

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2013

THESE N°

**EVOLUTION DES CONCEPTS DE SANTE PUBLIQUE ET D'EDUCATION A
LA SANTE ET RÔLE DE L'ECOLE DANS LEUR PROMOTION**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 31 octobre 2013

Par

Mme Lamia EL AARAJE

Née le 22 novembre 1986, à Rabat (MAROC)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Christian MOESCH..... Président

M. le Professeur Jean-Louis BENEYTOUT.....Juge

M. Alain MENUDIER.....Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2013

THESE N°

**EVOLUTION DES CONCEPTS DE SANTE PUBLIQUE ET D'EDUCATION A
LA SANTE ET RÔLE DE L'ECOLE DANS LEUR PROMOTION**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 31 octobre 2013

Par

Mme Lamia EL AARAJE

Née le 22 novembre 1986, à Rabat (MAROC)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Christian MOESCH..... Président

M. le Professeur Jean-Louis BENEYTOUT.....Juge

M. Alain MENUJER.....Juge

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**

1^{er} VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNERE**, Maître de Conférences

2^{ème} VICE-DOYEN : Monsieur Serge **BATTU**, Maître de Conférences

PROFESSEURS :

BENEYTOU Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BOTINEAU Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
CHULIA Albert (jusqu'au 8/10/2012)	PHARMACOGNOSIE
CHULIA Dominique (jusqu'au 28/02/2013)	PHARMACOTECHNIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DREYFUSS Gilles	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DUROUX Jean-Luc MATRIQUE	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFOR-
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
LOUDART Nicole	PHARMACOLOGIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude MATIQUE	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFOR-
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
SIMON Alain	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
TROUILLAS Patrick MATIQUE	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFOR-
VIGNOLES Philippe MATIQUE	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFOR-

PROFESSEUR :

ROUMIEUX Gwenhaël

ANGLAIS

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

IMBERT Laurent

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

Remerciements

A Monsieur le Professeur MOESCH,

Merci d'avoir pris de votre temps pour encadrer mon travail et me faire de judicieux retours.

Merci également d'avoir accepté de me faire l'honneur de présider mon jury.

A Monsieur le Professeur HASSENTEUFEL,

Un merci particulier pour avoir accepté, en dépit de l'éloignement du milieu de la pharmacie du votre, d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce sujet et m'avoir permis d'avancer. Ce fut un grand honneur.

A Monsieur le Professeur BENEYTOUT et Monsieur MENUJER,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et me permettre de vous soumettre mon travail sur un sujet qui me tient particulièrement à cœur.

Un merci pour l'ensemble des enseignants de cette Faculté.

Merci particulier pour Monsieur CASTELLO et Monsieur LECHEVALIER pour le temps qu'ils m'ont consacré. Leur métier les place au cœur d'un système éducatif fondant notre société et leurs missions les honorent. Leur témoignage m'a permis de mieux comprendre un certain nombre de choses et mieux appréhender les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Un grand merci au Dr Nadine LABAYE-PREVOT, médecin conseiller technique auprès du recteur de l'académie de Créteil pour le temps qu'elle m'a consacré et pour son ton qui détonne. Sa vision et son expérience m'ont été précieuses.

Un grand merci à Monsieur MANCEL d'avoir pris de son temps pour me recevoir et m'avoir laissé entrevoir les changements à venir. Le rôle du politique sur ce sujet est éminemment complexe et fondamental pour initier un changement effectif. Je ne doute pas que la détermination saura s'imposer, pour le bien-être des enfants et de notre société.

Sur un plan plus personnel et bien qu'il soit difficile de tout coucher sur le papier, je tiens à remercier tout particulièrement et tout naturellement mes parents pour tout et ce, depuis le départ. Sans leur aide et leur apport, je n'en serai pas là aujourd'hui. Merci d'être des indéfectibles soutiens.

Un merci affectueux à Imane et Reda, mes inséparables. Nos chemins seront communs, je n'en doute pas.

Une pensée pleine d'émotions à tous ceux avec qui j'ai partagé mes années de fac et qui en ont fait ce qu'elles ont été. Une pensée particulière à Gwladys, Elodie, Juliette et bien sûr Jean-Baptiste, sans qui ces années auraient manqué de piquant et de rigolades.

Un merci particulier à Jessica pour son aide dans la bibliographie ainsi que Claire pour sa relecture attentive et minutieuse ainsi que pour la bonne humeur au bureau.

Un grand merci et une affectueuse pensée pour Myriam. Tes remarques, ton temps et ton attention ont été extrêmement précieux pour mon travail.

Au-delà de certaines divergences, je suis une inconditionnelle convaincue que l'effort collectif est le moteur du progrès et que les différences, dans une limite raisonnable, alimentent la cohésion. Les individualités forment les aventures communes et conditionnent la mise en application des convictions, à condition de savoir créer le rassemblement. A ce titre, une pensée particulière pour tous mes camarades de route, en espérant que notre œuvre commune, bien que modeste, contribue à l'émergence d'une nouvelle époque.

Une tendre pensée pour Brigitte et Jean-Claude. Nous avons encore beaucoup de moments à partager. J'en suis convaincue.

Une dédicace particulière à Julien. Pour le passé et surtout le futur. Un merci pour ta présence, ta patience et pour le quotidien. Un merci pour tout, en fait.

Sommaire

INTRODUCTION	10
I- LA SANTE PUBLIQUE	12
A. HISTORIQUE ET CONCEPTS	12
1. EPISTEMOLOGIE.....	12
2. LA SANTE PUBLIQUE : UN BIEN COMMUN	20
B. LES TEXTES	26
1. LOIS ET DIRECTIVES QUI EXISTENT	26
2. CRITIQUES DE CES LOIS ET DIRECTIVES	35
C. LES ACTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE.....	45
1. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	45
2. L'ENTOURAGE ET L'ENVIRONNEMENT	52
II- LA SANTE PUBLIQUE ET L'ECOLE	60
A. L'ECOLE, UN ESPACE PERTINENT	61
1. REGARD PARTICULIER SUR L'ENFANCE	61
2. LA SANTE PUBLIQUE AUPRES DES ENFANTS	68
B. L'ORGANISATION DE LA SANTE PUBLIQUE DANS L'ECOLE	75
1. LES TEXTES REGISSANT LA SANTE PUBLIQUE	75
2. LES ACTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE ET LEUR ARTICULATION.....	83
C. LA REALITE DU TERRAIN	89
1. LES LIMITES DU SYSTEME	90
2. ENTRETIENS AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN	95
CONCLUSION.....	106
GLOSSAIRE.....	108
BIBLIOGRAPHIE	111

Introduction

Confronté à des défis économiques de plus en plus prégnants, le système de protection sociale français s'interroge sur ses capacités à répondre aux besoins de tous. Les déficits abyssaux de la sécurité sociale ainsi que le vieillissement de la population font craindre une atteinte des limites de capacité de prise en charge du système de soins. L'individualisation des parcours de santé, la constitution d'un capital dès le plus jeune âge ou la contraction d'une assurance individuelle sont autant d'éléments constitutifs de la remise en cause de notre système. La santé, dans sa conception en tant que bien commun, perd de son importance pour devenir un élément individuel de constitution d'une classe sociale.

Si les modes de prise en charge évoluent, il convient également de considérer la façon d'aborder la santé sous un angle nouveau. Traditionnellement ancrée dans la médecine curative, la santé est souvent vue selon l'unique biais de la maladie et de sa guérison et rarement comme un capital à entretenir via de la prévention. Cependant, l'émergence progressive de la santé publique laisse apparaître de nouvelles perspectives en la matière.

La survenance des maladies étant conditionnée par certains paramètres comme l'environnement, les modes de consommation, les conditions de travail ou encore les aliments, agir sur ces derniers permettrait donc d'empêcher l'état pathologique. En poussant le raisonnement plus loin, agir en amont sur ces paramètres permettrait de conserver une bonne santé. Cette action suppose une bonne connaissance de soi et une sensibilisation, dès le plus jeune âge, à la nécessité de prendre soin de sa santé et donc de soi.

Cette question du plus jeune âge ou de l'âge le plus propice à l'apprentissage de bonnes pratiques en matière de santé se pose. L'enfance est, par définition, la période de la vie durant laquelle se forme l'esprit, se forgent les habitudes et s'installent les bases de l'individu en devenir. Berceau de l'enfance, l'Ecole guide cet apprentissage et en pose les principaux jalons.

L'Ecole publique est gratuite et laïque. Elle accueille tous les enfants de la République de six à seize ans, âges de scolarisation obligatoire. Institution fondamentale de l'Etat, sa contribution à la réussite et au bien-être de tous les élèves est la pierre angulaire de la société. Aux côtés des familles, l'Ecole participe à la formation des élèves afin d'en faire des personnes et des citoyens respectueux de soi et des autres.

Sa vocation, ainsi que son public fait donc de l'Ecole un lieu privilégié d'aide à la constitution d'un bon capital santé et à l'acquisition de bonnes pratiques. C'est le seul lieu où tous les individus d'une même génération sont réunis. Toutefois, cette vocation, loin d'être aisée à

établir et à organiser, a été confrontée à un certain nombre de difficultés qui, au fil du temps, s'estompent pour laisser percevoir un changement de modèle.

De la promotion de la santé à l'éducation à la santé en passant par la prévention, ces nuances sémantiques révèlent des façons différentes d'aborder les questions liées à la santé des individus. Au fil des années, les modes de vie et de consommation ont évolué, instaurant, par là même, de nouvelles considérations en matière de santé publique. Si au XIX^{ème} siècle les préoccupations liées à l'hygiène étaient prégnantes, de nos jours, la mobilisation concerne plutôt les habitudes alimentaires, la sédentarité ou encore le stress. L'objectif de ce travail est de déterminer en quoi la santé publique et l'éducation à la santé sont importantes et la place qu'elles devraient occuper dans la pérennisation de notre système de soins. Par ailleurs, il convient de s'interroger sur le rôle de l'Ecole et sur sa capacité à inculquer des pratiques communes en matière de prévention et de santé.

Ainsi, dans un premier temps, sera abordée la santé publique en tant que domaine particulier du champ de la médecine. Son évolution tout au long de l'histoire, ses acteurs ainsi que les textes qui la régissent seront autant de parties développées.

Ensuite, l'Ecole sera l'objet d'un second temps d'étude afin de comprendre sa pertinence en matière d'éducation à la santé, la façon dont s'organise cette dernière et la réalité de la pratique quotidienne.

I- La santé publique

A. Historique et concepts

De tout temps, les individus se préoccupèrent de la meilleure façon de prospérer et de vivre plus longtemps. Si dans le passé la notion de santé était reléguée au second plan par la majeure partie de la population, c'est aujourd'hui l'une des préoccupations les plus prégnantes de la société. Que ce soient les progrès de la médecine, l'évolution des modes de vie, la prévention, l'environnement ou encore l'alimentation, la santé est un sujet transversal dont le périmètre englobe un grand nombre de sujets. La prise en compte de la santé comme facteur d'amélioration de la vie est récente, là où avant on comptait sur un capital humain sans se soucier de ce qui pouvait l'affecter, l'espérance de vie en bonne santé est devenue à la fois un critère de développement humain, mais aussi un critère de développement économique et un facteur de développement.

De nos jours, la volonté est de vivre en meilleure santé, plus longtemps. A ce titre, de nombreux moyens sont mis en œuvre et c'est de façon progressive que cette idée a instillé la société. Si le fait de vivre longtemps et en bonne santé est aujourd'hui un objectif des politiques publiques, cette notion a connu une évolution tout au long de l'histoire, liée à la fois à son ancrage dans la société et à son impact économique croissant, qu'il convient d'analyser.

1. Epistémologie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹. Cette définition est inscrite dans le Préambule à la Constitution de l'OMS, adoptée par la Conférence internationale sur la santé en 1946 et constitue la base de réflexion de nombreux Etats quant à l'importance de la santé comme facteur de développement pour un pays et l'organisation de l'accès au système de santé.

¹ Définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Site disponible sur : www.who.int/about/definition/fr/print/html (dernière consultation le 15 août 2013)

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif².

a) Les différents aspects de la santé publique

Le terme de santé publique tel qu'il est défini aujourd'hui est difficile à dater, même s'il est certain que le concept apparaît pour bon nombre de professionnels de santé comme étant relativement récent dans l'histoire.

Il est collectivement admis que le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de prise en compte des déterminants socio-économiques de la santé et de la maladie, de lutte contre la maladie et de réadaptation.

Selon l'OMS, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Il existe donc à la fois une dimension collective et individuelle, visant à améliorer l'état global de la santé de la population.

L'Association of schools of public health propose de définir la santé publique par : « les efforts de la société pour prévenir la maladie, pour promouvoir la santé et pour prolonger la durée et la qualité de vie de la population »³.

Il n'existe donc pas de définition absolue mais une approche globale qu'il est nécessaire de placer dans un contexte adapté. En effet, la santé publique doit tenir compte des paramètres environnementaux qui conditionnent la réussite de politiques de santé publique.

L'approche de la santé sur le plan collectif s'est toujours opérée par le prisme de la maladie, dont l'évolution a été fortement influencée par les progrès de la science médicale. La découverte des médicaments et les améliorations des conditions d'hygiène ont permis l'arrêt de certaines menaces épidémiques comme la peste et la régression mondiale des maladies transmises par les eaux souillées. Mais l'accoutumance de l'organisme aux médicaments et l'usage massif de ces derniers au sein de la population et dans les élevages engendrent le retour de certaines maladies infectieuses comme la tuberculose. Pour exemple, la décou-

² La santé publique dans l'Encyclopédie Larousse. Site disponible sur : www.larousse.fr/encyclopedie/divers/santé_publicque/9008 (dernière consultation le 3 mars 2013)

³ Association of Schools of Public Health, *What is public health practice?* Site disponible sur: www.asph.org/aa8section.cfm/3/17 (dernière consultation le 3 mars 2012)

verte de la pénicilline en 1928 par Alexander Fleming fut une avancée majeure puisque les antibiotiques ont fourni un traitement efficace pour la plupart des grandes maladies infectieuses d'origine bactérienne. Mais, prescrits de façon massive et souvent sans indication bactérienne, leur efficacité a progressivement chu, d'autant que les mutations bactériennes ont entraîné un développement des antibiorésistances et donc une inefficacité sur certaines souches bactériennes d'un grand nombre d'antibiotiques. De plus, la prescription extrêmement importante de ces derniers dans les élevages amène un certain nombre de scientifiques à s'interroger sur l'impact de cette pratique sur l'homme, puisque les animaux issus de l'élevage sont ensuite consommés. C'est ainsi que des maladies que l'on croyait éradiquées réapparaissent dans certains bassins géographiques.

Il faut souligner, dans le cas de la peste, que sa résurgence actuelle dans certains foyers de population, notamment de populations Roms, rappelle celles du XIV^{ème} ou du XVIII^{ème} siècle, où l'extension des villes avait créé de l'habitat précaire et des îlots d'insalubrité propices à la propagation de maladies infectieuses. De même pour le choléra qui, en 1832, tua plus de 18 000 personnes à Paris. La fréquence et l'ampleur de ces maladies infectieuses sont étroitement liées aux conditions d'existence et, à l'époque, à l'insuffisance des connaissances thérapeutiques. Les conséquences de ces maladies sur la population favorisent un sentiment d'insécurité selon lequel la fatalité peut survenir à tout moment, et poussent les individus à chercher des explications surnaturelles : l'épidémie serait soit un châtement des péchés, soit l'accomplissement de complots (au Moyen Âge, on accusait les juifs d'empoisonner les puits et les fontaines d'eau potable, et le même bruit courut à Paris pendant l'épidémie de choléra de 1832).

Toutefois, si des maladies ont pu disparaître comme la variole, éradiquée depuis 1978, de nouvelles voient le jour comme le sida dans les années 1980 ou encore la grippe qui, à chaque mutation, provoque une épidémie ou une pandémie.

En parallèle, les nouveaux modes de vie et de consommation voient exploser la fréquence de maladies comme l'obésité, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires liées à la suralimentation, ou encore la maladie d'Alzheimer liée au vieillissement global de la population. Ces maladies représentent aujourd'hui une part de plus en plus importante des affections touchant la population et il est à craindre que les prochaines années ne voient ces chiffres s'accroître de façon alarmante.

Les progrès de la recherche fondamentale ne suffisent pas à rendre compte totalement des causes de l'évolution des maladies, et donc de l'évolution de la notion de santé. Celle-ci dépend aussi de facteurs sociaux et politiques, variables en fonction des politiques sociales et sanitaires mises en œuvre par les Etats. L'accès aux soins, les hôpitaux, la formation des professionnels de santé, la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale des individus sont autant de facteurs déterminant l'état de santé global d'une population. Parallèlement, cer-

taines mutations économiques ont également eu une incidence sur l'évolution des maladies via l'urbanisation massive, la pollution et les maladies professionnelles.

Ainsi, la dimension sociale de la santé publique est primordiale : la société est profondément touchée par les maladies et leurs histoires. Chaque population a ainsi modelé son approche en fonction de cette dimension et c'est pourquoi les politiques sanitaires diffèrent en fonction des pays. Divers leviers sont activés dans le cadre de plans de santé publique afin d'améliorer la santé de la population sur le plan individuel d'une part, et de faire évoluer les indicateurs collectifs de bonne santé d'autre part. Ces leviers comprennent la santé au travail, des démarches épidémiologiques, des campagnes de prévention qui doivent influencer les autres secteurs de la société pour y promouvoir la santé, la vaccination, l'organisation des réseaux de soins via les premiers secours, les hôpitaux, la médecine libérale, la médecine d'urgence, etc., la formation initiale et continue des professionnels de santé, la recherche médicale et pharmacologique et les moyens d'accès aux soins comme en France, l'Assurance maladie.

L'environnement exerce également une influence majeure sur la santé publique, à tel point que la notion de « santé environnementale » émerge depuis la fin du XX^{ème} siècle, suite à la prise de conscience de l'impact sur la santé de l'homme de la pollution de son environnement. Celle-ci, qu'elle soit aiguë ou chronique, et quelle que soit sa nature (chimique, biologique, radioactive, sonore, lumineuse, etc.) est source importante de maladies. De fait, l'homme a tenté de maîtriser son environnement afin d'en modérer l'impact sur la santé de la population. Mais si certains pays ont compris la nécessité d'agir, les enjeux économiques restent importants et difficiles à contrecarrer. C'est ce qui explique par ailleurs que d'autres pays ont fait le choix de ne pas agir sur ce sujet. Dans tous les cas, la pollution de l'environnement demande de nombreuses années d'efforts avant d'infléchir les impacts. Pour exemple, la pollution des sols mettra longtemps avant de s'atténuer ou de disparaître une fois que les efforts auront été enclenchés.

Tout au long de l'histoire, les épidémies furent à l'origine de peurs collectives, vécues par toutes les classes de la société, bien qu'expliquées de manière différente. Les malades les plus gravement atteints furent considérés comme dangereux, et de ce fait, frappés d'exclusion. Le cas des lépreux, cantonnés dans des quartiers réservés, contraints de porter des vêtements spéciaux, témoigne de ce phénomène de rejet, tout comme lors de l'apparition du sida dans les années 1980 et la persistance d'idées fausses sur ses modes de contamination montrent que ces hantises ne sont pas totalement surmontées aujourd'hui.

De tout temps, la santé publique a marqué l'histoire de par les prises de conscience des hommes de la nécessité d'adopter des mesures collectives pour se préserver ou améliorer leur état de santé.

b) Objectifs et limites de la santé publique

Si pendant des siècles, le domaine de la santé publique était limité à l'hygiène et à la lutte contre les maladies épidémiques, il est aujourd'hui élargi pour répondre à des préoccupations sociales de plus en plus prégnantes. Il est attendu que la santé publique apporte des réponses aux éventuelles conséquences des nouvelles technologies, aux effets de la mondialisation, à la migration, au terrorisme biologique ou encore à la pollution.

Les Etats rencontrent toutefois des difficultés à définir de façon précise les missions fondamentales de la santé publique et, de fait, il est difficile de garantir que les activités de santé publique s'exercent dans leur globalité et de façon coordonnée. La création de Ministères de la Santé dans de nombreux pays tend à marquer la volonté des Etats de s'investir sur ces questions et d'étendre leur champ d'action en la matière.

Les infrastructures actuelles des systèmes et services de santé publique découlent de la pratique séculaire de la médecine et ne tiennent souvent pas compte des nouveaux déterminants de santé, notamment des déterminants socio-économiques tels que le niveau de revenus, le niveau d'instruction ou encore la qualité de vie.

Il existe un consensus assez général sur la nature des résultats recherchés en matière de santé publique : l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie ; la diminution des inégalités en matière de santé ; l'augmentation des mesures de protection de la santé des populations et la réduction de la charge des maladies aiguës et chroniques. L'OMS et son bureau régional pour les Amériques (PAHO) font un double constat : les gouvernements négligent souvent la santé publique en tant que responsabilité sociale et institutionnelle et la mise en œuvre de politiques de santé publique ne peut passer que par la définition claire de son rôle et des concepts sur lesquels elle se base⁴.

C'est ainsi qu'au cours des dernières années, des efforts ont été déployés pour définir les fonctions essentielles de la santé publique, notamment par la PAHO, l'OMS et le projet américain « fonctions de santé publique » (PHFP). Ils ont défini un ensemble d'activités (ou fonctions) décisives (ou essentielles) pour la santé publique (FESP) qui doivent faire partie de tout système de santé. Un consensus international sur les principales caractéristiques des fonctions de la santé publique⁵ a fait ressortir neuf catégories essentielles de la santé publique : la prévention, la surveillance et maîtrise des maladies, la surveillance de l'état de

⁴ Pommier J. et Grimaud O., *Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles*, Santé Publique, 2007/hs, Vol. 19, p. 9-14. Site disponible sur: www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-9.htm (dernière consultation le 29 septembre 2013)

⁵ Une étude Delphi de 1997 a permis de redéfinir le concept de santé publique et d'obtenir le consensus international évoqué. Dans ce cadre, 145 experts de santé publique ont été consultés à trois reprises.

santé, la promotion de la santé, la santé au travail, la protection de l'environnement, la législation et réglementation en santé publique, la planification et gestion en santé publique, les services spécifiques de santé publique (santé scolaire, catastrophes, etc.) et la santé pour les populations vulnérables et à risque. Toutefois, l'intégration des soins de santé individuels comme une fonction essentielle de la santé publique n'a pas fait l'objet d'un consensus. Or, l'association des termes « santé » et « publique » souligne que la santé doit être prise en compte à deux échelles : individuelle et collective, puisque ces dernières découlent l'une de l'autre. En effet, selon Jean-François Girard, directeur général de la santé de 1986 à 1997 : « *La santé est également un phénomène social, ou plutôt collectif par opposition à individuel, elle est l'affaire de chacun, mais la somme des états de santé des individus constitue un phénomène global. La santé publique ... représente très précisément la démarche consistant à prendre en charge cette dimension collective [...]* »⁶.

Le Bureau régional pacifique occidental de l'OMS⁷ considère que les FESP sont : « *un ensemble d'activités fondamentales qui agit sur les déterminants de la santé, protège la santé d'une population et traite les maladies [qui concernent la santé publique]. Ces fonctions essentielles de la santé publique constituent des biens publics et de ce fait, les gouvernements doivent assurer leur mise à disposition, sans avoir l'obligation de les mettre en œuvre ou de les financer. Elles préviennent et contrôlent les principales causes de la charge de morbidité grâce à l'efficacité des interventions ou des mesures dissuasives d'ordre technique, législatif, administratif ou à visée comportementale. Elles ouvrent ainsi la voie à une action intersectorielle en faveur de la santé..... Cette approche souligne l'importance du partenariat entre les nombreux acteurs, différents intervenants dans le domaine de la santé publique. Elle exige aussi des organismes publics compétents et adaptables pour superviser ces initiatives qui doivent être d'un bon rapport coût/efficacité, ce qui suppose la nécessité de renforcer la capacité institutionnelle des Etats.* »⁸ Ainsi, ce bureau considère que la responsabilité des gouvernements est de s'assurer des fonctions essentielles de santé publique, sans nécessairement être impliqués dans leur mise en œuvre ou leur financement.

Or, de façon consensuelle, la question du déterminisme social est prégnante : elle renvoie aux inégalités de santé, elles-mêmes liées aux conditions socio-économiques des individus et à l'inégalité de chances face à la maladie. L'action publique doit agir sur ce domaine en mettant en œuvre les moyens de permettre à chacun d'être exposé (ou non exposé) de la même

⁶ La santé selon Jean-François Girard, Directeur Général de la Santé de 1986 à 1997. Site disponible sur : http://campus.isped.ubordeaux2.fr/PLEIADE/PV3/ASPX/PV2_VPS.aspx?17094 (dernière consultation le 12 avril 2013)

⁷ Organisation Mondiale de la Santé, Comité régional, Bureau régional du pacifique occidental, cinquante-troisième session, *Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des ministères de la santé*, Kyoto, 16 juillet 2002

⁸ YACH D., *Redefining the scope of public health beyond the year 2000 (Une nouvelle définition du domaine de la santé publique à partir de l'an 2000)*, Current Issues in Public Health, 1996

manière aux facteurs de risques et de se soigner de la même façon face à la même pathologie. Si l'on considère que les Etats n'ont pas d'obligation d'intervention directe sur le sujet, ils doivent cependant veiller au bon fonctionnement du système et garantir son efficience. De fait, il semble complexe de déconnecter l'engagement de la responsabilité des Etats en matière de santé et les interventions et organisations en la matière.

A ce jour, le bureau OMS Europe n'a pas relayé le concept de FESP, même si quelques pays européens développent des pistes de travail à partir de cette approche. Ainsi, en France, « l'article 2 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique évoque fortement la liste des FESP. En effet, cet article souligne la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique, parmi lesquels la mesure de l'état de santé de la population, la surveillance épidémiologique et le contrôle des maladies transmissibles, la qualité des services de santé⁴. »

Au Canada, le centre de collaboration nationale des déterminants de la santé⁹ énonce quatre rôles pour le secteur de la santé publique¹⁰ :

- Participer à l'élaboration des politiques via l'analyse, la revendication pour des améliorations en matière de déterminants et d'iniquités en santé et la collaboration avec d'autres organismes à cet effet,
- Evaluer et faire des rapports sur la présence et l'incidence des iniquités en santé ainsi que les stratégies efficaces pour les atténuer,
- Modifier et orienter les interventions et les services afin d'atténuer les iniquités tout en tenant compte des besoins particuliers des populations marginalisées,
- Etablir des partenariats avec d'autres secteurs afin de déterminer les moyens d'améliorer l'état de santé des populations marginalisées.

La définition de ces champs d'intervention, des objectifs et des fonctions doit permettre aux acteurs de cibler leurs actions et d'améliorer les interventions en matière de santé publique. Le champ d'activités est donc divers et général et comprend non seulement de

⁹ Il existe, au Canada, six centres de collaboration nationale en santé publique (parmi lesquels le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé) qui encouragent et améliorent l'utilisation des connaissances provenant de la recherche scientifique et des autres savoirs afin de renforcer la pratique et les politiques de santé publique. Site disponible sur : http://ccnsp.netedit.info/87/Les_Centres.ccnsp (dernière consultation le 12 juillet 2013)

¹⁰ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé., *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en*, Université St. Francis Xavier, 2013

l'épidémiologie via la surveillance, le contrôle et l'analyse de l'état sanitaire, mais également de la prévention et la lutte contre les maladies, la réglementation, la protection de la santé, l'élaboration des politiques et législations pour encadrer l'exercice de la santé publique, la promotion de la santé, etc. Même si ces tâches sont déléguées au secteur privé, l'Etat doit veiller à leur existence et à leur bonne mise en œuvre¹¹.

Si les objectifs généraux sont communs à de nombreux pays, pour autant, leur mise en œuvre varie en fonction du contexte politique, législatif, juridique, socio-économique, sanitaire et culturel. Si certains pays optent pour une politique nationale de santé publique qui se réfère à un plan, visant à agir sur des déterminants de santé, d'autres élaborent différentes stratégies en fonction de priorités nationales ou régionales¹². Un manque de consensus autour de la définition de la santé publique renforce les disparités d'approche, d'autant qu'à l'échelle internationale, les différences de développement influent fortement sur les priorités à mettre en place.

La base de toute politique de santé publique devrait être la question autour de l'entrée dans le système de soins. Celle-ci est conditionnée par les moyens et la réflexion quant à la couverture sanitaire universelle est fondamentalement liée au concept de droit à la santé inscrit dans le préambule à la Constitution de l'OMS.

Andris Pieļbāgs, commissaire européen chargé du développement, a récemment souligné qu'il fallait se doter « *d'objectifs [du Millénaire du développement] actualisés et modernisés fixant des niveaux de vie décents pour tous - un ensemble de seuils minimaux sous lesquels personne ne devrait pouvoir tomber* »¹³. La couverture sanitaire universelle serait un minimum social bénéficiant à tous et permettrait de fixer des objectifs plus ambitieux d'amélioration générale de la situation sanitaire¹⁴.

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé, Comité régional, Cinquante-troisième session, *Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des ministères de la santé*, Bureau régional du pacifique occidental, Kyoto, 16 juillet 2002

¹² DOUMONT D., VERSTRAETEN K., GOSSIAUX Y. et LIBION F., *Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec*, (2^{ème} partie), Série de dossiers techniques, Février 2008

¹³ PIEBALGS A., *Achieving the MDGs and looking to the future*, discours devant la commission européenne. Bruxelles, 9 octobre 2012. Site disponible sur : [http://europa.eu/rapid/press-release SPEECH-12-707_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-12-707_en.htm) (dernière consultation le 15 juillet 2013)

¹⁴ OOMS G., BROLAN C., EGGERMONT N., EIDE A., FLORES W., FORMAN L., A FRIEDMAN E., GEBAUER T., O GOSTIN L., S HILL P., HUSSAIN S., MCKEE M., MULUMBA M., SIDDIQUI F., SRIDHAR D., VAN LEEMPUT L., WARIS A. & JAHN A., *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2013

2. La santé publique : un bien commun

a) La santé publique au fil de l'Histoire

En théorie, la santé publique, tout comme la médecine, préexistait à sa dénomination moderne, même si les réalisations et les thérapeutiques mises en œuvre n'avaient pas d'intention médicale ou d'explication scientifique⁴.

Ainsi, « lorsque les patriciens romains creusaient des égouts, lorsqu'ils construisaient des aqueducs sur des centaines de kilomètres [ou encore] lorsqu'ils équipaient certaines grandes villes de latrines et de bains publics »¹⁵, ils pratiquaient certes « l'évergétisme »¹⁶ mais ils contribuaient avant tout à l'hygiène du peuple, faisant ainsi de la santé publique.

De même, lorsque de grandes épidémies frappaient, un plan de lutte était adopté, non pas pour traiter la maladie mais pour en préserver la population saine. « On admet que la première quarantaine a été décidée par les autorités du port de Raguse¹⁷ en 1377 »¹⁵, lors de l'épidémie de peste qui frappa la ville maritime, en interdisant l'accès de la ville aux personnes et aux marchandises suspectes, afin d'endiguer la contamination. Plus récemment dans l'histoire, des pays entiers interdirent certains flux en provenance de pays ciblés en raison de maladies comme la maladie de Kreutzfeld-Jacob ou encore la fièvre aphteuse.

Ces mesures de lutte contre les maladies infectieuses ont poussé les autorités à intervenir dans les affaires médicales de la collectivité. « A l'époque, ce sont les pestes qui ont poussé à des réglementations et à la création d'institutions sanitaires nationales et internationales »¹⁶. Ainsi, après la peste de Marseille de 1720, dernière épidémie de peste enregistrée en France, fut créé au Conseil d'Etat qui fonctionnait auprès du Roi de France un « bureau de santé ». Il était l'ancêtre de ce qui allait devenir le Ministère de la Santé.

A Marseille⁴, la peste constituait une menace permanente au vu de ses liaisons fréquentes avec le Proche-Orient où cette maladie était endémique. Des épidémies frappaient régulièrement la ville et ont amené à la mise en place d'un système efficace jusqu'à l'épidémie de 1720, alors même que la ville n'avait plus été touchée par la peste depuis 60 ans. Cette pro-

¹⁵ SOURNIA J-C., *Histoire de la santé publique*, Histoire des sciences médicales, 2002, Tome 36. Site disponible sur : www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1982x017xspec1/HSMx1982x017xspec1x0027.pdf (dernière consultation le 15 juillet 2013)

¹⁶ MASSON P., *Histoire du commerce français dans le Levant au XVIII^e siècle*, Paris, 1911, 678 p.

¹⁷ La République de Raguse était une Cité-Etat et une République maritime dont la ville centre était Raguse (en croate Dubrovnik), créée à la suite du traité de Zadar en 1358 et exista jusqu'à l'invasion napoléonienne en 1808.

tection reposait d'une part sur un cordon sanitaire mis en place à l'échelle méditerranéenne avec délivrance de patentes dans les ports du Levant et d'autre part sur un bureau de santé composé d'intendants qui décidaient de la durée de la mise en quarantaine pour l'équipage, les passagers et les marchandises. En 1720, des trafics d'influence concernant un bateau comportant une cargaison importante en valeur, appartenant à de hauts dignitaires de la ville et un laxisme des autorités sanitaires ont conduit à l'épidémie de peste la plus ravageuse de l'histoire de la ville¹⁶.

C'est à la Renaissance que, parmi les élites, l'attitude à l'égard de la santé est modifiée en profondeur. Le monde occidental accède alors à ce qu'il est convenu d'appeler la modernité, dont l'épanouissement fut possible en raison des nouvelles conditions sociales et culturelles. Un autre bouleversement intellectuel survint à cette période grâce aux philosophes des Lumières qui mirent en avant l'idée de progrès continu de l'humanité et par là même, l'élargissement de la recherche en lien avec l'être humain. C'est dans ce contexte que se réalise le bouleversement des rapports à la maladie et à la santé : la douleur n'est plus une fatalité et l'épanouissement physique devient un objectif. La médecine se transformât ainsi en une profession à part entière, même si les progrès réalisés dans ce domaine resteront l'apanage quasi exclusif des fortunés. Ce n'est qu'au XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle que les mouvements démocratiques naissants donneront de l'élan à l'extension de ce bénéfice en mettant l'accent sur les droits de l'homme et en faisant de la lutte contre la maladie et de la garantie de la santé une exigence universelle.

C'est ainsi que le 27 octobre 1946 furent inscrits dans la Constitution les mots suivants : « *La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain, qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables à l'existence.* »

De fait, les premières réalisations de santé publique à l'échelle du pays sont apparues en France dans la première moitié du XIX^{ème} siècle et n'ont pas été menées par le corps médical. En effet, la santé publique, qui s'intéresse au bien être de la collectivité réalise une rupture intellectuelle complète avec la médecine millénaire qui, elle, soigne un individu malade dans le cadre du colloque singulier existant de tout temps entre le patient, qui exprime ses souffrances et affections, et le médecin, détenteur du savoir, qui prescrit les moyens permettant la guérison. Les premiers recueils de données médicales eurent lieu au début du XIX^{ème} siècle et aboutirent à la naissance du courant hygiéniste. Outre le développement majeur de la médecine à cette période, des liens commencèrent à être établis entre maladies et conditions sociales. Cette causalité supposée permettra l'amorce de politiques sociales visant à encadrer la vie sociale afin de lutter, par exemple, contre la tuberculose.

La santé publique ne s'occupe pas des malades en tant que tels mais s'applique à une population dans le but de la maintenir en bonne santé. L'approche est passée du curatif au préventif, de l'individuel au collectif, sans que les formations aient été adaptées en conséquence. Les professionnels de santé étaient, jusqu'à peu, essentiellement formés selon le prisme de la maladie et la bonne santé ne présente que peu d'intérêt professionnel à leurs yeux. Pour exemple, dans le cadre d'études en médecine, l'enseignement de la santé publique n'y est devenu obligatoire qu'en 1979 et jusqu'à ce jour, les carrières de santé publique ne jouissent pas d'un grand prestige.

Ainsi, deux visions s'opposent : là où le médecin soigne, la santé publique prétend avoir l'ambition d'éviter la maladie. Pour cela, il faut bien évidemment connaître la maladie et ses causes. Là où le médecin se penchera sur les germes, les symptômes, les conséquences, la santé publique s'intéressera aux causes de propagation de la maladie comme l'hygiène, la vaccination, l'encombrement des habitations, leur salubrité, l'assainissement des sols, etc.

Le caractère par définition collectif de la santé publique a contribué à écarter les médecins, par vocation attachés aux individus souffrants et profondément individualistes dans leurs agissements. L'attitude des professions médicales à l'égard des pouvoirs publics tout au long de ces dernières décennies conforte cette vision : les médecins se sont longtemps opposés en France à l'intervention des pouvoirs publics dans le domaine sanitaire et ce, pour plusieurs raisons. Il y a là certes des intérêts à défendre, mais il semblerait que beaucoup de médecins considèrent que chacun est responsable de sa santé et que réglementer ce domaine revient à faire preuve de dirigisme et d'intrusion dans la vie privée de l'individu.

Or, il apparaît clairement de nos jours que toutes les composantes de la vie d'un individu influent sur son devenir et son état de santé : son patrimoine génétique, le fait qu'il ait été ou non allaité, les personnes qu'il a côtoyées, l'alimentation, le fait qu'il ait ou non fumé, les relations sexuelles qu'il a pu avoir, le contexte familial, les rapports à l'addiction, l'entourage, le rythme de vie, la pénibilité professionnelle, etc. Si la médecine se cantonne à soigner ce qui est apparemment malade, beaucoup de facteurs aggravants ou déclencheurs sont, de fait, non considérés.

Depuis près de deux siècles, la santé des populations occidentales s'est beaucoup améliorée, en dehors même des progrès de la médecine : la taille des personnes augmente, l'espérance de vie à la naissance se rallonge, la survie face aux maladies infectieuses est plus importante, la mortalité infantile diminue, tout comme la mortalité post-accouchement, et on triomphe plus facilement qu'autrefois d'un certain nombre d'affections. La santé publique déborde donc largement des cadres conventionnels de la médecine traditionnelle.

Plus récemment, la protection maternelle et infantile ou encore la médecine du travail ont marqué une nouvelle évolution de la santé publique. Depuis les premières campagnes massives de vaccination organisées par Napoléon contre la variole en 1809, beaucoup de chemin

a été parcouru et c'est en 1902, soit un siècle après, que la première loi de santé publique fut adoptée concernant la politique vaccinale.

Ainsi, la dimension collective de la santé publique doit s'opérer à des échelles larges afin de permettre de délivrer à chaque individu, des messages lui permettant d'entretenir et de développer son capital santé.

b) Evolution des concepts et modèles alternatifs : la santé communautaire

En 1978, la conférence de l'OMS à Alma Ata définit un système de santé intégré qui doit fonctionner pour et avec les gens, en prenant en compte leur environnement particulier et leurs conditions de vie. Cette naissance de la santé communautaire vise à impliquer la communauté à l'amélioration de sa santé en l'associant à la réflexion sur les besoins et les priorités, puis en l'invitant à œuvrer dans la mise en place, la gestion et l'évaluation des activités.

La définition précise de la communauté selon l'OMS est « *un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de taille et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés* »¹⁸. Cette participation communautaire vise à permettre aux individus d'être acteurs de leur développement plutôt que de bénéficier passivement d'actions qui, si elles réussissent à un instant donné, n'amorceront pas pour autant de changement durable du fait de leur ponctualité. La conférence d'Alma Ata a également décrit les modalités de participation de la communauté : évaluation de la situation, recensement des problèmes, fixation de priorités, planification des actions de soins ou encore concours à leur exécution.

A ce titre, un parallèle peut être fait avec, en France, l'émergence de l'implication grandissante des associations de patients, dont l'appellation évolue pour devenir les associations d'usagers du système de santé. La considération à l'origine de cette évolution est qu'organiser un système sans impliquer les usagers de ce système est complètement abscons. Si le concept de santé communautaire reste marginal en France, il est tous les jours mis en application via l'élargissement du panel d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre

¹⁸ Organisation Mondiale de la Santé/United Nations International Children's Emergency Fund, *Alma Ata, 1978. Les soins de santé primaires*, OMS, Genève, réimpression 1986, p. 55-56

des politiques de santé. Le développement social urbain, le développement social de quartier, les contrats de ville, les ateliers santé ville, les contrats locaux de santé sont autant d'exemples illustrant la déclinaison de plus en plus fine des stratégies de santé, dans le but de répondre au plus près aux besoins et attentes des populations.

Pendant longtemps, le concept de santé communautaire est resté lourd de sens : santé pour pauvres, pour pays en voie de développement, etc. Et ce n'est que récemment que la dimension communautaire a commencé à être intégrée. Dans de nombreuses sociétés, les individus n'appartiennent pas à une mais à plusieurs communautés reposant sur des variables telles que la géographie, la profession, la place sociale ou les loisirs¹⁹. Ainsi, la communauté peut se définir de différentes manières et être plus ou moins inclusive.

C'est aux Etats-Unis, dans les années 1960, que le mot « communautaire » fut pour la première fois attaché à la santé lors de la mise en place de programmes gouvernementaux de lutte contre la pauvreté. Cette médecine communautaire impliquait l'évaluation des besoins de santé et la prestation de soins à des groupes définis de la population, ce qui a abouti à la création des *Neighborhood Health Centers* (NHC), considérés comme des prototypes d'intervention communautaire²⁰. Progressivement, des centres exerçant une santé pluridisciplinaire ont vu le jour au Québec, en France ou encore en Belgique dans les années 1970. Ces centres de santé, toujours existants à ce jour, ne sont furent officiellement en France qu'en 1991 par un décret ministériel. Pourtant, leur volonté d'être ouverts à tous, sans avance de frais, en proposant une offre pluridisciplinaire, voire en mettant en place des modes de paiement alternatifs à la capitation et non à l'acte en font des modèles d'offre de soins, permettant l'amélioration de la prise en charge des individus.

La Charte d'Ottawa souligne l'importance d'une action communautaire concrète pour la fixation de priorités, la prise de décision et l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Elle suppose que la communauté dispose à la fois de ressources humaines, mais également de ressources financières qui permettent de stimuler l'auto-assistance et le soutien social tout en instaurant des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle public en matière de santé²¹.

En France, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009, dite loi HPST a déconcentré le pilotage des politiques de santé aux Agences Régionales de Santé (ARS) qui se doivent, entre autres, de décliner, au plus près de l'échelon territorial qu'elles représentent, les stratégies

¹⁹ Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires (SEPSAC). Séminaire *Première rencontre des porteurs de projet - Actes du séminaire*, Bruxelles, 5-6 novembre 2004, p.40-45. Site disponible sur : www.sepsac.org/index.php?id=25&L=otpftrvmmwhwlap (dernière consultation le 21 juillet 2013)

²⁰ Institut Renaudot, *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*. In : *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*. Chronique Sociale, Lyon, 2001, p. 11-21.

²¹ Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986

de santé publique. Chaque ARS se dote d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et d'un Programme Régional de Santé (PRS), de schémas régionaux et de programmes et actions²², dont elle doit rendre compte une fois par an devant les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

De plus, les Ateliers Santé Ville (ASV), qui intéressent de plus en plus les communautés, proposent aux villes une méthodologie appuyée sur un diagnostic local, complet et précis, portant sur des besoins ressentis, les pathologies prédominantes, l'offre de soins médicaux et paramédicaux et l'offre sociale et associative. Un comité de pilotage réunissant tous les acteurs (élus, Etat, Assurance maladie, patients, habitants, professionnels de santé, etc.) détermine les priorités d'action, les modalités de mises en œuvre et d'évaluation²³.

Ainsi, ces ateliers répondent à la fois aux FESP et à la définition de la santé communautaire. Ils présentent le triple avantage d'être cofinancés par l'Etat, le département et la région, d'être pleinement participatifs et de donner une légitimité en matière de santé aux villes. C'est ainsi qu'en 2005, des élus locaux ont proposé une contribution visant à promouvoir la santé comme « cinquième pilier de la politique de la ville » et ont fondé une association d'élus dans le domaine de la santé (l'association Elus, Santé Publique et Territoires)²⁴.

A ce jour, les financements des initiatives de santé communautaires sont annuels et faibles, ne permettant pas de développer des projets d'envergure, comme dans le cas de la Case de Santé à Toulouse. Cette maison de santé pluridisciplinaire accomplit un travail quotidien auprès des plus précaires sur les questions de santé, les questions sociales, le logement et tous les aspects du quotidien qui rejaillissent sur la santé. Pour autant, chaque année, la question du financement se pose.

Au Brésil, la santé communautaire est en plein essor, notamment suite au Programme de santé de la famille (PSF). Ce programme cherche à étendre à tout le pays les possibilités d'accès au système de santé publique, et surtout à construire un réseau de relations avec les communautés. A ce titre, des agents de santé communautaire qui font le lien entre le système de santé et les communautés ont été intégrés à des équipes de santé qui rassemblent, au sein de structures, des médecins, des infirmiers et des auxiliaires de santé²⁵. Face à des publics socialement défavorisés, face à la violence et la précarité, ces équipes tentent d'identifier des risques pour la santé des individus, des familles et des communautés. Un

²² Loi n°2009-879 « Hôpital, patients, santé et territoire » dite HPST du 21 juillet 2009

²³ SMITH C., *La santé communautaire : synthèse documentaire*, Ressources et Territoires, 27 avril 2012

²⁴ COSTANZO S., *Elus et santé : « votre santé nous intéresse*. In : *Territoires, la revue de la démocratie locale*, Juin 2006, n° 469, p. 17-19. Site disponible sur : www.adels.org/territoires/469.htm#sl (dernière consultation le 23 juillet 2013)

²⁵ LANCMAN S. et al, *Un agent de santé communautaire : un travail où l'on s'expose*, Travailler, 2007/1, n°17

accord tripartite entre Cuba, Haïti et le Brésil a été signé l'an passé afin d'étendre le dispositif.

Ainsi, la distinction entre santé publique et santé communautaire est ténue : la santé publique peut être considérée comme un concept global, visant à la mise en œuvre de politiques de santé à destination de la collectivité et ce, par différents moyens comme la santé communautaire. Cette dernière implique la participation de communautés qui s'appuient sur les politiques de santé adoptées pour décliner au plus près les stratégies en matière de santé, tout en mobilisant tout un chacun. Ainsi, la santé communautaire peut être perçue comme un moyen efficace d'éducation à la santé et de promotion de la santé puisqu'elle vise à interpeller, mobiliser et impliquer les individus afin d'initier une politique de santé durable et participative. Toutefois, elle nécessite des délais significatifs et une stratégie particulière puisque son adoption au niveau national ne signifie pas sa mise en œuvre de façon homogène. Chaque communauté est autonome dans ses décisions et avant toute chose, il est nécessaire de déterminer quel périmètre exact est entendu par « communauté »²⁶.

Le décloisonnement interprofessionnel, l'intersectorialité, la possibilité de chaque individu de s'impliquer sont autant de points positifs qu'il convient d'avoir en tête²⁷. Ces politiques mettent en lumière l'intérêt de territorialiser les questions de santé publique, tout en conservant une cohérence et un pilotage national.

B. Les textes

1. Lois et directives qui existent

La prise de conscience collective de la nécessité de développer une santé publique forte en France s'est accompagnée de mesures organisées, pour la plupart par l'Etat, dont la légitimité est difficile à établir en matière de santé, du fait de la particularité de ce secteur, historiquement du ressort des municipalités puis des partenaires sociaux. La définition de priorités et d'objectifs sanitaires et sociaux est complexe et dure à structurer.

²⁶ Définition de la santé communautaire du Ministère de la santé. Site disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf (dernière consultation le 23 juillet 2013)

²⁷ Site du Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaires. Site disponible sur : www.sepsac.org (dernière consultation le 23 juillet 2013)

Depuis un certain nombre d'années, l'Etat s'est engagé à organiser son action sanitaire et à élaborer une politique de santé dans le cadre du plan Juppé via la loi organique de 1996 qui fut à l'origine des projets de loi de financement de la sécurité sociale²⁸.

a) Le courant hygiéniste et sa traduction dans la loi

La santé publique, définie dans les dictionnaires d'usage commun comme « *l'ensemble des connaissances et des techniques propres à prévenir les maladies, à préserver la santé, à améliorer la vitalité et la longévité des individus par une action collective* »², fait partie des préoccupations des dirigeants, sans pour autant constituer une priorité majeure.

En 1902, une loi fondatrice est adoptée et a donné le pas à des progrès significatifs en matière de santé publique. Elle fut promulguée le 15 février 1902 et comprenait 34 articles adoptant une approche hygiéniste, populationnelle et préventive.

Ces articles se répartissaient au sein des cinq titres composant la loi et permettant de balayer l'ensemble du paysage ayant trait à la santé publique.

Le premier titre, relatif aux mesures sanitaires générales, décrit les compétences allouées aux maires et aux préfets, afin d'endiguer la propagation des épidémies. Celles-ci comprennent des dispositifs de crise tels que la désinfection ou la destruction d'objets contaminants, des dispositifs de prévention tels que la vaccination, la déclaration obligatoire de maladies listées par décret, mais également des dispositions relatives à la salubrité des maisons et des voies privées, à l'alimentation en eau potable et à l'évacuation des matières usées. De même, cette loi instaure la surveillance du nombre de décès dans les communes, comparativement au chiffre moyen en France, afin de détecter les anomalies et d'en rechercher la cause. Les résultats de l'enquête servent au préfet à mettre en demeure les communes non équipées des installations nécessaires au maintien de conditions sanitaires suffisantes.

Le titre II, relatif à l'administration sanitaire, décrit l'organisation des services sanitaires aux différents échelons de l'Etat : bureau d'hygiène pour les villes de plus de 20 000 habitants et les communes sièges d'un établissement thermal et conseil d'hygiène départemental dans les départements, eux-mêmes découpés en circonscriptions sanitaires pourvues d'une commission sanitaire. Ces instances sont consultées sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et, plus généralement, sur toutes les questions intéressant la

²⁸ Code de la sécurité sociale, article LO111-4

santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives. Au niveau national, le Comité Consultatif d'Hygiène Publique délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales naturelles, sur lesquelles il est consulté par le Gouvernement. Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5 000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Le titre III est relatif aux dépenses liées à l'application de cette loi et leur donne un caractère obligatoire et incontestable. Le titre IV, quant à lui, décrit les pénalités encourues en cas de manquements aux dispositions prévues par la loi et le titre V porte diverses dispositions, notamment quant aux colonies.

Cette loi fondatrice a donc instauré les bases de l'organisation sanitaire du pays en maillant les responsabilités et les niveaux d'inspection afin de permettre une meilleure approche et un meilleur contrôle sur le terrain, tout en établissant la liste des maladies transmissibles. Elle marque l'avènement du courant hygiéniste, qui, faute de soigner les maladies, vise à éviter de tomber malade. En effet, dès le XIX^{ème} siècle, le développement de la clinique commence à faire un lien entre les conditions de vie et d'hygiène et la maladie, mais l'ordre social établi et le libéralisme de l'époque rejettent massivement toute intervention publique²⁹. L'évolution du contexte sociopolitique de l'époque va faire prendre conscience que la population est un « *capital source de richesse qu'il faut savoir entretenir et renouveler* »³⁰ et va amener à la naissance du courant hygiéniste.

La lutte contre la tuberculose vers 1880, fléau social de l'époque, est l'illustration parfaite de l'ambition du courant hygiéniste : il est officiellement admis que la tuberculose se propage d'individu à individu, amenant à une campagne de dépistage des porteurs de germes et leur isolement, grâce à l'établissement d'un vaste réseau de structures spécialisées, différentes des structures classiques de la médecine praticienne, et chargées du dépistage, de la prévention et des soins. Le combat contre les foyers de contagion amène à la lutte contre les taudis et la rénovation urbaine, puis à la considération des contraintes liées aux conditions de travail³³.

²⁹ Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), *Actualités et dossier en santé publique*, septembre 1996, n°16, p.1-6

³⁰ FAURE O., Communication à la table ronde « Aspects anthropologiques, historiques et sociologiques de la santé et de la maladie en France et en Allemagne », juin 1987

Cette loi de 1902 a été réclamée dès le début des années 1880 par les défenseurs de la médecine publique. Différents projets furent portés, notamment par Ernest Constans en 1891³¹, Edouard Lockroy en 1887³², en 1889³³ et en 1890³⁴ et par Jules Siegfried en 1886³⁵ et en 1890³⁶ également. La loi de 1902 est donc le résultat de plusieurs salves de débats parlementaires sur le sujet et d'oppositions farouches sur la question de l'hygiène, la santé publique et l'ordre social dans une période perturbée où « *se mêlent le souci de la pauvreté, l'inquiétude démographique, la mise en place timide d'une politique de la santé publique, l'exigence d'une différenciation entre le médical et le social, l'intervention hésitante de l'Etat dans les relations industrielles (partagée entre une politique traditionnelle d'ordre et une politique d'intégration des organisations syndicales qui visent toutes deux à lever l'hypothèque de la révolution), la volonté de rénover l'habitat et de régler le problème du logement pour supprimer les territoires où prolifèrent les fléaux sociaux* »³⁷.

Au final, la loi de 1902 a permis de réaliser un certain nombre d'avancées majeures qui ont amené des progrès notables durant la première moitié du XX^{ème} siècle. Toutefois, cette conception hygiéniste de la santé a peu à peu été occultée par le développement des sciences et des techniques, l'essor consécutif de la médecine curative et la mise en place des régimes d'assurance maladie. L'éradication de certaines maladies comme la variole, le développement des antibiotiques et l'efficacité des vaccins ont réduit le risque représenté par les maladies infectieuses. La prévention, la santé publique et l'épidémiologie sont passées au second plan des préoccupations, au profit d'une médecine curative de pointe, de plus en plus performante et de plus en plus à même de soigner des maladies que l'on pensait incurables.

³¹ CONSTANS E., *Projet de loi pour la protection de la santé publique présenté au nom de M. Carnot, Président de la République*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 1774, séance du 3 décembre 1891, 1892, p. 2893-2898

³² LOCKROY E., *Projet de loi relatif à l'organisation des services de l'hygiène publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 1417, séance du 13 janvier 1887, 1887, p. 13-17

³³ LOCKROY E., *Proposition de loi relative à l'assainissement des logements et habitations insalubres*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 12, séance du 19 novembre 1889, 1890, p. 26-29

³⁴ LOCKROY E., *Proposition de loi relative à l'organisation des services de l'hygiène publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 13, séance du 19 novembre 1889, 1890, pp. 29-32

³⁵ SIEGFRIED Jules et al, *Proposition de loi concernant l'organisation de l'administration de la santé publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 864, séance du 22 juin 1886, 1887, p. 134-137

³⁶ SIEGFRIED Jules et al, *Proposition de loi sur l'organisation de l'administration de la santé publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 502, séance du 27 mars 1890, 1890, p. 600-613

³⁷ COHEN Y. et BAUDOUÏ R., *Les chantiers de la paix sociale : 1900-1940*, E.N.S Editions, Fontenay/Saint-Cloud

Lors de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, le concept de « promotion de la santé » fut de plus en plus porté par différentes organisations internationales, confrontées aux pays en voie de développement toujours en proie à des maladies très sévères (comme le paludisme) et aux pays industrialisés où des crises sanitaires éclatent comme l'épidémie du Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée (sida) ou la crise de la vache folle.

Cette période est également marquée par le poids croissant des dépenses de santé dans les dépenses publiques qui oblige à redéfinir des priorités de santé et par un ensemble de nouvelles considérations en matière de santé comme les maladies nosocomiales, les affections iatrogènes, les dépendances, la résistance aux antibiotiques et la résurgence de maladies jugées disparues comme la tuberculose^{38,39}. Ces circonstances remettent à l'ordre du jour des réflexions considérées comme dépassées ou non pertinentes et soulignent la nécessité de développer une politique de santé publique moderne et performante, notamment en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Ces préoccupations, communes à de nombreux pays ont amené à l'adoption, le 21 novembre 1986 de la « Charte pour la promotion de la santé » à Ottawa.

b) La charte d'Ottawa et la loi de 2004

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé a abouti à l'adoption, en 1986, d'une charte qui visait à contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous à l'an 2000. Le texte issu de cette conférence définit la promotion de la santé comme ayant pour but « *de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource pour la vie et non comme le but de la vie* »²³. Cette définition met l'accent sur la nécessité de mettre en œuvre différents leviers pour parvenir à être en bonne santé et à préserver cet acquis. D'ailleurs, le détail fait dans le texte des leviers précédem-

³⁸ Pour exemple, en septembre 2011, en Seine-Saint-Denis, les habitants du quartier du Chêne-Pointu à Clichy-sous-Bois ont tous été dépistés de la tuberculose. Un premier dépistage, à l'été 2011, sur un échantillon de 500 personnes de ce quartier très pauvre, à l'habitat dégradé, a révélé qu'une vingtaine d'enfants et d'adultes étaient atteints de cette maladie pulmonaire. Source : Propos recueillis par C.B., *La résurgence de la tuberculose est le révélateur d'une précarité très forte*, Libération, 22 septembre 2011

³⁹ Selon l'InVS, en 2010, il y a eu, en France, 5 187 cas de tuberculose (soit une baisse de 1,7% par rapport à 2009). Les taux de déclaration sont les plus élevés parmi les personnes sans domicile fixe et celles nées à l'étranger. Source : ANTOINE D. et al., *Les cas de tuberculose déclarés en France en 2010*, Institut de veille sanitaire, BEH, 2012, n°24-25

ment évoqués plaide dans le sens d'une approche globale : le logement, l'éducation, la nourriture convenable, un minimum de revenus, un écosystème stable, un apport durable de ressources et le droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

L'argument majeur est que la bonne santé est une ressource fondamentale pour le développement social, économique et individuel. En effet, la santé est un pôle essentiel de développement d'un pays : conditions de vie et conditions physiques des individus sont des paramètres influant à la fois sur le niveau de développement d'un pays mais également sur la qualité de sa production et le niveau de ses richesses.

Dans le but de promouvoir la santé, la Charte défend des actions claires passant dans un premier temps par l'élaboration de politiques pour la santé relevant de mesures législatives, financières, fiscales et organisationnelles. L'objectif étant de mener une action coordonnée conduisant à des politiques qui favorisent l'équité, offrant des biens et des services plus sûrs et plus sains, tout en préservant l'environnement. Dans un second temps, la charte défend une approche socio-écologique à l'égard de la santé au vu des effets de l'environnement sur la santé, soumis à une évolution rapide dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation et à un risque d'envahissement des milieux naturels par des espaces construits, au détriment de la préservation des ressources naturelles. Une autre action défendue dans la charte est celle communautaire, qui doit être renforcée afin de stimuler l'auto-assistance et le soutien social et instaurer des systèmes souples susceptibles de stimuler la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cette responsabilisation doit s'accompagner d'acquisition d'aptitudes individuelles grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie par divers biais : le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire, les organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles. Ces différents aspects doivent permettre aux individus d'être plus à même d'affronter d'éventuels maladies chroniques ou traumatismes. Enfin, il est nécessaire, selon la Charte, de réorienter les services de santé du curatif vers la promotion de la santé. Cela passe par la poursuite de nouveaux objectifs et par le développement de la recherche, une réforme de l'enseignement et de la formation des professionnels de santé.

Les signataires de la Charte, dont la France faisait partie, se sont engagés à se lancer dans le combat de la promotion de la santé, symbole d'une prise de conscience européenne de l'importance de la santé publique dans le but de favoriser la bonne santé des peuples.

En France, différents événements comme la communication en conseil des ministres du 12 avril 1989 de Claude Evin⁴⁰ ou la présentation par Bernard Kouchner de la politique gouver-

⁴⁰ *Les grandes orientations de la politique de santé, 1989-1992*, supplément à « La lettre du 8 Ségur », lettre d'information du Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 12 avril 1989

nementale devant la Conférence Nationale de Santé (CNS) le 3 avril 2001⁴¹ ont illustré cette prise de conscience de l'importance de la santé publique.

En 1996, dans le cadre du plan Juppé, il était prévu des dispositions prévoyant l'adjonction, en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'un rapport « présentant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale ». Toutefois, l'échec de cette initiative a conduit à l'abrogation de ces dispositions par la loi organique de 2005⁴².

Un nouvel essai a eu lieu à travers la loi de 2002 relative aux droits des malades⁴³, qui a tenté de mettre en place une procédure d'élaboration de la politique de santé précédant la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale. L'objectif était de permettre au Parlement de débattre des objectifs de santé avant le débat budgétaire d'octobre qui lui, devait octroyer les moyens nécessaires à la mise en œuvre des objectifs fixés. Cette procédure n'a jamais existé et a été abrogée par la seule grande loi de santé publique de ces dernières décennies : la loi du 9 août 2004. En effet, celle-ci a substitué au débat de juin le principe d'une loi quinquennale de santé publique.

Si l'OMS considère le système de santé français comme l'un des plus performants au monde, il n'en reste pas moins que la mortalité évitable en France est l'une des plus fortes des pays développés. Différents constats sont à l'origine de ce texte : la prééminence du curatif par rapport au préventif et un état de santé de la population française en deçà de ce qu'il pourrait être, notamment en raison du taux élevé de la mortalité évitable sus cité. De plus, les systèmes d'information n'étaient pas assez performants pour que les évolutions de l'état de santé de la population soient évaluées et interprétées avec précision, comme l'ont mis en évidence les travaux du Groupe National Technique de Définition des Objectifs (GNTDO), qui serviront de base à l'élaboration de la loi.

En effet ces travaux montrent que malgré de bons résultats globaux, la mortalité évitable demeure excessivement élevée, du fait de la mortalité prématurée. La mortalité prématurée masculine de la France est la plus élevée en Europe, après celle du Portugal, alors même que l'espérance de vie est une des meilleures au monde pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Deux facteurs contribuent à ce chiffre important : la mortalité et la morbidité évitables, signes de l'importance d'agir sur les déterminants de l'état de santé des populations. Depuis 1994, différents signaux, révélateurs d'échecs du système de santé, auraient pourtant dû alerter les pouvoirs publics. Les facteurs comportementaux étaient inquiétants : la France connaissait la consommation d'alcool la plus importante par habitant au sein de l'Union Européenne et le nombre de tués sur la route parmi les plus élevés d'Europe. La consommation

⁴¹ *Une politique de santé*, Ministère délégué à la santé, ministère de l'emploi et de la solidarité, mars 2001

⁴² Loi n° 2005-881 du 2 août 2005

⁴³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

de tabac et de drogues chez les jeunes français était particulièrement élevée⁴⁴. De même, différents rapports dénonçaient une forme de consumérisme sanitaire qui, conjugué à une formation insuffisante des médecins, a conduit au développement de l'antibiorésistance à des niveaux très préoccupants^{45,46}. Le nombre de pathologies psychiatriques, la résurgence de certaines maladies infectieuses et la mortalité liée aux cancers font de la France l'un des pays de l'Union Européenne les plus impactés.

De plus, même si la France consacre 11% de la richesse nationale aux dépenses de santé⁴⁷, les écarts de santé y restent très marqués entre les sexes, les régions et les catégories socio-professionnelles. Ces inégalités de mortalité ou de morbidité sont notamment imputables aux inégalités d'accès aux soins et à l'insuffisance d'efforts fournis en France en matière d'éducation à la santé. Par exemple, l'espérance de vie à 35 ans des professions libérales et des cadres est en moyenne de 6,5 ans plus longue que celle des ouvriers au même âge⁴⁸.

Sur la base des constats précités, le projet de loi de 2004 avait pour objet d'affirmer la responsabilité de l'Etat en matière de politique de santé publique, près de 20 ans après la signature de la Charte d'Ottawa, restée sans transposition concrète en France. D'ailleurs, la présentation générale du projet de loi reconnaît le manque de cadre et d'objectifs de la politique de santé publique. Le texte fixe donc des objectifs pluriannuels d'amélioration de santé de la population et définit les orientations stratégiques dans des domaines jugés prioritaires. Il affirme également le rôle du Parlement, qui débat et valide par son vote ces objectifs et ces orientations, devant lequel le Gouvernement rendra compte de l'évaluation de cette politique et de son impact.

La loi de 2004 est structurée en six titres consacrés respectivement à la politique de santé publique (Titre I), aux instruments d'intervention (Titre II), à la modernisation du système de veille (Titre III), aux objectifs et à la mise en œuvre des pans nationaux (Titre IV), à la recherche et à la formation en santé (Titre V) et enfin un Titre VI consacré aux dispositions diverses⁴⁹.

⁴⁴ DUBERNARD C., *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n°877) relatif à la politique de santé publique*, Rapport n°1092 (1^{ère} partie), 25 septembre 2003

⁴⁵ Anses, *L'antibiorésistance dans les élevages*. Site disponible sur : www.anses.fr/fr/content/antibiorésistance (dernière consultation le 12 juillet 2013)

⁴⁶ DOUBLET B., BOUSQUET-MELOU A., MADE J.Y, *Le concept « One Health » en antibiorésistance et les flux de gènes*, *Innovations agronomiques* 24, 2012, p.79-90

⁴⁷ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2009*, Les indicateurs de l'OCDE 2009

⁴⁸ Brochure pédagogique de la Direction Générale de la Santé, *Loi relative à la politique de santé publique, 9 août 2004 : objectifs et enjeux*, février 2005.

⁴⁹ TABUTEAU D., *Santé publique 2010*, volume 22, n°2, p. 253-264

De plus, un rapport annexé à la loi définit cinq plans stratégiques et cent objectifs définis par le GNTDO, dans la majeure partie des cas en termes mesurables et quantifiés, afin de pouvoir suivre l'évolution des problèmes de santé qu'ils visent. L'évolution de la santé de la population dans les délais impartis par la loi donnera une idée de l'impact des actions votées, qu'elles soient nationales ou locales. La loi réaffirme la nécessité du maillage des actions en confirmant le niveau régional comme l'échelon territorial optimal de définition et de coordination de la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Les cinq plans stratégiques sont dédiés à la lutte contre le cancer, à la lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, à l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et à l'amélioration de la prise en charge des maladies rares⁵⁴.

Les cent objectifs concernent aussi bien les principaux déterminants (addictions, nutrition, environnement général, environnement de travail, etc.), que ceux relatifs aux pathologies (maladies infectieuses, maladies chroniques, maladies cardiovasculaires, cancers, maladies rares, santé mentale, etc.) ou à la santé aux différents âges (personnes âgées, santé de la reproduction, santé de l'enfant, etc.). Leur énumération illustre la difficulté, inhérente à la politique de santé, de définir des priorités.

Cette loi prévoyait notamment une révision législative quinquennale afin d'inscrire la santé publique dans le paysage de la santé. A ce jour, aucune nouvelle loi de santé publique n'a été votée par le Parlement ou proposée par le Gouvernement, la loi de 2009 ayant été repoussée *ad vitam eternam* par l'ancien Gouvernement. Quelques dispositions ont été inscrites dans la loi HPST de 2009 comme la prévention des risques liés au radon ou à l'obésité, mais sans vision globale et de façon totalement parcellaire. En autorisant la publicité pour l'alcool sur internet du fait de la mobilisation des lobbys alcooliers, elle a même marqué un recul en matière de lutte contre l'alcoolisme.

Le nouveau Gouvernement en place a annoncé une grande loi de santé publique pour le début de l'année 2014. Reste à voir si ce nouveau texte verra effectivement le jour ou pas. Malgré cette absence de « grande loi », le secteur de la santé a été marqué par un foisonnement de « *textes relatifs à la santé ou à l'assurance maladie (douze au total) de façon directe ou indirecte via sept lois concernant les collectivités locales, l'environnement, la protection de l'ordre public ou encore la simplification du droit, ayant eu une incidence directe sur la législation sanitaire. Il faut ajouter à cela les quinze ordonnances⁵⁰ intervenues sur le champ de la santé depuis 2004 dont certaines ont modifié substantiellement des pans entiers des parties législatives des codes de la santé publique et de la sécurité sociale.* »⁵⁴

⁵⁰ Ordonnances n° 2004-1174, 2005-406, 2005-804, 2005-866, 2005-1040, 2005-1087, 2005-1112, 2005-1566, 2007-613, 2008-480, 2009-1585, 2009-1586, 2010-18, 2010-49 et 2010-177.

2. Critiques de ces lois et directives

a) Etude institutionnelle

Depuis la loi de 2002, l'article L. 1411-1 du code de la santé publique proclame que « *La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels* » : la définition d'une politique de santé au niveau national devient donc nécessaire. La loi de 2004 ajoute même que « *la détermination de ses objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat.* »⁵⁴

C'est à ce titre que la loi du 9 août 2004 a porté création du Haut Conseil de la Santé Publique⁵¹ (HCSP), qui reprend les missions du Haut Conseil de la santé instauré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (lui-même succédant au Haut Comité de santé publique) et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). C'est à cette instance que revient la fonction d'expertise puisqu'elle est chargée de la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, l'évaluation des objectifs nationaux de santé publique, le suivi annuel, la conception et l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ainsi que les réflexions prospectives et des conseils sur des questions de santé publique⁵².

C'est ainsi que le HCSP a entrepris, dès 2007, l'évaluation des cent objectifs annexés à la loi de 2004. De même, comme pour de nombreuses lois, le Parlement a dressé trois bilans d'application de la loi, un an après son adoption, soit en 2005⁵³, puis à nouveau en 2006 et en 2007.

En termes de méthodologie, l'évaluation faite par le HCSP s'est décomposée en plusieurs phases : détermination du caractère évaluable de chaque objectif, détermination pour les objectifs évaluable du niveau d'atteinte, émission d'une conclusion sur le degré d'atteinte

⁵¹ Article 2 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Site disponible sur : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B07E1A25AFF79F607D3D18ED67D123B7.tpdjo07v_2?idArticle=JORFARTI000002033617&cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=29990101](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B07E1A25AFF79F607D3D18ED67D123B7.tpdjo07v_2?i dArticle=JORFARTI000002033617&cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=29990101) (dernière consultation le 23 juillet 2013)

⁵² Missions du Haut Conseil de la santé publique. Site disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp (dernière consultation le 25 juillet 2013)

⁵³ L'article 86, alinéa 8, du règlement de l'Assemblée nationale prévoit qu'à « *l'issue d'un délai de six mois suivant l'entrée en vigueur d'une loi [...] un rapport sur la mise en application* » soit présenté

de l'objectif et sur l'opportunité de le reconduire et repérage des programmes et actions ayant pu contribuer à la réalisation de cet objectif⁵⁴.

Ainsi, sur les cent objectifs annexés à la loi de 2004, 56 ont été considérés comme évaluable en 2009. Parmi ces 56 objectifs, 10 s'avèrent globalement atteints et 13 ne le sont que partiellement. Parmi les 33 objectifs non atteints, les indicateurs associés évoluent favorablement pour 14 d'entre eux.

Pour les 44 objectifs non évaluables, 19 étaient non quantifiés (ils portaient sur l'altération des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie liée aux pathologies chroniques invalidantes, ou faisaient intervenir des dimensions sociétales ou éthiques) et 25 étaient quantifiables mais 7 ne disposaient pas d'indicateurs, 4 avaient un indicateur non renseigné et 14 ne présentaient qu'une mesure isolée.

Dans le cas des enfants, les indicateurs les concernant directement ont évolué comme suit⁵⁵ :

- Thème nutrition :
 - l'objectif 12 (obésité de l'enfant) est considéré comme globalement atteint mais est entaché de fortes inégalités entre catégories socioprofessionnelles,
 - l'objectif 10 (consommation de fruits et de légumes) est considéré comme atteint en moyenne chez les adultes, mais pas dans les catégories socioprofessionnelles défavorisées, ni chez l'enfant.
- Thème maladies infectieuses : l'objectif 42 (couverture vaccinale) est considéré comme partiellement atteint puisque les niveaux de couverture vaccinale sont variables selon les vaccinations et les classes d'âge.
- Thème qualité de vie : l'objectif 31 (douleur post-opératoire, cancéreuse et lors de soins aux enfants) est, en terme de mortalité, atteint, mais la fréquence des séquelles lourdes reste non évaluée à ce jour.
- Thème santé de l'enfant : l'objectif 93 (mortalité par accidents de la vie courante) connaît une tendance évolutive favorable entre 2000 et 2006, mais n'atteint pas le niveau de réduction souhaité de 50%.
- Thème santé mentale : l'objectif 92 (suicides) connaît une évolution très lente, surtout chez les jeunes, avec de grandes disparités régionales.

⁵⁴ Rapport du Haut Conseil de la santé publique, *Objectifs de santé publique, Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, Propositions*, Collection Avis et rapports, Avril 2010, p. 10-12

⁵⁵ Indicateurs recensés dans le rapport du HCSP et ayant trait de façon directe (listés comme appartenant au thème « Santé de l'enfant ») ou pas aux enfants

- Thème santé de l'enfant : l'objectif 91 (caries dentaires à 6 et 12 ans) est atteint en moyenne chez les enfants de 12 ans mais pas dans certaines catégories socioprofessionnelles (agriculteurs, ouvriers, inactifs, enfants scolarisés en Zone d'Education Prioritaire (ZEP) ou zone rurale). Il n'est pas atteint d'après les données recueillies en 2006 pour les enfants âgés de 6 ans, quel que soit l'environnement socio-économique.
- Les objectifs 74 (asthme) lié au thème des maladies respiratoires, 33 (renonciation aux soins) lié au thème des inégalités sociales de santé ainsi que 93 (traumatismes non intentionnels dans l'enfance), connaissent une évolution favorable.
- Les objectifs 62 (épilepsie de l'enfant), 67 (atteintes sensorielles de l'enfant), 95 (traumatismes intentionnels dans l'enfance) et 96 (troubles du langage) ont été considérés comme non évaluables,

Il ressort de cette évaluation une difficulté notable de quantification d'un certain nombre d'objectifs, l'annexe du rapport (détaillant les cent objectifs) précise que certains objectifs ont pour « *préalable la production d'autres connaissances scientifiques* » et d'autres ont « *pour préalable la production d'informations épidémiologiques* »⁵⁶.

La liste même de ces objectifs est révélatrice : la loi a voulu balayer tous les sujets, la plupart des difficultés et un grand nombre de maladies. L'approche se fait donc par catégories, pour lesquelles les indicateurs doivent permettre de quantifier le degré d'atteinte de l'objectif. La réduction des inégalités sociales en matière de santé n'est pas abordée de façon globale mais plutôt de façon parcellaire, selon des objectifs déterminés⁵⁷.

Ceux-ci sont limités à deux objectifs sur les cent contenus dans le rapport :

- L'objectif 33 « *Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la Couverture Maladie Universelle (CMU)* ». Le but préalable de cet objectif est d'analyser les conséquences d'un effet seuil lié aux revenus sur le recours aux soins,
- L'objectif 34 : « *Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans* ». Le but poursuivi est, selon l'annexe, d'identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine. Les indicateurs que l'annexe propose d'utiliser sont la

⁵⁶ Annexe du projet de loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique déposé à l'Assemblée Nationale

⁵⁷ Objectif 33 « *Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.* » afin d'analyser les conséquences d'un effet seuil

probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

Les inégalités sociales d'accès aux soins ne comprennent donc que l'accès aux soins des personnes souffrant de l'effet seuil et la réduction de l'écart d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles. Cela reste en deçà de ce qui est nécessaire dans ce domaine.

Pour le reste, si la démarche est louable, elle n'en reste pas moins épidémiologique et dépendante des lois de financements de la sécurité sociale. En effet, la loi de 2004 ne peut prévoir de financements en raison du dispositif constitutionnel lié au budget santé. Ces lois quinquennales ne sont donc que des lois programmatiques conditionnées par l'attribution d'un budget adéquat par le Parlement. Par ailleurs, la multiplication des objectifs dessert la clarté et la lisibilité des politiques.

Le parallèle peut être fait avec le dispositif initialement prévu par la loi de 2002 : les parlementaires fixaient les objectifs en juin et débattaient du budget en octobre. Là, le Parlement fixe les objectifs lors de la loi de santé publique et débat du budget à y consacrer durant les cinq années initialement imparties. Dans le cas présent, il serait intéressant d'avoir une nouvelle évaluation de la loi de 2004, neuf ans après son adoption puisqu'aucune nouvelle loi n'est venue fixer d'autres objectifs depuis.

Au-delà de la volonté politique affichée, au bout d'un certain temps, il est possible de supposer que celle-ci s'étirole au gré des contraintes financières évolutives et plus forcément en adéquation avec les priorités établies à l'époque. Par ailleurs, la notion de priorités est plutôt relative dans la mesure où cent objectifs ont été établis, sans ordre de réalisation fonction de l'urgence ou de l'importance. Cela a éparpillé les efforts ; preuve en est : seuls 10 objectifs sont atteints, 23 si l'on compte également ceux partiellement atteints (au nombre de 13 selon le HCSP).

Sur le plan de la mise en application de la loi⁵⁸, un an après son vote, 87 articles sur les 158 qu'elle comprenait étaient encore inapplicables, pour la plupart en raison d'un défaut de parution des textes réglementaires d'application. Ces retards sont liés à la fois aux nombreuses consultations et procédures préalables nécessaires et à l'engorgement du ministère (et plus particulièrement de la Direction Générale de la Santé (DGS)) lié à la mise en œuvre simultanée de plusieurs réformes, en particulier la loi sur l'assurance maladie.

En effet, la seule année 2004 compte quatre grandes lois relatives à la santé dont la loi de santé publique : la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance ma-

⁵⁸ DUBERNARD C., *Rapport en application de l'article 86, alinéa 8 du Règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la mise en application de la loi n°2004-806 du 13 août 2004 relative à la politique de santé publique*, Rapport n°2207, 23 mars 2005

ladie. D'ailleurs, cette dernière, porteuse de mutations profondes en matière d'organisation du système de soins, comprend des mesures ayant trait à la santé publique mais non considérées comme telles par les dirigeants de l'époque.

Elle révèle la difficulté d'appréhension des différences entre santé, santé publique et assurance maladie : le parcours de soins coordonnés, le dossier médical personnel, les affections de longue durée, la coordination ville-hôpital, l'amélioration de l'accès aux soins via les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, la formation médicale continue ou encore la responsabilisation du patient via la mise en place de la contribution forfaitaire sont autant de mesures ayant trait à la santé publique mais qui se sont retrouvées dans une loi relative à l'assurance maladie.

Il existe donc clairement un fossé entre la santé publique et l'assurance maladie : la santé publique est considérée de façon épidémiologique, là où l'assurance maladie est considérée d'un point de vue économique, plus communément admis comme la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Les objectifs de la loi de santé publique sont considérés en catégories, sans prendre en compte les conditions de financement, alors qu'à l'époque, le même ministère était chargé de la santé et de l'assurance maladie. Il semblerait qu'il y ait une difficulté d'approche de ces thèmes : les définitions se mêlent et se confondent.

Au final, trois bilans d'application de cette loi seront faits : le 23 mars 2005, le 23 novembre 2005 et le 24 janvier 2007. Le dernier en date a dénoncé un contraste saisissant entre la fluidité de parution des textes réglementaires relatifs à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et la lenteur qui a caractérisée la parution de ceux de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. En effet, trois ans après son vote, 21 articles sont toujours inapplicables, faute de parution des textes adéquats.

Selon le rapport, ces retards seraient toujours dus aux nombreuses consultations et procédures préalables nécessaires et à l'engorgement du ministère (et plus particulièrement de la DGS). Il souligne d'ailleurs que deux dispositions « emblématiques »⁵⁹, dont une concernant le suivi sanitaire des élèves et étudiants scolarisés, prévue à l'article 9, sont « victimes de retards préoccupants »⁶⁰. Cet article établissait qu'un contrôle médical de prévention et de dépistage soit effectué de façon régulière pendant tout le cours de la scolarité obligatoire et proposé au-delà de cet âge limite. Selon le Gouvernement de l'époque, pour des raisons d'ordre économique (en plus de la visite médicale prévue à l'âge de 6 ans, la loi introduisait des visites aux âges de 9, 12 et 15 ans), il était préférable d'attendre l'examen du projet de loi réformant la protection de l'enfance (au premier semestre 2007), avant de reprendre, en concertation avec le ministère de l'éducation nationale, l'élaboration d'un nouveau décret.

⁵⁹ Selon le rapporteur

⁶⁰ Selon le rapporteur

L'exemple de cet article montre bien tout le paradigme de cette loi : des dispositions adoptées sans financement prévu et des textes d'application restés fort longtemps en attente. De plus, concernant les mesures particulières aux enfants et élèves, des concertations sont nécessaires entre différents ministères. Or, il semblerait que les circuits de discussions interministérielles pénalisent la mise en place de ces mesures, qui restent alors en suspens.

b) Etudes sociologiques

Il est unanimement reconnu que l'expression « politiques de santé » désigne plus souvent des actions en direction de la maladie et des traitements, influées ces derniers temps par une volonté grandissante de maîtrise des dépenses de santé. Le mot « public » renvoie au pouvoir des autorités publiques face à un bien collectif⁶¹, dont les activités sont vastes : organisation des soins, lutte contre les épidémies, sécurité sanitaire, prévention ou encore éducation à la santé sont autant de secteurs sur lesquels il faut agir.

La santé publique est un bien collectif, impacté par agrégation des comportements individuels. Ce constat amène à considérer qu'une politique susceptible d'orienter les comportements individuels pour qu'ils bénéficient à la santé publique est une base pour les politiques de santé publique actuelles. En effet, celles-ci visent à réduire la prévalence d'un certain nombre de pathologies au sein de la population, notamment au vu du coût induit pour la collectivité par la survenance de ces maladies. D'ailleurs, le glossaire européen en santé définit la santé publique comme : « *La science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société* »⁶².

La politique de santé publique telle qu'elle est pratiquée de nos jours vise à identifier les comportements à l'origine de la survenue des pathologies puis à tenter d'impacter ces comportements pour réduire leurs conséquences puisqu'ils sont souvent inducteurs de pathologies. Une évolution est donc clairement survenue en comparaison à la pratique de la santé publique des siècles précédents : l'hygiène, la vaccination et la réduction des épidémies sont considérés comme un acquis, du moins en théorie, au vu de la régression significative des maladies infectieuses. Les concepts et considérations économiques sont de plus en plus prégnants en matière de politiques de santé publique, faisant de la santé un « bien » supérieur à préserver. En témoigne la sanitarisaiton croissante de la société : le bien-être, les médicaments de confort ou encore la volonté d'allongement de la durée de la vie en bonne santé

⁶¹ BERGERON H., *Chapitre 3 / Les politiques de santé publique*. In : BORRAZ O. et GUIRAUDON V., *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po « Académique », 2010, p. 79-111

⁶² Définition de la santé publique dans le Glossaire européen. Site disponible sur : www.bdsp.tm.fr/Glossaire (dernière consultation le 25 juillet 2013)

sont autant d'indicateurs de la place de plus en plus importante accordée à la santé dans nos sociétés actuelles.

La loi de santé publique de 2004 est d'ailleurs une illustration flagrante de la volonté de modification des comportements : la définition des objectifs est une approche comportementale, qui se cantonne à l'aspect épidémiologique et n'aborde que très peu l'impact des déterminants sociaux. Ces derniers sont pourtant décisifs dans le creusement des inégalités liées à la santé, qui elles-mêmes entretiennent les inégalités sociales. Pour rappel, seuls deux objectifs abordaient la question des inégalités de santé particulièrement et des inégalités sociales globalement.

Au vu du contexte économique, l'Etat n'a plus les moyens de renforcer les politiques de lutte contre les inégalités sociales et cela se voit notamment dans les difficultés rencontrées face à l'objectif de maintenir ou de développer un niveau élevé de protection sociale, seul pilier permettant de garantir, en théorie, une porte d'entrée dans le système de soins.

La volonté d'agir principalement sur les facteurs de risque individuels découle de ce désengagement progressif de l'Etat en matière de solidarité. Les politiques visent aujourd'hui à autonomiser l'individu face à ses choix et de trouver « *dans l'esprit même des individus la dynamique qui permettra d'initier la transformation du comportement individuel. On va donc travailler sur leurs représentations collectives et sociales, chercher à susciter un plaisir de transformation individuelle en jouant sur les attitudes, les croyances, pour au final essayer d'amener l'individu à transformer son comportement. Par conséquent, les sciences qui ont été convoquées pour appuyer ce mouvement sont des sciences qui ont un regard essentiellement individualiste. La nouvelle santé publique correspond au développement de ce que Michel Foucault appelait « les technologies de soi » qui visent à jouer sur l'autonomie des individus pour, in fine, les rendre hétéronomes, c'est-à-dire dépendant ou agissant en fonction de normes de santé publique définies par d'autres. Tout en leur laissant la possibilité de ne pas adhérer à la direction suggérée.* »⁶³.

Les cent objectifs de la loi de 2004 reposent sur une approche essentiellement épidémiologique. L'épidémiologie étudie la fréquence et la distribution des maladies dans la population, tout en établissant leurs principaux déterminants ou facteurs. Si à l'origine, la contribution de l'épidémiologie à la santé publique n'est pas clairement apparente, un grand nombre d'autorités sanitaires actuelles utilisent la statistique sanitaire, le suivi de la mortalité et de la morbidité et les maladies à déclaration obligatoire (maladies épidémiques), dans l'objectif d'avoir une « activation automatique »⁶⁴ de l'action publique.

⁶³ BERGERON H., « Nouvelle Santé publique et individualisation », Prospective Jeunesse (Drogues, Santé, Prévention), p. 59

⁶⁴ Favre, 1992

Cette approche épidémiologique permet d'identifier les états de santé pathologiques ou anormaux des individus et d'y associer des facteurs de risques, correspondants à des comportements considérés déviants comme la consommation de tabac, d'alcool, de drogues ou la pratique de rapports sexuels non protégés, ou d'états biologiques en dehors des normes (hypertension, diabète etc.). Ces comportements ou états biologiques ont un impact sur la santé et sont fortement liés à des déterminants sociaux d'ordre démographique, culturel ou social et qui par là même, constituent à leur tour des facteurs de risques. La démarche épidémiologique doit donc tenir compte à la fois des facteurs de risques individuels, mais également des facteurs de risques structurels.

De plus, les progrès de la médecine de diagnostic, via la recherche biomédicale et génomique, ont établi des déterminants génétiques, accentuant par là même l'approche individuelle du risque. Les facteurs génétiques, combinés aux comportements potentialisateurs, prédisposent fortement et très en amont à la survenue de certaines pathologies. C'est ce qui explique que les politiques préventives de santé publique seraient l'avenir des politiques curatives de santé.

Ainsi, les politiques de santé publique tendraient à établir une doctrine visant à atteindre un idéal en matière de santé individuelle, qui lui-même permettrait de préserver la santé publique, qui serait le « bien » collectif. Cette doctrine s'établit selon des préceptes basés principalement sur une vision curative de la santé, vue à travers la maladie et donc entretenue par la prévention contre la survenue des maladies. La majeure partie des actions de prévention ou de promotion de la santé qui existent ciblent des maladies précises ou des états pathologiques déterminés : la maladie d'Alzheimer, les cancers, les troubles musculo-squelettiques, les troubles sensoriels, etc.

Dans le cas de certaines affections, le volontarisme politique se confronte aux contraintes économiques. Ainsi, l'alcoolisme ou même l'alcool est un facteur de risques pour de nombreuses pathologies. La réduction de la consommation d'alcool faisait d'ailleurs partie des cent objectifs de la loi de santé publique de 2004. Pour autant, le lobby alcoolier et son poids économique ont fait barrage à cette ambition et ont limité ses moyens d'action.

Henri Bergeron considère qu'il y a quatre savoirs qui forment une alliance visant à suggérer à l'individu qu'il reste maître de son choix, alors même que son comportement se voit imposer des normes ou des directions visant à le transformer. Ces quatre savoirs sont, selon lui :

- l'économie comportementale qui part du principe que les individus sont affectés de biais cognitifs qui obscurcissent leur rationalité et qu'il convient de jouer sur ces biais pour induire des changements comportementaux et orienter les décisions,
- la psychologie cognitive qui travaille sur ces biais et sur la façon de les manipuler pour inciter les individus à se comporter différemment,

- la neurobiologie et la neuro-imagerie qui étudient les réactions des individus et la façon dont leur système nerveux réagit à certains types de messages,
- le marketing social qui rassemble des techniques du marketing en les adaptant aux causes sociales.

Ce sont ces logiques qui sont au cœur aujourd'hui de la promotion de la santé : on ne fait pas d'éducation à la santé mais de la promotion de la santé qui vend un concept de bonne santé à des consommateurs. Publicités, bandes annonces, actions sur les prix, etc. sont autant de moyens propres à la société de consommation et qui ont été directement transposés au secteur de la santé, considérant que les médias de masse ont un pouvoir de transformation sociale important. C'est ainsi qu'à « *l'initiative de Simone Veil* »⁶⁷, l'action publique préventive se dote de moyens modernes de communication remplaçant l'éducation sanitaire moralisatrice par l'éducation pour la santé via des techniques de « *persuasion sociale* »⁶⁷. L'objet de cette dernière est de permettre à tout un chacun de trouver en lui-même les ressources nécessaires pour s'affranchir des déterminants nuisibles pour la bonne santé.

Toutefois, en économie, si l'on considère que « *l'utilité marginale d'un gain en espérance de vie aura tendance à décroître avec la richesse de l'individu* » (Moatti et al., 1993), on peut conclure que les populations les plus défavorisées privilégieront d'autres postes de dépenses que celui de la santé. La question des politiques de santé publique est donc étroitement liée à celle des inégalités sociales.

La loi relative à la santé publique d'août 2004 est un marqueur de l'évolution de la santé publique en France et a affirmé l'ambition de mettre l'approche préventive au cœur du paysage de la santé publique, encore dominé par l'approche curative. Comme beaucoup de grandes lois volontaristes en matière de santé, celle-ci a répondu à une crise sanitaire d'envergure : la canicule de l'été 2003.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a vu son rôle redéfini dans cette loi, affirmant ainsi la volonté d'avancer dans les champs de compétences de l'institut. Ainsi, l'Inpes est doté de missions de mise en œuvre des programmes de santé publique que la loi définit, d'expertise, de développement de l'éducation pour la santé et de participation aux « situations urgentes et exceptionnelles ». Au-delà de cet instrument de politique publique, la loi de 2004 est venue compléter les politiques de l'obésité et du surpoids, via le plan national « Nutrition santé » de 2001. Des initiatives pour améliorer la restauration scolaire ont été menées via des guides de nutrition, des campagnes de prévention sur ce thème dans les écoles, une vaste campagne de sensibilisation de la population et une politique de coordination des différents acteurs de la prévention locale. De plus, les distributeurs automatiques dans les écoles ont été retirés et des relais régionaux à la politique nationale de santé publique ont été créés par cette loi : les Groupements régionaux de santé publique (GRSP). Cet échelon institutionnel supplémentaire vient marquer, comme pour

toute nouvelle création d'institution, l'importance accordée par les politiques publiques au sujet traité par la nouvelle institution. Ces GRSP ont été par la suite intégrés aux ARS, suite à leur création en 2009. Leur objectif était de formaliser le travail accompli sur le terrain et de coordonner, dans un projet d'ensemble, les politiques locales de prévention et d'éducation à la santé. Le décloisonnement des politiques de santé publique et l'instauration d'une « culture de la santé publique » étaient également des objectifs poursuivis par la mise en place des GRSP et du projet que celles-ci pilotent. Toutefois, la multiplication des strates décisionnels et des textes législatifs crée une confusion et une dispersion des efforts.

Les cent objectifs définis par la loi établissent la politique de santé publique et sa capacité à évaluer l'état de santé de la population. Cette surveillance et cette évaluation permanentes des états de santé, sur la base du recueil et du traitement des données épidémiologiques, sont confiées à l'InVS dont les missions ont été redéfinies par la loi de 2004. Ce travail permet d'identifier les facteurs de risques afin d'élaborer les bases fondant les politiques de santé publique.

La loi de 2004 stipule ainsi que « *la politique de santé publique [...] traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie* ». Et il est ajouté qu'elle « *incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé* »⁶⁵. La politique de santé publique a vocation à fortement agir sur les comportements individuels, considérés comme la principale variable politique d'ajustement. Ces comportements sont conditionnés par l'environnement et par l'offre, elle-même régulée par des impératifs *a minima* des pouvoirs publics⁶⁶.

La santé publique pointe, à divers niveaux, la contribution décisive des inégalités sociales et économiques dans la création des inégalités de santé. Le désengagement progressif de l'Etat en matière de solidarité et de couverture sociale rejoint le transfert de responsabilité sur l'individu, raisonnement sous-jacent à une logique purement économique qui voudrait que chacun soit responsable de sa protection sociale. Si l'action de l'Etat est limitée par un certain nombre de contraintes, se fixer pas moins de cent objectifs à atteindre relève d'une logique d'échec programmé.

⁶⁵ Projet de loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, p.109

⁶⁶ Exemple : la charte de l'agro-alimentaire dans le cadre de la lutte contre l'obésité.

C. Les acteurs de la santé publique

1. Les acteurs institutionnels et les professionnels de santé

Les politiques de santé publique doivent permettre de mener des actions coordonnées, sur le territoire, afin de permettre de gommer les inégalités, d'améliorer les indicateurs de santé et de créer et maintenir la bonne santé partout sur le territoire. A ce titre, de nombreux acteurs sont mobilisés et interviennent dans ce champ.

Les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent de progresser en Europe et la France fait partie des pays où les femmes vivent le plus longtemps (84,8 ans), les hommes se situant dans la moyenne (78,2 ans)⁶⁷. Toutefois, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans et au-delà est en baisse pour les femmes : elle est de 8,6 ans (diminution de 0,2), contre 8,8 ans pour les hommes⁶⁸.

De même, par catégories sociales, les écarts d'espérance de vie à 35 ans sont également très marqués. *« Ils témoignent de l'effet combiné de comportements de santé, de niveaux d'exposition à des risques environnementaux et de conditions de travail différenciés entre groupes sociaux et soulignent l'intérêt d'une approche démographique et sociale dans l'analyse de l'état de santé de la population »*⁷¹. A cela s'ajoutent de fortes disparités territoriales, alors même que l'Etat doit être le garant d'un égal accès à la santé pour tous sur tout le territoire⁶⁹.

a) Les différents acteurs et leurs rôles

En France, selon l'article L 1411-1 du Code de la santé publique, la politique de santé publique concerne :

⁶⁷ DANET S. , *L'état de santé de la population en France, Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011*, Etudes et résultats, juin 2012, n°805

⁶⁸ INSERM, *Espérance de vie en bonne santé : dernières tendances*, Communiqué, 17 avril 2013

⁶⁹ Direction Générale de la Santé, *Introduction : L'organisation du système de santé publique*, Santé publique 2004, volume 16, n°4, p. 645-654

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- La lutte contre les épidémies ;
- La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
- L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
- L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
- La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies.

L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Au niveau national, aux côtés du Ministère de la santé et de ses services centraux que sont la DGS et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), un certain nombre d'institutions participent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique.

Le Haut Conseil de la Santé Publique, qui reprend les missions du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France et celles du Haut Conseil de la Santé, assure les missions d'expertise, de concertation, de coordination, de programmation et de mise en œuvre⁷⁰.

Le Comité National de Santé Publique (CNSP), qui réunit les missions du Comité National de la Sécurité Sanitaire (CNSS) et du Comité Technique National de Prévention, veille à l'élaboration interministérielle de la politique de santé publique. Il coordonne l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention, il analyse les événements susceptibles d'affecter la santé de la population et contribue à l'élaboration de la politique du Gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et examine les conditions de financement⁷⁸.

⁷⁰ CARSUZAA J-M, *La santé publique : la politique définie au niveau national*, Santé publique, lettre d'information du CNFPT, juillet 2012

La Conférence nationale de santé a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle élabore notamment, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions⁷⁷.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques, afin de mettre en place la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population. Il est chargé de la veille et de la vigilance sanitaires et contribue à la gestion des situations de crise sanitaire⁷⁸.

La Haute Autorité de Santé (HAS) est chargée de développer l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et mettre en œuvre la procédure de certification. Elle élabore des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles, qu'elle diffuse, et elle émet un avis quant à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients⁷⁷.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé met en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique, il exerce une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, assure le développement de l'éducation à la santé et peut participer à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives⁷⁷.

L'Institut national du Cancer (INCa) est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Il observe et évalue le dispositif de lutte contre le cancer, définit des référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ainsi que des critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la cancérologie, informe les professionnels et le public, participe à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer, met en œuvre, finance et coordonne des actions particulières de recherche et de développement et réalise des expertises sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer⁷⁸.

Au niveau national existent donc de nombreux organismes chargés de la création et de la mise en œuvre des politiques de santé publique. Toutefois, la multitude de tâches confiées et la transversalité de certaines missions rendent compliquée la coordination de ces organismes. A cet échelon s'ajoutent des compétences régionales qui viennent compléter l'ensemble.

Les Agences Régionales de Santé ont pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé en liaison avec les

autorités compétentes et en concertation avec les professionnels de santé, dans le domaine de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile⁷¹.

Les conférences régionales de santé et de l'autonomie ont un rôle fondamental de concertation, qui constitue un préalable à l'établissement d'un certain nombre d'objectifs pluriannuels de la région. Elles sont destinées à mieux intégrer les spécificités de la région comme les attentes des acteurs et des usagers du système de santé.

Les structures intervenant en santé publique sont multiples, mais peu ont une taille critique suffisante pour être performantes⁷². Les actions qu'elles entreprennent ne peuvent être efficaces sans l'implication quotidienne d'un grand nombre d'acteurs de terrain qui veillent à la cohérence et l'application des directives adoptées.

Que ces personnes soient issues du corps médical ou d'acteurs du quotidien dont l'action est fondamentale auprès de la population comme les enseignants ou les assistantes sociales, il est nécessaire d'établir une stratégie où chacun joue un rôle de façon concertée et coordonnée.

Or, à ce jour, en référence aux textes existants, seuls certains professionnels de santé ont, dans leurs missions, la notion de santé publique clairement apparente.

Ainsi, le médecin généraliste de premier recours doit « *contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour [leurs] patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé [...]* Contribuer aux actions de prévention et de dépistage »⁷². De même, les chirurgiens-dentistes pratiquent l'art dentaire qui comporte « *la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus adjacents* »⁷³, les sages-femmes peuvent procéder à « *la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* »⁷⁴ et elles sont autorisées à « *pratiquer la vaccination* » pour certains vaccins dont la liste est arrêtée par décret⁷⁵.

⁷¹ Le CISS, *Organisation du système de santé : la loi HPST et l'organisation régionale du système de santé*, CISS Pratique, Fiche thématique du CISS n°39, 2012

⁷² Article L 4130-1 du Code de la santé publique

⁷³ Article L 4141-1 du Code de la santé publique

⁷⁴ Article L 4151-1 du Code de la santé publique

⁷⁵ Article L 4151-2 du Code de la santé publique

Le diététicien, quant à lui, dispense « *des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. Les diététiciens contribuent à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité, ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition* »⁷⁶. Enfin, l'infirmier « *participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement* »⁷⁷ et peut effectuer certaines vaccinations, comme les sages-femmes.

Ni les pharmaciens, ni les masseurs-kinésithérapeutes, ni les psychomotriciens, ni les orthophonistes, ni les orthoptistes, ni les aides-soignants, ni les opticiens-lunettiers, ni les auxiliaires de puériculture, ni les audioprothésistes n'ont de missions relatives à la santé publique, à l'éducation à la santé ou encore à la promotion de la santé citées dans la partie législative du code de la santé publique, alors même qu'ils sont quotidiennement en contact avec la population et qu'ils établissent des relations privilégiées basées sur la confiance et sur les relations de soignants à soignés. Au-delà de l'effet médico-centré du rôle des professionnels de santé autres que médecins, la force que représente le corps de ces professionnels n'est pas utilisée.

b) Le pharmacien : un acteur majeur ?

Le pharmacien est l'un des professionnels de santé les plus appréciés par les français⁷⁸. Son exercice professionnel comporte des missions spécifiques de santé publique, que ce soit à l'officine, à l'hôpital, dans l'industrie ou en laboratoire de biologie médicale. Le code de déontologie des pharmaciens, dans les dispositions communes à tous les pharmaciens, stipule que ce dernier doit « *contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuel-*

⁷⁶ Article L 4371-1 du Code de la santé publique

⁷⁷ Article L 4311-1 du Code de la santé publique

⁷⁸ Selon une étude IPSOS Santé « Les français et leur pharmacien » réalisée par l'Ordre des pharmaciens en janvier 2008, 87% des personnes interrogées considèrent que le pharmacien est avant tout un professionnel de santé et le placent en tête des professions qu'ils apprécient le plus. Enquête Vision Critical « Image et attachement des français à la profession de pharmacien », novembre 2009

santé publique, le pharmacien relaie les campagnes de dépistage des maladies et transmet des informations valides scientifiquement sur les moyens de prévention et les maladies de façon adaptée et accessible au public. Sa relation privilégiée avec les patients permet au pharmacien de repérer les personnes à risques et de les orienter vers le professionnel de santé adéquat.

Le second de ces rôles relève de l'information et de l'accompagnement du patient. En effet, l'observance est améliorée quand le patient comprend sa maladie, son traitement et les mécanismes d'action. Il est du rôle du pharmacien de délivrer une information claire, compréhensible et accessible à son patient, après avoir évalué les besoins de ce dernier.

Si le médicament est un outil de soins indispensable, il n'en reste pas moins un produit non anodin, pour lequel il convient de promouvoir le bon usage. Cela relève du rôle du pharmacien, qui, lors de la dispensation, expliquera les modalités de prises et les techniques particulières d'administration s'il y en a et veillera, dans le cas des maladies chroniques, à accompagner son patient face aux symptômes ou à leur absence dans certains cas, à gérer les effets indésirables et à adapter les prises et posologies avec le patient. A ce titre, le pharmacien participe au système national de pharmacovigilance en déclarant aux autorités compétentes les éventuels effets indésirables rapportés par les patients.

En outre, certains médicaments nécessitent l'usage de techniques particulières, comme par exemple les instillations de collyre ou encore l'inhalation d'antiasthmatiques. Dans ce genre de situations, en plus des explications, le pharmacien doit faire une démonstration à son patient et permettre à ce dernier un essai afin de vérifier sa bonne compréhension des gestes d'utilisation. Au-delà des techniques particulières, certains médicaments nécessitent un dialogue comme la pilule du lendemain ou les contraceptifs, particulièrement chez les jeunes.

Dans le cas des maladies chroniques, il est essentiel d'accompagner le patient dans l'apprentissage de l'autosurveillance en cas de nécessité d'automesure et de la pratique quotidienne de son traitement. Il s'agit d'éduquer le patient à reconnaître un certain nombre de signes d'alerte qui permettent de détecter un mauvais contrôle de la maladie, la survenue d'un effet indésirable majeur, etc.

Enfin, le soutien et l'accompagnement des patients sont primordiaux : de par son accessibilité et la fréquence des contacts, le pharmacien occupe une place privilégiée tout au long du parcours de l'individu. En cas de difficultés, de survenue de complications, de chute de confiance ou de motivation, la personne a besoin d'encouragement, de disponibilité, d'empathie, d'intérêt et de conseils.

Si ces rôles quotidiens font partie des obligations du pharmacien, le mode de rémunération de ces professionnels de santé est contradictoire avec ces objectifs : être payé à la boîte ne pousse pas au développement du conseil et du suivi. L'aspect commercial est bien trop pré-

sent dans les préoccupations des chefs d'entreprises que sont les pharmaciens. Une évolution avait commencé avec la loi HPST en 2009, qui avait pour objectifs entre autres, d'améliorer la coopération interprofessionnelle et de décloisonner le système de soins. Cette loi avait détaillé les missions décrites ci-dessus et avait officialisé le rôle du pharmacien dans le cadre des soins de premier recours, notamment dans les zones médicales sous dotées.

Les dispositions de cette loi ont naturellement trouvé leur prolongement dans la dernière convention pharmaceutique⁸³ concernant l'évolution du mode de rémunération des pharmaciens, signée le 4 avril 2012 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens (la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF)). Véritable évolution du métier de pharmacien, son ambition est de revaloriser le rôle de santé publique de celui-ci en diversifiant son mode de rémunération et en portant des engagements individualisés de suivi, de qualité, d'efficacité et de modernisation.

Cette convention porte sur cinq axes principaux : la qualité de la dispensation, l'efficacité de la prescription, la modernisation de l'officine, la création d'un honoraire de dispensation et la garantie de l'accès aux soins pour les patients. La coopération interprofessionnelle, le maintien à domicile, les entretiens pharmaceutiques, l'honoraire de dispensation et la rémunération sur objectifs sont autant de mesures nouvelles introduites par cette convention et primordiales en matière de renforcement des acteurs de santé publique sur le terrain.

2. L'entourage et l'environnement

En matière de santé, différents acteurs institutionnels sont mobilisés. A côté de ces acteurs, accompagner le développement des enfants requiert l'attention de tous, notamment des acteurs du quotidien. L'École est reconnue comme le lieu d'intervention privilégié pour l'éducation à la santé. Elle permet d'atteindre tous les enfants jusqu'à un certain âge, où ils sont par ailleurs particulièrement attentifs aux messages délivrés. Cette participation active à la construction des individus fait de cette période de la vie un moment très propice à l'éducation à la santé. Si le jeune âge est un facteur favorable à l'apprentissage, il n'en reste pas moins que plus tard, l'éducation à la santé doit continuer, afin de conserver à l'esprit l'apport fondamental de la santé. Le milieu professionnel, de par les conséquences qu'il peut avoir sur la santé et le temps qui y est passé dans la vie, est également un lieu favorable à la diffusion de messages de prévention et d'éducation à la santé.

⁸³ Article 74 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, modifiant l'article L. 162-16-1 du Code de la sécurité sociale

Le cercle familial, quant à lui, joue un rôle de premier plan et la participation des familles aux programmes d'éducation pour la santé est incontournable pour la réussite des objectifs.

a) L'environnement familial

Selon les époques, les pays et les cultures, l'organisation de la famille varie, mais, de manière constante, elle reste un élément fort de la construction identitaire de chaque individu. Le rôle des parents dans l'accompagnement de l'enfant, notamment dans le champ de sa santé est un paramètre majeur. Depuis des siècles, les parents se mobilisent pour la santé de leurs enfants, en évitant certains comportements, en soignant les maux et en prenant en charge la maladie. Ces cinquante dernières années, la responsabilité des parents a été progressivement renforcée par les textes de loi : ils sont responsables de la santé de leurs enfants et de la prévention.

En effet, chacun est aujourd'hui appelé à être acteur de sa santé et développer des attitudes lui permettant de bénéficier à long-terme d'un capital-santé⁸⁴. Toutefois, dans une société où les soins curatifs occupent encore une place importante, voir primordiale, les médecins laissent trop souvent de côté la question de l'environnement familial, alors même que le rapport de l'enfant à sa santé est conditionné par sa culture familiale et sociale. De plus, en considérant la relation entre l'enfant et le soignant comme une relation bipartite, les professionnels de santé risquent de neutraliser l'action parentale et peuvent empêcher des initiatives⁸⁹. Il convient de réserver un accueil particulier aux parents, afin de préserver leur rôle et d'encourager leur implication dans la santé de leurs enfants.

Cette vision appelle au développement d'actions éducatives, particulièrement à l'égard des populations jeunes, dont il faut pour autant préserver l'autonomie. L'article 371-1 du code civil énonce que l'autorité « *appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* ». Ainsi, les parents sont responsables de la santé de leurs enfants et toute intervention sur les enfants est soumise à autorisation parentale comme le stipule l'article 43 du code de déontologie des médecins. Cependant, de nombreuses interrogations surviennent quand les parents s'opposent, pour des raisons religieuses ou philosophiques, à la pratique de certains soins sur leurs enfants. Il existe une possibilité de recours à des mesures d'assistance éducative, décidées par un juge

⁸⁴ CICHELLI-PUGEALT C., *La santé des enfants, fonction parentale d'hier et d'aujourd'hui*, Dossier « Santé des enfants : la place des parents », *La santé de l'homme* 367, INPES, septembre/octobre 2003, p.10-12

des enfants, quand des attitudes ou des décisions parentales mettent en danger la santé ou la vie de l'enfant.

Au-delà des parents, de nombreuses personnes interviennent au sein même de cet espace privé de la famille, tant auprès des enfants que de leurs parents, de façon ponctuelle ou de façon régulière, et proposent d'autres manières d'agir. Les parents et enfants doivent donc gérer plusieurs registres de savoirs, d'opinions et d'expériences ; faire des choix, dans une attitude permanente d'ajustements et d'essais, guidée par leurs réussites et leurs erreurs. Les compétences éducatives des parents seront extrêmement sollicitées dans l'accompagnement et la transmission tandis que les enfants doivent intégrer de multiples apprentissages et construire leur identité.

Mais avant même la naissance de l'enfant, les attentes de la société à l'égard des parents commencent. De la déclaration de grossesse aux examens obligatoires en passant par la préparation à la naissance ou aux attentes implicites de logement, vêtements, prénoms, etc. les étapes sanitaires et sociales avant la naissance de l'enfant sont nombreuses. A ce moment, l'implication des mères est plus marquée puisque la grossesse, très médicalisée, met la femme en première ligne de la surveillance de son enfant, au risque de perpétuer ce cantonnement de la femme à son rôle de mère, chargée de veiller sur les plans affectifs et sanitaires sur son enfant, alors que le père doit veiller à la sécurité physique et matérielle de la famille.

Après la naissance et notamment durant les premières années, les parents doivent apporter un certain nombre d'éléments à l'enfant : une nourriture adaptée à ses besoins, des conditions sanitaires permettant de lui donner les soins d'hygiène, la prise en compte des principales avancées en matière de soins aux enfants, lui éviter les nuisances de l'entourage (tabac, alcool, etc.), le tenir à l'abri des risques physiques de l'environnement naturel (soleil, intempéries) et de l'environnement quotidien (accidents domestiques, accidents de la route), respecter les vaccinations obligatoires, faire appel aux professionnels de santé compétents quand c'est nécessaire, apporter affection et sécurité, stimuler les apprentissages psychomoteurs et l'acquisition du langage et le protéger des mauvais traitements.

Toutefois, il est rare que dans la famille, l'apprentissage sanitaire se fasse de façon organisée et systématique. Il n'y a pas de moment dédié, mais une série de messages entremêlés que les enfants reçoivent au gré des activités, avec les contradictions internes à chacun. Si les parents fument, comment sensibiliser l'enfant aux méfaits du tabac ? Quel modèle lui rendre disponible ? Au-delà des contradictions internes, celles véhiculées par les autres biais d'information impactent également l'enfant. Que ce soit via radios ou télévisions, l'adéquation des programmes scolaires avec les objectifs de santé publique ou encore le contact avec des personnes ayant un rapport différent avec leur santé, les enfants reçoivent des messages qui ne sont pas forcément concordants avec ceux que leurs parents tentent de leur transmettre.

D'autant que depuis trente ans, la volonté du mineur doit être respectée quand elle apparaît éclairée, poussant à la reconnaissance d'un droit d'autonomie pour les enfants, droit source de contradictions importantes. La question de savoir s'il faut privilégier l'autonomie au détriment de la santé de l'enfant se pose régulièrement et renvoie à un dilemme important. L'enfant est acteur de sa propre socialisation et doit participer activement à la réussite de la transmission afin d'intégrer et d'assimiler les messages. Or, dans le souhait de marquer son identité originale, il peut chercher à se démarquer volontairement en adoptant des comportements dont il mesure l'inadaptabilité. A travers ces influences croisées, l'enfant, acteur de son apprentissage sanitaire, doit pouvoir développer son propre sens critique.

De plus, les conditions sociales et économiques ont un impact majeur sur l'éducation à la santé et ce, pour deux raisons. D'une part, « *l'action éducative parentale est pour partie conditionnée par la santé des parents eux-mêmes* »⁸⁵ et d'autre part, la santé, comme élément de la fonction parentale, accroît les inégalités sociales face à la santé et face aux facteurs de mortalité, notamment de mortalité évitable⁸⁵. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a classé les déterminants sociaux en deux catégories⁸⁶:

- les déterminants structurels, liés au contexte politique et socio-économique. La gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques fiscales, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société font partie des facteurs qui influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe et des origines ethniques.
- Les déterminants intermédiaires qui renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Le logement, la qualité de l'environnement, la consommation (aliments sains, vêtements chauds, tabac, alcool, etc.), l'activité physique et l'environnement physique du travail sont des éléments impactant ces déterminants.

Il est admis que la précarité sociale des parents, quand elle entraîne mal-être et souffrance psychique, rejaillit fréquemment sur les enfants, qui présentent alors des attitudes de repli, des comportements inadaptés ou des difficultés dans l'acquisition d'outils essentiels comme la lecture ou l'écriture. La question des inégalités sociales de santé est un enjeu central de la santé publique. Sa prise en compte, en France, est inscrite dans les missions des agences

⁸⁵ CRESSON G., *La famille, lieu d'apprentissages multiples*, Dossier « Santé des enfants : la place des parents », La santé de l'homme 367, INPES, septembre/octobre 2003, p. 15 à 16

⁸⁶ MOQUET M-J, POTVIN L., *Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention*, La santé de l'homme, juillet-août 2011, n°414, p.7-8

régionales de santé et est au cœur des objectifs en matière de santé de la loi portant refondation de l'École.

b) L'environnement scolaire et professionnel

Si l'environnement familial est fondamental en termes d'apprentissages, il ne peut être déconnecté de l'environnement scolaire et ces deux biais de transmission des savoirs doivent être en soutien l'un de l'autre. L'École est un espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté important pour les enfants, où l'on veille à leur santé et où l'on doit les aider à adopter des comportements qui préservent celle-ci. Etant fréquentée par toute une classe d'âge pendant de nombreuses années⁸⁷ et étant le lieu de l'apprentissage, l'École est l'endroit le plus propice pour instaurer, dès le plus jeune âge, la promotion de la santé et l'éducation à la santé⁸⁸.

« Santé et éducation sont étroitement liées et constituent ensemble le socle sur lequel s'appuie une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages »⁸⁹. De plus, accroître le niveau d'éducation contribue à améliorer la santé.

L'Éducation nationale définit l'éducation à la santé comme visant *« 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*

⁸⁷ Le taux de scolarisation en France est de 100% à l'entrée au primaire et de 97% à la fin de la scolarité obligatoire à 16 ans. 90% des élèves sont scolarisés pendant quinze ans, alors que dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la quasi-totalité des jeunes est scolarisée en moyenne douze ans. OCDE. Regards sur l'éducation, 2006. Site disponible sur: www.oecd.org/dataoecd/51/25/37392770.pdf (dernière consultation le 12 août 2013)

⁸⁸ L'École est, avec la famille et les médias, une source d'information sanitaire de premier plan pour les enfants. A titre d'exemple, une étude réalisée en 2004 par questionnaire sur 883 élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2) permet de situer la contribution de l'école du point de vue des élèves. Voir tableau 1 en annexe. Source : JOURDAN D., *Éducation à la santé, Quelle formation pour les enseignants ?*, Dossiers « Santé en action », Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010, 160 p.

⁸⁹ BROUSSOULOUX S., HOUZELLE-MARCHAL N., *Éducation à la santé en milieu scolaire, Choisir, élaborer et développer un projet*, Dossiers Varia, Editions INPES

santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences. »⁹⁰.

L'éducation à la santé doit répondre aux enjeux éducatifs, aux enjeux de santé publique et aux enjeux sociétaux, tout en s'adaptant aux besoins et envies des élèves. Elle suppose une participation active de ces derniers qui, en tant qu'acteurs principaux, doivent s'approprier les messages transmis afin de les intégrer et d'opérer leurs propres choix en matière de santé. Il n'est pas question de pousser à la promotion d'un unique mode de vie sain, mais plutôt à conduire chacun à se construire en ayant conscience des conséquences des conduites à risques, tout en sachant comment prendre soin de soi dans le respect de son corps et des autres afin de faire des choix éclairés, responsables et libres de contraintes, particulièrement en ces temps où les médias et le marketing occupent une place prééminente dans la société, impactant fortement les modes de vie et de consommation.

Toutefois, contrairement aux modules d'enseignement habituels, l'éducation à la santé n'est pas une discipline mais un « *objet mouvant* »⁹³, « *résistant à toute transmission descendante* »⁹¹. Il n'y a pas de corpus univoque de connaissances et de méthodes qu'il suffirait de transmettre aux acteurs de l'Ecole pour qu'ils l'enseignent. Ces acteurs comprennent à la fois les enseignants, mais également les directeurs d'établissements, les médecins scolaires, les inspecteurs académiques et les intervenants ponctuels au sein de l'Ecole. Des appuis existent en dehors de la structure de l'Ecole et c'est à ce titre qu'un partenariat actif a été mis en place en 2003 entre la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) et l'Inpes. Le but de ce partenariat est de faciliter la mise en œuvre de l'éducation à la santé dans les établissements scolaires, en particulier par la mise à disposition d'outils d'intervention, de documents d'information et de supports méthodologiques.

La question du rôle de l'Ecole se pose dans bien des domaines du fait de la demande sociale. L'éducation à l'environnement, à la sécurité, à la consommation, au développement durable sont autant de nouvelles exigences vis-à-vis de l'Ecole, vue comme le bras armé de l'Etat pour décliner ses politiques publiques dès le plus jeune âge et auprès d'un maximum de futurs citoyens. C'est une mutation importante en cours quant à la place de l'Ecole dans l'éducation des enfants. S'il est vrai que la part de cette institution est importante, il n'en reste pas moins qu'elle ne peut opérer seule. La famille, la communauté, l'université, le travail et l'entourage de vie sont autant de facteurs d'influence, qui, à différentes périodes de la vie, vont jouer un rôle plus ou moins important en matière de santé des individus.

⁹⁰ 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

⁹¹ JOURDAN D., *Education à la santé, Quelle formation pour les enseignants ?*, Dossiers « Santé en action », Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010, 160 p.

Dans le monde du travail, la question de la santé se pose de façon différente. Une corrélation étroite existe entre les conditions de travail et la santé des individus. En France, de dramatiques événements ont ponctué l'actualité de ces derniers temps⁹², rappelant douloureusement à quel point le travail est prégnant sur la vie des individus. Le stress professionnel est un facteur déterminant sur la santé physique et mentale des salariés et représente un coût faramineux pour la société. En 2007, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), en collaboration avec Arts et Métiers Paris Tech, a évalué le coût social du stress en France à 2 à 3 milliards d'euros, tout en insistant sur le fait que cette évaluation n'était qu'une évaluation a minima⁹³.

Depuis le XVIII^{ème} siècle, certaines maladies sont reconnues comme imputables à des métiers. Ainsi, chaque corporation disposait de modalités visant à limiter la pénibilité de son métier. L'industrialisation massive a généré des catégories ouvrières exposées qui, petit à petit, prirent conscience de leur condition et amenèrent la société à se mobiliser pour la modernisation et la régulation étatique du système capitaliste. Plusieurs lois ont alors été adoptées pour limiter ou contrôler certains aspects nocifs du travail (limitation du travail des enfants, création de l'inspection du travail). C'est à la fin du XIX^{ème} siècle que la notion de « risque professionnel » fut créée, établissant par là-même la présomption du caractère professionnel de l'accident. Au fur et à mesure du temps, l'inégalité professionnelle et sociale devant la maladie et la mort est établie et de plus en plus de liens entre les conditions de travail et la santé sont établis.

Ces trois dernières décennies ont vu le monde du travail évoluer, notamment par la généralisation de l'informatique et l'interdiction de l'amiante, laissant croire que la pénibilité physique et les nuisances physico-chimiques ont disparu. Or, cette évolution s'est accompagnée d'une autonomisation professionnelle de plus en plus marquée, d'une productivité attendue de plus en plus importante et d'une recherche de rentabilité de chacun de plus en plus exigeante. L'évaluation individuelle vient vérifier l'utilité du salarié dans son travail et si elle est aujourd'hui de plus en plus incriminée dans la destruction des collectifs de travail vu les rivalités qu'elle engendre, il n'en reste pas moins que durant longtemps ces rivalités étaient entretenues par le salaire aux pièces pour les ouvriers.

Le sentiment de travail dans l'urgence s'accroît, le risque ressenti d'agression augmente du fait du développement du contact avec le public et la manutention manuelle de charge avec gestes répétitifs est plus fréquente. De plus, la nature des contrats proposés et le contexte socio-économique actuel favorisent les situations de précarité et d'instabilité. Tous ces facteurs contribuent à augmenter les risques de dégradation de la santé physique et mentale,

⁹² Selon les données de la CNAMTS/DRP, 107 décès par suicide ont fait l'objet d'une demande de reconnaissance au titre des accidents du travail au cours de la période janvier 2008- décembre 2009

⁹³ Travailler mieux : la santé et la sécurité au travail. Source : www.travailler-mieux.gouv.fr/Etudes-et-Chiffres-Cles.html

accentuant par là même les risques de rupture et d'exclusion professionnelle⁹⁴. Il apparaît que certaines catégories socio-professionnelles sont davantage exposées. Ainsi, « *les ouvriers sont, plus que tous les autres travailleurs, victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, mais aussi d'accidents cardiaques et, comme les agriculteurs, de surmortalité par suicide* »⁹⁵.

Le lieu de travail est donc créateur de lien social, promoteur d'épanouissement personnel, mais également générateur de problématiques de santé collectives et individuelles en lien avec l'exercice de sa fonction. La promotion de la santé au travail, convergence de la santé au travail et de la santé publique, doit donc s'ancrer davantage dans le monde du travail afin de tenir compte de l'environnement social et professionnel dans la santé de l'individu. Le Réseau européen de promotion de la santé au travail définit en 2001 sa vision de la promotion de la santé au travail qui concerne « *les efforts combinés des employeurs, des travailleurs et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Ceci peut être obtenu par une combinaison de l'amélioration de l'organisation et de l'environnement de travail, la promotion de la participation active et de l'encouragement du développement personnel...* »⁹⁶.

La promotion de la santé au travail doit intervenir en amont de la survenue d'une crise, afin d'identifier les risques et les gérer tout en travaillant sur une globalisation des rapports entre la santé et le travail. A ce titre, il est important de prendre conscience des responsabilités collectives face aux comportements de santé, de favoriser l'implication des individus et d'intervenir sur les bases des valeurs de l'éducation à la santé. Le rôle du management en la matière est fondamental : il est important de réaffirmer la responsabilité des managers de proximité en tant qu'acteurs de santé, la promotion des échanges entre salariés sur le sens du travail comme facteur de bien-être est également une piste de réflexion, tout comme la restauration d'espaces d'autonomie pour mieux responsabiliser les salariés dans leur travail et donc sur leur santé⁹⁷.

⁹⁴ DEVEAUX A., *Mutations actuelles du monde du travail : conséquences en termes de santé*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4

⁹⁵ FLOTTES A., *Les ravages de la désillusion*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4

⁹⁶ Cité dans : BLANC G., *Le défi de la promotion de la santé au travail*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4

⁹⁷ BLANC G., *Le défi de la promotion de la santé au travail*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4

II- La santé publique et l'École

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, la souplesse et la petite taille des enfants leur attribuaient des aptitudes que les adultes n'avaient pas. Depuis l'Antiquité, les enfants participaient aux tâches domestiques ou agricoles et contribuaient à l'amélioration des conditions de vie des familles, en particulier des plus pauvres d'entre elles, en fournissant une main d'œuvre abondante et peu chère aux employeurs en tous genres et en permettant de compléter les revenus des parents. En raison de la faible espérance de vie de l'époque, l'enfance était une période courte et l'éducation n'était guère répandue dans la grande majorité des foyers.

Le travail était non seulement très dur, mais les enquêtes de l'époque témoignent en outre de sévices infligés par les employeurs et de conditions sanitaires de vie et de travail absolument déplorables. Comme les femmes, les enfants travaillant dans le textile étaient souvent frappés par la tuberculose, du fait de la poussière et de l'humidité. Ils subissaient aussi l'asthme, les allergies, les scoliozes et le rachitisme. D'après une enquête de la British Association de 1878, les garçons de onze et douze ans des milieux ouvriers ont une taille en moyenne inférieure de 12 cm à ceux des milieux bourgeois et aristocratiques allant à l'école⁹⁸. Déjà à l'époque, les déterminants sociaux sont facteurs d'inégalités criantes.

En France, ce n'est qu'avec la scolarisation obligatoire et gratuite des enfants de 6 à 13 ans en école primaire, imposée par Jules Ferry en 1880-1881 et l'octroi des allocations familiales en fonction de l'assiduité scolaire afin de compenser la perte salariale engendrée par la scolarisation des enfants, que le travail des enfants a été significativement réduit.

Au cours du siècle dernier, la morbidité et la mortalité infantiles ont été de mieux en mieux maîtrisées et un changement radical de perception s'est opéré : l'enfant n'est plus éduqué pour servir la société mais pour favoriser son épanouissement personnel. Avec l'évolution des modes de vie, de l'environnement et du contexte socio-économique, de nouvelles problématiques en matière de santé des enfants ont vu le jour (obésité, santé mentale...) et de nouvelles priorités de santé publique ont été définies.

⁹⁸ HOBBSAWM E., *En Angleterre : révolution industrielle et vie matérielle des classes populaires*, Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 17e année, N. 6, 1962. pp. 1047-1061. Disponible sur le site : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1962_num_17_6_420915 (dernière consultation le 30 septembre 2013)

A. L'École, un espace pertinent

L'École a un impact important sur la santé des enfants. Le projet éducatif et l'organisation du milieu scolaire jouent sur la santé : la réussite scolaire, l'organisation des rythmes scolaires ou encore les repas, sont des déterminants influant fortement la santé des enfants. De plus, la mission spécifique de l'École en matière de médecine préventive et de promotion de la santé doit permettre de sensibiliser les enfants à leur santé et jouer sur les facteurs d'inégalités sociales de santé.

1. Regard particulier sur l'enfance

25% de la population sont des enfants et des adolescents en France, où le taux de fécondité est l'un des plus élevés d'Europe, avec 827 000 naissances en 2011⁹⁹. Le taux de mortalité infantile a considérablement diminué ces dernières années et se place à un niveau inférieur à celui de l'Union Européenne¹⁰⁰. La France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15, mais, tandis que le taux de mortalité infantile continue de baisser dans bon nombre de pays européens, il reste globalement stable en France depuis cinq ans selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees)¹⁰¹.

La santé de l'enfant n'est plus considérée aujourd'hui uniquement via le prisme des indicateurs de morbidité et de mortalité mais prend en compte un ensemble d'indicateurs de vie, dont les déterminants de santé et les facteurs socio-économiques.

⁹⁹ INSEE, *Bilan démographique 2011*. Site disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1385 (dernière consultation le 21 juillet 2013)

¹⁰⁰ 3,7 décès d'enfant de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants en 2010 (source : Drees)

¹⁰¹ Drees, *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*, Rapport 2011

a) Enfance et apprentissage

En 1997, la CNS et le Haut comité de la santé publique ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur la santé des enfants et des adolescents dans un rapport à charge concernant l'état de santé des enfants et des adolescents. Le rapport dénonce, dès la maternelle, les troubles sensoriels (anomalies de l'acuité visuelle et de l'audition) et les troubles bucco-dentaires et psychoaffectifs qui touchent les jeunes enfants. A l'adolescence, les formes de violence exprimées ou subies, les tentatives de suicide et les consommations de substances licites (tabac, alcool) ou non (stupéfiants, psychotropes, tranquillisants hors prescription médicale) témoignent d'une souffrance et d'un malaise pouvant remonter à la petite enfance et qui perturbent l'univers affectif, mental et physique des enfants¹⁰².

La construction de l'individu comporte un pan dédié à la santé : durant cette construction, un processus exclusif à la santé constitue ou détériore le capital de santé physique, psychique ou affective des individus. D'ailleurs, dans son rapport « *Stratégie pour une politique de santé* » en 1997, le Haut Comité de la santé publique définit l'enfance et l'adolescence comme « *les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire plus ou moins important, de l'intégration de la vie sociale plus ou moins réussie... un moment d'identification personnelle et sociale... celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler les facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie* ». La prise en compte de la santé des jeunes est donc primordiale et cette période doit être celle d'une capitalisation maximale quant à la santé. C'est durant ce laps de temps qu'un maximum d'informations doit être apporté afin de sensibiliser à l'importance de la santé et donner à chacun les outils de construction et de préservation.

La médecine de l'enfant est une médecine globale, somatique et psychosociale, individuelle et collective, transversale par ses champs d'activité, ses acteurs, leurs modes et leurs lieux d'exercice. La prise en charge des affections de l'enfance nécessite une adaptabilité importante pour assumer la diversité des affections possible : qu'elles soient somatiques, aiguës ou chroniques, congénitales ou acquises, responsables d'éventuels handicaps ou de difficultés ultérieures d'insertion socio-familiale et professionnelle, elles peuvent impacter fortement et durablement le devenir de l'enfant. Parallèlement aux affections, il est nécessaire d'assurer la surveillance du développement physique, psychologique et cognitif, ainsi que le dépistage des troubles sensoriels, des apprentissages, du comportement et de l'adaptation

¹⁰² Haut Comité de la santé publique, *Santé des enfants, santé des jeunes*, juin 1997. Site disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc000930.pdf (dernière consultation le 21 juillet 2013)

scolaire. La qualité de l'environnement socio-familial, l'exposition éventuelle à des agents environnementaux nuisibles doivent également être prises en compte.

Ainsi, les besoins de santé de la naissance à l'âge adulte sont divers ; et cette diversité peut être source d'éclatement des acteurs susceptibles de les prendre en charge. De nombreux textes internationaux, dédiés à la santé de l'enfant, établissent les bases légales des droits de l'enfant en matière de santé. La convention européenne des droits de l'homme en 1974, la charte d'Ottawa en 1986, la Charte européenne de l'enfant hospitalisé en 1988, la Convention Internationale des Droits de l'enfant en 1989 ou encore la Convention issue du Sommet mondial pour les enfants en 1990.

En France, le système sanitaire à direction des enfants repose sur quatre piliers : la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire, la pédiatrie hospitalière et la pédiatrie libérale. Ce cloisonnement des prises en charge a ses limites. Cantonné aux périodes de vie vulnérables et aux problématiques cliniques en tant que tel, il parcelle les besoins de l'enfance et ne tient pas compte de l'ensemble. Il manque une vision globale de l'organisation de la politique de santé de l'enfant¹⁰³. A ce jour, la santé de l'enfant trouve sa place dans des thèmes verticaux mais dans les thématiques transversales comme la prévention, l'éducation pour la santé, la santé mentale ou encore la prise en charge du handicap, l'enfant ne parvient pas à avoir une place dédiée, alors même que de nombreux sujets le concernent directement.

Ainsi, la prévalence de l'obésité est en augmentation régulière en France et atteint, en 2000, 16% des enfants de 5 à 15 ans. « *Selon les études les plus récentes, les fréquences de surpoids et d'obésité se sont stabilisées chez les enfants et un léger recul est même observé pour les plus jeunes (5-6 ans) : selon les enquêtes de santé scolaire, la prévalence de l'obésité est estimée à 3,1% à 5-6 ans et à 3,7% à 10-11 ans* »¹⁰⁴. Cette enquête ne tient compte que de l'obésité, l'enquête en milieu scolaire réalisée en 1999-2000 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 14% des enfants examinés présentent une surcharge pondérale : 3,9% d'obésité et 10% de surpoids¹⁰⁹. Pour 50 à 70% des adolescents obèses, on observe une persistance de cette obésité à l'âge adulte, associée à un risque de surmortalité cardiovasculaire ou de développement de diabète de type II. La prise en charge et la prévention de l'obésité de l'enfant est donc pleinement justifiée. Il existe une association entre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile et l'évolution vers une plus grande sédentarité. La réduction de l'activité physique au profit de la télévision et des consoles de jeu vidéo favorise le surpoids. L'alimentation et l'activité physique sont donc deux facteurs favorisant l'obésité clairement identifiés sur lesquels il convient d'agir.

¹⁰³ SIMMONET D., *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006

¹⁰⁴ Ministère de la santé, *L'état de santé de la population en France, Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*, Rapport 2011

Toutefois, d'autres déterminants, encore mal connus, doivent être pris en compte comme le stress, le mal-être, les troubles de l'humeur ou encore les troubles anxieux¹⁰⁵. Ces derniers sont étroitement liés à un certain nombre de facteurs de risques individuels et environnementaux. Il existe une forte corrélation entre les troubles anxieux de l'enfant et les troubles affectifs des parents qui impactent l'attitude parentale, et donc l'enfant.

Ces troubles émotionnels ont des conséquences importantes sur la socialisation de l'enfant, elle-même à l'origine d'un équilibre mental au vu de l'importance du soutien social dans un certain nombre de cas. Ces pathologies comme l'anxiété de séparation, le trouble d'hyperanxiété, les troubles phobiques, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble dépressif majeur ou encore le trouble dysrythmique sont susceptibles de survenir précocement, ont une comorbidité élevée et s'accompagnent d'un retentissement sur le fonctionnement psychosocial, individuel et familial. Le développement de ces troubles et l'émergence de troubles mentaux chez les enfants doit questionner sur les réponses à apporter et souligne la pertinence de l'éducation à la santé auprès de ce public.

De plus, les accidents de la vie courante touchant les enfants de moins de 15 ans sont l'une des principales causes de décès à ces âges¹⁰⁶. Ils recouvrent à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu et autres accidents à l'exclusion des accidents de la circulation.

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'état de santé bucco-dentaire des enfants s'améliore globalement. En 2006, l'indice CAO mixte moyen (ou indice carieux), représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, est estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans, contre respectivement 3,73 et 4,20 il y a vingt ans. Toutefois, malgré des améliorations notables, de grosses inégalités entre catégories sociales subsistent¹¹⁰.

En matière de couverture vaccinale, l'objectif d'au moins 95% est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphthérie, tétanos, polio, coqueluche) mais elle doit être améliorée pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B pour les nourrissons¹¹⁰. L'asthme a une prévalence croissante chez les enfants : l'enquête scolaire 2000-2001 en CM2 montre que 14% des enfants avaient eu au moins une crise d'asthme et 9,5% ont reçu un traitement¹¹⁰.

Si la santé des enfants s'est améliorée depuis un certain temps et si les enfants se perçoivent globalement comme étant en bonne santé, il n'en reste pas moins que l'état de santé de

¹⁰⁵ INSERM, *Santé des enfants et des adolescents, Propositions pour la préserver*, Expertise opérationnelle, 2^e édition, 2009

¹⁰⁶ En 2006, les accidents de la vie courante ont provoqué le décès de 266 enfants de moins de 15 ans selon le ministère de la santé. Accidents de la vie courante : les chiffres clés du Ministère de la Santé. Site disponible sur : www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles.html (dernière consultation le 21 juin 2013)

l'enfant et de l'adolescent conditionne pour une large part les indicateurs sanitaires de la population adulte et notamment son taux de mortalité prématurée. La lutte contre les inégalités de santé dès la naissance nécessite une formation initiale et continue des professionnels de santé qui tiennent compte de ce paramètre, une définition et une complémentarité des périmètres respectifs d'activités et une organisation de l'offre de soins conforme aux exigences techniques et à la spécificité des besoins de l'enfant et de sa famille.

b) Enfance et conditionnement social

« La vie des personnes, depuis la vie intra-utérine jusqu'à la période du vieillissement, est marquée par la survenue successive d'un certain nombre de processus sociaux et biologiques à différentes phases. Des phénomènes biologiques aussi divers que la santé et la nutrition maternelle, les différentes infections de l'enfance, les vaccinations, les comportements, les facteurs de stress s'articulent avec des processus sociaux tels que le niveau socio-économique des parents, leur accès aux services de santé [...] ces éléments de la vie de l'enfant conduisent à l'accès aux études, à l'environnement matériel, au réseau social, au rapport au travail de l'adulte qu'il deviendra. »¹⁰⁷.

Les inégalités de santé dans l'enfance renvoient de façon très forte aux enjeux de justice sociale et sont à l'origine de conséquences importantes tant sur la durée que sur la qualité de vie des enfants devenus adultes. La santé des enfants n'est pas le produit de la seule biologie mais est en partie liée à la position sociale et la santé des parents eux-mêmes. Dès la conception, il existe de fortes disparités entre catégories socioprofessionnelles : le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariés de services aux particuliers que chez les cadres (6,4% contre 3,9%) et en grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier sur sept (13,9%) est en surcharge pondérale, contre 8,6% de ceux dont le père est cadre. Dès la classe de CM2, un enfant d'ouvrier a trois fois plus de risques de souffrir de surpoids modéré qu'un enfant de cadre, et dix fois plus de risques d'être obèse¹⁰⁸. Le constat des inégalités sociales de santé est aujourd'hui largement partagé en France : quel que soit l'indicateur de santé ou de niveau social utilisé, l'état de santé s'améliore toujours avec le statut social, et cette inégalité s'est aggravée au cours des années récentes¹⁰⁹.

¹⁰⁷ LANG T., *Inégalités sociales de santé : une construction tout au long de la vie*, décembre 2010, ADSP n°73, p. 21-24

¹⁰⁸ Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Mai 2011

¹⁰⁹ CASES C., *Réduire les inégalités sociales de santé : la mission n'est pas impossible*, éditorial, ADSP n°73, décembre 2010

Les inégalités sociales conditionnent les inégalités de santé. C'est ce lien qui constitue les déterminants sociaux de santé. L'action publique peut intervenir sur ces déterminants afin d'en gommer l'impact à l'échelle individuelle et collective. Plusieurs travaux de l'OCDE ont amené celle-ci à retenir six dimensions sur lesquelles l'action publique peut intervenir : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, le bien-être éducationnel, la santé et la sécurité, les comportements à risque et la qualité de la vie scolaire¹¹⁰. Selon cette étude de l'OCDE, malgré les montants élevés qu'elle consacre à la politique familiale, la France est dans une position moyenne en matière de bien-être des enfants. Les données sur la santé physique de l'enfant se concentrent sur quatre grandes périodes : la grossesse, la santé périnatale, la classe de maternelle et la classe de CM2. Il semblerait que pour chacune de ces périodes, un gradient social ait été mis en évidence, même s'il n'existe que très peu d'études en France sur l'état de santé des enfants et sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance. En effet, il n'y pas, en France, de données de mortalité des enfants présentées selon la catégorie socioprofessionnelle des parents. Des données anciennes [enquête de 1975 décrite par Bouvier-Colle et al, 1990] montrent que la probabilité de décéder entre 5 et 10 ans ne varie pas considérablement selon la catégorie socioprofessionnelle du père, contrairement à ce qui est observé pour la mortalité infantile¹¹¹. Les enfants les plus jeunes sont également les plus vulnérables face aux inégalités sociales de santé.

Toutefois, les déterminants macroéconomiques et environnementaux qui influent sur la santé de l'enfant sont les mêmes que ceux auxquels sa famille est confrontée, mais l'impact de ces déterminants sera variable en fonction de l'âge de l'individu. En effet, les conditions de logement ont un impact plus fort sur le développement de l'asthme chez les enfants que chez les adultes, du fait d'une sensibilité plus élevée aux contaminants de l'air intérieur et de différences métaboliques. La qualité sanitaire du logement a, de façon plus générale, un effet immédiat sur la santé des enfants qui, plus fragiles, sont davantage exposés aux risques de nocivité (pour exemple, les enfants les plus atteints de saturnisme sont les plus exposés à une contamination par l'habitat, du fait de peintures anciennes à forte teneur en plomb)¹¹⁹. Les conditions de logement sont également influentes en matière de réussite éducative et donc indirectement sur la santé. De plus, la pauvreté et l'exclusion exposent davantage les enfants puisqu'elles déterminent les conditions de logement, la qualité de l'alimentation, l'exposition aux polluants, le suivi sanitaire etc.

Au-delà de ces facteurs d'influence directe, de nombreux déterminants agissent indirectement sur les enfants : par exemple, les déterminants comportementaux de la santé sont

¹¹⁰ OCDE, Assurer le bien-être des enfants, rapport 2009. In: Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Mai 2011

¹¹¹ TURSZA A., 12. *La santé de l'enfant*. In : Les inégalités sociales de santé, La Découverte, 2000, p. 193-206

ceux de l'entourage des enfants ou encore le milieu du travail, qui agit sur les enfants via l'impact qu'il a sur leurs parents.

Différentes enquêtes menées dans les années 90 avaient identifié un certain nombre de facteurs établissant des relations entre les caractéristiques socio-économiques, éducatives et culturelles des familles et un certain nombre de troubles. Globalement, les troubles du langage sont plus fréquents lorsque la mère n'a pas d'activité professionnelle, les troubles de la motricité s'observent chez les enfants des classes sociales les plus défavorisées, les troubles de l'acuité surviennent chez les enfants qui passent plus d'une heure trente par jour devant la télévision et moins de six heures en collectivité et les troubles respiratoires semblent plus fréquents dans les quartiers les plus pauvres¹¹⁹. De même, dans les populations d'enfants défavorisés, on note une prévalence élevée d'obésité et une taille plus petite à âge égal, phénomène pouvant traduire un ralentissement de la croissance par atteinte prolongée de l'état de santé¹¹⁹.

En France, jusque dans les années 2000, il n'y pas de relation clairement établie entre le bas niveau socio-économique et les troubles psychologiques chez l'enfant. Selon une enquête réalisée par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de l'Hérault, les troubles du comportement (identifiés chez 23% des enfants) étaient plus fréquents dans les classes sociales défavorisées, en cas de séparation des parents¹¹². Toutefois, de nombreux auteurs s'accordent à dire que la pathologie la plus en lien avec la catégorie socioprofessionnelle est la pathologie accidentelle. La fuite vers la rue en raison de l'exiguïté ou le surpeuplement du logement, ainsi que le manque de sécurité dans les logements pauvres, sont sources d'accidents pour les jeunes enfants. Enfin, l'investissement affectif d'un enfant par sa famille est essentiel dans la construction de la personnalité du futur adulte. Cet investissement affectif n'a pas de raison de varier en fonction de la catégorie socioprofessionnelle, mais pour autant, la confrontation à un certain nombre de difficultés dans une famille pousse à des inaptitudes variables à faire face à certains besoins de l'enfant, particulièrement lorsque viennent s'installer certains facteurs comme l'alcoolisme.

S'il est établi que les inégalités sociales conditionnent les inégalités de santé, il ressort un manque flagrant de données épidémiologiques et d'études quant aux enfants. Si les classes défavorisées sont davantage dans la ligne de mire, il est possible de supposer que, dans le cas de familles aisées, les interlocuteurs ont plus de réticence à investiguer dans ces classes sociales, notamment en matière de maltraitance.

Dans le cas des services préventifs gratuits mis en place pour les jeunes enfants, il est possible de noter la faible utilisation de ceux-ci, malgré une bonne disponibilité horaire et une

¹¹² PICOT et al, 1993 cité in Anne Tursz, 12. *La santé de l'enfant*. In : Les inégalités sociales de santé, La Découverte, 2000, p. 193-206

réelle accessibilité financière. La mobilisation de tous les acteurs doit être de mise, d'autant que la santé des enfants est unanimement reconnue comme étant un investissement pour l'avenir¹¹⁶. A ce titre, la scolarisation obligatoire est un atout : la santé a, avec la réussite scolaire et le développement des enfants, une relation de cause à effet.

2. La santé publique auprès des enfants

L'École, en tant qu'institution fondamentale d'une société contemporaine, doit former des citoyens responsables, autonomes et libres de faire des choix pour favoriser le développement durable de leur santé. En tant que premier lieu de vie sociale et d'apprentissage, l'école semble être l'endroit privilégié pour instaurer l'égalité réelle et donc mettre en œuvre l'égalité des chances. Cette dernière est une valeur fondamentale dans la majeure partie des démocraties actuelles : elle doit permettre à chacun d'avoir la même probabilité d'accès au métier qu'il désire et donc reconnaître les efforts et les talents sollicités individuellement.

a) L'École, un facteur de lutte contre les inégalités

Selon le Ministère de l'Éducation nationale, l'école a une double mission en matière de santé : l'éducation à la santé des élèves et le suivi de leur santé. Dans les écoles primaires, l'éducation à la santé est intégrée dans les programmes de l'école primaire et comporte sept objectifs prioritaires.

Le premier objectif concerne l'hygiène de vie, et vise à développer la lutte simple contre les infections microbiennes saisonnières, responsables notamment d'absentéisme scolaire important dans les petites classes ; le rappel régulier des « gestes barrières » doit être réalisé en milieu scolaire : se laver les mains, utiliser un mouchoir pour éternuer ou tousser, jeter ce mouchoir à la poubelle immédiatement et se laver les mains.

L'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques doivent permettre d'apprendre aux enfants à bien se nourrir et à connaître les effets de leur alimentation sur la santé. Les programmes scolaires abordent la régularité des repas, la composition des menus (de l'école maternelle au CE1) et les actions bénéfiques ou nocives des comportements (du CE2 au CM2). De même, l'éveil au goût doit être enseigné dans les écoles via des actions de formation du goût lors des cours ou à l'occasion d'activités ou d'animations diverses, pou-

vant faire intervenir des professionnels des métiers de bouche. Le PNNS, en partenariat avec l'Inpes, a permis la diffusion d'outils d'intervention en éducation à la santé aux équipes éducatives. Ces outils ne sont constitués que d'une affiche de promotion des repères nutritionnels pour les enfants des écoles primaires et doivent accompagner la mise en place de projets éducatifs sur la nutrition, en complément des programmes d'enseignement. Le PNNS vient en complément du programme national de l'alimentation (PNA), qui a, entre autres, pour objectif de faciliter l'accès des jeunes à une bonne alimentation fondée sur le goût, l'équilibre entre les aliments et les rythmes des prises alimentaires ainsi que la convivialité dès l'école primaire. Ainsi, avec le secteur de la restauration scolaire, un travail en partenariat est engagé pour améliorer les conditions de restauration dans les établissements scolaires, notamment pour faire respecter les règles nutritionnelles et améliorer l'offre alimentaire.

Ces mesures sont complétées par, d'une part, une interdiction des distributeurs de produits alimentaires depuis 2005 et une incitation des établissements à s'équiper de fontaines à eau réfrigérée et d'autre part, une promotion de l'activité physique via notamment les cours d'éducation physique et sportive.

Le but de ces mesures concernant l'alimentation et l'activité physique est de lutter contre le surpoids et l'obésité, en phase de devenir un problème majeur de santé publique en France. Les conséquences sur les individus sont graves et peuvent entraîner des problèmes de santé majeurs comme l'hypertension, le cholestérol, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires, l'arthrite et certaines formes de cancers. A ce titre, tout un pan du plan obésité du Ministère chargé de la santé est consacré à la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants.

L'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du sida en milieu scolaire contribue à l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres. Principalement concentrée sur les collèges et lycées, elle est cependant abordée à l'école primaire dans le cadre des temps consacrés aux autres contenus d'enseignement. A ce titre, l'école a un rôle dans la détection des mauvais traitements infligés aux enfants. Au cours des bilans de santé, les personnels de santé peuvent repérer des cas d'enfants maltraités et envisager les mesures qui s'imposent. Ils peuvent, en lien avec l'assistant du service social, procéder à une première analyse de la situation. De même, la lutte contre la pédophilie et la pornographie en milieu scolaire s'inscrit dans la politique de protection des jeunes. La protection des élèves utilisant internet est renforcée. Les établissements scolaires installent un dispositif de filtrage afin de sélectionner ou de contrôler l'information mise à disposition des élèves.

Le quatrième objectif prioritaire du plan d'éducation à la santé mis en place dans les écoles est la prévention des conduites addictives. Celle-ci s'inscrit dans une démarche globale d'éducation à la citoyenneté et à la santé à l'École. Pour 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, la prévention passe par :

- des connaissances relatives à leur santé et leur bien-être, notamment dans le domaine des addictions
- des connaissances sur les produits (tabac, alcool, cannabis), leurs effets et sur la législation en vigueur
- une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation
- les moyens donnés aux élèves pour demander de l'aide, dans et hors des établissements scolaires

La lutte contre les jeux dangereux pratiqués par certains élèves dans les enceintes scolaires ou à l'extérieur vise l'éradication de toutes les pratiques rassemblées sous ce vocable, qu'il s'agisse de pratiques de non oxygénation, de strangulation, de suffocation, ou encore de jeux tels que le petit pont massacreur, le jeu de la tomate et autres.

La prévention du mal-être vise à développer la collaboration entre établissements scolaires et équipes de centres médico-psychologiques via la mise en place des « dispositifs-contacts » afin de détecter les manifestations de souffrance psychique, souvent incomprises par l'entourage, notamment en milieu scolaire.

Enfin, la formation aux premiers secours est obligatoire : l'acquisition de connaissances des gestes des premiers secours figure dans le socle commun des connaissances et de compétences.

Ce programme en sept objectifs prioritaires s'accompagne également d'une obligation de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. La vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B est fortement recommandée.

Un suivi de santé est organisé tout au long de la scolarité. Le premier bilan de santé obligatoire intervient dans la sixième année de l'enfant, en grande section de maternelle ou au cours préparatoire (CP) et le second intervient au moment du passage dans le cycle secondaire (CM2). Cet examen comprend le repérage précoce des signes qui peuvent entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage : problèmes visuels, auditifs, troubles du langage. Il prévient et détecte les cas d'enfants maltraités. D'autres examens sont organisés tout au long de la scolarité des enfants afin de permettre une bonne prise en charge par l'équipe éducative et les parents si des problèmes de santé sont détectés.

La mise en œuvre de ce programme ainsi que le suivi de santé des enfants doivent associer l'ensemble des personnels de l'école et particulièrement les enseignants ainsi que des intervenants extérieurs, mais ne peuvent fonctionner efficacement qu'en s'appuyant sur une médecine scolaire de qualité.

Les objectifs précédemment cités doivent permettre aux enfants de connaître les risques encourus du fait de certains comportements. Cette éducation à la santé passe par l'organisation et la conduite d'actions, qui peuvent être conjointes aux Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). Ces derniers ont été mis en place dans chaque collège et sont chargés de développer des actions d'éducation pour la santé. Chaque école élémentaire est théoriquement rattachée à un CESC et peut bénéficier des actions que ce dernier mène. L'Ecole est un milieu de vie qui influe sur la santé des enfants via deux leviers principaux.

Le premier levier est celui des rythmes scolaires qui, s'ils sont inadaptés, pénalisent davantage les enfants qui rencontrent déjà des difficultés d'apprentissage. Des horaires trop lourds, outre la fatigue diurne entraînée chez les enfants, nuisent au sommeil de ceux-ci et contribuent à augmenter les inégalités sociales à l'Ecole et, à terme, les inégalités sociales de santé. Les situations d'échecs scolaires ont des répercussions sur l'avenir social des enfants et leur équilibre personnel. Il convient de prendre en charge les difficultés le plus en amont possible, comme le montre une étude de l'Education nationale¹¹³ qui établit une corrélation entre la préscolarisation à deux ans et la réussite scolaire supérieure à la moyenne. « *Ainsi, le taux d'accès en CE2 sans redoublement s'améliore de cinq points pour les enfants de parents ouvriers, employés ou inactifs, alors qu'il est inexistant pour les autres catégories sociales (à l'exception des enfants de cadres)* »¹¹⁸.

Le second levier concerne les repas à la cantine qui permettent de lutter contre l'obésité infantile en promouvant l'éducation nutritionnelle et en donnant l'accès à des repas équilibrés. Or, étant gérés par les communes, les critères de priorité établis par ces dernières en cas de manque de place peuvent conduire à privilégier les ménages biactifs et à refuser des enfants ne bénéficiant pas de repas équilibrés chez eux, alors même qu'ils en retireraient un bénéfice pour leur santé. De plus, les grilles tarifaires homogènes, c'est-à-dire non différenciées suivant la composition familiale et les revenus des ménages, constituent un frein financier pour les familles les plus défavorisées. Cela conduit à une fréquentation des cantines scolaires plus importante selon le niveau d'éducation des parents et leur statut d'emploi.

L'investissement des parents à l'école est un déterminant majeur du bien-être de l'enfant. Le ministère de l'éducation nationale attribue un rôle aux parents, rôle plus ou moins investi en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des parents. Or, la rupture entre parents et

¹¹³ *Faut-il développer la scolarisation à deux ans ?*, Education et formations, n°66, juillet-décembre 2003. In : Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Mai 2011

école entretient sentiment de dévalorisation, moindre investissement des parents et des enfants dans la réussite scolaire, influençant ainsi les inégalités sociales de santé¹¹⁶.

Tout ce qui peut être fait pour améliorer la réussite scolaire des élèves, et plus particulièrement ceux issus des familles les plus défavorisées ne peut que contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. L'école est un outil fondamental, à l'impact déterminant sur les jeunes générations.

b) Les intervenants auprès des enfants

Du fait de la particularité et la diversité des besoins des enfants et dans l'objectif d'assurer la continuité des soins de la naissance à l'âge adulte, de nombreux acteurs gravitent autour de l'enfant, afin de prendre soin de sa santé, prévenir d'éventuels problèmes et veiller à son bon développement. Lors de la petite enfance, la fragilité nécessite une attention toute particulière. En effet, la moitié des handicaps sont d'origine périnatale du fait de l'isolement et du manque d'accompagnement des parents, qui amènent à des retentissements sur le développement de l'enfant¹¹⁴ : limitations cognitives, troubles des apprentissages, troubles du langage, troubles psychoaffectifs et comportementaux.

La Protection Maternelle et Infantile (PMI), constituée de personnel médical, paramédical social et psychologique est chargée d'organiser les consultations pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans. La PMI est l'une des missions obligatoires confiées par l'Etat aux départements en 1982. Elle permet le suivi prénatal via des actions et des consultations de prévention médico-sociale (qui peuvent être effectuées à domicile), avec notamment un entretien psychosocial au 4^{ème} mois de grossesse et des consultations de sage-femme à domicile. Elle permet également le suivi post-natal via des actions médico-sociales de prévention à la demande et avec l'accord des parents, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers, et à domicile si les familles le souhaitent.

Ainsi, la PMI met en place des consultations et de la prévention médico-sociale de l'enfant de moins de 6 ans, avec un bilan de santé à 3-4 ans et des consultations médicales obligatoires (7 prénatales et 20 infantiles de la naissance à 6 ans), que les familles peuvent choisir de faire en ville ou en secteur hospitalier. A partir des informations recueillies en population générale, la PMI recense des données épidémiologiques et offre un accompagnement à des familles identifiées comme ayant une fragilité spécifique.

¹¹⁴ Expertise collective Inserm, *Déficiences et handicaps d'origine périnatale : dépistage et prise en charge*, 2004 in BOURDILLON F. (sous la direction de), *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009

En outre, elle organise le développement de la qualité des modes d'accueil avec l'agrément, la formation et le suivi des assistants maternels et familiaux et elle inspecte et accompagne les établissements de la petite enfance. Elle a une action préventive indépendante du parcours de soins, ce qui peut amener à une médecine à deux vitesses : l'une préventive, l'autre curative¹¹⁵.

La loi fixe un quota de moyens que chaque conseil général doit mettre en place sur son territoire au regard de sa population. Toutefois, l'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) a fait, en 2006, le constat que près de la moitié des départements ne respectaient pas les normes minimales, amenant à de fortes disparités territoriales.

Son action est couplée dans un premier temps à celle du Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce (CAMSP) qui a pour mission le dépistage, le diagnostic, le traitement et la rééducation des jeunes enfants handicapés, avant leur entrée à l'école. Il vise à rechercher des potentialités, aider à l'acquisition de l'autonomie et au développement des capacités de communication.

Dans le cadre de la protection de l'enfance, l'action de la PMI est couplée à celle de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) qui désigne, quant à elle, une politique sociale menée dans le cadre de l'action sociale rattachée aux conseils généraux et qui a pour objectif de venir en aide aux enfants et à leurs familles par des actions de prévention individuelles ou collectives, de lutte contre la maltraitance et de protection de l'enfance, c'est-à-dire la prévention des dangers auxquels un mineur peut être exposé et les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de l'éducation. Elles apportent trois types d'aides : les soutiens directs aux familles, les mesures éducatives en milieu ouvert et les placements des enfants hors de leur famille. Les principales raisons de prise en charge des familles sont la pauvreté, les carences éducatives, les difficultés psychiques des parents, les conflits familiaux, l'alcoolisme, les toxicomanies parentales, la maltraitance, l'absentéisme scolaire ou les troubles du comportement.

Les principales missions de l'ASE sont les suivantes :

- Aider les enfants ou jeunes de moins de 21 ans, dont les familles sont en difficulté, en particulier lorsque cela impacte l'éducation. Cette aide peut être matérielle, éducative ou psychologique.
- Protéger les enfants des milieux défavorisés par l'organisation d'actions collectives comme des sorties culturelles afin de faciliter leur insertion sociale.
- Prendre en charge certains enfants lorsque la situation le nécessite en les plaçant dans un établissement ou une famille d'accueil.

¹¹⁵ BOHL I., *Santé de l'enfant et de l'adolescent, Prises en charge*, Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins le 20 octobre 2011

- Faire de la prévention auprès des jeunes en les informant sur ce qu'est la maltraitance et sur les recours existants pour les victimes.

De plus, sa mission inclut de signaler au Procureur de la République ou au juge des enfants les cas d'urgence dont il a connaissance et participe au recueil d'informations concernant des enfants. Inversement, le Procureur de la République informe les services de l'ASE des mesures urgentes qu'il a décidées.

L'action des ASE est à coupler avec celle des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), qui sont des établissements publics communaux qui interviennent dans les domaines de l'aide sociale légale et facultative, ainsi que dans les actions et activités sociales. Leur compétence est limitée à la collectivité territoriale à laquelle ils sont rattachés, tout en gardant une certaine autonomie. En agissant auprès des familles, les CCAS agissent comme une aide à l'enfant.

En matière de soins, sont sollicités les médecins généralistes, les pédiatres hospitaliers et les pédiatres de ville. Ils sont chargés des soins courants ou spécialisés, de la protection de l'enfant et de l'éducation pour la santé. A ce jour, les ARS n'ont pas encore de politique spécifique dédiée à l'enfant. La question de l'enfance est évoquée dans les populations dont il faut tenir compte pour définir les priorités régionales de santé. Celles-ci s'appuient sur la PMI, les maternités, les réseaux de périnatalité, les médecins traitants, les services de pédiatrie, les services de promotion de la santé en faveur des élèves, les ASE, les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad), les réseaux d'aides spécialisées aux enfants en difficulté (Rased), qui sont d'autres acteurs intervenant dans le cadre de la santé de l'enfant.

Les ARS se reposent donc en grande partie sur l'action des services de PMI, qui, par leur habitude de travailler en équipe et de participer à des actions de santé publique, constituent un levier important d'organisations d'actions coordonnées au niveau local. L'ambition pour les ARS est donc de coordonner les actions locales, de stimuler les participations civiles, en les articulant autour d'un projet régional de santé publique. Toutefois, passée la barre des six ans, les enfants ne dépendent plus du suivi des PMI et basculent sur les médecins et pédiatres de ville ou hospitaliers, sans garantie de suivi régulier et rigoureux. C'est à ce titre que l'Ecole a un rôle important à jouer. Différents acteurs interviennent dans cette enceinte.

B. L'organisation de la santé publique dans l'école

1. Les textes régissant la santé publique

Les lois entrent en vigueur à la date qu'elles fixent ou, en l'absence de précision, le lendemain de leur publication. Certaines dispositions de la loi ne sont toutefois applicables qu'une fois prises les mesures réglementaires nécessaires à leur mise en œuvre.

En matière de santé, le partage de compétences ne correspond pas au partage classique de l'organisation administrative. En effet, la santé n'est pas un secteur très décentralisé, c'est-à-dire que la compétence des collectivités territoriales est moins sollicitée que d'ordinaire.

En milieu scolaire, la mise en œuvre d'une politique de santé publique nécessite la coopération de plusieurs ministères, souvent via l'établissement d'un contrat cadre entre les ministères gérant la santé et l'éducation nationale.

a) Les textes législatifs et réglementaires

Les droits de l'enfant s'inscrivent dans un cadre juridique abondant, à la fois sur le plan international et sur le plan national. Ce droit place l'enfant sous l'autorité de ses parents ou des titulaires de l'autorité parentale. Cette dernière se définit comme un ensemble de droits et de devoirs que les parents exercent dans l'intérêt de leur enfant jusqu'à sa majorité ou son émancipation¹¹⁶.

La loi 89-487 du 10 juillet 1989 est relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Elle organise le dispositif de signalement et de prévention des mauvais traitements dans sa configuration actuelle : responsabilité confiée au président du conseil général, création obligatoire d'un dispositif départemental de recueil

¹¹⁶ Code civil, art. 371-1 et s.

des signalements, mise en place de formation des travailleurs sociaux à la maltraitance, mise en place du numéro d'appel national 119¹¹⁷, etc.

La loi 89-899 du 18 décembre 1989 est relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. Elle précise les missions de la PMI : prévention de la maltraitance, prise en charge des enfants de moins de six ans, agrément et formation des assistantes maternelles¹²⁶, etc.

En matière de santé, les parents représentent l'enfant et leur consentement est requis pour les soins, la participation à une recherche biomédicale, un prélèvement d'organes ou pour toute décision thérapeutique¹¹⁸. Il revient aux titulaires de l'autorité parentale de consentir aux soins donnés aux mineurs. Les parents doivent donc être informés afin d'être en mesure d'accepter ou de refuser le traitement proposé. Toutefois, l'article 42 du Code de déontologie médicale stipule que « *si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible* ». L'obligation d'informer le parent et de recueillir son consentement ne dispense pas le médecin, en tenant compte de l'âge et de la faculté de compréhension du mineur, d'informer celui-ci, de répondre à ses interrogations et d'obtenir son adhésion.

Toutefois, une limite à cette autorisation de soins existe lorsque les parents refusent des soins pour leurs enfants au titre de leur liberté individuelle. En tant que garants de la santé de leur enfant, un refus obstiné de soins face à un enfant en ayant besoin peut amener le médecin à saisir le procureur de la République au titre de la protection de l'enfance en danger¹¹⁹. Le juge des enfants, saisi en assistance éducative, sera compétent s'il existe un conflit à propos de la santé du mineur entre les titulaires de l'autorité parentale et le médecin, et que ce conflit met en danger la santé du mineur. Le danger devra être certain, réel et sérieux. Si le mineur s'oppose lui-même aux soins qui lui sont nécessaires, le médecin doit s'efforcer de le convaincre avec l'aide des parents et, en cas de persistance du refus, l'admission peut néanmoins être prononcée, à la demande des parents et sur avis médical¹²⁷.

En France, la pratique des examens de santé systématiques chez l'enfant est associée à la généralisation du carnet de santé, datant de la mise en place de la PMI et du service de santé scolaire au lendemain de la guerre. Les examens de santé et de dépistage chez l'enfant font toujours l'objet de textes réglementaires, inscrits au Code de la santé publique,

¹¹⁷ Les lois concernant la protection de la famille et de l'enfance selon le Ministère des affaires sociales et de la santé. Site disponible sur : www.sante.gouv.fr/les-textes-de-loi.html (dernière consultation le 30 septembre 2013)

¹¹⁸ ADSP, n° 36 septembre 2001, p. 25

¹¹⁹ Code civil, art. 375 et s. ; décret du 14 janvier 1974, art. 28

s'appuyant sur la PMI, la médecine libérale et l'Education nationale. Si le calendrier et le contenu des examens de santé obligatoires de l'enfant sont précis, ainsi que les dépistages à effectuer aux différents âges, « *il existe un grand nombre d'organismes impliqués de façon variable et des professionnels intervenant avec des qualifications, des statuts et modes d'exercice, des missions, mais aussi des outils de repérage et de dépistage très divers* »¹²⁰.

Le cadre général des activités de dépistage menées par les professionnels de santé est établi dans différents textes notamment la loi du 10 juillet 1970 relative au contenu des examens, celle du 20 juin 1977 instituant le contrôle systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge et celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ainsi, la délivrance du carnet de santé de l'enfant et son usage, les examens obligatoires chez l'enfant de moins de six ans et leur contenu (surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences), l'établissement des certificats de santé obligatoires, les visites médicales obligatoires au cours de la sixième année, la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance, les qualifications des personnes exerçant en PMI, le dépistage des handicaps de l'enfant de moins de six ans, etc., sont autant de sujets fondamentaux définis et organisés par des articles de loi relevant de codes différents. La surveillance et le dépistage précoce chez l'enfant sont donc régis par des dispositifs complexes mais précis et se décomposent en différentes étapes.

Tout d'abord le suivi médical de la grossesse et de l'accouchement permet un repérage des facteurs de risques de déficiences et de handicaps d'origine périnatale. Les examens médicaux obligatoires, au nombre de vingt, ont pour objet, quant à eux, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences selon un calendrier précis. Parmi ces vingt examens, trois donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé standardisé (au 8^{ème} jour, au 9^{ème} mois et à 2 ans) dont une partie doit être envoyée aux services compétents afin de permettre la prévention et le conseil individualisé auprès de la famille ainsi que l'alimentation des données anonymisées permettant un suivi statistique et épidémiologique de l'état de santé des enfants. Les consultations et examens préventifs à l'école maternelle n'ont pas de caractère obligatoire puisque le contenu de ces examens n'est pas précisé par le Code de la Santé publique qui les instaure. En revanche, la visite médicale de 6^{ème} année est, elle, obligatoire : les parents sont tenus d'y présenter leurs enfants afin de dépister les maladies, pathologies et déficiences susceptibles d'entraver la scolarité des élèves.

Enfin, le carnet de santé de l'enfant est un document médical confidentiel détenu par les parents qui sont invités à le présenter lors des visites médicales, mais n'y sont pas tenus.

¹²⁰ Inserm, Expertise opérationnelle, *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, Les éditions Inserm, 2009, p. 133-150

Recueillant toutes les informations concernant la santé de l'enfant, il constitue un lien entre tous les professionnels de santé intervenant depuis la naissance de l'enfant. Toutefois, il semblerait qu'un grand nombre de médecins, libéraux notamment, n'alimentent pas suffisamment le carnet de santé, sous prétexte d'un manque de confidentialité de ce dernier, surtout en ce qui concerne les retards de développement ou les troubles psychologiques¹²¹.

En plus des textes et prenant appui sur les données épidémiologiques, différents plans et programmes nationaux ont vu le jour autour de thématiques particulières, identifiées comme importantes en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Ainsi, la nutrition et les activités physiques, ainsi que la santé mentale, ont été deux axes forts de campagne auprès des jeunes.

S'il n'existe pas de données épidémiologiques exhaustives et régulières quant à la santé des enfants, l'Education nationale est la plus à même de fournir des renseignements précis et documentés quant à l'état de santé des enfants. En effet, cette dernière est la seule où l'on puisse avoir accès à l'ensemble de la population enfantine et évaluer l'état de santé des jeunes enfants¹²². Or, seuls 71% des visites médicales prévues entre 5 et 6 ans sont réalisées sur l'ensemble du territoire, de façon variable en fonction des académies.

Partant de ce constat, en 2013, une loi portant refondation de l'école a été adoptée par le Parlement. Cette loi comporte deux articles consacrés à la santé des enfants à l'école. Dans la section dédiée aux principes de l'éducation, l'article 6 inscrit les actions de promotion de la santé des élèves dans les missions de l'éducation nationale. Ces dernières doivent permettre aux élèves de bénéficier « *d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires* » afin de favoriser la « *réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé* ». De plus, la section 3 consacrée à l'éducation à la santé et à la citoyenneté comporte un article : l'article 12 qui définit le champ de la mission de l'Ecole en matière de promotion de la santé. Sept points sont évoqués :

- La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé,
- L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres,
- La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, au niveau national, régional et départemental,

¹²¹ Inserm, Expertise opérationnelle, *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, Les éditions Inserm, 2009, p. 149-150

¹²² A l'âge de 3 ans, près de 100% des enfants sont scolarisés à l'école maternelle (Insee, 2006)

- La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents, ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers,
- La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité,
- L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves,
- La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

Forte de ces nouvelles ambitions, réaffirmées et précisées, l'Ecole doit pouvoir se doter des moyens nécessaires au fonctionnement de la promotion de la santé en son sein.

b) Les textes de l'éducation nationale

L'article L 1411-1 du Code de la Santé publique énonce que « *La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique, relèvent de la responsabilité de l'Etat.* » Cette responsabilité permet de garantir l'équité de la population en garantissant que l'administration de la santé procure les mêmes droits à tous.

L'Ecole, en tant qu'institution accueillant tous les enfants de la République et en tant que lieu d'acquisition de compétences nécessaires et indispensables au mieux-vivre ensemble, s'est vu confier un certain nombre de responsabilités en matière d'éducation à la santé. Ainsi, le décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 a créé un corps de médecins de l'Education nationale chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès de l'ensemble des enfants scolarisés dans les écoles.

En 2001, une circulaire¹²³ sur les orientations générales pour la politique de la santé en faveur des élèves et la nécessaire concertation entre médecins, infirmières, enseignants, psychologues scolaires, professionnels de soins et famille et définissant la politique de santé envers les élèves déterminait les objectifs de l'Ecole dans le domaine de la promotion de la santé comme suit :

¹²³ Circulaire n°2001-012 du 12-1-2001 : « Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ». BOEN n°1 du 25-1-2001. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm#pilotage (dernière consultation le 12 septembre 2013)

- favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel ;
- détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité ;
- agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves ;
- accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins ;
- développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque ;
- contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.

Deux circulaires en date de 2002 (du 31 janvier et du 15 avril), concernent plus particulièrement les enfants atteints de problèmes de santé et visent à mettre en place un plan d'action particulier pour améliorer leur suivi et leur prise en charge. Le Code de l'éducation, dans son article L. 541-1, établit la visite médicale obligatoire au cours de la 6^{ème} année pour tous les enfants.

La circulaire la plus récente, en date de décembre 2011, a présenté les orientations nationales pour une politique éducative de santé dans les territoires académiques¹²⁴. Ces orientations s'appuient sur trois principes essentiels : la mise en œuvre systématique de la démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque école ou établissement, la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif (personnels d'inspection, de direction, d'enseignement, d'éducation, d'orientation, sociaux, de santé : infirmiers et médecins) et l'ouverture à de nouveaux partenaires. Elles sont présentées selon quatre axes principaux et complétées par un programme d'actions détaillant les thématiques prioritaires. Ainsi, la politique éducative de santé doit être intégrée au projet académique et aux projets d'école et d'établissement, tout en étant en cohérence avec la politique publique de santé. Le pilotage, l'accompagnement et le partenariat sont renforcés aux différents échelons et le programme d'actions est construit autour de sept priorités.

Ainsi, chaque projet académique doit comprendre un programme éducatif de santé explicite, construit autour des priorités de santé nationales, tout en prenant en compte des spécificités territoriales. Les spécificités sont celles ayant trait à l'environnement physique et social, aux compétences individuelles des élèves et à l'engagement des différents acteurs. Ce projet académique trouve ensuite sa déclinaison dans chaque projet d'école et se concrétise au plus près des élèves afin de faire de l'école un lieu privilégié de promotion de la santé. Il

¹²⁴ Circulaire n°2011-216 du 2-12-2011 : « Orientation : Politique éducative de santé dans les territoires académiques ». BOEN n°46 du 15 décembre 2011. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640 (dernière consultation le 13 septembre 2013)

doit prendre en compte à la fois les orientations nationales de santé portant à agir sur les déterminants de santé et sur la dimension de citoyenneté, tout en s'articulant avec les programmes de l'ARS locale dans le cadre des plans régionaux de santé publique (plans stratégiques, schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), schémas régionaux d'organisation médicosociale, schémas régionaux de prévention, programmes régionaux, programmes territoriaux). La contribution de l'institution scolaire est fondamentale, en particulier pour la réalisation de l'objectif prioritaire des ARS, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, compte tenu de l'importance cruciale de la période de la petite enfance. Le recteur d'Académie fait partie du comité de pilotage des plans régionaux de santé publique et, dans leur première version, un volet santé scolaire est prévu. L'objectif de ces démarches est d'améliorer la coordination autour de l'enfant. Ainsi, une circulaire interministérielle en date du 18 octobre 2005, relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents, s'inscrit dans le cadre de l'élaboration des SROS et dans le Plan national psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Cette contribution peut être accompagnée au quotidien par l'administration centrale qui suit et évalue la politique éducative de santé dans les territoires académiques, par les ARS, en particulier dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques qui traite de la santé scolaire où siège le recteur d'académie, par les pôles de compétences en éducation à la santé et promotion de la santé de l'Inpes, par les directions régionales de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt et par des partenaires comme l'Inpes, la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), la Mutuelle d'Assurance des Instituteurs de France (MAIF), la Croix rouge, le Planning familial et le Comité national contre le tabagisme.

Ainsi, le projet éducatif de santé est présenté au conseil d'école qui examine le bilan annuel de sa mise en œuvre. Le conseil d'école est le lieu où tous les acteurs sont représentés : parents d'élèves, élèves, collectivités territoriales, enseignants, etc. Ce mode de concertation fait de chaque acteur un protagoniste de la mise en œuvre de la politique de santé publique afin que chacun prenne conscience du rôle privilégié qu'il peut jouer. L'évaluation des axes prioritaires s'appuie, entre autres, sur les indicateurs nationaux rassemblés dans un tableau récapitulatif de suivi de la mise en œuvre des priorités.

D'autres circulaires avaient, auparavant, fixé des programmes en matière de santé des élèves. En décembre 2003, une circulaire mettait en place un programme quinquennal de prévention et d'éducation à destination des élèves¹²⁵. Le but de ce texte semble plus en adéquation avec la Charte d'Ottawa puisqu'il évoque « la promotion de la santé en faveur

¹²⁵ Circulaire n°2003-210 du 1-12-2003 : « *La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation* ». BOEN n°46 du 11 décembre 2003. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm (dernière consultation le 13 septembre 2013)

des élèves » et non l'éducation à la santé comme la circulaire de 2011. Cette promotion de la santé, inscrite dans la politique éducative globale, s'appuie sur les textes toujours en vigueur à savoir :

- La circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998 : *“Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège”*,
- La circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 : *“Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté”*
- La circulaire n° 98-140 du 7 juillet 1998 : *“Éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire”*
- Les circulaires n° 2001-012 du 12 janvier 2001 : *“Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves”*, n° 2001-013 : *“Missions des médecins de l'éducation nationale”* et n° 2001-014 : *“Missions des infirmier(ères) de l'éducation nationale”*
- Les circulaires n° 2002-024 du 31 janvier 2002 et n° 2002-111 du 30 avril 2002 : *“Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves”*
- La circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 : *“Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées”*

Cette ambition s'appuie également sur des collaborations avec des partenaires : ministère de la santé, Inpes ou encore Inserm. L'objectif était de repérer et de suivre les problèmes de santé des élèves via le renforcement de la réalisation des examens médicaux obligatoires avant l'âge de six ans des enfants scolarisés, augmenter l'efficacité du suivi des avis médicaux donnés aux familles pour assurer l'accès et le recours aux soins, inciter les familles à faire bénéficier leurs enfants des consultations de prévention aux âges charnières à partir de la rentrée 2004 (consultations gratuites organisées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)) tout en améliorant la coordination entre les médecins de prévention et les médecins de l'éducation nationale.

Au final, cette circulaire de 2003 comportait beaucoup d'éléments que l'on retrouve dans la circulaire de 2011, notamment en ce qui concerne la nécessité d'assurer l'éducation à la santé tout au long de la scolarité des élèves et l'importance de l'inscription d'objectifs dans le projet d'établissement. De même, les sujets jugés prioritaires restent relativement identiques : la santé psychique, la sexualité, les addictions, la nutrition, le surpoids et les gestes de premiers secours. Toutefois, les solutions proposées par la circulaire de 2003 semblent davantage associer les familles et font plus référence à la coopération entre la médecine de ville et la médecine scolaire.

En application de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école, un socle commun des connaissances et compétences décrit les compétences qu'un élève doit maîtriser à l'issue de la scolarité obligatoire. Ces compétences, regroupées en sept piliers par le décret n°2006-830 du 11 juillet 2006, ne comportent qu'une seule mention relative à l'éducation à la santé dans une ligne du pilier 6 du socle commun, intitulé « Compétences sociales et civiques » visant, de manière allusive le fait « *d'être éduqué à la sexualité, à la santé et à la sécurité* ».

La santé publique a donc clairement fait partie des priorités des programmes d'éducation via l'inclusion, dans ces derniers, de l'éducation à la santé comme facteur de promotion de la santé dans un premier temps, puis comme moyen de protéger et accroître la bonne santé des enfants. Toutefois, ces priorités ne peuvent être mises en application qu'avec le concours de tous, avec chacun un rôle distinct en la matière.

2. Les acteurs de la santé publique et leur articulation

En matière de santé scolaire, le ministre de l'Education nationale et la Dgesco définissent les principes et orientations générales de la politique de promotion de la santé en faveur des élèves. La Dgesco assure, avec le concours du conseiller technique médecin et du conseiller technique infirmier(ère), l'animation du réseau des conseillers techniques auprès des recteurs autour des axes prioritaires définis par le ministre et autour de programmes spécifiques.

a) Les acteurs institutionnels

L'Inpes a pour mission de développer l'éducation pour la santé en direction des milieux de vie et de développer la formation en éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire. Ainsi, l'Inpes a signé un accord de partenariat avec la Dgesco en 2003 et avec la Conférence des directeurs d'IUFM en 2007. Ce partenariat se caractérise par la diffusion de documents en direction des personnels et des élèves et par l'élaboration d'une stratégie commune pour améliorer et promouvoir la santé des élèves.

A l'échelle de la région, c'est au recteur qu'il appartient de décliner la politique éducative définie par le gouvernement. Il élabore et met en œuvre un projet académique, qui com-

porte un volet « santé ». Placés sous l'autorité hiérarchique directe du recteur, les médecins et infirmiers(ère)s conseillers techniques du recteur ont pour mission de mettre en œuvre la politique de santé définie par le ministre et les orientations définies par le recteur dans le cadre du projet académique, d'élaborer les indicateurs nécessaires à la conception et l'évaluation de ce projet académique¹²⁶.

A l'échelle départementale, l'inspecteur d'académie met en œuvre la politique de santé définie par le recteur en tenant compte du contexte départemental et local. Placés sous l'autorité hiérarchique de l'inspecteur d'académie, le médecin conseiller technique auprès de l'inspecteur assure la coordination et l'encadrement techniques des médecins et des secrétaires des secteurs du département, l'infirmier(ère) conseiller technique assure les mêmes fonctions vis-à-vis des infirmier(ère)s des établissements du département.

Aux deux échelles, les acteurs sont associés aux différents programmes régionaux de santé, aux partenariats avec les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, les associations et les autres services de l'Etat.

Le corps des médecins de l'Education nationale a été créé par le décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 et leurs deux principales missions sont :

- les actions en direction de l'ensemble des élèves comme l'organisation de la détection précoce des difficultés lors de la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans, la réalisation d'un bilan de santé des élèves du cycle 3 en ZEP, la réalisation d'un bilan de santé des élèves en classe de 3^{ème} au collège, le développement d'une dynamique d'éducation à la santé et la mise en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.
- Les actions spécifiques comme le suivi des élèves signalés par les membres de l'équipe éducative, les infirmier(ère)s, les assistant(e)s de service social, les parents ou les élèves eux-mêmes, le suivi des élèves des établissements de certaines zones rurales, des ZEP ou en établissements sensibles et des établissements du plan de prévention de la violence, la mise en place des dispositifs adaptés en cas d'événement grave survenant dans la communauté scolaire, l'action en cas de maladies transmissibles survenues en milieu scolaire, l'intervention en urgence auprès d'enfants ou d'adolescents en danger, victimes de maltraitance ou de violences sexuelles, la contribution à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap, l'aide à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période et le suivi des élèves des établissements d'enseignements technique et professionnel.

¹²⁶ Inserm, Expertise opérationnelle, *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, Les éditions Inserm, 2009, p. 169-179

Placé sous l'autorité hiérarchique de leur inspecteur d'académie et sous l'encadrement technique du médecin conseiller technique départemental, le médecin de l'Education nationale exerce dans un secteur médico-scolaire regroupant des écoles primaires, des collèges et des lycées d'enseignement général ou professionnel, secteur dont la taille est définie selon les caractéristiques de la population scolaire et qui varie de 6 000 à 10 000 élèves.

Le médecin scolaire joue donc un rôle essentiel à la fois au sein de la communauté médicale, mais également au sein de la communauté éducative. L'Ecole étant le seul lieu qui permette d'évaluer l'état de santé de l'ensemble de la population des élèves, le médecin scolaire en tant que personnalité scientifique et membre de la communauté éducative, est un lien privilégié entre le système éducatif et le système de prévention et de soins.

Les infirmiers(ère)s scolaires ont été rattaché(e)s au ministère de l'Education nationale depuis 1985 mais la création d'un corps professionnel des infirmier(ère)s de l'Education nationale date de 1994. Recrutés par concours, affectés en établissement public local d'enseignement ou en poste mixte (collège + école du secteur de recrutement) sous la responsabilité hiérarchique du chef d'établissement, ils exercent leurs fonctions de façon autonome par rapport au médecin du secteur. Dans l'établissement scolaire, ils jouent un rôle de référent santé, de conseiller en matière de prévention et d'éducation à la santé et un rôle relationnel. La circulaire n°2001-014 du 12 janvier 2001 définit leur participation aux activités de dépistage en direction des élèves comme : « *contribuer, par un dépistage infirmier, à la visite médicale obligatoire entre 5 et 6 ans* ». Il est précisé que « *la réalisation de ce bilan s'effectue dans le cadre d'un travail en équipe entre infirmier(ère)s, médecins, enseignants et psychologues scolaires, dans l'intérêt de l'élève* ».

Toutefois, depuis la séparation entre le service infirmier et le service médical, en 2001, les conditions d'une bonne coopération sont devenues plus difficiles et les modes de collaboration sont très variables d'un département à l'autre.

Le bilan de la 6^{ème} année est une étape importante pour la santé de l'enfant. Il doit être réalisé dans un centre médico-scolaire mis à disposition par la commune dans chaque chef-lieu de département. Aucun des textes encadrant ce bilan ne stipule expressément que c'est au médecin de l'Education nationale qu'il revient de l'effectuer. Ainsi, 13 villes, dont Paris, Nantes, Grenoble et Strasbourg, disposant de services municipaux organisent ces bilans en concertation avec l'inspection d'académie. Les données issues de ces bilans sont transmises au médecin conseiller technique. Par ailleurs, les familles ou certaines caisses de sécurité sociale font réaliser cette visite chez le médecin généraliste de leur choix qui établit un certificat d'aptitude à la scolarité, sans pour autant que les bilans soient transmis aux autorités compétentes pour la centralisation et le traitement des données.

Au-delà des acteurs sus cités, d'autres intervenants jouent un rôle non moins important en matière de santé des élèves. Ainsi, les assistants sociaux scolaires¹²⁷ font partie du service social en faveur des élèves et s'adressent à l'ensemble des jeunes scolarisés. Ils sont chargés d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves et aux personnes, en tenant des permanences régulières dans les établissements, pour favoriser la réussite individuelle et sociale. Leur rôle consiste à aider les personnes, les familles ou les groupes rencontrant des difficultés sociales, à faciliter leur insertion et à rechercher les causes qui compromettent l'équilibre psychologique, économique ou social. Chargés de médiation et d'écoute, leurs efforts doivent porter de façon plus particulière sur les élèves les plus en difficulté, tout en servant d'interface entre l'établissement scolaire, le milieu de vie de l'élève et les structures extérieures. Au niveau départemental, un conseiller technique de service social, sous l'autorité de l'inspecteur d'académie, assure la coordination des assistants sociaux affectés dans les établissements scolaires ; tandis qu'au niveau académique, le conseiller technique du recteur coordonne les actions menées dans les départements.

Le milieu scolaire est un lieu d'apprentissage de savoirs et de compétences mais aussi un espace de socialisation et d'apprentissage de la citoyenneté. L'éducation à la santé est un des aspects fondamentaux de la responsabilité de l'ensemble de la communauté éducative, au plus près des élèves. En effet, les acteurs du quotidien des enfants doivent être les piliers de cette volonté afin de décliner au plus près l'ambition affirmée en matière de santé et d'éducation à la santé.

b) Les acteurs du quotidien

Dans les écoles, l'équipe pédagogique est mobilisée pour la mise en œuvre des directives décidées par l'éducation nationale. Si les familles jouent un rôle fondamental dans l'organisation de la vie quotidienne et la construction des repères structurants pour le développement de l'enfant, notamment en matière de santé et d'hygiène, l'école est le lieu où, devenus élèves, les enfants vont parfaire leur éducation et construire leurs apprentissages. C'est donc un travail en étroite collaboration qui doit être mené : l'école et les familles ont la responsabilité de veiller à la santé des enfants et de favoriser leur développement.

Si à la fin du XIX^{ème} siècle, des leçons de morale sur l'hygiène, la tuberculose et l'alcoolisme étaient enseignées aux enfants, les programmes actuels intègrent l'éducation à la santé comme une composante transversale du quotidien des enseignants. Ainsi, à l'école mater-

¹²⁷ Les métiers de l'éducation nationale, Assistant(e) de service social. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/cid1073/assistant-e-de-service-social.html (dernière consultation le 08 septembre 2013)

nelle, l'éducation à la santé peut être abordée par trois entrées : le développement de compétences liées à l'autonomie (la confiance en soi, la responsabilité, la relation aux autres, à l'action et à l'adaptation), l'hygiène quotidienne à l'école (passage aux toilettes, lavage des mains, goûter) et la sensibilisation aux problèmes de santé (rythmes, alimentation, hygiène). A l'école élémentaire, les activités d'éducation à la santé peuvent être mises en œuvre dans une approche pluridisciplinaire incluant la physiologie, la connaissance de soi et le respect de soi et d'autrui¹²⁸. Pour autant, l'école n'est pas un simple instrument dispensant une information sanitaire, c'est avant tout un outil de sensibilisation et de formation.

Un des acteurs primordiaux de ces équipes est le directeur d'école. Professeur des écoles nommé sur un poste de direction après avoir été inscrit sur une liste d'aptitude départementale, il veille à la bonne marche de l'école et au respect de la réglementation applicable. En matière de santé, il veille au respect de la vaccination obligatoire par les élèves inscrits dans l'établissement qu'il dirige, il organise l'accueil des enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue durée ainsi que les soins et urgences dans son école¹²⁹.

Au moment de l'inscription à l'école, le directeur doit veiller à ce que les parents présentent la garantie que l'enfant est bien soumis aux vaccins obligatoires. A défaut, le directeur d'école procède à un accueil provisoire de l'élève et invite les parents ou la personne responsable à produire les documents demandés dans les délais les plus brefs¹³⁰. Si la situation n'a pas évolué dans les trois mois, le dossier de l'enfant est transmis à l'inspecteur d'académie chargé du contrôle de l'obligation scolaire¹³¹.

En matière d'accueil des enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue durée, leur intégration pleine et entière à la vie de l'école est un des fondements de l'égalité républicaine. Les conditions d'accueil d'un élève porteur d'une maladie de longue durée nécessitent que soit conduite une réflexion d'ensemble impliquant étroitement tous les personnels de la communauté éducative, enseignants et non-enseignants dans le but de mettre en œuvre un projet d'accueil individualisé (P.A.I) qui permette de préciser les médicaments qu'il convient d'administrer, les aménagements spécifiques, le régime alimentaire et le pro-

¹²⁸ JOURDAN D., *La revue des professionnels de l'enfance*, IUFM d'Auvergne, 2004, n°27

¹²⁹ Direction des affaires juridiques – Direction générale de l'enseignement scolaire – MENESR – mars 2007
Site disponible sur : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/editorial/55/7/vademecum-DE_sante-eleve_116557.pdf (dernière consultation le 23 septembre 2013)

¹³⁰ Le directeur d'école peut s'appuyer, en outre, sur le protocole national sur l'organisation de soins et des urgences du 29 décembre 1999 dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (bulletin officiel n°1 du 6 janvier 2000 hors-série)

¹³¹ Direction des affaires juridiques – Direction générale de l'enseignement scolaire – MENESR, Vade-mecum du directeur d'école, La santé des élèves, mars 2007. Site disponible sur: <http://eduscol.education.fr/direction-ecole> (dernière consultation le 08/09/13)

protocole de soins d'urgence, le cas échéant, tout en respectant le secret médical autour de la pathologie dont souffre l'enfant¹⁴⁰.

Enfin, l'organisation des soins et des urgences dans les écoles incombe au directeur d'école¹³², qui peut s'appuyer sur l'avis technique des infirmiers et médecins de l'éducation nationale. Ce protocole comprend une description des équipements et du fonctionnement des infirmeries dans les établissements, précise les conditions de mise en place des mesures minimales nécessaires, comprend des recommandations pour effectuer les premiers soins et précise les modalités d'alerte au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) en cas d'urgence¹⁴⁰.

Les enseignants, confrontés quotidiennement aux élèves, sont un maillon fondamental de l'éducation à la santé dispensée à l'école. Leur implication et leur formation sur ce sujet conditionne la réussite d'une politique ambitieuse en la matière. Le cahier des charges de la formation des maîtres accorde une place significative aux questions liées à la santé. Il précise que les questions de santé et de prévention relèvent des compétences professionnelles des maîtres, en coopération avec les parents et les partenaires de l'école, à la fois comme objet d'enseignement avec l'ensemble des « éducations à... » et comme constitutives de la mission du fonctionnaire « *pour le repérage des difficultés des élèves dans le domaine de la santé et des comportements à risque* » et « *pour la prise en charge des élèves en situation de handicap* »¹³³. Toutefois, cette éducation à la santé est dépendante de paramètres liés aux projets d'établissement, circulaire et prescriptions liées aux programmes, mais aussi à des paramètres propres aux enseignants comme la disponibilité, le temps, la nature des représentations, etc.

Selon l'Inpes, pour l'immense majorité des acteurs de l'école, l'éducation à la santé reste une activité qui ne fait pas partie du cœur de la mission dont ils se sentent investis, alors même qu'une étude conclut que 92% des enseignants interrogés estiment le contraire¹³⁴. Cette diversité des analyses d'auteurs quant à la perception qu'ont les enseignants de leur rôle en matière d'éducation à la santé révèle l'hétérogénéité qui existe sur le sujet et par là même, la diversité des messages délivrés aux enfants par leurs enseignants.

Le recrutement d'enseignants n'accorde quasiment aucune place à ces aspects, ce qui travestit la représentation que les enseignants en cours de formation ont de leur rôle sur ce

¹³³ Ministère de l'Éducation nationale. *Cahier des charges de la formation des maîtres en institut universitaire de formation des maîtres*. Arrêté du 19 décembre 2006, BOEN, 4 janvier 2007, n°1

¹³⁴ JOURDAN D. et al, *Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire*, Santé Publique, 2002/4, Vol. 14, p. 403-423

sujet¹³⁵. Or, il semblerait que deux facteurs influent sur l'implication des enseignants en matière d'éducation à la santé : d'une part la formation des maîtres et d'autre part, l'appartenance de l'école à un réseau regroupant plusieurs établissements scolaires (Zones ou Réseaux d'Education Prioritaire en milieu urbain et le Regroupement Pédagogique Intercommunal en milieu rural)¹⁴².

Enfin, les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED)¹³⁶ dispensent des aides spécialisées, depuis 1990, à la fois pédagogiques ou rééducatives aux élèves d'écoles maternelles et élémentaires en grande difficulté. Ils rassemblent des professeurs des écoles spécialisés et des psychologues scolaires¹³⁷. Ils participent aux actions de prévention des difficultés scolaires, à l'élaboration du projet pédagogique de l'école, à la conception et au suivi des mesures d'aides individuelles ou collectives et à l'intégration des jeunes handicapés. Membres à part entière des équipes enseignantes des écoles où ils exercent, ils aident celles-ci à analyser les situations des élèves en grande difficulté et à construire des réponses adaptées, tout en contribuant à l'aide personnalisée et à la mise en œuvre des programmes personnalisés de réussite éducative (P.P.R.E).

En matière de promotion de la santé, trois approches sont reconnues comme étant pertinentes : les approches ciblées sur des populations (enfants, personnes âgées, malades chroniques, etc.), celles centrées sur des thèmes (nutrition, addictions, etc.) ou celles sur des milieux de vie (travail, quartiers, lieux d'apprentissages, etc.). L'École est au centre de ces approches : elle est un milieu de vie spécifique où tous les individus d'un même âge se retrouvent et partagent des centres d'intérêts communs¹⁴³. C'est cette particularité qui lui confère sa pertinence en matière de santé publique. Si cette pertinence n'est pas remise en cause, l'école ne peut, pour autant, être le pilier d'une politique de santé publique si les moyens mis à sa disposition ne font pas écho aux ambitions affichées.

C. La réalité du terrain

La politique de santé en milieu scolaire est conduite à différents échelons, par de nombreux acteurs qui déclinent au plus près des enfants les objectifs fixés sur le plan national. De

¹³⁵ JOURDAN D., *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?*, Inpes, coll. Santé en action, Saint-Denis, 2010, 160 p

¹³⁶ L'école maternelle en pratique : les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased). Site disponible sur : www.education.gouv.fr/cid24444/reseaux-d-aides-specialisees-aux-eleves-en-difficulte-rased.html (dernière consultation le 08 septembre 2013)

¹³⁷ Circulaire n°90-083 du 10 avril 1990 relative aux missions des psychologues scolaires

nombreux projets, plans, accords, textes régissent cette politique menée dans les écoles et donnent à chaque acteur les moyens de son action.

Toutefois, de la théorie à la pratique, un écart important existe entre la volonté exprimée et les moyens octroyés à la réalisation de cette volonté. Différents témoignages et différents rapports soulignent les difficultés quotidiennes rencontrées par les acteurs de l'éducation à la santé à l'École et les limites de leur action du fait de sa confrontation à la réalité.

1. Les limites du système

a) Des rapports institutionnels

En matière d'éducation à la santé en milieu scolaire, il ne s'agit pas pour les professionnels de l'éducation nationale d'enseigner des savoirs complets et validés par un protocole précis, mais il s'agit plutôt de développer chez les enfants des savoir-faire et des savoir-être, de discuter des valeurs ou des choix et de construire un esprit critique. Ainsi, cette discipline n'entre pas dans le même moule que les autres enseignements apportés par l'École : il n'y a pas de cadre clair, pas de pédagogie univoque et pas de matrice disciplinaire.

L'éducation à la santé fait appel à des dispositifs pédagogiques recourant aux représentations sociales et individuelles de l'enseignant, et obligent l'enseignant à « pouvoir s'autoréguler dans l'action d'enseigner en fonction d'objectifs pédagogiques, de finalités didactiques et d'un ensemble cohérent de valeurs »¹³⁸. Le caractère transversal du sujet lui confère un caractère périphérique à d'autres disciplines, le risque étant de le voir reléguer à l'arrière-ban des préoccupations. Selon une étude en amont d'une expérience menée dans le département de l'Allier en 2008¹³⁹, les enseignants souffrent d'un sentiment d'isolement dans la conception et la réalisation de leur activité professionnelle, en raison d'un manque de connaissances, d'une difficulté dans le choix des attitudes à adopter, de la complexité des textes et l'impression de flou dans les programmes.

Le Haut Conseil de Santé Publique a publié, à la fin de l'année 2011, un avis sur la politique de santé à l'École. Cet avis a notamment recoupé des données issues des travaux de re-

¹³⁸ BERGER D., *L'éducation pour la santé requiert des compétences spécifiques pour les enseignants*, La santé de l'Homme, mai/juin 2010, n°407

¹³⁹ A titre expérimental, l'ensemble des trente enseignants des écoles maternelles et élémentaires d'un secteur semi-urbain du département de l'Allier bénéficie, depuis 2008, d'un dispositif de formation et d'accompagnement proposé par l'Éducation nationale.

cherche internationaux en matière d'implication des professionnels et il apparaît que « *l'engagement dans la démarche de prévention, d'éducation à la santé ou de promotion de la santé à l'échelle de l'école ou de l'établissement* » est un déterminant central de l'efficacité¹⁴⁰. Selon ces études, différents points conditionnent l'implication des enseignants : le déterminant personnel (convictions et engagement individuel) ; la cohérence du dispositif de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé avec la mission de l'École ; la surcharge des programmes, la priorité donnée aux matières fondamentales, la multiplicité des tâches et enfin, la formation et la mobilisation des professionnels. De plus, cet avis souligne la multiplicité des textes institutionnels relatifs à la santé à l'École qui, au nombre de près de quatre-vingt, font apparaître des approches variées des questions de santé. Programmes scolaires, lois, textes généraux, circulaires, etc. sont autant de multiplication des biais, sans vision globale cohérente. Cela brouille le message et dilue l'objectif dans un flux continu de textes d'intentions, sans ligne conductrice.

C'est également le constat établi par le rapport des inspections générales de l'éducation nationale (IGEN), de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche (Igaenr) et des Affaires Sociales (IGAS)¹⁴¹. Le « *pilotage jugé inefficace d'une politique qui se réfère à des objectifs multiples, sans cohérence ni coordination et inatteignables avec les moyens mis à disposition* ». D'autant qu'il n'y a pas de dispositif d'évaluation prévu et que les missions attribuées à chacun manquent de clarté ce qui, ajouté au manque de culture commune, achève de noircir le tableau.

En effet, selon ce rapport conjoint des trois inspections précitées, la mission qu'elles ont menée souligne l'abondance de circulaires centrées sur des objectifs convergents ou similaires mais qui restent sans traduction en actions concrètes et durables. Les actions en milieu scolaire seraient disparates, très souvent absentes ou ponctuelles. De plus, le rapport met en avant l'absence de pilotage ministériel concernant l'éducation à la santé en milieu scolaire, tout comme au niveau des rectorats et des inspections académiques visités par les auteurs. « *L'éducation à la santé n'est pas, dans les faits, une priorité des responsables. Les projets d'établissements, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ne tracent que rarement des perspectives opérationnelles* »¹⁴⁹. Les médecins scolaires ont des priorités directes accordées au dépistage au détriment de l'éducation à la santé et les enseignants, pas assez formés sur cette question, ne la considèrent pas comme faisant partie des savoirs disciplinaires qu'ils doivent transmettre.

¹⁴⁰ Haut Conseil de la Santé Publique, Avis relatif à la politique de santé à l'École, 7 décembre 2011.

Site disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspsa20111207_politiquesantecole.pdf (dernière consultation le 15 septembre 2013)

¹⁴¹ MAMECIER A., BOUET WAISS F., NAVES P., Ravary, Y., SALLE J., VIENNE P., *Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège*. Paris : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2004

Cela contribue en partie à la dilution de la mission de promotion de la santé confiée au ministère de l'Éducation nationale et à ses services. Ainsi, la promotion de la santé ne figure pas dans les missions officiellement attribuées à la Dgesco par le décret n°2006-572 du 17 mai 2006 qui n'évoque que de manière globale « *la politique en matière de vie scolaire, de prévention et d'action sanitaire et sociale en faveur des élèves* ».

Un rapport parlementaire en date de 2011¹⁴² souligne que pour un grand nombre de médecins scolaires, la diversité de leurs missions est révélatrice d'un exercice médical particulier. En effet, leur pratique fait appel à de la médecine générale, à de la pédiatrie, à de la neuro-pédiatrie et à de la médecine du travail. Au-delà de cet aspect, la médecine scolaire est cantonnée à une vision de l'enfant-élève et non à une vision globale de l'enfant, qui n'est élève que durant une partie de son temps.

Ce même rapport souligne que le manque d'investissement du ministère de l'Éducation nationale sur les questions de santé publique a entériné certaines décisions prises par les pouvoirs publics en dépit des contraintes de gestion implicites pour les services de santé scolaire dont il a la charge. En effet, les textes de loi ne prévoient pas clairement de confier certaines missions à la médecine scolaire : cette particularité, que l'on retrouve dès l'ordonnance du 18 octobre 1945 instituant la visite médicale obligatoire à l'âge de six ans, tient au fait que le législateur a souhaité laisser au Gouvernement le choix des moyens les plus appropriés pour atteindre les objectifs fixés par la loi. De nombreuses tâches ont ainsi incombé à la médecine scolaire, faute d'un dispositif plus adéquat ; d'autant que l'absence d'expertise médicale reconnue a entraîné un manque de coordination des actions des personnels de santé. Les ambitions affichées par la politique sanitaire ne se sont pas traduites en objectifs organisationnels permettant d'y répondre de manière cohérente et efficiente.

Au niveau académique, si certains projets académiques comportent un volet santé, l'organisation, centrée autour de la personne du recteur, repose beaucoup sur la sensibilité de ce dernier aux questions de santé et sur l'implication des médecins conseillers techniques au sein de leur institution.

La question des effectifs pose également un souci : il semblerait que le ministère de l'éducation nationale peine de plus en plus à recruter des candidats aux postes de médecins scolaires. Ainsi, en 2010, 123 postes vacants étaient à pourvoir sur toute la France. Par ailleurs, ce calcul ne tient pas compte des besoins réels en fonction du nombre d'enfants, mais uniquement du nombre de postes budgétaires à pourvoir. Cette situation serait liée à un manque de reconnaissance professionnelle, de mobilité professionnelle, de perspectives de carrière et à des conditions de travail contraintes.

¹⁴² GAUDRON G., PINVILLE M. pour le Comité d'Évaluation et de Contrôle des politiques publiques, *Rapport d'information sur la médecine scolaire*, 17 novembre 2011

Cet ensemble de rapports partagent des conclusions communes relatives au manque de pilotage, de perspectives, de moyens, de formation, d'importance accordée et de temps propres aux questions relatives à l'éducation à la santé.

b) Des rapports sociologiques

L'éducation à la santé vise à permettre à chaque jeune de s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même et vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Chaque individu doit pouvoir exercer sa citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé sont de plus en plus préoccupantes.

Au XIX^{ème} siècle, des prêches sanitaires prônant l'interdiction et utilisant la peur comme outil de dissuasion étaient donnés par les enseignants, stigmatisant des comportements jugés dangereux. De nos jours, au-delà de l'impact inductible à une mauvaise santé immédiate de l'élève, l'éducation à la santé vise à permettre aux enfants et futurs adultes de prendre conscience des impacts liés à des habitudes et agissements courants tout au long de la vie, et ce, en toutes responsabilité et autonomie.

En France, certaines consommations, bien que légales, peuvent gravement porter atteinte à la santé. D'autres, totalement illégales, sont également des facteurs d'altération de la bonne santé. Les consommations de ces substances, relèvent de la liberté individuelle, à condition de respecter la loi. Toutefois, même dans le cadre des substances illégales, ces dernières années ont vu une banalisation de l'usage de certaines drogues et au-delà de la question de la légalité, c'est avant tout la responsabilisation des individus qui est en cause. La légitimité de l'École à intervenir dans ce domaine dépasse la question de la légalité mais concerne une certaine idée de l'Homme et de la construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables : l'alcool, le tabac ou les psychotropes peuvent générer une dépendance, une aliénation et une perte de liberté. L'École doit donc mettre en œuvre des activités permettant à l'élève de disposer de compétences pour conserver sa liberté, malgré la curiosité face à l'interdit, la pression des médias ou encore la volonté d'imiter ses pairs, et sans pour autant délivrer un message normatif univoque¹⁴³.

L'école maternelle est le lieu permettant de faire acquérir à l'enfant une première structuration du langage oral. C'est le lieu de la première socialisation et c'est aussi souvent le lieu de repérage des déficiences, troubles et handicaps, afin de permettre la prise en charge pré-

¹⁴³ Observatoire Régional de la santé Nord- Pas-de-Calais, *L'école et la santé*, 2009

coce. L'école élémentaire quant à elle permet d'aborder l'éducation à la santé de façon transversale au travers de différentes situations de la vie quotidienne.

Malgré le consensus autour de la nécessité de former les différents acteurs à l'éducation à la santé, à ce jour, l'éducation à la santé est encore calquée sur le modèle hygiéniste qui consiste à donner une information ponctuelle sur des comportements et leurs conséquences. Si la santé n'est pas une discipline à part, elle doit pour autant avoir sa place dans les projets éducatifs. C'est à ce titre que les projets d'établissement sont censés inclure des objectifs ayant trait à la santé, permettant ainsi, en tenant compte des spécificités locales, de décliner les projets académiques au plus près des besoins de l'enfant et jouer ainsi sur les déterminants territoriaux spécifiques.

Selon Didier Jourdain et Dominique Berger, l'un des piliers de ce qui fonde la professionnalité des divers acteurs de l'éducation pour la santé est la réflexion individuelle et les questions éthiques. Ces dernières fondent les représentations et les valeurs de chacun, déterminant ainsi une forte influence sur les choix et les convictions. Cela ne constitue pas en soi un problème, mais ces représentations fonctionnent comme un « écran (*dans tous les sens du terme*) : elles jouent le rôle d'un révélateur nous permettant de donner sens au réel mais en même temps, elles masquent d'autres façons de voir le monde »¹⁴⁴.

Ainsi, travailler sur les représentations, leurs fondements et les modèles sous-jacents permet d'identifier dans quel but et sur quelles bases les décisions sont construites. Il semble donc complexe d'établir des théories ou des modèles types pour les pratiques d'éducation à la santé. Elles doivent avoir pour but de mettre en évidence les principaux éléments afin d'avoir une approche cohérente permettant de mieux comprendre la réalité.

En matière d'éducation, les objectifs sont focalisés sur le sujet face à son émancipation et non pas sur tel ou tel comportement dont il faut réduire la prévalence. L'éducation à la santé doit être un équilibre entre la volonté de promouvoir la bonne santé comme référence et la liberté en construction des individus.

Pour autant, travailler en interdépendance est fondamental pour obtenir l'adhésion de l'élève : sa participation permet son implication dans la gestion de sa propre santé. La question des représentations évoquées plus tôt est ici partie prenante de ce travail. La consommation de tabac, d'alcool ou de psychotropes par des jeunes adolescents est conditionnée en partie par la représentation sociale qui en est donnée. Le lieu de l'école reste celui des règles et de l'apprentissage mais, ce lieu même s'étant au fur et à mesure substitué à une certaine forme d'autorité parentale, l'enfant ne considère ce cadre que comme un cadre de restrictions, d'où l'intérêt d'un cadre inclusif pour les élèves avec des intervenants provenant des partenaires de l'Education nationale qui ne représenteraient pas l'autorité des en-

¹⁴⁴ JOURDAIN D., BERGER D., *La santé de l'Homme*, mai/juin 2005, n°377, p. 17-20

seignants et pourquoi pas même, une délocalisation des cours de sensibilisation et d'apprentissages des bonnes pratiques.

2. Entretiens avec les acteurs de terrain

a) Au niveau de l'École

Si certaines écoles sont confrontées à de réelles difficultés et à un isolement vis-à-vis des politiques d'éducation à la santé décrites sur le papier, d'autres se démarquent par leurs différences. Manque de moyens humains, manque de moyens financiers, manque de directives, manque d'accompagnement et manque de formation sont autant d'éléments qui viennent quotidiennement contrevenir aux ambitions affichées dans les textes réglementaires. Pour autant, certaines écoles semblent réussir à surmonter cela, via l'implication quotidienne de l'ensemble des acteurs.

A titre d'exemple, en 2012, l'académie de Paris¹⁴⁵ comporte 301 écoles élémentaires qui scolarisent 136 700 élèves, bénéficiant de 21 médecins scolaires (soit 1 médecin pour 6509 élèves d'école primaire) auxquels s'ajoutent les collégiens et lycéens qui sont au nombre de 127 195. C'est au total 263 895 élèves, tous âges confondus, que doivent gérer 21 médecins scolaires et 184 infirmières. Cela revient à 1 médecin pour 12 566 élèves, alors que la moyenne nationale en libéral est de 1 322 patients par médecin. Au vu de ces chiffres, de vraies questions se posent quant à la qualité de la mission effectuée auprès de ce public¹⁴⁶.

Ces questions trouvent leur réponse sur le terrain, notamment dans les arrondissements populaires de l'est de Paris où la paupérisation fait rage et où les inégalités sociales sont criantes. Ainsi, à l'école élémentaire du 236 rue de Belleville, lors d'un entretien réalisé le 04 juillet 2013 avec le directeur de l'établissement, M. CASTELLO, une situation difficile a été rapportée.

Il y a un médecin scolaire qui passe quand il peut, à savoir pas souvent : la visite de suivi obligatoire avant l'entrée en 6^{ème} réalisée à la fin du cycle élémentaire n'a pas été faite cette année dans cette école, faute de temps pour le médecin scolaire. L'équipe éducative ne peut

¹⁴⁵ Le choix porté sur l'Académie de Paris procède d'une accessibilité géographique plus simple dans le cadre des entretiens menés

¹⁴⁶ Chiffres prévisionnels de 2012 publiés par l'Académie de Paris. Site disponible sur : www.ac-paris.fr/portail/jcms/piapp1_12549/quelques-chiffres-sur-l-academie?cid=piapp1_6619 (dernière consultation le 30 septembre 2013)

se tourner vers une infirmière scolaire puisqu'ils n'y en a pas ; tout comme ils n'ont pas d'assistante sociale puisque celle qui leur est dédiée est en congé parental non remplacé pendant un an. Face à une population d'élèves et de parents d'élèves dont 30% bénéficient du tarif symbolique minimum de 0,14 cts d'euro pour le repas du midi¹⁴⁷ (soit un quotient familial inférieur ou égal à 234€), cette absence d'aide sanitaire et sociale pose de réels problèmes.

Le suivi bucco-dentaire des élèves est quasi absent : malgré des signalements aux familles et la gratuité des soins pour les enfants, il n'y a pas de prise en charge bucco-dentaire, selon le constat établi par l'équipe pédagogique. Parfois même, rapporte le directeur de l'établissement, l'hygiène de certains enfants oblige l'équipe pédagogique à intervenir, en dehors de leur champ de compétences et sans sécurité juridique, pour permettre aux enfants de se laver et de se changer au sein de l'école.

Le projet de l'établissement ne comporte pas de mention à un quelconque objectif de santé publique ou d'éducation à la santé. Ce projet, qui doit être renouvelé depuis quelques temps, était la déclinaison du projet académique. Ce dernier, valable pour la période 2010-2013 comporte six axes :

- Axe 1 : promouvoir une politique culturelle ambitieuse pour tous les élèves,
- Axe 2 : amplifier l'ouverture internationale et la coopération européenne et augmenter les compétences de tous les élèves en langue étrangère,
- Axe 3 : développer la scolarisation des élèves en situation de handicap,
- Axe 4 : valoriser les voies technologique et professionnelle,
- Axe 5 : favoriser la continuité et la réussite des parcours scolaires jusqu'à l'enseignement supérieur,
- Axe 6 : piloter des établissements autonomes investis d'une mission de service public au cœur d'un environnement local.

Mis à part l'axe consacré au handicap, aucune mention décrite dans les circulaires, notamment dans la circulaire de janvier 2011 relative à la santé des élèves, n'est reprise ou développée. Cela pourrait s'expliquer qu'à Paris, il existe un partenariat entre la ville de Paris et l'Education nationale qui a délégué les services de santé et les services sociaux scolaires au conseil général de Paris.

¹⁴⁷ Afin de mettre fin aux disparités entre arrondissements et dans un souci de justice social, Paris a adopté depuis la rentrée 2010 une grille tarifaire unique. Elle est composée de huit tranches. Le prix des repas varie entre 0,14 et 5,20 € pour l'année 2013-2014 en fonction du quotient familial établi par la CAF. Site disponible sur : www.paris.fr/pratique/ecoles/restauration-scolaire/les-tarifs-de-la-cantine-a-partir-de-septembre-2013/rub_1694_stand_83971_port_4010 (dernière consultation le 14 septembre 2013)

Interrogé sur la façon d'aborder la thématique de la sexualité, M. CASTELLO annonce qu'il est difficile d'amener ce sujet auprès des élèves de cette école, par manque de formation, par réticence face aux réactions des enfants et de leurs familles et par absence de directives de l'académie.

Un travail a été amorcé par l'équipe pédagogique il y a une quinzaine d'années face au constat de l'augmentation significative d'enfants en situation d'obésité. Ainsi, le règlement intérieur de l'école interdit les « goûters du matin » que les enfants amenaient pour leur récréation de 10h, puisque beaucoup d'entre eux ne prennent pas de petit déjeuner, selon leurs dires et ceux de leurs parents. Seul un fruit est accepté, plutôt que les chips, barres chocolatées, bonbons et autres produits de grande consommation à l'équilibre nutritionnel douteux, que les parents donnaient à leurs enfants.

Sur le plan nutritionnel, la caisse des Ecoles¹⁴⁸ du 20^{ème} arrondissement, organisme chargé de la préparation des repas et des activités périscolaires, tente de fournir aux élèves des repas équilibrés. Souvent seul repas complet et chaud de la journée pour de nombreux enfants de cette école, le directeur refuse de renvoyer chez eux, comme le prévoit le règlement, les enfants dont l'un des parents ne travaille pas. Cette disposition vise à permettre aux enfants de bénéficier de *minima* et ce, malgré le coût important pour la collectivité, mais sans fondement juridique.

Une grosse difficulté rencontrée par l'équipe pédagogique de cette école concerne la santé mentale et l'obligation faite aux écoles depuis la loi de 2005 de scolariser tous les enfants sans distinction. A ce jour, l'école du 236 rue de Belleville scolarise 6 enfants atteints de troubles mentaux, troubles dont personne, au sein de l'équipe éducative n'est informé, du fait du secret médical. Si les auxiliaires de vie scolaire (AVS) fournissent une aide précieuse pour les enfants atteints de troubles moteurs, elles n'ont ni la formation, ni les compétences requises pour s'occuper d'enfants atteints de troubles de cette nature. Ces enfants, de par leur comportement imprévisible, de par l'isolement sanitaire et médicale autour d'eux (les structures de soins censées les prendre en charge étant débordées, certains n'ont bénéficié d'aucun soin pendant six mois selon les confidences faites au directeur par les parents) et de par leur affection, troublent le fonctionnement des cours et déstabilisent le personnel, démunis face à une situation pour laquelle il n'est ni formé, ni accompagné.

¹⁴⁸ Créées en 1867, les caisses des écoles avaient initialement pour mission « d'encourager et de faciliter la fréquentation de l'école par des récompenses aux élèves assidus et des secours aux familles indigentes ». Ce sont aujourd'hui des établissements publics locaux gérant la restauration du premier degré et de certains collèges départementaux et quelques lycées municipaux. Elles fournissent également les repas pour les centres de loisirs le mercredi et pendant les vacances scolaires. Les caisses des écoles à Paris. Site disponible sur : www.paris.fr/pratique/ecoles/restauration-scolaire/les-caisses-des-ecoles/rub_1694_stand_26330_port_4010 (dernière consultation le 12 septembre 2013)

Il semblerait que la situation sur le terrain soit très éloignée des ambitions affichées. Les équipes pédagogiques s'accordent à affirmer leur attachement au rôle fondamental de l'École en matière d'éducation à la santé ; pour autant, leurs actions quotidiennes en la matière relèvent davantage aujourd'hui de leur volonté d'implication et de leurs affinités avec le sujet, que d'une politique construite, développée et financée autour de l'enfant, futur adulte en devenir, et de ses besoins.

L'importance de cette volonté et de l'implication des équipes pédagogiques est confirmée par l'échange en date du 9 septembre 2013 avec M. LECHEVALIER, directeur d'une école située au 188 rue d'Alésia, dans le 14^{ème} arrondissement de Paris. Dans l'école qu'il dirige, il y a un médecin scolaire présent trois demi-journées par semaine. Cela permet aux enfants qui en ont besoin d'être vus par celui-ci, à la demande de l'équipe pédagogique ou des parents. De même, une assistante sociale présente suit l'école de façon régulière.

Entouré d'une équipe ayant à cœur de mener certains projets en matière de santé et de sensibilisation des enfants, M. LECHEVALIER, en lien avec l'inspecteur d'académie, a décidé, dans un premier temps, de travailler sur les gestes de premier secours et sur le fait de porter secours. Selon lui, cela permet aux élèves de mieux appréhender la notion de « prendre soin de soi et des autres ». A ce titre, une semaine dans l'année est banalisée, en général dans le courant du mois de novembre, dans le sens où les cours sont transformés en atelier permettant la formation des enfants aux premiers secours, avec l'idée de leur apprendre à « agir en responsabilité ». Selon le corps enseignant, au sortir de cette semaine, les enfants portent un regard plus soucieux des autres et interagissent davantage les uns avec les autres.

Lors de la précédente année scolaire, une diététicienne est venue pour un moment de partage avec les élèves. Son discours a porté sur les grammages et l'équilibre alimentaire, en partenariat avec la caisse des écoles du 14^{ème} arrondissement de Paris et le médecin scolaire. Partant de la nécessité d'un bon équilibre alimentaire et de constats faits auprès d'élèves amenant sandwiches, chips ou paquets de nouilles chinoises pour leur goûter, un travail important est fait sur le petit-déjeuner. Toutes les six semaines à un mois, un petit déjeuner avec les parents, en partenariat avec les parents d'élèves élus, est organisé au sein de l'école. C'est un moment privilégié d'échanges et de sensibilisation sur la nécessité du petit-déjeuner et du goûter de sortie de classe, l'objectif étant que les parents puissent participer à ce moment.

D'autres actions de sensibilisation sont menées : ainsi, en classe de CP, une animation est proposée aux élèves afin d'évoquer avec eux la question de l'hygiène bucco-dentaire. Un dépistage est systématiquement organisé pour les classes de CM1.

Selon le directeur de l'établissement, la zone dans laquelle se situe son école comporte un certain nombre de difficultés sociales, engendrant des troubles certains des enfants ; notamment en matière de sommeil, lié aux conditions de logement, et en matière d'équilibre

de vie et de bien-être, l'École devenant un lieu privilégié apportant avant tout une forme de stabilité et de sérénité à l'enfant.

En matière de prise en charge des élèves en situation de handicap, l'école n'étant pas aux normes, les enfants handicapés moteurs ne peuvent y être accueillis. En revanche, des enfants souffrant de handicaps mentaux fréquentent cette école et les mêmes difficultés que celle rencontrées dans l'école de M. CASTELLO sont décrites, à savoir, manque de formation, manque de recul vis-à-vis de certaines situations et manque d'accompagnement.

Interrogé sur sa conception du rôle de l'école en matière de santé, M. LECHEVALIER explique la nécessité de travailler la question du bien-être de l'enfant et du respect de soi. Selon ses propos, à la fois la dynamique de son équipe, l'investissement dont chacun fait preuve et les conditions environnementales favorables (médecin scolaire, assistante sociale, implication de la municipalité, etc.) permettent à son école de mener un travail non négligeable en matière d'éducation à la santé. De même, il attache une importance particulière à l'égalité femme homme : aucune activité sexuée n'est proposée aux enfants et un travail de sensibilisation sur ce sujet est fait. Certains moments du quotidien permettent au directeur d'aborder des thèmes fondamentaux comme l'homophobie. Ainsi, entendre des insultes dans la cour lui permet de faire un rappel à la loi et de souligner la nécessité de respecter la sexualité de chacun.

Dans un prochain temps, M. LECHEVALIER souhaite travailler sur les addictions aux écrans, à la fois en matière de contenus qui peuvent être violents et perturbants pour les enfants et en rapport au temps passé par certains devant leurs écrans.

Ces deux écoles permettent de faire ressortir deux paramètres essentiels en matière d'éducation à la santé en milieu scolaire. L'investissement de l'équipe pédagogique dans son ensemble est déterminant : les volontés individuelles conditionnent l'existence, puis la réussite de projets en la matière. Toutefois, le second paramètre influe également sur le premier : l'environnement socio-économique de l'École influe énormément sur les projets qu'il est possible de mener et l'implication de l'équipe pédagogique sur ces sujets.

En effet, dans des établissements accueillant des enfants souffrant de grandes difficultés sociales ou économiques, la priorité est davantage accordée à des besoins qui semblent plus immédiats. De plus, la mobilisation des personnels dans ces écoles occulte de fait certaines activités qui deviennent accessoires.

La question des inégalités sociales de santé prend ici tout son sens. A l'échelon parisien, les arrondissements de l'est parisien ont, de façon générale, une mixité sociale beaucoup plus importante que les arrondissements de l'ouest. De même, les écoles situées en périphérie de Paris accueillent des enfants issus de familles plus défavorisées que dans le centre de la ville. Les problématiques quotidiennes auxquelles sont exposées les équipes pédagogiques les obligent à revoir leur ordre de priorité : comment parler de l'hygiène et du brossage de

dents régulier à des enfants sans domicile fixe ? Comment parler de la nécessité d'une alimentation équilibrée en recommandant cinq fruits et légumes par jour à des enfants dont les parents sont tous deux au chômage ?

La réalité sociale, confrontée à la réalité des moyens octroyés et à l'implication des équipes en place, conditionne les messages véhiculés aux enfants. De même, le pilotage mené à l'échelle de l'académie est fondamental. Entre les deux écoles interrogées, il semble qu'il y ait une différence de répartition des médecins scolaires : l'une a un médecin présent trois demi-journées par semaine, tandis que l'autre déplore sa faible présence.

Le nouveau projet académique de Paris repose sur trois ambitions : la prise en compte de la diversité du public parisien, la recherche de l'équité et d'une plus grande mixité et le renforcement des articulations et de la cohérence entre les différents cycles et degrés d'enseignement. A ce titre, cinq axes sont développés :

- Axe 1 : Faire entrer l'académie de Paris dans l'ère du numérique
- Axe 2 : Promouvoir une politique culturelle ambitieuse au service de tous
- Axe 3 : Développer l'ouverture internationale et les compétences linguistiques de chaque élève
- Axe 4 : Mettre en œuvre des parcours scolaires fluides et adaptés à chaque élève
- Axe 5 : Créer un cadre serein et respectueux de tous pour un apprentissage de qualité

Si ce nouveau projet ne comporte toujours pas d'objectifs en matière d'éducation à la santé, tout du moins est-il possible de voir les axes 4 et 5 comme des allusions à la nécessité d'une bonne santé. Les projets d'école devant être une déclinaison du projet académique, il n'est pas certain, à moins de la volonté d'une équipe pédagogique, d'y voir le thème de la santé davantage développé. Même si les compétences sociales et santé scolaires relèvent de la ville de Paris, il n'en reste pas moins que leur absence totale du projet académique laisse entrevoir un cloisonnement complet entre les domaines relatifs à la ville et ceux relatifs à l'Education nationale.

b) Au niveau institutionnel

Le Dr Nadine LABAYE-PREVOT, médecin conseiller technique auprès du recteur de l'académie de Créteil, est chargée à la fois de la santé des élèves et de la santé des person-

nels qui, selon elle, sont étroitement liées : les enfants sont réceptifs à ce qui ne va pas bien chez leurs enseignants.

Lors d'un entretien réalisé le 11 septembre 2013, le Dr LABAYE-PREVOT a expliqué préférer le terme de « promotion de la santé » à celui « d'éducation à la santé » qui ne constitue qu'une partie de la promotion de la santé. Ainsi, mener une action d'éducation à la santé sur les questions d'hygiène ne rime à rien si les infrastructures sanitaires dédiées à l'enfant ne sont pas en adéquation avec le message délivré. Selon ses dires, « *c'est faites ce que je dis mais pas ce que je fais* », ce qui est même dangereux pour l'enfant.

Tout d'abord, l'usage du mot « à » plutôt que « pour » dans l'expression « éducation à la santé » sous-entend, selon elle, les objectifs que l'on souhaite atteindre : « *le "pour" a beaucoup plus de globalité [...] c'est pour une progression* ».

L'éducation à la santé se rapporte au domaine des comportements personnels alors que la promotion de la santé comporte tous les aspects de la vie de l'élève comme l'environnement social et physique. Elle est donc un pan à part entière de la promotion de la santé. Or, les textes existant pour l'éducation nationale sont restrictifs en la matière, alors même que les articles 6 et 12 de la loi de 2013, remettent de la perspective, bien qu'ils restent restrictifs sur la méthode : il ne s'agit pas simplement d'apporter des connaissances. L'éducation à la santé n'est donc pas, selon le Dr LABAYE-PREVOT, le plus important : les autres composantes de la promotion de la santé doivent également être considérées.

Le rôle de l'Ecole en matière de santé est essentiel : l'école est un milieu de vie où les enfants passent un temps important, ce qui influe donc forcément, de façon positive ou négative, sur leur santé. En matière de réduction des inégalités sociales de santé, l'Ecole apporte des informations identiques à tous : les programmes sont les mêmes sur tout le territoire. En revanche, en matière d'actions menées, n'ayant pas de cadre ou de pilotage national de réalisations, les différences existent en fonction des territoires, au regard des projets de chacun et des sensibilités propres à chaque équipe.

Une évolution semble possible avec la loi de refondation de l'Ecole de 2013 : dorénavant, la promotion de la santé fait partie intégrante des missions de l'éducation nationale. Selon les Dr LABAYE-PREVOT, les médecins de l'éducation nationale sont les mieux formés en matière de santé des enfants et de promotion de la santé puisque leur formation intègre un an de formation à l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP). Leur rôle consiste donc davantage à piloter localement et former les équipes pédagogiques en la matière.

Toutefois, une action de promotion de la santé ne s'improvise pas et ne se décide pas sans une réelle analyse des besoins de l'enfant : il faut donc travailler en termes de projets, alors que l'éducation nationale a tendance à travailler sans fil conducteur, ce qui revient à « *un cautère sur une jambe de bois [...] voir même une mise en danger du jeune* ». En effet, le manque d'adéquation entre ce qui est dit et ce qui est mis en œuvre fait perdre à l'enfant la

notion de « référent » dont il a besoin pour se construire. De plus, l'analyse des besoins doit permettre de se départir des a priori des adultes, basés sur leurs impressions et leur jugement : « *les adultes se font des idées sur les besoins de l'enfant* ». Le rôle des professionnels de santé de l'éducation nationale est de veiller à ne pas laisser des préconçus amener une action, mais plutôt permettre, sur la base d'une analyse rigoureuse des besoins, d'élaborer un projet cohérent.

Ainsi, lorsqu'elle était en poste à Mantes-la-Jolie, le Dr LABAYE-PREVOT s'était opposée à une initiative qui souhaitait rendre la cantine gratuite afin de lutter contre la malnutrition. Elle a considéré que dans les familles majoritairement issues de l'immigration de Mantes-la-Jolie, ce sont les mamans qui, en règle générale, font à manger pour leurs enfants. Elles n'ont souvent pas de « statut social » propre et ont un statut de « mère-nourricière ». Or, rompre ce lien avec la mère met en péril l'enfant. Ainsi, le projet à mener devait intégrer cette dimension afin de ne pas rompre un lien entre la mère et son enfant. Il ne s'agit pas là uniquement d'éducation à la santé mais il faut créer un cadre inclusif.

De même, en matière d'obésité, il faut avant tout savoir s'il y a un réel problème de cet ordre dans une classe et comprendre à quoi est liée cette obésité. Ensuite, il faut permettre à chaque parent de s'approprier le même discours que son enfant et ne pas chercher à avoir une application homogène. Chaque famille doit pouvoir conserver sa particularité et sa culture, en adéquation avec ses moyens. Le Dr LABAYE-PREVOT, confrontée à une problématique de ce type-là dans une école maternelle en Bourgogne, avait fait le choix de mener un projet sur l'équilibre alimentaire, en partenariat avec la restauration scolaire d'abord puis les familles, lors d'ateliers ludiques, avec des conseillères en éducation sociale et familiale, afin de prodiguer des conseils sur la gestion d'un budget alimentaire.

Interrogée sur les difficultés de l'éducation nationale à effectuer les visites obligatoires des enfants, le Dr LABAYE-PREVOT insiste sur la question de l'égalité réelle : sur l'académie de Créteil, la priorité est donnée aux écoles qui en ont le plus besoin. Ainsi, selon un rapport qui lui a été remis par une collègue du Val-de-Marne, 6% des bilans de 6 ans ont été effectués, en ciblant des « *enfants qui en ont réellement besoin* », mais en revanche, 14 000 visites à la demande ont été réalisées pour des enfants en difficultés. Les visites à la demande sont chronophages car elles nécessitent une analyse plus poussée et des adaptations scolaires éventuelles.

Selon elle, les efforts ne doivent pas être concentrés uniquement sur des écoles situées dans des quartiers dits difficiles socialement, car certaines écoles localisées dans des quartiers mieux lotis sont confrontées à des problématiques ayant certes des genèses différentes, mais présentes malgré tout.

De même, travailler avec les enfants ne suffit pas : ils ne sont pas décisionnaires puisque leurs parents sont les titulaires de l'autorité. Il s'agit donc de travailler l'environnement glo-

bal de l'enfant, procéder en un simple apport de connaissances ne suffit pas puisque les programmes intègrent cette composante. Ainsi, faire de l'éducation à la santé auprès des enfants doit leur permettre de faire des choix, même dans ce que peut leur apporter leur environnement.

Sur la question du manque d'effectifs de l'éducation nationale, le Dr LABAYE estime que si chacun fait son travail, l'efficacité serait plus importante. Selon elle, le médecin de l'éducation nationale n'a pas à faire une action mais plutôt à accompagner les professionnels pour qu'ils l'élaborent. De même, les infirmières scolaires sont là pour faire de la méthodologie et sur le terrain, accompagner au quotidien les enseignants qui, eux, ont dans leur programme des pans consacrés à la santé. Enfin, il est prévu de pouvoir associer des partenaires, qui ne sont pas là « pour faire ce qu'ils veulent, mais qui sont des prestataires de services pour des missions précises ».

M. Marc MANCEL, conseiller technique chargé de la santé, des fonds sociaux, du handicap, du sport, des primo-arrivants et des relations avec les associations afférentes à ces domaines auprès de M. PEILLON, ministre en charge de l'éducation nationale et Mme PAU-LANGEVIN, ministre déléguée chargée de la réussite éducative a, lors d'un entretien réalisé le 17 septembre 2013, exposé la vision que les ministres actuels ont en matière de santé des élèves et le rôle de l'École.

Pour la majorité actuelle, l'École a un rôle pédagogique au-delà des disciplines fondamentales (mathématiques, sciences, etc.). Ainsi, elle a un rôle clé en matière d'éducation à la santé et doit établir un continuum entre son sein et l'extérieur. L'éducation à la sexualité, l'éducation nutritionnelle dans le cadre de la lutte contre l'obésité, etc. sont autant de thématiques propres à la santé publique que l'École doit relayer, sans pour autant se substituer aux parents, à la médecine de ville ou encore aux politiques publiques de santé. L'École ne peut suppléer une action parentale inexistante en allant à son encontre mais doit permettre d'aider cette dernière à s'accomplir, en l'associant en toute cohérence.

Actuellement, des travaux sont en cours sur la mise en place de la notion de bien-être à l'école, l'objectif étant de lutter contre le décrochage scolaire. Au-delà de la réussite individuelle, le but est d'enseigner aux élèves certaines notions comme le respect mutuel, le respect de soi, le rôle d'une alimentation équilibrée, la nécessité d'une pratique sportive ou encore la cohérence entre l'esprit et le corps, ceci s'inscrivant dans un cadre plus global qu'est celui de l'éducation à la santé.

Concernant le contrat cadre existant entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la santé, selon M. MANCEL, il n'existe pas de contrat cadre en tant que tel mais il y a des discussions en cours dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé en matière de prévention et de santé publique. Celui-ci doit comprendre un volet jeunesse important et c'est à

ce titre que le ministère de l'Éducation nationale est associé, dans l'idée de conclure, à terme, des conventions entre les ARS et les académies et rectorats. Ces conventions seront établies selon un cahier des charges très précis, établi par le ministère et tenant compte des spécificités territoriales, selon un pilotage de l'éducation nationale et non des ARS, qui ne doivent pas suppléer un manque mais mettre à disposition des compétences.

Cela aboutira à une trentaine de conventions qui tiendraient à la fois compte des orientations nationales en matière de santé publique et de prévention, mais également des spécificités territoriales. A ce jour, les coopérations existantes entre les ARS et les rectorats n'ont pas de caractère obligatoire et, de ce fait, n'existent que dans une dizaine d'académies.

M. MANCEL dresse un constat : les dispositifs concernant la santé à l'École ne fonctionnent pas aujourd'hui, sauf dans une dizaine de villes, comme Paris où il existe une sous-traitance en la matière confiée aux services des villes. Paris est, d'après lui, la ville où, de loin, les meilleurs résultats sont obtenus en matière de santé des élèves. Selon ses propos, deux contraintes expliquent l'échec national des politiques de santé à l'École : la désertification médicale qui touche l'éducation nationale et le manque de gouvernance au niveau national.

Le manque de considération et de reconnaissance pour la médecine scolaire, cette voie étant souvent la deuxième ou troisième carrière d'un médecin, ainsi que des salaires très bas (ils sont fonctionnaires de catégorie A avec un salaire de milieu de carrière se situant entre 2700 et 3000€ par mois) ne permettent pas de répondre pleinement au nombre de postes ouverts par l'éducation nationale. Au niveau de l'Ordre des médecins, il n'existe pas de section dédiée aux médecins de l'éducation nationale.

Selon M. MANCEL, l'objectif n'est pas de multiplier les effectifs, mais de redéployer les forces en améliorant la gouvernance et en ciblant davantage les actions afin de toucher les publics qui en ont réellement besoin. Par exemple, la visite médicale obligatoire de 6 ans ne sera plus systématique mais sera effectuée de façon prioritaire dans des zones où les besoins se font davantage ressentir puisque dans de nombreuses situations, le suivi par la PMI et par la médecine de ville est largement suffisant pour garantir la bonne santé des enfants.

L'idée, selon ses propos serait de réorganiser le secteur médico-social de l'éducation nationale, sans le confier obligatoirement aux médecins et ce, dans le but d'en améliorer l'efficacité. Contrairement à l'organisation d'il y a quelques années avec les centres médico-sociaux dédiés à la médecine scolaire, aujourd'hui, les moyens ne permettent plus ce genre de pratiques. Ainsi, la redéfinition de la gouvernance passe avant tout par une redéfinition des rôles et missions de chacun afin d'améliorer la coordination, l'efficacité et la couverture territoriale. De même, les enseignants doivent être davantage formés sur ces sujets afin de participer pleinement au repérage des enfants en difficulté (troubles du comportement, de la vision ou de l'audition), en partenariat avec les psychologues. Ces derniers doivent être formés et être en effectifs suffisants pour décharger les enseignants qui signaleraient les

enfants en difficulté et permettraient aux psychologues de venir établir le diagnostic en assistant à un cours par exemple.

Pour M. MANCEL, les médecins doivent avant tout s'occuper de santé et surtout d'épidémiologie. Il y a un gâchis important en matière d'exploitation des données dont dispose l'éducation nationale. Il existe deux bases de données reconnues par l'administration centrale : un pour les infirmières et un pour les médecins. Ces logiciels n'ont pas été actualisés depuis 2003 et ne sont pas du tout exploités au niveau central. Toutes les données remontées et centralisées sont stockées, sans traitement, sans exploitation et sans aucune utilisation. Il faut mettre à jour ces logiciels et obliger les professionnels à s'en servir, en dépit de leurs réticences.

Pour autant, il faut être vigilant à ne pas trop médicaliser l'Ecole, qui doit veiller à la santé des élèves et de ses personnels. L'approche curative est due principalement au niveau de richesse de la France : comme tout est remboursé, il y a un recours massif aux soins plutôt qu'à la prévention. D'où le rôle important de l'Ecole qui doit renforcer et sensibiliser à la prévention, rôle inscrit dans la loi de refondation de 2013.

Pour autant, dans les débats précédant la loi, un doute a plané sur la question de la gouvernance : ne valait-il pas mieux confier cela aux collectivités territoriales au vu du coût. Au final, un grand chantier s'amorce visant à mettre en place une gouvernance de la santé à l'école par académie afin que ces dernières tiennent davantage compte de ce champ et mettent en œuvre un pilotage académique cohérent, en lien avec les ARS. Par exemple, pour répondre à la problématique de la désertification, le ministère pourrait envisager de mettre en place un dispositif calqué sur le contrat territorial d'accès aux soins imaginé par Marisol TOURAINE, ministre de la santé. Cela pourrait consister en une utilisation des moyens financiers non utilisés par l'Education nationale sur les postes de médecins non pourvus pour travailler avec un médecin généraliste libéral pour qu'il fasse des vacations de médecine scolaire.

Ce projet doit inclure chacun en renforçant le rôle des enseignants, celui des associations et partenaires de l'Education nationale, en incluant les parents et en créant une dynamique de travail s'appuyant sur les richesses dont dispose l'Ecole.

CONCLUSION

Si la santé publique a longtemps été négligée, l'émergence d'une prise de conscience collective a permis, petit à petit, d'intégrer cette dimension dans la sphère sociale, familiale, professionnelle et environnementale. De nos jours, tout élément de la vie se rapporte, de façon directe ou pas, à la santé.

L'Ecole, confrontée à des difficultés qui lui sont propres, peine à trouver la place qui devrait être la sienne en matière d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Il est indéniable que l'Ecole a un rôle fort à jouer auprès des enfants en matière de santé. Pour autant, par manque de pilotage et de perspectives, son apport reste anecdotique et variable selon le territoire. La question de l'école se pose d'autant plus qu'elle revient à se questionner sur le choix fait en matière de protection sociale. Le désengagement progressif est aussi un marqueur politique, se traduisant par un recul de plus en plus marqué de la solidarité nationale, au profit d'organismes privés, rompant par là même avec l'héritage du Conseil National de la Résistance. Les contraintes économiques et les orientations politiques rompent avec un modèle ayant pourtant fait ses preuves et nécessitant une évolution plutôt qu'une rupture. Mettre en œuvre une vraie politique de santé publique, dès le plus jeune âge revient à investir sur l'avenir en réduisant les coûts futurs qu'induit la mauvaise santé des individus.

Par ailleurs, la pertinence de l'échelon « école » se pose de façon encore plus pointue puisque la formation initiale n'est pas au rendez-vous. En effet, la prévention et l'éducation à la santé doivent se réfléchir de façon plus globale dans la formation des professionnels qui interviennent à l'école et ce, qu'ils soient professeurs, cadres administratifs ou surveillants. L'implication de tous est nécessaire à la réussite d'une politique de santé publique. La question de la formation est le point central puisqu'elle détermine la pertinence de l'école comme lieu d'éducation à la santé.

La loi portant refondation de l'Ecole a institué le rôle de celle-ci en matière de santé, ouvrant l'ère à de nouvelles perspectives. En effet, en inscrivant dans le marbre de la loi ces priorités, une nouvelle organisation devrait être prévue, en mettant l'accent sur le pilotage, la gouvernance et le renforcement des rôles et missions de chaque acteur de l'Ecole. Si l'éducation à la santé et la promotion de la santé sont mises en œuvre dans les établissements élémentaires, elles ne peuvent être cantonnées à ce moment de la vie et réservées à ce seul lieu.

La médecine manque souvent de vision globale et aborde l'individu de façon parcellaire : par organe, par maladie ou encore par symptôme. Décrite à différents niveaux, cette façon d'aborder les choses ne peut être appliquée à l'éducation à la santé. Cette dernière doit être une matrice de construction de l'individu tout au long de sa vie. Si elle commence à l'école, elle doit continuer au collège, au lycée, dans l'enseignement supérieur ou encore dans le

monde du travail. De plus, les professionnels de santé dans leur ensemble doivent être impliqués dans l'éducation à la santé de la population.

A ce titre, le pharmacien, acteur incontournable de l'organisation des soins, doit jouer un rôle plus important qu'aujourd'hui. Seul professionnel de santé à voir autant de personnes au sein de la population, c'est parfois le seul interlocuteur de nombre d'individus, qui se croient en bonne santé, d'où l'importance des messages qu'il peut faire passer lors des échanges avec ses patients. De façon plus générale, la pratique de la médecine dans son sens large de nos jours doit être décroisée et plus tournée vers la coopération interprofessionnelle. Au vu de la démographie médicale et du contexte économique, cette façon d'exercer, réorganisant le système de soins autour du patient et non pas autour de corporations médicales permettrait d'améliorer la prise en charge et de fluidifier le fonctionnement.

Toutefois, une éducation à la santé qui n'inclurait pas les familles est vouée à l'échec. Ces dernières ont une place et une fonction fondamentale pour les enfants. L'École ne peut, ni ne doit, se substituer aux parents. Le travail autour des enfants doit être conjoint et coordonné afin de ne pas nuire à leur nuire. Une réflexion peut être conduite aussi sur l'implication à l'école des parents sur l'éducation à la santé et sur les bonnes pratiques à conduire avec les enfants à domicile afin de maintenir un continuum et ne pas créer de ruptures entre le lieu de vie et le milieu scolaire.

Au vu de la conjoncture, un certain nombre d'interrogations se font sentir quant à l'avenir de notre système de protection sociale. L'évolution des modes de vie et de consommation laisse présager une prévalence plus importante d'un certain nombre d'affections dans le futur, comme le diabète de type II, l'hypertension artérielle ou encore les maladies cardiovasculaires. Considérées comme des affections de longue durée, ces pathologies sont prises en charge à 100% par la solidarité nationale. Leur coût est élevé et si leur prévalence dans la société augmente, leur impact financier augmentera d'autant plus.

La mise en œuvre d'une réelle politique de santé publique permettrait d'anticiper ces évolutions et prévenir les maladies plutôt que de les subir une fois survenues. L'impact, à la fois sur la santé de la population et sur l'économie du pays, serait extrêmement positif.

A ce titre, une grande loi de santé publique a été annoncée pour l'année 2014, soit dix ans après la loi de 2004. Le retard accumulé par la France sur ce sujet et la quantité de thèmes à traiter ne laissent aucun doute sur la densité de cette loi qui permettra peut-être d'enfin mettre la santé publique à la place centrale qui lui revient.

GLOSSAIRE

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASV : Ateliers Santé Ville

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CAMSP : Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce

CAO : moyenne qui résulte du nombre total des dents Cariées, Absentes pour cause de caries et Obturées définitivement

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CESC : Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

Cespharm : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNS : Conférence nationale de santé

CNSP : Comité national de santé publique

CNSS : Comité national de sécurité sanitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSHPPF : Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Dgesco : Direction générale de l'enseignement scolaire

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction Générale de la Santé

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP : Ecole des hautes études de santé publique

ESPT : association Elus, Santé Publique et Territoires

FESP : Fonctions Essentielles de Santé Publique

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GNTDO : Groupe National Technique de Définition des Objectifs

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

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

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGEN : Inspection générale de l'éducation nationale

INCa : Institut National du Cancer

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MAIF : Mutuelle d'Assurance des Instituteurs de France

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

NHC : Neighborhood Health Centers

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAHO : Pan American Health Organization / Bureau régional de l'OMS pour les Amériques

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PHFP : Public Health Functions Project / fonctions essentielles de santé publique

PMI : Protection maternelle et infantile

PNA : Programme National pour l'Alimentation

PNNS : Plan national « Nutrition Santé »

PPRE : Programmes Personnalisés de Réussite Educative

PRS : Programme régional de santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

RASED : réseaux d'aides spécialisées aux enfants en difficulté

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

Sessad : services d'éducation spéciale et de soins à domicile

sida : Syndrome de l'immunodéficience acquise

SRoS : Schéma régional d'organisation des soins

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

ZEP : zone d'éducation prioritaire

BIBLIOGRAPHIE

1. Définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Site disponible sur : www.who.int/about/definition/fr/print/html (dernière consultation le 15 août 2013)
2. La santé publique dans l'Encyclopédie Larousse. Site disponible sur : www.larousse.fr/encyclopedie/divers/santé_publicue/9008 (dernière consultation le 3 mars 2013)
3. Association of Schools of Public Health, *What is public health practice?* Site disponible sur: www.asph.org/aa8section.cfm/3/17 (dernière consultation le 3 mars 2012)
4. POMMIER J. et GRIMAUD O., *Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles*, Santé Publique, 2007/hs, Vol. 19, p. 9-14. Site disponible sur: www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-9.htm (dernière consultation le 29 septembre 2013)
6. La santé selon Jean-François Girard, Directeur Général de la Santé de 1986 à 1997. Site disponible sur : http://campus.isped.ubordeaux2.fr/PLEIADE/PV3/ASPX/PV2_VPS.aspx?17094 (dernière consultation le 12 avril 2013)
7. Organisation Mondiale de la Santé, Comité régional, Bureau régional du pacifique occidental, cinquante-troisième session, *Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des ministères de la santé*, Kyoto, 16 juillet 2002
8. YACH D., *Redefining the scope of public health beyond the year 2000 (Une nouvelle définition du domaine de la santé publique à partir de l'an 2000)*, Current Issues in Public Health, 1996
9. La collaboration nationale en santé publique au Canada. Site disponible sur: http://ccnsp.netedit.info/87/Les_Centres.ccnsp (dernière consultation le 12 juillet 2013)
10. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé., *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en*, Université St. Francis Xavier, 2013
11. Organisation Mondiale de la Santé, Comité régional, Cinquante-troisième session, *Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des ministères de la santé*, Bureau régional du pacifique occidental, Kyoto, 16 juillet 2002

12. DOUMONT D., VERSTRAETEN K., GOSSIAUX Y. et LIBION F., *Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec*, (2^{ème} partie), Série de dossiers techniques, Février 2008
13. PIEBALGS A., *Achieving the MDGs and looking to the future*, discours devant la commission européenne. Bruxelles, 9 octobre 2012. Site disponible sur : http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-12-707_en.htm (dernière consultation le 15 juillet 2013)
14. OOMS G., BROLAN C., EGGERMONT N., EIDE A., FLORES W., FORMAN L., A FRIEDMAN E., GEBAUER T., O GOSTIN L., S HILL P., HUSSAIN S., MCKEE M., MULUMBA M., SIDDIQUI F., SRIDHAR D., VAN LEEMPUT L., WARIS A. & JAHN A., *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2013
15. SOURNIA J-C., *Histoire de la santé publique*, Histoire des sciences médicales, 2002, Tome 36. Site disponible sur : www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1982x017xspec1/HSMx1982x017xspec1x0027.pdf (dernière consultation le 15 juillet 2013)
16. MASSON P., *Histoire du commerce français dans le Levant au XVIII^e siècle*, Paris, 1911, 678 p.
18. Organisation Mondiale de la Santé/United Nations International Children's Emergency Fund, *Alma Ata, 1978. Les soins de santé primaires*, OMS, Genève, réimpression 1986, p. 55-56
19. Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires (SEPSAC). Séminaire *Première rencontre des porteurs de projet - Actes du séminaire*, Bruxelles, 5-6 novembre 2004, p.40-45. Site disponible sur : www.sepsac.org/index.php?id=25&L=otpftrtvmwhwlap (dernière consultation le 21 juillet 2013)
20. Institut Renaudot, *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*. In : *Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action*. Chronique Sociale, Lyon, 2001, p. 11-21
21. Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986
22. Loi n°2009-879 « Hôpital, patients, santé et territoire » dite HPST du 21 juillet 2009
23. SMITH C., *La santé communautaire : synthèse documentaire*, Ressources et Territoires, 27 avril 2012
24. COSTANZO S., *Elus et santé : « votre santé nous intéresse*. In : *Territoires, la revue de la démocratie locale*, Juin 2006, n° 469, p. 17-19. Site disponible sur : www.adels.org/territoires/469.htm#sl (dernière consultation le 23 juillet 2013)

25. LANCMAN S. et al, *Un agent de santé communautaire : un travail où l'on s'expose*, Travailler, 2007/1, n°17
26. Définition de la santé communautaire du Ministère de la santé. Site disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf (dernière consultation le 23 juillet 2013)
27. Site du Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaires. Site disponible sur: www.sepsac.org (dernière consultation le 23 juillet 2013)
28. Code de la sécurité sociale, article LO111-4
29. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), *Actualités et dossier en santé publique*, septembre 1996, n°16, p.1-6
30. FAURE O., Communication à la table ronde « Aspects anthropologiques, historiques et sociologiques de la santé et de la maladie en France et en Allemagne », juin 1987
31. CONSTANS E., *Projet de loi pour la protection de la santé publique présenté au nom de M. Carnot, Président de la République*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 1774, séance du 3 décembre 1891, 1892, p. 2893-2898
32. LOCKROY E., *Projet de loi relatif à l'organisation des services de l'hygiène publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 1417, séance du 13 janvier 1887, 1887, p. 13-17
33. LOCKROY E., *Proposition de loi relative à l'assainissement des logements et habitations insalubres*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 12, séance du 19 novembre 1889, 1890, p. 26-29
34. LOCKROY E., *Proposition de loi relative à l'organisation des services de l'hygiène publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 13, séance du 19 novembre 1889, 1890, pp. 29-32
35. SIEGFRIED Jules et al, *Proposition de loi concernant l'organisation de l'administration de la santé publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 864, séance du 22 juin 1886, 1887, p. 134-137
36. SIEGFRIED Jules et al, *Proposition de loi sur l'organisation de l'administration de la santé publique*, Journal Officiel, Documents parlementaires de la Chambre des députés, Annexe n° 502, séance du 27 mars 1890, 1890, p. 600-613
37. COHEN Y. et BAUDOUI R., *Les chantiers de la paix sociale : 1900-1940*, E.N.S Editions, Fontenay/Saint-Cloud

38. Propos recueillis par C.B., *La résurgence de la tuberculose est le révélateur d'une précarité très forte*, Libération, 22 septembre 2011
39. ANTOINE D. et al., *Les cas de tuberculose déclarés en France en 2010*, Institut de veille sanitaire, BEH, 2012, n°24-25
40. *Les grandes orientations de la politique de santé, 1989-1992*, supplément à « La lettre du 8 Ségur », lettre d'information du Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 12 avril 1989
41. *Une politique de santé*, Ministère délégué à la santé, ministère de l'emploi et de la solidarité, mars 2001
42. Loi n° 2005-881 du 2 août 2005
43. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002
44. DUBERNARD C., *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n°877) relatif à la politique de santé publique*, Rapport n°1092 (1^{ère} partie), 25 septembre 2003
45. Anses, *L'antibiorésistance dans les élevages*. Site disponible sur : www.anses.fr/fr/content/antibiorésistance (dernière consultation le 12 juillet 2013)
46. DOUBLET B., BOUSQUET-MELOU A., MADE J.Y, *Le concept « One Health » en antibiorésistance et les flux de gènes*, Innovations agronomiques 24, 2012, p.79-90
47. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2009*, Les indicateurs de l'OCDE 2009
48. Brochure pédagogique de la Direction Générale de la Santé, *Loi relative à la politique de santé publique, 9 août 2004 : objectifs et enjeux*, février 2005.
49. TABUTEAU D., *Santé publique 2010*, volume 22, n°2, p. 253-264
50. Ordonnances n° 2004-1174, 2005-406, 2005-804, 2005-866, 2005-1040, 2005-1087, 2005-1112, 2005-1566, 2007-613, 2008-480, 2009-1585, 2009-1586, 2010-18, 2010-49 et 2010-177.
51. Article 2 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Site disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=B07E1A25AFF79F607D3D18ED67D123B7.tpdjo07v_2?idArticle=JORFARTI000002033617&cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=29990101 (dernière consultation le 23 juillet 2013)

52. Missions du Haut Conseil de la santé publique. Site disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp (dernière consultation le 25 juillet 2013)
54. Rapport du Haut Conseil de la santé publique, *Objectifs de santé publique, Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, Propositions*, Collection Avis et rapports, Avril 2010, p. 10-12
56. Annexe du projet de loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique déposé à l'Assemblée Nationale
58. DUBERNARD C., *Rapport en application de l'article 86, alinéa 8 du Règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la mise en application de la loi n°2004-806 du 13 août 2004 relative à la politique de santé publique*, Rapport n°2207, 23 mars 2005
61. BERGERON H., *Chapitre 3 / Les politiques de santé publique*. In : BORRAZ O. et GUIRAUDON V., *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po « Académique », 2010, p. 79-111
62. Définition de la santé publique dans le Glossaire européen. Site disponible sur : www.bdsp.tm.fr/Glossaire (dernière consultation le 25 juillet 2013)
63. BERGERON H., « Nouvelle Santé publique et individualisation », *Prospective Jeunesse (Drogues, Santé, Prévention)*, p. 59
65. Projet de loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, p.109
67. DANET S., *L'état de santé de la population en France, Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011*, Etudes et résultats, juin 2012, n°805
68. INSERM, *Espérance de vie en bonne santé : dernières tendances*, Communiqué, 17 avril 2013
69. Direction Générale de la Santé, *Introduction : L'organisation du système de santé publique*, Santé publique 2004, volume 16, n°4, p. 645-654
70. CARSUZAA J-M, *La santé publique : la politique définie au niveau national*, Santé publique, lettre d'information du CNFPT, juillet 2012
71. Le CISS, *Organisation du système de santé : la loi HPST et l'organisation régionale du système de santé*, CISS Pratique, Fiche thématique du CISS n°39, 2012
72. Article L 4130-1 du Code de la santé publique
73. Article L 4141-1 du Code de la santé publique

74. Article L 4151-1 du Code de la santé publique
75. Article L 4151-2 du Code de la santé publique
76. Article L 4371-1 du Code de la santé publique
77. Article L 4311-1 du Code de la santé publique
79. Art R. 4235-2 du Code de la santé publique
80. Art R. 4235-10 du Code de la santé publique
81. Ordre des pharmaciens, Démographie 2012. Disponible sur : http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDSQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ordre.pharmacien.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F14380%2F212258%2Fversion%2F1%2Ffile%2FCP-Demographie-1-janvier-2012.pdf&ei=UvNKUtaSNK-W0QW_oYCABQ&usg=AFQjCNEPQ9PlwVWHUmj5_UuMgx_OpLveeg&sig2=q7X5y6gK3fnbn_9rx4ZJag&bvm=bv.53371865,d.d2k (dernière consultation le 1^{er} octobre 2013)
82. Chiffres du Cespharm 9 février 2012. Site disponible sur : www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien (dernière consultation le 2 août 2013)
83. Article 74 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, modifiant l'article L. 162-16-1 du Code de la sécurité sociale
84. CICHELLI-PUGEALT C., *La santé des enfants, fonction parentale d'hier et d'aujourd'hui*, Dossier « Santé des enfants : la place des parents », La santé de l'homme 367, INPES, septembre/octobre 2003, p.10-12
85. CRESSON G., *La famille, lieu d'apprentissages multiples*, Dossier « Santé des enfants : la place des parents », La santé de l'homme 367, INPES, septembre/octobre 2003, p. 15 à 16
86. MOQUET M-J, POTVIN L., *Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention*, La santé de l'homme, juillet-août 2011, n°414, p.7-8
87. OCDE. Regards sur l'éducation, 2006. Site disponible sur : www.oecd.org/dataoecd/51/25/37392770.pdf (dernière consultation le 12 août 2013)
88. JOURDAN D., *Education à la santé, Quelle formation pour les enseignants ?*, Dossiers « Santé en action », Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010, 160 p.
89. BROUSSOULOUX S., HOUZELLE-MARCHAL N., *Education à la santé en milieu scolaire, Choisir, élaborer et développer un projet*, Dossiers Varia, Editions INPES

90. 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
91. JOURDAN D., *Education à la santé, Quelle formation pour les enseignants ?*, Dossiers « Santé en action », Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010, 160 p.
93. Travailler mieux : la santé et la sécurité au travail. Source : www.travailler-mieux.gouv.fr/Etudes-et-Chiffres-Cles.html (dernière consultation le 8 août 2013)
94. DEVEAUX A., *Mutations actuelles du monde du travail : conséquences en termes de santé*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4
95. FLOTTES A., *Les ravages de la désillusion*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4
96. BLANC G., *Le défi de la promotion de la santé au travail*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4
97. BLANC G., *Le défi de la promotion de la santé au travail*, Dossier « Promotion de la santé au travail », Education Santé Rhône-Alpes, juillet 2010, n°4
98. HOBBSAWM E., *En Angleterre : révolution industrielle et vie matérielle des classes populaires*, Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 17e année, N. 6, 1962. pp. 1047-1061. Disponible sur le site : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1962_num_17_6_420915 (dernière consultation le 30 septembre 2013)
99. INSEE, *Bilan démographique 2011*. Site disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1385 (dernière consultation le 21 juillet 2013)
101. Drees, *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*, Rapport 2011
102. Haut Comité de la santé publique, *Santé des enfants, santé des jeunes*, juin 1997. Site disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc000930.pdf (dernière consultation le 21 juillet 2013)
103. SIMMONET D., *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006

104. Ministère de la santé, *L'état de santé de la population en France, Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*, Rapport 2011
105. INSERM, *Santé des enfants et des adolescents, Propositions pour la préserver*, Expertise opérationnelle, 2^e édition, 2009
106. Accidents de la vie courant : les chiffres clés du Ministère de la Santé. Site disponible sur : www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles.html (dernière consultation le 21 juin 2013)
107. LANG T., *Inégalités sociales de santé : une construction tout au long de la vie*, décembre 2010, ADSP n°73, p. 21-24
108. Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Mai 2011
109. CASES C., *Réduire les inégalités sociales de santé : la mission n'est pas impossible*, éditorial, ADSP n°73, décembre 2010
110. OCDE, Assurer le bien-être des enfants, rapport 2009. In: Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Mai 2011
111. TURSZ A., 12. *La santé de l'enfant*. In : Les inégalités sociales de santé, La Découverte, 2000, p. 193-206
112. PICOT et al, 1993 cité in Anne Tursz, 12. *La santé de l'enfant*. In : Les inégalités sociales de santé, La Découverte, 2000, p. 193-206
113. *Faut-il développer la scolarisation à deux ans ?*, Education et formations, n°66, juillet-décembre 2003. In : Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance – Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Mai 2011
114. Expertise collective Inserm, *Déficiences et handicaps d'origine périnatale : dépistage et prise en charge*, 2004 in BOURDILLON F. (sous la direction de), *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009
115. BOHL I., *Santé de l'enfant et de l'adolescent, Prises en charge*, Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins le 20 octobre 2011
116. Code civil, art. 371-1 et s.
117. Les lois concernant la protection de la famille et de l'enfance selon le Ministère des affaires sociales et de la santé. Site disponible sur : www.sante.gouv.fr/les-textes-de-loi.html (dernière consultation le 30 septembre 2013)

118. ADSP, n° 36 septembre 2001, p. 25
119. Code civil, art. 375 et s. ; décret du 14 janvier 1974, art. 28
120. Inserm, Expertise opérationnelle, *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, Les éditions Inserm, 2009, p. 133-150
121. Inserm, Expertise opérationnelle, *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, Les éditions Inserm, 2009, p. 149-150
123. Circulaire n°2001-012 du 12-1-2001 : « Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ». BOEN n°1 du 25-1-2001. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm#pilotage (dernière consultation le 12 septembre 2013)
124. Circulaire n°2011-216 du 2-12-2011 : « Orientation : Politique éducative de santé dans les territoires académiques ». BOEN n°46 du 15 décembre 2011. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640 (dernière consultation le 13 septembre 2013)
125. Circulaire n°2003-210 du 1-12-2003 : « *La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation* ». BOEN n°46 du 11 décembre 2003. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm (dernière consultation le 13 septembre 2013)
126. Inserm, Expertise opérationnelle, *Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*, Les éditions Inserm, 2009, p. 169-179
127. Les métiers de l'éducation nationale, Assistant(e) de service social. Site disponible sur : www.education.gouv.fr/cid1073/assistant-e-de-service-social.html (dernière consultation le 08 septembre 2013)
128. JOURDAN D., *La revue des professionnels de l'enfance*, IUFM d'Auvergne, 2004, n°27
129. Direction des affaires juridiques – Direction générale de l'enseignement scolaire – MENESR – mars 2007
- Site disponible sur : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/editorial/55/7/vademecum-DE_sante-eleve_116557.pdf (dernière consultation le 23 septembre 2013)
130. Bulletin officiel n°1 du 6 janvier 2000, Hors-série

131. Direction des affaires juridiques – Direction générale de l’enseignement scolaire – MENESR, Vade-mecum du directeur d’école, La santé des élèves, mars 2007. Site disponible sur: <http://eduscol.education.fr/direction-ecole> (dernière consultation le 08/09/13)
133. Ministère de l’Éducation nationale. *Cahier des charges de la formation des maîtres en institut universitaire de formation des maîtres*. Arrêté du 19 décembre 2006, BOEN, 4 janvier 2007, n°1
134. JOURDAN D. et al, *Éducation à la santé à l’école : pratiques et représentations des enseignants du primaire*, Santé Publique, 2002/4, Vol. 14, p. 403-423.
135. JOURDAN D., *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?*, Inpes, coll. Santé en action, Saint-Denis, 2010, 160 p
136. L’école maternelle en pratique : les réseaux d’aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased). Site disponible sur : www.education.gouv.fr/cid24444/reseaux-d-aides-specialisees-aux-eleves-en-difficulte-rased.html (dernière consultation le 08 septembre 2013)
137. Circulaire n°90-083 du 10 avril 1990 relative aux missions des psychologues scolaires
138. BERGER D., *L’éducation pour la santé requiert des compétences spécifiques pour les enseignants*, La santé de l’Homme, mai/juin 2010, n°407
140. Haut Conseil de la Santé Publique, Avis relatif à la politique de santé à l’Ecole, 7 décembre 2011.
- Site disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20111207_politiquesantecole.pdf (dernière consultation le 15 septembre 2013)
141. MAMECIER A., BOUET WAISS F., NAVES P., Ravary, Y., SALLE J., VIENNE P., *Evaluation du dispositif d’éducation à la santé à l’école et au collège*. Paris : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 2004
142. GAUDRON G., PINVILLE M. pour le Comité d’Evaluation et de Contrôle des politiques publiques, *Rapport d’information sur la médecine scolaire*, 17 novembre 2011
143. Observatoire Régional de la santé Nord- Pas-de-Calais, *L’école et la santé*, 2009
144. JOURDAN D., BERGER D., *La santé de l’Homme*, mai/juin 2005, n°377, p. 17-20
146. Chiffres prévisionnels de 2012 publiés par l’Académie de Paris. Site disponible sur : www.ac-paris.fr/portail/jcms/piapp1_12549/quelques-chiffres-sur-l-academie?cid=piapp1_6619 (dernière consultation le 30 septembre 2013)

147. Tarifs de restauration scolaire à Paris. Site disponible sur : www.paris.fr/pratique/ecoles/restauration-scolaire/les-tarifs-de-la-cantine-a-partir-de-septembre-2013/rub_1694_stand_83971_port_4010 (dernière consultation le 14 septembre 2013)

154. Les caisses des écoles à Paris. Site disponible sur : www.paris.fr/pratique/ecoles/restauration-scolaire/les-caisses-des-ecoles/rub_1694_stand_26330_port_4010 (dernière consultation le 12 septembre 2013)

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE	9
INTRODUCTION	10
I- LA SANTE PUBLIQUE	12
A. HISTORIQUE ET CONCEPTS	12
1. EPISTEMOLOGIE.....	12
A) LES DIFFERENTS ASPECTS DE LA SANTE PUBLIQUE.....	13
B) OBJECTIFS ET LIMITES DE LA SANTE PUBLIQUE	16
2. LA SANTE PUBLIQUE : UN BIEN COMMUN	20
A) LA SANTE PUBLIQUE AU FIL DE L’HISTOIRE	20
B) EVOLUTION DES CONCEPTS ET MODELES ALTERNATIFS : LA SANTE COMMUNAUTAIRE	23
B. LES TEXTES	26
1. LOIS ET DIRECTIVES QUI EXISTENT	26
A) LE COURANT HYGIENISTE ET SA TRADUCTION DANS LA LOI	27
B) LA CHARTE D’OTTAWA ET LA LOI DE 2004.....	30
2. CRITIQUES DE CES LOIS ET DIRECTIVES.....	35
A) ETUDE INSTITUTIONNELLE	35
B) ETUDES SOCIOLOGIQUES	40
C. LES ACTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE	45
1. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE	45
A) LES DIFFERENTS ACTEURS ET LEURS ROLES	45
B) LE PHARMACIEN : UN ACTEUR MAJEUR ?.....	49
2. L’ENTOURAGE ET L’ENVIRONNEMENT	52
A) L’ENVIRONNEMENT FAMILIAL	53
B) L’ENVIRONNEMENT SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL.....	56

II- LA SANTE PUBLIQUE ET L'ECOLE	60
A. L'ECOLE, UN ESPACE PERTINENT	61
1. REGARD PARTICULIER SUR L'ENFANCE.....	61
A) ENFANCE ET APPRENTISSAGE	62
B) ENFANCE ET CONDITIONNEMENT SOCIAL	65
2. LA SANTE PUBLIQUE AUPRES DES ENFANTS.....	68
A) L'ECOLE, UN FACTEUR DE LUTTE CONTRE LES INEGALITES	68
B) LES INTERVENANTS AUPRES DES ENFANTS	72
B. L'ORGANISATION DE LA SANTE PUBLIQUE DANS L'ECOLE	75
1. LES TEXTES REGISSANT LA SANTE PUBLIQUE	75
A) LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES	75
B) LES TEXTES DE L'EDUCATION NATIONALE	79
2. LES ACTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE ET LEUR ARTICULATION	83
A) LES ACTEURS INSTITUTIONNELS	83
B) LES ACTEURS DU QUOTIDIEN.....	86
C. LA REALITE DU TERRAIN.....	89
1. LES LIMITES DU SYSTEME	90
A) DES RAPPORTS INSTITUTIONNELS	90
B) DES RAPPORTS SOCIOLOGIQUES	93
2. ENTRETIENS AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN.....	95
A) AU NIVEAU DE L'ECOLE.....	95
B) AU NIVEAU INSTITUTIONNEL	100
 CONCLUSION.....	 106
 GLOSSAIRE.....	 108
 BIBLIOGRAPHIE	 111

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

RESUME

Historiquement perçue sous le prisme de la maladie, la santé a peu à peu évolué pour laisser place à la santé publique, vision collective d'un bien commun à entretenir. De la lutte contre les épidémies à la promotion de la santé, la santé publique a de tous temps fait l'objet d'attentions particulières. De nombreuses lois, textes, traités internationaux, chartes ou règlements encadrent cette dernière, au risque de créer la confusion en termes de perspectives.

Les contraintes économiques pesant sur le système de protection sociale et l'évolution des modes de vie et de consommation laissent penser qu'une évolution de l'abord de la santé est nécessaire. Passer du curatif au préventif serait une façon d'aborder la santé en amont et non plus en aval afin d'économiser en termes de coût et en termes de qualité de vie.

L'éducation à la santé est un moyen d'action visant à promouvoir la santé publique dans différents milieux et à différents âges de la vie. Toutefois, l'enfance, période de tous les apprentissages, reste le moment le plus propice à l'acquisition des comportements permettant la constitution et l'entretien d'un capital santé.

Au-delà du cadre familial, l'Ecole, par son aspect obligatoire pour tous les enfants et par le gommage des inégalités sociales qu'elle est censée permettre, est le lieu le plus adapté à la mise en œuvre d'une réelle politique de santé publique via l'éducation à la santé. Cependant, confrontée à ses propres difficultés, l'Ecole peine à appliquer, de façon efficiente, les ambitions qu'elle affiche.

MOTS-CLES

Santé publique, Education à la santé, Enfance, Ecole, Promotion de la santé, Prévention