Grand Témoin : Entretien avec Emmanuelle Godeau

Entretien avec Emmanuelle Godeau
Enseignante-chercheuse à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Propos recueillis par Clémence Chevalier

Médecin de santé publique et docteure en anthropologie, Emmanuelle Godeau a exercé auprès des étudiants avant de s'orienter vers la recherche sur la santé des élèves et la promotion de la santé.

Coordinatrice pour la France de l'enquête internationale HBSC[1] sur la santé, les comportements de santé des adolescents et leurs déterminants, Emmanuelle Godeau a rejoint une unité de recherche Inserm[2], où elle a travaillé plus spécifiquement sur les comportements à risque des élèves, notamment la consommation de substances psychoactives et la sexualité précoce, ainsi que sur l'inclusion scolaire. Depuis septembre 2018, elle est détachée comme enseignante-chercheuse à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), où elle coordonne la filière de formation des médecins de l'Éducation nationale.

Comment observe-t-on la santé publique ?

Emmanuelle Godeau : Pour commencer, rappelons que la santé publique est l'étude, d'une part, des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et, d'autre part, des actions en vue d'améliorer la santé de la population. L'observation de la santé publique ne peut donc s'affranchir de celle des déterminants de santé.

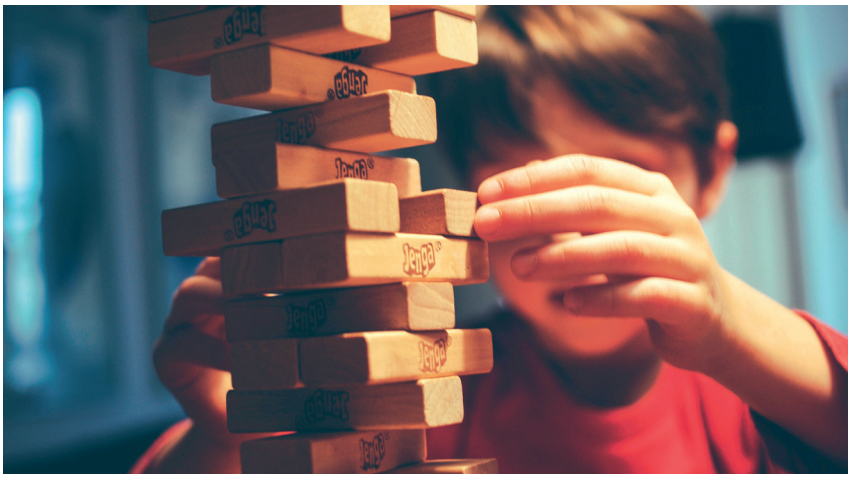
Quels que soient l'individu et la problématique de santé considérés, les déterminants de santé vont agir : la famille, l'école (centrale pour les enfants et les adolescents qui constituent ma population cible), mais aussi le quartier, la ville, le pays, le monde. Dans notre pays, notamment, le déterminant dont l'influence est la plus difficile à contrecarrer est le déterminant social. Les inégalités sociales de santé en France demeurent un vrai sujet de préoccupation pour les acteurs de santé publique.

Par ailleurs, selon les pays, la santé n'est pas perçue et conceptualisée de la même manière. La santé n'a pas partout la même importance que les autres dimensions sociales et les priorités en matière de santé publique peuvent ne pas être les mêmes. De plus, la réalité sociale d'un pays n'est pas uniforme : selon que l'on est un homme ou une femme, riche ou pauvre, d'une religion ou d'une autre, le quotidien diffère. Ces différences vont inéluctablement impacter la relation de ces individus – ou catégories d'individus – à leur santé et, donc, leur état de santé même. Rappelons ici que la notion de santé à laquelle je fais référence est celle issue de la définition de l'OMS de 1946, présentée comme *« un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*.

Dans le cadre de vos études, vous avez constaté qu'il y avait en France d'importantes inégalités selon les catégories sociales. Pourtant, nous avons un système de santé sociale par répartition…

E. G. : il faut impérativement distinguer le système de soins par répartition et la santé. Nous avons effectivement un système de soins de bonne qualité, mais il ne produit pas une bonne santé globale dans

1. L'enquête internationale *Health behaviour in school-aged children* est réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
2. UMR 1027-UPS, équipe SPHER E, à Toulouse.



toutes les catégories de la population, ce d'autant moins que la santé ne se réduit pas à l'absence de maladies. Les écarts persistent entre les indicateurs de santé des catégories sociales supérieures et les catégories sociales moins favorisées. La santé ne dépend donc pas seulement du système de soins et celui-ci est impuissant à corriger les inégalités.

Prenons un autre exemple, celui de l'école : en France, les inégalités de performance sont très fortes entre les enfants issus de familles populaires et ceux issus des classes supérieures. Nous sommes l'un des pays de l'OCDE dans lesquels ces différences sont les plus marquées. Pire, même, elles s'aggravent ! Or, toutes les recherches montrent qu'il existe une corrélation entre les résultats scolaires et le bien-être des élèves. Non pas un lien de causalité, mais d'association entre « être en bonne santé, être bien, bien apprendre » et « être en capacité de bien apprendre quand on est jeune et avoir une meilleure santé quand on est plus âgé ». L'Éducation nationale s'intéresse désormais au bien-être des élèves en se basant sur des travaux de recherche. Les questions liées à l'apprentissage et au développement psychomoteur, psychoaffectif, psychosocial sont ici centrales. Quant aux médecins scolaires, ils ont un rôle essentiel à jouer. Parmi leurs missions, il y a notamment celle de conduire une visite médicale auprès des enfants de six ans. La sixième année est en France celle de l'entrée dans les apprentissages centraux de la lecture et de l'écriture. Il est donc primordial de s'assurer, en amont, que les enfants ne souffrent pas de troubles de la vision, de l'audition ou d'autres troubles comme la dyslexie, la dyspraxie, voire d'une déficience intellectuelle. Les enseignants sont associés à ce dispositif de visite médicale en ce qu'ils transmettent des informations précieuses sur leurs élèves : comportements, attitudes face aux consignes, progression. Les médecins de l'Éducation nationale procèdent à un premier aiguillage à partir du questionnaire enseignant, complété par un questionnaire aux parents sur les antécédents médicaux de leur enfant et ses habitudes de vie et, le cas échéant, avec la contribution d'autres professionnels de l'Éducation nationale (personnels infirmiers et psychologues notamment). L'analyse des résultats permet de décider si les enfants nécessitent d'être vus de manière prioritaire (par exemple, vaccinations non à jour, antécédents médicaux laissant supposer une certaine vulnérabilité, etc.) ou de proposer des remédiations ou des suivis pour les enfants qui semblent en avoir besoin (préconisation d'exercices en classe pour certains troubles des apprentissages, consultations spécialisées pour les enfants présentant des troubles de la vision ou de l'audition…).

> « Les inégalités sociales de santé en France demeurent un vrai sujet de préoccupation pour les acteurs de santé publique. »

Toutefois, dans la mesure où les médecins de l'Éducation nationale sont en sous-effectif, le médecin scolaire d'un territoire ne sera pas en capacité de voir tous les élèves. Il leur faut donc déterminer des priorités : c'est ce à quoi sert l'analyse médicale des questionnaires parents et enseignants. En outre, dans toutes les académies, les enfants scolarisés en REP+ font généralement l'objet de cette visite médicale de façon systématique. Cette priorité s'explique par le fait que nous savons que, globalement, ces enfants sont moins bien suivis sur le plan médical.

Les familles les moins favorisées ont moins le réflexe de consulter un médecin ; les comportements de prévention y sont souvent moins présents et moins bien intériorisés. À ce titre, la prévention dite universelle peut avoir des effets pervers : par exemple, en promouvant des formules du type *« il faut manger des fruits et des légumes »*, on prend le risque d'aggraver les inégalités sociales de santé. En effet, les familles les plus favorisées sont déjà sensibilisées à ce message, leur pouvoir d'achat leur permet de se procurer suffisamment de fruits et de légumes et leur éducation leur permet d'accéder aux messages et de les intégrer. Les familles moins favorisées, quant à elles, valorisent moins le message (peut-être pour s'en protéger psychologiquement car il les culpabilise). En outre, leurs ressources sont un vrai frein à cet achat. Un acteur de prévention doit donc être extrêmement vigilant à ne pas aggraver les inégalités, d'autant plus que ce sont les personnes qui en auraient le plus besoin qui sont les plus difficiles à informer et à convaincre.

Cela signifie-t-il qu'il faudrait faire de la prévention ciblée ?

E. G. : La prévention ciblée est nécessaire, mais toute la difficulté est de ne pas stigmatiser. Un concept permet de répondre à cela : *l'universalisme proportionné.*

C'est-à-dire, par exemple, réaliser une campagne de prévention adressée à tous, puis proposer un accompagnement spécifique pour certaines catégories de population identifiées avec des besoins particuliers. *L'universalisme proportionné* renvoie au principe d'équité. Or, l'école française s'est construite sur la maxime de la République autour des notions de liberté, d'égalité et de fraternité. Mais l'égalité n'est pas l'équité. Lorsque nous menons des actions auprès des élèves, c'est cette notion d'équité que nous devons prioriser et ne jamais perdre de vue. Si nous annonçons par exemple – comme cela est inscrit dans les programmes scolaires – que tous les enfants doivent faire de l'éducation physique et sportive (EPS), nous devons nous assurer d'être équitables. Aller en cours d'EPS demande un équipement ; certaines familles n'ont pas les ressources pour l'acheter. Les élèves ne vont pas dire : *« mes parents sont trop pauvres pour m'acheter des baskets ».* Ils vont dire qu'ils ont oublié leurs affaires, ne vont pas aller en cours au risque d'être éventuellement sanctionnés. Pour éviter cela et rester dans la visée de *l'universalisme proportionné,* les établissements peuvent par exemple mettre en place un dispositif de prêt de matériel sportif, qui est un matériel pédagogique au même titre que les manuels scolaires prêtés à tous les élèves sans conditions de revenus. Ainsi, nous contournerions l'absentéisme en cours de sport, quelle que soit la raison de l'absence de matériel. C'est un point qui est extrêmement important, car nous savons que l'activité physique est un déterminant important de la santé.

L'école doit donc être en capacité de trouver des solutions, sans stigmatiser les élèves ni désigner les parents comme défaillants.

Les familles sont-elles associées dans la prévention et la promotion de la santé ?

E. G. : Comme je l'ai dit plus haut, la famille, son statut et sa forme, constituent effectivement un déterminant primordial en matière de santé. L'école ne peut pas agir seule, à l'insu ou en opposition avec les familles et leurs convictions, si elle veut éviter que les messages ne se contredisent, ce qui place l'enfant en conflit de loyauté entre deux paroles contradictoires. Cela se produit très souvent, notamment concernant l'éducation à la sexualité ou l'éducation à l'alimentation. Il faut éviter de produire des messages contre-productifs et culpabilisants. Il faudrait à l'inverse, comme pour le soin, pouvoir créer une alliance avec les familles, sans laquelle faire de la promotion de la santé auprès des enfants est illusoire.

> « Les familles les moins favorisées ont moins le réflexe de consulter un médecin ; les comportements de prévention y sont souvent moins présents et moins bien intériorisés. »

Quid de la parole des médecins scolaires dans la prévention et la promotion de la santé scolaire ?

E. G. : Les médecins scolaires ont un rôle et une parole complémentaires au rôle et à la parole des autres acteurs de la communauté éducative. Ils ne délivrent pas les mêmes messages de promotion de la santé ou de prévention et leurs messages ne sont pas présentés de la même manière, ce qui impacte donc la façon dont ils sont reçus. La difficulté pour les médecins de l'Éducation nationale réside de plus en plus dans la pénurie de personnel : aujourd'hui, ils ne sont que 1 000 en France, pour une population de plus de 12 millions d'élèves ! La promotion de la santé à l'école, *« école lieu de bien-être »*, ne peut donc pas reposer que sur eux. Mais la promotion de la santé est très liée à l'éducation. À l'école, les professionnels de l'éducation sont les plus aptes à permettre le développement de compétences chez l'enfant. Tous les acteurs sont importants : professionnels de santé pour leur expertise en santé, professionnels de l'éducation pour leurs compétences pédagogiques, familles pour leur connaissance de l'enfant et, bien sûr, l'enfant pour sa capacité d'apprentissage et sa capacité à dire ce qui lui convient ou ne lui convient pas, ce qu'il a compris ou n'a pas compris.

La prévention et la promotion de la santé à l'école représentent-elles une vision de santé récente ?

E. G. : Depuis la loi de refondation de l'École de 2013, la promotion de la santé est clairement affirmée comme l'une des missions de l'école. Notamment à travers la mise en place du parcours éducatif de santé, auquel tous les enseignants doivent contribuer de manière transversale. Bien sûr, il existait déjà de la prévention à l'école : le verre de lait de Mendès France (1956), c'était de la prévention de la malnutrition et du rachitisme, notamment. Mais la dynamique n'avait rien à voir. La France était alors dans une vision hygiéniste de la santé, avec des visites médicales à la chaîne où les élèves étaient pesés, mesurés, bénéficiaient d'une radioscopie… Il s'agissait de prévenir un certain nombre de fléaux de santé par le biais de l'école, afin d'agir auprès du plus grand nombre d'enfants et d'éradiquer, en particulier, la tuberculose ou le rachitisme. De nos jours, en raison d'une amélioration globale de la santé et de la diminution des épidémies, telle n'est plus la question.

Le véritable sujet est désormais de faire réussir équitablement le plus grand nombre d'élèves possible, scolairement parlant. Nous avons vu la corrélation entre bien-être, santé et apprentissage. L'école ne peut pas faire abstraction de la santé des enfants, dans la mesure où celle-ci conditionne leurs performances scolaires, puis leur insertion comme citoyen et, évidemment, leur santé future. À ce titre, l'école reste l'endroit idéal pour développer chez

l'enfant la capacité d'apprendre à faire des choix éclairés en matière de santé, pour aujourd'hui et pour demain, surtout si le climat scolaire est favorable et bienveillant.

L'enquête HBSC, à laquelle vous participez, permet-elle de constater des effets de ce changement de paradigme ?

E. G. : Il est particulièrement complexe de mesurer les évolutions de comportements en matière de santé. Premièrement, parce que les comportements changent sur le long terme – il faut donc être patient pour pouvoir observer les changements – et, deuxièmement, parce que de nombreux facteurs interagissent pour conduire à ces changements. Il est donc très difficile d'attester d'un changement à travers l'évolution d'un simple indicateur. Mais surtout, on peut difficilement attribuer les changements à telle ou telle action ou politique de manière formelle et isolée.

En revanche, je peux constater de grandes tendances depuis 1994, date depuis laquelle nous réalisons l'enquête HBSC en France. Premièrement, et c'est une constante, la santé des adolescents est perçue comme plutôt bonne. Deuxièmement, depuis une dizaine d'années, les consommations de substances actives n'augmentent plus et même diminuent. Ce phénomène est plurifactoriel : c'est l'exemple type de l'association d'une volonté politique et de l'intégration d'actions de prévention dans les programmes scolaires : loi interdisant de fumer dans les lieux publics, interdiction de vente aux mineurs, réglementation de la publicité, augmentation des tarifs, guide de prévention des consommations à l'école… Ces évolutions législatives sont issues de constats de santé publique, nés de recherches scientifiques portées sur le territoire, et de la nécessité de décliner les messages de prévention le plus précocement possible à l'école.

Tous ces facteurs ont conduit à une modification des comportements des adolescents (que nous objectivons dans des enquêtes comme HBSC au collège ou ESPAD[3] au lycée), c'est-à-dire qu'ils ont appris à faire des choix concernant leur santé, vis-à-vis de la consommation de ces produits. On peut désormais parler de dénormalisation, par exemple concernant le tabagisme.

Ainsi, l'inversion du regard sur ce qui est considéré aujourd'hui comme dangereux, qui pouvait être totalement banalisé dix ans auparavant, est la raison même de la prévention en milieu scolaire.

> « L'école ne peut pas faire abstraction de la santé des enfants, dans la mesure où celle-ci conditionne leurs performances scolaires, puis leur insertion comme citoyen et, évidemment, leur santé future. »

Prenons un autre exemple : depuis 1994, nous mesurons les brimades et le harcèlement à l'école. Les résultats étaient stables jusqu'en 2010 mais, en 2014, nous nous sommes aperçus que les taux avaient diminué. Or, c'est en 2011 que la France a généralisé les campagnes de prévention du harcèlement au sein des établissements scolaires. Entre 2010 et 2014, nous avons vu la courbe s'infléchir, concernant les victimes mais aussi les auteurs, laissant à penser que les actions conduites ont impacté les comportements. Cette inflexion peut être attribuée aux actions mises en œuvre au sein de l'école, mais également à un mouvement plus global de la société. Le seuil de tolérance à la violence baisse de manière générale. Cela permet aujourd'hui de mieux nommer les phénomènes de violence, de les désigner, de les dénoncer plus facilement et, ainsi, de mieux les prendre en charge.

Une enquête comme HBSC permet d'objectiver ces tendances parce qu'elle est répétée tous les quatre ans. De même, étant internationale (en 2018, 48 pays étaient représentés), elle nous permet de comparer la France aux autres pays. Sur la question du harcèlement, on constate par exemple que depuis que la France a mis en place des actions de prévention et de prise en charge, la position de notre pays s'est significativement améliorée comparativement aux autres.

Justement, pouvez-vous nous décrire précisément le processus de cette enquête HBSC, qui a lieu tous les quatre ans ?

E. G. : C'est une enquête par questionnaire auto-administré conduite auprès d'un échantillon représentatif d'élèves de France métropolitaine. L'enquête est conçue par un groupe de chercheurs internationaux. Les grands axes de ce questionnaire sont la santé, les comportements de santé des adolescents et leurs déterminants. Nous retrouvons des éléments comme : *« Quelle est ta taille ? Quel est ton poids ? Est-ce que tu bois de l'alcool ? Est-ce que tu fumes ? Qu'est-ce que tu manges ? Est-ce que tu fais du sport ? »* Nous posons également des questions du type : *« Comment te sens-tu à l'école ? Quelles sont tes relations avec tes parents ? Tes amis ? »* Et, pour les plus âgés : *« Comment se passent tes relations amoureuses et sexuelles ? »* Le questionnaire compte aussi des questions sur la perception qu'a l'adolescent de sa vie de manière globale, les symptômes psychosomatiques et les signes de dépressivité. Nous regardons les liens entre les comportements et les divers déterminants, notamment la catégorie socioéconomique des parents.

Tous ces éléments composent une photographie avec une large focale de l'état de santé des collégiens. C'est une enquête à grande

3. *European School Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) est une enquête quadriennale en milieu scolaire. Elle se déroule au même moment, avec un questionnaire commun, dans une quarantaine de pays européens, depuis 1999.

échelle, ce qui permet d'avoir des données fines par sexe et par âge. Ainsi, on observe à l'adolescence, de manière systématique, des différences entre les filles et les garçons, selon l'âge.

Voulez-vous dire que, d'après l'enquête, les garçons et les filles auraient toujours des comportements différents ?

E. G. : Oui, ces différences sont quasi systématiques. À l'entrée au collège, les garçons et les filles sont globalement semblables en matière de comportements de santé, de perception de leur vie et de vécu à l'école. Pourtant, les différences s'installent avec le temps avec une dégradation bien plus nette chez les filles, dans presque toutes les dimensions de la santé. La perception de la santé est plus défavorable chez les filles et, surtout, elle s'altère entre 11 et 15 ans, majorant la différence entre les garçons et les filles. Les filles s'estiment en plus mauvaise santé, se sentent moins bien, sont plus stressées par le travail scolaire. Globalement, en matière de santé mentale, on observe que les conduites du registre de l'internalisation (troubles du sommeil, symptômes psychosomatiques, dépressivité) sont plus fréquentes chez les filles et se majorent avec l'âge, tandis que chez les garçons, on repère plus de conduites relevant du registre de l'externalisation (ils fument davantage, boivent plus, se bagarrent plus). En outre, l'aggravation avec l'âge est chez eux moins systématique que chez les filles.

Est-ce que le concept de *littératie*[4], au cœur du processus de socialisation, représente un enjeu de la prévention et de la promotion de la santé ?

E. G. : Rappelons pour commencer qu'à l'origine, la littératie est un terme du monde de l'éducation qui désigne tous les apprentissages de base enseignés aux élèves afin de leur donner les fondamentaux qui leur permettront d'évoluer dans la société. La promotion du bien-être est devenue un enjeu et cette notion est centrale pour la promotion de la santé. La notion de parcours éducatif de santé, visant à développer la capacité à faire des choix éclairés en matière de santé, repose notamment sur le développement de la littératie en santé. Et l'école est le lieu privilégié pour la développer, parce que c'est à l'école que nous allons d'abord apprendre à lire et à écrire, puis à devenir critique vis-à-vis de ce que nous disons et entendons. Dans le registre de la santé, l'école essaie aujourd'hui de développer une sensibilité au bien-être et à la santé, de donner aux élèves la capacité de comprendre et interpréter les messages et de se les approprier pour, à un stade ultérieur éventuel, aider les autres à se les approprier à leur tour et à faire leurs propres choix de manière éclairée.

> « L'école doit donc être en capacité de trouver des solutions, sans stigmatiser les élèves ni désigner les parents comme défaillants. »

Cela implique-t-il que chaque acteur de la communauté éducative se repositionne aussi vis-à-vis de ses représentations et de ses pratiques ?

E. G. : La promotion de la santé travaille d'abord et avant tout sur les représentations, c'est là l'une de ses difficultés. Les acteurs doivent être parfaitement au clair avec leurs propres représentations, avec ce qu'ils sont en train de dire et de faire vis-à-vis des élèves, ce qu'ils sont en train de promouvoir et de développer. Que voulons-nous faire ? Nous voulons développer une capacité à dire oui ou non. Lorsque nous parlons de choix éclairé, cela signifie permettre aux enfants d'avoir un discours critique sur des choses que

4. Le concept de *littératie*, apparu dans les années 1970, désigne généralement la capacité à saisir des informations (notamment écrites), à les traiter, sélectionner, hiérarchiser, afin de pouvoir se les approprier et les utiliser dans le cadre de sa vie quotidienne (en famille, entre amis, au travail, etc.). La *littératie* serait ainsi une compétence essentielle à la vie en société.

font ou disent les adultes ; cela n'est pas très culturel dans notre pays. Pourquoi les pays scandinaves sont-ils plus avancés en matière de promotion de santé à l'école ? Parce qu'ils donnent une place à l'enfant et à sa parole différente de celle que nous leur donnons en France. Les relations entre enseignants (ou autres adultes de l'établissement scolaire) et élèves n'y sont pas les mêmes : en France, cette relation est encore exclusivement descendante. C'est bien tout un contexte culturel qui doit être pris en compte.

Il ne suffit pas de demander aux adultes de contribuer à promouvoir la santé à l'école et à développer les compétences psychosociales des enfants, il faut en amont faire un travail auprès des enseignants pour qu'ils en comprennent les tenants et les aboutissants et s'engagent pleinement.

Des instances telles que les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans les établissements, les départements et maintenant les académies sont des relais indispensables pour valoriser cette approche communautaire et partenariale de la promotion de la santé, tout en relayant de manière adaptée les commandes institutionnelles.

Nous ne sommes pas là pour dire : *« Quoi ? Comment ? Mais ton père fume ? Il va mourir d'un cancer du poumon dans dix ans si tu ne lui dis pas d'arrêter ! »* Personne n'irait jusque-là, bien évidemment, mais il peut y avoir des manières de dire ou des non-dits qui peuvent mettre l'enfant en difficulté. C'est pour cela qu'il est important de former tous les personnels enseignants afin qu'ils se sentent à l'aise dans leur rôle de promoteur de santé et qu'ils le fassent sans culpabiliser ni aggraver les inégalités.

La promotion de la santé doit désormais être abordée dans la formation initiale des enseignants, mais aussi en formation continue.

Les stages, parcours magistères, formations de formateurs, etc., devraient être généralisés pour permettre à tout adulte de la communauté éducative, plus particulièrement à tout enseignant, de répercuter jusque dans la classe cette nécessité de faire la promotion de la santé de manière transversale.

« La promotion de la santé doit désormais être abordée dans la formation initiale des enseignants, mais aussi en formation continue. »

Vous vous êtes intéressée, dans vos recherches, à la problématique de l'inclusion liée à la question du handicap. Pouvez-vous nous en dire plus ?

E. G. : Plutôt que de parler d'inclusion, il vaut mieux parler de société et d'école inclusives. Si l'on dit « école inclusive », cela signifie qu'elle est l'école pour tous, quelles que soient les différences de besoin et de capacité. L'école doit être le lieu d'accueil des enfants dans toute leur diversité, qu'il s'agisse de situations de handicap ou de maladies, quelles qu'elles soient. Mais aussi, l'école doit être là pour compenser les différences socioéconomiques. L'école doit être là pour tout le monde et ce n'est plus l'égalité qui doit prévaloir, mais l'équité. D'une certaine manière, elle semble être prête à cela dans la mesure où elle a fait des progrès depuis la loi de 2005. Elle accueille de fait les enfants en situation de handicap. La question qui se pose maintenant, c'est la qualité de cette inclusion. Nos recherches ont démontré que les élèves en situation de handicap sont globalement deux fois plus victimes de harcèlement que les autres. Ils apparaissent comme des cibles, compte tenu de leurs différences. Les élèves auteurs de ces violences identifient une forme de vulnérabilité qui désigne les élèves handicapés, de manière implicite, comme des victimes potentielles. L'objectif ultime de la prise de conscience serait de vraiment modifier les représentations, comme nous l'avons vu pour la dénormalisation du regard porté sur le tabagisme. Pour cela, il y a encore d'immenses progrès à faire autour du climat scolaire, de la bienveillance, de la vigilance de tous les adultes, mais aussi de tous les élèves. Ils doivent également être formés à ne pas accepter que d'autres élèves, plus fragiles du fait de leur handicap, de leur vulnérabilité (de quelque nature qu'elle soit) soient plus victimisés que les autres. C'est inacceptable qu'il y ait des victimes de harcèlement de manière générale, mais il faut être particulièrement vigilant afin que ces élèves en situation de handicap n'occupent pas systématiquement la position de victime.

Cela signifie-t-il qu'il n'y a pas eu suffisamment de préparation à l'intégration de ces élèves au sein des établissements ?

E. G. : L'intégration est aujourd'hui un concept obsolète qui précède historiquement celui de l'inclusion. Plus on parlera des enfants en situation de handicap dans la classe en termes de diversité ou de différence, plus les élèves seront prêts à accepter cette différence sans y associer une connotation positive ou négative. En faisant confiance à leurs capacités d'apprentissage, on diminuera leur étonnement et leur rejet qui, on l'a dit, peuvent aujourd'hui aller jusqu'au harcèlement. C'est la raison pour laquelle beaucoup d'associations de parents d'enfants porteurs de handicaps ou de pathologies graves proposent d'intervenir en classe. Ils ne le font pas pour parler du cas particulier de tel ou tel élève, mais pour parler de la maladie ou du handicap et de ce que cela implique, dans le but de dédramatiser et de permettre à tous les élèves, voire à leurs parents, de poser les questions en amont et, dès lors, de diminuer le taux de rejet et de préjugés négatifs.

Je pense que la prise de conscience est plus élevée qu'elle ne l'était il y a une dizaine d'années.

Pour autant, il est nécessaire d'en parler et de continuer à en discuter régulièrement avec les élèves. Il y a des choses – c'est le principe de la pédagogie – qu'il faut dire et redire, car l'implicite, dans ce registre-là, peut se révéler dangereux.

Revenons à vos nouvelles fonctions au sein de l'EHESP : pouvez-vous nous expliquer comment la formation des médecins scolaires est pensée et comment elle s'organise ?

E. G. : Les médecins de l'Éducation nationale sont tout d'abord des médecins. Ils ont fait des études de médecine, à la suite desquelles ils ont passé un concours national pour devenir fonctionnaire de l'Éducation nationale. Suite à l'obtention de ce concours, ils bénéficient d'une formation d'un an, durant laquelle ils sont stagiaires et ont des temps de regroupement à l'EHESP, à Rennes, tout en exerçant le métier de médecin de l'Éducation nationale sur leur terrain. La formation théorique dure entre huit semaines obligatoires (au minimum) et seize semaines (au maximum), selon un parcours personnalisé de formation, établi individuellement en concertation en début d'année. La formation est organisée en Unités d'enseignement, dans le cadre desquelles sont abordés les domaines qui font la spécificité du médecin de l'Éducation nationale : les troubles de l'apprentissage (comment apprennent les enfants ? Comment détecter les troubles ? Comment y remédier ? etc.), la protection de l'enfance, le développement et la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, l'école comme milieu de vie, la scolarisation des élèves à besoins particuliers (maladies, handicaps). Cette formation contient aussi des apports théoriques concernant l'Éducation nationale, qui est désormais leur terrain d'intervention. Ce module est dispensé à l'Institut des hautes études de l'éducation et de la formation – IH2EF (ex. ESENESR) – à Poitiers. Enfin, il y a bien sûr un module de santé publique et un module obligatoire en promotion de la santé. Ce dernier module a pour ambition de permettre aux médecins de s'impliquer dans toutes les étapes d'un projet de promotion de la santé dans un établissement scolaire, avec comme finalité de mettre les médecins en position de contribuer à des projets en tant que conseillers techniques (selon le temps et les moyens mis à disposition).

Vous dites que les médecins scolaires ne sont pas assez nombreux sur le territoire. Existe-t-il une solitude professionnelle dans leur pratique quotidienne ?

E. G. : Le problème du sous-effectif est une réalité, toutefois, dans la majorité des cas, le département compte plusieurs médecins, coordonnés par un médecin conseiller technique départemental qui est placé auprès de l'IA-DASEN[5]. Ils travaillent bien évidemment en partenariat avec les infirmiers et assistants de service social et tous les autres personnels de l'Éducation nationale. Toutefois, du fait de leurs nombreuses missions sur des territoires qui peuvent être étendus, avec à leur charge 10 à 15 000 élèves, voire plus, les médecins peuvent parfois, effectivement, perdre de vue le sens de leurs missions, l'engouement pour leur travail et se sentir isolés. Ici, le rôle des médecins conseillers techniques est majeur : il s'agit de fédérer, de développer le travail en réseau, en équipe, de prioriser les missions, de (re)donner du sens aux actions et à l'organisation du travail. Dans ce contexte, la vision communautaire de la santé est primordiale. Si on se limite à une vision individuelle, le risque est de ne pas toujours être en capacité de répondre à chaque situation. Ceci induit un sentiment d'inefficacité qui peut créer des situations de souffrance. Si, au contraire, on adopte une vision plus macro, que l'on se dit : *« je réponds à l'échelle d'un territoire, au sein de l'école comme lieu de promotion du bien-être et de la santé de tous les élèves ; j'ai une action plus surplombante et je la conduis en partenariat »*, cela a plus de sens que tenter de répondre à un empilement de situations individuelles, face auxquelles il est difficile d'être efficace seul.

Cette formation implique-t-elle un référentiel de compétences ? Quelle pédagogie est proposée ? Est-ce que la formation évolue d'année en année ?

E. G. : Il y a un référentiel de compétences identifiées comme étant spécifiques aux médecins de l'Éducation nationale. Dix ont été identifiées et, pour chacune d'entre elles, nous avons développé un référentiel

5. Inspecteur d'Académie – Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale.

auquel nous adossons les enseignements. De manière générale, au cours de la formation, nous nous efforçons de développer des pédagogies interactives. Il n'y a pas d'examen final mais des travaux à déposer au fur et à mesure sur une plateforme pédagogique en ligne, des entretiens et des observations sur le terrain. La validation repose sur l'assiduité et, enfin, sur un projet de promotion de la santé (dit les *3PRO*, pour *PROjet PROfessionnel de PROmotion de la santé*) qui donne lieu à une soutenance devant leurs collègues, d'autres acteurs de l'Éducation nationale et divers partenaires.

L'évolution des contenus et modalités de la formation est soumise à évaluation à l'issue de chaque période : les stagiaires remplissent un questionnaire en ligne, dans lequel ils précisent ce qu'ils ont pensé des modules. Par ailleurs, des échanges à ce propos sont organisés chaque trimestre environ. En fin d'année, le comité d'organisation de la formation se réunit pour faire le bilan de l'année de formation et contribuer à la faire évoluer pour l'année suivante. Le délégué de la promotion de l'année en cours et celui de la promotion précédente interviennent. Sont également présents les syndicats de médecins de l'Éducation nationale et des représentants du ministère (DGESCO[6] et DGRH[7]). La formation est donc évolutive et très participative : nous essayons au maximum de prendre en compte les remarques et commentaires des stagiaires et des partenaires.

Peut-on dire que vous créez des outils transversaux en ingénierie pédagogique ?

E. G. : L'essentiel de la formation repose sur des contenus pédagogiques spécifiques aux médecins de l'Éducation nationale. Mais nous essayons aussi de nous enrichir d'autres formations. Par exemple, pour favoriser l'interdisciplinarité, un séminaire commun de santé publique est organisé de manière transversale pour tous les élèves fonctionnaires de l'EHESP qui, si l'on prend cette année, étaient près de 400. L'EHESP organise aussi des séminaires dits « ouverts ». Par exemple, j'y ai fait une présentation de mes travaux de recherche sur l'inclusion scolaire pour un public diversifié, à savoir des étudiants du master Personnes en situation de handicap et du master Enfance et jeunesse et, enfin, des médecins scolaires. La diversité des origines et parcours du public a permis des échanges beaucoup plus riches après la présentation. Autre exemple, à Poitiers, à l'IH2EF, les médecins de l'Éducation nationale ont bénéficié de deux conférences communes avec des inspecteurs d'académie – inspecteurs pédagogiques régionaux (IA-IPR). L'idée est la même : permettre à des acteurs de différents champs professionnels de se rencontrer et de partager des temps d'échanges, car ces échanges nourrissent les pratiques de chacun.

En conclusion, peut-on dire que l'EHESP forme des personnes qui appliqueront la politique publique en matière de santé ?

E. G. : Oui, nous formons les personnes qui vont mettre en pratique la politique publique en matière de santé, mais aussi l'évaluer et qui peuvent même, dans une certaine mesure, l'interroger. Bien sûr, les commandes institutionnelles des ministères conditionnent le contenu des formations des filières de fonctionnaires d'État, qui sont très encadrées. Toutefois, il existe toujours une possibilité de questionnement des politiques publiques, notamment grâce aux travaux de recherche. Cette part de posture critique – au sens positif de ce que critique veut dire –, il est important que les publics formés ne la perdent pas. C'est la mission et la valeur ajoutée de l'EHESP que de le permettre. En effet, il est impossible de bien faire de la santé publique sans discuter ces politiques, les mettre en question et les évaluer, en gardant toujours à l'esprit que l'objectif, pour ce qui est des médecins de l'Éducation nationale, est de développer et de promouvoir la santé de tous les élèves, en particulier des plus fragiles. ■

6. Direction générale de l'enseignement scolaire.
7. Direction générale des ressources humaines de l'Éducation nationale.