (1979) à travers deux principales dimensions : le *soutien émotionnel et la promotion de l'autonomie*. La **communication familiale** a été évaluée à partir d'une série de questions interrogeant les collégiens sur la qualité du dialogue avec différents membres de leur famille, questions présentes dans l'enquête HBSC depuis ses origines.

16. Ledoux *et al.* (2002). Family Structure, Parents-child Relationships and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom.

17. Choquet *et al.* (2008). Perceived Parenting Styles and Tobacco, Alcohol and Cannabis Use Among French Adolescents : Gender and Family Structure Differentials

18. "Une explication possible à cette constatation est que les jeunes provenant de familles dont le revenu disponible est plus important ont la possibilité de pratiquer des sports et d'acheter de l'équipement plus onéreux et potentiellement plus dangereux" (Boyce *et al.*, 2008, p. 117).

stance, de comportements antisociaux et perturbateurs, de même que la façon dont les élèves apprennent (Patton *et al.*, 2006). Les élèves se sentant appartenants à leur école ou qui se trouvent bien dans leur école sont moins susceptibles de se livrer à des activités dangereuses pour la santé, et inversement pour un attachement faible (tabagisme, alcool, cannabis, grossesses précoces : Bond & al., 2007 ; Haldre & al., 2009, *in* Godeau *et al.* (2012)). Les comportements à risque pour la santé sont plus fréquents chez les jeunes pour qui l'école est un lieu menaçant et peu attirant et qui, par ailleurs, réussissent beaucoup moins bien tant du point de vue du rendement scolaire que dans la vie en société (Canada : Connop et King (1999), Huurre *et al.* (2006)). Pour les promoteurs de la santé à l'école, ce sont les **processus organisationnels et les relations sociales** qui ont un effet sur les changements de comportements. Boyce *et al.* (2008) confirment l'importance du groupe de pairs : il existe une forte corrélation positive entre le fait d'avoir une meilleure communication avec ses amis et celui d'adopter davantage de comportements à risque (alcool, cannabis ; hors tabagisme), dans la mesure où les activités auxquelles se livrent les élèves s'accordent étroitement à celles de leurs camarades. Les jeunes qui déclarent que leurs amis ont de meilleures attitudes prosociales (évaluées à partir de 3 items : "*Mes ami(e)s aiment l'école ; Mes ami(e)s considèrent qu'il est important d'obtenir de bonnes notes ; Mes ami(e)s s'entendent bien avec leurs parents*") sont beaucoup moins nombreux à être victimes d'intimidation. Natvig *et al.* (2003), dans une étude portant sur 887 lycéens norvégiens, établissent également ce lien entre soutien social et satisfaction de vie, entendu ici comme bien-être ou bonheur (p. 172) et représentant l'aspect positif de la santé. Dans cette étude, un degré croissant de stress perçu par le jeune réduit significativement son sentiment de bonheur, là où le soutien social des pairs et des enseignants, notamment, l'augmente. Le stress mesuré est ici la détresse scolaire ainsi que l'aliénation scolaire, c'est-à-dire le fait de trouver l'école ennuyeuse et de ne trouver aucun sens à ce qu'on y fait.

Pour être efficaces et influencer les comportements de santé dans le long terme, les interventions doivent donc impliquer, en plus du jeune lui-même, l'environnement scolaire, la famille et l'environnement élargi, au-delà de l'école et de la famille, dans lequel vit l'enfant (Langford *et al.*, 2014, p. 5-6). Ces derniers doivent s'engager auprès de l'école à promouvoir ces comportements et à renforcer les messages de santé qu'elle véhicule.

5 Comment les élèves perçoivent-ils les liens entre la promotion de leur santé à l'école et leur qualité de vie ?

Avant d'essayer d'établir ce lien entre promotion de la santé et qualité de vie des jeunes à partir des écrits recensés dans la littérature scientifique, examinons leurs représentations sociales (RS). Différentes études recensées sur les RS des jeunes par Isabelle et Kaszap (2013) indiquent, en effet, deux choses : d'une part, les RS sont imprégnées des messages de prévention diffusés lors des campagnes de santé publique (Morlot *et al.*, 2010) et d'autre part, une différenciation est constatée entre les univers représentationnels, selon le milieu socio-économique (Lavallée *et al.*, 2004 ; Garnier *et al.*, 2007), le développement (Lavallée *et al.*, 2004 ; Garnier *et al.*, 2007) et le sexe de l'enfant (Gaillard *et al.*, 2009 ; Lavallée *et al.*, 2004 ; Garnier *et al.*, 2007). Ces deux constats corroborent les écrits sur la RS, où il est spécifié qu'elle "[...] est un facteur explicatif majeur des conduites des individus et des groupes, omniprésent dans la vie quotidienne (...), qu'elle n'est pas qu'un objet figé, mais qu'elle change, évolue, se crée, se diffuse et qu'elle est le moyen même

des changements sociaux" (cité dans [Moscovici \(1961\)](#), p. 12). Les RS ont une double fonction : "*elles fournissent un mode d'interprétation et de mise en ordre de la réalité*" et "*elles expliquent les conduites des individus et des collectivités*" dans le sens où elles "*orientent et guident nos pratiques de chaque instant*" ([Bantuelle et Demeulemeester, 2008](#), p. 35). Ceci étant posé, on perçoit tout l'intérêt de permettre aux jeunes de faire le lien entre leurs comportements de santé et leur qualité de vie, ainsi que l'importance de tenir compte de leur milieu social, de leur genre ([Cousteaux, 2011](#)) et de leur niveau de développement. Rappelons ici, par exemple, que, selon le baromètre santé des jeunes établi par l'INPES ([Godeau et al., 2012](#)) sur 6 000 jeunes français de 15 à 30 ans, les jeunes filles tendent à se déclarer en moins bonne santé que les jeunes garçons et à davantage souffrir de problèmes de santé mentale ou de troubles du sommeil. Elles consomment cependant moins de substances licites ou illicites que les jeunes garçons et présentent des habitudes alimentaires globalement plus favorables à leur santé. C'est aussi le cas des jeunes filles françaises qui dans, l'enquête HBSC 2010, se perçoivent en moins bonne santé, quel que soit l'indicateur considéré (santé perçue, satisfaction, syndrome de plaintes). Les filles sont "*traditionnellement plus soucieuses de leur image, plus sensibles à leur statut physique et émotionnel, phénomènes pouvant conduire à une expression plus fréquente d'un mal-être*" ([Godeau et al., 2012](#), p. 90). Ces différences traduisent certainement des représentations de la santé spécifiques et des attitudes genrées à l'égard de la santé qu'il convient de ne pas négliger quand l'on intervient auprès de ces publics.

[Lufin \(1995\)](#) liste cinq bonnes raisons d'intégrer les RS dans toute démarche d'éducation pour la santé à l'école :

1. Partir des motivations réelles des élèves, afin de découvrir les valeurs, les motivations, les attitudes, les croyances, les images, etc. qui guident leurs comportements et de leur permettre de prendre conscience des facteurs qui influencent leur mode de vie.
2. Utiliser un langage commun, afin de garantir que l'on parle bien de la même chose.
3. Connaître les ressemblances et reconnaître les différences dans une confrontation de leurs représentations à celles des autres.
4. Choisir les stratégies adaptées : les étapes précédentes permettent d'identifier les besoins, les attentes, les demandes des élèves, mais aussi de définir les stratégies, les personnes ressources, les méthodes les mieux adaptées et donc les plus efficaces.
5. Partir de la situation de l'élève : privilégier des méthodes actives qui s'appuient sur leur vécu.

Les études s'intéressant aux perceptions que se font les jeunes de leur santé sont rares. Nous nous appuyons ici sur celle de Pommier et al. (2007, in [Bantuelle et Demeulemeester \(2008\)](#)). Selon ces auteurs, les jeunes situent le concept "santé" au carrefour de trois axes majeurs : une bonne condition physique, le bien-être et l'absence de maladie. Tout comme l'OMS, et au contraire de nombreux adultes pour qui les jeunes sont soit en mauvaise, soit en bonne santé, ils ont une perception plus holistique de la santé et n'établissent aucune hiérarchie entre ces axes, les envisageant même comme complémentaires et étroitement liés. Une chose importante à signaler est que les adolescents considèrent la santé comme dépendante de facteurs extérieurs, ce qui les rend peu accessibles au discours de la prévention. Ce n'est qu'en fin d'adolescence qu'ils perçoivent la santé comme un bien à préserver en vue de l'avenir. La "mauvaise" santé

est, pour eux, une altération de leur bien-être dans leur rapport au monde et à eux-mêmes et renvoie à un "désarroi affectif ou relationnel" (op. cit., p. 36) plutôt qu'à une souffrance, des douleurs ou un handicap.

Le baromètre santé jeunes de l'INPES, en 2010, permet d'établir, à partir des réponses de 6000 jeunes de 15 à 30 ans, que le sentiment d'être mal informés sur 14 grands thèmes de santé évoqués¹⁹ se révèle fortement marqué par l'âge et la précarité financière, mais peu par le sexe. Les jeunes se distinguent du reste de la population par le fait qu'ils expriment moins de craintes sur presque tous les thèmes, à l'exception des maladies dues au tabac. Le fait d'être soi-même fumeur ou consommateur régulier d'alcool augmente très fortement la crainte des maladies liées à ces substances. La crainte pour soi-même suscitée par les principaux problèmes de santé apparaît, elle, moins forte qu'il y a dix ans, sans que le baromètre ne permette d'établir d'éléments de compréhension de cette évolution. Les femmes expriment un niveau général de crainte nettement supérieur à celui exprimé par les hommes et qui se révèle très lié au sentiment d'être mal informées ainsi qu'à la précarité financière. Cette dernière s'accompagne d'une vulnérabilité perçue qui s'articule en partie autour de difficultés en termes de recours au soin. La période de 15-19 ans se distingue aussi et apparaît comme une période charnière dans l'expérimentation de plusieurs conduites à risque ; c'est également à ces âges que la qualité de vie apparaît, dans sa dimension psychique, comme étant la plus mauvaise. Enfin, les jeunes qui subissent une situation sociale défavorable (situation financière perçue comme difficile et sans emploi) présentent globalement des indicateurs (informations et craintes) nettement plus dégradés que les autres.

Toujours en France, la faible mémorisation des manifestations organisées dans le cadre scolaire a été, par ailleurs, signalée. Par exemple, alors que 78% des proviseurs déclarent qu'"il s'est fait quelque chose sur le tabac dans le cadre des rencontres éducatives sur la santé" au cours de l'année précédente, 24% des lycéens seulement se souviennent que "quelque chose a été fait dans l'établissement pour inciter les élèves à ne pas fumer" (Karsenty et Diaz-Gomez, 2003). Les élèves reprochent également à ces manifestations d'être trop tardives, trop ponctuelles, trop scolaires, voire trop moralisatrices et donc peu convaincantes (le Pape, 2010). Selon cet auteur, la proposition de partenariat éducatif à la base de certaines interventions organisées à l'école suscite des réactions (parentales) socialement distinctes. Ce sont les parents de classes moyennes qui l'accueillent avec le plus d'enthousiasme et les parents privilégiés qui les rejettent le plus, arguant qu'elles sont davantage destinées aux parents en difficulté, qui eux, les interprètent comme une "volonté de tutelle infantilisante" et inefficace (op. cit., p. 57).

L'étude de Karrer et al. (2008), sur l'efficacité d'une démarche d'éducation à la santé en médecine générale et en pharmacie, a montré, par ailleurs, que les adolescents ont un rapport à la santé spécifique : ils consultent peu et se sentent peu concernés par des problèmes de santé. Ils sont donc difficiles à atteindre ou à intégrer dans une démarche éducative. Ils sont dans l'exigence d'une réponse immédiate qui soit facilement accessible (dans des lieux ouverts et sans rendez-vous) et "à la carte", c'est-à-dire très adaptée à leur situation propre car ils se sentent abreuvés d'informations qu'ils ne parviennent pas toujours à s'approprier.

19. alcool, tabac, cannabis, risques de santé liés à l'environnement, risques de santé liés au travail, vaccinations, cancer, maladie d'Alzheimer, nouvelles épidémies, dépression, contraception, infections sexuellement transmissibles, en dehors du sida, sida, hépatites virales ; consommation pathologique quotidienne d'alcool

Il est intéressant de noter aussi l'importance croissante d'internet pour les jeunes dans leur recherche d'informations sur la santé. Plusieurs revues de la littérature ont même mis en avant que des interventions à distance pouvaient réduire efficacement la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres substances, réduire significativement les troubles anxieux, et plus largement, favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé (Nguyen-Thanh et Lamboy, 2012).

a) Mais quels liens les jeunes établissent-ils entre leur santé et leur bien-être ?

En 2012, le chercheur français Berger *et al.* ont établi un diagnostic santé dans 10 collèges et lycées de Rhône-Alpes (2 553 élèves de 14 à 18 ans). L'objectif était de conduire les élèves à réfléchir sur leur bien-être physique, psychologique et social, en les situant sur différents items touchant à leur vie quotidienne (hygiène de vie, environnement/jeux vidéos, environnement sonore élevé et moyens de déplacement, conduites à risques, vie affective et estime de soi, vie sociale, vie familiale) et en les abordant de deux façons : ce qu'ils pensaient de l'impact de ces comportements sur leur bien-être ("*Pour mon bien-être, je pense que c'est...*") et comment ils les vivaient dans la réalité ("*Dans la réalité, je le fais ou je le suis...*"). Les résultats indiquent de forts écarts entre ce que les jeunes pensent être bien pour eux et ce qu'ils font dans la réalité (en dehors de l'écoute forte de musique qu'ils pensent être importante pour leur bien-être et qu'ils sont 63% à pratiquer). Pour ne prendre que l'exemple du sommeil, 97% des élèves de 15-17 ans pensent que dormir suffisamment la nuit est important pour leur bien-être, mais seulement 59% disent le faire souvent, voire toujours, dans la réalité.

Les comportements de santé des adolescents ont un impact immédiat sur leur perception de leur santé et de leur qualité de leur vie, justifiant pleinement leur prise en considération en tant que tels dans une perspective de santé publique (Godeau *et al.*, 2012). De même se percevoir comme défavorisé (moins "aisé" dans l'étude HBSC 2010) apparaît comme un facteur prépondérant de l'état de santé des individus. L'importance toute particulière que revêtent le regard et le rapport à l'autre pendant l'adolescence pourrait également jouer un rôle sur les perceptions, faisant de l'adolescence une période de la vie décisive dans la construction de la perception que les individus ont d'eux-mêmes. L'exploration des facteurs influençant la relation entre le niveau socio-économique "objectif" et la perception que peut en avoir l'adolescent d'une part, et l'analyse du rôle de cette perception en particulier sur les comportements de santé, d'autre part, apparaissent comme des axes majeurs de recherche à développer (Godeau *et al.*, 2012).

À l'inverse, Godeau *et al.* (2012), (p. 84) indiquent que "*l'état de santé des adolescents semble être étroitement lié à l'environnement familial, aux modes de vie, aux résultats scolaires, aux relations sociales et aux conditions de vie*"²⁰. Natvig *et al.* (2003) notent le lien entre le degré de bonheur perçu par les lycéens norvégiens et la présence et le nombre de leurs symptômes psychosomatiques. Le fait qu'un adolescent juge sa santé mauvaise et fasse état d'une symptomatologie riche et récurrente va généralement de pair avec un mode de vie à risque, une certaine solitude, la perception d'un climat scolaire défavorable (Lemma *et al.*,

20. Commission européenne (2000). Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union Européenne

2014) ou l'impression d'avoir de nombreux problèmes à l'école²¹. La satisfaction scolaire serait également en lien avec les comportements à risque²² de santé adoptés par les jeunes²³ (Levy-Garboua *et al.*, 2006), reflétant par-là, d'après les auteurs, l'intention de dévier de la norme éducative actuelle dans un futur proche (p. 10). *A contrario*, un environnement favorable (expérience positive de l'école et relations positives avec leurs parents ou d'autres adultes) est essentiel pour que le jeune puisse s'accomplir pleinement et se sentir en bonne santé. Ainsi le milieu familial, les pairs, mais aussi la perception positive de l'école, agiraient comme ressources subjectives indispensables au bien-être des jeunes (Lemma *et al.*, 2014).

III Quelques programmes de la santé à l'école et préconisations

De nombreux programmes d'éducation à la santé sont proposés dans les écoles, collèges et lycées. Il serait fastidieux de tous les traiter dans le cadre de ce rapport. Aussi, après avoir rappelé les limites de certaines interventions mises en avant par la littérature scientifique, nous présenterons les critères d'efficacité repérés et les préconisations d'améliorations qui ont été faites.

Les limites des interventions, mentionnées par Broussouloux et Lamoureux (2007) et les préconisations découlant de leur analyse sont de plusieurs types : d'une part, une multiplication d'interventions ponctuelles et thématiques sans souci de mise en perspective et d'apprentissage des fondamentaux que constituent l'estime de soi, le sens critique ou encore la résilience, alors que l'apprentissage des compétences psychosociales constitue la priorité en matière d'éducation à la santé ; d'autre part, la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes, mais concerne l'ensemble de la communauté éducative, et doit à ce titre inclure également les parents et faire partie d'un projet d'établissement. Enfin, les enseignants, mais aussi les infirmiers scolaires, doivent être accompagnés et soutenus avec une formation initiale, des outils et une pédagogie adéquats.

Les canadiens Boyce *et al.* (2008) concluent de l'analyse de l'enquête HBSC 2006 sur la population des jeunes canadiens de 11-15 ans que ce sont les interventions en milieu familial et scolaire qui offrent les meilleures possibilités de réussite et que ce sont les interventions axées sur le groupe de camarades et sur la politique des revenus familiaux qui sont les plus nécessaires. Déployer des actions les plus intégratives possible, faire de la planification concertée entre les différents acteurs une priorité absolue, est donc un gage d'efficacité (Roberge et Choinière, 2009). Il en va de même en Finlande où la communication et la coopération famille-école sont perçues comme les facteurs les plus importants et préférables au regard des troubles de santé mentale, entendue au sens large (Puolakka *et al.*, 2014).

Au Canada, l'approche "Ecole en santé" a pour objectif d'impulser un changement des pratiques professionnelles en milieu scolaire afin de favoriser les saines habitudes de vie, la santé, mais aussi l'estime de soi, les compétences sociales, la réussite scolaire des élèves, etc. (Gaborit et Haschar-Noé, 2014). En privilégiant

21. Aaroe *et al.* (2001). Sense of Coherence and School-related Stress as Predictors of Subjective Health Complaints in Early Adolescence : Interactive, Indirect or Direct Relationships ?

22. Absentéisme scolaire, consommation de tabac, de drogues, comportements illégaux ou violents, vols, sexualité non protégée, tentative de suicide sauf consommation d'alcool.

23. 14 738 jeunes américains interrogés

une conception écologique et pluridisciplinaire propre à la promotion de la santé et tournée vers l'action, elle mobilise sur une même problématique sanitaire un ensemble d'acteurs appartenant à des mondes sociaux différents (école, santé, services sociaux, parents...). Cette approche se démarque des autres programmes car elle propose un accompagnement méthodologique dans la planification et l'organisation des actions, plutôt qu'un financement, en fournissant un "cadre de travail" (guide, formations) permettant de mettre en relation déterminants de santé, membres de la communauté éducative et actions à mettre en œuvre. Les préconisations québécoises de l'INSPQ pour chacun des niveaux impliqués sont récapitulées dans l'annexe 2.

Roberge et Choinière (2009) classent 54 interventions sur les habitudes de vie et d'ordre psychosocial recensées au Québec selon 3 grands critères²⁴, des plus cohérentes aux moins cohérentes avec les fondements des meilleures pratiques de promotion et de prévention en contexte :

- une combinaison d'activités éducatives en classe et de mesures pour modifier l'environnement scolaire,
- des activités de vie scolaire ayant un rayonnement dans l'ensemble de l'école avec une intégration possible en classe,
- des activités éducatives en classe avec des actions ponctuelles de promotion de saines habitudes de vie à l'école,
- uniquement des activités éducatives en classe,
- uniquement des actions dans l'environnement.

Aucune intervention n'a pu à elle seule atteindre l'ensemble des critères, mais l'action²⁵ intégrant à la fois des mesures concernant les élèves en classe et des mesures structurelles pour modifier l'environnement des jeunes (comme par exemple, l'amélioration de la situation économique parentale et citoyenne, par la création d'un réseau d'entraide et d'économie pour les familles), s'avère la plus pertinente.

En France, d'après l'Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé (INPES, Bantuelle et Demeulemeester (2008)), les interventions qui se révèlent efficaces :

- a) accordent une place privilégiée aux méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôle, mises en situation, travail pratique sur les ressentis et les émotions, etc.) ;
- b) sont sélectionnées en fonction de la population de jeunes concernée (enfants d'une certaine classe d'âge, population générale, groupe à risque, etc.) ;
- c) s'inscrivent dans la durée (plusieurs heures par an, plusieurs années de suite, etc.) ;
- d) agissent également sur plusieurs facteurs simultanément (interventions sur les compétences psychosociales associées à des interventions auprès des familles, auprès des enseignants, interventions dans la vie scolaire, etc.).

24. Un critère obligatoire selon la pertinence, le fondement sur des bases théoriques et le fait qu'aucun effet paradoxal n'a été démontré, un critère de qualité de l'intervention et un critère de potentiel d'application : chacun est déclinable en plusieurs sous-critères plus précis.

25. cf. par exemple les interventions ISO-ACTIF, Bien dans sa tête, bien dans sa peau, Petits cuistots-Parents en réseau, Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes, Écoute ton cur, Cur en santé, décrites in Roberge et Choinière (2009)

L'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES²⁶, 2002 *in Bantuelle et Demeulemeester (2008)*, p. 75), propose pour augmenter l'efficacité de ces programmes, de "*disposer d'un ensemble de données probantes indiquant ce qui fonctionne dans des milieux et contextes différents et pour des populations différentes.*" Il apparaît donc essentiel, en France, de poursuivre la collecte d'informations sur le type d'interventions produites et, à l'instar de ce qui est a été fait au Canada, de produire des critères de pertinence et d'efficacité actualisés régulièrement, qui permettent aux différents milieux de se saisir des actions opportunes et adéquates pour leurs besoins. L'INPES a mis en ligne un référentiel ayant pour objectif d'apprécier la qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé, mais pas de servir à la validation ou à la labellisation (*Lemonnier et al., 2003*). Ce référentiel demande à être ré-actualisé au regard de la littérature scientifique et des différentes actions menées depuis 2003 sur le terrain.

Pour être efficaces, les actions de promotion de la santé doivent donc être inscrites dans la durée, agir simultanément sur plusieurs facteurs (*Langford et al., 2014*) et faire appel à la participation active et interactive des élèves (*Jourdan, 2013*). Elles doivent, selon *Broussouloux et Lamoureux (2007)* qui s'appuient également sur la démarche d'école en santé adoptée au Québec : créer des environnements favorables (c'est-à-dire "sains, stimulants et sécuritaires") ou de qualité (*Godeau et al., 2012*) et créer des liens de concertation harmonieux entre l'école, la famille et la communauté. Les études des 20 dernières années ont montré ce qui permettait le succès de telles écoles. Par exemple, selon *Barnekow et al. (2006)*, les écoles efficaces ont certains éléments en commun tels que l'importance d'un *leadership* clair, l'établissement d'objectifs bien définis et des attentes élevées envers les élèves, des élèves pleinement impliqués dans la vie de l'école et évoluant dans un climat social et un environnement appréciés par les élèves.

26. Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la Santé

Conclusion

Ces dernières années, un consensus s'est établi dans la littérature scientifique sur la nécessité d'une approche écologique faisant intervenir plusieurs niveaux : école, jeunes, familles et l'environnement social en général, avec une prise en compte des niveaux développementaux (primaire, secondaire). Sur le terrain, de nombreux acteurs concernés ont lutté pour développer des interventions dans ce sens, avec comme difficultés, parfois, de subir une domination institutionnelle par l'imposition de programmes très structurés qui leur laissent peu de marge de manœuvre (Gaborit, 2015), de devoir s'appropriier ces programmes quelle qu'en soit la cohérence avec leurs propres pratiques et valeurs, de ne pas être en mesure de différencier les rôles de chacun et de ne pas avoir bénéficié d'une solide formation sur ces problématiques de santé.

La santé désigne, par ailleurs, un état dynamique qui demande la participation de la personne au moyen d'une prise de conscience de son état et d'une volonté d'agir pour l'améliorer (Isabelle et Kaszap, 2013). "[...] En conséquence, l'enseignement et l'apprentissage constituent des aspects importants de la promotion de la santé. Une première étape dans l'enseignement et l'apprentissage relationnels est la reconnaissance des connaissances, des expériences et des savoir-faire existant chez toute personne" (Hills et al., 2004, p. 10). Il nous paraît également important d'insister sur le lien que fera le jeune entre ses comportements de santé et sa qualité de vie. La conviction de l'effet de l'un sur l'autre nous paraît en effet une condition *sine qua non* de sa motivation à participer aux programmes de promotion de la santé qui lui sont proposés. Afin de lever les résistances des jeunes et d'assurer leur efficacité, les interventions d'éducation à la santé devraient donc commencer par prendre en compte la parole des jeunes et interroger leurs préoccupations en matière de santé (Agostini et Mallet, 2010). "En impliquant les jeunes dans la promotion de leur propre santé, les professionnels les aident ainsi à se forger une image valorisante d'eux-mêmes, s'assurant une adhésion bien plus systématique et un impact à plus long terme que s'ils renvoyaient simplement les jeunes à leurs responsabilités" (Pommier & al., 2007 in Berger et al. (2012), p. 39). De plus, les recommandations d'experts de l'éducation autant que de ceux de la santé reconnaissent que pour favoriser la réussite éducative ainsi que la santé et le bien-être, les jeunes doivent avoir la possibilité de développer leur pouvoir d'action (Barnekow et al., 2006 ; Roberge et Choinière, 2009). Pour ce faire, les différents acteurs de l'éducation et de la santé misent sur le développement de leurs compétences psychosociales (Berger et al., 2009). Mais c'est aussi et surtout aux établissements scolaires de faciliter, *via* par exemple les conseils d'élèves, une plus grande implication, mais aussi une plus forte influence potentielle des élèves sur ces thématiques de santé qui les concernent directement.

Dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, il nous paraît, enfin, incontournable de développer la recherche sur, d'une part, les mécanismes expliquant la relation entre le niveau socio-économique "objectif" et la perception que peut en avoir l'élève et, d'autre part, sur les effets des programmes d'éducation à la santé sur la santé objective ou perçue de ces élèves et sur leur qualité de vie. Quels mécanismes psychologiques, comme par exemple la loyauté à un type d'éducation reçue, à des habitudes de vie prises au sein de la famille, sont-ils ici à l'œuvre ? Quelle influence joue le groupe de pairs pour ces élèves dans l'adhésion ou non aux programmes et dans leur appropriation ? etc.

Bibliographie

- Aaroe, L., T. Torsheim, et B. Wold (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence : Interactive, indirect or direct relationships? *Social Science & Medicine* 5(53), 603–614.
- Agostini, M. et J. Mallet (2010). Comprendre les résistances à l'éducation à la santé à la lumière du modèle socratique. *Revue des sciences de l'Éducation* 3(36), 631–647.
- Bantuelle, M. et R. Demeulemeester (2008). *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire.*
- Barnekow, V., G. Buijs, S. Clift, B. Bruun-Jensen, P. Paulus, D. Rivett, et I. Young (2006). Health-promoting schools : A resource for developing indicators. Technical report, International Planning Committee (IPC), European Network of Health Promoting Schools, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Berger, D., D. Flenghi, S. Marchand-Mallet, J.-C. Rochigneux, et A. Mougnotte (2012). Démarche participative de santé globale en collège et lycée : le "diagnosanté" en rhône-alpes. *Santé Publique* 5(24), 387–401.
- Berger, D. et D. Jourdan (2006). *EPS et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ?* Toulouse.
- Berger, D., M. Nekaa, et P. Courty (2009). Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé. *Santé Publique* 6(21), 641–657.
- Bond, L., H. Butler, L. Thomas, J. Carlin, S. Glover, G. Bowes, et G. Patton (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health* 4(40), 357.e9–357.e18.
- Boyce, W. F., M. A. King, et J. Roche (2008). Des cadres sains pour les jeunes du canada. *Ressource électronique*. Page consultée le 03/11/2015. http://publications.gc.ca/collections/collectio_n_2008/phac-aspc/HP35-6-2007F.pdf.
- Broussouloux, S. et P. Lamoureux (2007). Le développement de l'éducation à la santé à l'école. situations de la france et du québec. *Les Tribunes de la santé* 3(16), 61–68.
- Cardinal, F. (2010). *Perdus sans la nature*. Montréal : Québec.

- Cardot, J.-P. et D. Berger (2013). Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : de leurs conceptions à leur identité professionnelle. *Santé Publique* 6(25), 737–746.
- Choquet, M., C. Hassler, D. Morin, B. Falissard, et N. Chau (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among french adolescents : Gender and family structure differentials. *Alcohol & Alcoholism* 1(43), 73–80.
- Commission européenne (2000). Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'union européenne. Technical report, Commission européenne, Bruxelles.
- Connop, H. et A. King (1999). *Adolescent Smoking Initiation and Maintenance : Report of a Pilot Study of School Smoking Zones*. Kingston (Ontario).
- Cousteaux, A. (2011). *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*. Ph. D. thesis, Institut d'Études Politiques de Paris, Paris.
- D., K. et B.-S. Y. (1997). *Introduction : a Life Course Approach to the Aetiology of Adult Chronic Disease*. New York. In *A life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology, Tracing the Origins of Ill-health from Early to Adult Life*.
- DEGESCO (2011, décembre). L'éducation à la santé dans les établissements du second degré (2008-2009). Note d'information, Ministère Éducation Nationale Vie associative.
- Dewit, D., E. Adalf, D. Offord, et A. Ogborne (2000). Age of first alcohol use : a risk factor for development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry* 5(157), 745–750.
- Gaborit, E. (2015, novembre). *Sanitarisation de l'école et scolarisation de la santé. Socioéthnographie de la mise en uvre et appropriation du programme "Bien manger et bouger à la maternelle" en Haute Garonne et en Ariège*. Ph. D. thesis, Faculté des Sciences du Sport et du Mouvement Humain, Université Toulouse III, Toulouse. co-dirigée par Nadine Haschar-Noé et Gérard Neyrand.
- Gaborit, E. et N. Haschar-Noé (2014). Une entreprise de "sanitarisation" de l'école. l'exemple de l'approche "École en santé" au québec. *Sciences Sociales et Santé* 2(32), 33–56.
- Gaillard, A., I. Urdapilleta, et . Sale-Wuillemin (2009, juin). Représentation sociale de la nourriture chez des enfants de 6 à 11 ans. In *Communication au 3e colloque international "Psychologie Sociale et Communication"*, Tarbes, France. Available from : <<http://psc2009.iuttarbes.fr/spip.php?article65>>.
- Garnier, C., L. Marinacci, et M. Quesnel (2007). Les représentations sociales de l'alimentation, de la santé et de la maladie des jeunes enfants. *Revue Service social* 1(53), 109–122.
- Godeau, E., F. Navarro, et C. Arnaud (2012). *La santé des collégiens en France / 2010*. Paris.
- Grondin, M.-A., A.-S. Berges, M.-C. D'Agrosa-Boiteux, V. Azais-Braesco, M. Tissier, J. Cassagnes, et L. Gerbaud (2009). La prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers dès l'école primaire : "Être & savoir, l'école de la santé", évaluation d'une intervention sur 2 207 enfants. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1(57), 52–61.

- Guiet-Silvain, J., D. Jourdan, S. Parayre, C. Simar, F. Pizon, et D. Berger (2011). Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. *Carrefours de l'éducation* 2(32), 105–127.
- Haldre, K., K. Rahu, M. Rahu, et H. Karro (2009). Individual and familial factors associated with teenage pregnancy : an interview study. *European Journal of Public Health* 3(19), 266–270.
- Hamel, M., L. Blanchet, et C. Martin (2001). *Nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Sainte Foy, Québec.
- Hills, M., S. Carroll, et M. O'Neill (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents. *Promotion & Éducation* (11), 17–21.
- Huurte, T., H. Aro, O. Rahkonen, et E. Komulainen (2006). School factors in adolescence : Predicting adult educational level. *Educational Research* 1(48), 41–53.
- INPES (2008). À force d'écouter la musique trop fort, on finit par l'entendre à moitié. Dossier de presse, INPES. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp081023.pdf> (dernière consultation le 20/07/2015).
- INSERM (2003). *Dossier de presse : Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. Paris. <http://lara.inist.fr/handle/2332/1330> (Dernière consultation le 12/11/2015).
- INSPQ (2010). Réussite éducative, santé, bien-être, agir efficacement en milieu scolaire. Synthèse des recommandations, INSPQ.
- Isabelle, C. et M. Kaszap (2013). Éducation à la santé : représentations sociales des préoccupations des jeunes du Canada. *Santé Publique* 1(25), 25–33.
- Jourdan, D. (2005). Education à la santé à l'école : le temps de l'action. *Santé publique* 4(17), 649–652.
- Jourdan, D. (2007). L'éducation à la santé à l'école. apprendre à faire des choix libres et responsables. *Les Tribunes de la santé* 3(16), 53–59.
- Jourdan, D. (2013). Un dispositif d'éducation pour la santé fondé sur la formation et l'accompagnement des acteurs à l'échelle du territoire. *Santé Publique* 4(25), 421–431.
- Karrer, M., P. Buttet, et I. Vincent (2008). Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées. *Santé Publique* 1(20), 69–80.
- Karsenty, S. et C. Diaz-Gomez (2003). *Le tabac en milieu scolaire. Résultats de la première évaluation de la loi Évin dans les écoles, collèges, lycées*. Paris.
- Langford, R., C. P. Bonell, H. E. Jones, T. Poulou, S. M. Murphy, E. Waters, K. A. Komro, L. F. Gibbs, D. Magnus, et R. Campbell (2014). The WHO health promoting school framework for improving the

- health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4).
- Lavallée, M., A. Marchildon, L. Bouchard, M. Quesnel, et C. Granier (2004). Les représentations sociales de l'alimentation : Convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants. *Revue de l'Université de Moncton* 2(35), 101–129.
- le Breton, D. (2003). Les conduites à risque des jeunes. *Lien social* (652).
- le Pape, M.-C. (2010). Familles et école : un partenariat éducatif? la prévention des conduites à risque juvéniles en milieu scolaire vue par les familles. *Agora débats/jeunesses* 1(54), 47–59.
- Ledoux, S., P. Miller, M. Choquet, et M. Plan (2002). Family structure, parents-child relationships and alcohol and other drug use among teenagers in france and the united kingdom. *Alcohol & Alcoholism* 1(37), 52–60.
- Lemma, P., A. Borraccino, P. Berchialla, P. Dalmasso, L. Charrier, A. Vieno, G. Lazzeri, et F. Cavallo (2014). Well-being in 15-year-old adolescents : a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*, 1–8. doi :10.1093/pubmed/fdu095.
- Lemonnier, F., J. Bottéro, I. Vincent, et C. Ferron (2003). *Référentiel de bonnes pratiques. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf>.
- Levy-Garboua, L., Y. Loheac, et B. Fayolle (2006). Preference formation, school dissatisfaction and risky behaviour of adolescent. *Journal of Economic Psychology* (27), 165183.
- Leyrit, ., C. Simar, L. Friaud, M. H. Jourdan, et D. Jourdan (2007, août). Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative. In *Congrès international d'Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation (AREF)*, Strasbourg.
- Lieury, A., A. Florin, et R. Lécuyer (2014). Dossier "enseignement de psychologie scientifique en classe de terminale". Volet international du dossier remis au conseil supérieur des programmes, Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP).
- Loizon, D. et M. Gruet (2011). L'enseignement de l'éducation à la santé en écoles élémentaires par des intervenants en eps. *Carrefours de l'éducation* 2(32), 65–79.
- Lufin, A. (1995). *Les représentations de santé des jeunes : les comprendre, les recueillir, les partager*. Bruxelles.
- Meylan, N., P.-A. Doudin, J.-P. Antonietti, et P. Stéphan (2015a). Validation française du school burnout inventory. *Revue Européenne de Psychologie*. doi :10.1016/j.erap.2015.10.002.
- Meylan, N., P.-A. Doudin, D. Curchod-Ruedi, J.-P. Antonietti, D. Gyger-Gaspoz, L. Pfulg, et P. Stephan (2015b). Burnout scolaire et consommation de substances : une étude exploratoire chez des adolescents "tout-venant". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence* 4(63), 238–243.

- Morlot, R., R. Laurin, M. F. Lacassagne, et I. Millot (2010). Activité physique et consommation de fruits et légumes : représentations sociales en fonction de l'âge. *Santé publique* 4(22), 417–424.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris, France.
- Natvig, G. K., G. Albrektsen, et U. Qvarnstrom (2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice* (9), 166175.
- Nguyen-Thanh, V. et B. Lamboy (2012). Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : synthèse de littérature. *La Santé de l'Homme* (422), 20–22.
- Organisation Mondiale de la Santé (1999). *Glossaire de la promotion de la Santé*. Genève. www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf (Dernière consultation le 16/11/15).
- Parker, G., H. Tupling, et L. B. A. Brown (1979). Parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1(52), 1–10.
- Patton, G. C., L. Bond, J. Carlin, L. Thomas, S. Glover, R. Catalano, et G. Bowes (2006). Promoting social inclusion in schools : a group randomized trial of effects on student health risk behavior and well-being. *American Journal of Public Health* 9(96), 15821587.
- Pommier, J., A. Laurent-Beq, et J.-P. Deschamps (2007). *Pour une politique de promotion de la santé des jeunes*. Paris. In P. Loncle (dir.), Les jeunes. Questions de société, questions de politique.
- Puolakka, K., A. Konu, I. Kiikala, et E. Paavilainen (2014). Mental health promotion in school : school-children's and families' viewpoint. *Nursing Research and Practice*, 1–10.
- Rapport Birdlife international (2008). *Le bien-être grâce à la nature dans l'Union européenne*.
- Roberge, M. C. et C. Choinière (2009). Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire au regard de leur cohérence et leur contribution à l'approche École en santé. Technical report, Institut national de santé publique du Québec, Canada. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/958_RapAnaPPIntEES.pdf (Page consultée le 02/11/2015).
- Tribalat, T. (2005). Santé et eps. Actes du forum international de l'éducation physique et du sport, SNEP-Centre EPS et Société, Paris. CD-Rom.
- Turcotte, S., J. Otis, et L. Gaudreau (2007). Les objets d'enseignement-apprentissage : éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. *STAPS* (75), 115–129.
- Wahl, M. S., J. L. Adelson, M. A. Patak, P. Pössel, et M. Hautzinger (2014). Teachers or psychologists : Who should facilitate depression prevention programs in schools? *International Journal Environmental Research Public Health* (11), 5294–5316.
- Zakari, S. et H. Bendahman (2011). Syndrôme d'épuisement scolaire et dépression à l'adolescence : étude qualitative auprès d'une vingtaine de lycéens français. *Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologiques* (2), 318–329.

Annexes

Annexe 1 : Les déterminants de la santé et du bien-être

D'après Hamel *et al.* (2001)

Individu	Environnement immédiat	Environnement global
Biologie et génétique	Famille	Valeurs sociales et culturelles
Sexe	Caractéristiques personnelles des parents	Tolérance vis-a-vis de la violence
Ethnie	Caractéristiques socio-économiques de la famille (revenu suffisant et pauvreté, niveau de scolarité des parents)	Place faite aux jeunes
Maladie, handicap	Type et composition de la famille	Culture axée sur la compétition ou la coopération
	Attitudes et valeurs des parents	Publicité et pression à la consommation faites par les médias
	Relation parents - enfants	
	Pratiques éducatives des parents	
Psychologie	Ecole	Environnement politique et conditions économiques
Concept de soi	Climat scolaire	Politiques sociales
Compétences sociales	Pratiques pédagogiques	Concertation intersectorielle
Autres compétences (motrices, intellectuelles, etc.)	Caractéristiques de la population scolaire	Niveau et sécurité du revenu
	Ouverture de l'école à la communauté	Emploi et chômage
Habitudes de vie	Soutien social	Organisation des services et des programmes

Activité physique	Soutien des parents, des enseignants, d'autres adultes, de pairs	Disponibilité et accessibilité
Alimentation		Coordination
Sommeil		
Consommation d'alcool et de drogues		
Tabagisme		
Comportements sexuels		
Manière de faire face aux difficultés, stress, etc.		
Attitude face au risque, au danger		

Autres milieux de vie

Accessibilité à d'autres milieux de vie de qualité : voisinage, clubs sportifs, groupements culturels...

Environnement physique

Sécurité et salubrité du logement, des écoles

Absence de matières toxiques et de contaminants (air, eau)

Sécurité de l'environnement

Annexe 2 : Axes de recommandations de l'INSPQ (2010) pour les interventions sur la santé en milieu scolaire

Niveau	Sections	Rubriques
Ecole	Environnement pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Valeurs, croyances, attitudes des enseignants ou intervenants qui sous-tendent les principes d'intervention</i> ; • <i>Principes pédagogiques</i> qui sous-tendent les pratiques pédagogiques auprès de l'élève, que ce soit en classe ou en dehors de la classe ; • <i>Approches, pratiques et méthodes pédagogiques</i> à privilégier pour traduire concrètement les principes pédagogiques • <i>Éléments spécifiques</i> des interventions, soit en termes de contenu ou en termes d'adaptation au stade de développement des élèves ; • <i>Conditions organisationnelles</i> préalables aux pratiques pédagogiques : formation continue des intervenants, développement professionnel, soutien psychologique, soutien administratif, ressources matérielles, humaines, financières.
	Environnement social	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Climat scolaire</i> : atmosphère à privilégier, valeurs à véhiculer, relations sociales et sentiment d'appartenance à favoriser, comportement attendu des élèves ; • <i>Règles, normes, politiques</i> de l'école ; • <i>Organisation scolaire</i> à favoriser : horaires, structure, gestion.
	Environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Condition des lieux et aménagement de l'espace</i> à assurer ou favoriser : propreté, normes de sécurité des bâtiments, qualité de l'air, de l'eau, etc., agents physiques (bruit, éclairage, etc.), organisation spatiale, mobilier, espaces communs, cour d'école, esthétique, disposition, etc. ; • <i>Ressources matérielles</i> à rendre disponible : équipement récréatif, sportif, distributrices, etc.

	Service aux jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Soutien social</i> à offrir et favoriser : aide, écoute, entraide offerte aux jeunes ; • <i>Services préventifs</i> à offrir et favoriser : services offerts par la communauté pour les jeunes ayant des besoins particuliers (ex. : clinique jeunesse)
<hr/>		
Jeune	Savoirs, savoir-faire et savoir-être	<ul style="list-style-type: none"> • Favorisant le développement de <i>compétences personnelles</i> ; • Favorisant le développement de <i>compétences sociales</i>.
<hr/>		
Famille		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Informations pertinentes à transmettre aux parents</i> ; • <i>Conseils et pratiques parentales à privilégier</i> ; • <i>Soutien aux familles</i>, autant de la part de l'école que de la communauté : les informations, les services, les activités ; • <i>Moyens pour impliquer les parents</i>.
<hr/>		
Communauté		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Règles, normes et politiques</i> à partager avec la communauté ; • <i>Soutien aux jeunes et à leur famille</i> en collaboration avec la communauté : ressources, activités et services offerts ; • Occasions de <i>participation sociale</i> des jeunes offertes par la communauté ; • Projets de collaboration <i>école-famille-communauté</i>.

