

La promotion de la santé dans la formation de base des enseignantes et enseignants

Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
(CDIP)
Berne 1997

Ce rapport est un résultat du projet *Santé jeunesse*. Il a un caractère essentiellement informatif. Une prise de position officielle n'est pas prévue.

Health Education is the best way
to demonstrate democracy
to young people.

*Henry Scicluna,
Conseil de l'Europe*

Auteure: Simone Gretler Bonanomi
Préface et postface: Anton Hügli

Editeur:
Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP)

Traduction française:
Elizabeth Neu

Edition allemande:
Gesundheitsförderung in der Grundausbildung von Lehrerinnen und Lehrern

Commandes:
Secrétariat CDIP, Zähringerstrasse 25, 3001 Berne

Impression:
Schüler SA, Bienne

Table des matières

Préface	5
1 Introduction	7

Première partie: La santé dans les écoles

1 Santé, prévention, éducation à la santé, promotion de la santé: essai de clarification conceptuelle	10
1.1 La notion de santé	10
1.1.1 La définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)	10
1.2 La prévention	11
1.3 La promotion de la santé	13
1.4 Promotion de la santé et éducation à la santé	16
2 L'école comme lieu de promotion de la santé	20
2.1 L'école en tant que «setting»: une notion-clé pour la promotion de la santé	20
2.2 Perspectives d'action pour l'école	22
2.3 Promotion de la santé en milieu scolaire: luxe ou nécessité?	25
2.4 Les enseignantes et les enseignants en tant qu'acteurs dans le domaine de la promotion de la santé dans les écoles	26
2.5 En point-de-mire: la formation de base des enseignantes et des enseignants	28

Deuxième partie: La santé dans la formation de base du corps enseignant en Suisse

1 Description des modèles appliqués dans trois cantons	34
1.1 Canton de Berne: projet-pilote à l'Ecole normale de Thoune «Education à la santé et prévention des toxicomanies»	34
1.1.1 Description des contenus	34
1.1.2 Forme du projet	39
1.1.3 Conditions-cadre	39
1.1.4 Evaluation	40
1.2 Canton du Jura: Education générale et sociale (EGS)	41
1.2.1 Description des contenus	41
1.2.2 Forme du projet	42
1.2.3 Conditions-cadre	43
1.2.4 Evaluation	43

1.3	Canton de Vaud: cours de base obligatoire, suivi d'un cours en option au Séminaire pédagogique de l'enseignement secondaire (SPES)	43
1.3.1	Description des contenus	43
1.3.2	Forme du projet	46
1.3.3	Conditions-cadre	46
1.3.4	Evaluation	46
1.4	Comparaison entre les modèles appliqués dans les cantons de Berne, du Jura et de Vaud	47
2	Enquête auprès des instituts de formation des enseignants en Suisse et actions ultérieures	48
2.1	Objectifs et procédure	48
2.2	Résultats de l'enquête	50
2.3	Analyse des résultats de l'enquête	56

Troisième partie: Conclusion

1	Résumé de l'analyse de la situation	61
Bibliographie		63
Postface		74
1	La promotion de la santé sur les traces de Platon?	74
2	En quoi consiste cette «bonne» vie qui est recherchée?	75
3	Un modeste plaidoyer en faveur d'une réduction des exigences	77
4	Un programme modeste – mais bien assez exigeant	78

Préface

De l'avis de certains spécialistes du droit public, on peut faire une distinction plus ou moins nette entre les tâches incombant aux parents et celles qui reviennent à l'école: ainsi, selon eux, les parents s'occuperaient de l'éducation des enfants, tandis que l'école se chargerait de leur formation. Or ce raisonnement se révèle inexact, notamment en ce qui concerne l'éducation à la santé. Avec des mesures, tels que les soins dentaires obligatoires, la prophylaxie antituberculeuse et antidrogue, les dépistages anti-poux, la possibilité donnée aux élèves d'acheter des petits pains pour les dix-heures, l'éducation à l'hygiène, l'école assume, depuis longtemps déjà, des tâches qui dépassent largement son simple mandat de formation. Cependant, nombre de ces mesures étaient jusqu'ici plutôt marginales, ponctuelles et exclusivement prophylactiques. Par ailleurs, la préparation des enseignantes et enseignants dans ce domaine était plus que sommaire et elle l'est – comme nous le révèle l'enquête faite dans le cadre de cette étude – encore en grande partie aujourd'hui: la plupart des établissements scolaires offrent certes une discipline qui s'apparente à «l'éducation à la santé», mais, en règle générale, celle-ci est dispensée en marge des cours soit par des médecins qui, bien souvent, n'ont aucune formation didactique, soit par des didacticiens ou didacticiennes qui, quant à eux, n'ont que des connaissances fragmentaires en médecine. Rien que pour cette raison, il conviendrait donc d'agir.

Mais la raison véritable pour laquelle les écoles devraient s'engager dans la promotion de la santé est – comme le montre Simone Gretler dans son étude – de nature autrement plus déterminante. Elle se fonde sur une compréhension entièrement nouvelle de la santé et repose sur la définition qu'en a donné l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946 déjà, à savoir: la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, définition qui, progressivement, commence également à exercer un impact sur notre conception pédagogique. Ainsi, ce n'est plus la prévention des maladies qui devrait figurer au centre de nos préoccupations, mais bien la promotion de la santé. Ce qui signifie que, dans le domaine de la santé, il faudra également s'efforcer de déterminer – comme, depuis longtemps, on tente déjà de le faire – sens et contenu d'une «vie bien réussie». L'école devrait-elle alors fournir aux élèves des modèles de vie saine et leur apprendre à vivre sainement? Ne serait-ce pas là aller trop loin? Car, comment une école serait-elle à même de s'acquitter d'une telle tâche? Quels genre d'enseignants seront capables de réaliser un tel projet et quelle devra être leur formation? Ces quelques questions montrent que cette étude met le corps enseignant face à un véritable défi, un challenge tant au niveau de la mise en œuvre de ce projet que – comme l'auteure de l'étude tente de le démontrer dans sa conclusion – au niveau des objectifs à atteindre sur le plan scolaire et dans le domaine de la formation des enseignants. Un défi que saura sans nul doute relever une société qui prend la formation de ses enseignants au sérieux.

Bâle, en décembre 1996

Commission formation des enseignant(e)s
Le président

Anton Hügli

1 Introduction

Le présent travail vise à donner un aperçu de la situation actuelle de la promotion de la santé dans les instituts de formation des enseignants.¹ Même s'il s'agit d'une vue d'ensemble parfois lacunaire et rudimentaire, elle constitue pourtant, à ma connaissance, la première tentative d'aborder ce thème au niveau suisse.²

Cette étude a été conduite avec la préoccupation d'établir constamment un lien avec la pratique; elle s'adresse en effet aux organismes cantonaux concernés par la formation des enseignants, à savoir les départements de l'instruction publique et les instituts de formation des enseignants.

L'analyse du concept de promotion de la santé, la clarification des termes de prévention, de promotion de la santé et d'éducation à la santé, ainsi que la réflexion sur l'école comme lieu de promotion de la santé constituent les cadres de référence théorique et la base de ce travail.

Finalités	Saisir la situation de la promotion de la santé dans les instituts de formation des enseignants en Suisse
Destinataires	Départements cantonaux de l'instruction publique Instituts de formation des enseignants
Procédé	<ul style="list-style-type: none">• Enquête auprès des instituts de formation des enseignants en Suisse• Organisation de séminaires d'échange pour les responsables de la formation en promotion de la santé dans les instituts de formation des enseignants en Suisse• Interviews de personnes-clés• Analyse des résultats
Contenu	<ul style="list-style-type: none">• La notion de promotion de la santé• Clarifications conceptuelles• L'école comme lieu de promotion de la santé• L'importance pour la promotion de la santé de la formation de base des enseignantes et des enseignants

Tableau 1: Présentation schématique de l'étude

¹ Le présent travail «La promotion de la santé dans la formation de base des enseignantes et des enseignants» est un travail de diplôme rédigé dans le cadre du Programme de formation continue en santé publique des Universités de Bâle, Berne et Zurich.

² Même au niveau européen, je n'ai connaissance d'aucun travail portant précisément sur ce thème; l'expérience réalisée dans le Réseau européen d'écoles en santé (REES) montre pourtant que la formation de base du corps enseignant s'agissant de la promotion de la santé dans les écoles revêt une importance grandissante. Le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas et l'Allemagne sont par exemple très avancés dans ce domaine.

Ce travail se compose de trois parties.

La première partie comprend les deux chapitres qui proposent le cadre théorique de référence et partant le soubassement des deux autres parties. Le chapitre 1 est consacré à l'analyse de la notion de santé, à l'analyse du concept de promotion de la santé et à une tentative de clarification des notions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation à la santé; les définitions de ces notions retenues pour la suite du travail y sont présentées.

Le chapitre 2 aborde la question de l'école comme lieu de promotion de la santé; différentes orientations sont présentées et discutées. L'importance que revêt la formation de base des enseignantes et des enseignants en vue de la conception d'une école pour la promotion de la santé y est exposée.

La deuxième partie du travail est consacrée à la situation de l'enseignement en matière de promotion de la santé dans les instituts de formation des enseignants en Suisse. Dans le chapitre 1 sont présentés trois modèles, appliqués respectivement dans les cantons de Berne, du Jura et de Vaud et qui me paraissent particulièrement larges et intéressants. Le chapitre 2 comprend la présentation succincte des résultats d'une enquête sur la situation de la promotion de la santé qui a été conduite auprès des instituts de formation des enseignants.

La troisième partie contient les conclusions de ce travail.

Première partie:

La santé dans les écoles

Santé, prévention, éducation à la santé, promotion de la santé:
essai de clarification conceptuelle

L'école comme lieu de promotion de la santé

1 Santé, prévention, éducation à la santé, promotion de la santé: essai de clarification conceptuelle

Les clarifications conceptuelles ci-dessous devraient d'une part permettre aux lectrices et aux lecteurs de la présente étude de pouvoir se référer à une terminologie commune, l'auteure ayant explicité l'usage qu'elle fait des termes utilisés. Elles servent d'autre part à délimiter le territoire dont il sera question ici; autrement dit, ces clarifications font partie de la tentative de démontrer l'importance qu'il faut accorder à «la promotion de la santé dans la formation de base des enseignantes et des enseignants». Compte tenu de ma formation professionnelle et culturelle, je me réfère essentiellement à la littérature de langues allemande et anglo-saxonne; un examen des textes de langue allemande en vue de la traduction en français a néanmoins permis de conclure que la terminologie employée est valable également dans l'espace francophone.

1.1 La notion de santé³

Dans le contexte scientifique prévalant actuellement en Europe, il serait assurément téméraire de parler d'une «science de la santé» fermement établie. La notion de «public health» a été exportée à la fin du siècle dernier d'Europe centrale vers les Etats-Unis et se trouve «réimportée» depuis quelques années sous la forme d'une nouvelle «multidiscipline». La distinction précise entre les notions de «öffentliche Gesundheit», «Gesundheitswissenschaften», «santé publique», etc. ne font pas actuellement l'objet d'un consensus et leur sémantique n'a pas vraiment été étudiée. Il est cependant établi que la «santé» est ici une notion politique qui revêt une fonction de légitimation et que l'on utilise de ce fait volontiers lorsqu'elle vient à manquer et que l'on est en présence de la maladie.⁴ En ce moment, la notion de santé est à la mode – dans le discours scientifique notamment; d'où l'introduction d'une série de disciplines à double dénomination telles que la psychologie de la santé, la sociologie de la santé ou l'anthropologie de la médecine, etc.

1.1.1 La définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Sans être en mesure d'approfondir la question ici, on peut dire que dès l'origine, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a donné de la santé une définition – valable

³ Ce qui suit se réfère essentiellement aux notes prises lors du cours de Horst Noack «Grundlagen der psychosozialen Epidemiologie und Gesundheitswissenschaft» (Eléments d'épidémiologie psychosociale et science de la santé).

⁴ Que l'on pense ici à l'utilisation de «Gesundheitswesen» (en français: «santé publique» ou «système de santé»).

aujourd’hui encore – qui va bien au-delà de l’«absence de maladie».⁵ Depuis lors, la notion de santé a encore été élargie et dynamisée. La Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé⁶ considère la santé comme un processus qui doit permettre à tous les êtres humains de développer au maximum leur potentiel de santé.

Les développements qui suivent se réfèrent à une définition de la santé, valable tant en général que dans le contexte scolaire en particulier:

La santé est un concept à connotation positive désignant le bien-être et mettant l’accent sur l’importance des ressources sociales et individuelles. La santé implique le développement le plus complet possible du potentiel physique, psychique et social de chaque personne.

La nécessaire délimitation de la notion de santé par rapport à d’autres notions telles que «le bonheur», «la qualité de la vie», «une vie bien réussie» ne peut être qu’évoquée dans le cadre de ce travail. L’élargissement de la notion de santé – nécessaire et importante à mes yeux – implique une nouvelle définition du concept même de santé.

Ainsi, la santé peut certes être considérée comme une notion complémentaire à celle de maladie; mais elle signifie bien davantage que la simple absence de maladie.

Tableau 2: *La notion de santé (définition)*

Formulation de S. Gretler

1.2 La prévention

Il est intéressant de voir comment l’approche «public health», orientée à l’origine vers la critique sociale⁷, s’est concentrée toujours plus, au cours du temps, sur les facteurs de risque impliqués par les comportements individuels (la consommation de tabac par ex.)⁸. Suivant cette logique, l’aspect préventif ne cesse de prendre de l’importance; en effet, plus vite on parvient à mettre sous contrôle le mal, autrement dit la maladie, mieux cela vaut. Ce qui est mieux encore, c’est d’empêcher absolument les maladies de se déclarer.

⁵ Préambule de la Constitution de l’OMS, 2e paragraphe, signée le 22 juillet 1946, entrée en vigueur le 7 avril 1948: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité.»

⁶ OMS (1986): Charte pour la promotion de la santé. Ottawa.

⁷ Sigerist cite ainsi «la formation accessible à tous et gratuite» comme étant la première priorité de tout programme national de santé (Sigerist 1941).

⁸ Ce qui s’accompagne d’un remplacement du «droit au rôle de malade» par «la contrainte à la santé»; cf. à ce propos Herzlich & Piéret (1991).

Dans leur glossaire, Conrad & Schmid reprennent les trois niveaux de la prévention généralement admis⁹:

Prévention primaire	Empêchement de l'apparition d'une maladie ou d'un trouble
Prévention secondaire	Dépistage précoce et traitement approprié interviennent dans le processus de genèse d'une maladie
Prévention tertiaire	Empêchement de rechutes et d'une chronicisation chez les personnes malades

L'usage indifférencié qui est fait des termes de «prévention», de «promotion de la santé» et – en particulier dans le domaine scolaire bien entendu – d'«éducation à la santé» nous incite à parler d'une véritable «anomie conceptuelle».

Jürgen von Troschke¹⁰ écrit à ce propos:

«Le discours actuel sur la promotion de la santé et la prévention est fortement marqué par la multiplicité des concepts et l'usage indifférencié qui en est fait. On parle ainsi d'éducation sanitaire de la population, d'hygiène publique, d'éducation à la santé, d'information et de formation en matière de santé, de soins de santé, de prévoyance sanitaire, de prophylaxie, de prévention et de promotion de la santé.»

Tantôt, «prévention» est utilisé comme étant une notion générale «comprenant entre autres la promotion de la santé»¹¹, tantôt c'est exactement l'inverse, comme le décrit Terris:

«Some conceive the term [health promotion, S.G.] to cover all health services; others, as a synonym for prevention; and still others, as an area to which prevention is subordinate.»¹²

⁹ Conrad & Schmid (1990): Gesundheitsförderung. Eine Investition für die Zukunft (Glossar). Bonn. Cf. également OMS (1989); pour approfondir les fondements, voir aussi Badura (1990); Franzkowiak (1994); Hurrelmann (1990); Laaser, Sassen, Murza & Sabzo (1987); Millstein, Petersen & Nightingale (Ed.) (1993); Riemann & Kammerer (1995). Marin La Meslée (1994) postule que la promotion de la santé ne peut se faire qu'au niveau de la prévention primaire, c'est-à-dire auprès d'une population (encore) en bonne santé, ce qui souligne l'importance revenant à la définition du concept de santé. Son article montre cependant que, dans le domaine francophone, on distingue les trois niveaux de la prévention de la même manière que celle qui est présentée ci-dessus.

¹⁰ Troschke (1993¹: 83).

¹¹ Troschke (1993¹: 83).

¹² Terris (1992: 271).

La prévention joue un rôle important dans le contexte scolaire; cela vaut pour les trois niveaux de la prévention, mais plus particulièrement pour les deux premiers. J'adopterai la définition suivante, reprise de Troschke:

La *prévention* est une activité relevant essentiellement du domaine médical qui s’occupe d’individus ou de certains groupes à risque. Le but poursuivi est la préservation de la santé ou encore l’évitement ou la diminution des maladies et des risques.

Tableau 3: *La prévention (définition)*

Adaptation d’après Troschke¹³

L’école fournit un champ d’intervention pour des mesures préventives, en particulier des mesures générales de préservation de la santé telles que la prophylaxie dentaire (services dentaires scolaires), les examens de contrôle et les vaccinations (services de médecine scolaire).

Les tâches du personnel enseignant relèvent avant tout du domaine de la prévention du sida et des toxicomanies pour la prévention primaire et également de la prévention des toxicomanies pour la prévention secondaire (dépistage précoce); les autres champs d’activité qui sont les leurs sont la prévention du stress, de la violence, des postures vicieuses et des accidents. Pour ce faire, les enseignantes et les enseignants doivent pouvoir bénéficier d’un soutien de la part de spécialistes (médicaux).

1.3 La promotion de la santé

Tant dans le développement d’une science portant sur la santé que dans le dépassement de l’orientation centrée sur les facteurs de risque, le paradigme de la «salutogenèse» développé par Aaron Antonovsky représente une avancée déterminante.¹⁴ L’expression «salutogenèse» illustre de manière évidente le principe qui sous-tend la conception d’Antonovsky: en effet, le chercheur s’intéresse en premier lieu aux causes et conditions

¹³ Troschke (1993¹: 85).

¹⁴ Voir à ce propos Antonovsky (1979; 1987; 1993). Antonovsky a créé ce concept à partir d’une étude sur les survivant(e)s de l’Holocauste; il a contribué de façon déterminante au dépassement du modèle des facteurs de risque en posant la question suivante: «Qu’est-ce qui fait que certaines personnes restent en bonne santé, voire même simplement en vie?», plutôt que de continuer à chercher des causes de *maladie*. L’œuvre de Zygmunt Bauman, dont l’histoire de vie présente d’ailleurs des parallèles intéressants avec celle d’Antonovsky et qui est lui aussi un chercheur en sciences sociales, contient des trésors qu’il faudrait, de mon point de vue, mettre en valeur pour développer une théorie cohérente de la santé. A ma connaissance, la conception développée par Bauman n’a cependant pas (encore) trouvé sa place dans le débat actuel sur la santé.

de la santé et s'éloigne ainsi du paradigme de pathogenèse usuel qui, lui, est orienté sur la ou les maladie(s). Au lieu d'éviter ou de prévenir les maladies, il s'agira essentiellement de porter toute son attention sur l'amélioration de la santé. En l'occurrence, l'accent ne sera plus mis sur les facteurs de risque mais sur les ressources dont dispose l'être humain pour préserver sa santé.

Les caractéristiques principales des deux paradigmes sont résumées dans le tableau ci-dessous:

	Pathogenèse (conception traditionnelle de la santé/de la maladie)	Salutogenèse (conception de la santé/de la maladie selon Antonovsky)
Définition de santé/maladie	dichotomique: on est soit en bonne santé, soit malade	santé et maladie sont les deux extrêmes abstraits d'un continuum
Focalisation sur	maladie patiente/patient «cas»	tous les êtres humains et leur état de santé
Facteurs actifs	facteurs de risque (dommageable pour la santé)	ressources (ayant un effet salutaire)
Facteurs de stress	les facteurs de stress sont des facteurs de risque nuisibles pour la santé et donc pathogènes	il est normal qu'il y ait des facteurs de stress; potentiellement, ils ont des effets positifs et négatifs sur la santé: ils peuvent être salutogènes et pathogènes
Traitemen	le traitement consiste en une suite de «guerres» contre des maladies spécifiques	le «traitement» implique une confrontation permanente entre les effets positifs et négatifs sur la santé

Tableau 4: *Pathogenèse vs. salutogenèse*

Adapté d'après Antonovsky 1993¹⁵

La théorie de la salutogenèse d'Antonovsky me paraît d'une importance primordiale pour la promotion de la santé:

- D'une part, ce concept fournit une alternative à la conception de la santé et de la maladie qui domine généralement aujourd'hui. On sait en effet presque tout des maladies, de leurs causes, des méthodes de traitement et de leurs conséquences et on

¹⁵ Antonovsky (1993: 5–9).

- dispose d'un système précis permettant de catégoriser les troubles de santé. Mais par rapport à la santé, le discours habituel ne fonctionne pratiquement plus: il est vidé de son contenu et il est loin de permettre d'affirmer sur la santé des choses aussi précises que celles qui concernent le versant «négatif», à savoir celui des maladies.
- D'autre part, la salutogenèse indique très clairement que la médecine règne certes en maîtresse incontestée sur le territoire des maladies, mais qu'elle est très vite au bout de son latin s'agissant de la santé. Les médecins ont en effet peu de compétences dans le domaine de la santé, de sa préservation et de sa promotion. Une science de la santé doit être aussi pluridisciplinaire que la santé elle-même.

Une telle position soulève bien entendu un problème spécifique: à la tâche déjà ardue en soi de définir le contenu de cette science toute nouvelle, vient s'ajouter l'entreprise audacieuse consistant à trouver les moyens d'assurer une pluridisciplinarité véritable, donc de rendre possible la communication et l'intéraction entre toutes les disciplines impliquées. De plus, la promotion de la santé n'est possible que par l'intéraction entre différents niveaux sociaux.

Autrement dit, il ne s'agit pas de la question du *quoi*, mais bien du *comment* – et c'est bien là, me semble-t-il, une priorité absolue. Plusieurs modèles relevant du développement des organisations sont exemplaires à cet égard; ces modèles ayant déjà cours dans la pratique de la promotion de la santé, ils seront abordés dans le chapitre sur l'école comme lieu de promotion de la santé.

La Charte d'Ottawa distingue cinq niveaux d'action pour la formulation des objectifs de programmes de promotion de la santé:

Formulation programmatique des objectifs	Niveau d'action
politique globale favorable à la santé	société
création de milieux de vie favorables à la santé	environnement social
réorientation des services de santé	organisations (centres institutionnalisés de prestations de service)
soutien d'actions communautaires	groupes organisés
promotion des compétences personnelles	individus

Tableau 5: Niveaux d'action de la Charte d'Ottawa

Modifié d'après Göpel 1993¹⁶

¹⁶ Göpel (1993²: 111); je me suis permis de modifier quelques termes concernant les niveaux d'action. Dans la version originale de Göpel, les cinq niveaux d'action sont désignés ainsi: société (inchangé), milieux de vie (environnement social), organisations (complété par: centres institutionnalisés de prestations de services), groupes (groupes organisés), individus (inchangé).

En s'appuyant sur Troschke et sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS), on peut retenir la définition suivante de la promotion de la santé:

La promotion de la santé a pour but de conserver et d'améliorer la santé. La promotion de la santé s'adresse à la société dans son ensemble et à des grands groupes. Elle s'adresse à l'ensemble de la population dans sa vie quotidienne et non à des individus ou à des groupes (à risques) déterminés.

La promotion de la santé est une tâche avant tout sociale et politique et des efforts particuliers doivent être faits pour amener le public à y participer. La responsabilité de la promotion de la santé n'est donc pas du ressort exclusif du secteur sanitaire. Il s'agit de rendre les gens capables d'apprendre tout au long de leur vie et de les aider à assumer convenablement les diverses phases de leur existence, tout comme les maladies et les handicaps chroniques qui pourraient les affecter.

Tableau 6: *La promotion de la santé*

Adapté d'après Troschke/Charte d'Ottawa¹⁷

1.4 Promotion de la santé et éducation à la santé

Ce chapitre traite de l'usage qui est fait des notions de promotion de la santé et d'éducation à la santé dans le contexte scolaire uniquement; ce n'est pas que leur usage dans d'autres domaines ne soit pas intéressant, mais cela dépasserait le cadre du présent travail et de plus, la notion d'«éducation» revêt naturellement une signification particulière s'agissant de l'école.

Au risque de passer pour particulièrement pédante, j'aimerais signaler ici qu'à mon avis, la délimitation et la différenciation claires entre promotion de la santé et éducation à la santé revêtent une importance centrale dans la compréhension de la problématique de «la santé en milieu scolaire». S'il est encore relativement aisé de trouver des définitions claires et un certain consensus sur l'interprétation de la notion de «prévention», c'est nettement plus difficile, me semble-t-il, lorsqu'il s'agit de distinguer entre éducation à la santé et promotion de la santé. On entend souvent par «promotion de la santé» des mesures prises par quelqu'un, sous la forme d'une assistance, pour le bien d'autres personnes; par «éducation à la santé», on décrit des formes d'aide qui sont censées rendre l'individu capable de se prendre en charge lui-même. Aussi bien la promotion de la santé que l'éducation à la santé impliquent une activité de la part de la personne à qui elles s'adressent; cette activité est plus ou moins volontaire ou résulte d'une contrainte plus ou moins importante. Sans être en mesure de l'affirmer avec une absolue certitude – comme cela a été indiqué dans le chapitre sur la prévention, des

¹⁷ Troschke (1993²: 85); OMS (1986): Charte pour la promotion de la santé. Ottawa.

définitions contradictoires coexistent actuellement –, je crois néanmoins que les formulations suivantes font l'objet d'un consensus minimal:

- La «promotion de la santé» est une notion plus récente que l'«éducation à la santé»
- La «promotion de la santé» est un concept plus global que l'«éducation à la santé».

De nombreuses références pourraient être citées à ce propos; je me limiterai ici à celle de Barkholz & Homfeldt¹⁸ et à la comparaison souvent mentionnée de Young & Williams¹⁹. La présentation de Young & Williams vise nettement à un élargissement de l'«éducation à la santé traditionnelle» vers le concept plus global d'«école favorable à la santé». C'est ainsi, par exemple, que l'éducation à la santé traditionnelle se limite à la salle de classe, tandis que l'école favorable à la santé inclut «tous les aspects de la vie à l'école (cour de récréation, réfectoire, etc.), ainsi que les rapports avec son environnement».

Il me semble percevoir que cette conception comporte une tentation d'apposer une étiquette nouvelle sur un domaine de l'enseignement, à savoir l'«éducation à la santé traditionnelle». Je ne tiens pas forcément à plaider dans tous les cas en faveur de changements importants. Le problème se situe à mes yeux au niveau conceptuel. Le terme «éducation à la santé» a quelque chose de poussiéreux et surtout, bien des gens sont rebutés par l'idée de «devoir éduquer quelqu'un à la santé»; alors, on adopte avec reconnaissance cette dénomination nouvelle, qui résonne tellement plus positivement, qui implique une égalité des chances et des droits: la «promotion de la santé».²⁰ La notion de promotion de la santé est récente et intéressante. Bien sûr, il faut dire qu'elle présente (encore) de nombreux points faibles: il manque jusqu'à présent une base théorique solide pour le concept de promotion de la santé.

Cela conduit donc à formuler les critiques suivantes:

- La promotion de la santé est une approche trop large, d'où l'usage inflationniste qui en est fait («tout est promotion de la santé»).
- Son orientation globalisante s'accorde mal aux structures scolaires actuelles.
- Contrairement aux facteurs de risque bien connus, les «facteurs de santé» sont difficiles à saisir, encore mal assurés scientifiquement et trop imprécis (le point d'aboutissement – l'*outcome* – de la promotion de la santé est en effet difficilement mesurable).

¹⁸ Barkholz & Homfeldt (1994: 25–29).

¹⁹ Young & Williams (1989); Barkholz & Homfeldt (1994: 30), des documents de l'OMS, des documents de Santé Jeunesse font notamment référence à cette comparaison.

²⁰ Il faut indiquer ici que cette retenue n'existe que dans le domaine germanophone; le mot français «éducation» et le mot anglais «education» désignent tous deux autant l'éducation (*Erziehung*) que la formation. En allemand, il serait possible de parler à cet inconvénient en parlant – non sans lourdeur – de «Gesundheitserziehung und -bildung».

- La promotion de la santé est une sorte de «cheval de Troie» qui permet de profiter du fait que la prévoyance en matière de santé est très bien acceptée pour obtenir une réorientation globale de la politique de la formation.
- La notion de promotion de la santé est trop centrée sur des problématiques sociales et ne tient pas suffisamment compte des connaissances médicales.²¹

On risque cependant ici de se tromper de cible, car la promotion de la santé et l'éducation à la santé ne se situent pas au même niveau conceptuel.

En accord avec Jürgen von Troschke et Heather MacDonald, je propose de différencier les deux notions de la manière suivante:

La promotion de la santé a pour but de conserver et d'améliorer la santé. La promotion de la santé s'adresse à la société dans son ensemble et à des grands groupes. Elle s'adresse à l'ensemble de la population dans sa vie quotidienne et non à des individus ou à des groupes (à risques) déterminés.²²

L'éducation à la santé est une méthode concrète de promotion de la santé: elle revêt une importance extraordinaire dans le cadre de la promotion de la santé dans les écoles, qui ont un mandat de formation en général et un mandat d'éducation et de formation des enfants et des adolescents en particulier.

L'éducation à la santé n'est cependant pas la méthode adéquate pour aborder l'ensemble des domaines touchant à la promotion de la santé.

Tableau 7: Différenciation entre les notions de promotion de la santé et d'éducation à la santé
Adapté d'après Troschke/MacDonald²³

Si l'on s'en tient à ces définitions, il me semble que l'opposition entre éducation à la santé et promotion de la santé n'a pas de sens dans la mesure où elle implique simplement que l'on remplace le concept d'éducation par la santé par celui de promotion de la santé. Cela a-t-il d'ailleurs encore un sens de parler de promotion de la santé? Dans son article «Gesundheitsförderung – ein neues Paradigma für die Schule?»²⁴, Hans H. Wilhelmi plaide pour le concept de promotion de la santé, non pas en le comparant à celui d'éducation à la santé comme étant une méthode (parmi d'autres), mais en considérant que ce concept permet de dépasser l'orientation fondée sur les facteurs de risque.

²¹ Selon une communication orale faite le 12.9.1995 par U. Barkholz.

²² Cf. Tableau 4 du présent travail.

²³ Troschke (1993¹: 85); MacDonald (communication orale de février 1995).

²⁴ Wilhelmi (1994).

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des différences entre les deux paradigmes:

Paradigme	Facteurs de risque	Promotion de la santé
Focalisation	Comportements	Ensemble de la situation ²⁵
Objectif (niveau d'intervention)	Transformation du style de vie	Transformation du style et des conditions de vie
Méthodes (dans les écoles)	Education à la santé par l'intimidation	Education à la santé par la promotion de la santé
Avantages	Les destinataires sont des individus, une «unité» aisément saisissable; les insuccès peuvent être attribués aux comportements erronés des individus	Faire de la promotion de la santé signifie atteindre une meilleure qualité de vie pour tous. La promotion de la santé est ancrée dans le milieu où vivent les personnes concernées et travaille avec des notions concrètes. La promotion de la santé implique de s'engager dans un processus permanent de réflexion. Les effets de l'apprentissage se produisent à long terme et à différents niveaux; ils ne dépendent pas seulement des personnes mais s'originent aussi dans les structures d'une institution; en plus des effets primaires de l'apprentissage, les effets secondaires sous forme de mesures structurelles sont tout aussi importants. ²⁶
Inconvénients	Les changements de comportements attendus se produisent rarement ou alors pour peu de temps. Les adolescents en particulier réagissent souvent négativement aux méthodes d'intimidation et se comportent exprès «mal». ²⁷ L'effet d'apprentissage est faible, absent ou négatif.	A court terme, il n'y a généralement pas d'effet observable; il est rare que la promotion de la santé produise des effets spectaculaires. Les destinataires sont des systèmes sociaux, donc des formations complexes, dans lesquelles divers groupes représentent des intérêts différents; cela implique des interventions à différents niveaux. Les exigences inhabituelles que pose la promotion de la santé font peur à beaucoup de gens.

Tableau 8: Présentation comparative de l'orientation fondée sur les facteurs de risque et du concept de la promotion de la santé. Mis en forme par S. Gretler à partir de différentes sources.

2 L'école comme lieu de promotion de la santé

2.1 L'école en tant que «setting»: une notion-clé pour la promotion de la santé

«School is an extraordinary setting through which to improve health of students, school personal, families and members of the community. It is a means to support the basic human rights of both education and health. It offers opportunities to achieve significant health and education benefits with investments of scarce education and health resources. It also offers highly visible opportunities to demonstrate a commitment to equity and to raising the social status of women and girls.»²⁸

On peut considérer la théorie du «setting» qui sera esquissée ci-dessous comme étant au cœur de la philosophie présidant à la mise en œuvre de la Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé dans les divers projets de l’OMS.²⁹ Grossmann & Scala³⁰ considèrent le développement de cette orientation comme une avancée significative dans l’histoire récente de la promotion de la santé. Cette orientation trouve son origine dans l’insuccès de l’éducation à la santé traditionnelle qui se centre sur un problème de santé spécifique (par ex. la consommation de cigarettes). L’approche orientée vers le «setting» aborde au contraire une problématique en la situant dans son contexte; elle a ainsi un double centre d’intérêt, constitué d’un problème (par ex. la violence) dans un cadre défini (par ex. l’école).³¹ Cette approche est fondée sur le postulat qu’un problème de santé affectant une population (ou un groupe de population) est le résultat des interrelations entre l’environnement économique, social et institutionnel et un comportement personnel (dans cet environnement). Par «setting», on désigne le champ où «résident toutes les influences environnementales importantes auxquelles est soumis

²⁵ L’importance, dans la prévention, du transfert de priorité des comportements vers les conditions de vie est également soulignée par Bertino Somaini; cf. par ex. son intervention du 25.5.1994 lors de la journée organisée par Santé Jeunesse à Zurich sur «La prévention du sida comme partie intégrante de la promotion de la santé à l’école».

²⁶ Promotion de la santé, éducation pour l’environnement et éducation à la démocratie sont très proches.

²⁷ De nombreuses études s’accordent là-dessus; on citera ici à titre d’exemple l’article de Walter Kern-Scheffeldt dans le Bulletin d’information de Santé Jeunesse No 5/1995.

²⁸ Cf. le document de travail «The World Health Organization’s School Health Initiative», OMS (1995). Traduction française: «L’école représente un «setting» remarquable pour l’amélioration de la santé; C’est particulièrement le cas s’agissant de la santé des écolières et des écoliers, de leurs familles, des personnes employées par l’école et de la population de la commune. L’école peut soutenir des aspirations fondamentales dans le domaine de l’éducation et de la santé. Le «setting» école offre de multiples possibilités de parvenir, même avec des ressources limitées, à des améliorations significatives dans les domaines de la santé et de l’éducation. Le «setting» école se prête également à rendre visible un engagement en faveur de l’égalité des droits des femmes et des filles.» (Traduction en français de la traduction libre en allemand de S. Gretler.)

²⁹ Par ex. «Healthy Cities»; «European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)».

³⁰ Grossmann & Scala (1994).

³¹ Grossmann & Scala (1994: 75).

un groupe de population».³² La prise en compte d'un «setting» implique des interventions à différents niveaux. Il est ainsi évident que la continuité du travail avec les parents revêt par exemple une grande importance pour l'école en tant qu'ensemble global. Par définition, cette approche s'adresse non pas à des individus, mais à des systèmes sociaux. Il n'est donc pas étonnant que la définition de cette orientation comme étant la stratégie-clé de la promotion de la santé provienne directement des théories du développement des organisations.³³

Le développement des organisations étudie les structures de communication et d'action d'un système social; il constitue de ce fait une référence capitale s'agissant de la promotion de la santé dans les écoles. Il s'agit d'identifier l'école comme étant un système social et une organisation et de développer cette organisation dans le sens d'une meilleure qualité de vie pour toutes les personnes qui ont affaire avec elle. La promotion de la santé en milieu scolaire s'intéresse à l'école en tant que système social créant des conditions environnementales et existentielles déterminées pour les personnes qui y travaillent ou qui y sont formées. Les conduites et les manières d'agir propres à ces personnes sont en interaction constante avec les conditions prévalant dans cette école en particulier. La promotion de la santé dans les écoles s'adresse aux groupes de population suivants:

- les élèves
- les enseignantes et les enseignants
- le personnel (personnel administratif, concierges, bibliothécaires, employées du réfectoire, etc.)
- les parents
- les autorités, les politiciennes et les politiciens
- les habitantes et les habitants de la commune

Sur le thème du développement des organisations en tant que méthode pour faire de l'école un système social favorable à la santé, il existe une littérature intéressante, mais que je ne peux que signaler ici; il en va de même pour les textes sur la santé scolaire cités en note et qui ont implicitement marqué ce travail de leur empreinte.³⁴

³² Grossmann & Scala (1994: 66).

³³ Grossmann & Scala (1994: 67).

³⁴ A propos du développement des organisations et de l'école en tant qu'organisation, voir: Bessoth (1989); Grossmann & Scala (1994); Gschwind (1994); Barkholz & Petersen (1993) Homfeldt & Barkholz (1993¹); Hoy, Tarter & Kottkamp (1991); Pelikan, Demmer & Hurrelmann (Ed.) (1993). A propos de la santé en milieu scolaire, voir: Firmin (1995¹⁺²); Service de la santé de la Ville de Berne (1993); Göpel (1993¹); Hesse (1993); Homfeldt & Barkholz (1992; 1993¹); Hurrelmann & Nordlohne (1993); Hurrelmann, Lepin & Nordlohne (1995); Priebe & Greber (1991); Priebe, Israel & Hurrelmann (Ed.) (1993¹); Rothenfluh (1992); Vontobel (1991); Waibel (1993); Zeyer (1995).

2.2 Perspectives d'action pour l'école

Des finalités de la Charte d'Ottawa, Troschke³⁵ dégage trois perspectives d'action pour la promotion de la santé dans les écoles:

- Une *défense soutenue* des intérêts des élèves en matière de santé qui exige de la part des directions scolaires et du personnel enseignant un engagement maximal en faveur du bien-être corporel, psychique et social. L'organisation de l'enseignement pourrait être davantage fondée sur ces critères de ce type; mais on attend également des directions qu'elles prennent des positions engagées et informées lors de décisions portant sur l'aménagement d'espaces et de sites tels que des installations de sports ou de loisirs, des pistes cyclables ou de centres de rencontre pour la jeunesse.
- *Rendre les jeunes capables de réaliser au maximum leur potentiel de santé* implique également – si l'on veut être fidèle à la définition de la promotion de la santé – d'analyser des problèmes et de développer des compétences d'action dans un travail en commun se référant à la pratique.
- L'établissement et la facilitation des contacts dans le cadre de la *mise en réseau* avec d'autres organisations et institutions actives au niveau communal; les activités des offices de la jeunesse, des centres de consultation, des sociétés sportives, etc. pourraient être discutées en classe; des manifestations conjointes pourraient permettre d'entamer un débat public sur des thèmes relatifs à la santé qui dépassent le cadre scolaire.³⁶

Il existe de nombreux textes portant sur des projets concrets. Je résumerai ici trois documents illustrant bien ce que peut être la pratique de la promotion de la santé en milieu scolaire.

³⁵ Troschke (1993²: 26–27).

³⁶ Ces trois perspectives d'action me plaisent davantage que la manière dont Göpel (1993²: 111) transfère les finalités programmatiques sur le système de formation et que la division en quatre dimensions – programme scolaire, niveaux social, écologique et communal – que proposent Hurrelmann & Nordlohne (1993) et Hurrelmann, Leppin & Nordlohne (1995). Il me semble que l'assemblage proposé par Göpel n'est guère plus «sympathique pour les usagers» que les formulations de l'OMS qui sont certes importantes, mais qui apparaissent comme un peu raides et bureaucratiques, comme par ex. «une politique publique saine». La dimension communale de Hurrelmann & Nordlohne (et Leppin) correspond assez précisément à la troisième perspective d'action décrite par Troschke. La dimension écologique comprend, me semble-t-il, certains des éléments cités dans les trois perspectives d'action de Troschke; je considère d'ailleurs qu'elle existe déjà au niveau de la mise en œuvre elle-même, car il est assez évident que des améliorations dans le domaine de l'écologie contribuent au bien-être personnel des enfants et des adolescents, du fait qu'ils sont très préoccupés par les questions touchant à l'environnement. La dimension sociale de la promotion de la santé recoupe approximativement la deuxième perspective d'action de Troschke. La dimension des programmes scolaires me paraît certes importante, mais se situe également à un autre niveau, puisque des stratégies d'action ayant fait leurs preuves pour résoudre des problèmes reconnus comme tels devraient si possible être institutionnalisées.

- *Roger Staub*³⁷: Son travail décrit une méthode concrète de promotion de la santé fondée sur le modèle du développement des organisations; cette description est suivie de commentaires provenant d'enseignantes et d'enseignants. La «Interessengruppe gesunde Schule» (membres du corps enseignant et élèves, membres du corps enseignant seulement, élèves seulement, représentantes et représentants des parents et des autorités communales, etc.) travaille dans le sens d'une école plus saine et plus humaine, qui favorise le développement personnel; il travaille en se centrant sur la santé, de manière indépendante, bénévole, régulière et systématique.
- *Ulrich Barkholz & Hans Günther Homfeldt*³⁸: Il me paraît que le projet finalisé présenté par ces auteurs est un exemple particulièrement intéressant de concept de promotion de la santé en milieu scolaire. En partant de la vie quotidienne à l'école, on y a traité les questions relatives à l'expérience de la nature/l'aménagement de l'environnement, à l'alimentation, au mouvement et à l'habillement; au cours du temps, d'autres centres d'intérêt s'y sont ajoutés en fonction des besoins particuliers des écoles participant au projet: aménagement des espaces, organisation scolaire, coopération, conseil et quelques aspects préventifs particuliers. Les écoles impliquées ont constitué un réseau d'échange. Le but poursuivi était d'institutionnaliser les éléments du projet qui avaient fait leurs preuves.
- *Bjarne Bruun Jensen & Karsten Schnack*³⁹: Sur le plan international, ce modèle est, à mon avis, d'un des plus intéressants – et des plus prometteurs en raison de sa conception globalisante – dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire. En dernier ressort, l'objectif des mesures de promotion de la santé est toujours d'améliorer une situation donnée concernant la santé. Cela vaut également lorsque la situation initiale est optimale, voire proche de la conception idéale de la santé. Il n'est en effet pas possible d'envisager la promotion de la santé en faisant fi de son rapport avec les conditions de la société moderne qui impliquent tendanciellement des menaces pour la santé physique, psychique et sociale. Jensen et Schnack postulent le modèle suivant:

³⁷ Staub (1994): *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen*: «Interessengruppe gesunde Schule». Travail de diplôme dans le cadre de la formation post-grade *Management im Gesundheitswesen*, Université de Berne. Berne: *Institut für Organisation und Personal*. Avec celui de Wicki (1994), qui étudie l'adaptation des programmes scolaires en rapport avec la promotion de la santé dans le canton de Lucerne, ce travail est, à ma connaissance, le seul à porter sur le domaine de l'école parmi tous les travaux réalisés dans le cadre de cette formation post-grade de management dans le secteur de la santé.

³⁸ Barkholz & Homfeldt (1994): *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag; Entwicklungen, Erfahrungen und Ergebnisse eines Kooperationsprojektes*. Weinheim: Juventa.

³⁹ Jensen & Schnack (1994): Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy. Didaktiske studier; Studies in Educational Theory and Curriculum, Vol. 12, Royal Danish School of Educational Studies.

La promotion de la santé,
mise en pratique sous forme d'*éducation à la santé* (health education),
nécessite des *compétences d'action* (action competence)
qui conduisent à des *actions* concrètes (actions),
qui rendent possibles des *changements* (change).

Ils évoquent les barrières qui apparaissent à chaque pas et indiquent comment ces barrières peuvent être franchies. Le fait que les élèves puissent reconnaître et développer leurs compétences d'action est un des éléments importants. De plus, ils apprennent à exercer ces compétences en réalisant des actions concrètes. Mais il faut aussi que leurs limites soient reconnues; autrement dit, il s'agit d'éviter de viser des changements trop importants. Ce qui est intéressant, c'est la relation étroite établie par Jensen et Schnack entre éducation à la santé et éducation à la démocratie.

En dépit de tout ce qui différencie les approches mentionnées ci-dessus, on peut cependant en dégager les éléments communs suivants, qui correspondent d'ailleurs aux perspectives d'action développées au niveau théorique par Troschke:

- Pour qu'une école devienne active dans le domaine de la promotion de la santé, *il ne suffit pas que les autorités décrètent qu'il doit en être ainsi* (que cette décision provienne de la direction de l'école ou du département concerné)⁴⁰; par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer l'importance du soutien que peuvent accorder ces instances aux initiatrices et initiateurs qui se sont engagés dans cette voie; après la phase initiale, ce soutien revêt même une importance vitale pour un projet de promotion de la santé dans un établissement scolaire.
- La promotion de la santé agit *aux niveaux tant individuel que structurel*. Ainsi, lorsque dans une école, les plus grands dérangent les petits dans leurs jeux à la récréation, il est peut-être pertinent d'envisager des heures de pause différentes plutôt que d'infliger des punitions aux fauteurs de troubles. Une attention particulière devrait être vouée au niveau structurel, en partie pour des raisons en quelque sorte «compensatoires» – jusqu'ici, le niveau structurel a nettement moins retenu l'attention que le niveau individuel – mais surtout parce qu'il s'est avéré que le niveau structurel est (dans une large mesure en tout cas) déterminant pour le niveau individuel. Or la promotion de la santé en milieu scolaire prend en compte la santé des personnes sous leurs aspects physiques, psychiques et sociaux.
- La promotion de la santé dans un établissement scolaire est ancrée dans la *vie quotidienne* de toutes les personnes qui font partie, à quelque titre que ce soit, de cet établissement. Cela permet d'identifier facilement le type d'actions qui doivent être développées dans le contexte spécifique d'un établissement, d'un bâtiment scolaire, d'une classe, d'un collège d'enseignants. En règle générale, il ne s'agit pas d'actions isolées; c'est un processus qui est mis en route et au cours duquel des priorités et des développements vont se faire jour.

⁴⁰ Barkholz et Homfeldt (1992: 53) affirment qu'une information sanitaire imposée dans les programmes scolaires permet certes de transmettre un savoir; mais cela n'amène pas les modifications de comportements escomptées.

Peut-être est-il utile de noter ici les remarques relevant de la politique de la formation faites par Martin Emundts, qui a écrit à propos des finalités de la promotion en milieu scolaire que celles-ci pouvaient

«... paraître prétentieuses, irréalistes ou sans rapport avec la pratique. Elles permettent pourtant de montrer ce que cela signifie lorsque l'on parle d'«utopie concrète». Dans l'absolu, ces objectifs sont utopiques et l'école ne peut jamais que s'approcher de leur réalisation. L'école a besoin de tels objectifs, qui sont essentiels pour la formation et l'éducation, si on ne veut pas qu'elle s'enlise dans un pragmatisme étroit, dans le minimalisme et l'absence d'imagination.»⁴¹

2.3 Promotion de la santé en milieu scolaire: luxe ou nécessité?

La manière de répondre à cette question est évidemment une affaire d'appréciation. Il est certain que l'école est confrontée à bien d'autres préoccupations; certain également que les limites sont floues entre la promotion de la santé et des domaines tels que l'éducation pour l'environnement ou à la démocratie⁴²; certain enfin qu'il s'agit pour chaque école d'examiner soigneusement les priorités qu'elle veut se donner.

S'agissant de l'urgence de traiter de la santé dans les écoles et de la manière dont il faudrait le faire, les avis sont bien sûr partagés.⁴³ Les effets positifs des programmes de promotion de la santé en milieu scolaire sont assurément (et sans prétendre à l'exhaustivité) les suivants:

- Ils augmentent le bien-être et la satisfaction au travail des apprenants et des enseignants (ainsi que de l'ensemble des personnes liées à l'établissement).
- Ils permettent aux élèves d'acquérir et de mettre en pratique des compétences d'action et des compétences sociales fondées sur la connaissance qu'ils ont d'eux-mêmes et de la réalité.
- Ils donnent au corps enseignant une responsabilité importante, qui peut représenter une grande charge, mais qui peut aussi procurer une satisfaction.
- Ils proposent des objectifs et des entrées en matière réalistes.⁴⁴

⁴¹ Emundts (1993: 287–288).

⁴² Ce qui n'empêche pas de développer des activités dans tous ces domaines, qui se complètent d'ailleurs souvent idéalement et quasi spontanément entre elles et qui, ensemble, peuvent représenter une préparation optimale des élèves à la vie après leur scolarité obligatoire.

⁴³ La notion d'«analphabetisme social» me paraît intéressante; elle a été utilisée dans un article de presse sur la secte Aum à propos de la «réceptivité» des jeunes japonais à l'égard des systèmes sociaux totalitaires. Takeshi Sasaki, professeur de science politique, y affirme que les adolescents japonais usent les bancs d'école plus longtemps et plus assidûment que partout ailleurs dans le monde, mais «dans notre société, il n'existe aucune institution qui éduque les jeunes de manière à leur permettre de devenir des personnalités matures».

⁴⁴ Cf. Wilhelmi (1994: 114).

- Ils contribuent à faire des établissements scolaires des organisations qui fonctionnent bien; cela a également des effets positifs sur l’efficacité de l’organisation scolaire, par exemple lorsque les différentes tâches sont réparties de manière fonctionnelle entre les membres de l’équipe enseignante, contribuant ainsi à assurer également la transparence dans la hiérarchie.
- Ils peuvent être réalisés par étapes (mais pas à n’importe quel rythme).
- Ils ne nécessitent pas beaucoup d’argent – mais souvent de nombreuses autres ressources. Compte tenu de l’évolution des dépenses dans le secteur de la santé, on peut argumenter qu’il serait sensé d’investir davantage dans le développement des ressources (donc dans la promotion de la santé), car l’augmentation constante des coûts de l’«autre côté» – pour la couverture des dépenses liées à la maladie – se heurtent à des limites économiques et politiques.
- La santé est une notion à connotation positive.⁴⁵
- La promotion de la santé en milieu scolaire implique un développement de l’école depuis l’intérieur (développement d’équipes; développement organisationnel au sein de l’école) et des prises de position vers l’extérieur (intervention dans les affaires communales).⁴⁶

2.4 Les enseignantes et les enseignants en tant qu’acteurs dans le domaine de la promotion de la santé dans les écoles

Les enseignantes et les enseignants assurent un rôle central à l’école⁴⁷; il va de soi que c’est également le cas s’agissant de la promotion de la santé à l’école. Même si l’on insiste sans cesse (dans le présent travail notamment) sur le fait que la promotion de la santé en milieu scolaire concerne toutes les personnes qui ont à faire avec l’école; même si la promotion de la santé ne dépend pas que des seuls enseignants et que l’impulsion à la pratiquer ne doit pas obligatoirement venir d’eux, il est cependant incontestable qu’ils occupent généralement une place centrale dans la mise en œuvre de la promotion de la santé en milieu scolaire. Compte tenu de leurs fonctions de pédagogues et de multiplicateurs, les enseignantes et les enseignants sont les personnes

⁴⁵ Il est vrai que la santé passe souvent aussi pour quelque chose d’ennuyeux; de toute manière, une «approche» différenciée selon les groupes d’âge ou les groupes professionnels est à recommander.

⁴⁶ Cf. Barkholz & Homfeldt (1992).

⁴⁷ Celui-ci diffère bien entendu suivant le degré scolaire, le type et la forme d’école; ces réflexions ont cependant une portée générale et portent sur les enseignants dans l’organisation-école quelque soit sa forme (cf. à ce propos Terhart 1992). Présentés dans la seconde partie du présent travail, les modèles de formation de base des enseignantes et des enseignants dans le domaine de la santé mis en place par trois cantons concernent la scolarité obligatoire. Il faut ajouter que l’on constate une tendance à la multiplication de formations destinées aux enseignants au niveau supérieur (cf. «Wie soll man Ausbildende ausbilden? Auslaufmodelle und Zukunftsentrümpel bei der Lehrerbildung», NZZ No 180/7.8.1995, p. 9).

les plus importantes non seulement dans les trois projets esquissés plus haut, mais encore dans la plupart de ceux qui sont évoqués dans les notes de bas de page. Qu'est-ce que cela signifie dès lors? Politicien de l'éducation, Martin Emundts est optimiste:

«Les buts [de la promotion de la santé dans les écoles] sont concrets s'agissant de la possibilité de parvenir à s'engager sur la voie permettant de les atteindre et de la nécessité de s'y engager. Cette manière d'«être en route» créé un champ libre pour la réflexion, la planification et la décision qui permet aux élèves de trouver la place qui est la leur. Un enseignement de ce genre est stimulant pour les enseignants et leur offre des ouvertures.»⁴⁸

Les membres du personnel enseignant sont les «managers» de l'école en tant qu'organisation et il leur revient ainsi une grande responsabilité s'agissant de la promotion de la santé. Personne d'autre ne dispose de la vue d'ensemble qui est la leur de tout ce qui se passe à l'école. En tant qu'adultes, ils ont également pour rôle d'être des exemples pour les enfants et les adolescents. C'est à eux que revient l'essentiel de la responsabilité dans le domaine de la promotion de la santé, alors que dans celui de la prévention, ils jouent un rôle important de médiateurs entre leurs élèves et les spécialistes de la prévention. De plus, ils exercent une sorte de «fonction de triage» du fait qu'il est de leur compétence (partagée avec d'autres) d'adresser les élèves concernés à un service spécialisé, en cas de problème de santé particulier. Comme toute responsabilité, celle-ci contribue également à une image positive de soi et à une satisfaction accrue au travail. Mais elle comporte aussi des aspects problématiques.

Comme l'expose Ines Heindl⁴⁹, ces nouveaux domaines de responsabilité sont confiés à l'école – et donc au corps enseignant avant tout –, généralement sans entraîner pour autant une décharge ou un allégement des tâches dans d'autres domaines. De tels processus d'accumulation peuvent amener une surcharge tant au niveau du temps qu'à celui des contenus.

Dans la pratique, il est fréquent de rencontrer des enseignantes et des enseignants qui se sont lancés avec conviction et enthousiasme dans l'aventure de «la santé» et qui y renoncent quelque temps après, vidés et frustrés – voire souffrant eux-mêmes de sérieux problèmes de santé. Il arrive encore trop souvent que des membres du corps enseignant agissent en combattants isolés. Or, si une personne peut bien prendre une initiative à elle toute seule, la mise en œuvre de la promotion de la santé dans une école requiert la participation du collège des enseignants.⁵⁰

⁴⁸ Emundts (1993: 288).

⁴⁹ Heindl (1993: 197).

⁵⁰ Cf. Barkholz & Homfeldt (1992).

Mais la promotion de la santé en milieu scolaire prend une autre dimension encore pour les enseignantes et les enseignants: il s'agit également de leur propre santé sur leur lieu de travail. Heindl⁵¹ attire l'attention sur le fait que la capacité de se maintenir soi-même en forme est l'une des cinq capacités centrales que doivent avoir les membres du corps enseignant pour être en mesure de bien enseigner⁵². Elle ajoute dans le même temps que «la solidité et la force intérieures permettant de faire face à des exigences tout en ne se laissant pas surmener» sont en relation directe avec le bien-être et la santé. Les enseignantes et les enseignants sont donc les acteurs principaux de la promotion de la santé dans les écoles à trois niveaux différents:

- En raison de leur fonction pédagogique et multiplicatrice dans l'éducation à la santé et de celle de médiateurs dans la prévention.
- Dans la perspective de l'école en tant qu'organisation.
- Dans la perspective de la promotion de leur propre santé sur le lieu de travail qu'est l'école et de l'attention mutuelle à la santé de tous les membres du personnel enseignant.

2.5 En point-de-mire: la formation de base des enseignantes et des enseignants

Le dernier chapitre de cette première partie portera sur les raisons pour lesquelles j'ai décidé de centrer de travail sur la formation de base des enseignantes et des enseignants. Dans les projets-pilotes, la formation de base apparaît – généralement au même titre que la formation continue et le perfectionnement – comme une condition déterminante pour la réalisation de la promotion de la santé dans les écoles et comme un sujet qu'il s'agit de développer à l'avenir.⁵³ A l'origine, mon intention était donc de fournir une vue d'ensemble de la formation dispensée dans les cantons en matière de promotion de la santé, tant dans la formation de base que dans le perfectionnement des enseignants. Or, en effectuant les premières recherches en vue de cette étude, j'ai constaté qu'en Suisse en tout cas, les situations de départ diffèrent à tel point dans ces deux domaines que le cadre du présent travail ne permettait pas de les traiter simultanément.⁵⁴ Si mon choix s'est porté sur la formation de base, c'était en partant de l'idée qu'il valait mieux

⁵¹ Heindl (1993: 199–200).

⁵² Les quatre autres capacités requises sont: la capacité de représentation, la capacité de renforcement, la capacité d'activation et la capacité de contact; voir Loch (1991).

⁵³ Cf. par ex. Barkholz & Homfeldt (1994); Emundts (1993); Firmin (1995¹⁺²); Rothenfluh (1992); Waibel (1993).

⁵⁴ C'est ainsi qu'au niveau du perfectionnement, ce n'est pas le manque d'offres qui pose problème, mais plutôt le peu d'intérêt que celles-ci rencontrent chez les enseignants. Il semble que la situation soit semblable s'agissant du domaine de l'éducation pour l'environnement; les auteures du rapport final ENSI en situent une des raisons dans le fait que des offres trop éloignées (géographiquement et thématiquement) n'ont guère de succès, tandis que des impulsions en rapport avec la situation locale sont très bien reçues.

commencer par étudier les éléments de base qui détermineront la suite et sur lesquels des offres de perfectionnement peuvent être construites.⁵⁵ La littérature fournit elle aussi des indications allant dans le sens d'une démarche pour ainsi dire chronologique. Dans un rapport réalisé par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, il est écrit

«...que l'éducation à la santé en général et la prévention des toxicomanies en particulier doivent déjà être prises en compte dans la formation de base des enseignants. Une formation continue obligatoire dans ces domaines est également indispensable, si l'on veut que les postulats contenus dans les programmes scolaires puissent se traduire dans la réalité.»⁵⁶

Priebe & Greber⁵⁷ indiquent qu'en règle générale, on forme des individus à devenir des enseignantes et des enseignants isolés et que ni la partie théorique, ni la partie pratique de la formation de base ne comportent des aspects touchant à l'école en tant que lieu de développement social ou en tant que lieu de travail. Selon Heindl⁵⁸, la formation du corps enseignant porte essentiellement sur l'acquisition de capacités liées aux disciplines à enseigner. Il s'agit de compétences didactiques dans des matières déterminées, de questions relatives à l'évaluation des performances, etc.; il n'est par contre guère question des formes possibles de coopération ou des méthodes didactiques qui favorisent le développement de compétences sociales. En tant qu'auteure allemande, Heindl se réfère à l'Allemagne; pour la Suisse, la préparation des enseignantes et des enseignants qui serait requise pour assurer une éducation pour l'environnement est appréciée de la manière suivante:

«L'apprentissage d'une compréhension coopérative, qui est à la base de l'éducation pour l'environnement, est primordial et devrait être transmis par des formateurs exemplaires. Il faut bien relever ici une immense lacune, car des méthodes d'enseignement les plus conventionnelles sont largement répandues dans la formation.»⁵⁹

Pour être en mesure de faire face aux multiples exigences qu'implique la promotion de la santé en milieu scolaire pour les membres du corps enseignant en tant qu'acteurs principaux dans le «setting» école, les futurs enseignantes et enseignants devraient bénéficier, au cours de leur formation de base, d'une préparation dans ce domaine qui prendrait en compte les points suivants:

⁵⁵ Il est regrettable qu'il ne soit dès lors pas possible d'aborder ici des projets très intéressants de perfectionnement des enseignants, notamment le concept des «responsables de la santé» pour les communes scolaires qui a été développé par le Pestalozzianum (cf. Vontobel (1991)), le projet-pilote SPITS de Pfäffikon ou le projet en cours «Equipes de santé dans les écoles» du Service de la santé de Berne.

⁵⁶ Cf. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (1990: 236).

⁵⁷ Priebe & Greber (1991: 526).

⁵⁸ Heindl (1993: 199).

⁵⁹ Cf. Kyburz-Graber/Gingis & Kuhn (1993).

- La formation de base devrait comporter une réflexion approfondie sur les thèmes concernant la santé qui sont pertinents pour l'école. Il ne s'agit pas de présenter ici un catalogue achevé de ces thèmes. Dix *thématisques* seront néanmoins citées à titre d'exemples; elles figurent, quoique dans des ordres de priorité parfois différents, dans les programmes scolaires des cantons de Berne, Fribourg et Soleure notamment:
 - *Santé morale et psychique*: formation de la personnalité, sentiments, confiance en soi, désirs, limites, capacité de prendre des décisions, diminution du stress, gestion de l'angoisse.
 - *Relations interpersonnelles (compétences sociales)*: établissement de relations satisfaisantes, capacité de communiquer, résolution des conflits, gestion de situations de crise. L'étude des approches et des méthodes pédagogiques appropriées pour développer, renforcer et mettre en pratique des compétences sociales fait également partie de ce domaine.
 - *Alimentation*: alimentation saine, habitudes alimentaires, mauvaise alimentation.
 - *Mouvement, maintien, sommeil*: sport, travail, détente (rythme de vie).
 - *Soins corporels et protection de la santé*: hygiène, examens de contrôle, vaccinations.
 - *Education sexuelle*: sexualité, prévention du sida, prévention des abus sexuels.
 - *Conduites addictives et risques de dépendance*: tabac, alcool, drogues, médicaments.
 - *Prévention des accidents*: à l'école, dans la pratique sportive, à la maison; éducation routière.
 - *La santé et l'environnement technique et biologique*.
 - *Notre ville (commune) et la santé*: connaissance des différents services de santé publique et des services et organisations d'aide existants.

A titre d'exemples d'un enseignement se déroulant selon le principe de «je – tu – nous», on mentionnera ici quelques-uns des *objectifs généraux* proposés par le canton de St-Gall pour la discipline «l'être humain et son environnement»:⁶⁰

- Percevoir les interrelations*
- Favoriser la tolérance*
- Faire l'expérience sensorielle de la nature*
- Agir en respectant l'environnement*
- Percevoir les limites*
- Clarifier ses besoins personnels*
- Acquérir des connaissances et des savoir-faire*
- Exercer la collaboration*

⁶⁰ Dans le texte mis en consultation en septembre 1995, la discipline «l'être humain et son environnement» se compose des éléments suivants: «individu et société», «nature et technique», «économie domestique» et «espace et temps»; les objectifs suivants sont mentionnés: acquérir des connaissances; exercer des manières de travailler et de penser; clarifier les systèmes de valeurs.

Promouvoir la qualité de la vie

Développer des perspectives existentielles

Se connaître et se comprendre soi-même, connaître et comprendre les autres

Favoriser l'autonomie

Viser à acquérir la compétence de faire un choix professionnel

Vivre dans la communauté

Promouvoir le sens des valeurs

Devenir capable de gérer les conflits

Vivre sainement

Savoir gérer la sexualité

- Si l'on considère l'école en tant qu'organisation, il importe non seulement de former des individus à devenir des enseignantes et des enseignants professionnellement compétents et versés en didactique, mais encore de les préparer à occuper une place de travail au sein d'une équipe enseignante et au sein d'une institution, dans laquelle des personnes d'orientations professionnelles diverses et se trouvant à des étapes différentes de leurs vies sont amenées à travailler ensemble.
- Afin de garantir que chacune des actions fasse partie d'un ensemble cohérent, il faudrait suivre un programme structuré de promotion de la santé ou développer un profil d'école.

Dans la formation de base des enseignantes et des enseignants, la promotion de la santé répond toujours à une même idée: en analysant leur propre attitude à l'égard de la santé, en expérimentant et en pratiquant différentes méthodes, les futurs enseignantes et enseignants se préparent tout à la fois à assumer leur rôle de pédagogues et de multiplicateurs et à occuper leur position de membre d'une équipe travaillant dans une école. La deuxième partie du présent travail est consacrée à des modèles de ce type tels qu'ils sont expérimentés pratiquement en Suisse.

Deuxième partie:

*La santé dans la formation de base
du corps enseignant en Suisse*

Description des modèles appliqués dans trois cantons

Enquête auprès des instituts de formation des enseignants
en Suisse et actions ultérieures

1 Description des modèles appliqués dans trois cantons

Les deux chapitres qui suivent doivent permettre de faire un bilan de la situation actuelle de la promotion de la santé dans la formation de base des enseignantes et des enseignants. Ainsi que cela a déjà été mentionné dans la première partie au chapitre 2, il existe en Suisse une multitude de programmes et de mesures pouvant servir d'exemples dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé dans les écoles; il en va de même pour le perfectionnement du corps enseignant, mais ce domaine ne fait pas partie du présent travail.

Par contre, les expériences au niveau de la formation de base sont plus clairsemées. Le choix des modèles appliqués dans les cantons de Berne, du Jura et de Vaud et présentés ici a été effectué selon les critères suivants:

- Exemples en provenance de différentes régions linguistiques
- Exemples de différents systèmes de formation des enseignants
- Exemples d'approches globales
- Exemples présentant un aspect novateur

Pour des raisons techniques, la restriction du choix aux trois cantons cités était impérative; il aurait cependant été intéressant d'étudier également des initiatives prises dans les cantons des Grisons et de Soleure, pour ne citer que des exemples que je connais.

1.1 Canton de Berne: projet-pilote à l'Ecole normale de Thoune «Education à la santé et prévention des toxicomanies»

A l'Ecole normale cantonale de Thoune, environ 200 élèves sont formés dans un cycle de cinq ans.

1.1.1 Description des contenus

Les objectifs suivants sont formulés pour le projet-pilote de l'Ecole normale de Thoune «Education à la santé et prévention des toxicomanies»:

- Sensibilisation et mobilisation du collège des enseignants
- Développement d'idées directrices et de finalités minimales dans la formation des enseignantes et des enseignants
- Intégration conceptuelle minimale de l'éducation à la santé et de la prévention des toxicomanies dans le plan d'études de l'Ecole normale de Thoune
- Démonstration du fait que la formation des enseignantes et des enseignants et l'enseignement à l'école publique forment un tout

- Mise en réseau du travail à l’Ecole normale de Thoune avec d’autres instituts de formation des enseignantes et des enseignants, avec les Centres PLUS⁶¹ et d’autres institutions-partenaires
- Mise en route d’un processus

Ce projet-pilote se distingue par le fait qu’il est conçu sous la forme d’un système de modules.⁶² Il part du principe que les membres du corps enseignant acquièrent des compétences en matière de promotion de la santé en *quatre phases*, à savoir pendant

- leur formation préparatoire
- leur formation de base
- leur initiation professionnelle
- leur perfectionnement professionnel

Les deux premières phases sont couvertes par le projet de Thoune.

Le projet-pilote de l’Ecole normale de Thoune «Education à la santé et prévention des toxicomanies» distingue *cinq niveaux* qui sont importants dans le cadre de la promotion de la santé:

- le niveau des objectifs pédagogiques
- le niveau du cadre conceptuel
- le niveau de la conception du travail
- le niveau de la structure et des activités scolaires
- le niveau des contenus et des stratégies fixés dans le plan d’études.

Le niveau des objectifs pédagogiques

désigne essentiellement les indications concernant la promotion de la santé contenues dans les programmes d’enseignement. On peut noter ici qu’en général, ceux-ci offrent de nombreuses possibilités de faire de la promotion de la santé dans les écoles. C’est donc plutôt la réalisation qui pose problème. C’est pourquoi le projet précise que, dans la formation de base des enseignantes et des enseignants de tous les degrés, «les éléments du programme qui concernent la promotion de la santé doivent également être pris au sérieux».⁶³

Au niveau du cadre conceptuel,

on insiste sur l’importance qu’il y a de formuler pour chaque école un cadre conceptuel précis, qui sera appliqué de manière flexible. L’équipe du projet de Thoune a constaté que les écoles favorables à la santé présentent des caractéristiques communes. Le

⁶¹ Centres PLUS: Centres de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies dans le canton de Berne.

⁶² Voir: *Pilotprojekt «Gesundheitserziehung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung des Kantons Bern»*; rapport final de l’équipe de projet (1994).

⁶³ *Pilotprojekt «Gesundheitserziehung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung des Kantons Bern»*; rapport final de l’équipe de projet (1994: 36).

projet-pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies» se fonde sur la définition de la toxicomanie en tant que déficit existentiel telle que la développe Eva Maria Waibel:

«Du point de vue de l'analyse existentielle, la toxicomanie est une fausse piste dans la recherche du sens de l'existence; c'est peut-être aussi une manière de ne plus chercher ce sens, de déserter la conscience et de renoncer à la responsabilité.»⁶⁴

Il semble dès lors logique que les philosophies des écoles favorables à la santé et qui se préoccupent des questions de toxicomanie se ressemblent: en définissant des objectifs pédagogiques, culturels, sociaux et humains à différents niveaux, ces écoles entendent contrecarrer les menaces pesant sur la conscience des responsabilités et entraînant la perte de sens et le flou des valeurs.

Au niveau de la *conception de travail*, on insiste sur l'importance de l'interdisciplinarité et de la diversification des formes didactiques de l'enseignement, incluant notamment la pédagogie par l'expérience. A cet égard, il s'agit de ne pas se contenter d'en parler mais de veiller (également) à ce que la formation de base des enseignantes et des enseignants implique cette conception du travail qu'ils sont censés appliquer plus tard.

Le niveau de la *structure et des activités scolaires*

est particulièrement important dans la formation de base du projet de Thoune dans le sens d'une réflexion portant sur des thèmes avec lesquels les futurs enseignantes et enseignants devraient déjà avoir été familiarisés durant leur formation préalable. Les processus de décision doivent être clarifiés; les informations internes et externes fournies par l'institut de formation des enseignants doivent être transparentes; des activités doivent être réalisées en commun par le collège des formateurs, dans le sens d'un perfectionnement professionnel portant sur le lieu de travail; la participation des élèves aux décisions doit être réglementée et elle doit fonctionner; des manifestations régulières, associant l'ensemble de l'école, doivent être organisées (par ex. des fêtes, des semaines thématiques, etc.).

Dans le projet-pilote de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies de Thoune, la collaboration sur le plan suisse et international avec d'autres écoles revêt elle aussi une grande importance; l'Ecole normale était membre du réseau «Santé Jeunesse» et participe au Réseau européen d'écoles en santé (REES).⁶⁵

⁶⁴ Cf. Waibel Eva Maria (1993): *Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule. Der lange Weg der kleinen Schritte*. Berne: Peter Lang, p. 53.

⁶⁵ Santé Jeunesse était un projet de promotion de la santé dans les écoles commun à la CDIP et à l'OFSP (1992–1995); la coordination suisse du Réseau européen d'écoles en santé (REES) était également du ressort de ce projet. Le projet REES est issu d'une initiative commune de l'OMS, d'une commission de l'Union européenne et du Conseil de l'Europe. Il se poursuit jusqu'à fin 1996 au sein de l'OFSP; une nouvelle organisation entrera en vigueur dès 1997.

Au niveau des *contenus et des stratégies* fixés dans le plan d'études, le projet-pilote de Thoune comporte, à côté des objectifs pédagogiques et du cadre conceptuel, les conditions-cadre du plan d'études. Compte tenu des expériences faites, la direction du projet considère qu'il est pertinent de développer, pour les quatre phases de la formation des enseignantes et des enseignants, des modules dont les objectifs, les contenus et les stratégies s'articulent de manière définie dans le temps et qui font l'objet d'évaluations régulières afin de pouvoir être réadaptés au fur et à mesure. De plus, la communication, la coopération et une gestion attentive de la part de la direction de projet doivent permettre de promouvoir un travail en réseau de toutes les personnes participant à la formation.

Modules de promotion de la santé à l'Ecole normale de Thoune

Le projet pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies» de l'Ecole normale de Thoune propose quatre modules pour les deux premières phases de la formation, à savoir la formation préalable et la formation de base.⁶⁶

A Thoune, les trois modules suivants s'inscrivent dans la formation préalable:

Module 1: Transmission de connaissances et de savoir-faire

Dans le projet de Thoune, une «semaine de la santé» est organisée en collaboration avec le Centre PLUS au cours de la première année de formation; des informations et des stratégies concrètes de prévention y sont proposées. Cette «semaine de la santé» avait lieu depuis des années à l'Ecole normale de Thoune, mais elle a été intégrée dans le projet-pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies» sous la forme d'un module.

Module 2: Développement des compétences sociales

Dans le cadre du projet-pilote, les élèves de l'Ecole normale bénéficient, au cours de la deuxième année de leur formation, d'un enseignement portant sur la capacité de travailler en équipe et de gérer les conflits, ainsi que sur le thème de la violence.

Module 3: Développement de la personne

On considère généralement que les compétences en matière de promotion de la santé s'acquièrent dans un processus permanent d'autoréflexion et de réflexion plutôt que par des actions isolées. C'est particulièrement vrai s'agissant de l'aspect complexe du «développement de la personnalité». Un module plus particulièrement consacré à cet aspect a néanmoins été développé à Thoune. Dans le cadre du projet-pilote, une semaine sur le thème du «climat» a été organisée à l'intention de l'ensemble de l'école. Les ateliers et les actions de formation centrés sur l'expérience vécue ont constitué les points forts de cette semaine.

⁶⁶ Il faut noter ici que le projet-pilote a été mis en œuvre à l'époque où la formation s'étendait encore sur cinq ans (cf. conditions-cadre).

Le quatrième module du projet-pilote de Thoune s'inscrit dans la formation de base:

Module 4: Didactique de la promotion de la santé

Ce module vient compléter le processus. Les élèves de la quatrième et de la cinquième année de formation doivent concevoir la promotion de la santé comme étant une action globale et être capables de la situer dans son contexte pédagogique et social. Les connaissances qu'ils ont acquises durant leur propre scolarité obligatoire et durant leur formation préalable font l'objet d'un approfondissement et d'une réflexion pour être ensuite concrétisées sous la forme de capacités d'action professionnelles. Le module comporte une initiation à l'utilisation de moyens pédagogiques, porte sur le travail avec les parents, sur la découverte des capacités d'intervention et des limites personnelles des élèves.

S'agissant des phases de l'initiation et du perfectionnement professionnels, le projet-pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies» de l'Ecole normale de Thoune considère qu'il s'agit de développer une offre globale de conseil et de perfectionnement à l'intention du corps enseignant et de ne pas réservier la promotion de la santé à des situations d'urgence, par exemple lorsqu'un problème de drogue surgit dans une école. L'initiation professionnelle est un moment particulièrement critique pour les jeunes enseignantes et enseignants, car au début de la pratique professionnelle, les problèmes se posent souvent en masse, tandis que les stratégies permettant de les gérer ne sont généralement pas encore bien maîtrisées. L'équipe responsable du projet de Thoune insiste sur l'importance de la collaboration entre les institutions compétentes en matière de formation de base et de perfectionnement professionnel, les services de promotion du sport et les Centres PLUS.

L'ensemble des éléments du projet-pilote «Education à la santé et Prévention des toxicomanies» à l'Ecole normale de Thoune se fondent sur les *idées-forces* suivantes:

- La promotion de la santé et la prévention des toxicomanies dans la formation des enseignantes et des enseignants développent les ressources et les compétences des individus et de la collectivité.
- La promotion de la santé et la prévention des toxicomanies dans la formation des enseignantes et des enseignants portent sur le bien-être physique, psychique/mental et social.
- La promotion de la santé et la prévention des toxicomanies dans la formation des enseignantes et des enseignants apportent des connaissances fondamentales et des savoir-faire, amènent à réfléchir aux expériences faites, produisent une conscience plus vive, des capacités à prendre des décisions et agir au niveau didactique.
- La promotion de la santé et la prévention des toxicomanies dans la formation des enseignantes et des enseignants ne dépendent pas seulement des activités d'enseignement que prévoit le plan d'études pour toutes les disciplines, tous les domaines et projets; elles dépendent tout autant de l'activité générale de l'école, de la conception du travail qui y prévaut, ainsi que du profil de l'établissement de formation et des objectifs que la société définit pour la formation et de la signification sociale qui est la leur.

1.1.2 Forme du projet

Ainsi que cela a été décrit pour chacun des modules, des activités spécifiques de promotion de la santé ont eu lieu pour chaque année de la formation (à l'exception de la troisième) dans le cadre du projet-pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies».

La semaine sur le thème du «climat» a été une manifestation organisée pour l'ensemble de l'Ecole normale.

L'équipe responsable du projet comportait le directeur du projet, le directeur de l'Ecole normale, trois membres du corps enseignant de cette école, une stagiaire et le Centre PLUS de Thoune. Le directeur du projet enseigne également à l'Ecole normale de Thoune, tout en étant instituteur dans une école primaire.

Le cadre temporel dans lequel les activités liées au projet-pilote devaient se dérouler avait été fixé à un an et demi, soit de janvier 1993 à l'été 1994.

1.1.3 Conditions-cadre

Par une décision du 6 janvier 1993, le Conseil-exécutif du canton de Berne a chargé l'Ecole normale de Thoune de réaliser le projet-pilote «Prévention des toxicomanies et éducation à la santé». Ce projet est le résultat de deux motions, à savoir la motion Scherrer concernant les «mesures urgentes pour lutter contre la drogue» et la motion Gurtner concernant les «campagnes de prévention des toxicomanies axées sur les spécificités des deux sexes». Dans la décision du Conseil-exécutif, les finalités sont formulées de la manière suivante: «Renforcement et poursuite du développement de la prévention des toxicomanies et de l'éducation à la santé dans les écoles durant la scolarité obligatoire dans la partie alémanique du canton de Berne».

Au printemps 1992, l'Ecole normale de Thoune a demandé à la Direction de l'instruction publique et à la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale de lui confier la réalisation du projet-pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies dans la formation des enseignantes et des enseignants dans le canton de Berne». Cette demande était fondée sur trois arguments connexes, mais situés à des niveaux différents:

- Depuis 1991, l'Ecole normale de Thoune collabore périodiquement avec le Centre PLUS de Thoune dans le domaine de l'éducation à la santé.
- L'Ecole normale de Thoune conçoit l'école comme un lieu important d'exercice et d'apprentissage. Elle est d'avis que la promotion de la santé – et la prévention des toxicomanies qui en fait partie intégrante – sont devenues des tâches officielles importantes que la pédagogie et la didactique doivent contribuer à assumer.
- L'émancipation constituant l'objectif principal de l'éducation et de la formation dans le programme de la scolarité obligatoire, l'école doit contribuer à ce que les futurs adultes se découvrent en tant que personnes. La promotion de la santé ne

peut pas être réduite à une (nouvelle) matière d'enseignement ni à des informations ponctuelles. Ce qui est important, c'est que toutes les disciplines contribuant au développement de la personne impliquent une réflexion sur les systèmes de valeurs, le poids relatif accordé aux différents thèmes devant faire l'objet d'un choix conscient.

Six mois avant la fin de la phase-pilote, fin 1993, la direction de l'Ecole normale a été informée par la Direction de l'instruction publique du canton de Berne qu'elle devait dorénavant se consacrer à la planification d'une école préparant à la Maturité et non plus à celle d'un institut de formation des enseignantes et des enseignants. Le projet-pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies» qui avait été conçu pour la formation sur cinq ans du corps enseignant doit maintenant être adapté à ces nouvelles conditions.

A l'initiative de la Direction cantonale de la santé publique et de la prévoyance sociale, un groupe d'échange entre les écoles normales de la partie alémanique du canton de Berne est chargé de veiller à la poursuite des expériences faites dans le cadre de ce projet-pilote; jusqu'ici, huit écoles normales ont développé leurs propres projets.⁶⁷

1.1.4 Evaluation

Le projet-pilote «Education à la santé et prévention des toxicomanies» de l'Ecole normale de Thoune a été évalué par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne. Le rapport d'évaluation⁶⁸ indique que les principaux objectifs et idées directrices dans le sens d'une sensibilisation des participantes et des participants au projet ont pu être réalisés de manière moyennement satisfaisante.⁶⁹ Dans sa première prise de position, la direction de l'Ecole normale a qualifié ce résultat de décevant; l'analyse conduite par l'équipe d'évaluation a cependant montré que ce résultat illustre de manière exemplaire le fait que la formation est un processus à long terme dans lequel les progrès se font lentement et n'ont rien de spectaculaire.⁷⁰ Des mesures orientées vers l'expérience vécue sont à cet égard plus efficaces que celles qui visent essentiellement à accroître les connaissances et les compétences spécialisées. Le fait qu'à Thoune, des activités différentes étaient proposées aux élèves en fonction de leur âge et de leur sexe s'est également avéré positif.

⁶⁷ Ecoles normales de Biel, Marzili, Lerbennatt, Langenthal, Muristalden, Thoune, Ecole d'enseignement ménager et Nouvelle école de culture générale.

⁶⁸ Röthlisberger-Zbinden, Molnar & Cloetta (1995): *Die Evaluation des Pilotprojektes zur Gesundheitserziehung und Suchtprävention an einem LehrerInnen-Seminar*. Rapport final. Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, section recherche en matière de santé.

⁶⁹ Röthlisberger-Zbinden, Molnar & Cloetta (1995: 50).

⁷⁰ Röthlisberger-Zbinden, Molnar & Cloetta (1995: III).

1.2 Canton du Jura: Education générale et sociale (EGS)

L’Institut pédagogique de Porrentruy forme environ 20 futurs enseignantes et enseignants primaires (formation sur deux ans), 25 futurs enseignantes et enseignants secondaires et 20 maîtresses d’école enfantine.

1.2.1 Description des contenus

Le modèle de l’Education générale et sociale (EGS) pratiquée dans le canton du Jura se fonde sur le postulat que dans la formation de base des enseignantes et des enseignants, on a négligé jusqu’ici le développement des compétences socio-affectives au profit des compétences cognitives. L’EGS doit contribuer à corriger ce déficit. La priorité n’est donc pas donnée à la transmission de théories; au cours de leur formation, les futurs membres du corps enseignant parcourent en effet eux-mêmes le programme qu’ils appliqueront avec leurs élèves dans la pratique de leur profession. Le programme «Objectif grandir» a été développé dans le canton du Jura pour offrir aux enseignantes et aux enseignants un vaste ensemble de moyens pédagogiques destinés à la promotion de la santé à l’école.

Le modèle de l’EGS repose sur *trois axes*:

- moi
- moi et autrui
- moi et mon environnement

L’axe «moi»

développe chez l’enfant la capacité de devenir responsable de soi-même et de sa santé, de prendre des décisions et de réfléchir, ainsi que la découverte de ses valeurs personnelles et de la richesse qu’elles représentent.

L’axe «moi et autrui»

traite de la communication dans et hors de la classe. On expérimente des stratégies de résolution des conflits et la pression du groupe.

L’axe «moi et mon environnement»

doit être pour l’enfant une préparation à jouer un rôle dynamique et constructif dans la société. Des thèmes concernant le travail, le chômage et la publicité sont traités, de même que les accidents routiers, sportifs ou domestiques.

L’EGS poursuit les *objectifs* suivants:

- Les enfants doivent développer les compétences qui leur permettent de faire face aux événements prévisibles et imprévisibles de leur existence.
- Prévention précoce des accidents, des toxicomanies, des abus sexuels et de la maltraitance.

- Développement d'un partenariat entre les enseignants, les parents et la collectivité au moyen d'actions de promotion de la santé et de prévention.

Les thèmes suivants sont traités dans le cadre de l'EGS:

- communication
- expression des sentiments
- prise de responsabilité
- capacité de faire des choix
- gestion des risques
- raisonnement critique et analyse des résultats
- capacité de résister à la pression du groupe
- résolution des conflits
- développement d'une approche positive des autres, capacité de coopération
- promotion de la santé
- prévention globale des accidents et des déviances

1.2.2 Forme du projet

Depuis l'année scolaire 1993/94, l'ensemble des futurs enseignantes et enseignants suivent le programme EGS durant leur formation de base. Il est mis en œuvre par des pédagogues extérieurs, sous la direction du responsable cantonal du programme EGS. La formation dure cinq jours pour les enseignants du degré primaire et trois jours pour ceux du degré secondaire.

De plus, les membres du corps enseignant déjà en fonction bénéficient de la formation EGS dans le cadre du perfectionnement professionnel. Ce perfectionnement se déroule à 50% sur le temps de travail et à 50% sur le temps libre.

Etant avéré que l'attitude positive de la direction de l'école face aux programmes de promotion de la santé exerce une influence déterminante sur le succès qu'ils peuvent avoir, le canton du Jura accorde une grande importance à la sensibilisation de ces instances. Il faut que les directions des écoles reconnaissent l'importance de la promotion de la santé en milieu scolaire.

Une introduction non obligatoire à l'EGS a été proposée aux maîtresses d'école enfantine; cela a conduit ces dernières à demander que cette formation fasse partie de leur cursus; leur argument est que plus l'éducation à la santé intervient tôt, mieux cela vaut.

Le modèle appliqué par le canton du Jura implique que, durant toute la scolarité obligatoire, une heure par semaine soit consacrée à des thèmes relatifs à la santé; le choix de ces thèmes et la manière de les traiter doit tenir compte de l'âge des élèves.

1.2.3 Conditions-cadre

En tant que «jeune» canton, le canton du Jura dispose d'une constitution récente et se trouve dans une situation particulière. C'est ainsi par exemple que la loi scolaire cantonale est marqué par les thèses développées dans un groupe de travail composé paritairement de parents et d'enseignants. Dans ces thèses, l'accent est mis sur l'importance de renforcer les liens entre l'école et la famille et sur la nécessité pour l'école de mieux assumer son mandat d'éducation. A l'instigation du médecin cantonal, la prévention a été inscrite dans la loi comme étant une des tâches qui reviennent à l'école.

De son côté, la loi sanitaire jurassienne prévoit d'associer l'école à la mise en œuvre de la prévention.

La collaboration est très bonne entre les responsables du Département de l'instruction publique, de celui de la santé et la direction de l'Institut. Le programme EGS a un responsable cantonal.

1.2.4 Evaluation

A ma connaissance, on ne dispose pas des résultats d'une évaluation de l'EGS dans la formation de base des enseignantes et des enseignants dans le canton du Jura.

1.3 Canton de Vaud: cours de base obligatoire, suivi d'un cours en option au Séminaire pédagogique de l'enseignement secondaire (SPES)

Le Séminaire pédagogique de l'enseignement secondaire de Lausanne assure la formation d'environ 100 futurs enseignantes et enseignants de l'école secondaire et du gymnase.

1.3.1 Description des contenus

Depuis 1976, des membres du corps enseignant sont formés dans le canton de Vaud pour devenir «médiateurs»; en tant que personnes de confiance, ces médiatrices et médiateurs assument une fonction relevant du dépistage précoce et partant de la prévention secondaire. Par ailleurs, il existe, depuis 1986, des «animateurs de santé», qui ont pour tâche de coordonner les «équipes de santé» interdisciplinaires dans l'établissement scolaire où ils exercent. Ces deux cursus de formation sont proposés aux membres du corps enseignant qui pratiquent leur profession et souhaitent se former dans le domaine de la promotion de la santé. Le canton de Vaud occupe une place de pionnier dans la formation des médiateurs, ce qui a peut-être induit une sensibilité plus

grande aux questions de santé dans le cadre scolaire et créé un climat favorable pour aborder cette problématique.⁷¹

Deux cursus de formation du SPES sont présentés ci-dessous; ils recoupent les deux domaines de perfectionnement cités plus haut, mais ils prennent place dans la formation de base. Il s'agit du cours de base obligatoire «Adolescence: stress, déviances et facteurs protecteurs» et du cours en option «Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire».

Le cours de base «Adolescence: stress, déviances et facteurs protecteurs» traite des thèmes suivants:

- facteurs familiaux et sociaux
- estime de soi et santé psychique
- théorie du stress et événements de vie
- le rôle des tracas quotidiens
- attachement et conduites de dépendance
- théorie du *coping* et santé psychique
- suicide et tentatives de suicide chez les adolescents
- troubles du comportement alimentaire
- toxicomanies
- rôle de la communication dans les situations de crise

Chacun de ces thèmes fait l'objet d'une introduction théorique pour être ensuite discuté à l'aide d'exemples provenant de recherches terminées ou en cours.

Les facteurs familiaux et sociaux

jouent un rôle important dans le développement des enfants et des adolescents. L'éducation et les modes de communication au sein de la famille, le rapport parents/enfants, les diverses structures familiales, ainsi que la gestion des pertes et des séparations sont abordés dans ce module.

L'estime de soi et la santé psychique

sont en rapport étroit l'un avec l'autre; d'une part, l'adolescent est confronté à de multiples changements à tous les niveaux (physiologique, relationnel, etc.) influençant l'estime de soi; d'un autre côté, une estime de soi suffisante permet de gérer correctement des situations souvent vécues comme stressantes par les adolescents.

Théorie du stress et événements de vie

En partant du postulat qu'il existe une relation entre le stress et des événements majeurs de la vie, le stress psychologique est défini comme une relation particulière entre la

⁷¹ Du fait des bonnes expériences réalisées et du haut degré d'acceptation dont ce modèle bénéficie, l'Office fédéral de la santé publique soutient la formation de médiateurs dans l'ensemble de la Suisse romande.

personne et l'environnement, qui est perçu par la personne comme menaçant son bien-être.

Le rôle des tracas quotidiens

A l'opposé de la corrélation décrite précédemment entre le stress et les événements majeurs de la vie, l'hypothèse exposée dans ce module est que ce sont bien davantage les tracas quotidiens «chroniques» qui provoquent le stress.

Attachement et conduites de dépendance

Ce module aborde différents «modèles relationnels» comportant un potentiel addictif plus ou moins important.

Théorie du coping et santé psychique

Développement de la théorie du *coping* (stratégies pour faire face).

Suicide et tentatives de suicide chez les adolescents

En Suisse, le taux des suicides et des tentatives de suicide chez les adolescents a de quoi effrayer⁷². A côté des données épidémiologiques, ce module porte sur la manière dont le personnel enseignant peut «gérer» les tentatives de suicide et les conduites suicidaires.

Troubles du comportement alimentaire

Chez les adolescents et chez les jeunes filles en particulier, les troubles du comportement alimentaire jouent un rôle important; ils sont analysés ici par rapport aux facteurs sociaux qui les déterminent.

Toxicomanies

Présentation d'une recherche en cours sur les caractéristiques psychologiques communes aux conduites addictives.

Rôle de la communication dans les situations de crise

On appelle crise la période séparant la rupture d'un équilibre de l'élaboration d'un nouvel état d'équilibre. Les différents modes de communication rendent ce processus plus facile ou plus difficile.

Le cours d'approfondissement «Prévention et promotion de la santé» porte sur les contenus suivants:

- quelle prévention pour quelle école?
- les méthodes actives en éducation pour la santé
- états de santé et valeurs
- le sommeil
- la chronobiologie et les rythmes scolaires

⁷² 5% des apprenties et 3% des apprentis faisant partie d'une étude représentative auraient ainsi fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédent une enquête – cf. Michaud (1994: 5).

- sida et école
- les mauvais traitements envers les enfants
- la violence envers les enseignantes et les enseignants
- les moyens de mesurer le stress et de le gérer
- la santé mentale des enseignantes et des enseignants
- position, mouvement et mal au dos
- les premiers soins en classe
- autres thèmes à la demande des stagiaires (par ex. drogues légales/illégales, etc.)

1.3.2 Forme du projet

Le cours de base a été donné pour la première fois, à titre expérimental, durant l'année scolaire 1995/96 en huit fois deux heures. Il est donné par des personnes chargées de l'éducation à la santé au Département de l'instruction publique du canton de Vaud, avec la participation de spécialistes extérieurs appartenant à diverses orientations.

Le cours d'approfondissement est proposé comme branche à option (parmi six possibilités de choix); il est du ressort du délégué à l'éducation à la santé et comprend 15 fois deux heures.

Le délégué à l'éducation à la santé est engagé à 50% dans cette fonction par le Département de l'instruction publique et enseigne à 50% au SPES; cette constellation particulière permet d'expliquer que la conception globale de la promotion de la santé est plus avancée au SPES qu'à l'Ecole normale de Lausanne notamment, où les interventions dans le domaine de la santé sont encore ponctuelles.

1.3.3 Conditions-cadre

Dans le canton de Vaud, la formation de base des enseignantes et des enseignants comprend des activités ponctuelles portant sur la prévention et la promotion de la santé depuis 1986. En 1997, une nouvelle loi sur la formation des enseignants comportant des modules de prévention devrait être adoptée.

1.3.4 Evaluation

Comme cela a été indiqué plus haut, le cours de base se déroule pour la première fois, à titre expérimental, durant l'année scolaire 1995/96: il n'existe de ce fait pas encore de résultats d'évaluation. A ma connaissance, il n'y a pas non plus de résultats provenant d'une évaluation du cours à option.

1.4 Comparaison entre les modèles appliqués dans les cantons de Berne, du Jura et de Vaud

En dépit des différences considérables qui les caractérisent aux niveaux de la forme, du degré d'institutionnalisation et de leurs priorités, ces trois modèles présentent également des similitudes:

- Dans leur conception, les modèles présentés partent du principe que ce sont les membres du corps enseignant qui sont responsables de la promotion de la santé à l'école et qu'ils doivent par conséquent être préparés à assumer cette tâche.
- Dans les modèles bernois et vaudois, la promotion de la santé est conçue comme devant résulter d'une attitude censée traverser différentes matières et situations scolaires, tandis que le modèle jurassien implique qu'une heure par semaine soit réservée à l'«Education générale et sociale» durant l'ensemble de la scolarité.
- Dans les trois cantons, ce sont les instituts liés aux projets qui ont pris l'initiative de s'engager dans la promotion de la santé. Les offres dans ce domaine sont organisées et animées par des spécialistes à orientation pédagogique. Ainsi ces instituts de formation des enseignants sont – en partie à tout le moins – conçus comme lieux d'apprentissages favorables à la santé. Et c'est peut-être à Thoune que cette conception ressort le mieux. Les responsables des trois modèles présentés se sont eux-mêmes constitué, au sein de leur institut, la position qu'ils occupent aujourd'hui, et ce, justement dans le but d'intégrer la promotion de la santé dans la formation des enseignants. Dans deux cas, les responsables de projets ont été engagés par les départements cantonaux de l'instruction publique de leur canton. Notons encore que le responsable du projet de Thoune a élaboré pour son institut une réglementation interne.
- Les trois modèles ont été mis en œuvre dans une configuration politique particulière, qui a permis aux responsables de projets – d'ores et déjà intéressés par le sujet – de «se jeter à l'eau» pour présenter un projet et le réaliser. Alors que le Jura, en tant que jeune et petit canton, évolue à partir d'une situation tout à fait spécifique – il serait par exemple inconcevable, dans un grand canton, de former tous les enseignants à l'EGS –, le projet de Thoune a bénéficié de deux motions politiques. Dans le cas du canton de Vaud, le travail effectué sans discontinuité depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé a donné du poids à ce domaine dans le projet de la nouvelle loi sur la formation des enseignants. Notons ici que ce projet n'a d'ailleurs pas encore été adopté.
- Dans les modèles des cantons de Berne et du Jura, il est frappant de constater que les projets mettent essentiellement l'accent sur l'autoréflexion: les futurs enseignantes et enseignants se confrontent à leurs propres représentations, valeurs et conduites, expérimentant ainsi par eux-mêmes ce qu'ils seront amenés à appliquer par la suite dans leur activité professionnelle. Ce mode d'approche correspond à l'idée que la promotion de la santé ne peut être ni décrétée ni ordonnée, mais qu'elle implique un processus d'analyse et de confrontation.⁷³

⁷³ Cf. notamment à ce propos: *Working group teacher training of the program Europe against cancer of the CEC* (1992: 1).

- Au contraire, dans le modèle vaudois l’accent est mis essentiellement sur l’information/la transmission de savoirs et la sensibilisation à des thèmes relatifs à la santé qui sont importants lorsque l’on travaille avec des adolescents.
- Les trois modèles comportent un cursus de formation obligatoire dans le domaine de la santé; dans le canton de Vaud, les personnes intéressées peuvent bénéficier en plus d’une suite sous la forme d’un cours à option. Dans le canton de Berne, le modèle décrit plus haut constitue un projet-pilote, qui ne peut pas être institutionnalisé tel quel.

2 Enquête auprès des instituts de formation des enseignants en Suisse et actions ultérieures

Précisons d’emblée qu’il n’est pas possible, dans le cadre de ce travail, de présenter la situation prévalant dans la totalité des instituts de formation des enseignants. Par contre, la description précise de la procédure utilisée pour l’enquête auprès des instituts a permis d’évaluer la validité des données recueillies. Si celles-ci ne sont ni exhaustives, ni représentatives, elles fournissent néanmoins des éléments qu’il vaut la peine d’analyser. Il me paraît important de signaler à ce propos qu’il ne fait guère de doute que les données présentées ici résultent d’une «sélection positive», car seul un engagement volontaire des personnes interrogées a permis de les collecter. Cette hypothèse est d’ailleurs étayée par les résultats d’une enquête téléphonique ultérieure auprès d’un échantillon de 25 instituts qui n’avaient pas répondu au questionnaire (cf. tableau 13).

2.1 Objectifs et procédure

L’enquête auprès des instituts de formation des enseignants en Suisse avait pour but de disposer d’une vue d’ensemble des activités en cours ou prévues dans les cantons. D’une part, cette vue d’ensemble constitue un instrument permettant d’analyser la situation; d’autre part, la présentation de l’ensemble des indications fournies par les personnes chargées de la formation en promotion de la santé dans les instituts – et qui ne disposaient pas jusqu’ici d’un forum d’échange institutionnalisé au niveau national ou régional – constitue une première base de comparaison et d’information.

L’enquête initiale a été effectuée en utilisant les adresses des institutions de formation des enseignants au niveau suisse disponibles auprès de la CDIP. Ce fichier comportait 130 adresses, dont 102 (78%) en Suisse alémanique, 28 (22%) en Suisse romande et au Tessin. Dans la lettre d’accompagnement, les directions étaient priées de transmettre le questionnaire à la personne en charge du secteur de la santé dans leur établissement. En plus des questions portant sur la prise en compte de la promotion de la santé dans les instituts de formation, le questionnaire comportait également une question portant sur l’intérêt suscité par une journée d’échange entre les chargés de la formation en promotion de la santé et en éducation à la santé dans ces instituts. Il était prévu

d'organiser une ou deux journées de ce type si cela intéressait suffisamment de personnes. Suite aux réponses reçues, deux journées d'échange ont été organisées en Suisse alémanique (en mai et en septembre 1995). Lors de la journée de septembre 1995, les participants ont exprimé le besoin de se constituer en groupe de travail et d'organiser chaque année une rencontre d'échange et de perfectionnement; par ailleurs, le groupe est en train de préparer une requête à l'adresse de la CDIP concernant la promotion de la santé dans la formation des enseignantes et des enseignants.

En Suisse romande, la première journée d'échange de mai 1995 a suscité un intérêt chez un si petit nombre de personnes que j'ai décidé de conduire des entretiens individuels plutôt que d'organiser une rencontre de groupe. Par ailleurs, l'un des destinataires du questionnaire m'a fourni dix autres adresses et j'ai donc procédé à une seconde partie de l'enquête par questionnaire en Suisse romande.

Le tableau ci-dessous présente schématiquement la procédure suivie:

Procédure suivie pour la partie empirique du travail de diplôme (enquête auprès des instituts de formation des enseignants en Suisse et actions ultérieures)

Enquête par questionnaire auprès des instituts de formation des enseignants (ensemble de la Suisse) (mars 1995)	Suisse alémanique		Enquête téléphonique auprès d'un échantillon de «non-répondants» (janvier 1996)
	1 ^e journée d'échange (mai 1995)	2 ^e journée d'échange (septembre 1995) • interviews de personnes-clés • constitution d'un groupe permanent	
	Suisse romande/Tessin		
	• entretiens individuels (mai 1995)	• interviews de personnes-clés • seconde partie de l'enquête par questionnaire	

Tableau 9: Procédure suivie pour la partie empirique du travail

2.2 Résultats de l'enquête

Retour des questionnaires:

Avec 53 questionnaires renvoyés sur 130, l'enquête initiale a eu un taux de réponse de 41%. 11 de ces questionnaires (7 de Suisse alémanique, 4 de Suisse romande et du Tessin) ne pouvaient pas être utilisés, notamment parce qu'il ne s'agissait pas à proprement parler d'instituts de formation des enseignants. Suite à l'enquête initiale, il restait donc 42 questionnaires utilisables. Avec 44 (43%) de questionnaires retournés, le retour en provenance de la Suisse alémanique était nettement plus élevé que celui de la Suisse romande et du Tessin, d'où 9 questionnaires seulement ont été renvoyés (32%). Dans la seconde partie de l'enquête effectuée en Suisse romande et au Tessin, 6 questionnaires ont été retournés sur les 10 qui avaient été envoyés. Pour l'ensemble de l'enquête, le taux de réponses a donc été de 42% (59 questionnaires sur 140); sur les instituts de formation des enseignants contactés, 43% (44/102) ont répondu en Suisse alémanique et 39% (15/38) en Suisse romande et au Tessin. En fin de compte, on disposait de 48 questionnaires dont les résultats pouvaient être analysés.

Un tableau des résultats de l'enquête auprès des instituts de formation des enseignants peut être obtenu à la CDIP; les tableaux qui suivent sont des extraits des données figurant dans ce tableau d'ensemble.

Types d'institutions ayant répondu au questionnaire (degré scolaire visé):

Environ quarante pourcent des réponses reçues provenaient d'instituts de formation des enseignants qui forment le corps enseignant de l'école primaire, à peine un tiers provenait des instituts de formation des maîtresses d'école enfantine et un bon cinquième d'établissements formant le corps enseignant du degré secondaire⁷⁴, le restant étant constitué par les écoles ménagères et les écoles de couture. En regard de la validité des résultats, les différences entre les taux de réponse sont intéressantes.

⁷⁴ Compte tenu de la faiblesse du nombre, je me suis permis de réunir sous le terme d'«école secondaire» le degré secondaire I (écoles de culture générale, écoles secondaires, les pré-gymnases, etc., âge env. de 12 à 15 ans) et le degré secondaire II (gymnase, écoles du degré diplôme, formation professionnelle et écoles professionnelles, etc., âge env. 16 à 19 ans).

Types d'institutions ayant répondu au questionnaire:

	Instituts ayant répondu	Instituts contactés	Taux de réponse
Ecole enfantine ⁷⁵	18	27	67%
Ecole primaire	24	56	43%
Ecole secondaire ⁷⁶	13	35	37%
Ens. ménager et textile	4	22	18%
Total	N = 59⁷⁷		

Tableau 10: Types d'institutions ayant répondu au questionnaire (degré scolaire visé)

Origine professionnelle des personnes chargées de la formation en promotion de la santé:

Dans les instituts qui ont répondu au questionnaire, les personnes chargées de la promotion de la santé ont, pour environ 60% d'entre elles une formation pédagogique et pour un bon quart d'une formation préalable d'orientation médicale. Le restant des questionnaires, en particulier ceux qui ont été renvoyés par des instituts qui ne prennent pas en compte la promotion de la santé, ne peut pas être analysé ici.

⁷⁵ Y c. un institut de formation de directrices de crèches.

⁷⁶ Y c. 2 instituts qui forment des enseignants d'écoles secondaires et d'écoles professionnelles ainsi que 4 instituts qui forment le corps enseignant pour les degrés secondaire et gymnasial.

⁷⁷ Du fait que nombre d'instituts de formation des enseignants offrent plusieurs cursus de formation destinés à l'enseignement à différents degrés, le nombre total N de 59 est supérieur au total des questionnaires dépouillés (48).

Origine professionnelle des personnes chargées de la formation en promotion de la santé et en éducation à la santé:⁷⁸

	Nombre⁷⁹	Pourcentage
Enseignant(e) Didacticien(ne)	30	59%
dont: personnes venant des domaines suivants:		
pédagogie/psychologie	19	37%
sciences naturelles	8	16%
sport	3	6%
Professions médicales	14	27%
dont:		
médecins	11	21%
infirmières	3	6%
Direction	3	6%
Autres	4	8%
Total	N=51	100%

Tableau 11: Origine professionnelle des personnes chargées de la formation en promotion de la santé et éducation à la santé

Caractère obligatoire/facultatif de l'offre de formation dans le domaine de la santé:
 Les deux-tiers des répondants indiquent que leur institut n'organise que des activités obligatoires de promotion de la santé; deux instituts organisent des activités obligatoires et d'autres qui sont facultatives, tandis que cinq d'entre eux ne traitent de la santé que sous la forme d'une option. Un cinquième des répondants indiquent qu'ils ne traitent pas du tout de la promotion de la santé, soit pour des motifs financiers soit pour des questions connexes de temps (définition de priorités).

⁷⁸ Dans la plupart des cas, ce sont les personnes chargées de la promotion de la santé/de l'éducation à la santé qui ont rempli le questionnaire et participé également à une journée d'échange; dans les instituts de formation des enseignants qui n'intègrent pas les questions de santé dans leur formation, le questionnaire a été en général rempli par la direction.

⁷⁹ Plusieurs réponses possibles; dans nombre de cas, il y a davantage qu'une seule personne à être responsable des questions de santé dans un institut de formation.

Caractère obligatoire/facultatif de l'offre de formation dans le domaine de la santé dans les instituts de formation ayant répondu:

	Nombre	Pourcentage
obligatoire et option	2	4%
option seulement	31	65%
option seulement (y c. branche obligatoire à choix)	5	10%
non-intégration	9	19%
pas de réponse	1	2%
Total	N=48	100%

Tableau 12: Caractère obligatoire/facultatif de l'offre de formation dans le domaine de la santé

Afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle les résultats disponibles sont biaisés par l'effet d'une sélection positive, une enquête téléphonique a été faite par la suite auprès d'un échantillon de 25 instituts qui n'avaient pas renvoyé le questionnaire. Cet échantillon a été constitué en pointant chaque cinquième adresse de la liste. Même si plusieurs de ces non-répondants présentent en fait une offre de formation dans le domaine de la santé, cette enquête ultérieure corrobore l'hypothèse que les instituts qui ont spontanément renvoyé le questionnaire disposent tendanciellement d'une offre de formation dans ce domaine qui se situe en dessus de la moyenne. Une bonne moitié des non-répondants de l'échantillon (contre 80% des répondants) indiquent que la santé est – explicitement ou implicitement – intégrée dans leur formation. La proportion des instituts où les questions de santé ne sont pas intégrées dans la formation passe par contre de 20% à près d'un tiers.⁸⁰

⁸⁰ L'enquête ultérieure indique également que l'enseignement portant sur la santé dépend étroitement de la personne qui en est chargée et qu'il est peu intégré dans les instituts de formation des enseignants; c'est ainsi qu'une directrice d'école m'a demandé de m'adresser à la chargée de formation dans le domaine de la santé qui s'est immédiatement souvenue du questionnaire, mais qui, en raison d'un congé-maternité, n'avait pas eu le temps d'y répondre.

Prise en compte de la santé dans l'offre de formation des instituts non-répondants:

	Nombre	Pourcentage
obligatoire et option option seulement option seulement (y c. branche obligatoire à choix)	13	52%
non-intégration	8	32%
pas de réponse ⁸¹	4	16%
Total	N=25	100%

Tableau 13: Prise en compte de la santé dans l'offre de formation des non-répondants

Forme d'intégration de la promotion de la santé:

S'agissant de la forme d'intégration de la promotion de la santé enfin, on obtient un tableau assez équilibré: de nombreux instituts de formation des enseignants traitent des thèmes relatifs à la santé tant dans des cours-blocs que dans des heures du programme hebdomadaire; d'autres n'organisent que des cours blocs ou que des heures hebdomadaires.

Forme d'intégration de la promotion de la santé⁸²:

	Nombre	Pourcentage
cours-blocs et heures hebdomadaires ⁸³	14	33%
cours-blocs seulement	9	22%
heures hebdomadaires seulement (explicite) ⁸⁴	14	33%
heures hebdomadaires seulement (implicite)	5	12%
Total	N=42	100%

Tableau 14: Forme d'intégration de la promotion de la santé

⁸¹ Dans cette rubrique se trouvent réunis: 2 instituts impossibles à contacter en dépit de plusieurs tentatives et 2 adresses qui ne sont plus valables (plus de formation d'enseignants).

Thèmes traités⁸⁵

Le diagramme ci-dessous donne un aperçu des thèmes traités.

Tableau 15: Thèmes traités dans la formation de base des enseignantes et des enseignants

- ⁸² Des réponses multiples proviennent de deux instituts où l'on passe d'un traitement implicite à un traitement explicite des questions de santé au cours de la formation (le passage inverse n'existe pas). Les instituts où la santé n'est pas intégrée dans la formation n'apparaissent pas dans ce tableau, ce qui explique que N=42.
- ⁸³ Au cours des heures hebdomadaires, les questions de santé peuvent être abordées explicitement (le mot »santé» figure dans la dénomination du cours) ou implicitement.
- ⁸⁴ Cf. note 83.
- ⁸⁵ Il est à noter que la promotion de la santé permet de développer des aptitudes relevant de la compétence sociale et personnelle qui sont extrêmement importantes dans d'autres domaines également. Ces aptitudes n'apparaissent ici que dans la mesure où elles ont été explicitement nommées.

2.3 Analyse des résultats de l'enquête

Bien que les résultats présentés ici ne soient ni représentatifs ni exhaustifs, ils permettent néanmoins de se faire une idée de la situation actuelle de la promotion de la santé dans les instituts de formation des enseignants en Suisse. La présentation de ces résultats a d'ailleurs suscité de l'intérêt lors des journées d'échange organisées dans le cadre de ce travail. Dans la perspective des conclusions présentées ci-après dans le troisième chapitre, trois points me paraissent devoir être mentionnés:

Choix des thèmes

Dans une étude réalisée récemment par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies⁸⁶, 878 membres du corps enseignant ont été interrogés sur les thèmes qu'ils abordent dans leurs cours à propos de la promotion de la santé. Il est frappant de constater que dans cette étude, les thèmes relatifs aux dépendances et aux drogues ont une place nettement moins importante que dans la présente enquête auprès des instituts de formation des enseignants. Il semble par contre que la prévention des accidents et l'hygiène dentaire constituent le «peloton de tête» dans l'enseignement scolaire.⁸⁷

Les instituts de formation des enseignants qui ont répondu au questionnaire représentent une sélection positive

Ainsi que cela a déjà été mentionné, il est hautement probable que les instituts dont nous avons reçu une réponse représentent une «sélection positive»: lorsqu'on ne s'intéresse pas à la promotion de la santé, on est moins motivé à s'engager et à répondre à un questionnaire portant sur ce sujet. A partir de cette hypothèse et des résultats de l'enquête ultérieure auprès d'un échantillon de 25 non-répondants, il faut donc corriger le nombre des instituts où la promotion de la santé n'est pas intégrée dans la formation; si 17% des répondants ont indiqué qu'elle ne l'était pas, le pourcentage réel doit probablement se situer autour de 30%.

«Sur-représentation» des professions médicales lors des journées d'échange

L'observation suivante me paraît également intéressante: d'après les résultats de l'enquête, la responsabilité de la promotion de la santé revient dans la majeure partie des cas (60%) à des personnes ayant une formation pédagogique et dans un peu plus d'un quart des cas (27%) à des personnes ayant une formation médicale. Or on observe

⁸⁶ SFA/ISPA (1995: 7).

⁸⁷ Pour des thèmes tels que le »développement corporel», ou les »maladies infectieuses et chroniques», il paraît évident qu'ils jouent un rôle plus important que ce n'est le cas dans la pratique ultérieure. Cette situation pourrait aussi s'expliquer par le fait que des questions telles que la prévention des toxicomanies, de la contraception ou de la prévention du sida sont importantes avant tout pour les futurs enseignantes et enseignent eux-mêmes, tandis qu'elles jouent un rôle moins important dans leur pratique de l'enseignement. Il n'est pourtant pas possible d'en savoir davantage à partir des résultats à disposition.explicitelement (le mot »santé» figure dans la dénomination du cours) ou implicitement.

que les représentantes et les représentants des professions médicales étaient «sur-représentés» lors des deux journées d'échange organisées en Suisse alémanique. C'est d'autant plus étonnant que ces personnes ont précisément une relation moins étroite avec les instituts, où elles ne se rendent généralement que pour donner un enseignement spécifique dans le domaine de la santé. La majorité de ces personnes ont pris sur leur temps libre pour participer aux journées d'échange, parfois sans être indemnisées pour cela par l'institut de formation pour lequel elles travaillent. Leur présence massive aux journées d'échange est-elle simplement le fruit du hasard? Sont-elles davantage sensibilisées à ces questions ou le poids de la souffrance est-il plus grand chez elles? On ne peut ici que faire des suppositions, mais il serait intéressant d'approfondir ces questions.

Le questionnaire et la documentation pour les journées d'échanges peuvent être obtenus auprès de l'auteure ou commandés à la CDIP, auprès du centre d'information IDES.

Troisième partie:

Conclusion

Résumé de l'analyse de la situation

1 Résumé de l'analyse de la situation

Pour conclure, je tenterai de démontrer une fois encore que la promotion de la santé doit avoir sa place dans la formation de base des enseignantes et des enseignants; je m'efforcerai ensuite d'esquisser les différents champs qui sont importants pour la promotion de la santé dans cette formation de base.

Ainsi que je l'ai développé dans la première partie, chapitre 2 de ce travail, je considère que l'école est un lieu qui se prête bien, pour diverses raisons, à faire de la promotion de la santé. En même temps, je considère que la promotion de la santé est utile, notamment parce qu'en réduisant potentiellement les coûts engendrés par la maladie, elle constituera à l'avenir une allocation de ressources intéressante du point de vue économique. Par ailleurs, il est souhaitable que la promotion de la santé ait sa place à l'école parce qu'elle permet d'améliorer la qualité de la vie de toutes les personnes participant à la vie d'un établissement. Le corps enseignant joue un rôle capital dans la promotion de la santé en milieu scolaire.

Pour être en mesure de faire face aux exigences liées à une école favorable à la santé, il est indispensable que les enseignantes et les enseignants soient préparés, au cours de leur formation de base, à assumer les tâches relevant de la promotion de la santé. Les données recueillies au cours de ce travail indiquent pourtant que dans 30% environ des instituts de formation en Suisse, on n'accorde pas explicitement sa place à la promotion de la santé.

Mais il existe aussi de nombreux exemples positifs et des projets cantonaux prometteurs. Le problème est que souvent, ces bonnes initiatives ne sont guère connues. Il y a généralement trop peu de place pour des échanges sur les expériences positives et négatives faites dans des projets de promotion de la santé dans les instituts de formation des enseignants, car, dans le système politique fédéraliste de la Suisse, l'éducation et la santé sont du ressort des cantons. Cette situation est encore accentuée par le fait que les enseignants chargés de la promotion de la santé sont souvent des personnes qui ne sont pas véritablement intégrées dans les instituts de formation.

La promotion de la santé en milieu scolaire requiert une double compétence professionnelle: d'une part au niveau des contenus et d'autre part au niveau de la transmission de ces contenus. Les membres du corps enseignants qui ont acquis ces compétences au cours de leur formation de base sont également des spécialistes de la promotion de la santé. Dans le domaine de la promotion de la santé, il n'existe cependant pas de didactique spécifique telle qu'on les connaît dans d'autres disciplines (par ex. langue maternelle, langue étrangère, mathématique).

Pour aborder efficacement la promotion de la santé en milieu scolaire, il est indispensable que celles et ceux qui en sont les médiateurs, à savoir les enseignantes et les enseignants se livrent à une réflexion sur les questions et les concepts pertinents en la matière. Cela

implique également de connaître et d’analyser l’évolution de l’«éducation traditionnelle à la santé» vers la conception globale de la promotion de la santé.

Dans la plupart des cas, les programmes scolaires offrent une bonne base pour la promotion de la santé à l’école. Les problèmes viennent parfois d’une méconnaissance des programmes en vigueur et se posent essentiellement par rapport à la mise en œuvre de ces conceptions ouvertes, qui ne sont pas toujours aisées à comprendre; or la formation des enseignantes et des enseignants accorde souvent une place insuffisante aux solutions qu’il est possible d’apporter à ces problèmes.

Souvent, les instituts de formation des enseignants ne sont eux-mêmes pas des lieux d’apprentissages favorables à la santé. Mes interlocutrices et interlocuteurs eux-mêmes ont rarement abordé cet aspect des choses. Et pourtant, comme on l’a vu, les écoles – et partant les instituts de formation des enseignants eux aussi – constituent des lieux permettant d’acquérir des compétences qui contribuent à l’amélioration du bien-être. La promotion de la santé peut être traitée dans le cadre de différentes disciplines.

Alors que la promotion de la santé constitue un espace où des formes différentes et innovatrices d’enseignement peuvent être appliquées, les chances de pratiquer une interdisciplinarité vécue sont encore relativement peu mises à profit; cela tient pour une part au fait que les plages-horaires nécessaires pour de tels projets ne sont pas mises à disposition. Il n’existe ainsi souvent aucune coordination entre la promotion de la santé et les autres activités propres aux instituts de formation des enseignants, en raison aussi de l’intégration insuffisante des personnes chargées de la formation en promotion de la santé dans le collège des enseignants. S’il est vrai que les bons contacts personnels permettent souvent de parvenir à résoudre ce problème, la garantie structurelle de cette coordination fait néanmoins défaut.

Bibliographie

Ouvrages cités:

Antonovsky, Aaron (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Gossey-Bass.

Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. San Francisco: Gossey-Bass.

Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsförderung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. & M. Brode (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit, Tübingen, dgvt Verlag, S. 3–14.

Badura, Bernhard (1990): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health). In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe, S. 51–61.

Barkholz, Ulrich & Hans Günter Homfeldt (1992): Gesundheitsförderung – Schule von innen entwickeln. In: Gesundheitsförderung in Schulen; Materialienband zur WHO-Tagung in Magdeburg, 17.–19. Nov. 1992, S. 53–54.

Barkholz, Ulrich & Hans Günter Homfeldt (1994): Gesundheitsförderung im schulischen Alltag; Entwicklungen, Erfahrungen und Ergebnisse eines Kooperationsprojektes. Weinheim: Juventa.

Bessoth, R. (1989): Organisationsklima an Schulen. Neuwied und Frankfurt/M.

Conrad & Schmidt (1990): Gesundheitsförderung. Eine Investition für die Zukunft (Glossar). Bonn.

Cordonier, Daniel (1995): Evénements quotidiens et bien-être à l'adolescence. Vers de nouvelles stratégies d'éducation pour la santé. Genève: Editions Médecine et Hygiène.

Emundts, Martin (1993): Schulische Gesundheitserziehung im Rahmen bildungspolitischer Diskussion. In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 279–293.

Firmin, Fredy (1995¹): Gesundheitsförderung in der Ausbildung der Sportlehrer und -lehrerinnen. Ein Konzept der Universität Bern. In: Sporterziehung in der Schule, Nr. 2, 1995: 12–13.

Firmin, Fredy (1995²): Gesundheitsförderung in der Schule. In: Sporterziehung in der Schule, Nr. 2, 1995: 21–24.

Franzkowiak, Peter (1994): Jugendliches Risikoverhalten und neue Orientierungen für die Suchtprävention. In: Prävention 1/17: 121–122.

Gesundheitsdienst der Stadt Bern (1993): «Du seisch wodüre» Projektbeschrieb.

Göpel, Eberhard (19931): Gesundheitsförderung in und mit Schulen in einem europäischen Netzwerk. Bielefeld. (Beitrag zur Fachtagung «Die gesundheitsfördernde Schule» vom 11.– 13.6.1993 in Dillingen).

Göpel, Eberhard (19932): Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für gesundheitsfördernde Schulen. In: Prävention 3/93, 16: 109–112.

Greber, U.; J. Maybaum; B. Priebe & W. Wenzel (Hrsg.) (1991): Auf dem Weg zur «Guten Schule»: Schulinterne Lehrerfortbildung, Weinheim.

Grossmann, Ralph & Klaus Scala (1994): Gesundheit durch Projekte fördern; ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim: Juventa.

Gschwind, Kurt (1994): Auf Worte folgen Taten.... In: DrogenMagazin 7/20: 12–15.

Heindl, Ines (1993): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Lehrerausbildung. In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 197–208.

Herzlich, Claudine & Jeanine Piéret (1991): Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. Ch. Beck Verlag, München.

Hesse, Silke (1993): Gesundheitserziehung in der Schule – Evaluation eines schulischen Programms zur Sucht- und Drogenprävention. Dissertation. Bielefeld.

Homfeldt, Hans Günter & Ulrich Barkholz (1992): Gesundheitsförderung und Praxisforschung – Ansätze zur Entwicklung alltagsverträglicher Methoden. In: Pädagogik und Schulalltag 47: 541–553.

Homfeldt, Hans Günter & Ulrich Barkholz (19931): Eckpunkte schulpraktischer Gesundheitsförderung – Entwicklungen und Ergebnisse des Modellversuchs «Gesundheitsförderung im schulischen Alltag». In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 76–97.

- Homfeldt, Hans Günter; Ulrich Barkholz (1993²): Schulklima und Arbeitszufriedenheit in der Einschätzung von Schulleitungen und Lehrkräften. In: PädF 5(1993) 3, S. 123–128.
- Homfeldt, Hans Günter; Ulrich Barkholz & J. Petersen (1993): Schulklima und Organisationsentwicklung. In: Pelikan, J.; H. Demmer & K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa, S. 328–340.
- Hoy, W. K., C. J. Tarter & R. B. Kottkamp (1991): Open Schools – Healthy Schools: Measuring Organizational Climate. Newbury Park, London, New Dehli: Sage Publications.
- Hurrelmann, Klaus & Elisabeth Nordlohne (1993): Gesundheitsförderung in der Schule – Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In: Pelikan, Jürgen M.; Hildegard Demmer & Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa, S. 100–118.
- Hurrelmann, K.; A. Leppin & E. Nordlohne (1995): Promoting health in schools: the german example. In: Health Promotion International, Vol. 10, No. 2: 121–131.
- Hurrelmann, Klaus (1990): Sozialisation und Gesundheit. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe, S. 93–101.
- Jensen, Bjarne Bruun & Karsten Schnack (1994): Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy. Didaktiske studier; Studies in Educational Theory and Curriculum, Vol. 12, Royal Danish School of Educational Studies.
- Kern-Scheffeldt, Walter (1995): Schul-Fremd: Gedanken über den Einbezug fremder ExpertInnen in den Schulbereich. In: Info-Bulletin Santé Jeunesse 5/95.
- Kyburz-Graber, Regula; F. Gingis & U. Kuhn (1993): OCDE-ENSI-Suisse, rapport final.
- Laaser, U.; G. Sassen, G. Murza & P. Sabzo (Hrsg.) (1987): Prävention und Gesundheitserziehung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Loch, W. (1991): Was muss man können, um ein guter Lehrer zu sein? In: Homfeldt, H.G. (Hrsg.): Ausbilden und Fortbilden – Krisen und Perspektiven der Lehrerbildung; Bad Heilbrunn, S. 96–119.

Marin La Meslée, Renaud (1994): Pour la promotion de la santé. In: AGORA, No. 30: 87–90.

Michaud, Pierre-André (dir.), IUMSP Lausanne (publ.) (1994): Die Jugendlichen in der Schweiz: eine Aufnahme... Möglichkeiten für Interventionen. Lausanne: IUMSP.

Michaud, Pierre-André et al (dir.), IUMSP Lausanne, OFSP et al. (publ.) (1994): La santé des adolescents: quels liens entre recherche et prévention? Séminaire, Cartigny, Genève, 4.–6.11.1993.

Millstein, Susan G.; Anne C. Petersen & Elena O. Nightingale (eds.) (1993): Promoting the health of adolescents: new directions for the twentyfirst century. Oxford UP.

Pelikan, Jürgen M.; Hildegard Demmer & Klaus Hurrelmann (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung; Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa.

Pilotprojekt «Gesundheitserziehung und Suchtprävention in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung des Kantons Bern»; Schlussbericht des Projektteams (1994).

Priebe, B. & U. Greber (1991): Konsequenzen und Perspektiven: Faktoren des Gelings. In: Greber, U.; J. Maybaum; B. Priebe & W. Wenzel (Hrsg.): Auf dem Weg zur «Guten Schule»: Schulinterne Lehrerfortbildung, Weinheim, S. 517–527.

Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (1993¹): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz.

Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (1993²): Gesundheitsförderung in der Schule, schulinterne Lehrerfortbildung, Schulprogramme. In: dies. (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 98–143.

Riemann, Klaus & Bernd Kammerer (1995): Rahmenbedingungen moderner Suchtprävention in Schulen. In: Prävention 1/18.

- Rothenfluh, Ernst (1992): Gesundheitserziehung in den Schulen; Ziele und Inhalte für Kindergarten, Volksschule, Gymnasium und Berufsschule. Aarau: Sauerländer.
- Röthlisberger-Zbinden, Gabriela, Katja Molnar & Bernhard Cloetta (1995): Die Evaluation des Pilotprojektes zur Gesundheitserziehung und Suchtprävention an einem LehrerInnen-Seminar. Schlussbericht. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung.
- Schwarzer, Ralf (Hrsg.) (1990): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (im Auftrag des BAG) (1990): Soziale und präventive Aspekte des Drogenproblems unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz. Lausanne.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (1995): Education à la santé: point de vue des enseignants. Lausanne, Autorin/Autor: Campiche, Valérie & Yann Le Gauffey.
- Sigerist, Henry E. (1941): Medicine and Human Welfare. New Haven: Yale University.
- Staub, Roger (1994): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen: «Interessengruppe gesunde Schule». Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen» der Universität Bern.
- Terhart, Ewald (1992): Lehrerberuf und Professionalität. In: Dewe, B.; W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich, S. 103–131.
- Terris, Milton (1992): Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. In: Journal of Public Health Policy, Autumn 1992, S. 267–276.
- Troschke, Jürgen v. (1993¹): Plädoyer für die eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention 3/16: 83–86.
- Troschke, Jürgen v. (1993²): Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. In: Priebe, B.; G. Israel & K. Hurrelmann (Hrsg.): «Gesunde Schule» – Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim und Basel: Beltz, S. 11–38.
- Vontobel, Jacques (1991): Gesundheitserziehung: Leerformel oder Lehrformel? Pestalozzianum Zürich.

Waibel, Eva Maria (1993): Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule. Der lange Weg der kleinen Schritte. Bern: Peter Lang.

WHO (1986): Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

WHO (1989): Health Promotion Glossary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (1995): «The World Health Organization's School Health Initiative» (Arbeitspapier).

Wicki, Daniel (1994): Gesundheitserziehung in der Schule: Eine Analyse der Gesundheitserziehung in den Sekundarschulen des Kantons Luzern. Nachdiplomstudium «Management im Gesundheitswesen» der Universität Bern.

Wilhelmi, Hans H. (1994): Gesundheitsförderung – ein neues Paradigma für die Schule? In: PädF 5(1994)3, S. 111–114.

Working group teacher training of the program Europe against cancer of the CEC (1992): European Charter towards a minimum curriculum in teacher training in Health Education. Brussels (Arbeitspapier).

Young, I. & T. Williams (1989): The Healthy School. Edinburgh: Scottish Health Education Group, WHO Report.

Zeyer, Albert (1995): Kindergärtnerinnen und Gesundheitserziehung im Kindergarten. Dissertation, Universität Zürich.

Ouvrages consultés:

Archer, E.; V. Vouilloz & B.T. Peck (1990): The Teaching Profession in Europe. Glasgow: Jordanhill College of Education.

Aregger Kurt (1991): Ganzheitliche Förderung in Erziehung und Unterricht: eine kritisch-konstruktive-innovative Didaktik. Aarau: Sauerländer.

Aregger Kurt (1992): Bildungsbegriffe für die Lehrerweiterbildung. In: BzL Nr. 10, 1992: 324–328.

Aregger Kurt (1995): Weiterbildung von Lehrpersonen zu schulischen Heilpädagogen: Mögliche Ausgestaltung des Praxis-Theorie-Bezuges. In: BzL Nr. 2, 1995: 113–159.

- Aubry, André et al. (1994): Formation initiale, formation continue, recherche: quel institut pour les enseignants? Neuchâtel, Université de Neuchâtel, Sciences de l'Education.
- Badertscher, Hans (1991): Les enseignants: politiques pour les années 90. Paris: OCDE.
- Badura, Bernhard & Ilona Kickbusch (1991): Health promotion research; Towards a new social epidemiology. WHO Regional Publications, European Series No. 37.
- Baric, L. (1991): Promoting Health. New Approaches and Developments. University of Salford, unpubl. paper.
- Bauch, Jost & Wolfgang Micheelis (1994): Das Konzept der «sozialen Netzwerke» als Grundlage einer soziologischen Gesundheits- und Krankheitstheorie. In: Prävention 3/17: 75–77.
- Bildungsbausteine und Zertifizierung. In: Education permanente, Nr. 2, 1995: 67–113.
- Brühwiler, Herbert (1992): Methoden der ganzheitlichen Jugend- und Erwachsenenbildung. Opladen: Leske und Budrich.
- Chapman, Simon & Deborah Lupton (1994): The Fight for Public Health; Principles and Practice of Media Advocacy. London: BMJ Publishing Group.
- Cloetta, Bernhard (1986): Praxisberatung von LehrerInnen als suchtprophylaktische Massnahme. Stiftung Contact-Bern; Institut für Ausbildungs-und Examensforschung, Medizinische Fakultät der Universität Bern, Forschungsgruppe Gesundheitsversorgung.
- Conseil de l'Europe (éd.) (1990): L'éducation à la santé: l'enseignement du sida dans les écoles secondaires. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe (éd.) (1995): Formation multiprofessionnelle du personnel de santé. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe, Conférence permanente des ministres européens de l'éducation (1987): Les nouveaux défis pour les enseignants et leur formation. Strasbourg: Secrétariat du Conseil de l'Europe.
- Dean, Kathryn & Ilona Kickbusch (1995): Health related behavior in Health Promotion: Utilizing the concept of self care. In: Health Promotion International, Vol. 10. No.1: 35–40.

Dewe, B., W. Ferchhoff und F.-O. Radtke (Hrsg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich.

Dewe, B., W. Ferchhoff und F.-O. Radtke (1992): Auf dem Weg zu einer aufgabenzentrierten Professionstheorie pädagogischen Handelns; das «Professionswissen» von Pädagogen. Ein wissenstheoretischer Rekonstruktionsversuch. In: Dewe, B., W. Ferchhoff und F.-O. Radtke (Hrsg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich, S. 7–20; 70–91.

Eurydice (1988): Grundbildung und Basisqualifikation in den Mitgliedstaaten der EU. Brüssel: Europäische Informationsstelle von Eurydice.

Eurydice (1991): Répartition des compétences (niveaux national, régional et local), dans le domaine de l'éducation: Situation dans les 12 Etats membres de la Communauté Européenne. Bruxelles: Unité Européenne Eurydice.

Fellay, G. (1990): La formation psychologique des enseignants en Suisse Romande et au Tessin. Lausanne: Université, Faculté SSP.

Gautschi, Peter & Urs Vögeli-Mantovani (1995): Bericht zum Seminar «Practicien-chercheur»: Theoretische Konzepte und praktische Beispiele für die Forschung in der Grundausbildung und Fortbildung von LehrerInnen. Aarau: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung.

Homfeldt, H.G. (Hrsg.) (1991): Ausbilden und Fortbilden – Krisen und Perspektiven der Lehrerbildung; Bad Heilbrunn.

IRDP (1986): Education aux solidarités: Actes de la journée d'études du Conseil de la Direction de l'Institut.

Kalnins, Ilze V. et al. (1994): School-based community development as a health promotion strategy for children. In: Health Promotion International, Vol. 9, No. 4: 269–279.

Kickbusch, Ilona (1995): Health Promotion: the way forward. In: Health Promotion International, Vol. 10, No. 1: 1–3

Köhl, Karl (1987): Seminar für Trainer: das situative Lehrtraining: Trainer lernen lehren. Hamburg: Windmühle.

Kuhn, Deanna (ed.) (1990): Developmental perspectives on teaching and learning thinking skills. Basel: Karger.

Leeuw, Frans L.; Ray C. Rist & Richard C. Sonnichsen (Eds.) (1994): Can Governments learn? Comparative Perspectives on Evaluation & Organizational Learning. London: Transaction Publishers.

Lehrer werden, Lehrer sein, Lehrer bleiben. In: Beiträge Informationen. St. Gallen 4 (1992), S. 1–41.

Leitideen und Rahmenbedingungen der neuen Volksschullehrpläne. In: Amtl. Schulblatt des Kt. St. Gallen, Nr. 1, 1995, S. 24–54.

Oberstufe, Oberstufen-Lehrerausbildung. In: Beiträge Informationen St. Gallen 5 (1993), S. 1–60.

OCDE (éd.) (1994): Redéfinir le curriculum: un enseignement pour le XXIe siècle. Paris: OCDE.

Pack, Rolf-Peter & Hartmut Schirm (1994): Kompensatorischer Sport in den Schulen. In: Prävention 3/17: 78–82.

Panchaud, Christine et al., IUMSP Lausanne (publ.) (1992/93): Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. 1: Cadre général. (1992) 2/3: Les intervenants; Les jeunes de 15–17 ans. (1993) Lausanne: IUMSP.

Paxman, John M. & Ruth Jane Zuckermann (1989): Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescents. Genève: OMS.

Perrenoud, Philippe (1991): Pratiques pédagogiques et métier d'enseignant: trois facettes. Genève: Service de la recherche sociologique.

Roshier, D. & F. Wey (1995): Ecole et prévention: «Objectif Grandir», un programme de prévention primaire à disposition des écoles. In: Educateur: Pédagogie & Education, No 5, 1995, S. 26–28.

Schreckenberg, Wilhelm (1984): Der Irrweg der Lehrerausbildung: Über die Möglichkeit und die Unmöglichkeit, ein «guter» Lehrer zu werden und zu bleiben. Düsseldorf: Schwann.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (1992): L'expérience vaudoise des médiateurs scolaires. Lausanne.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) (1993): Jugendliche und ihre Gesundheit. Lausanne, Autorin/Autor: Abbet, Jean-Pierre & Denise Efionay-Mäder.

Schweizerische Stiftung Pro Juventute, Schweizerische Gesellschaft für Präventivmedizin, Gesellschaft der Schweizerischen Schulärzte, in Zusammenarbeit mit der Lehrerschaft (ed.) (1964): Gesundheitserziehung in der Schule; (1972 2. Aufl.): Erziehung zur Gesundheit. Zürich: Orell Füssli.

Silcock Downie, Robert; Carol Fyfe & Andrew Tannahill (1994): Health Promotion: Models and Values, 2nd repr. Oxford: Oxford UP.

Sonderegger, M. (1992/93): Gute Schule: vier Brennpunkte. In: LLV Post, Luzern.

Staflev, Bohn & Van Loghum (1990): Policies for health in European countries with pluralistic systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Thiele, Wilhelm (1993): Gesundheitsberichtserstattung (GBE) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung. In: Prävention 1/16: 9–12.

Thomet, Ulrich (1988): Conception globale de la formation des enseignants. Berne: DIP.

Troschke, Jürgen v. (1993): Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention 1/16: 4–8.

Troschke, Jürgen v. (1995): Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention? In: Prävention 1/18: 3–6.

van de Vall, M. (1993): Angewandte Sozialforschung. Begleitung, Evaluierung und Verbesserung sozialpolitischer Massnahmen. Weinheim und München: Juventa.

Vuignier, J. (1995): Formation «Objectif Grandir»: c'est pour bientôt. In: Educateur de la Suisse Romande: Edition corporative et syndicale de la société pédagogique, No 9, 1995, S. 30.

Wenzel E. (Hrsg.) (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

WHO (ed.) (1993): The health of young people. A challenge and a promise. Geneva: WHO.

WHO (Regionalbüro Europa), Europäische Kommission & Europarat (Hrsg.) (1994): Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa. Materialien des Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer u.a., die mit jungen Menschen arbeiten.

Wieberdink, Elisabeth A. M. (ed.) (1988): Health Education in Europe. Utrecht: Dutch Health Education Centre.

Wie soll man Ausbildende ausbilden? Auslaufmodelle und Zukunftsentwürfe bei der Lehrerbildung. NZZ Nr. 180/7.8.1995, S. 9.

Zivkovic, Mirjana et al. (1994): Evaluation techniques for the Healthy School project in Yugoslavia. In: Health Promotion International, Vol. 9, No. 2: 73–79.

Postface

1 La promotion de la santé sur les traces de Platon?

En adoptant sa définition de la santé («Health as a state of complete physical, mental and social well-being»), l'OMS s'est engagée dans une voie nouvelle: on ne parlerait plus d'évitement des maladies, mais bien de santé. Ce faisant, elle s'est aventurée dans un domaine qui n'a plus qu'une relation d'ordre métaphorique avec la médecine, celui de la philosophie. Or, dans l'Antiquité, la philosophie était considérée comme «medicina mentis», la médecine de l'âme, censée amener les hommes vers ce à quoi le concept moderne de «santé» devrait à nouveau nous faire tendre – une «bonne vie» au sens le plus large du terme. Il n'est certes pas question de regretter ici ce retournement de perspective, puisqu'il nous permet de nous réinterroger sur ce qui, «globalement» et «dans le fond» devrait compter «véritablement» dans notre existence. Il est vrai que cela constitue un défi non négligeable pour celles et ceux qui, à l'instar de l'auteure de ce rapport, ont fait de cette définition globale de la santé leur devise. Une brève évocation des implications et des complications possibles permettra peut-être de mettre en évidence le caractère démesuré d'un tel défi.

L'aspiration à une «bonne» vie, à une vie réussie – ce que les Grecs appelaient « $\mu\epsilon\lambda\alpha\tau\mu\eta$ » (félicité) – était certes la question centrale de la philosophie antique. Après avoir fait l'objet d'une réinterprétation chrétienne au moyen âge et avoir disparu de la philosophie de l'époque moderne, ce n'est que depuis peu qu'elle est redécouverte par les historiens des idées, grâce aux recherches de Pierre Hadot et de Michel Foucault en France ou de Martha C. Nussbaum aux Etats-Unis notamment. Pour les principaux courants du libéralisme de l'époque moderne, la question du bonheur est une affaire purement subjective, à résoudre individuellement par chacun, dans le sens de la devise populaire «à chacun sa façon d'être heureux». Si la question du bonheur n'a bien sûr jamais été complètement occultée, elle a en tout cas réémergé de manière explicite et parfois violemment dans le discours officiel au cours des années soixante, même si cela s'est passé sous le couvert d'autres notions. C'est ainsi qu'au nom du développement personnel prôné par les protagonistes de la psychologie humaniste, des membres de la jeune génération contestataire revendiquaient que leur soit reconnu le droit au bonheur individuel et à la réalisation personnelle. Sous le slogan de la «qualité de la vie», des hommes politiques, tels que le Président Johnson aux USA et Willy Brandt en Allemagne, ont eux aussi exigé une vie meilleure, voire même une «bonne» vie pour la population dans son ensemble. Des économistes comme J.W. Forrester ont tenté de définir cette notion sous la forme d'indices chiffrés en indicateurs et le premier rapport du Club de Rome a fait de la «qualité de la vie» un slogan de portée mondiale et un programme idéologique. C'est ainsi que cette notion a permis de drainer également tout ce que les sciences économiques entendaient par «prospérité» (welfare) et qui s'exprime du point de vue subjectif en termes de «bien-être», terme dont l'OMS se sert finalement elle aussi.

2 En quoi consiste cette «bonne» vie qui est recherchée?

Devant cet entremêlement de discours divers, on est conduit à se demander légitimement si ce qui est recherché en fin de compte – la «bonne» vie – peut se résumer par une seule notion et être formulé au moyen d'un seul et même concept. En fait, il existe au moins trois théories du bonheur ou du «bien vivre» qui se disputent le terrain. Je les appellerai ici la théorie hédoniste, la théorie de la réalisation des désirs et la théorie du «bien objectif».

1. Dans la théorie hédoniste, le seul et unique critère du «bien vivre» est l'expérience subjective que nous avons de la vie, notre manière de percevoir nos états d'âme comme agréables ou pénibles, nous rendant heureux ou nous étant insupportables, etc. Le bonheur consiste à se sentir heureux.
2. Dans la théorie de la réalisation des désirs, le critère de «bonne» ou de «mauvaise» vie ne fait pas référence à la manière dont une personne donnée se sent, mais à la question de savoir si et dans quelle mesure les désirs (ou au moins la plupart et les plus importants) qui sont les siens sur le moment sont effectivement réalisés et partant jusqu'où la réalité correspond au désir. Le bonheur est défini ici comme l'état d'une personne dont l'ensemble de l'existence se déroule selon ses désirs et sa volonté.
3. La théorie du «bien objectif» part du principe qu'une bonne vie consiste en quelque chose de plus que la réalisation des désirs et le sentiment de bonheur. Il s'agirait d'une sorte de vie qui, de l'avis de celui qui en juge, serait bonne en soi ou du moins bonne en tant que moyen permettant d'atteindre des choses qui seraient bonnes en soi. Parmi ces choses «objectivement bonnes», on trouve notamment certains biens ou certaines aptitudes ou libertés dont on fait l'hypothèse que, si elles étaient suffisamment informées et suffisamment rationnelles, toutes les personnes y aspireraient pour elles-mêmes.

Laquelle de ces théories faut-il adopter pour se mettre à la recherche d'une «bonne vie»? Dans le débat philosophique actuel, cette question est de nouveau à l'ordre du jour. L'étude de Martha Nussbaum et Amarta Sen notamment, publiée par le «World Institute for Development Economics Research» (*The Quality of Life*, Oxford 1993) constitue un document significatif à cet égard. Il est vrai que, comme toujours en philosophie, ce débat est loin d'être clos. Du point de vue pédagogique, les défauts évidents tant de la théorie hédoniste que de la théorie de la réalisation des désirs devraient cependant faire réfléchir. Elles poursuivent certes l'objectif en soi parfaitement louable, dans la perspective d'un libéralisme de bon aloi, de faire de l'individu le point de référence ultime de son propre bonheur. Pour promouvoir le bonheur, il suffirait alors de veiller à ce que chacun puisse vivre les expériences heureuses qu'il souhaite (selon la théorie 1) ou vivre dans un monde correspondant à ses désirs (selon la théorie 2). Cela se ferait soit directement – au travers de l'«assistance» des autres, soit indirectement – par la mise à disposition des moyens nécessaires à l'«auto-assistance». Il n'en demeure pas moins que ces théories posent un problème notoire: s'agissant du bonheur, il risque bien d'exister des dispositions et des préférences qu'il est difficile

d'admettre telles quelles pour les amener à se réaliser; c'est la cas des tendances sadiques, des désirs à connotation xénophobe ou sexiste par exemple. Se pose alors la question délicate de savoir s'il ne serait pas préférable – sur le plan moral en général et peut-être aussi pour l'individu en particulier – de ne pas avoir des désirs et des dispositions de ce genre et donc de travailler dans le sens de leur transformation plutôt que dans celui de leur réalisation. S'engager dans un tel processus de transformation des désirs et des dispositions, autrement dit de transformation de soi, c'est exactement ce que l'on désigne habituellement sous le terme de «formation». Or dans la formation, la question fondamentale posée n'est plus: «comment puis-je obtenir ce que je veux (ou ce qui me fait plaisir)?», mais bien plutôt «qu'est-ce que je dois vouloir en fin de compte?» («où dois-je trouver du plaisir en fin de compte?»). Mais les théories 1 et 2 sont définitivement inopérantes pour répondre à cette question, car la transformation des désirs et des dispositions ne peut guère être considérée comme une forme de réalisation d'un désir. Sinon, le bonheur tel qu'il est défini dans la théorie 2, à savoir la concordance entre le désir et la réalité, pourrait être atteint par un moyen extrêmement simple: là où cette harmonie fait défaut, il suffirait en effet d'adapter non pas le monde aux désirs, mais bien les désirs au monde tel qu'il est; autrement dit, il suffirait de se convaincre de ne désirer que ce que l'on a déjà et la réalité telle qu'elle est. Ce serait suivre l'exemple de ce général qui s'est écrié «que la victoire soit de mon côté!» en désertant pour rejoindre le camp des vainqueurs.

Les théories 1 et 2 ne permettant pas d'aborder la question de la formation, la théorie 3 constitue donc la seule alternative possible, avec sa tentative de déterminer objectivement ce que l'on devrait vouloir en fin de compte si l'on veut vivre une «bonne vie». Il est vrai que cette interrogation ne se résume pas en une seule question, mais qu'elle en suscite tout un arsenal: Après tout, que dois-je faire de ma vie sans cesse menacée par le malheur et la mort? Que faire du plaisir et de la souffrance? Que faire de mon corps? Quels sont les désirs qu'il est légitime de vouloir réaliser et lesquels non? Quelles sont les aptitudes mentales et les compétences sociales me permettant d'avoir une «bonne vie»? Dans la mesure où nous ne voulons pas laisser le champ libre aux gourous, aux prêcheurs des sectes et aux charlatans, nous devons apprendre aux gens à réfléchir à ces questions et à y répondre par eux-mêmes. La boucle est ainsi bouclée et nous nous retrouvons donc au même point que les philosophes de l'Antiquité lorsqu'ils prônaient de recourir à la philosophie – et si possible à celle qui était la leur – pour trouver le chemin menant vers le bonheur, plus précisément vers des formes de vie qui rendent heureux. D'où la thèse que j'ai formulée au début: si l'on se fonde, comme c'est le cas dans la présente étude, sur la définition de la santé de l'OMS, la science de référence de la promotion de la santé n'est pas la médecine, mais la philosophie.

S'agissant de l'école, cela signifie concrètement que la perspective qui doit prévaloir dans l'accomplissement de sa mission ne sera jamais suffisamment globale; en effet, absolument tout ce qui se passe à l'école a un rapport avec la «bonne vie» à laquelle on aspire. Par définition, tout fait partie d'une «bonne vie», constitue une condition ou une exigence à cet égard ou permet d'acquérir les compétences et les connaissances susceptibles de mener une «bonne vie». Toutes les questions normatives qui se posent

en pédagogie se résument dès lors en une seule question centrale: en quoi l'organisation et le fonctionnement de l'école – la question étant de savoir qui est confronté où et quand à quels contenus de la formation – contribuent-ils à permettre une «bonne vie»? Quant à la tâche que doivent assumer toutes les personnes responsables de l'entreprise-école, elle se définit ainsi: comment pouvons-nous veiller au mieux à ce que cette question fondamentale ne se perde pas dans la vie quotidienne de l'école et soit au contraire rappelée sans cesse à la conscience de chacun? Philosopher en continu sur l'école et à l'école: voilà donc le programme.

3 Un modeste plaidoyer en faveur d'une réduction des exigences

Au cas où on ne s'en serait pas rendu compte avant, il devient évident au point où nous en sommes que le projet d'une promotion de la santé ainsi conçue est à tel point ambitieux et vaste qu'il finit par n'être rien moins qu'une redéfinition des finalités de l'école et – si l'on se réfère à l'idée aristotélicienne selon laquelle l'Etat ne doit pas seulement pourvoir à la survie des citoyens, mais encore leur assurer une «bonne vie» – tout bonnement des finalités de la société constituée en Etat. La promotion de la santé, c'est tout ce que nous faisons déjà, mais un peu autrement et en mieux. Mais à l'ambition d'atteindre ce «mieux», du moins dans l'institution-école qui, de tout temps, a été censée assumer justement cette fonction-là. Qui a jamais osé, en effet, contester l'exigence voulant que l'école ne soit pas simplement une école, mais une bonne école, avec de bons élèves, de bonnes enseignantes et de bons enseignants, un bon enseignement, un bon climat, une bonne direction, etc. Et ce n'est pas une personne unique qui pourrait être responsable à elle seule de la création de ce que l'on entend par «être bon», une personne qui, à côté de tout ce qui se fait déjà, serait responsable du «bien». La responsabilité en revient à tous et la maxime de la promotion de la santé serait dès lors: «continuez comme vous l'avez fait jusqu'ici, mais avec plus de conscience, plus de philosophie et en vous centrant davantage sur l'essentiel». Ce ne serait certes pas négligeable, mais ce n'est probablement pas tout à fait ce que la rédactrice du présent rapport avait à l'esprit. Qu'en est-il alors?

A cet égard, le rapport n'est malheureusement pas très explicite. Mais on peut tenter de dégager des critères plus précis en reprenant encore une fois les trois théories de la «bonne vie», à savoir la théorie hédoniste, la théorie de la réalisation des désirs et la théorie de la vie objectivement «bonne». Même si nous nous en tenons au constat que seule une théorie de la vie «objectivement bonne» permet de justifier le processus de transformation de soi visé par l'école en tant qu'institution de formation, on ne peut guère contester par ailleurs que dans une telle institution, le bien-être – objectif et subjectif – constitue une condition fondamentale à laquelle il n'est pas question de renoncer. Cela correspond d'ailleurs à l'exigence pédagogique déjà ancienne de Schleiermacher, qui postulait que dans l'éducation, il fallait accorder autant d'importance au présent de l'enfant qu'à son avenir. Dans toute liste des caractéristiques d'une vie «objectivement bonne», il ne serait pas question que le bien-être ne figure pas en tant

que caractéristique fondamentale. Que serait en effet une définition d'une vie heureuse qui ne prendrait pas en compte le fait de savoir si les gens eux-mêmes se sentent véritablement heureux? En dernière analyse, c'est finalement en s'en tenant au bien-être que l'on se rapprocherait le plus de la teneur de la définition de la santé par l'OMS.

Si, s'agissant de la promotion de la santé, l'on s'en tient à cet aspect – la promotion du bien-être, y compris de l'aptitude à pourvoir à son propre bien-être –, la promotion de la santé deviendra peut-être quand même en fin de compte un programme réalisable avec des moyens limités. Comme cela a déjà été dit, personne ne pourra contester les finalités de ce programme: que j'aille bien et que, dans la mesure du possible, chacun aille bien aussi, c'est assurément – ou pourrait être – le désir de tous. Assurément, ce sentiment subjectif de «bien aller» peut se fondre en une conception objectivable de la santé au sens étroit du terme: «je vais bien lorsque je suis en mesure de fonctionner, lorsque je peux me comporter et vivre comme je le veux – de mon propre gré». La santé, comprise ici au sens plus étroit du terme, n'est rien d'autre que la capacité de fonctionner pleinement ou de façon optimale, et favorise ma santé tout ce qui contribue à ma capacité à fonctionner ou qui l'accroît. Cela vaut tant du point de vue physique – un corps répondant à ma volonté – que du point de vue psychique – en pouvant vouloir ce que je veux vraiment plutôt que de répéter des conduites, sous la contrainte ou de manière automatique, comme par ex. dans la toxicomanie, sans prendre en compte la situation donnée et les conséquences éventuelles de mes actes. Ce critère est également valable s'agissant des interactions sociales: je ne peux bien fonctionner socialement que dans la mesure où je peux entrer en contact avec d'autres personnes de la manière dont je le souhaite. En d'autres termes, «pouvoir disposer de soi-même» constituerait l'objectif premier de toute éducation à la santé et le bien-être subjectif serait un instrument permettant de déterminer dans quel mesure cet objectif a pu être atteint.

4 Un programme modeste – mais bien assez exigeant

A partir de ces réflexions, l'étude de Simone Gretler apparaît elle aussi sous un jour différent. Il s'avère que la promotion de la santé n'est pas une invention récente, mais constitue une tâche dévolue à l'école de longue date, notamment avec l'introduction des services scolaires de soins dentaires, la prophylaxie de la tuberculose, l'éducation à l'hygiène, les campagnes «anti-poux», les «actions-tartines» à la récréation, etc. Cependant – et c'est la nouvelle approche explicitée dans cette étude – il ne s'agit plus maintenant de prévenir ponctuellement certaines maladies, mais de promouvoir l'état de santé en général de toutes les personnes impliquées dans l'école, c'est-à-dire tant des enseignantes et des enseignants que des élèves. Il ne s'agit plus seulement des comportements individuels, mais aussi de l'environnement, à savoir les conditions-cadre institutionnelles, architecturales, écologiques et sociales d'un établissement scolaire, dans la mesure où elles peuvent constituer des facteurs qui soit font obstacle soit favorisent la santé des personnes travaillant dans un établissement scolaire: cela va de l'aération des salles de classe à la réglementation des récréations.

Lorsque les établissements scolaires assument ces tâches de promotion globale de la santé, l'économie publique ne peut qu'en sortir gagnante: face à l'explosion des coûts de la santé, la promotion de la santé et la mise en place de mesures de prévention des maladies seront à coup sûr payantes. C'est la raison pour laquelle l'article 19 de la nouvelle Loi sur l'assurance-maladie de 1995 oblige les assureurs et les cantons à mettre à des ressources à disposition pour la promotion de la santé et la prévention des maladies. C'est sur la base de cet article de loi que la Fondation suisse pour la promotion de la santé FSPS a reçu le mandat de gérer les «fonds de prévention» (8–10 millions par année). Pour le projet «Ecoles et santé», accompagné par la CDIP et financé par l'Office fédéral de la santé publique – à la recherche de projets intercantonaux ou régionaux méritant d'être soutenus –, une mise au concours est déjà lancée pour le mois de mars 1997.

Mais que faut-il faire concrètement s'agissant de la formation des enseignants? Si l'étude réalisée par Simone Gretler cite quelques exemples remarquables de projets aboutis de promotion de la santé, elle met aussi en évidence les graves lacunes caractérisant actuellement la mise en pratique de la promotion de la santé.

Du point de vue de la Commission Formation des enseignant(e)s de la CDIP et en référence aux thèses développées dans le présent travail de diplôme, les mesures suivantes doivent être envisagées:

1. La promotion de la santé doit occuper une place à part entière dans la formation des enseignantes et des enseignants. En effet, la promotion de la santé n'est pas une tâche relevant de matières ou de disciplines isolées, mais l'expression d'une attitude commune à l'ensemble du corps enseignant – et partant également des formatrices et des formateurs des instituts de formation des enseignants – fondée sur les compétences nécessaires pour intervenir dans la vie des établissements scolaires de manière constructive et dans le sens de la promotion de la santé.
2. Les instituts de formation des enseignants devraient eux-mêmes être conçus comme des lieux de formation favorables à la santé et pratiquer la promotion de la santé de manière exemplaire.
3. La promotion de la santé fait partie intégrante de toutes les disciplines; mais si l'on veut que ce point de vue soit acceptable, il faut que les instituts de formation désignent des formateurs spécialement chargés de la promotion de la santé qui disposent de la vue d'ensemble interdisciplinaire nécessaire à cet effet. Ces formateurs devraient pour le moins avoir une formation de base en philosophie et plus particulièrement en éthique philosophique.
4. Il faut instaurer des échanges, au niveau régional et national, entre les personnes chargées de la promotion de la santé dans les instituts de formation des enseignants et assurer rapidement leur formation.
5. Dans la formation de base du corps enseignant, il faudrait aborder la promotion de la santé en tant que telle dans des modules de longue durée. La réflexion philosophique à propos de l'école et des rapports qu'elle peut avoir avec l'idée d'une «bonne vie» devrait trouver suffisamment de place dans ces modules.

6. Les cours de didactique générale, ainsi que dans les cours de didactique propres à chaque discipline doivent aborder des thèmes relatifs à la santé en proposant des méthodes concrètes d'application; les programmes de formation doivent être adaptés en conséquence.
7. La promotion de la santé devrait constituer un principe permanent pour tous les programmes cantonaux de formation.
8. Dans la planification des écoles et des établissements scolaires, les autorités scolaires et les directions des écoles doivent prendre en compte les aspects relevant de la promotion de la santé.

Commission formation des enseignant(e)s
Le président

Anton Hügli