

**SYNTHESE ETUDE DU MINISTERE DE L'EDUCATION**  
**LA POLITIQUE EDUCATIVE DE SANTE**  
**DES ETABLISSEMENTS DU SECOND DEGRE (2008-2009)**

**Synthèse**

La DEPP a lancé, à la demande de la DGESCO, une étude sur la politique éducative de santé des établissements du second degré, dans les domaines de l'éducation nutritionnelle, de l'éducation à la sexualité, de la formation aux premiers secours et de la prévention des conduites à risque.

À cet effet, les chefs d'établissements ainsi que les coordonnateurs responsables du projet d'éducation à la santé ont été sollicités par voie de questionnaires déclaratifs en fin d'année scolaire 2008-2009. Ils faisaient partie d'un échantillon représentatif de 1220 établissements publics, composé de collèges, lycées d'enseignement général et technologique (LEGT) et lycées d'enseignement professionnel (LP) de la métropole et des DOM.

Les informations recueillies concernent la mise en œuvre du projet d'éducation à la santé. L'éducation prioritaire (EP) correspond à 12 % de l'échantillon.

85 % des chefs d'établissement ont répondu. Parmi eux, **90 % des répondants, déclarent qu'un projet d'éducation à la santé existe dans leur établissement.**

Par ailleurs, 77 % des coordonnateurs responsables de la santé dans l'établissement ont répondu à l'enquête ; ces responsables sont un infirmier ou une infirmière dans 69 % des cas, et l'adjoint du chef d'établissement dans 13 % des cas.

### **1) Le projet d'éducation à la santé dans l'établissement**

**88 % des établissements (et 80% dans les établissements de l'EP) ont un CESC** opérationnel qui témoigne du fonctionnement du projet d'éducation à la santé.

### **2) Les actions d'éducation à la santé dans l'établissement**

#### **a) Réponse des chefs d'établissement concernant les actions d'éducation à la santé retenues**

Deux types d'actions bien distincts sont les plus fréquemment retenus :

- des actions de prévention liées aux conduites addictives (96 %),
- des actions liées à l'éducation à la sexualité (94 %).

Viennent ensuite :

- les actions liées à la responsabilité face aux risques (77 %) et à l'éducation nutritionnelle (73 %).
- les actions de prévention face à la violence en général, soit les conduites à risques (suicidaires ou liées aux troubles du comportement alimentaire) (50 %), soit la protection de l'enfance (17 %).

#### **b) Réponse des coordonnateurs concernant la mise en place des actions du projet d'éducation à la santé en tant qu'actions spécifiques ou intégrées à des enseignements disciplinaires**

Quant à l'intégration dans les enseignements disciplinaires de ces thématiques, elle concerne le plus souvent l'éducation à la sexualité (49 %), à la nutrition (47 %) et à la responsabilité face aux risques (30 %) ; ensuite interviennent la prévention des conduites addictives (27 %) et de la violence (10 et 5 %).

**En résumé, les actions proposées aux élèves concernent en priorité la prévention liée aux conduites addictives, tandis que l'éducation à la sexualité, l'éducation à la nutrition et l'éducation à la responsabilité face aux risques s'intègrent principalement dans les enseignements disciplinaires.**

c) Réponse des coordonnateurs concernant la fréquence d'accès des élèves aux différentes actions

**En matière d'éducation à la sexualité**, domaine retenu en priorité par les établissements, les élèves ont le plus souvent accès, au moins une fois lors de leur cursus, à des formations sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et sur la contraception (respectivement 97 et 96 % des réponses), et sur le sida (95 %).

**En matière d'éducation nutritionnelle**, les élèves ont accès, lors de leur cursus, à des actions de formation sur l'alimentation (au moins une fois : 78 %), puis l'amélioration des comportements de consommation (idem : 64 %). L'activité physique (58 %) ; les problèmes de surpoids et d'obésité (58 %) ainsi que l'éducation au goût (50 %) viennent ensuite.

En matière de **prévention des conduites addictives**, les élèves ont eu accès à au moins une action de formation (et souvent plus) dans plus de 80 % des cas en (consommation d'alcool, de drogues illicites et de tabac) Les établissements relevant de l'éducation prioritaire mènent un peu moins fréquemment d'actions que les autres dans ces domaines (moins souvent « plus d'une fois »).

L'utilisation d'internet et la pratique des jeux vidéo, quant à elles, font beaucoup moins souvent l'objet d'actions de formation (moins d'une fois sur deux en moyenne). Ces actions sont plus fréquentes dans les collèges que dans les autres types d'établissements : au moins une fois dans 59 % des collèges en ce qui concerne l'utilisation d'internet (39 % en LEGT et 41 % en LP), et 43 % en ce qui concerne la pratique des jeux vidéo (34 % en LEGT et 35 % en LP).

### **3) Les effets du projet d'éducation à la santé et attentes des responsables**

#### a) Effets du projet d'éducation à la santé sur le fonctionnement de l'établissement

Les effets du projet d'éducation à la santé sur le fonctionnement de l'établissement **sont jugés fréquemment positifs**, notamment, dans près des trois quarts des cas, en ce qui concerne la fréquentation de l'infirmerie (76 %), le climat (73 %) et l'image de l'établissement (73 %), les relations avec le monde associatif (71 %) et la dynamique du projet d'établissement (70 %).

Ces effets sont jugés plutôt positifs par plus de la moitié des coordonnateurs en ce qui concerne l'accueil des élèves (60 %), la cohésion de l'équipe éducative (59 %), les relations avec les parents d'élèves (55 %), la création d'activités nouvelles au sein de l'établissement (54 %) et la fréquentation du service social (51 %).

On remarque aussi que dans les établissements relevant de l'éducation prioritaire, les effets sont plus positifs que dans la moyenne des établissements en ce qui concerne la fréquentation du service social (58 % contre 51 %), ce qui fait ressortir l'importance des besoins spécifiques des populations d'élèves concernés.

#### b) Effets du projet d'éducation à la santé sur les élèves

Les effets sont largement positifs en ce qui concerne les relations entre les élèves et les adultes de l'établissement (selon 74 % des coordonnateurs), le comportement des élèves dans l'établissement (70 %), les relations entre les filles et les garçons (69 %) et la prise de responsabilité par les élèves (53 %). En revanche, il n'y a pas d'effets particuliers dans les domaines plus « scolaires » comme l'assiduité, la motivation scolaire, la réussite scolaire, le comportement pendant les heures de cours et le respect des règles.

### c) Attentes en matière d'éducation à la santé

Cette question ouverte a suscité des commentaires soulignant le bien-fondé et la nécessité de la prévention. Les réponses à cette question ont été regroupées en 6 points :

1. **davantage de concertation, de participation, de mobilisation** de l'équipe enseignante, éducative, du CESC... (20 %, dont 16 % en collège, 24 % en LEGT et 20 % en LP) ;

2. **actions mieux ciblées, plus cohérentes, modes d'intervention diversifiés** (« pas de cours magistraux mais théâtre, jeux... »), recours à des outils mieux adaptés, meilleure organisation, gestion du temps (emplois du temps, disponibilité...), meilleurs regroupements élèves, meilleur ancrage dans les programmes d'enseignement (18 % dont 21 % pour l'éducation prioritaire) :

3. **meilleure prise en compte des besoins des élèves** (12 %) ; meilleure participation, implication des élèves, résoudre problèmes de santé scolaire, amener les élèves à, leur faire prendre conscience de, ...

4. **davantage d'actions sur tel ou tel thème** (8 %) : plus nombreuses, plus régulières, davantage d'actions de **prévention** ; davantage **d'intervenants** ;

5. **davantage de moyens** (7%) :

a : en équipement,

b : en personnels : ex : « une infirmière supplémentaire... »

6. **autres** (3 %) : **besoin de formation, d'accompagnement** pour la mise en place du projet, **aide à l'évaluation.**