

2019-2020

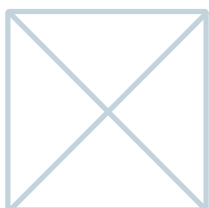
Master Intervention et Développement Social
Première Année

Les politiques publiques au cœur de l'interaction entre l'éducation et la santé

Arnoult Marion |

Sous la direction de M. Fleuret Sébastien |

Membres du jury :
Bioteau Emmanuel | Directeur du laboratoire ESO, Enseignant et Chercheur



Soutenu publiquement le :
03 07 2020



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je remercie Sébastien Fleuret pour la direction de ce mémoire ; son écoute, ses conseils et sa réflexion m'ont permis une évolution de pensée nécessaire dans ma démarche de recherche. Les échanges constructifs que nous avons eus ont été essentiels pour mener à bien ce projet. C'est tout naturellement, que je souhaite remercier Nathalie Garnier et Mathieu Ferte qui m'ont tous les deux suggéré la direction de ce mémoire.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à l'élaboration de cet écrit. Certains par leurs apports intellectuels et nos échanges, d'autres pour leur soutien et leur patience. Annie, Fabienne et Lilas, merci.

J'exprime également toute ma gratitude à l'ensemble des professeurs du Master Intervention et Développement Social pour leurs enseignements théoriques.

Une pensée pour toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre d'entretiens ainsi que les personnes ayant répondu à mes questionnaires.

Par ailleurs, je souhaite partager ma reconnaissance envers ma famille et mes amis pour leur bienveillance.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. L'école : un espace complexe	4
1.1. Une institution à part entière	4
1.1.1. Un espace complexe et délimité	4
1.1.2. Le lieu : l'école	6
1.1.3. La notion de territoire à travers l'école	7
1.1.4. Le partenariat comme support de l'interaction	9
1.1.5. Le système scolaire français.....	10
a) Le découpage territorial du système scolaire français.....	11
b) La collaboration : un aspect primordial dans la qualité de l'intervention	12
1.1.6. La territorialisation du système éducatif	13
1.1.7. Qui sont les acteurs du système scolaire ?.....	14
1.1.8. L'école : une institution bureaucratique.....	15
a) La bureaucratie.....	16
2. La santé : un enjeu d'intérêt collectif	18
2.1. La santé, c'est quoi ?.....	18
2.1.1. Les déterminants de la santé	19
2.1.2. La santé publique.....	21
2.2. Le système de santé en France	23
2.3. Le réseau, un support d'interaction	24
2.3.1. La rencontre de l'éducation et la santé par le partenariat	25
2.4. Qui sont les acteurs de la santé en France	27
2.5. L'intervention politique et publique en santé	27
2.5.1. Le territoire dans l'intervention publique	29
2.6. La coordination : une fonction émergente dans la réorganisation du système de santé	29
3. Les politiques publiques : un outil facilitateur pour la mise en place d'actions communes ?	31
3.1. Les politiques publiques un levier pour l'interaction des systèmes de santé et d'éducation	31
3.1.1. Le rôle des politiques publiques	31
3.1.2. La décentralisation : le renforcement du partenariat.....	32
3.2. Des dispositifs nationaux	34
3.2.1. Stratégie nationale de santé	34
3.2.2. Le Parcours Educatif de Santé : un axe du Comité d'Education Santé et à la Citoyenneté	34
3.2.3. Label Cité Educative	35
3.3. Des dispositifs régionaux	36
3.3.1. Les Agences Régionales de Santé	36
3.3.2. Les Contrats Locaux de Santé (CLS)	37
3.3.3. Les conventions de partenariat entre ARS et Rectorat.....	38
3.4. Des dispositifs locaux	39
3.4.1. Exemple : la Direction de Santé Publique d'Angers	39
3.4.2. Actions de santé locale	40
a) Intervention bucco-dentaire avec la Ville d'Angers.....	40
b) Le Label Cité Educative	41
4. Construction de mon projet d'enquête	42
4.1. La genèse de mon projet	42
4.1.1. Des questionnements de terrain	42
a) Des pistes non-engageables	43
b) Un stage comme lieu d'observation	43
c) Un questionnaire pertinent et validé	44
d) Ma recherche bibliographique	44
4.2. Problématisation du sujet	45
4.2.1. Questionnements généraux	45
4.2.2. Potentielles voies de développement.....	46

4.3.	Phase de test de ma méthodologie d'enquête	47
4.3.1.	L'entretien semi-directif.....	47
	a) Rencontre d'une infirmière scolaire	48
	❖ Analyse du contenu des réponses	48
	b) Rencontre d'une coordinatrice de Programme de Réussite Educative	50
4.3.2.	Questionnaires	51
	a) Questionnaire à destination de professeurs des écoles	51
	b) Questionnaire à destination de parents d'enfants scolarisés	53
	c) Questionnaire à destination de professionnels de santé	53
4.3.3.	L'observation.....	54
	a) Observation libre.....	55
4.3.4.	L'évaluation des politiques publiques	55
4.3.5.	Recueil de données existantes.....	57
	Conclusion.....	58
	BIBLIOGRAPHIE.....	60
	SITOGRAFIE	62
	ANNEXES.....	64

Introduction

C'est lors de mon expérience en tant qu'assistante d'éducation que j'ai réalisé mon engouement pour toutes les questions liées à l'éducation des enfants, notamment l'éducation dans le milieu scolaire en France. Mes deux années passées en tant qu'assistante d'éducation m'ont permis d'accompagner quotidiennement des élèves aux profils différents, d'environnements lointains et pourtant réunis dans ce même lieu qu'est l'école. Au fil de mes échanges et de mes observations sur le terrain, j'ai souhaité approfondir le sujet de la santé et l'école.

« Cet enfant a des capacités mais lorsqu'il arrive à l'école le matin, il n'a pas d'énergie, il ne prend pas de petit déjeuner ». « Il est proche de l'écriture malheureusement il aurait besoin d'aller voir un psychomotricien mais ce n'est pas simple ». « Cet élève est souvent absent, il est toujours malade ». « Cet élève ne me semble pas en forme ». Ce sont ces paroles qui ont soulevé bon nombre de questionnements en moi, interpellant cette liaison, cet échange entre ces deux mondes que sont la santé et l'école.

Ce mémoire se structure autour d'une étude bibliographique sur la santé et l'école publique. J'ai choisi de porter mon intérêt sur les établissements publics uniquement et sur les rapports éducation et santé des enfants scolarisés à l'école élémentaire et au collège. Les propos qui seront utilisés dans cette recherche sont issus de moteurs de recherches en sciences humaines et de sites officiels du gouvernement.

« L'école est de nos jours une des institutions les plus prospères » (O. Reboul, 2010), elle propose un accompagnement unique par « son enseignement fondamental, identique pour tous les enfants » (ibid). Le système éducatif français, « principalement administré par l'Etat et les collectivités locales » (M. Vasconcellos, P. Bongrand, 2013) repose sur une organisation hiérarchique héritée du modèle de l'Ancien Régime (ibid) qui propose des programmes nationaux définis par le Ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement Supérieur (ibid). Pour autant, l'Éducation nationale sait se saisir de cette méthode de travail qu'est le partenariat. La circulaire de rentrée de 2016 insiste en outre sur « mettre en place des partenariats locaux avec les collectivités territoriales et le tissu associatif ». Le projet du partenariat s'appuie non seulement « sur un territoire, un temps d'action mais vise un maillage, un échange d'informations voire une mise en commun confiante pour travailler ensemble » (P.Gazo, Conseiller Principal d'Education). Quid du travailler ensemble avec le domaine de la santé.

Le système de santé en France est aussi un espace fortement organisé (Loi Hospitalière de 1970 et la création de la carte sanitaire ; mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en 1984 ; Régionalisation d'instances sanitaires avec les schémas régionaux d'organisation des soins 1991, loi Hôpital Patients Santé Territoires 2010, Loi de Santé 2016) (Jeanne-Marie Amat-Roze, 2011). La territorialisation de l'action sanitaire et la multiplication des lois de santé en sont la preuve. J'aimerais à travers ce mémoire, pouvoir aborder ces deux systèmes ; tant dans leurs organisations structurelles que sur leurs aspects plus conceptuels. Comment sont-ils représentés à travers les lieux, les espaces, les territoires. Le système éducatif et le système de santé, nationalement organisés, cohabitent sur un même territoire mais parviennent-ils à se rencontrer ?

La réussite scolaire, l'un des objectifs principaux de l'école dépend de nombreux facteurs. L'environnement familial, la culture, le capital social sont autant d'éléments qui viennent soutenir ou bouleverser cette réussite. La santé est elle aussi confrontée à ces éléments variant d'individus à d'autres et apparaît alors comme un des facteurs de réussite chez l'enfant. Rappelons la définition que nous donne l'OMS de la santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé n'est plus l'affaire unique des professionnels spécialistes de santé, ou bien dans le sens inverse devrions nous considérer davantage de métiers comme acteurs en santé. La santé physique, mentale, sociale et le bien-être sont des états d'être interdépendants, liés et impactés quotidiennement par notre environnement de vie. À l'école, on nommerait cela le climat scolaire ou le bien-être à l'école entre autres.

Jackie Green (1984), Keith Tones (1994) et Jean-Claude Manderscheid (1996) nous permettent d'admettre que le milieu scolaire joue un rôle considérable sur la détermination des comportements de santé et sur l'état de santé des jeunes et futurs adultes. Aussi simple que cela puisse paraître, l'éducation et la santé sont liées et ont une influence décisive l'une sur l'autre. En effet, Jourdan déclare que « les questions de santé ne peuvent être étrangères à qui s'intéresse à l'éducation des êtres humains ». En 2005, Leger partage une analyse du système éducatif en tant qu'acteur sur plusieurs des déterminants de la santé via trois domaines : « l'environnement physique et social de l'Ecole, le lien du système de soin et les apprentissages ».

Pour parvenir à comprendre davantage les rapports qui existent entre l'école et la santé, j'ai choisi de m'intéresser aux politiques publiques. L'éducation et la santé faisant toutes deux parties de systèmes publics bien balisés. Je souhaite aborder la question des interactions entre ces deux domaines à travers les programmes d'actions publiques. La construction de ces deux systèmes permet-elle une sorte de souplesse de rencontre. Existe-t-il des programmes de soutien favorisant le travail commun entre les acteurs de l'éducation et les acteurs de la santé ? Avons-nous besoin de plus de coordination entre ces deux systèmes ?

Il a été difficile de me positionner sur ce seul sujet et d'aborder uniquement ce problème à travers les politiques publiques. J'ai d'abord eu un intérêt pour des questions très terre à terre en lien avec mes observations de terrains, puis je me suis intéressée aux inégalités sociales de santé sur les territoires. La promotion de la santé, l'éducation à la santé ont aussi été des sujets vastes et attirants pour mes recherches. Toutefois j'ai su trancher et définir le niveau d'entrée par lequel je souhaitais appréhender cette recherche pour cette année : les politiques publiques.

Ce mémoire a pour but de vous présenter dans un premier temps les deux systèmes que sont l'école et la santé afin de comprendre leurs complexités et leurs organisations. Il semble important pour moi de réaliser l'ampleur organisationnelle des deux systèmes ainsi que les représentations sociales qu'ils dégagent. Dans un second temps, j'étudierai de manière plus théorique les enjeux de coordination et de travail partenarial afin de les envisager sur notre objet d'étude : l'interaction entre la santé et l'éducation. Ces éléments seront illustrés dans une troisième partie reprenant certaines politiques publiques actuelles pouvant permettre une rencontre entre la santé et l'éducation, ce à plusieurs échelles pour se rendre compte de l'impact du territoire. Enfin, je partagerai mes tests de méthodologie d'enquête, qui me permettront de dresser mon projet d'enquête pour l'année prochaine et qui questionneront la portée des politiques publiques selon le territoire, selon les rôles et

les fonctions des acteurs ainsi que le système auquel ils appartiennent. Pour ce faire, diverses méthodologies d'enquête seront présentées tels que des entretiens semi-directifs, des questionnaires, des observations de terrains, de la recherche théorique.

1. L'école : un espace complexe

Le système d'enseignement français est une histoire marquée par de grands principes inspirés de la Révolution de 1789, des lois de 1881¹ et 1889² et de la Constitution de 1958. L'enseignement est un service public soumis au contrôle de l'Etat. Ce sont la gratuité, la neutralité, l'obligation scolaire et la laïcité de nos établissements publics qui marque l'empreinte française de nos écoles aujourd'hui.

L'école est un système qui mérite d'être étudié dans ce mémoire afin de comprendre comment ce dernier fonctionne. Ce lieu qu'est l'école, est un espace essentiel dans la vie des enfants en France, notamment du fait de l'obligation scolaire mise en place et par le temps passé. En 2017, l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) publie un rapport « Regards sur l'éducation » recueillant des statistiques nationales et déclare qu'en moyenne les élèves passent 8104 heures en classe par an, que ce soit au collège ou au primaire.

Ma démarche de recherche commence avec une analyse de ce que l'école est, de ce qu'elle représente et de ce qui la compose. L'objectif est d'éclaircir l'image de l'école et son fonctionnement pour ensuite tenter de comprendre comment il est possible d'interagir, de cotravailler, avec l'école.

1.1. Une institution à part entière

1.1.1. Un espace complexe et délimité

L'école est un « établissement où l'on donne un enseignement collectif général » (Larousse). L'école est un lieu à part entière faisant partie intégrante de la vie de ceux qui côtoient cette institution. En France, c'est 12 393 400 élèves (site de l'Éducation nationale) qui fréquentent les écoles primaires, les collèges ou les lycées. Phillipe Riutort (2004) définit l'école comme « le résultat d'un ensemble de projets, édifiés notamment par l'Etat, visant à édicter des normes sociales et à les imposer à un moment où l'individu est jugé plus malléable. »

Si l'on observe un établissement scolaire en France, on peut facilement voir certaines caractéristiques partagées par tous les établissements scolaires : le nom de l'école, un portail délimitant le périmètre de l'école, une cour de récréation fermée, le drapeau de la France, des élèves, des professeurs... Leïla Frouillou distingue « une standardisation des constructions (planification, fiches techniques, normes techniques et financières) » des écoles. Dans les années 60-70, Pierre Berrier (cité par Marie-Claude Derouet-Besson, 1998), urbaniste participant à la construction des établissements de l'Éducation nationale, a mis en place une architecture ouverte de l'école pour créer davantage de liens avec son environnement (le quartier). Inspirés de l'évolution anglo-saxonne, les établissements ayant « une place prévue dans l'enceinte de l'établissement tout en faisant partie de l'espace public » ont été dénoncés. « Les principaux et les intendants ont fait remarquer qu'il était impossible de contrôler

¹ Loi du 16 juin 1881 relative aux titres de capacité de l'enseignement primaire : gratuité et obligation scolaire

² Loi du 10 juillet 1889 « loi Jospin » d'orientation sur l'éducation

un établissement dont les limites n'étaient pas matérialisées » (Derouet-Besson, 1998). « Peu à peu des grilles ont séparé l'espace scolaire de l'espace public » (ibid) et marque aujourd'hui, selon moi, une réelle différenciation des espaces, visuellement et psychologiquement. Je ne remets pas en cause l'aspect sécuritaire et pratique de l'organisation spatiale de l'école – la place de l'école dans l'environnement – toutefois je m'interroge sur l'impact émotionnel de la forme. Même si, selon Leïla Frouillou, la conception des établissements scolaires français se veut « d'assurer une relation fluide entre l'intérieur et l'extérieur » et de « favoriser le contact parents/enseignants aux moments des sorties ».

Non seulement l'école représente un espace en elle-même, que l'on peut aussi définir par le concept de lieu, mais elle possède également des espaces internes ayant chacun des fonctions particulières quelques fois détachées du monde environnant ou au contraire s'en rapprochant. L'école est un « espace fonctionnel » (L. Frouillou) qui permet de « concevoir le cadre spatial comme un support privilégié d'expérimentation, de découverte, d'apprentissage et d'expression ».

J'aimerais toutefois développer l'idée que l'école est à décrire en tant qu'espace clos reposant sur des règles et des codes sociaux qui lui sont propres et ne permettant pas toujours une perméabilité avec l'extérieur, avec son environnement, bien que les politiques publiques actuelles appuient ce type de démarche (les stages en entreprise prévus dans les programmes pour les classes de 3^{ème}, l'implication de la ville dans l'organisation des activités parascolaires des écoles élémentaires, etc.)

Izabel Galvao cite François Dubet pour marquer « cette coupure entre l'espace scolaire et le monde comme un principe constitutif de l'Ecole républicaine ».

Nommer l'espace de l'école, c'est aussi prendre en considération les différents espaces que composent l'école en son sein. En effet, l'aménagement d'un tel lieu se questionne dans la mesure où l'utilisation de ces espaces peut avoir des répercussions directes sur l'usage de ce dernier et de sa vocation, ici pédagogique. Marie-Claude Derouet Besson s'intéresse à ce sujet et nous livre un ouvrage nommé « Les Murs de l'école » en reprenant l'historique des constructions d'établissements et en s'interrogeant sur la relation espace/pédagogie.

Vincent Veschambre et Fabrice Ripoll (2000, 2010) s'accordent à déclarer que l'espace est une dimension du sociale, il n'est ni un concept, ni un objet autonome. Ainsi à travers l'espace qu'est l'école, on étudie le social. C'est à travers cette définition, que les termes « dans l'école » et « hors école » prennent leurs sens. La conception du lieu de l'institution scolaire, l'école, mène vers une définition marquée des frontières de cette structure, qui pourtant tentent de disparaître ou du moins de s'atténuer aujourd'hui (notamment avec la conduite de projets prenant place en dehors des murs de l'école ou en partenariat avec des professionnels ne faisant pas partie du corps enseignants). Historiquement, l'école est un lieu fermé et finement organisé par les professionnels de l'intérieur, j'entends par « intérieur » les professeurs, les instituteurs et les directeurs.

Aujourd'hui, l'Éducation nationale prévoit tout un volet axé sur le partenariat, décrit comme une valeur ajoutée pour l'institution. C'est le contexte de décentralisation et de contractualisation qui permet ou impose cette

méthodologie de travail. L'implication de services extérieurs via le partenariat avec l'Éducation nationale permet « de s'appuyer d'autant plus sur le territoire, sur un temps d'action et vise aussi un maillage, un échange d'informations voire une mise en commun confiante pour travailler ensemble » (P. Gazo, 2018). En ce sens, « la finalité du projet est bien de résoudre un problème qui se pose à différentes institutions qui partagent les mêmes valeurs » (ibid).

Marie Duru-Bellat, sociologue, analyse l'école « comme une institution, c'est-à-dire comme un réseau de positions, qui préexistent aux acteurs, organisées de telle sorte que s'y accomplissent des fonctions sociales plus vastes, notamment de socialisation, de préparation au monde du travail et d'intégration sociale ³ ». (Duru-Bellat & al, 2018). Les fonctions de l'école ne se résument pas aux phénomènes internes de ce milieu, ce sont aussi « les phénomènes qui prennent place en dehors d'elle, dans le contexte local ou dans d'autres instances de socialisation comme la famille » (ibid). Ainsi, si l'on s'attache à la définition de Marie Duru-Bellat, il est clair que l'école n'est pas une entité détachée du reste du monde. L'institution représente un nœud d'interactions de différents acteurs, groupes et individus dans des objectifs communs que sont la socialisation, la préparation au monde du travail et l'intégration sociale. L'accomplissement de ces finalités se traduit par une cascade d'interrelations : l'éducation, la famille, la santé, l'économie, le bien-être. Cependant, l'existence de finalités communes justifient-elles suffisamment la création de dynamiques entre les différentes essences de la vie que sont la famille, la santé, l'éducation et l'économie ?

1.1.2. Le lieu : l'école

Le lieu est un concept géographique qui « renvoie non seulement à une matérialité mais aussi à des processus d'interactions situés dans l'environnement physique, construit, social. » (Lefebvre cité par Anne-Cécile Hoyez, Clélia Gasquet-Blanchard, 2019). Lorsque l'on nomme un lieu cela « renvoie à la dimension humaine, collective ou individuelle, et reflète aussi bien l'identité du lieu que celle des personnes qui y vivent où y transitent. » (ibid). L'école est le lieu de rencontre entre les élèves, les professeurs et le savoir.

Il est important de définir ce qu'est le lieu afin de comprendre ce que l'école peut représenter en tant que lieu à part entière. Ma recherche m'amène à distinguer ces différents lieux qui composent notre quotidien, et qui, étant donné leurs spécificités peuvent créer des sortes de frontières entre eux, entre les individus affiliés à ces lieux. La question de l'interaction entre la santé et l'éducation peut tout à fait se poser par le concept de lieu. Il serait tout à fait envisageable de pouvoir enquêter sur la possibilité d'un lieu/d'un espace de rencontre entre l'école et la santé.

³ Duru-Bellat, M., Farges, G. & van Zanten, A. (2018). Introduction. Dans : , M. Duru-Bellat, G. Farges & A. van Zanten (Dir), *Sociologie de l'école: 5^e édition* (pp. 3-8). Paris: Armand Colin.

1.1.3. La notion de territoire à travers l'école

Inspiré des propos de Jérôme Prugneau, le territoire est défini « comme un morceau d'espace qui est approprié ». Le territoire est le produit d'un découpage institutionnel qui est : défini, délimité, dénommé. A l'intérieur de ce territoire s'exerce une autorité. Chaque territoire est investi par un groupe ou par un individu, on distingue le dedans et le dehors, l'ayant droit ou le non ayant droit. L'institution publique d'enseignement est aussi définie par un territoire ; son territoire d'action et de responsabilisation.

Cette notion de territoire se révèle également essentielle dans l'application des politiques publiques aujourd'hui. Le système étatique dans lequel nous vivons est construit sur différents niveaux d'échelles, définissant des territoires (le pays, la région, le département, la commune ect...). Chaque secteur dispose d'un maillage territorial impactant actions, initiatives et décisions. La carte scolaire, « un ensemble de dispositifs qui visent à définir l'offre scolaire publique et à traiter la demande éducative des familles » (J-P. Obin, A. Van Zanten, 2010), mise en place par le Ministère de l'Éducation nationale illustre cette territorialité du système éducatif. Ce point organisationnel qui se rattache au phénomène de sectorisation, où chaque établissement se voit attribuer un secteur géographique de recrutement bien délimité par l'administration, fut impulsé par l'Etat par la circulaire de 1963 (ibid). Ce découpage distingue « trois types de secteurs : mixte à forte concentration urbaine, mixte (10 000 habitants/600 élèves) et rural (6 000 habitants, 400 élèves) » (site de geoconfluences). Toutefois, cette carte scolaire décrite comme un levier de mixité sociale pour Claude Lelievre, connaît des remaniements. En 1987, René Monory, ministre de l'Éducation nationale assouplit la carte scolaire pour permettre un « libre choix ». En 2013, la notion de mixité sociale apparaît enfin dans la loi de refondation et de programmation de l'école de la république et redessine l'usage des secteurs de recrutements (C. Lelievre ,2015). La réforme du collège de 2016 élargit les secteurs de recrutements pour plus d'hétérogénéité dans les profils au sein des établissements, elle dépend toutefois de la volonté des conseils départementaux.

Le territoire scolaire représente deux choses selon Bruno Garnier⁴ : l'espace matériellement occupé par l'école (en relation avec l'environnement géographique, urbain, périurbain, rural, économique et social) et l'espace fonctionnel (par sa fonction éducative). Cependant « la définition du territoire symbolique de l'école n'implique pas une séparation totale avec le territoire géographique, économique ou social qui en constitue l'environnement physique » (ibid). Dès lors, l'école est en lien avec l'environnement dans lequel elle est implantée : les institutions locales, les associations, les services de l'état ...

Choukri Ben Ayed (2018) complète la définition de Bruno Garnier en décrivant les relations entre éducation et territoire comme « un ensemble de problèmes hétérogènes dans des domaines aussi divers que l'action scolaire

⁴ Garnier, B. (2014). Territoires, identités et politiques d'éducation en France. *Carrefours de l'éducation*, 38(2), 127-157. doi:10.3917/cdle.038.0127.

culturelle et sociale, l'animation socio-éducative, l'insertion, la prévention de la délinquance, etc ⁵». L'éducation et le territoire interagissent à travers les ensembles d'acteurs, les institutions, les politiques publiques. De fait, l'école définit l'espace social dans lequel elle est assimilée, lui conférant ainsi des moyens et des opportunités spécifiques.

Raffestin définit le territoire comme « un espace informé par les systèmes de représentation. Cet espace est façonné par les représentations des individus et les collectifs. L'espace est aussi la représentation du territoire, de l'espace et des gens qui le peuplent. L'espace est une construction mentale qui repose sur du concret et qui crée le concret. » Que l'on soit élève, professeurs, parent d'élève ou simplement passant, nous avons une image de l'école, une représentation de ce qu'elle est, de ce qu'elle peut être ou de ce qu'elle n'est pas. L'école représente le territoire sur lequel elle est implantée. Selon le lieu d'habitat, un enfant est assigné à un établissement. Pour les parents et les enfants, c'est peut-être une première prise de conscience d'appartenance à tel quartier, telle ville. Il y a d'ailleurs souvent débat quant aux choix de l'école pour ces enfants qui normalement dépend de la carte scolaire.

Selon Michel Denis⁶ (2016), « l'espace devient territoire à partir du moment où des pratiques collectives, un partage identitaire et des stratégies de contrôle régulent l'activité de ses acteurs ». L'école, par son organisation et sa vocation est un territoire. « Le territoire est une portion d'espace marquée par une spécificité (naturelle, administrative, politique, culturelle, linguistique...). La notion inclut une dimension d'identité sociale qui fait qu'à la réalité spatiale circonscrite par le territoire s'ajoute la valeur symbolique attachée au groupe humain qui le peuple et aux actions qui ont contribué historiquement à sa construction » (M. Denis, 2016).

Michel Denis cite Claude Raffestin dans « Petit Traité de l'espace » afin de préciser que le territoire est « un espace chargé de sens, auquel sont inhérentes les notions de pouvoir et de contrôle. » Il me semble que cet aspect de la notion de territoire est important dans cette recherche où nous abordons une interaction entre deux territoires, donc entre deux centres de pouvoir et de contrôle. Un approfondissement de la théorie des organisations et de l'action sociale serait un apport considérable pour explorer davantage notre objet d'étude.

S'il est question de territoire comme nous venons de le démontrer grâce aux propos de Michel Denis et Claude Raffestin, alors il convient de questionner la possible interface de ce territoire qui pourrait permettre une interaction avec une entité voisine. D'un côté le territoire de l'éducation, de l'autre le territoire de la santé, chacun possédant leurs modes de fonctionnement, leurs administrations, leurs groupes sociaux. « La notion de flux entre territoires » que Michel Denis décrit, peut-elle être assimilée à cette interaction que je recherche entre la santé

⁵ Ben Ayed, C. (2018). Éducation et territoire. Retour sur un objet sociologique mal ajusté. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 51(1), 15-35. doi:10.3917/lse.511.0015.

⁶ Denis, M. (2016). L'espace géographique. Dans : , M. Denis, *Petit traité de l'espace: Un parcours pluridisciplinaire* (pp. 29-46). Wavre, Belgique: Mardaga.

et l'éducation. « Les fonctions d'échange et de régulation avec une perspective potentielle d'interaction, voire dans, certains cas, de fusion entre les territoires » (Chapelon & Ensellem, 2008 par Denis, 2016).

1.1.4. Le partenariat comme support de l'interaction

Il existe plusieurs termes pour définir les rapports entre organisations, individus, collectivités. « Collaboration, concertation, coopération, réseaux, etc. » c'est l'idée de partenariat qui émerge selon Carol Landry et Brigitte Gagnon (1999)⁷.

Dans cet article sur la notion de partenariat et de collaboration, Carol Landry et Brigitte Gagnon reprennent une analyse étymologique du terme. Partenariat, « tire son origine du mot partenaire » et « suggère un rapport antagoniste, l'éventualité d'un conflit, l'obligance ou la nécessité d'un compromis ». Issu du 18^{ème} siècle, en anglais « partner » signifie « allié, associé ».

« D'une altération de l'ancien français parçonier qui renvoie à la propriété individuelle et de parcion qui fait référence au partage du butin. Il retient aussi du latin partitio et partitionis qui signifient partage, séparation et division. Ainsi, le mot partenariat exprime simultanément l'avec et le contre, l'association et la division » (ibid).

Le Larousse définit le mot partenariat comme un « système associant des partenaires sociaux ou économiques, et qui vise à établir des relations d'étroite collaboration ⁸ ». Landry, Anadón et Savoie-Zajc (1996) complètent leurs propos en stipulant que « les collaborations et le partenariat se situent à l'interface du relationnel et du consensuel, qu'on peut finalement placer dans le champ plus vaste de la culture de la proxémie, c'est à-dire de la propension des êtres ou des organisations à se rapprocher, dans un espace et un temps donné, pour se solidariser face à des problèmes ou à des objectifs qu'ils ont en commun. » (ibid)

Pour résumer leurs propos sur le partenariat, Landry et Gagnon définissent deux types de partenariat. Un premier axé sur le champ de l'économie avec des connotations financières et stratégiques et tirant les traits de la mondialisation et de la globalisation. C'est le partenariat considéré comme « une solution qui permet de contrer les disparités économiques, culturelles, sociales, éducatives entre différents groupes confrontés à une certaine homogénéisation (Conseil supérieur de l'éducation, 1995) » (ibid) qui appelle notre attention. Il convient d'ajouter que « cette nouvelle forme de rapports interindividuels, de façons de « travailler ensemble », implique toutefois, dans sa réalisation, de nouveaux jeux d'acteurs. On négocie le partage des rôles et des tâches afin d'atteindre les objectifs visés par les acteurs en présence. » (ibid)

Nous sommes d'accord avec Landry, Gagnon (1999) et Zarifian (1997) pour définir le partenariat comme une démarche, un processus permanent de négociation de co-construction de connaissances entre des acteurs qui

⁷ La collaboration et le partenariat dans la recherche en éducation Volume 6, numéro 2, 1999

⁸ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenariat/58354?q=partenariat#58003>

assemblent leurs ressources et énergies dans une cause commune, reconnaissant ainsi leur interdépendance et solidarité, mais cherchant aussi à protéger leur identité collective et individuelle.

Je souhaite compléter cette définition par les propos simples et concrets de Philippe Gazo, définissant le partenariat comme « un moyen et non une fin, il s'appuie non seulement sur un territoire, un temps d'action mais vise un maillage, un échange d'informations voire une mise en commun confiante pour travailler ensemble. La finalité du projet est bien de résoudre un problème qui se pose à différentes institutions qui partagent les mêmes valeurs ».

Le partenariat est aussi invoqué lorsque « les travailleurs sociaux interviennent dans des dispositifs et des projets de développement local ouverts à des « innovations sociales » : recherches-actions et partenariats locaux qui apportent des réponses aux problèmes sociaux induits par les mutations économiques en cours » (Blanc, 2016) L'idée étant de collaborer avec des acteurs appartenant à d'autres professions et à d'autres institutions.

Selon Blanc, on peut distinguer deux types de logiques partenariales ou de « sollicitations partenariales » :

- Venant « d'en haut » (*top down*), l'injonction au partenariat exige du travail social qu'il s'associe à des acteurs extérieurs à sa culture et à son champ (dans sa définition restrictive) : la police, la justice, l'école, l'entreprise, etc.
- Venant « d'en bas » (*bottom up*), le partenariat est une aspiration à sortir du travail social individuel et réparateur, car il traite les symptômes, alors qu'il faudrait agir sur les causes profondes des problèmes sociaux, qui relèvent d'interventions économiques, politiques et/ou culturelles.

La construction d'un partenariat permet un rapprochement des professionnels d'horizons différents sur des questions qu'ils partagent. Le rapprochement d'acteurs exerçant sur des territoires différents, dans des systèmes différents, est concevable via le partenariat (qui demande probablement à être soutenu). Les instances publiques sont des acteurs pouvant permettre et soutenir le partenariat. L'Agence Régionale de la Santé des Pays de la Loire propose dans son Projet Régional de Santé 2018-2022 un axe stratégique nommé « des acteurs coordonnés dans les territoires pour mettre fin au parcours d'obstacles ». C'est en développant « des dispositifs et outils rendant lisibles l'offre de promotion de la santé, de prévention et d'éducation thérapeutique du patient » et en « favorisant les lieux d'échange et d'intégration des acteurs du territoire ».

Les dispositifs et les directives nationales tels que le Label Cité Educative ou les Contrats Locaux d'Accompagnement à la Scolarité sont des sollicitations partenariales « venant d'en haut » (ibid) tandis que les mises en œuvre locales et éparées dépendent davantage de la volonté des acteurs du territoire « venant d'en bas » (ibid).

1.1.5. Le système scolaire français

La majorité des informations qui vont suivre sont issues du site de l'Éducation nationale du gouvernement puisque le système scolaire français est organisé autour de ce ministère. Je souhaite développer une partie sur l'aspect organisationnel du système scolaire français puisqu'il est, selon moi, déterminant dans les possibilités d'actions

et d'initiatives des acteurs de ce système. L'Éducation nationale est de ce fait à l'origine des dispositifs mis en place.

Le Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse est en charge des missions nationales d'enseignement, d'éducation, de la jeunesse et de la vie associative. Les compétences principales du Ministère de l'Éducation nationale sont « la définition des voies de formation, la fixation des programmes nationaux, la délivrance des diplômes, le recrutement et la gestion des personnels, le contrôle et l'évaluation des politiques éducatives. »

L'école en France respecte quatre grands principes que sont : la gratuité, la neutralité, la laïcité et l'obligation scolaire. Ces principes n'empêchent toutefois pas l'existence d'inégalités sociales d'accès et de réussite à l'école. Baudelot et Establet (2009)⁹ décrivent la France comme « un pays des grands écarts ». En effet, il y a une proportion importante d'élèves de niveaux faibles dont les performances tendent à régresser davantage depuis 2000 (Observatoire de la Jeunesse et des politiques de jeunesse, para. 2). A cela s'ajoute « le poids de l'origine sociale sur la réussite scolaire (inégalités des chances) » (ibid).

Les compétences de l'Etat sont décentralisées au niveau des régions, des départements et des communes en fonction du type d'établissement à gérer. Les lycées sont sous la tutelle des régions, les collèges celle des départements et les écoles primaires sont gérées par les communes. Cette organisation reflète la multiplication des interlocuteurs possibles selon le type d'établissement scolaire concerné ainsi que la région dans laquelle il est implanté.

a) Le découpage territorial du système scolaire français

Le système scolaire français est organisé à l'échelle nationale via le Ministère de l'Éducation nationale. S'en suit un découpage territorial établi par les différentes académies. On compte 30 académies, créant ainsi 18 régions académiques¹⁰ pour assurer les politiques publiques de l'Éducation nationale (Annexe 1 Découpage territorial des académies en France). Certaines académies sont jointes. Dans chacune des régions est nommé un recteur qui a pour rôle de garantir l'unité et la cohérence de la parole de l'Etat. Cette structuration du territoire est le reflet de l'organisation hiérarchique forte du système (Annexe 2 Organigramme du rectorat Région Pays de la Loire).

Au sein des académies, on retrouve des directions des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN). Les DSDEN permettent « d'assurer le pilotage de proximité des établissements et la mise en œuvre des réformes pédagogiques tout en répondant aux contextes territoriaux et aux attentes des usagers, et des partenaires locaux. »

⁹<http://observatoire-reussite-educative.fr/problematiques/inegalites-scolaires-et-educatives/publications-ressources/ecole-et-inegalites-1/ecole-et-inegalites-1>

¹⁰<https://www.education.gouv.fr/les-regions-academiques-academies-et-services-departementaux-de-l-education-nationale-6557>

Au niveau départemental, la stratégie académique est relayée par l'inspecteur d'académie aussi nommée IA-DASEN (Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale). Il représente le recteur d'académie à l'échelle du département (Annexe 3 Circonscription d'Inspection de l'Éducation nationale (Nantes et agglomération) Annexe 4 Circonscription du 1er Degré Maine et Loire rentrée 2017, Annexe 5 Circonscriptions DSDEN Sarthe, Annexe 6 Circonscription d'inspecteurs de l'Éducation nationale en Mayenne, Annexe 7 Circonscriptions Premier Degré de la Vendée).

Sur le territoire, ce sont les écoles primaires et établissements scolaires tels que collèges et lycées qui sont les lieux de contact principaux entre l'Éducation nationale et les familles. Ces établissements sont dirigés par des chefs d'établissements et des directeurs d'écoles.

Le système scolaire français est doté d'un fort maillage territorial donnant lieu à une déconcentration de l'administration ministérielle, répartie sur le territoire et organisée en services académiques. C'est la constitution même d'un système. Par ailleurs, la multiplication des territoires et des lieux de compétences peut être source de complexité dans la communication, rendant les collaborations et les partenariats particuliers.

b) La collaboration : un aspect primordial dans la qualité de l'intervention

L'analyse que nous partage Marie-Andrée Poirier, Claire Chamberland, Harriet Ward sur l'importance de la collaboration entre les intervenants peut être transcrite à mon sujet. Brown et Calder (2000) ont réalisé une étude identifiant les résultats suivants : une meilleure collaboration entre les intervenants impliqués (dans le placement) a un impact positif sur la qualité de l'intervention.

Selon Marsh (1993), « le concept théorique de collaboration dans des pratiques quotidiennes peut s'avérer complexe ».

L'étude que nous présentent Poirier, Chamberland et Ward définit « l'ensemble des adultes qui entourent l'enfant (...) comme un système ». L'approche systémique nous permet d'accéder à « une vision interactionniste de la conduite de chacun des acteurs » (Minuchin et al., 2000 par Poirier et al., 2006). Dans cette étude, le sujet traité (qui est le placement d'un enfant) est « déterminé en grande partie par le jeu interactif de ce système complexe » (Cyrillo, 1988 par Poirier et al., 2006).

Les interactions des différents intervenants sont associées au mésosystème « qui définit la nature et l'étendue des liens entre les différents niveaux du système » (Bronfenbrenner, 1979 par Poirier et al., 2006).

Si nous souhaitons continuer notre recherche avec une analyse des interactions entre les différents niveaux de système que sont la santé et l'éducation, alors il serait nécessaire d'aborder « la communication, la réciprocité et l'équilibre du pouvoir » (Bronfenbrenner, 1979 par Poirier et al., 2006).

Par ailleurs, une analyse systémique des relations pourrait nous apporter des éléments de réponse sur l'interaction des acteurs, avec comme support les dispositifs publiques.

1.1.6. La territorialisation du système éducatif

La place accordée au territoire est de plus en plus importante et se reflète dans les politiques éducatives des dernières décennies. Au-delà « des apparences gestionnaires (la décentralisation) et technocrates, cette évolution implique aussi un déplacement de perspective considérable dans la façon dont nos sociétés conçoivent l'éducation » (Cortesero, 2018). En ce sens, l'école n'est plus « un centre abstrait, impersonnel » mais elle est aujourd'hui « organisée autour de nouvelles réformes davantage en lien avec son environnement, son territoire » (ibid). C'est cet aspect dont nous devons nous saisir dans cette recherche. D'où par exemple, la mise en place de « projets éducatifs de territoires »¹¹. Comme l'explique Cortesero, « l'émergence du territoire et du local dans la sphère des politiques éducatives introduit une rupture avec les logiques antérieures ».

Les relations entre éducation et territoire sont multiples : il y a des enjeux de gouvernance éducative. On peut distinguer deux référentiels : l'un centré sur les enjeux de l'action publique territoriale, le second sur les dimensions éducativiste, qu'implique un rapprochement entre éducation et territoire (Choukri Ben Ayed, 2018). Il y a deux versants à considérer ; le système éducatif en tant que territoire lui-même et le territoire comme support pour le système éducatif, ce sont notamment les recherches sur le *territoire apprenant*. La territorialité de l'action éducative soulève quoiqu'il en soit « des enjeux en matière d'égalité nationale et d'efficacité » (Broccolichi, Ben Ayed et Trancart, 2010 ; Dupuy, 2012 ; Mons, 2007, cité par M. Vasconcellos, 2013)

Dans ce mémoire, nous nous focaliserons sur la dimension du territoire comme support de l'action publique et des politiques d'éducation. Bien que la notion de territoire apprenant soit tout à fait intéressante et attrayante.

La modélisation du territoire de l'éducation modifie les modalités de contrôle et d'administration de l'action éducative. Le monopole ancien de l'Éducation nationale est remis en cause. La frontière de l'école s'adoucit peu à peu et laisse place à des dispositifs éducatifs en dehors de l'école (Barrère, 2013). Le cadre de l'Éducation nationale le permet et c'est ce que l'on retrouve notamment avec les actions d'éducatrices prioritaires ou le traitement de la difficulté scolaire : les Programmes de Réussite Educative, le Label Cité Educative, les associations de quartiers, les Fédérations... Cette ouverture de l'école vers les dispositifs extérieurs est un levier idéal pour ouvrir le champ d'action partenarial et stimuler les interactions.

L'idée de « déclin relatif du monopole de l'Éducation nationale » (Van Zanten, 2001 cité par Choukri Ben Ayed, 2018) permet « l'émergence de nouveaux acteurs de l'action éducative : collectivités locales, entreprises, champ associatif, autres services de l'état » (Choukri Ben Ayed, 2018). L'institutionnalisation de l'action éducative locale en est que plus forte. Duterqc a mené des recherches sur les politiques éducatives territoriales en 2000 et ces

¹¹ Une démarche permettant aux collectivités territoriales volontaires de proposer à chaque enfant un parcours éducatif cohérent et de qualité avant, pendant et après l'école, organisant ainsi, dans le respect des compétences de chacun, la complémentarité des temps éducatifs. Ce projet relève, à l'initiative de la collectivité territoriale compétente, d'une démarche partenariale avec les services de l'État concernés et l'ensemble des acteurs éducatifs locaux.

dernières ont montré « une plus faible prescription des politiques éducatives au niveau central et à une responsabilisation accrue des acteurs locaux ». La responsabilisation des acteurs locaux permet-elle plus de portée et d'initiatives ?

De nouvelles problématiques apparaissent à travers ces nouvelles formes organisationnelles : des enjeux de coordination et de régulation, ainsi que de contractualisation.

1.1.7. Qui sont les acteurs du système scolaire ?

Identifier les acteurs principaux du système scolaire en France, c'est pouvoir désigner les interlocuteurs possibles et comprendre les différents niveaux de décision qui existent. En date du 14 juin 2020, ces acteurs sont les suivants :

- Le Ministre de l'Éducation nationale : Jean-Michel Blanquer
- Les recteurs : les recteurs d'académie demeurent responsables de l'organisation des services de l'Éducation nationale dans leur académie, en cohérence avec les décisions prises en comité régional académique.
- Les inspecteurs d'académie
- Les Maires de commune
- Les chefs d'établissements et directeurs d'écoles
- Les professeurs et le personnel de direction.
- Les assistantes sociales, infirmières scolaires, médecins scolaires.

80% des effectifs sont dédiés à l'enseignement et 20% sont liés à l'éducation, l'orientation, la santé et le social, l'administration, la comptabilité, la gestion et les finances, la technique, la recherche et formation, les bibliothèques et l'encadrement.

Les médecins comptent parmi les professionnels de santé exerçant au sein de l'Éducation nationale. Leurs missions s'inscrivent dans « la politique de promotion de la santé en faveur des élèves et dans la politique générale de santé ». La démarche s'appuie sur « une identification des besoins et des demandes des publics pour construire et évaluer des actions en milieu scolaire avec l'ensemble de la communauté éducative ». L'Académie Nationale de Médecine publie un rapport rédigé par Pierre Bégué (2017) sur la médecine scolaire, décrivant la situation d'exercice des médecins scolaires et le nombre d'élèves à charge. Le rapport déplore « une diminution constante passant de 1400 médecins de l'Éducation nationale en 2006 à 1000 en 2016 » (Bégué, 2017). La répartition des professionnels pour le nombre d'élèves est quant à elle touchée par un déséquilibre fort « allant de 2000 à 46000 élèves pour un seul médecin de l'Éducation nationale » (ibid). Ce sont notamment « le manque de reconnaissance professionnelle et des mauvaises conditions matérielles » qui justifient le manque d'attractivité du poste. Ces chiffres se répercutent directement sur la performance de l'exercice : « Le taux des visites pour les élèves de 6 ans varie selon les régions de 0 à 90% : en moyenne 57% des enfants ont eu un examen de santé pratiqué par un médecin ou par une infirmière en 2015 » (ibid).

Extrait de la fiche Missions des Médecins de l'Éducation nationale¹² :

« Leur démarche clinique permet l'identification des difficultés rencontrées par les élèves, l'évaluation des situations pathologiques susceptibles d'entraver leur scolarité, notamment en cas de troubles des apprentissages et/ou des comportements, afin d'assurer l'orientation et la prise en charge adaptée, ainsi que le suivi en milieu scolaire.

Leur connaissance du système de santé et de leur territoire d'exercice et les liens qu'ils développent avec les acteurs du secteur sanitaire et médico-social doivent permettre de rendre plus efficaces l'orientation et la prise en charge médicales de l'élève suivant ses besoins. Ils exercent leurs activités en lien constant avec les familles. »

Les chiffres précédemment cités remettent en cause les énoncés concernant les missions et objectifs des professionnels de santé, émis par le Ministère de l'Éducation nationale. Il semblerait qu'il y ait une forte incohérence et un manque de réalisme entre les missions attribuées, les responsabilités données et la pratique possible sur le terrain au vu des chiffres (notamment nombre d'élève par professionnel). Ce constat est confirmé par l'avancée des chiffres de Bégué sur le pourcentage de visites médicales réalisés.

Les infirmiers comptent parmi les personnels sociaux et de santé. Ils sont « principalement affectés dans des établissements du second degré mais peuvent couvrir, dans un secteur d'intervention donné, les écoles et établissements d'enseignement secondaire ne disposant pas d'une infirmière en résidence ». La mission des infirmiers est de « participer aux actions de prévention et d'éducation à la santé auprès des élèves et des étudiants ». Au quotidien, « ils accomplissent les actes professionnels et dispensent les soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou dans le cadre du rôle propre qui leur est dévolu ». Par ailleurs, « ils assurent un accompagnement et un suivi personnalisé des élèves tout au long de leur scolarité ». En 2017, 7594 infirmiers sont comptés (Bégué, 2017) (Annexe 8 Nombre d'élèves par infirmier en France et DOM TOM en 2009).

Cette première partie qui apparaît très fonctionnelle est nécessaire pour comprendre l'objet de notre recherche. Avant de pouvoir envisager une rencontre des deux systèmes que sont l'éducation et la santé, il était nécessaire de les appréhender. « La description du système se fait : par l'analyse de sa structure interne et des relations entre ses éléments ; par la distinction de sous-systèmes ; par ses propriétés. Chaque élément possède une place et une fonction à l'intérieur du système et il entre en interaction avec d'autres éléments » (site de geoconfluences).

1.1.8. L'école : une institution bureaucratique

L'Etat joue un rôle fondamental dans l'établissement de l'école. Depuis toujours, il est le moteur et l'initiateur des directives de développement de l'école. Dans les années 1880 à 1960, c'est d'abord un « état éducateur » avec une fonction idéologiste qui souhaite faire entrer la jeunesse dans la raison et la nation, ce à travers l'école. A

¹² <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517120C.htm>

partir des années 1960, on assiste à l'émergence de « l'état développeur » avec la mise en place de l'obligation scolaire. L'objectif de l'école est alors lié à celui de l'économie et on forme la jeunesse en fonction des besoins économiques actuels. L'Etat Régulateur se met en place dans les années 1980 avec une uniformité du système. Il y a une centralisation des décisions et une standardisation forte. L'école est modernisée de différentes façons : les pouvoirs locaux sont impliqués, les écoles se lient à leurs environnements, les entreprises deviennent des modèles d'inspirations. Il est nécessaire que l'école s'ouvre vers l'extérieur et qu'elle considère les potentiels partenaires éducatifs. Par ailleurs, l'organisation s'en voit modernisée avec des inspirations libérales où l'on recherche efficacité et logique économique.

a) La bureaucratie

Les travaux de Philippe Riutort reprennent plusieurs objets essentiels de notre quotidien : la famille, l'école, l'Etat, la consommation, le travail ... « L'Etat, en tant qu'institution politique moderne, a directement partie liée avec le processus de rationalisation qui atteint l'ensemble des activités sociales et se traduit par l'apparition de nouvelles formes organisationnelles comme la bureaucratie » (P. Riutort, 2004). La bureaucratie et la centralisation se sont donc imposées à l'école, dans un contexte plutôt favorable dû à la massification de l'enseignement. Il existe un réel processus allant de l'organisation vers l'individu. Les objectifs sont clairs : assurer la mission de socialisation, faire passer des valeurs et des principes (F. Balluteau, T. Renaud).

« L'école est le résultat d'un ensemble de projets, édifiés notamment par l'Etat, visant à édicter des normes sociales et à les imposer ... » (P. Riutort, 2004)

Weber définit la bureaucratie comme « une forme de domination particulièrement adaptée aux sociétés modernes ; comme une direction administrative recrutant ses agents (les fonctionnaires) par nomination (contrat ou concours), sur la base de compétences professionnelles, rémunérés à cet effet selon des critères préalablement définis, insérés au sein d'une hiérarchie administrative et soumis à un contrôle de leurs activités, n'étant en aucun cas propriétaire de l'administration » (cité par P. Riutort dans Précis de Sociologie). L'école a adopté cette bureaucratie scolaire. C'est un modèle de domination qui établit des règles impersonnelles, des recrutements par compétences, une hiérarchisation des fonctions, une absence de propriété des moyens professionnels. L'avantage se tient dans la prévisibilité de l'action et la précision des tâches. Cependant ce pouvoir central, représenté par l'Etat, définit une ligne hiérarchique menant vers une homogénéisation de l'école, voir même une standardisation. En effet, chaque établissement suit les mêmes programmes, avec des professionnels ayant les mêmes diplômes (concours). La centralisation laisse place à une coordination réglée où la division du travail est forte. A cela s'ajoute un respect des procédures et des règles devenant l'objet de contrôle et outrepassant même l'efficacité.

Ce sont ces logiques bureaucratiques qui guident l'action de l'école et rendent la mise en place de partenariat compliqué. Les injonctions autoritaires de l'Etat et les tentatives d'autonomie des pouvoirs locaux ne semblent pas faciliter la démarche. Chaque action est fléchée et préalablement décidée par une ligne hiérarchique forte et un attachement aux programmes. Cela rend probablement la volonté d'actions communes, externes, partenariales, des acteurs de l'institution, complexe.

2. La santé : un enjeu d'intérêt collectif

Cette deuxième partie a pour ambition de décrire la santé et l'organisation de laquelle elle dépend. La définition de la santé a nettement évolué au cours des dernières décennies et elle englobe à présent de nombreux aspects de notre quotidien.

L'école est engagée dans cet élan de soutien et de maintien de la santé des populations. Cela se caractérise par des modifications des programmes, des aménagements de vocabulaire, des dispositifs spécifiques (Parcours Educatifs en Santé), des modules à thématiques (Education à la sexualité). Les services de l'état sont aussi engagés dans cette démarche à travers la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la prévention en santé.

Inspirée de la sociologie de Pierre Bourdieu, Anne Moulin (2004) définit le champ social de la santé par « ses acteurs et enjeux, normes et valeurs ».

2.1. La santé, c'est quoi ?

La définition que l'Organisation Mondiale de la Santé partage de la santé, rappelée en introduction, est complétée par divers points rappelant que « la santé est un des droits fondamentaux de tout être humain, que le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale et que les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leur peuple » (Charte d'Ottawa, 1986).

Ce faisant, la santé regroupe de nombreux aspects, englobant alors de nombreux corps de métiers. Les psychiatres pour la santé mentale, les médecins généralistes pour les maux du quotidien, les cardiologues pour les maladies cardiaques mais aussi les paysagistes urbains pour le bien-être au quotidien, les politiques pour la mise en place de système de santé efficace et de politiques publiques en santé...

La santé longtemps réservée aux disciplines biomédicales est maintenant abordée par nombre de disciplines tels que la sociologie, la géographie, l'économie etc. La santé ne relève pas d'un seul et unique domaine. « Chacun s'accorde maintenant pour affirmer haut et fort que la santé n'est pas la maladie ni l'apanage de la médecine et des...médecins. L'apport des sciences sociales vaut au moins autant que celui des sciences de la vie » (Picheral, 1995).

« En devenant l'affaire de tous, la santé peut être étudiée de façon plus « distanciée des faits ayant à voir avec les maladies et les intérêts du monde médical (...) en faisant une place plus grande aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé » (Kearns, Moon 2002 cité par Fleuret 2019). La santé peut être appréhendée non sans lien avec l'éducation et vice versa. La santé contribuant à la réussite scolaire et à l'inverse la réussite scolaire menant vers une meilleure santé notamment par le développement des compétences psychosociales, la littératie en santé. La relation éducation et santé s'illustre aussi via « la perception individuelle de son état de santé, l'obésité et l'espérance de vie » (ibid), Patrick De Broucker en fait son objet d'étude et étudie ses relations.

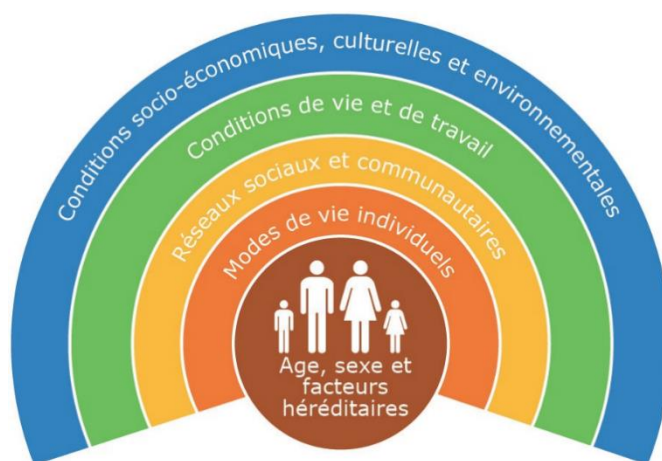
Afin de saisir les différents aspects de la vie qui influence la santé aujourd'hui. Il est pertinent de s'intéresser à ce que sont les déterminants de la santé.

2.1.1. Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (Organisation Mondiale de la Santé, 2020)¹³. Les circonstances reflètent « les choix politiques et dépendent de la répartition du pouvoir mis en place, de l'argent et des ressources disponibles à tous les niveaux (mondial, national et local) » (ibid).

Les déterminants de la santé représentent « l'une des principales causes des inégalités de santé. On nomme les inégalités de santé, les écarts injustes et importants enregistrés au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde » (ibid).

Le modèle de Dahlgren et Whitehead représente les différents niveaux d'influence de nombreux facteurs ayant des effets sur la santé et sur lesquels il est possible d'agir.



« L'éducation peut avoir une relation directe avec l'état de santé et les comportements en matière de santé en amenant les individus à choisir des styles de vie sains et à se détourner de comportements préjudiciables à la santé. L'éducation peut aussi avoir une relation indirecte avec la santé, dans la mesure où les individus plus instruits sont plus susceptibles d'accéder à des emplois stables, bien rémunérés, qui leur procurent des moyens qui favorisent une vie en meilleure santé » (Patrice De Broucker, 2014).

Le rôle de l'école peut apparaître comme étant primordial dans le maintien favorable des différents déterminants de la santé, puisqu'il permet normalement l'accès à des conditions socio-économiques plus stables (revenu lié à l'emploi), ce qui influencera alors les conditions de vie et de travail (le mode d'habitat en fonction de sa situation économique, l'épanouissement au travail). Le rapport Regards sur l'éducation 2019 réalisé par l'OCDE nous permet de constater cette corrélation entre éducation et emploi : « Les taux de chômage de longue durée diminuent sous l'effet de l'élévation du niveau de formation dans la plupart des pays de l'OCDE. Dans la plupart

¹³https://www.who.int/social_determinants/fr/#:~:text=D%C3%A9terminants%20sociaux%20de%20la%20sant%C3%A9,faire%20face%20%C3%A0%20la%20maladie.

des pays, le pourcentage de chômeurs de longue durée, 12 mois au moins, est moins élevé chez les diplômés de l'enseignement tertiaire que chez les adultes dont le niveau de formation est inférieur. »

J'aimerais associer deux analyses pour expliquer cette relation entre l'éducation et la santé, pour qu'enfin l'école prenne son sens dans cette recherche.

Le rapport Regards sur l'éducation 2019 nous dit que « en moyenne (...), le taux d'emploi des adultes (âgés de 25 à 64 ans) est égal à 85% chez les diplômés de l'enseignement tertiaire et à 76% chez les diplômés du deuxième cycle de l'enseignement secondaire ou de l'enseignement post-secondaire non tertiaire, mais est égal à 59% chez ceux qui ne sont pas diplômés du deuxième cycle de l'enseignement secondaire ». Pour résumer ces mots, le taux d'emploi est supérieur lorsque les individus possèdent des diplômes. Une autre étude sur « La santé des jeunes en rupture d'apprentissage » vient compléter ces propos, au profit de ma recherche, sur l'implication de la santé dans le parcours école.

- « Près de 20% des jeunes en rupture d'apprentissage trouvent que leur corps ne va pas très bien, voire plutôt mal, contre 7% des jeunes en apprentissage ».
- « On trouve parmi les jeunes hors formation un taux significativement plus élevé de problèmes de sommeil (48% vs 33%) et de maux de dos (39% vs 29%) ».
- « Une proportion non négligeable de jeunes en rupture d'apprentissage affirment que leur scolarité a été perturbée par des problèmes de santé : 17% des filles et 12% des garçons ».

« L'identification sociale de l'individu s'apparente souvent à la désignation de son activité professionnelle » (P. Riutort, 2014). Une insertion socio-économique et des conditions de vie favorable permettent alors de s'intégrer dans des réseaux de socialisation porteurs, influant les modes de vie.

Le rôle du département Santé Publique Déterminants Sociaux et Environnementaux de la Santé consiste alors à « élaborer et à promouvoir des politiques et des interventions de prévention fondées sur une compréhension et une analyse scientifique approfondie des bases factuelles pour les déterminants environnementaux et sociaux de la santé humaine ». ¹⁴

En outre, les interventions réalisées par l'UFSBD confirment qu'agir en prévention de la santé, c'est permettre un meilleur accès aux soins et à des dépistages plus efficaces. « Les bonnes habitudes d'hygiène et de santé se prennent le plus tôt possible, il est donc nécessaire de rencontrer les enfants dès le plus jeune âge pour les familiariser avec l'univers dentaire : leur apprendre les bons gestes d'hygiène et leur expliquer ce qu'est un cabinet dentaire et à quoi sert un chirurgien-dentiste. Par leur intermédiaire, on touche les parents et l'entourage éducatif » (site de l'UFSBD). Le Réseau Français des Villes Santé (RFVS) participe aussi à la mise en œuvre d'actions sur les déterminants de santé. L'ouvrage du 25^{ème} anniversaire du réseau met en lumière les actions

¹⁴ https://www.who.int/phe/about_us/fr/

visant à « agir sur les différents leviers d'amélioration de la santé » et qu'elles sont « essentielles pour la mise en œuvre de la politique de santé dans notre pays ». Le dossier du RFVS reprend les travaux de Durkheim pour expliquer l'interdépendance des facteurs sociaux et l'impact sur la santé : socio-économiques (revenu-patrimoine, statut-profession, protection sociale etc.), socioculturels (représentations sociales, croyances, discrimination, éducation, systèmes de valeur, etc.), psychosociaux relations/soutien social, participation à la vie sociale et/ou associative). Les collectivités locales, en développant des environnements sociaux favorables à la santé, peuvent pallier les inégalités des facteurs sociaux.

À Boulogne-Billancourt, une formation par les pairs destinée à des élèves de 1^{ère}, pour qu'ils forment ensuite des élèves de CM2, vise à former aux gestes de premiers secours.

À Paris, l'action Paris Santé Réussite propose « un cadre d'interventions pluridisciplinaires pour renforcer le nombre de lecteurs en fin de primaire et de lutte contre les inégalités dont souffrent les populations défavorisées : inégalités pédagogiques et d'accès aux soins ». L'acquisition de la lecture donne un outil incomparable aux individus dans leur accès à l'information, leur compréhension des messages et leurs autonomies à la prise d'initiatives.

La revue « la Santé en action » a publié un dossier « Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé ». Stephan Van den Broucke (auteur du dossier) précise que « la littératie en santé est reconnue comme être un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé ». L'acquisition de la lecture, entre autres, est l'un des outils fondamentaux. Si cette dernière n'est pas accessible, il en revient à la santé publique de « créer des environnements qui incluent les faibles niveaux de littératie en santé et, aussi d'assurer une meilleure communication sur la santé. » Guy Cherqui précise par ailleurs que le terme de littératie est entré dans le vocabulaire de l'Éducation nationale depuis 2016 et est pris en compte dans les programmes scolaires.

2.1.2. La santé publique

La santé publique est « une discipline qui aborde la santé de façon collective et dans toutes ses dimensions et dont la finalité est d'améliorer l'état de santé de la population. Elle fait appel à de nombreuses sciences : épidémiologie, démographie, sociologie, économie de la santé... ¹⁵» (Le Coudrier).

Le Code de la santé publique précise dans son article L1411-1 le champ couvert par la politique de santé publique comprenant :

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- La lutte contre les épidémies ;
- La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

¹⁵ <https://www.edition-lecoudrier.fr/store/page/28/qu-est-ce-que-la-sante-publique>

- L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
- L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé, liées à des facteurs d'environnement, de conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
- La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

Les missions des services de santé publique sont d'accompagner la population du pays vers un bon état de santé et veiller à une égalité de santé pour tous, quelles soient les situations des individus. Pour cela, plusieurs démarches peuvent être mises en œuvre : l'éducation à la santé, la promotion de la santé, le développement des systèmes de soins, l'entretien d'environnement favorable. L'éducation à la santé et la promotion de la santé sont deux points que nous retrouvons aussi dans les objectifs de l'école notamment par le Parcours Éducatifs de Santé. « La politique éducativiste de santé menée par le ministère de l'Éducation nationale s'inscrit dans une démarche internationale impulsée par l'OMS et traduite dans la charte d'Ottawa (1986) » (site eduscol, 2020).

Les services de santé publique développent des programmes d'éducation à la santé, de promotion de la santé qu'ils proposent aux écoles afin de venir soutenir les démarches des professionnels d'éducation. C'est le cas dans la Ville d'Angers au sein de la Direction de Santé Publique et c'est aussi le cas dans de nombreuses villes françaises. Le Réseau Français des Villes Santé propose une belle panoplie d'exemples d'actions ayant lieu sur le territoire national. À Evry-Courcouronnes, les questions sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance ont été intégrées au sein du Contrat Local de Santé. Cette commune dispose d'un Centre Municipal de Santé depuis 1991, ce CMS s'est saisi du dispositif Atelier Santé Ville pour mettre en place des dynamiques locales de santé (Réduction des inégalités sociales de santé, RFVS). Le projet s'est réalisé en partenariat avec l'Éducation nationale, le Conseil Départemental, l'Agglo Grand Paris Sud et le Centre Hospitalier Sud, piloté par la Ville, l'ARS, la Préfecture et la CPAM (ibid). À Angers, c'est un dispositif passerelle qui a vu le jour « Projet Petit Poucet » afin d'accompagner les enfants et les parents vers l'école maternelle. Ce projet est transversal : il permet de lutter contre les inégalités sociales et notamment scolaires mais aussi de détecter avant l'entrée à l'école, certaines difficultés (troubles du comportement, de l'apprentissage). Des ateliers d'échanges sont mis en place et des rencontres avec les partenaires de l'école sont organisées (RASED, médecin scolaire, restauration scolaire) (ibid).

La Fabrique des Territoires met aussi en avant de nombreuses propositions d'actions en termes d'éducation et de santé. Elle propose un dossier ressource, recensant des actions locales inspirantes. On retrouve par exemple : un Forum Santé Jeunes organisé depuis 10 ans avec le Réseau Santé Social Jeunes qui propose un espace d'expression et d'information aux collégiens de 3^e, des ateliers pour renforcer les compétences psychosociales des enfants de 7-9 ans à Hérouville Saint Clair. Toutes les actions répertoriées dans le dossier de la Fabrique des Territoires sont inspirantes et proviennent d'une démarche positive et louable. La liste des actions présentées

est toutefois questionnée en conclusion. L'école est un milieu de vie de l'enfant et pourtant trop peu d'actions pour un environnement favorable à la santé y sont organisées. « Une action de promotion de la santé est d'autant plus pertinente que l'école sera exemplaire et cohérente (par son architecture, la qualité de sa restauration scolaire, l'attention portée à la qualité de vie à l'école ; et que le message sera transmis dans les différents environnements de vie de l'enfant, l'école, la famille, les activités associatives ... »¹⁶. En effet, « les actions se concentrent sur les changements de comportements individuels et interrogent peu les environnements de vie » (ibid). Le dossier cite Jean-Pierre Deschamps dans sa relecture de la charte d'Ottawa « plutôt que d'essayer de convaincre les gens de transformer leurs pratiques, il est plus efficace – et plus acceptable du point de vue éthique – d'agir pour changer leur environnement ». C'est par cette réflexion, que les déterminants de santé prennent tout leur sens.

2.2. Le système de santé en France

L'OMS définit le système de santé comme « l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé [...] ». En d'autres termes, « les systèmes de santé englobent à la fois les systèmes de soins (l'ensemble des services prenant en charge l'amélioration de la santé, les systèmes de protection sociale (assurant la couverture des dépenses de santé) et la prévention et l'éducation » (Hoyez, 2019).

Ce système a quatre fonctions essentielles :

- La prestation de services
- La création de ressources
- Le financement
- La gestion administrative.

Le système distingue 5 acteurs : les offreurs de soins, des producteurs de biens et services en santé, des institutions publiques, des financeurs aux statuts différents, et des bénéficiaires.

Anne-Cécile Hoyez rappelle qu'aborder les systèmes de santé, c'est aussi prendre en compte « les relations complexes entre les différents domaines de la vie en société » et qu'il ne faut pas être « déconnecté des dimensions sociales et expérientielles d'enjeux majeurs comme l'accès aux soins, l'équité, les sensibilités des populations spécifiques » (ibid). Cela nous laisse admettre la nécessité de questionner les relations entre l'éducation et la santé, deux domaines différents mais complémentaires.

Aborder les systèmes de santé à travers une analyse géographique permet « d'étudier les lieux et réseau de lieux, pas uniquement les lieux de soins mais aussi les lieux considérés comme bénéfiques pour par les individus eux-mêmes » (Hoyez, 2019). C'est pourquoi je pense qu'il est perspicace d'étudier les deux systèmes que sont celui de la santé et celui de l'éducation, afin de les rapprocher scientifiquement et d'imaginer quel système existe au travers de ces deux derniers. Y-a-t-il un espace de rencontre possible, un réseau de lieux partagés ? Anne-Cécile Hoyez appelle à « prêter attention aux liens entre lieux, espaces et santé » et c'est ce que je tente de

¹⁶ Dossier Ressources Décembre 2019. Ecole, Promotion de la santé et Territoires : l'école un territoire pour la promotion de la santé ?
Fabrique des territoires santé

rechercher à travers ce mémoire, via la mise en place des politiques publiques. Permettent-elles de rapprocher et de faire concomiter ces lieux, ces systèmes ?

Lors de mes recherches littéraires sur le sujet, j'ai souvent été confronté à des résultats décalés de mes attentes. En ce sens, je veux dire que les mots clefs que j'utilise pour rechercher des articles « éducation » « scolaire » « santé » me mènent vers des recherches portant sur l'éducation à la santé, avec souvent une approche pédagogique et didactique.

Ces résultats menant vers des études sur l'éducation à la santé m'amènent à penser qu'il est nécessaire d'utiliser le versant éducatif de notre société pour parvenir à de meilleures prises de conscience de ce qu'est la santé, de la façon dont on entretient sa santé. Les déterminants de la santé sociaux et environnementaux nous montrent que l'éducation est un des facteurs clefs d'influence sur la santé aujourd'hui. Il en ressort selon mon appropriation des informations recueillies, un cercle vertueux entre l'éducation et la santé.

Les deux systèmes que représentent l'éducation et la santé ne sont pourtant que rarement en communion. Lors d'entretiens avec des professionnels du champ scolaire, une infirmière m'informe qu'elle n'est jamais en lien avec les médecins traitants des enfants, qu'il est très rare que cela se fasse, et que ce sont avant tout les parents qui doivent donner l'aval pour commencer une communication entre les deux corps professionnels.

2.3. Le réseau, un support d'interaction

Aurélien Martineau et Emmanuel Eliot définissent le réseau comme « un ensemble d'éléments de différentes natures assurant une mise en relation ». Ils ajoutent que le terme *réseau* est souvent associé au terme *système* et les deux peuvent dans le sens courant être synonymes. Selon ces deux chercheurs, « le système constitue l'entité structurelle et dynamique en relation avec un environnement » alors que « le réseau est un des composants ou l'un des opérateurs internes du système ».

Les réseaux dans le milieu de la santé peuvent être appréhendés de trois manières : « comme systèmes de relations (familiales, relationnelles, professionnelles), en tant qu'éléments de structuration de l'environnement individuel et collectif de soins et comme opérateurs de la recomposition des paysages sanitaires » (ibid). La notion de réseau est multiple, Andre Torre reprend l'origine du mot et développe les différents usages de ce dernier. Pour cette recherche, c'est ce qu'Andre Torre nomme « réseau informel » qui m'intéresse. Ces types de réseaux « reposent sur des liens de confiance et de coopération entre leurs membres et dont le fonctionnement s'apparente souvent à celui de clubs. » Les échanges entre les professionnels d'horizons différents peuvent être liés et soumis à l'existence d'un réseau, regroupant ainsi des individus avec qui l'on a déjà travaillé, des individus qui ont déjà répondu positivement à nos demandes. Cet aspect du réseau possède des effets positifs sur le travail et permet souvent des échanges plus fluides et rapides. Cependant, cela dépend de la volonté personnelle de l'individu en charge ainsi que de son habilité à établir des demandes à ses pairs. L'utilisation du réseau n'est pas uniforme dans chacune des démarches et varie selon les acteurs impliqués. Je questionne l'utilisation de ce type de réseau qui remplacerait une réelle démarche de coopération impulsée par les politiques publiques, et qui étant

donné cette bonne volonté d'action comble les manques de l'organisation publique. A cela s'ajoute la création d'inégalité d'accompagnement puisque trop dépendante des interlocuteurs et de leurs réseaux.

« L'approche en termes de réseaux est en effet souvent présentée comme la possibilité de s'insérer dans des collectifs larges et souples à la fois, et donc de jouir de l'opportunité de choix plus importants, et souvent démultipliés par rapport à la simple aventure individuelle, à l'entreprise ou à une organisation plus rigide, offrant ainsi le choix de se connecter ou non, de s'éloigner et de revenir. » (ibid)

Le réseau liant l'éducation et la santé peut tout à fait être un objet d'analyse envisageable. « Le fait de comprendre et d'appréhender des ensembles d'individus à partir des relations qu'ils entretiennent et de l'absence ou de la faiblesse de leurs relations avec les autres membres de la société, puis d'en déduire des formes sociales plus ou moins autonomes, permet ainsi de tracer pour la première fois les contours des réseaux sociaux, avec leurs réciprocity et leurs géométries propres » (ibid).

2.3.1. La rencontre de l'éducation et la santé par le partenariat

Reprenons les mots de Phillipe Gazo sur le projet partenariat : « la finalité du projet est bien de résoudre un problème qui se pose à différentes institutions qui partagent les mêmes valeurs ». Ainsi, on imagine que les deux secteurs que sont la santé et l'éducation partagent selon moi des valeurs communes : « le bien-être de l'enfant, la cohérence éducative, l'ensemble des enjeux dans lesquels l'enfant est le centre » (ibid) et j'ajouterai l'épanouissement personnel. En somme, une bonne santé et des moyens pour se cultiver et grandir. Existe-t-il vraiment des moyens communs entre la santé et l'éducation, au-delà de l'aspect théorique ?

Selon Landry et Gagnon, l'émergence du partenariat dans le champ éducatif couvre essentiellement six domaines : « la formation professionnelle et technique, la formation des maîtres, l'insertion sociale et professionnelle, le décrochage scolaire, la recherche et le développement ainsi que la formation continue (Landry et al., 1996b) ». Une surprise que le domaine de la santé ne fasse pas partie des tops partenaires concernant l'éducation. Le partenariat est plutôt vu « comme une des réponses aux ruptures constatées entre l'école et son milieu » (Brossard et Laroche, 1994).

Aujourd'hui la santé s'est invitée dans le milieu de l'Éducation nationale en conférant des postes à des professionnels de santé (infirmiers scolaires, médecins scolaires). C'est le point d'ancrage entre la santé et l'éducation.

L'article 1 du Code de l'Éducation¹⁷ stipule que « les visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ont lieu au cours de la sixième année et de la douzième année de l'enfant. »

¹⁷ Arrêté du 3-11-2015- J.O. du 6-11-2015

L'article 3 du Code de l'Éducation précise que « Les résultats de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant par les professionnels de santé qui les ont effectués, de façon à être utilisés pour le suivi de l'élève. » Nous pouvons donc déduire que c'est un moyen d'échange et de communication entre le milieu de la santé et le milieu de l'éducation.

L'article 4 ajoute que « ces visites médicales et de dépistage obligatoires peuvent donner lieu, en tant que de besoin, à une collecte de données permettant le suivi épidémiologique de la santé des enfants, dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur. »

Je constate à travers ces différents articles, que la santé est belle et bien un point d'intérêt du système éducatif et qu'une organisation propre est en place notamment par la nomination de poste de professionnels de santé au sein des établissements scolaires. Cependant, je me pose la question de ce qui se passe au-delà de la fiche de poste de ces professionnels et au-delà des visites médicales. Les professionnels de santé font partie intégrante du système éducatif, ils sont à l'intérieur de cet espace. Quels sont les moyens possibles pour communiquer, travailler avec l'extérieur, avec le système de santé extérieur au système éducatif lui-même ?

Mes recherches m'ont menée vers la convention cadre de partenariat en santé publique entre le Ministère de l'Éducation nationale et le Ministère de la Santé et des Solidarités. Signée le 29 novembre 2016, elle a pour but de « renforcer la collaboration interministérielle et définir un programme commun d'actions à mener aussi bien au niveau national que régional pour répondre aux besoins locaux dans une approche globale des questions de santé portant sur les dimensions éducatives, sociales et sanitaires, y compris pour les jeunes porteurs de maladies chroniques, en situation de handicap ou les plus vulnérables sur le plan social » (site eduscol). En résumé, la convention vise à promouvoir la santé auprès des jeunes en renforçant les liens école et santé. Pour cela, des axes d'intervention sont rédigés et les responsabilités sont déléguées aux instances régionales (ARS et Rectorat) puis locales (établissements scolaires, collectivités territoriales). La mise en place d'un tel acte de partenariat est ambitieuse, l'intention est bonne. Toutefois, il semble que le protocole soit très descendant d'un point de vue hiérarchique et organisationnel, et que les ambitions soient déconnectées du réalisme terrain. Nous verrons dans les résultats des questionnaires exploratoires réalisés dans le cadre de la recherche, qu'aucun acteurs de santé ne connaît le Parcours Educatif en Santé (bien qu'il soit nommé dans cette convention). De plus, les divers échanges informatifs réalisés avec des professeurs m'ont permis de comprendre que l'usage de ce dispositif est loin d'être comprise et donc exploité. La convocation des Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est nommée comme « l'instance de référence pour contribuer à la réalisation des objectifs communs définis dans le projet d'école ou d'établissement en lien avec les autres instances (conseil de la vie collégienne, conseil de la vie lycéenne) ». Selon les deux ministères, le CESC est un outil à solliciter au sein des établissements scolaires. Toutefois il ressort de la volonté du chef d'établissement que de faire vivre ou non cette instance.

2.4. Qui sont les acteurs de la santé en France

Le système distingue 5 acteurs : des offreurs de soins, des producteurs de biens et services en santé, des institutions publiques, des financeurs aux statuts différents, et des bénéficiaires.

Au-delà de cette répartition plutôt technique, le Code de la Santé Publique (CSP) décompose en trois catégories les professionnels de santé :

1. Les professions médicales : médecins, sages-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10).
2. Les professions de la pharmacie et de la physique médicale : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3) ;
3. Les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

Il existe aussi un ordre professionnel où sont regroupées sept professions : médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues. Ces professions remplissent une fonction de représentation mais également une mission de service public en règlementant l'activité et jouant le rôle de juridiction disciplinaire pour ses membres.

Anne Moulin constate par ailleurs que le champ de la santé est partagé avec d'autres acteurs que les professionnels de la santé, il n'est plus question de monopole d'exercice et d'opinion. Les juristes, les économistes, les professionnels du droit sont de la partie.

Si l'on s'appuie sur la définition de l'OMS, la santé comprenant aussi le bien-être, les acteurs de la santé sont ni plus ni moins, tous les individus de la société, qui contribuent tout un chacun au bien-être d'autrui. La charte d'Ottawa appuie mes propos en déclarant « la Santé pour tous d'ici l'an 2000 » en 1986. Cette liste d'acteurs de santé réalisée par le Code de la Santé Publique est peut-être un peu vieillissante dans le sens où elle ne laisse pas la place à d'autres aspects de la santé, que celui lié à la maladie. Pourtant la charte d'Ottawa rappelle que « la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie, il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ». Comme le déclare Anne Moulin, le champ de la santé est plus diversifié aujourd'hui et je pense qu'il serait opportun d'ajuster la définition de ses acteurs.

2.5. L'intervention politique et publique en santé

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 est promulguée afin de « définir une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé ». Quatre axes sont développés :

- « La modernisation des établissements publics de santé (fonctionnement et organisation, qualité de la prise en charge et sécurité des soins, coopération, performance) ;
- L'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- La prévention et la santé publique ;
- L'organisation territoriale du système de santé (création des ARS, politique régionale de santé, systèmes d'information ...) »

La loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 se traduit avant tout par la création des Agences Régionales de Santé (ARS) où sont réunis les services de l'Etat.

Le constat est le suivant : le système de santé en France est performant mais inéquitable. En 2016, les responsables politiques (sous la présidence de François Hollande et la responsabilité de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé) affirment qu'il est nécessaire de le moderniser. Le gouvernement se donne pour défi d'innover pour rendre le système de santé plus juste et plus efficace. Marisol Touraine déclare en Mars 2015 qu'il est nécessaire d'« innover dans l'organisation des soins, en passant d'un système cloisonné, trop centré sur l'hôpital, à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient. Innover aussi en matière de prévention, en permettant à nos concitoyens de mieux protéger leur santé. Innover enfin en matière de démocratie sanitaire, en permettant aux Français de s'informer, de décider, de se défendre » (site du gouvernement).

La loi de modernisation du système de santé 2016 s'appuie sur quatre axes principaux (site de legifrance) :

- « Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée
- Renforcer la prévention et la promotion de la santé
- Faciliter au quotidien les parcours de santé
- Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé »

Concrètement et ce, en lien avec notre sujet d'étude, la loi de santé 2016 apporte la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ainsi que la création des Contrats Locaux de Santé (CLS).

Au niveau national, se tient le pilotage des politiques publiques par le Ministère de la Santé et des Solidarités. Le système de santé est piloté par les ministères de la santé et des affaires sociales. Ils sont garants de la cohérence de la prise en charge des patients et des résidents, mais aussi de l'assurance maladie assurant le remboursement des dépenses de santé et les risques maladies. L'état intervient directement dans le financement et l'organisation de l'offre sanitaire médico-sociale.

Au niveau régional, depuis 2010, ce sont les Agences Régionales de Santé (service rénové de l'état) qui constituent le pivot de l'organisation et de la gestion du système de santé et médico-social. Les ARS assurent la coordination de la prévention, la coordination des soins et de l'accompagnement en veillant à une gestion cohérente des ressources pour permettre un accès égal à tous, une prise en charge continue, de qualité et sécurisée. Les ARS déclinent les politiques nationales et les adaptent selon les caractéristiques régionales (population, épidémiologiques, géographiques). Pour cela, elles mettent en place des programmes régionaux de

santé (PRS), composés de schémas régionaux (SROS) ainsi que de schéma régionaux d'organisation médico-sociale -SROMS).

Au niveau local, les structures de santé et les professionnels s'organisent sous la supervision des ARS afin de permettre une prise en charge organisée. Cette organisation est conditionnée par une coordination des soins entre tous les acteurs et un renforcement de la permanence des soins – de ville et hospitaliers. C'est l'objectif des parcours de santé, de soins, de vie où le patient est pris dans sa globalité.

Le champ social de la santé a fait face à de vastes changements dans les années 2000, notamment dû aux mutations profondes ayant eu lieu en sciences médicales et dans les mentalités. Le renouveau se traduit par une « rationalité nouvelle, une efficacité, une efficience et une équité plus grande » (A. Moulin 2004).

2.5.1. Le territoire dans l'intervention publique

Selon la taille des villes, des quartiers considérés, l'unité territoriale d'actions varie. Les projets menés, les actions en place sont différentes selon les territoires. C'est d'ailleurs un constat que j'ai pu faire lors de mon stage à la Direction de Santé Publique d'Angers, qui organise chaque année de nombreuses interventions et de nombreuses actions au sein de la ville d'Angers, uniquement. L'offre est forte, l'équipe est habituée à intervenir sur de nombreux projets. Cependant un élément me questionne : leurs actions sont limitées au territoire de la ville d'Angers. Ainsi toutes les petites villes attenantes à Angers ne bénéficient pas de l'énergie de la Direction de Santé Publique d'Angers, qui s'avère être la plus importante du département.

En géographie sociale, l'utilisation du territoire et des réseaux est traduite par les relations humaines et l'appropriation que les Hommes se font des espaces. Elle permet de nommer des représentations sociales à travers le territoire et l'environnement. Il convient de pouvoir identifier les acteurs du territoire en question, les individus actifs de l'espace social en question.

2.6. La coordination : une fonction émergente dans la réorganisation du système de santé

Le système de santé ayant été réformé à plusieurs reprises¹⁸, de nouveaux modes de coopération se sont développés : « émergence et développement des réseaux de santé, de l'hospitalisation à domicile, modification

¹⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2004-809 relative à la décentralisation (libertés et responsabilités locales) ; loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie, loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

des pratiques professionnelles des acteurs de santé, qu'ils soient professionnels du champ sanitaire ou social, ou situés à l'interface des deux, naissance de nouvelles qualifications dans les métiers du travail social, modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics, développement des groupements de coopération sanitaire pour faciliter le rapprochement des structures publiques et privées...¹⁹» (Aubry, 2007).

Il est une fonction essentielle et pivot pour optimiser l'organisation du système : la coordination. Il s'agit de fluidifier le cotravail entre « les différentes structures, organisations, et surtout entre les différents acteurs afin d'optimiser les compétences de chacun, créer des liens et garantir la qualité de la santé, la continuité et la permanence des soins (le terme de soins étant entendu dans son sens le plus large) » (ibid). C'est un phénomène interne que décrit Pr Régis Aubry.

Qu'en est-il de l'aspect externe de la coordination ? Si la coordination est une fonction devenue essentielle à l'organisation et au fonctionnement du système de santé, alors cette fonction doit pouvoir être mise en place avec d'autres systèmes tels que le système d'éducation.

¹⁹ Aubry, R. (2007). Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique*, vol. 19(hs), 73-77. doi:10.3917/spub.070.0073.

3. Les politiques publiques : un outil facilitateur pour la mise en place d'actions communes ?

Les deux premières parties de ce document nous ont permis d'appréhender de manière plus spécifique ce que sont le système de santé en France ainsi que le système éducatif en France. L'objectif était de pouvoir visualiser théoriquement l'organisation et le fonctionnement de ces deux systèmes afin d'envisager une enquête de terrain fiable, réaliste.

Pour entrer davantage dans le cœur de notre questionnement, j'ai choisi de détailler plusieurs politiques publiques, qu'elles soient du domaine de la santé, de l'éducation ou des deux. Ainsi, nous pourrions avoir un aperçu de ce qui existe déjà. Cette quatrième partie n'est pas exhaustive et n'entend pas balayer l'ensemble des dispositifs existants, cela s'avérerait compliqué dans le temps qui nous est imparti. Cependant, la lecture des prochaines lignes nous permettra certainement de cibler et de choisir un dispositif comme support de l'enquête à venir.

3.1. Les politiques publiques un levier pour l'interaction des systèmes de santé et d'éducation

3.1.1. Le rôle des politiques publiques

D'après le dictionnaire encyclopédique de l'administration publique, une politique publique est « un document rédigé par des acteurs gouvernementaux présentant leur vision d'un enjeu susceptible d'une action publique et, accessoirement, les aspects légaux, techniques, pratiques et opérationnels de cette action²⁰. » On distingue aussi le « processus au cours duquel des élus décident d'une action publique sur un enjeu pour lequel certains acteurs gouvernementaux ou non gouvernementaux exigent une intervention. » (ibid)

Muller (2008) revient sur la genèse des politiques publiques et l'associe au passage des sociétés territorialisées (identification des individus aux territoires) aux sociétés sectorialisées (identification des individus à leurs fonctions sociales). De ce fait, des secteurs sociaux se créent et entraînent l'apparition des premières interventions étatiques, plus communément appelées aujourd'hui politiques publiques, qui « se complexifient à mesure que se multiplient les problèmes et les enjeux pour lesquels sont attendues des solutions de l'État²¹. »

Jean Turgeon et Jean-François Savard, professeurs à l'Ecole Nationale de l'Administration Publique, cite Lemieux (2002) afin de déclarer qu'il existe une confusion de la définition de politiques publiques selon que l'on soit « acteur gouvernemental » ou « chercheur universitaire ». En effet Lemieux soulève quatre différences :

²⁰ http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/defintions_francais/politique_publicque.pdf

²¹ Muller, P. (2018). Chapitre premier. De la théorie de l'État à l'analyse des politiques publiques. Dans : Pierre Muller éd., *Les politiques publiques* (pp. 7-29). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

- Certains chercheurs comme Dye (1978) les définissent comme « tout ce que le gouvernement décide de faire ou de ne pas faire ! » (Cité par Turgeon et Savard, p.2). En effet, c'est l'intervention et la non-intervention qui est aussi considérées comme politique publique, étant donnée la délibération effectuée par rapport à l'enjeu en question. Une politique publique n'est pas uniquement une intervention selon les chercheurs. Cette vision de Lemieux pourrait faire l'objet d'une hypothèse.
- « Les acteurs gouvernementaux, la population en général ou les médias identifient généralement comme politiques publiques et renvoient plutôt, dans le langage des chercheurs, aux énoncés de politiques, c'est-à-dire aux documents publics adoptés par des personnes en autorité : députés du Parlement, ministres, Conseil des ministres, membres de conseils municipaux, mais également membres de conseils d'administration d'établissements scolaires ou du secteur socio-sanitaire. » (ibid) Les énoncés politiques peuvent être de deux sortes : présenter des instruments ou/et présentation des aspects techniques. Nous nous intéressons particulièrement à cette description des politiques publiques : certains instruments et dispositifs seront abordés ci-dessous.
- « Les acteurs gouvernementaux déclinent les politiques publiques en programmes, en projets et en activités ; des distinctions qui ne sont généralement pas retenues par les chercheurs universitaires » (ibid).
- « Les chercheurs définissent une politique publique comme un processus par lequel un gouvernement réagit à une situation, à une occasion, à un problème ou à une crise. »

Il convient donc d'être conscient des différences de définitions ou de perceptions des politiques publiques selon le rôle et les fonctions de l'acteur.

Nous retiendrons la définition de Lemieux : « une politique publique est faite d'activités orientées vers la solution de problèmes publics dans l'environnement, et ce, par des acteurs dont les relations sont structurées, le tout évoluant dans le temps. » (Lemieux, 2002, p.5)

3.1.2. La décentralisation : le renforcement du partenariat

Les politiques publiques locales sont aussi des formes de réponses face à la décentralisation. Il s'agit d'apporter des expertises et des solutions en lien avec les spécificités du territoire. La désinstitutionnalisation, la décentralisation qui ont été amorcées par l'Etat concernant la santé et les services sociaux a fait émerger d'autant plus la notion de partenariat. « La notion de partenariat devient ainsi une voie de substitution de l'État par les acteurs sociaux, régionaux et locaux » (C. Landry et B. Gagnon, 1999).

Du côté du système éducatif, la décentralisation se traduit par « le passage d'une compétence étatique affirmée et généralisée à une compétence partagée » (P. Gazo, 2018). « L'action du ministère de l'Éducation nationale procède d'actions conjointes de différents échelons administratifs. Les services centraux du ministère, souvent situés à Paris (en particulier rue de Grenelle), composés de directions (divisées en services et bureaux), inspections et organismes divers (de durée et positionnement hiérarchique variables), ne concourent pas seuls à la conception, au suivi et à l'évaluation des politiques éducatives. Ils interagissent étroitement avec les services qui élaborent et mettent en œuvre les politiques éducatives à l'échelle, plus restreinte, de territoires locaux. Ces

services administratifs déconcentrés se composent de trente-deux rectorats (administrations dont le ressort géographique correspond aux académies) et, pour cinq des départements ou territoires d'outre-mer, vice-rectorats ou services de l'Éducation nationale. Ces (vice-)rectorats sont dirigés par un (vice-)recteur. Lorsque les académies se déploient sur plusieurs départements, elles se divisent en un échelon administratif supplémentaire ; quatre-vingt-dix-sept départements comportent ainsi des « directions des services départementaux de l'Éducation nationale » placées sous l'autorité d'un directeur – le « DASEN », suivant la dénomination substituée, depuis 2012, à celle d'inspecteur d'académie. » (M. Vasconcellos, 2013).

La territorialisation de l'action éducative, illustrée par les différents échelons hiérarchiques et organisationnels émanant du phénomène de décentralisation, crée un manque de lisibilité. Bien que cela puisse permettre « de mieux percevoir ou revendiquer des politiques éducatives locales » (Bier, Chambon et de Queiroz, 2010 cité par M. Vasconcellos, 2013), la multiplication des acteurs aux fonctions et responsabilités différentes rend la compréhension du système, complexe.

Domaine de compétence	École	Collège	Lycée
Enseignement : définition des programmes	État	État	État
Diplômes : définition et délivrance		État	État
Investissement (construction, reconstruction) et fonctionnement matériel	Commune	Département	Région
Fonctionnement pédagogique : acquisition de matériel pédagogique	Commune	État	État
Gestion des personnels* enseignants	État	État	État
Gestion des personnels* administratifs, techniques, de santé	État	État	Région
Gestion des personnels* ouvriers	Commune	Département	Région

* Gestion des personnels : recrutement, formation, rémunération, etc.

Source 1 Ouvrage de M. Vasconcellos & P. Bongrand (2013) Le système éducatif

On assiste à un phénomène de déconcentration où le centre décisionnel du système éducatif est ramené au plus près des acteurs. Ce double mouvement de décentralisation politique et de déconcentration administrative pose les nouvelles bases juridiques, administratives et fonctionnelles du système éducatif au niveau local. Cependant, le niveau local renvoie à plusieurs éléments : l'idée de territorialité, de proximité de terrain ou à la notion juridique d'établissement local.

Au-delà du contexte de décentralisation, c'est aussi ce phénomène de contractualisation qui mène les professionnels à travailler en partenariat. La circulaire de 2016 insiste sur la nécessité de mettre en place des « partenariats locaux avec les collectivités territoriales et le tissu associatif » ainsi que sur l'importance des « associations complémentaires de l'Ecole et des citoyens à travers la Réserve citoyenne de l'Éducation nationale ».

L'aspect bureaucratique, le phénomène de décentralisation et de contractualisation conduisent la mise en place de politiques publiques permettant le travail commun entre différents acteurs.

3.2. Des dispositifs nationaux

Cette partie propose une description de dispositifs existants en France, permettant l'interaction entre la santé et l'éducation. Elle n'est en rien exhaustive.

3.2.1. Stratégie nationale de santé

D'après le site officiel du gouvernement, la stratégie nationale de santé constitue « le cadre de la politique de santé en France ». Elle est définie « par le gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables ».

Appuyée sur le principe de l'OMS invoquant la santé comme « un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde », la stratégie nationale de santé a pour ambition de répondre aux défis actuels du système de santé français. Différents axes sont définis :

- Les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques
- Les risques d'exposition de la population aux risques infectieux
- Les maladies chroniques et leurs conséquences
- L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux

Le document de 54 pages est disponible sur le site solidarités-santé du gouvernement. Nous pouvons y trouver les différents axes de travail pour la période 2018-2022 (Annexe 9 Plan Stratégie Nationale de Santé). Nous ne détaillerons pas tous les éléments de ce projet dans ce mémoire, cela n'est ni nécessaire ni faisable. Nous retiendrons plusieurs lignes venant agrémenter notre recherche actuelle sur le lien entre le secteur de la santé et le secteur de l'éducation.

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans les tous les milieux de vie et à tous les âges de la vie
- Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant
- Développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales
- Améliorer la santé des étudiants

3.2.2. Le Parcours Educatif de Santé : un axe du Comité d'Education Santé et à la Citoyenneté

Le Parcours Educatif de Santé (PES) est un dispositif qui doit être décliné par le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté CESC. A ce titre, il est donc encouragé par la convention cadre de partenariat en santé publique entre le Ministère de l'Éducation nationale et le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

L'objectif du Parcours Educatif de Santé prépare « les élèves à prendre soin d'eux-mêmes et des autres, à devenir des citoyens responsables en matière de santé individuelle et collective ».

Le Parcours Educatif Scolaire (PES) est structuré autour de trois axes :

- L'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, afin d'accompagner chacun dans la mise en œuvre de choix responsables en matière de santé.
- La prévention, ensemble des actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple) qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.
- La protection, qui intègre des démarches visant à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être de tous les membres de la communauté éducative, et des ressources disponibles pour les élèves et leurs familles en matière de santé comme les visites médicales et de dépistage.

C'est l'ensemble des personnels qui travaillent en collaboration et en lien avec les familles. La coordination du PES se fait dans le cadre du projet d'école (ou d'établissement) via le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Les CESC s'assurent de la prise en compte des besoins des élèves et des caractéristiques territoriales en définissant les actions et les mises en œuvre avec les partenaires.

Cette politique d'éducation qui vise à développer les connaissances et à accompagner les comportements des enfants en matière de santé, est un support idéal pour créer un dynamisme entre les deux secteurs. Cependant, il ne semble pas que les professionnels de santé soient directement concernés par l'application de ce dispositif, bien qu'il représente, selon moi, un pont entre la santé et l'éducation et qu'il soit impulsé par les directives gouvernementales.

3.2.3. Label Cité Educative

La mise en place d'une cité éducative vise à mettre en lien les services de l'Etat, les collectivités, les associations de quartier et les habitants.

Quel est l'objectif ? L'objectif est d'intensifier les prises en charges éducatives des enfants de 3 ans et des jeunes jusqu'à 25ans en rassemblant les différents acteurs qui interviennent tout au long du parcours éducatif d'un enfant. C'est en fédérant tous les acteurs de l'éducation scolaire et périscolaire que le projet Cité Educative souhaite se développer.

Pourquoi des cités éducatives ? Les inégalités de destin sont réelles dans la société française selon les origines sociale, la famille ou l'école fréquentée. Les chances de réussite fluctuent selon ces différents critères.

Pour qui ? Ce projet de politique de la ville s'adresse aux habitants des territoires dit quartiers prioritaires. Ce sont avant tout les enfants qui vont être concernés par la démarche, mais aussi les familles des enfants.

Quel cadre législatif ? C'est une action nationale qui a été mise en place par le gouvernement français, c'est le Ministère de la Ville et du Logement qui pilote le projet, ainsi que le ministère de l'Éducation nationale. Des lois

concernant les constructions, les projets d'urbanisations, d'effectif, de taille d'installation seront à prévoir, ainsi que des normes d'hygiène, de sécurité...

Qui sont les acteurs ? C'est le Ministère de la Ville et du Logement qui pilote le projet, ainsi que le Ministère de l'Éducation nationale.

Les cités éducatives créent une rencontre en différents milieux afin de faciliter la coexistence, le travail partenarial. L'implantation d'une cité éducative peut donc permettre davantage de coordination entre les différents acteurs d'un même territoire éducatif. Lors de la mise en place du Label Cité Educative à Angers, ce sont 160 personnes qui ont été conviées à la réunion de lancement, chacun exerçant dans des domaines différents mais finalement liés : service des sports, les bibliothèques, les infirmiers scolaires, les professeurs du collège et du lycée, les professeurs des écoles, les éducateurs de rue, les infirmières de prévention de la ville d'Angers, des assistantes sociales, les associations de quartiers, la Protection Maternelle et Infantile.

Ce type de projet gouvernemental est idéal pour donner une nouvelle impulsion sur un territoire. Il permet de redynamiser l'espace et les échanges en offrant un cadre de travail et des axes de développement sécurisant.

Ce dispositif étant récent, il est d'ores et déjà difficile d'envisager une enquête via le Label Cité Educative.

3.3. Des dispositifs régionaux

3.3.1. Les Agences Régionales de Santé

Les ARS ont été créés par la loi de santé Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009. Il est important de visualiser quelles instances relaient les politiques publiques et à quelle échelle afin de comprendre qui sont les acteurs et les bons interlocuteurs. Depuis 2010, les services rénovés de l'état constituent le pivot de l'organisation et la gestion du système de santé et médico-social au niveau régional. Les ARS (agences régionales de santé) assurent la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement sur le territoire régional. Elles veillent à une gestion cohérente des ressources pour permettre un accès égal à tous, à une prise en charge continue, de qualité et sécurisée.

- Les ARS déclinent les politiques nationales et les adaptent selon les caractéristiques régionales (population, épidémiologiques, géographiques)
- Mise en place de programmes régionaux de santé (PRS), composés de schémas régionaux de prévention, de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ainsi que des schémas régionaux d'organisation médicosociale (SROMS)
- La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) porte en complémentarité avec l'ARS, les politiques publiques en matière sociale, sportive, de jeunesse, d'éducation populaire et de vie associative, dans une logique de promotion sociale.

3.3.2. Les Contrats Locaux de Santé (CLS)

La loi de modernisation du système de santé portée par Marisol Touraine en 2016 a permis l'instauration de contrats locaux de santé. Le Contrat Local de Santé est un outil porté par l'ARS et une collectivité territoriale. Son objectif est de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

Les CLS sont des dynamiques locales qui sollicitent les acteurs et les partenaires du terrain dans divers domaines : promotion de la santé, prévention de la santé, politiques de soins, accompagnement médico-social. De nombreuses personnes représentantes de leurs structures s'assoient autour d'une table pour discuter de la mise en place du CLS du territoire. Les associés au dispositif sont les préfets, les services de l'Etat, les acteurs de santé et les associations. Les stratégies et les objectifs sont définis en commun par l'ARS et les porteurs du CLS. Les CLS sont portés à travers les Projets Régionaux de Santé (PRS)²².

Dans l'agglomération angevine, les Contrats Locaux de Santé sont portés par la collectivité territoriale. Une personne est nommée et est chargée de la mise en place et du suivi des CLS. Les réflexions sur la construction des CLS se traduisent par la rencontre de partenaires, œuvrant dans le champ de la santé. En février 2020, c'est notamment la Ville d'Angers, la CPAM d'Angers (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), l'UC-IRSA (Institut inter Régional pour la Santé), le CeGIDD d'Angers (Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic) qui se sont réunis pour créer des axes de développement du CLS en lien avec les spécificités locales. Nous verrons dans une prochaine partie des exemples d'actions locales pilotées par la collectivité territoriale d'Angers.

C'est notamment à ce moment que l'avenir « sanitaire » du territoire se dessine, que les axes de développement se peaufinent. Chacun, par son expérience de terrain, par son analyse du territoire, par les données scientifiques qu'il détient, peut orienter et justifier des priorités de développement. C'est une opportunité idéale pour soulever les problématiques propres aux territoires et orienter les futurs investissements, les futurs projets même s'il est primordial de répondre à la commande étatique.

Ce type de contrat peut être un levier activable pour favoriser les échanges entre le secteur de la santé et l'éducation, notamment en le nommant auprès des instances et ensuite en le priorisant. A Angers, un poste est consacré au développement du CLS.

²² Le Projet Régional de Santé (PRS) est un instrument de pilotage régional, d'une durée de 5 ans. Il définit les objectifs pluriannuels des actions de l'ARS. Il est basé sur une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

3.3.3. Les conventions de partenariat entre ARS et Rectorat

La mise en place de cette convention vise à renforcer les partenariats des deux acteurs en définissant des objectifs communs. Une convention de partenariat a été signée par l'ARS Nantes et le Rectorat de l'académie de Nantes²³ pour la période 2012-2017²⁴ relative au développement d'une politique éducative de santé au sein des établissements scolaires et permettre des parcours de scolarisation inclusifs pour les élèves en situation de handicap. Le fichier PDF est accessible sur internet, il décline les ambitions communes des deux acteurs tels que :

- Le renforcement des compétences psycho-sociales
- Le déploiement d'actions de prévention
- Le renforcement de l'inclusion des élèves en situation de handicap
- La formation des enseignants concernant les problématiques de santé

Cette convention s'attarde aussi sur des points organisationnels en mettant en place des outils pour une meilleure collaboration : une cellule de veille et d'alerte pour les maladies infectieuses entre l'ARS et le Rectorat, la mise en place d'un service sanitaire pour les étudiants en santé dans des établissements scolaires.

Plusieurs projets sont détaillés dans cette convention : programme Like You, le déploiement de l'action probante ICAPS, le développement de formation à la prévention du suicide... Toutefois, je constate peu d'axes sur la mise en place de supports de communication.

Ce type de convention nous permet de visualiser clairement les projets déjà existants ainsi que la portée de ces derniers. Je n'ai malheureusement pas trouvé la convention de partenariat pour 2018-2022, ce qui aurait été bien plus intéressant. Nous pouvons toutefois nous référer à la convention 2012-2017. Cette dernière a permis la mise en œuvre de plusieurs actions comme un programme expérimental de renforcement des compétences psychosociales (déployé entre 20015 et 2017, 568 bénéficiaires, 91 écoles concernées), une formation au repérage de la crise suicidaire (114 personnes de l'Éducation nationale formées), le lancement du programme « Like You », la proposition d'outils pédagogiques pour la prévention des risques auditifs et des actions de sensibilisation comme « Peace & Love ». La convention 2012-2017 présente aussi un volet apportant des réponses dites innovantes ou expérimentales concernant la scolarisation des enfants en situation de handicap.

A titre informatif pour l'année actuelle, l'ARS Normandie et les académies de Caen et Rouen ont aussi une convention²⁵ cadre pour 2018-2023, déclinant les actions de santé publique envisagées : l'accompagnement à la santé des élèves, l'organisation des parcours scolaires des élèves en situation de handicap, le pilotage et le suivi de la convention.

²³ [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Sante%20des%20jeunes%20et%20inclusion%20en%20milieu%20ordinaire%20des%20eleves%20en%20situation%20de%20handicap.pdf)

[12/Sante%20des%20jeunes%20et%20inclusion%20en%20milieu%20ordinaire%20des%20eleves%20en%20situation%20de%20handicap.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Sante%20des%20jeunes%20et%20inclusion%20en%20milieu%20ordinaire%20des%20eleves%20en%20situation%20de%20handicap.pdf)

²⁴ <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/201812/Sante%20des%20jeunes%20et%20inclusion%20en%20milieu%20ordinaire%20des%20eleves%20en%20situation%20de%20handicap.pdf>

²⁵ https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-06/SCAN_2018-04-27-nbreuil.pdf

Ce type de convention est une réelle opportunité pour venir appuyer le travail partenarial entre les deux instances. Il est la preuve d'un élan global et d'une volonté annoncée.

3.4. Des dispositifs locaux

Je vais développer l'exemple de la Direction de Santé Publique d'Angers dans le paragraphe suivant afin d'illustrer les dispositifs locaux existants. C'est grâce à mon stage réalisé au sein du service Promotion Education et Prévention de la Santé que j'ai pu observer les différents projets et les différentes procédures en place. Il est important de distinguer les différentes échelles dans la mise en place de politiques publiques. Bien que la Direction de Santé Publique d'Angers soit une structure locale, elle dépend de la collectivité qui elle-même est représentante de l'Etat. Cependant, le fait de l'action locale permet de diversifier les actions et de les personnaliser en fonction des caractéristiques terrains rencontrées. C'est ce que nous allons étudier ci-dessous.

3.4.1. Exemple : la Direction de Santé Publique d'Angers

La ville d'Angers est représentée par la collectivité territoriale nommée *Ville d'Angers*. Elle est composée d'un Maire, d'adjoints et de conseillers municipaux. Les principales missions de cette collectivité territoriale sont de satisfaire les besoins quotidiens de la population, en agissant dans divers domaines tels que l'éducation, la santé, l'environnement, la culture, les loisirs ... Il faut savoir que les services de santé ne sont pas des entités « obligatoires » dans les organisations municipales. Il n'y a pas d'aspect réglementaire. Il est de la responsabilité du Maire de choisir ou non, de développer une Direction de Santé Publique (DSP) ; « en matière de santé, la commune n'exerce pas de compétence obligatoire, en dehors des mesures spécifiques que peuvent être amenés à prendre les maires dans le cadre de leur pouvoir de police²⁶. »

Dans le cadre de la ville d'Angers et de la DSP, l'exercice des missions de service public de la DSP donne lieu à la mise en œuvre de politiques publiques locales. Les différentes actions menées par la DSP ont pour but de soutenir la santé, et ce par différents moyens. Lorsque l'on mentionne la santé, c'est notamment la santé mentale, la prévention de la santé, l'éducation à la santé mais aussi la réduction des inégalités sociales de santé. La DSP est composée de plusieurs services spécifiques : un pôle handicap et accessibilité, un pôle souffrance psychique et précarité, un pôle prévention éducation et promotion de la santé (PEPS).

Nous nous intéresserons particulièrement au service Prévention Education et Promotion de la Santé (PEPS) qui chaque année, décline de nombreuses actions de santé à Angers. Les interventions du service PEPS sont souvent en lien avec les acteurs locaux tels que les associations, les écoles, les structures publiques (Conseil Départemental, la CPAM), les centres sociaux... C'est la structure idéale représentative des pouvoirs publics (ainsi

²⁶ <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/laction-sanitaire-et-sociale>

que le service Education/Enfance) et des politiques publiques actuelles agissant dans le champ de l'éducation et de la santé.

C'est grâce à un stage de plusieurs semaines que j'ai pu récolter ces informations sur la mise en œuvre de politiques publiques locales dans le champ de la santé, ce qui me paraît être fort intéressant pour la réflexion que je mène.

3.4.2. Actions de santé locale

a) Intervention bucco-dentaire avec la Ville d'Angers

Un constat fut réalisé dans les écoles d'Angers il y a quelques années : les enfants scolarisés en maternelles et en primaire ont des caries et bon nombre d'entre eux n'ont pas de brosses à dents. À la suite de cela, le service PEPS de la ville a décidé de mettre en place une action de prévention à destination des enfants scolarisés sur le territoire angevin. Un crédit spécifique est alloué à cette action qui se déroule sur les 10 mois de l'année scolaire. Une intervention est proposée par les infirmiers de prévention de la ville à chaque école maternelle et primaire de la ville. Le but de l'intervention est de sensibiliser les enfants au soin des dents en apportant des connaissances, du vocabulaire et l'équipement nécessaire pour l'entretien dentaire. Cet échange permet aussi d'appréhender les questions liées à l'alimentation telles que la consommation du sucre, la prise du petit déjeuner. Des points importants pour la santé des enfants, j'entends leur bien-être corporels et leur bien-être mentales. C'est sur ce type d'enjeu que j'essaie de comprendre comment l'éducation et la santé peuvent agir ensemble.

Le déroulement de l'intervention :

- Prise de contact avec les enfants de la classe
- Intervention orale et échange sur le vocabulaire lié aux dents et à leur entretien
- Formation de petits groupes et exercice de nettoyage des dents
- Distribution de kit de brossage de dents : gobelet, brosse, dentifrice.

Ce type d'intervention est un moment privilégié avec les enfants pour échanger sur le sujet. Il est aussi le moment opportun pour diffuser de l'information notamment sur la question du dentiste, de la régularité des rendez-vous... Ainsi, l'infirmier de prévention distribue des plaquettes d'information sur la prise de rendez-vous et les tarifs en vigueur. Il apparaît donc comme un élément intermédiaire entre ce qu'on appelle l'éducation à la santé et le secteur de la santé lui-même représenté par le dentiste. Toutefois, cette intervention reste détachée des deux champs, elle n'est qu'un pont entre les deux.

Ce type d'intervention est selon moi l'occasion de remettre en avant la santé auprès des enfants et des professeurs. Elle permet d'ouvrir des discussions et de conforter certains dans leurs pratiques. L'intervention bucco-dentaire réalisée par les infirmiers de la ville est complémentaire de l'action de soin des dentistes.

Le Conseil Départemental, accompagné de l'UFSBD, organise aussi des interventions dans les écoles avec la campagne M'tes dents, qui est plus généraliste.

b) Le Label Cité Educative

Nous avons précédemment décrit le programme Label Cité Educative décliné par le gouvernement français en 2019. La ville d'Angers, plus précisément le quartier de Monplaisir, a été sélectionné pour participer à la mise en œuvre de ce nouvel élan éducatif.

La mise en place d'un tel programme permet de rassembler de nombreux acteurs locaux sur un seul et même projet : favoriser la réussite des enfants de 0 à 25 ans, sur un territoire défini. Selon moi, c'est l'occasion idéale pour permettre de rapprocher les différentes structures, les différents acteurs et d'unir les actions vers un but commun.

Cette politique publique, focalisée politique de la ville, permet d'unir les forces et les réflexions. Elle permet aussi d'amener des moyens financiers conséquents pour le développement des actions choisies dans les comités de travail dédiées à la Cité Educative.

4. Construction de mon projet d'enquête

Les premières parties de cet écrit ont permis de cadrer ma recherche et de donner matière à ma réflexion. La lecture des nombreux dossiers réalisés par les pouvoirs publics et les articles scientifiques rédigés par des chercheurs, me permet aujourd'hui d'avancer sur mon questionnement. Le point de départ de mon interrogation était le suivant : quelle interaction existe entre le secteur de l'éducation et le secteur de la santé ? J'ai souhaité aborder ce sujet en orientant mon analyse sur les politiques publiques actuelles et leurs rôles d'intermédiaire entre les deux systèmes.

Il s'agit maintenant de planifier mon projet d'enquête visant à confronter mes questionnements théoriques aux terrains.

Pour ce faire, j'ai réalisé des entretiens et des questionnaires afin d'entamer une réflexion sur la construction de ma problématique. Cela, afin de pouvoir orienter mon enquête vers une approche réaliste et faisable. Les entretiens et les questionnaires réalisés m'ont souvent permis un premier échange avec mes potentiels publics cibles d'enquête pour l'année prochaine.

4.1. La genèse de mon projet

4.1.1. Des questionnements de terrain

Ce projet de mémoire naît des observations réalisées pendant mes expériences professionnelles mais aussi de mes rencontres avec des professionnels de l'éducation et de la santé. J'ai été en contact avec des enfants issus d'environnements divers et j'ai pu constater certaines problématiques de santé ou de bien-être, comme je l'explique dans mon introduction.

Lors d'un entretien informatif exploratoire avec une institutrice sur les situations scolaires des enfants habitants en quartier prioritaire et scolarisés en établissement Réseau d'Education Prioritaire (REP), des questionnements ont été soulevés sur la santé des élèves. Ces échanges m'ont permis de développer la question de la santé de ces enfants et des possibles accompagnements. Il en ressort qu'il est difficile pour certaines familles, de pouvoir détecter les problématiques de santé mais aussi de pouvoir accompagner leurs enfants vers le soin. Ce type de situation aurait pu être abordé d'un point de vue sociologique, notamment en utilisant le concept de capital culturel de Bourdieu. Ce ne sera pas la voie disciplinaire de mon choix.

Les travaux de De Broucker font émerger l'importance de l'éducation dans la santé. En outre, la définition des déterminants sociaux de la santé conforte ce lien affirmé par De Broucker, entre la santé et l'éducation. Cet écrit vise à éclaircir ce cercle vertueux et espère clarifier mes questionnements sur le rôle des politiques publiques dans le soutien à la réduction des inégalités sociales d'accès et de réussite à l'école, notamment associées à la santé.

a) Des pistes non-engageables

Au fil de mes lectures sur les inégalités sociales de santé, je m'intéresse de plus en plus aux renoncements aux soins dans certaines familles, particulièrement les soins parascolaires ayant des conséquences sur les apprentissages scolaires. La difficulté de ce sujet est d'emblée soulevée par mon directeur de mémoire. En effet, il est fort possible que le terrain d'enquête en lien avec ce sujet soit irréalisable dans le contexte d'un mémoire en master première année. A cela s'ajoute la problématique de l'accès aux données classées confidentielles. Il serait nécessaire de faire une demande à la Commission Nationale d'Informatique et Libertés (CNIL), une demande qui peut prendre beaucoup de temps, ce que je n'ai pas vu du calendrier scolaire.

Cette problématique liée à des observations de terrains doit être modifiée et revue pour devenir plus généraliste. Je dois pouvoir aborder le sujet en appliquant la méthode de recherche en sciences sociales en commençant par l'état de l'art et l'aspect théorique plutôt que par l'analyse de terrain.

b) Un stage comme lieu d'observation

Par la suite, j'ai rencontré une responsable de service Promotion Education et Prévention de la Santé en collectivité territoriale qui me rappelle les enjeux de santé dans l'organisation des espaces, dans les agencements de ville ou de quartier. Elle évoque aussi l'importance de la promotion de la santé qui prend place dans notre société. Actuellement, c'est notamment au travers d'interventions dans les écoles que la parole des professionnels prend place, que celle des enfants s'écoulent et que les questions liées à la santé (nutrition, hygiène, sexualité, nutrition) trouvent réponse. La promotion de la santé, évoquée dès 1984 dans un rapport produit par le Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe s'inscrit alors dans un prolongement de la stratégie de « Soins de santé Primaires » définie à Alma-Ata (Kazakhstan, URSS, 1978)²⁷. Elle est véritablement reconnue en 1986 avec la proclamation de la Charte d'Ottawa²⁸.

Le constat est le suivant : « au-delà des comportements individuels, un ensemble de conditions sociales peuvent jouer un rôle important dans l'altération, le maintien ou l'amélioration de la santé » (L. Thouroude, A. Siméone, 2018)²⁹. Les politiques publiques permettent la mise en place d'actions de promotion de la santé entre autres.

L'objectif central de la promotion de la santé est « d'augmenter la capacité des individus à s'approprier les savoirs et à autogérer leur santé, l'approche ne peut pas être directive mais seulement accompagnatrice du développement : l'individu doit participer à la planification même du projet qui vise à créer des conditions

²⁷ Le texte de la Déclaration de Jakarta (OMS, 1978) est disponible en français sur le site de l'O.M.S. à l'adresse suivante :

http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf

²⁸ Le texte de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) est disponible en français sur le site de l'O.M.S. à l'adresse suivante : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

favorables à l'émergence d'un changement de ses aptitudes et éventuellement de ses comportements » (L. Thouroude, A. Siméone, 2018).

Pour compléter mes recherches et mon questionnement, j'ai choisi de m'insérer dans le quotidien d'une collectivité territoriale, au sein du service Prévention Education et Promotion de la santé, afin d'observer le rôle des politiques publiques de santé dans une ville de 150 000 habitants : Angers.

c) Un questionnaire pertinent et validé

Jean-Noël Escudié dresse un article tel un bilan de la Cour des Comptes concernant la santé scolaire en France. L'article démontre que ce n'est pas le manque de moyens qui rend l'exercice de la santé scolaire périlleux mais davantage le pilotage de l'action notamment par « l'opacité de l'exercice des activités et le cloisonnement des personnels ». L'avis de la Cour des Comptes est partagé par l'Assemblée Nationale, par l'Académie de Médecine et par le Conseil Economique Social et Environnemental. Il existe bel et bien des postes dédiés à l'exercice de la santé scolaire, cependant le système de l'Éducation nationale ne permet pas le plein exercice. La priorité est l'instruction.

Comme je le constatais dans la partie I et la partie II de mon écrit, nous faisons face à deux systèmes, qui, étant donné leurs constructions et leurs organisations ne permettent pas de fonctionner ensemble. L'article souligne « le cloisonnement des métiers, des interventions segmentées et une gestion en tuyaux d'orgue » pour nommer les dysfonctionnements entre la santé et l'éducation.

Plusieurs préconisations sont proposées par la Cour des Comptes :

- « collaborer avec les agences régionales de santé et l'assurance maladie pour utiliser des informations et moyens disponibles »
- « créer des services de santé scolaire dans chaque rectorat et chaque DSEN afin d'unifier l'intervention des personnels ».

Sans une réelle unité d'action entre les professionnels de santé et le système d'éducation, « les objectifs nationaux de dépistages ne peuvent être atteints ». Qu'en est-il de l'accompagnement des enfants à problématiques particulières de santé, si les dépistages ne sont pas réalisés ?

d) Ma recherche bibliographique

La réalisation de cet écrit a demandé de nombreuses heures de recherches bibliographiques et de lectures de dossiers. Au commencement, mes interrogations sur ma question de départ et la non-fixation de mon sujet de recherche m'ont tout de même permis d'accéder et de m'intéresser à des articles passionnants et enrichissants pour la compréhension de mon sujet. Ce sont notamment les apports en connaissances sur les inégalités sociales de santé ou l'accès aux soins, qui m'ont permis de me saisir de cette problématique sociale.

Une fois mon sujet de recherche arrêté, j'ai débuté mes recherches bibliographiques de manière très classique en me dirigeant vers des sites de recherches en sciences sociales comme Cairn, GoogleScholar et Persee. J'ai aussi utilisé les ressources de la bibliothèque universitaire à laquelle je suis rattachée (BU Angers). Les mots clefs

utilisés que sont : éducation, santé, professionnels, coordination, politiques publiques, m'ont souvent menée vers des articles portant sur l'éducation à la santé. Bien qu'intéressants, ces articles ne portaient pas directement sur mon sujet et ne m'apportaient pas l'angle vue désiré : la rencontre de l'éducation et de la santé.

L'analyse de la rencontre de l'éducation et de la santé par les politiques publiques m'a permis d'accéder à de nombreux dossiers très pertinents sur la place du sujet dans l'organisation de notre société, sur la réalité des actions menées, sur le pouvoir que détiennent les politiques publiques dans l'orientation des actions. Les dossiers d'expertise et d'évaluation, les dossiers de projets, les dossiers de présentations d'actions déjà en place sont si nombreux.

Les sites du gouvernement m'ont été utiles pour comprendre l'aspect organisationnel de la santé et de l'éducation, mais aussi avoir un état des lieux des politiques publiques actuellement en place.

4.2. Problématisation du sujet

4.2.1. Questionnements généraux

Il existe un certain nombre de politiques publiques offrant un cadre et des objectifs clairs visant à créer du dynamisme et de l'échange entre la santé et l'éducation. Je pense notamment au Label Cité Educative, mais aussi aux missions des collectivités territoriales et leurs actions locales (intervention hygiène bucco-dentaire). Au-delà des actions locales, ce sont des procédures de fonctionnement fléchées qui sont mises en place dans chaque région, et ce par le biais des Agences Régionales de Santé via les Contrats Locaux de Santé. Concernant l'éducation, ce sont toutes les politiques d'éducation déléguées par les Académies qui prennent place et orientent les actions dans les établissements.

La rédaction de ces contrats peut permettre une certaine orientation des moyens et des actions sur le territoire donné. Du côté de l'Éducation nationale, c'est aussi le Parcours Educatif en Santé qui permet de stimuler les apports d'informations en santé dans l'espace de l'école et la nomination de personnels de santé en son sein.

Plusieurs questionnements peuvent être envisagés pour étudier ce sujet. Nous faisons face à la question du territoire, à la connaissance par les individus (usagers ou professionnels) des dispositifs, à la rencontre de deux systèmes, à l'efficacité des actions.

- Les dispositifs mis en place par les politiques publiques peuvent-ils être retrouvés sur l'intégralité du territoire français ? Est-ce qu'il y a des disparités d'offres d'actions publiques selon les territoires : urbains, ruraux ?
- La mise en place d'une action nationale telle que le programme de réussite éducative est-elle aussi efficace dans chacun des quartiers concernés ?
- Est-ce que les professionnels de santé et de l'éducation sont au clair sur l'intégralité des dispositifs existant aujourd'hui pour soutenir leur travail ?

- Y-a-t-il des territoires français délaissés par les pouvoirs publics où la proposition d'actions permettant le dialogue entre l'éducation et la santé est moindre ?
- Est-ce que les potentiels usagers sont au fait des possibilités et des démarches d'accompagnement existantes de leurs territoires ?
- Le Programme de Réussite Educative est-il réellement accessible à tous les usagers du territoire concernés par le dispositif ?
- Est-ce que la délégation des compétences dans chacun des systèmes (santé et éducation) est un frein à la coopération ?
- Comment deux systèmes publics que sont la santé et l'éducation peuvent coopérer ?
- Existe-t-il des disparités d'actions publiques de santé et d'éducation sur un seul et même territoire ?

4.2.2. Potentielles voies de développement

J'ai plusieurs possibilités qui s'offrent à moi pour problématiser mon sujet aujourd'hui. Les recherches menées jusqu'ici m'ont permis de réaliser l'ampleur organisationnelle de ces deux systèmes que sont la santé et l'éducation et de comprendre les multiples spécificités de mon questionnement.

- 1- Une approche sociologique : La structure hiérarchique et la délégation des compétences étant très importantes dans les deux systèmes, je pense qu'il serait tout à fait envisageable de poursuivre mes recherches en abordant la sociologie de l'action organisée et de la gouvernance. Gilles Pinson présente une « conviction selon laquelle les modes d'action concrets et de coordination sont des enjeux de sciences sociales et disent beaucoup des formes que prennent les liens politiques et les relations État/société » et déclare que le point commun entre « l'action organisée et la gouvernance » est « l'approche organisationnelle de l'Etat ». Je pourrais ainsi aborder « la conception organisationnelle » selon Rosamond (2003) cité par Pinson, décrite comme « une approche qui part du postulat selon lequel l'État, les organisations politiques et administratives et les processus d'action publique sont confrontés à des enjeux d'organisation du travail collectif, de mobilisation des acteurs et de coordination de leurs activités qui ne diffèrent pas fondamentalement de ceux auxquels sont confrontés d'autres types d'organisations comme les entreprises ou encore les associations et les mouvements sociaux. »
- 2- Une approche géographique avec la notion de territoire et de spatialité : L'aspect territorial de mon questionnement est souvent de mise dans mes recherches. La structure organisationnelle et la délégation des compétences impliquent un découpage territorial pour les actions. Par ailleurs, les dispositifs existants sont eux même très souvent confrontés à la notion de territoire et de lieu. Je pourrais envisager un approfondissement de ma recherche en confrontant divers territoires afin d'observer les possibles disparités d'actions publiques.

La définition des deux systèmes m'a permis d'identifier les différents acteurs de ces systèmes, les environnements. Des professionnels de santé et d'éducation représentent les interlocuteurs de chacun de ces domaines. Ils appartiennent à un groupe, à une organisation et sont associés à des lieux. Je pense qu'il peut être envisageable d'aborder la problématique de mon sujet en me penchant sur leurs espaces d'actions et enquêter sur une possible rencontre spatiale des deux systèmes. Cette potentielle rencontre

spatiale pourrait être un élément de réponse à mon questionnaire portant sur l'interaction des acteurs de santé et de l'éducation.

- 3- Une approche psychosociale : La santé et l'éducation sont deux thématiques très propres à l'individu. Ce sont des domaines gérés collectivement par le système public mais qui prennent place dans l'espace privé de la famille. C'est pourquoi il serait envisageable d'aborder la perception des individus quant aux politiques publiques en place pour la santé et l'éducation. Je me questionne sur la frontière des espaces et des responsabilités entre l'action collective du domaine public et les décisions personnelles de chacun dépendant de la sphère privée.

Il est difficile de figer ma problématique pour le moment malgré le nombre de questionnements qui émanent, faisant suite à mes recherches. Cependant, pour m'amener vers une problématique réaliste et faisable l'année prochaine, je vais tester des méthodes d'enquête afin de choisir la direction de recherche vers laquelle je souhaite me diriger.

4.3. Phase de test de ma méthodologie d'enquête

Dans le cadre du Master 1, j'ai réalisé un stage au sein de la Direction de Santé Publique au service Prévention Education et Promotion de la Santé. De ce fait, j'ai pu mener des entretiens avec des personnes responsables de mise en œuvre de politiques publiques et des professionnels de l'Éducation nationale.

Cette partie tend à reprendre les différents échanges que j'ai pu avoir avec des professionnels. En outre, vous trouverez trois questionnaires à destination de groupes/profils différents afin de tester la prise de mon sujet.

4.3.1. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est utilisé lorsque que l'on dispose d'un certain nombre d'hypothèses permettant de structurer un guide d'entretien. Pour mon sujet, c'est l'hypothèse que la santé et l'éducation aient un lien, qui motive cet entretien et détermine les questions qui y sont posées. C'est aussi l'hypothèse pressentie qu'il y a peu de communication entre les professionnels internes à l'école et externes à l'école.

La grille d'entretien préalablement rédigée m'a permis de conduire l'échange vers les thématiques choisies : la santé à l'école, l'échange entre les professionnels, le rôle des parents, la communication. Le choix d'un entretien semi-directif m'a aussi permis de laisser la personne s'exprimer librement sur des sujets qu'elle jugeait en lien.

Le choix d'un entretien semi-directif sera reconduit lors de l'enquête que je me mènerai. En effet, avoir une trame de questions prédéfinies mais non impératives permet de s'autoriser des relances et une certaine liberté d'échange entre les deux interlocuteurs. Les propos sont structurés grâce à la trame mais chaque thématique peut être abordée par une approche plus personnelle du sujet interviewé.

Moliner, Rateau et Cohen Scali rappellent les spécificités de ce type d'entretien, notamment celles « liés à leurs conditions de validité » : « D'une part, l'interviewer doit maintenir le sujet dans le cadre de l'entretien et lui faire

aborder tous les thèmes prévus, ce qui induit une certaine pression de la part de l'interviewer. D'autre part, il doit faire en sorte de favoriser la libre expression de ses sentiments et l'évolution de sa pensée. »

Il convient de dresser une grille d'entretien solide et bien établie avant de pouvoir l'utiliser. Il est nécessaire de pouvoir ajuster les questions mais surtout les relances et sa posture en fonction des réponses fournies.

a) Rencontre d'une infirmière scolaire

Lors de mon stage, plus précisément lors des interventions de prévention de santé d'hygiène bucco-dentaire dans des écoles primaires, j'ai rencontré une infirmière scolaire (Mme Patoz) ayant accepté de me rencontrer pour un entretien.

Une consigne de départ a été établie avec la personne interrogée : un entretien semi-directif d'une durée de 40 minutes environ avec diverses thématiques à aborder. Mme Patoz avait connaissance du thème de mon sujet ainsi que des points que nous allions aborder.

L'entretien s'est déroulé dans son bureau au sein d'un établissement scolaire. La prise de rendez-vous et le choix du lieu se sont faits facilement. L'entretien a duré une heure et a porté sur la santé et l'éducation. Une grille d'entretien semi-directif a été préparée préalablement (Annexe 10 Guide d'entretien infirmière scolaire). L'entretien n'a pas été enregistré pour des raisons pratiques, cependant j'ai pu réaliser une prise de note suffisamment abondante pour retranscrire les propos de Mme Patoz.

L'objectif de cet entretien était de recueillir l'opinion d'un professionnel de santé exerçant au sein de l'Éducation nationale, notamment son point de vue sur la communication entre les professionnels « internes » à l'Éducation nationale et les professionnels « externes ».

La faisabilité de l'enquête – entretien semi-directif avec une infirmière scolaire :

- Il a été facile d'organiser une rencontre avec Mme Patoz qui a tout de suite accepté ma proposition. Par ailleurs, elle m'a aussi proposé plusieurs contacts de collègues infirmiers exerçant dans l'Éducation nationale afin de parfaire mon étude. Il semble donc envisageable de poursuivre ce type d'entretien avec ce type d'individu en poste : professionnels de santé de l'Éducation nationale.

❖ Analyse du contenu des réponses

Pour analyser les informations que j'ai recueillies lors de cet entretien, j'ai choisi de réaliser un codage ouvert par extrait (Annexe 11 Analyse de l'entretien - infirmière scolaire).

L'entretien réalisé avec l'infirmière scolaire fait ressortir plusieurs éléments notables et intéressants pour la suite de ma recherche :

- La santé à l'école ne semble pas aller de soi pour les élèves, elle doit être soutenue par les professionnels pour mener les élèves vers des thématiques santé. De plus, il semblerait que la santé à l'école ne se résume qu'à des actions particulières plutôt qu'à un aspect quotidien.

- Le rôle des parents est primordial dans la mise en place de suivis lors de situations complexes. Ils sont nommés à plusieurs reprises et pour différentes questions (12 fois) contre 4 fois pour le mot « médecin ».
- Les outils permettant la communication entre les professionnels de santé dans et hors école sont peu nombreux : le mail et le PAI.
- L'expérience de l'entretien réalisé avec l'infirmière scolaire m'a apporté des pistes pour mon sujet et a contribué à la réflexion sur la communication des professionnels. Cependant, l'expérience de cet entretien ne pourrait être utilisable dans l'absolu, puisque la retranscription a été réalisée à partir d'une prise de note.

Thème	Sous-thèmes	Séquences	Extrait
Le poste et les fonctions d'infirmier scolaire	La gestion du temps de travail	I.5	« Le temps de la semaine est divisé en deux »
	Les différentes missions	I.8	« la bobologie quotidienne, les actions de prévention de santé (vie sexuelle et affective, alimentation, hygiène de vie, addictions), le suivi d'élèves (E.S.S : Equipe Educative et Commission Educative) »
La place de la santé à l'école	Les actions de l'école	I.16	« un travail qui est réalisé depuis le primaire pour pousser les élèves à prendre soin en compte leur santé et à favoriser les gestes bons »
		I.18	« Il y a une tentative pour faire prendre conscience des enjeux de santé tout au long du parcours scolaire. »
	La nécessité de créer une place à la santé	I.16	« pour pousser les élèves à »
		I.18	« une tentative »
La détection de situations complexes	Les facteurs de détection	I.73	« « l'éducation à la santé » avec des interventions thématiques. »
		I.23	« le taux d'absentéisme et la chute des notes qui donnent des alertes quant à l'état de santé des élèves »
	Les solutions proposées	I.24	« une convocation des parents »
		I.25	« ... de l'assistance sociale »
		I.26	« un signalement »
		I.35	« alerter le médecin traitant »
		I.63	« des aménagements et adaptations de nature pédagogique »
		I.45	« l'infirmier peut être en lien avec les acteurs médicaux extérieurs à l'école, de l'enfant » (à condition que)
		I.47	« appeler le CHU ou les services de soins »
Le rôle des parents	L'interlocuteur principal	I.24	«une convocation des parents »
		I.34	« les parents sont les premiers à pouvoir commencer la démarche »

		I.35	« uniquement si les parents acceptent »
		I.39	« les infirmiers scolaires et les parents se rencontrent »
		I.44	« Si les parents sont au courant et sont d'accord »
		I.53	« à la demande des parents »
	La source du problème	I.24	« le signalement au service de l'Aide Sociale à l'Enfance »
		I.47	« un cas de maltraitance, bien évidemment les parents ne sont pas contactés. »
La communication entre les professionnels de santé dans et hors école	Les outils	I.52	« le mail »
		I.52	« les Programmes d'Accompagnement Individuel »
		I.59	« les Plan d'Accompagnement Personnalisé »
	Les rencontres	I.53	« se réunissent alors le médecin scolaire ou le médecin traitant, les professeurs, l'infirmière scolaire, le chef d'établissement et tous les spécialistes agissant avec l'enfant. »

b) Rencontre d'une coordinatrice de Programme de Réussite Educative

La ville d'Angers dispose de quatre coordinateurs de Programme de Réussite Educative. Mon stage m'a permis de rencontrer facilement l'un d'entre eux et de réaliser un entretien.

L'entretien a duré 40 minutes et a eu lieu dans son bureau au sein du Relais Mairie de Monplaisir. J'ai réalisé un entretien semi-directif afin de comprendre ce qu'est le Programme de Réussite Educative et la place de la santé dans ce dispositif à Monplaisir.

Un compte rendu de notre rencontre a été rédigé (Annexe 12 Compte-rendu rencontre avec la coordinatrice du programme PRE Monplaisir Angers). Il ne permet pas d'apporter d'éléments décisifs permettant toute conclusions à ce stade, cependant il confirme le rôle d'intermédiaire de ce dispositif. Le Programme de Réussite Educative peut être sollicité par différents types de professionnels « Les enfants sont orientés : par les professeurs des écoles, les professeurs de collège, les assistantes sociales, les éducateurs de prévention, les familles directement bénéficiant du bouche à oreilles » (Lalie Barbin, coordinatrice du PRE Monplaisir, Angers). Par ailleurs, les axes d'interventions sont multiples et varient selon les profils des enfants accompagnés « Accompagnement à la scolarité, accès aux loisirs, à la culture et aux sport, prévention en santé. » (ibid).

Un dossier³⁰ a été rédigé par l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances (l'acsé) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES) sur la place de la santé dans les dispositifs PRE. Cette analyse démontre les multiples possibilités quant à la mise en place d'activités, de liens possibles avec l'éducation. En outre, elle affirme la portée du dispositif et les qualités qui lui sont reconnues :

- « Une capacité à fédérer les partenaires de champs d'action et de culture professionnelle variés (social, médical, socio-éducatif, scolaire...) ».
- « Une capacité à se décentrer des logiques d'actions collectives prévalant jusqu'alors pour partir des besoins de l'enfant et construire des parcours individualisés de réussite éducative ».

Le Programme Réussite Éducative pourra être enquêté au niveau organisationnel et sur les fonctions des acteurs. Il est envisageable de poursuivre ma recherche en questionnant la pérennité des relations entre professionnels après sollicitation du PRE. Cependant, je ne peux affirmer la possibilité d'enquêter sur l'efficacité du programme via les usagers puisque cela impliquerait le recueil d'informations personnelles des enfants pris en charge.

4.3.2. Questionnaires

Le questionnaire est une technique de recherche qui peut être utilisée pour une analyse qualitative et aussi quantitative. C'est le traitement et l'ouverture des données qui vont déterminer le type d'entrée choisie.

Pourtois et Desmet expriment cette réalité : « Remarquons que le questionnaire se prête particulièrement bien au traitement quantitatif. Toutefois le chercheur qualitatif peut aussi trouver dans cette technique un outil précieux de recueil des données. Dans ce cas l'enquête est très approfondie. Elle se réalise sur un nombre restreint de sujets et nécessite une analyse de contenu. Bien souvent, elle constitue un complément à l'utilisation d'une autre technique (observation participante, méthode projective, etc. » (p.157-158)

Il existe plusieurs types de questionnaires : le questionnaire d'enquête ouvert permet quelques fois de remplacer un entretien directif. Le sujet peut répondre comme bon lui semble mais les questions sont figées, au même titre que les questions fermées. Il y a des avantages à ce type de méthode : « la réflexivité, la cohérence des propos ». Je n'ai cependant pas choisi de réaliser ce type de questionnaire pour ce mémoire. L'objectif à travers les questionnaires que nous étudierons dans les prochaines parties, est de tester la prise de mon sujet sur le type d'individu choisi. Par ailleurs, les réponses recueillies me permettent aussi d'envisager des pistes de recherche plutôt que d'autres.

a) Questionnaire à destination de professeurs des écoles

J'ai choisi de réaliser un questionnaire à destination des professionnels de l'éducation. Pour ce faire, j'ai conçu un questionnaire via le logiciel Google Form (Annexe 13 Questionnaire à destination de professionnels d'éducation).

³⁰ Le programme de réussite éducative et la santé (Novembre 2012) L'acsé & l'INPES

L'objectif du questionnaire :

- Tester le groupe d'acteurs et la réactivité
- Envisager des entretiens plus approfondis avec ces individus
- Questionner sur des éléments de réflexion simples pour orienter ma problématique
- Appréhender la relation « enseignant/politique publique » et la relation « enseignant/acteurs de santé »

L'échantillon : des professionnels de l'Éducation nationale en activité.

Le questionnaire : Il comporte 24 questions ouvertes ou fermées. Différentes variables sont utilisées : variables qualitatives nominales ou variables qualitatives ordinales, variables quantitatives discrètes ou continues ainsi que des variables textuelles.

- o Les deux premières questions « Quel poste exercez-vous (...) ; Quelle classe enseignez-vous » permettent d'identifier les individus quant à mon échantillon sélectionné.
- o Les questions 3, 4 et 5 me permettent d'identifier la localisation des professionnels et le type de territoire sur lequel ils exercent leurs métiers.
- o Les questions 6,7 et 8 abordent la relation entre la santé et l'éducation afin de recueillir leurs perceptions sur le sujet.
- o Les questions 9, 10, 11,12, 13 et 14 abordent la communication entre les professionnels de santé et d'éducation.
- o Les questions 15, 16, 17 ,18, 19, 20, 21 et 22 abordent le sujet des politiques publiques.
- o Les questions 23 et 24 ont davantage vocation à examiner la faisabilité d'une enquête plus poussée pour l'année prochaine et la disponibilité des personnes interrogées.

Résultats :

Le groupe « professionnels de l'Éducation nationale » semble plutôt facile à mobiliser. En quelques jours et peu de relances, j'ai réussi à obtenir 13 réponses à mon questionnaire. Quatre d'entre eux acceptaient de me rencontrer pour une éventuelle poursuite de ma recherche.

Concernant les thématiques abordées :

- La santé est un élément important dans le quotidien d'une classe. Il est abordé une fois par jour ou une fois par semaine pour la majorité des enseignants ayant répondu à ce questionnaire.
- Concernant la thématique santé des enfants et interlocuteurs, les réponses varient mais nous retrouvons principalement les mêmes éléments : les enseignants contactent principalement les parents, le directeur de l'école, l'infirmière scolaire. Un seul interviewé nomme « la collectivité locale ».

- Aucune des personnes interrogées n'a répondu « très suffisamment » à la question « Diriez-vous que vous avez suffisamment d'échanges avec les professionnels de santé s'occupant des mêmes enfants/élèves que vous ? ». La médiane des réponses recueillies est de 4 (1 = très suffisamment : 5 = pas suffisamment). Il semblerait que les échanges avec les acteurs de santé soient donc insuffisants. Ce phénomène est conforté par les réponses à la question suivante sur les moyens et les outils disponibles pour communiquer avec les professionnels de santé. 10 réponses sur 13 déclarent ne pas avoir d'outils spécifiques permettant la prise de contact et l'échange d'informations. De plus, selon eux, il n'y aurait pas de dispositifs publics pouvant soutenir l'interaction avec les professionnels de santé.
- A cela s'ajoute le manque de connaissance de certains programmes, parmi les réponses d'enseignants exerçant en quartier prioritaire, 50% d'entre eux n'ont pas connaissance du Programme de Réussite Educative

Les résultats de notre enquête sont trop peu nombreux pour établir des conclusions. Cependant, ils nous donnent une direction sur le sujet et les différents aspects que nous pouvons approfondir.

- La connaissance des politiques publiques du territoire
- Les moyens de communications permettant l'échange avec les acteurs de santé
- La place des parents dans l'interaction des deux secteurs

b) Questionnaire à destination de parents d'enfants scolarisés

Un questionnaire a été réalisé à destination de parents d'enfants scolarisés en école maternelle ou école primaire. Le questionnaire interrogeait principalement la perception des parents quant au lien entre la santé et l'éducation ainsi que la place de la santé dans l'école. J'ai recueilli seulement 5 réponses. Si un nouveau questionnaire à destination de parents d'enfants scolarisés en école publique devait se mettre en place, alors je multiplierai les canaux de distribution. L'utilisation du questionnaire n'est peut-être pas adaptée à ce type de groupe. La proposition de rencontre pour des entretiens semi-directif est à envisager pour recueillir davantage de matière.

Les résultats des questionnaires sont donc insuffisants pour amorcer quelques conclusions.

c) Questionnaire à destination de professionnels de santé

J'ai mis en place un questionnaire à destination de professionnels de santé. Les objectifs sont quelque peu similaires au questionnaire précédent. Je souhaite tester l'engouement de ce groupe social pour mon sujet et aborder les thématiques de mon mémoire. J'ai recueilli peu de réponses, ce qui ne peut m'amener à des conclusions générales.

Voici les constats que nous pouvons partager à ce stade :

- La santé et l'éducation sont liées.
- L'école est un moyen de détection et de prévention concernant la santé.
- La communication entre les acteurs de l'éducation et les acteurs de santé est plutôt suffisante (0 réponse Tout à fait d'accord ; 2 réponses D'accord ; 1 Pas d'accord ; 1 Pas du tout d'accord). Cependant la satisfaction totale ne semble pas de mise.

- Tous les professionnels de santé ont déjà été confrontés à des situations méritant un échange avec des professionnels de l'éducation mais seulement 60% peuvent toujours satisfaire leurs besoins d'échanges avec eux pour diverses raisons.
- Les raisons motivant une rencontre sont multiples : synthèse pluridisciplinaire, situation sociale compliquée, trouble des apprentissages, souffrance psychique, prévention, aménagement scolaire, phobie scolaire, troubles anxieux, dépression...
- Lorsque l'on questionne le rôle des politiques publiques dans l'interaction, les réponses sont partagées. 40% déclarent que « c'est une bonne chose, nous avons besoin de cela » contre 40% qui à l'inverse déclarent « que ce n'est pas le rôle des politiques publiques ». Cependant, la question posée mériterait certainement d'être revue et réadaptée. Trop d'informations, propositions de réponses pas assez précises.
- Le Parcours Educatif de Santé ; un dispositif de politique publique d'éducation est inconnu de tous les professionnels de santé interrogés.

Informations complémentaires : 20% des personnes interrogées sont d'accord pour réaliser un entretien et 60% seraient peut-être intéressées. Je considère ces chiffres bons pour la suite.

La difficulté de cette enquête a été de pouvoir contacter un nombre assez important d'individus type. La distribution du questionnaire dépend beaucoup de l'implication des premières connaissances à transférer le questionnaire à leurs pairs. Cependant, toutes les méthodes de distribution n'ont pas été utilisées et il est fort probable qu'une planification de la mise en œuvre et qu'une multiplication des canaux utilisés me permettent d'obtenir des résultats conséquents.

Construction de la problématique en lien avec les résultats du questionnaire :

- La connaissance des dispositifs par les acteurs de santé.
- Les supports permettant l'échange entre l'éducation et la santé.

4.3.3. L'observation

L'observation est une méthode d'enquête qui, auparavant, n'était pas utilisée en sciences sociales. Cette technique était principalement utilisée dans les sciences dures.

D'après Guibert et Jumel (1997), « « L'observation est une méthode d'investigation empruntée aux sciences psychiques et naturelles, transposée aux sciences humaines. Elle consiste à recueillir des informations sur les agents sociaux en captant leurs comportements et leurs propos au moment où ils se manifestent ».

Ghiglione et Matalon (1991) expliquent que cette méthode « permet d'étudier les êtres humains et d'en tirer des données permettant de constituer des corpus d'observables ». Ce type de méthode pourrait, dans notre recherche, être utilisée si nous nous intéressons aux rôles des acteurs dans l'interaction des deux secteurs que sont la santé et l'éducation.

« L'observation peut être définie comme un regard porté sur une situation sans que celle-ci soit modifiée. Regard dont l'intentionnalité est de nature très générale et agit au niveau du choix de la situation et non au niveau de ce qui doit être observé dans la situation, le but étant le recueil de données afférentes à la situation » (Ghiglione, Matalon, 1991)

Mettre en place une observation pour recueillir des données pourrait me permettre « d'être le témoin des comportements sociaux des individus ou des groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences sans en modifier le déroulement ordinaire » (Peretz, 2011). Cela est envisageable si je poursuis ma recherche sur les comportements des acteurs de l'éducation dans une école, puis des acteurs de la santé dans leurs lieux d'exercices.

Ce type de recueil de données pourrait aussi être envisageable pour l'évaluation d'un dispositif public. Par exemple, être au cœur du dispositif Programme de Réussite Educative et participer à la mise en place d'un parcours en observant les différentes actions menées par le coordinateur, les échanges impulsés et les rencontres.

a) Observation libre

Lors de mes interventions en école primaire et maternelle, j'ai pu pratiquer l'observation libre non aboutie. En ce sens où l'observation n'était pas prévue.

L'observation libre consiste à prendre des notes, observer les situations, observer l'environnement afin de pouvoir ensuite, interpréter le sens social des éléments. L'observation peut être accompagnée de schéma, de clichés. Le fait d'avoir passé plusieurs heures et ce, à plusieurs reprises dans des classes m'a d'ailleurs amenée vers cette étude et confortée dans mes questionnements.

Pour poursuivre une enquête, alors je me tournerai vers une observation « armée » où je définirai une grille d'analyse avec des indicateurs, des critères observables.

4.3.4. L'évaluation des politiques publiques

Au vu de mon questionnaire de départ, il est tout à fait possible et envisageable que je me focalise sur une ou des politiques publiques en choisissant un ou des dispositifs. C'est pourquoi il est opportun de regarder les méthodes d'évaluation des politiques publiques dès cette année, afin de savoir si cela est réalisable pour la poursuite de ma recherche. Dans le cas contraire, alors il sera peut-être nécessaire de me tourner vers une analyse reprenant les perceptions des individus, des acteurs en question ou l'impact de la territorialité de l'action.

Nombreux sont les projets de recherche qui ont été menés concernant l'évaluation des politiques publiques depuis les années 2000 (H. Erkel-Rousse, 2014). Sans surprise, puisque le fonctionnement de la société aujourd'hui repose sur une forme d'évaluation constante, décriée quelquefois tant elle peut faire perdre le réel objectif du projet. C'est le cas notamment avec l'école, le modèle universel bâti sur une administration puissante et soumis

à des évaluations régulières afin de contrôler les effets de l'action publique, la transparence de celle-ci et la responsabilisation des agents de l'Etat.

L'évaluation permet de vérifier l'application des directives influées par l'Etat. Les évaluations deviennent alors des outils de régulation et permettent la gouvernance par les résultats.

L'article d'Hélène Erkel-Rousse reprends les différentes méthodes d'évaluations des politiques publiques. Les cadres de raisonnements sont diverses et parfois complémentaires « méthodes quantitatives de l'économie, raisonnements microéconomiques, modélisations micro économétriques structurelles ou athéoriques, modélisations macro-économiques » (H. Erkel-Rousse, 2014).

La méthode micro-économétriques :

Ce type de méthode dépend de « la disponibilité de données individuelles de plus en plus riches ». On distingue deux approches :

- Structurelle : « se fonde sur une représentation explicitée de l'économie : un cadre théorique complet et cohérent est posé sur le comportement des agents dont découle l'évaluation » (H. Erkel-Rousse, 2014)
 - o C'est une évaluation de politique *ex ante* : à mettre en œuvre avant la mise en œuvre de la politique
 - o Utilisable pour une évaluation *ex post* (après)
 - Envisageable pour une poursuite d'enquête ayant comme objet d'étude : le comportement des acteurs de l'éducation et le comportement des acteurs de santé
- Athéorique ou non structurelle : « consiste à identifier l'impact de politiques sans chercher à détailler les mécanismes à l'œuvre, en se reposant en premier lieu sur les données » (ibid)
 - o Utilisable uniquement sur une évaluation *ex post* « après la mise en œuvre ou après son expérimentation »
 - o Vise à identifier l'effet propre d'une politique
 - o Rubin (1974) propose un cadre : la mesure à évaluer (politique, dispositif ou programme) sous le terme « traitement », les bénéficiaires « traités » et les non bénéficiaires « non traités », une variable de résultat (à définir, exemple le revenu).
 - o « L'exercice d'évaluation d'impact cherche à comparer la situation d'une population d'individus au regard de cette variable de résultat selon que ceux-ci bénéficient ou non de la mesure, toutes choses étant inchangées par ailleurs » (H. Erkel-Rousse, 2014)
 - o L'idée générale : « la comparaison entre un groupe d'individus bénéficiaires de la mesure et un groupe d'individus non bénéficiaires (dit groupe de contrôle ou groupe témoin) »
 - Envisageable dans le cas où ma problématique porterait sur l'efficacité d'un dispositif et sur une comparaison entre deux situations « ayant bénéficié et non-ayant bénéficié ».

4.3.5. Recueil de données existantes

La densité des apports bibliographiques mais surtout des dossiers officiels réalisés par les pouvoirs publics peuvent me permettre de recueillir des informations pertinentes sur l'usage et la capacité des politiques publiques.

Le recueil des données existantes, qualifiées de données secondaires ou données documentaires par Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, est une « véritable méthode de recherche » (ibid). Cette méthode serait à considérer pour l'étude des textes règlementaires encadrant les politiques publiques faisant rencontrer la santé et l'éducation. Les contrats, notamment les contrats locaux de santé ou les projets régionaux de santé pourraient aussi faire l'objet d'une analyse poussée et faire ressortir des informations utiles à ma problématique.

Ce type de données peut se présenter sous la forme de « documents manuscrits, imprimés ou audio-visuels, officiels ou privés, personnels ou émanant d'un organisme, contenant des colonnes de chiffres ou des textes » (ibid).

L'objectif d'analyse poursuivable serait de « contrôler la fiabilité des documents ou des informations qu'ils contiennent, ainsi que leur adéquation aux objectifs et aux exigences du travail de recherche ». Dans le cadre de ma recherche, une analyse descendante des directives prescrites par l'Etat pourrait m'apporter des éléments de réponses sur la question de la territorialité de l'action ou bien sur l'efficacité organisationnelle et la délégation de responsabilités. Une analyse du Plan National de Santé et des directives concernant la prévention de la santé en France pour commencer, suivie d'une analyse du projet de l'ARS portant sur la prévention de la santé, d'une analyse de contrats locaux de santé établis avec une collectivité territoriale, suivie d'une analyse des plans d'actions prévus par cette même collectivité territoriale, complétée par une lecture des rapports d'évaluations d'actions. Cette recherche pourrait être complétée par une analyse des plans d'actions en prévention de la santé dans une autre collectivité territoriale afin de comparer deux territoires et les disparités possibles selon le territoire et les acteurs.

Les différentes méthodologies d'enquête nous ont permis d'entamer une réflexion sur le réalisme de la poursuite de cette recherche. En fonction des groupes d'individus enquêtés, les résultats sont plus ou moins riches. La manière dont on recueille l'information (entretien, questionnaire, observation) est un élément à prendre en compte, elle fait varier les subtilités et les analyses, et permet d'aborder différents sujets, de jauger la proximité, d'adapter le vocabulaire, de soutenir l'interviewé ou de le laisser totalement libre dans ses retours. Les premières recherches effectuées sur l'évaluation des politiques publiques permettent de distinguer deux temps dans l'enquête : l'avant et l'après (en fonction d'un événement passé). Nous aurons toutefois à mesurer ces propos qui s'adressent principalement aux professionnels d'évaluation de politiques publiques.

Le tout sera de choisir, dans un premier temps, l'entrée par laquelle je souhaite aborder ce sujet d'étude. Ce choix réalisé, les méthodologies appropriées seront méticuleusement préparées et utilisées, en toute connaissance de cause.

Conclusion

D'abord un questionnement sur le renoncement aux soins de certaines familles, puis un regard sur les inégalités sociales de santé pour enfin venir questionner le rôle des politiques publiques dans l'interaction entre les acteurs de santé et les acteurs de l'éducation.

Différents dispositifs issus de politiques publiques ont été abordés dans ce mémoire afin de rechercher la possible interaction entre les deux systèmes que sont l'éducation et la santé. D'abord, mes recherches se sont faites par thématique. J'ai souhaité aborder la question de l'école et de son système afin de comprendre son fonctionnement, ses subtilités. Cette partie bien que très pratico-pratique est nécessaire pour aborder ma problématique de front. En effet, tout au long de cet écrit, j'ai pris conscience de l'aspect bureaucratique de cette institution et de cette inévitable ligne hiérarchique. D'un point plus conceptuel, on a à faire à un système. L'école est une institution nationale, qui, malgré le transfert de compétences, demande un respect et une conformité dans l'action qu'elle propose sur le territoire.

Ma deuxième partie orientée sur le système de santé permet de comprendre le fonctionnement de ce dernier, au même titre que celui de l'école. Les missions de l'état en santé sont claires et définies, notamment par le Ministère de la santé et par l'Organisation Mondiale de la Santé, et sont pilotées par les agences régionales de santé pour davantage de coopération et de proximité entre acteurs. L'implication de l'éducation dans la santé est un fait, c'est l'étude des déterminants de santé et des nombreuses actions portées par diverses collectivités ou associations qui nous l'ont démontré. Pour autant, le cotravail des deux systèmes ne semble pas si évident quand on réalise des recherches portant sur le sujet ou que l'on relit les premiers résultats des enquêtes exploratoires réalisées. Il semble qu'une approche systémique des interactions entre la santé et l'éducation soit une clef de lecture possible. La communication entre les acteurs est difficile. L'interaction existe, la santé et l'éducation se côtoient pour diverses problématiques, d'où l'ascension pour l'éducation à la santé, le Parcours Educatif en Santé. Mais jusqu'où ? Je crois que le cœur du questionnement s'établit avant tout sur les outils existants et sur les rôles et fonctions des acteurs. C'est pourquoi, considérer une analyse de données documentaires est plausible.

Les recherches établies pour l'écriture de ce mémoire ont montré que les politiques publiques ont un rôle dans l'interaction entre les acteurs de santé et les acteurs de l'éducation. Ce rôle se traduit par la proposition de dispositifs selon des critères, selon les territoires, selon les individus concernés. Cependant, les recherches et l'écriture de ce dossier ne m'ont pas permis de me figer sur une problématique idéale malgré mon entêtement et mes multiples lectures, échanges, observations sur le Label Cité Educative, le Programme de Réussite Educative, les Contrats Locaux de Santé... Au contraire, toutes ces recherches ont élargi le champ d'étude et de réponses possibles avec des niveaux d'entrées variés.

La problématisation de ce sujet est le prochain objectif de cette recherche. Une comparaison entre deux territoires similaires ? Une enquête sur la portée d'un seul dispositif sur un territoire donné ? Un recueil d'informations quant à la perception des acteurs des deux systèmes ? Une analyse des outils et supports proposés par l'Etat pour soutenir l'interaction de la santé et l'éducation ? La mise en perspective des deux systèmes que je questionne ?

La genèse de cette recherche provient de mon intérêt pour le bien-être des enfants ainsi que de mon attachement aux conditions propices et égales d'éducation de chacun. L'hypothétique prolongement de cette

recherche aura pour vocation d'élucider finement cette interaction entre la santé et l'éducation, ce qui j'espère me permettra de comprendre et de définir les éventuels projets et actions à mener et soutenir, cela au bénéfice de l'enfant.

Bibliographie

- Amat-Roze, J. (2011). La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – Santé – Territoire. *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 5-15.
- Assens, C., Bartoli, A., & Hermel, P. (2019). *Collaborer dans la rivalité ? L'ambivalence de la coopétition dans les collectivités territoriales* | Cairn.info (Vol. 85).
- Aubry, R. (2007a). Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Sante Publique*, Vol. 19(hs), 73-77.
- Aubry, R. (2007b). Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Sante Publique*, Vol. 19(hs), 73-77.
- Ayed, C. B. (2018a). Éducation et territoire. Retour sur un objet sociologique mal ajusté. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 51(1), 15-35.
- Ayed, C. B. (2018b). Éducation et territoire. Retour sur un objet sociologique mal ajusté. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 51(1), 15-35.
- Ayed, C. B. (2019). Des territoires de l'école aux territoires éducatifs : Menace ou opportunité pour l'école ? *Administration Education*, N° 162(2), 33-40.
- Blanc, M., Foucart, J., & Stoessel-Ritz, J. (2016). Travail social, partenariats et transactions sociales. *Pensée plurielle*, n° 43(3), 7-13.
- Cortéséro, R. (2018). Introduction. Territorialisation des politiques éducatives et multiplicité des espaces de socialisation : vers un nouveau paradigme ? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 51(1), 7.
- De Broucker, P. (2014). Éducation et santé : Construire des indicateurs en comparaison internationale. *Revue interdisciplinaire des sciences de la santé - Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, 4(1), 12.
- Denis, M. (2016). *Petit traité de l'espace : Un parcours pluridisciplinaire*. Mardaga.
- Dufour, S. (1991). *L'enquête de terrain en sciences sociales. L'approche monographique et les méthodes qualitatives*. 218.
- Dumont, R. (2015). Principes et concepts. In *Travailler en réseau* (p. 1-48). Dunod.
- Duru-Bellat, M., Farges, G., & Zanten, A. van. (2018). Introduction. *U*, 3-8.
- Erkel-Rousse, H. (2014). *Méthodes d'évaluation des politiques publiques*.
- Fleuret, S., Gasquet-Blanchard, C., & Hoyez, A.-C. (2019). *Abécédaire de la géographie de la santé*. Editions Matériologiques.
- Frouillou, L. (2011). Géographie d'un espace conçu pour les élèves, approprié par les enfants : L'école maternelle française

- Galvão, I. (2015). Au-delà des murs : penser les frontières entre l'école et la Cité : Beyond the walls : thinking frontiers between the school and the City. *Le sujet dans la cité*, 6(2), 59-70.
- Garnier, B. (2014a). Territoires, identités et politiques d'éducation en France. *Carrefours de l'éducation*, n° 38(2), 127-157.
- Garnier, B. (2014b). Territoires, identités et politiques d'éducation en France. *Carrefours de l'éducation*, 38(2), 127.
- Green, J., Tones, K., & Manderscheid, J.-C. (2014). *Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école—Persée*.
- Landry, C., & Gagnon, B. (1999). Les notions de partenariat et de collaboration induisent-elles un nouveau mode de recherche entre l'université et le milieu ? *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 6(2), 163.
- Landry, C et Gagnon, B. (1999) La collaboration et le partenariat dans la recherche en éducation Volume 6, numéro 2, 1999
- Leicher, C. (2019). CPTS et territoire. *Regards*, N° 56(2), 81-92.
- Lelievre, C. (2015). La carte scolaire, levier de mixité sociale à l'école ?
- Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2007). *Les représentations sociales : Pratique des études de terrain*. Presses universitaires de Rennes.
- Moulin, A.-M. (2004). *Normes et valeurs dans le champ de la santé : Vol. Ordre et désordre dans le champ de la santé* (Presses de l'EHESP).
- Muller, P. (2018). Chapitre premier. De la théorie de l'État à l'analyse des politiques publiques. *Que sais-je?*, 12e éd., 7-29.
- Obin, J. & van Zanten, A. (2010). Introduction. Dans : Agnès van Zanten éd., *La carte scolaire* (pp. 3-6). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- Pasquier, R. (2010). Politiques locales. In *Dictionnaire des politiques publiques : Vol. 3e éd.* (p. 446-452). Presses de Sciences Po.
- Petiau, A. (2019). Frontières spatiales, temporelles et professionnelles dans l'accompagnement social et médical des personnes sans abri. Une étude de cas. *Espaces et sociétés*, n° 176-177(1), 33-51.
- Picheral, H. (1995). Le lieu, l'espace et la santé. *Espace, populations, sociétés*, 13(1), 19-24.
- Pinson, G. (2015). Gouvernance et sociologie de l'action organisée. Action publique, coordination et théorie de l'État. *L'Année sociologique*, 66(2), 483.

- Poirier, M.-A., Chamberland, C., & Ward, H. (2006). La collaboration lors d'un placement en famille d'accueil : Une étude sur les interactions entre les adultes qui prennent soin d'un enfant placé. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 20(2), 51.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2013). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*.
- Quivy, R. & Van Campenhoudt L. (1995) Manuel de recherches en sciences sociales 2^{ème} ed. Dunod
- Reboul, O. (2010). Les institutions éducatives. Dans : Olivier Reboul éd., La philosophie de l'éducation (pp. 27-50). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- Riutort, P. (2004). *Précis de sociologie* (1. éd). Presses Univ. de France.
- Romano, H. (2016). *La santé à l'école* (Dunod).
- Santo, V.-M., & Verrier, P.-E. (2007). L'émergence et la mise en œuvre des politiques publiques. *Que sais-je ?* 3e éd.(2724), 87-102.
- Torre, A. (2016). La figure du réseau : dimensions spatiales et organisationnelles. *Géographie, économie, société*, vol. 18(4), 455-469. doi:10.3166/ges.18.455-469.
- Thouroude, L. & Siémone, A. (2018) *Jeunesse en difficulté ; Education à la santé*. Université de Rouen
- Vasconcellos, M. & Bongrand, P. (2013). I. Un héritage du passé : la diversité du système éducatif. Dans : Maria Vasconcellos éd., *Le système éducatif* (pp. 4-15). Paris : La Découverte.
- Zoïa, G., & Visier, L. (2016). Construire l'école du bien-être dans un quartier pauvre. Une expérience d'accompagnement sociologique. *Espaces et sociétés*, n° 166(3), 79-93.

Sitographie

Bégué, P. (2007) La médecine scolaire en France – Académie Nationale de Médecine

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/10/Rapport-m%C3%A9decine-scolaire-rapport-r%C3%A9vis%C3%A9-version-12-10-2017-1.pdf>

Charte d'Ottawa

http://coreps.npd.c.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf

Jean-Noël Escudié (2020) La cour des comptes éveille la santé scolaire – Article de Presse

<https://www.banquedesterritoires.fr/la-cour-des-compte-etrille-la-sante-scolaire>

Les politiques publiques

http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/defintions_francais/politique_publique.pdf

Les régions académiques, académies et services départementaux de l'Éducation nationale. (s. d.). Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse.

<https://www.education.gouv.fr/les-regions-academiques-academies-et-services-departementaux-de-l-education-nationale-6557>

Loi de santé (s. d.).

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

<https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>

Loi de santé : 5 points à retenir en matière de promotion de la santé, santé sexuelle, réduction des risques. (s. d.).

<https://www.lecrips-idf.net/informer/actualites-vih-droque-discrimination-vie-affective/2016-02-17,loi-sante-prevention-sante-sexuelle-reduction-risques-drogues.htm>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) —Article 3 | Legifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_3

OCDE (2019), *Regards sur l'éducation 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6bcf6dc9-fr>.

Rapport d'analyse de la constitution (s. d.).

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_analyse_de_la_consultation_sns.pdf

Réseau Français des Villes Santé

http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf

Statistiques, Bilans et Etudes BIATOSS (DGRH C1-1) Indicateurs par académie

https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Statistiques_bilans_et_etudes_BIATSS/50/4/SYNTHESE3Indicateurs_academie_268504.pdf

Strategie-nationale-de-sante.pdf. (s. d.).

<http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2018/01/strategie-nationale-de-sante.pdf>

Stratégie nationale de santé (s. d.).

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

<https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-encadrants/la-sante-a-lecole/>

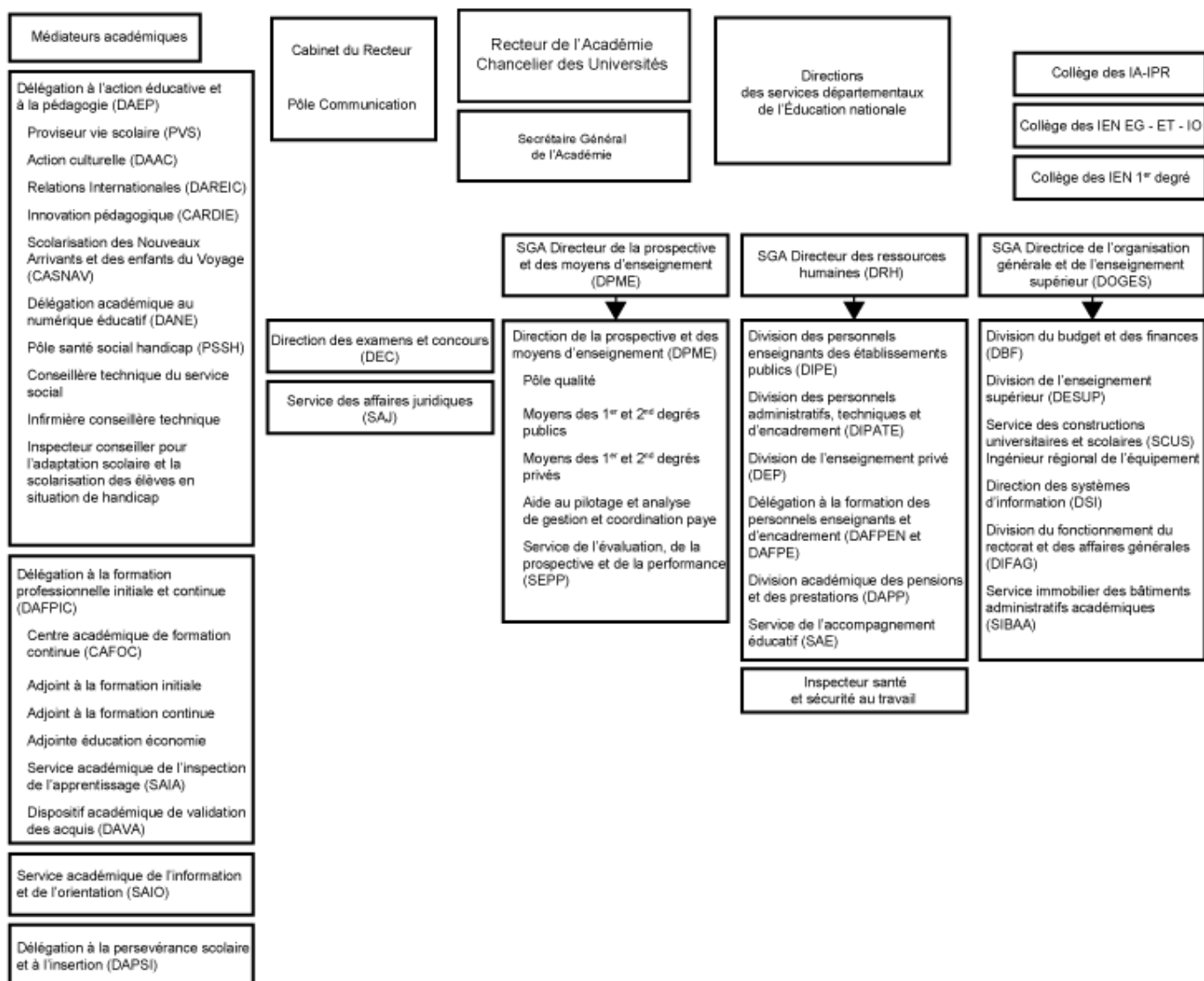
Annexes

Annexe 1 Découpage territorial des académies en France



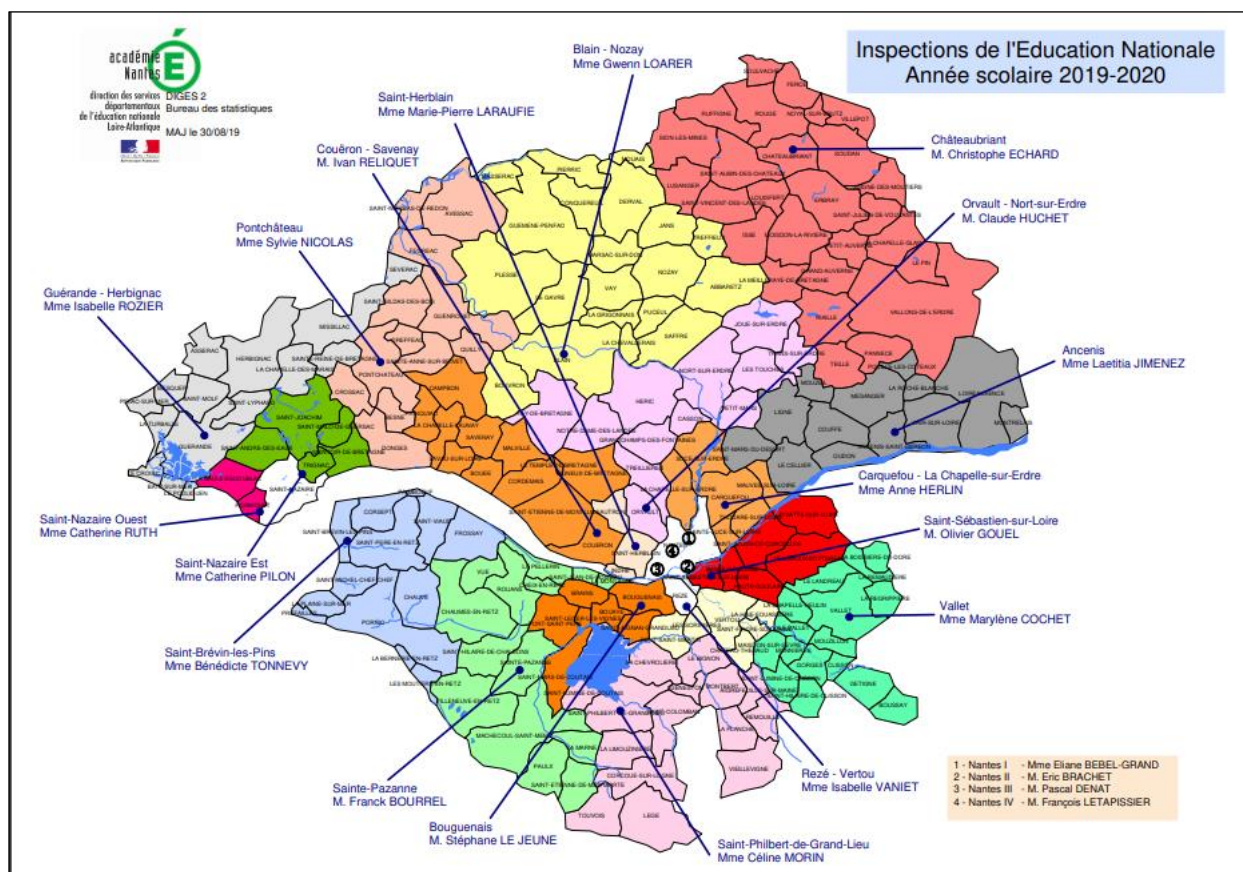
Source 1 site du Ministère de l'Éducation Nationale

Annexe 2 Organigramme du rectorat Région Pays de la Loire

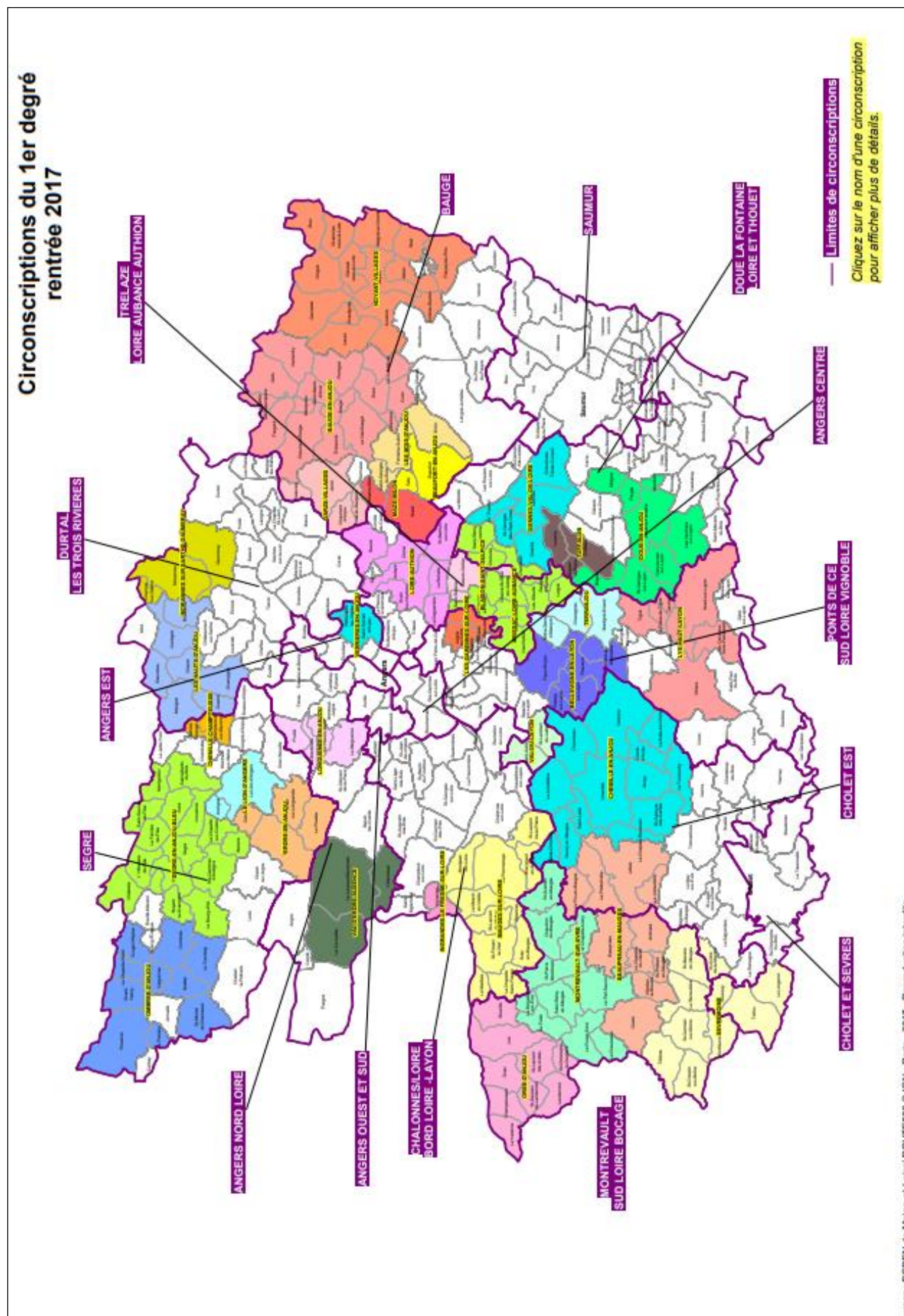


Source 2 site de la Région académique Pays de la Loire

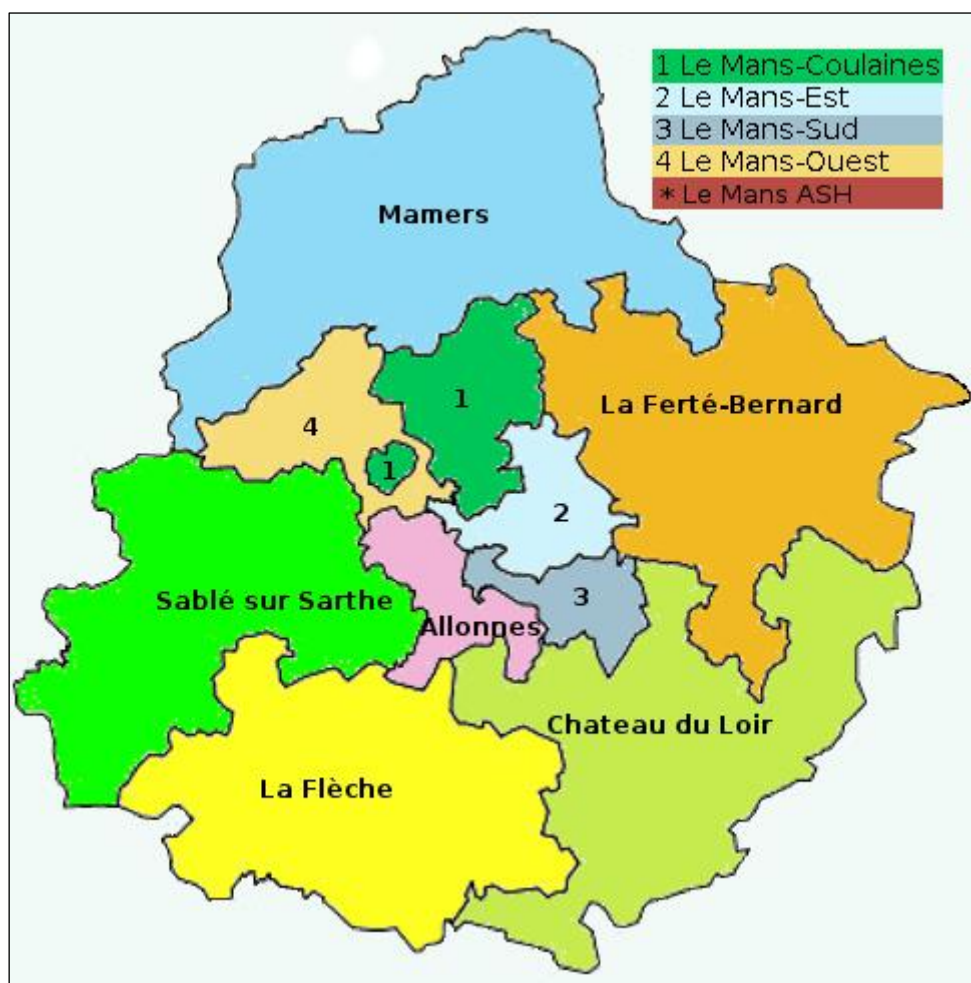
Annexe 3 Circonscription d'Inspection de l'Éducation nationale (Nantes et agglomération)



Source 3 site de la Direction des Services Départementaux de l'Éducation nationale Loire-Atlantique

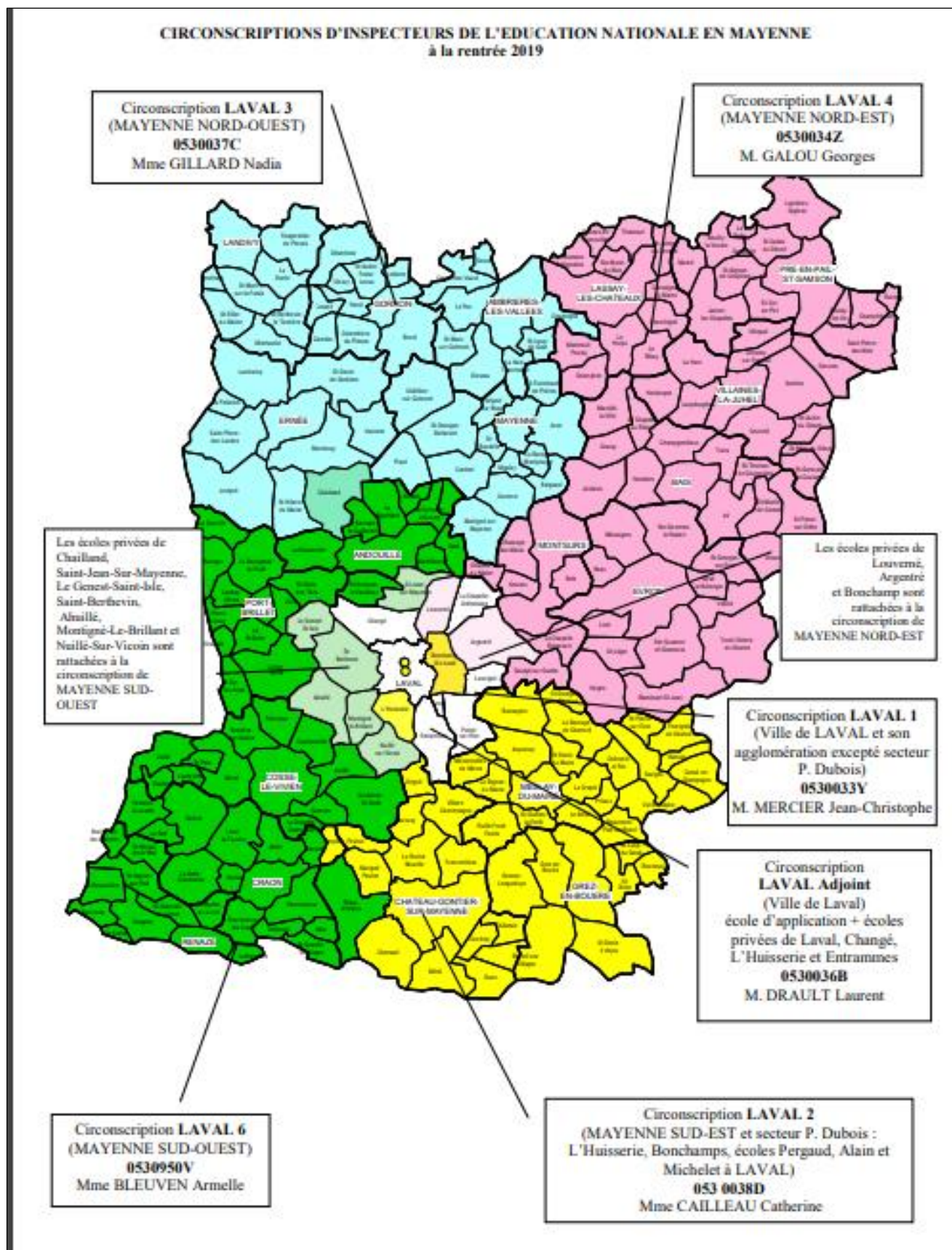


Annexe 5 Circonscriptions DSDEN Sarthe



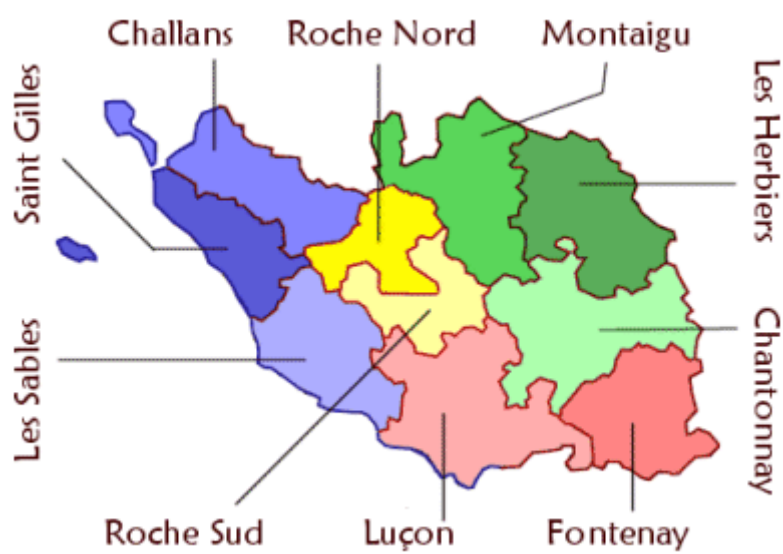
Source 4 site de la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale
Sarthe

Annexe 6 Circonscription d'inspecteurs de l'Éducation nationale en Mayenne



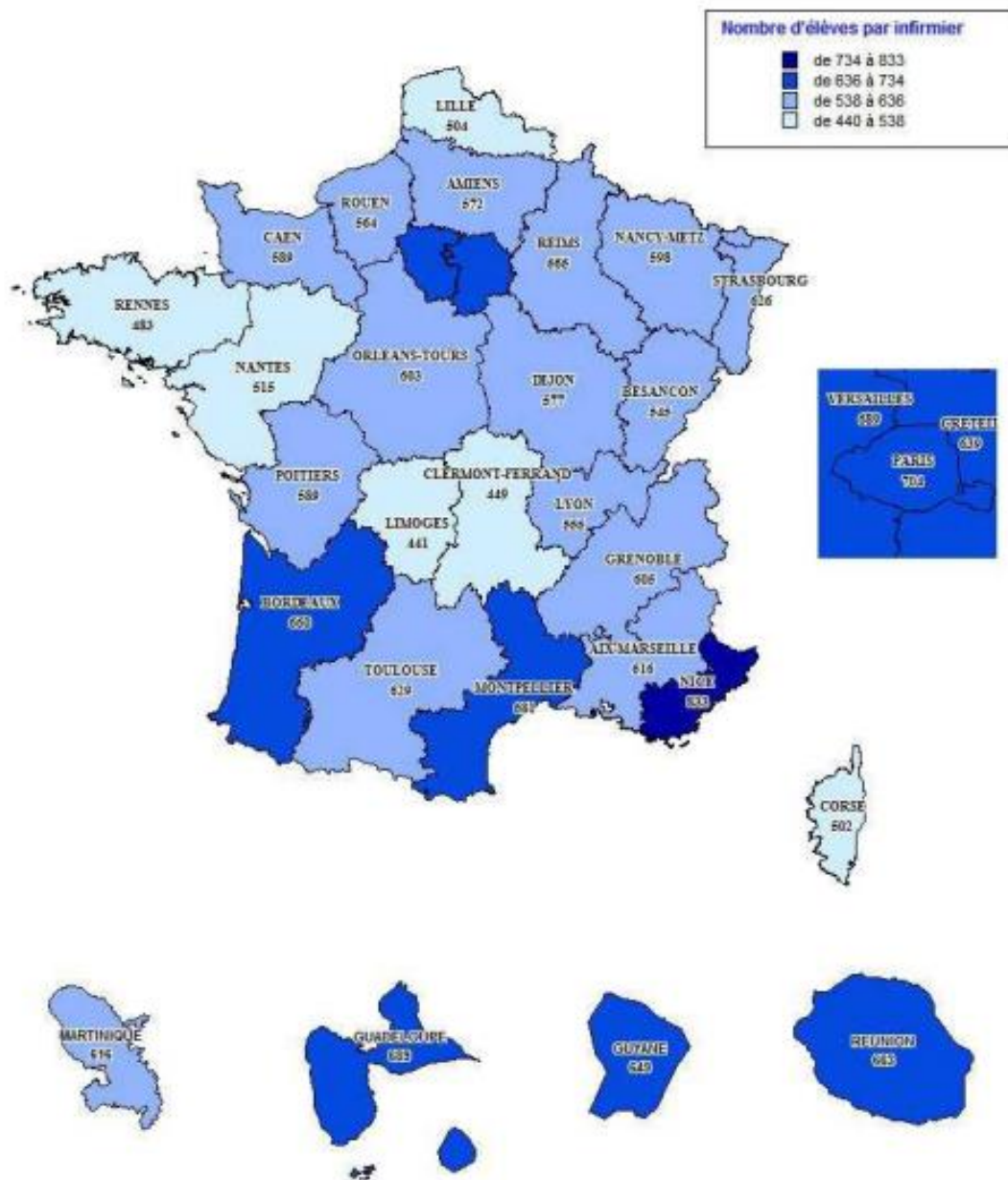
Source 5 site de la Direction des Services Départementaux de l'Éducation nationale Mayenne

Annexe 7 Circonscriptions Premier Degré de la Vendée



Source 6 site de la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale Vendée

Carte 3 – Indicateur du nombre d'élèves par infirmier



Sources : Annuaire AGORA, au 1er juin 2009 - MAPINFO - DGRH C1-1

Source 7 Monographie du corps des infirmiers DGRH C1-1 Année 2010

Annexe 9 Plan Stratégie Nationale de Santé

III. GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE À CHAQUE ÉTAPE DU PARCOURS DE SANTÉ p.43

A. Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population p.45

Structurer les soins primaires pour assurer la qualité et la continuité des prises en charge
p.46

Structurer l'offre en établissements de santé pour concilier proximité et accessibilité des plateaux techniques et expertises de recours
p.47

Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées et des personnes âgées et favoriser les prises en charge au plus près des lieux de vie
p.48

Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale
p.49

Assurer la continuité des parcours de santé
p.51

B. Développer une culture de la qualité et de la pertinence p.52

Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers
p.53

Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations
p.54

Promouvoir le bon usage des médicaments et le développement généralisé des génériques et biosimilaires
p.55

Adapter le système de veille et de vigilance aux « signaux faibles » ou aux risques émergents et renforcer la résilience du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles
p.56

C. Prendre soin de ceux qui soignent p.57

Adapter la formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux
p.58

Faire progresser les compétences tout au long de la vie professionnelle
p.59

Améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels de santé et médico-sociaux
p.60

IV. INNOVER POUR TRANSFORMER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EN REAFFIRMANT LA PLACE DES USAGERS p.61

A. Soutenir la recherche et l'innovation p.63

Développer la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances
p.64

Soutenir les innovations en santé médicales et technologiques
p.65

Faciliter l'émergence et la diffusion des organisations innovantes
p.66

Accélérer l'innovation numérique en santé
p.67

Garantir l'accès aux traitements innovants
p.68

B. Réaffirmer la place des usagers dans le système de santé p.69

Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et les associer à la gouvernance du système de santé
p.70

Accompagner les aidants
p.71

C. Agir au niveau européen et sur la scène internationale p.72

Promouvoir une action européenne et internationale de santé
p.73

V. PRIORITÉS SPÉCIFIQUES À LA POLITIQUE DE SANTÉ DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE p.74

Accompagner les parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé de l'enfant
p.76

Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des troubles et maladies de l'enfant
p.77

Développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales
p.79

Prévenir les violences et les maltraitances sur les enfants
p.80

Poursuivre l'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants et des adolescents
p.81

Améliorer l'accompagnement et l'insertion sociale des enfants handicapés
p.82

Améliorer la santé des étudiants
p.83

VI. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CORSE p.84

Assurer une offre de soins graduée adaptée aux contraintes de l'insularité
p.86

Tenir compte des fluctuations saisonnières dans un contexte d'insularité
p.87

VII. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'OUTRE-MER p.88

Dans l'ensemble des collectivités d'outre-mer régies par l'article 73 de la Constitution et à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre et Miquelon et Wallis-et-Futuna :
p.90

Améliorer l'état de santé des mères et des enfants
p.90

Réduire l'incidence des maladies chroniques, et notamment du diabète et de ses complications
p.91

Renforcer les stratégies de prévention, de lutte contre les maladies zoonotiques et de gestion des flambées épidémiques
p.92

Réduire l'exposition des populations aux risques naturels
p.93

Améliorer l'accessibilité et l'approvisionnement en produits de santé
p.94

Faire évoluer la gouvernance du système de santé et renforcer l'attractivité de ces territoires pour les professionnels de santé et pour les équipes de direction
p.95

Renforcer et adapter l'offre de formation initiale et continue
p.96

Définir une trajectoire de rattrapage de la qualité du système de santé par rapport à l'Hexagone
p.97

Structurer et prioriser les transferts et évacuations sanitaires au sein des territoires d'outre-mer et entre ces territoires et l'Hexagone
p.98

Renforcer la coopération régionale et internationale et la coopération entre territoires d'outre-mer
p.99

Concernant plus particulièrement la Guadeloupe et la Martinique p.100

Réduire l'exposition de la population au chlordecone
p.100

Concernant plus particulièrement la Guyane, Mayotte et Wallis-et-Futuna p.100

Renforcer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement pour tous
p.100

Concernant Mayotte p.101

Améliorer l'accès aux droits et aux soins
p.101

Garantir une couverture vaccinale protectrice pour la population
p.102

RÉFÉRENCES p.103

Introduction	p.8
I. METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ, INCLUANT LA PRÉVENTION, DANS TOUS LES MILIEUX ET TOUT AU LONG DE LA VIE	p.11
A. Promouvoir les comportements favorables à la santé	p.12
Promouvoir une alimentation saine	p.13
Promouvoir une activité physique régulière	p.13
Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances)	p.14
Réduire les prévalences des pratiques addictives et comportement à risque (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances) et leurs conséquences nocives	p.16
Prévenir les risques liés à la conduite dangereuse sur la route et leurs conséquences	p.17
Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité	p.18
Prévenir la perte d'autonomie	p.19
Promouvoir l'application des règles d'hygiène individuelle et collective	p.20
B. Promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux	p.21
Réduire l'exposition à des conditions d'habitat indignes et aux pollutions intérieures	p.22
Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail	p.23
Réduire l'exposition de la population aux pollutions extérieures et aux substances nocives pour la santé	p.24
Renforcer la prévention des maladies vectorielles	p.26

C. Mobiliser les outils de prévention du système de santé	p.27
Renforcer la protection vaccinale de la population	p.28
Préserver l'efficacité des antibiotiques	p.29
Développer une politique de repérage, de dépistage, et de prise en charge précoces des pathologies chroniques	p.30
Faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie et à tous les âges de la vie	p.31
II. LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES D'ACCÈS À LA SANTÉ	p.32
A. Lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès au système de santé	p.34
Renforcer l'accès aux droits sociaux à la couverture maladie	p.35
Limiter les dépenses de santé restant à la charge des assurés, notamment pour les prothèses dentaires et auditives et pour l'optique médicale	p.36
Accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées	p.37
Prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des malades, des blessés et des victimes d'accidents sanitaires ou traumatiques	p.38
B. Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire	p.39
Renforcer la présence médicale et soignante dans les territoires	p.40
Généraliser les usages du numérique en santé pour abolir les distances	p.41
Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover	p.42

Source 8 Dossier Stratégie Nationale de Santé 2018-2022

Annexe 10 Guide d'entretien - infirmière scolaire

Présentation de l'entretien :

Dans le cadre de ma formation en Master Intervention et Développement Social, je réalise une recherche en géographie sociale portant sur les interactions entre la santé et l'éducation. Je m'intéresse particulièrement aux rôles de politiques publiques. Pour ce faire, je souhaite réaliser des entretiens de 40 minutes avec des professionnels de santé exerçant au sein de l'Éducation nationale.

Dimension éthique :

L'entretien semi-directif n'est pas enregistré, cependant les réponses partagées seront notées de manière manuscrite. Un compte-rendu de notre échange sera rédigé et vous sera envoyé pour validation des propos. L'entretien sera d'une durée de 30 minutes. Les informations échangées seront utilisées uniquement pour la réalisation de mon mémoire universitaire.

Lieu de rencontre : Bureau de l'infirmier du collège David d'Angers à Angers.

Liste des thèmes abordés lors de l'entretien :

- Le poste et les fonctions d'infirmier scolaire
- La place de la santé à l'école
- La détection de situations complexes
- La communication entre les professionnels de santé dans et hors école
- Le rôle des parents

THEMES	QUESTIONS	RELANCES	Commentaires
Le poste et les fonctions d'infirmier scolaire	Pouvez-vous me décrire votre poste et vos fonctions principales ?	<ul style="list-style-type: none">- Que faites-vous au quotidien ?- Que dit votre fiche de poste ?	
La place de la santé à l'école	Lors de vos échanges avec des élèves, pensez-vous que la santé soit quelque chose d'important selon eux ?	<ul style="list-style-type: none">- Est-ce que les élèves abordent facilement les sujets autour de la santé ?	
La détection de situations complexes	Comment pouvez-vous déceler des situations de fragilité ou de manque de soins pour certains élèves ?	<ul style="list-style-type: none">- Avez-vous déjà décelé des situations complexes/nécessitant des soins ?	
La détection de situations complexes	Lorsque vous décelez des situations complexes (peu ou pas d'accès aux soins, pas de soutien des parents dans les démarches, manque d'informations important) – comment appréhendez-vous la situation ?	<ul style="list-style-type: none">- Quelles procédures mettez-vous en place ?- Suivez-vous un protocole ?- Quelles sont les personnes vers qui vous vous dirigez ?	
Le rôle des parents	Est-il fréquent que l'infirmier scolaire rencontre des parents d'élèves pour discuter de l'état de santé (physique, psychologique) de l'élève ?	<ul style="list-style-type: none">- Sollicitez-vous des rencontres avec les familles ?- Les familles demandent-elles à vous rencontrer ?	

La communication entre les professionnels de santé dans et hors école	L'infirmier scolaire est-il en lien avec les acteurs médicaux extérieurs à l'école, d'un élève ?	- Avez-vous déjà rencontré des professionnels de santé n'exerçant pas au sein de l'Éducation nationale, pour un élève ?	
La communication entre les professionnels de santé dans et hors école	Quels sont les outils dont vous disposez pour communiquer entre professionnels ? Infirmier/Professeur ou PE ; infirmier/médecin traitant	- Comment faites-vous pour communiquer avec vos confrères, vos collègues ?	
La place de la santé à l'école	Est-ce qu'il y a des situations pour lesquels l'école ne peut rien faire concernant la santé des enfants ?	- Avez-vous déjà été confronté à des situations sans solution ?	

Annexe 11 Analyse de l'entretien - infirmière scolaire

Thème	Sous-thèmes	Séquences	Extrait
Le poste et les fonctions d'infirmier scolaire	La gestion du temps de travail	I.5	« Le temps de la semaine est divisé en deux »
	Les différentes missions	I.8	« la bobologie quotidienne, les actions de prévention de santé (vie sexuelle et affective, alimentation, hygiène de vie, addictions), le suivi d'élèves (E.S.S : Equipe Educative et Commission Educative) »
La place de la santé à l'école	Les actions de l'école	I.16	« un travail qui est réalisé depuis le primaire pour pousser les élèves à prendre soin en compte leur santé et à favoriser les gestes bons »
		I.18	« Il y a une tentative pour faire prendre conscience des enjeux de santé tout au long du parcours scolaire. »
	La nécessité de créer une place à la santé	I.16	« pour pousser les élèves à »
		I.18	« une tentative »
		I.73	« « l'éducation à la santé » avec des interventions thématiques. »
La détection de situations complexes	Les facteurs de détection	I.23	« le taux d'absentéisme et la chute des notes qui donnent des alertes quant à l'état de santé des élèves »
	Les solutions proposées	I.24	« une convocation des parents »
		I.25	« ... de l'assistance sociale »
		I.26	« un signalement »
		I.35	« alerter le médecin traitant »
		I.63	« des aménagements et adaptations de nature pédagogique »
		I.45	« l'infirmier peut être en lien avec les acteurs médicaux extérieurs à l'école, de l'enfant » (à condition que)
		I.47	« appeler le CHU ou les services de soins »
	L'interlocuteur principal	I.24	«une convocation des parents »

Le rôle des parents		I.34	« les parents sont les premiers à pouvoir commencer la démarche »
		I.35	« uniquement si les parents acceptent »
		I.39	« les infirmiers scolaires et les parents se rencontrent »
		I.44	« Si les parents sont au courant et sont d'accord »
		I.53	« à la demande des parents »
	La source du problème	I.24	« le signalement au service de l'Aide Sociale à l'Enfance »
La communication entre les professionnels de santé dans et hors école	Les outils	I.47	« un cas de maltraitance, bien évidemment le parents ne sont pas contactés. »
		I.52	« le mail »
		I.52	« les Programmes d'Accompagnement Individuel »
	Les rencontres	I.59	« les Plans d'Accompagnement Personnalisé »
		I.53	« se réunissent alors le médecin scolaire ou le médecin traitant, les professeurs, l'infirmière scolaire, le chef d'établissement et tous les spécialistes agissant avec l'enfant. »

Annexe 12 Compte-rendu rencontre avec la coordinatrice du programme PRE Monplaisir Angers

Rencontre Lalie Barbin – Coordinateur Programme Réussite Educative – Vendredi 13 Mars :

Le dispositif Programme Réussite Educative existe depuis la Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Le dispositif relève de la politique de la ville, il est donc dédié uniquement aux familles résidant dans des rues situés dans des quartiers prioritaires.

Le PRE est destiné à des enfants de 2 à 16 ans. A Angers, pour le quartier de Monplaisir, il a été décidé de proposer ce dispositif uniquement aux enfants âgés de 2 à 12 ans, et dans la limite de 16 ans pour les élèves scolarisés dans les collèges REP+. Le programme repose sur de la libre adhésion de la part des enfants et des parents, mais essentiellement des enfants lorsqu'ils sont en âge de prendre la mesure du dispositif. Le PRE intervient en complément du droit commun (RASED, MDS, CAF, CMP, Éducation Nationale, Centres Sociaux, Médecine). Il ne doit pas venir remplacer les dispositifs déjà existants. Il est possible d'orienter les personnes vers les structures si nécessaires.

Il y a un double objectif pour le PRE :

- Etre facilitateur de mise en lien avec le droit commun
- Lever les freins empêchant l'accès aux droits communs

Trois axes sont principalement développés :

- Accompagnement à la scolarité
- Accès aux loisirs, à la culture et aux sport
- Prévention en santé

« On part des besoins de l'enfant » et on adapte l'accompagnement en fonction. C'est notamment pour leur permettre de comprendre les choses autrement que par l'école, de trouver du plaisir dans l'apprentissage et la découverte, d'améliorer les capacités d'organisation, de méthodologie, de concentration.

Plusieurs supports sont utilisés, notamment l'ouverture culturelle, c'est un bon levier pour aborder diverses thématiques : la bibliothèque, la ludothèque, le château. Les jeux de sociétés pour accéder à la lecture, la grammaire, l'orthographe ou encore les mathématiques. Le plaisir vient souvent lever les freins à l'apprentissage. Le but étant qu'ils apprennent à s'affirmer, à voir et savoir ce qu'ils aiment ou ce qu'ils n'aiment pas.

Les interventions se font soit de manière individuelle ou soit petits groupes (2 ou 3 enfants), toujours accompagnées par un intervenant.

Le PRE de Monplaisir accompagnement actuellement 55 enfants. Les années précédentes, le PRE accompagnait une quarantaine d'enfants, rendant le dispositif plus efficace. Aujourd'hui, les demandes affluent mais les coordinateurs sont confrontés à la limite des moyens disponibles (recrutements des intervenants).

Les enfants sont orientés : par les professeurs des écoles, les professeurs de collège, les assistantes sociales, les éducateurs de prévention, les familles directement bénéficiant du bouche à oreilles. Un premier rendez-vous avec la famille est mis en place pour faire le bilan à l'instant T de l'environnement de vie de l'enfant, afin de déceler les forces, les faiblesses dont il dispose et de faire émerger une demande de sa part ; un objectif. Quelques fois, il faut aussi réussir à décentraliser les parents de l'école et rappeler que l'école n'est pas la seule finalité. Leur rappeler que les jeux, les temps de plaisir, l'ouverture culturelle sont autant d'éléments qui contribuent positivement au développement de l'enfant. Suivant la rencontre avec les familles, une commission est mise en place pour discuter, avec tous les acteurs intervenant déjà autour de l'enfant, et des acteurs externes à la situation. Il s'agit de prendre une décision sur la mise en place ou non d'un PRE, ou simplement de rediriger les familles vers le droit commun, ou de leur expliquer qu'aujourd'hui, en l'état, le PRE n'est pas nécessaire pour leur enfant.

L'accompagnement se fait à domicile ou dans des lieux extérieurs selon la nature de l'activité proposée.

Plusieurs raisons pour la sollicitation et la mise en marche d'un PRE :

- Aide à la scolarité et l'accès à la langue française
- Développer la confiance en soi
- La scolarité en général
- L'ouverture culturelle

Les interventions sont entre 1h15 et 2h – même créneau – même horaire chaque semaine, avec ou sans parent selon l'activité. Il faut faire « avec le principe de réalité ».

Un accompagnement est décidé pour une durée de 3 mois et peut être renouvelé jusqu'à 2 ans. Au bout des trois premiers mois, un bilan est organisé avec la famille, le coordinateur et une commission est mise en place. Soit il réajuste l'accompagnement, soit le PRE se termine et l'accompagnement continue via le droit commun, ou on maintient le PRE pour une plus longue durée.

L'intervenant, la personne faisant face à l'enfant, est en quelque sorte son référent.

Annexe 13 Questionnaire à destination de professionnels d'éducation



Fichier PDF : pdf_questionnaire_professionnels_éducation.pdf (Ligne de commande)

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de Master Intervention et Développement Social, je souhaite mobiliser quelques minutes de votre temps pour répondre à mon questionnaire. Ma recherche s'intéresse aux politiques publiques permettant les interactions entre l'école et la santé. Les informations recueillies seront utilisées uniquement dans un cadre universitaire. Je vous remercie pour votre temps.

Premièrement, des questions sur l'identité et la localité de votre lieu d'exercice.

- 1- Quelle poste exercez-vous au sein de l'école ?
- 2- Quelle classe enseignez-vous ?
- 3- Quelle est l'adresse de l'école dans laquelle vous exercez ?
- 4- L'école dans laquelle vous exercez est-elle sur un territoire classé Quartier Prioritaire de la Ville ?
- 5- L'école dans laquelle vous exercez est-elle classée REP ou REP + ?
- 6- Comment définiriez-vous la santé au sein d'un établissement scolaire ?

- a. Très important
 - b. Important
 - c. Plus ou moins important
 - d. Peu important
 - e. Pas important
- 7- A quelle fréquence abordez-vous la santé avec vos élèves ?
- a. Une fois par mois
 - b. Une fois par semaine
 - c. Une fois par jour
 - d. Autres :
- 8- Selon vous, existe-t-il un lien entre la santé et l'éducation ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Peut-être
- 9- Lorsque vous souhaitez aborder des questions de santé concernant un élève, vers qui vous dirigez vous ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Les parents
 - b. L'infirmière scolaire / Le médecin scolaire
 - c. La directrice/directeur de l'école
 - d. La collectivité locale
 - e. Une association locale
 - f. Une structure publique tels que l'hôpital, le conseil départemental...
- 10- Diriez-vous que vous avez suffisamment d'échange avec les professionnels de santé s'occupant des mêmes enfants/élèves que vous ?
- a. Très suffisamment
 - b. Suffisamment
 - c. Plus ou moins suffisamment
 - d. Pas assez
 - e. Trop peu
- 11- Avez-vous des outils spécifiques vous permettant la prise de contact et l'échange d'information à avec des professionnels de santé concernés par un même enfant/élève ?
- f. Oui
 - g. Non
- 12- Si vous avez répondu oui à la question précédente, pourriez-vous préciser lesquelles ? Si vous avez répondu non à la question précédente, pourriez-vous décrire les moyens que vous utilisez ?
-
- 13- Si vous souhaitez contacter un professionnel de santé concernant un élève, comment procédez-vous ?
-

- 14- Est-ce qu'il existe des temps d'échanges dédiés à la mise en place d'une coordination d'actions entre des professionnels de santé et des professionnels de l'éducation ?
- Oui
 - Non
- 15- Comment qualifiez-vous les dispositifs permettant le dialogue et le travail partenarial entre les professionnels de l'éducation et de la santé mis en place par l'Etat ? (Plusieurs réponses possibles)
- Inexistant
 - Complexe
 - Pratique
 - Idéal
 - Inutilisable
 - Satisfaisant
 - Autres :
- 16- Existe-t-il des dispositifs publics (proposés par la ville) pour vous soutenir dans l'interaction avec les professionnels de santé ?
- Oui, lesquels :
 - Je crois mais je ne suis pas sûr :
 - Non
- 17- Si vous avez répondu oui à la question précédente, pourriez-vous préciser lesquels ?
.....
- 18- Existe-t-il des dispositifs publics qui pourraient vous soutenir mais dont vous n'avez pas droit ?
- Oui, lesquels :
 - Je ne crois pas
 - Non
- 19- Avez-vous connaissance du Programme de Réussite Scolaire ?
- Oui
 - Non
- 20- « Le Programme de Réussite Educative est un dispositif local et localisé, il a pour but la prise en charge individualisée à partir de 2 ans d'enfants en « fragilité » repérés la plupart du temps en milieu scolaire sur la base de critères multiples (état de santé physique, développement psychique et psychologique, contexte familial, facteurs socio-économiques et environnementaux [2]). Le dispositif repose sur l'idée d'une approche globale des difficultés rencontrées par les enfants ainsi qu'une double volonté de placer la famille au centre de l'action et amener les différents acteurs du champ éducatif à coopérer ». Avez-vous déjà sollicité l'accompagnement d'une équipe PRE pour l'un de vos élèves ?
- Oui
 - Non
- 21- Si oui, pourriez-vous faire des retours sur le programme (positif, négatif) :
.....
- 22- Si non, pour quelle raison ? (Pas de nécessité, pas de possibilité, dossier refusé ...) :
.....

23- Si ma recherche se poursuivait, seriez-vous d'accord pour une rencontre et un entretien d'une heure concernant l'interaction des professionnels entre l'éducation et la santé ?

- a. Oui
- b. Non

24- Si oui, pourriez me laisser vos coordonnées :

Adresse mail :

Nom, Prénom :

Nom de l'établissement scolaire :

Adresse de l'école :

RÉSUMÉ

A l'origine de cette recherche, le constat d'une inégalité d'accès aux soins de santé pour certains enfants, lors de mes échanges avec des professionnels de l'éducation. Le but de cet écrit ? Analyser les deux systèmes que sont l'éducation et la santé en France et déterminer le rôle des politiques publiques dans leurs interactions.

L'école, reposant sur une organisation bureaucratique, propose des programmes d'accompagnements spécifiques pour les élèves en besoin. Tandis que les politiques publiques mettent en place des dispositifs nationaux afin de faciliter la rencontre des professionnels de l'enfance. La santé, elle, s'invite dans l'univers de l'école par la nomination de professionnels de santé et par l'instauration de programme d'éducation à la santé. Il y a pourtant cette question de territoire, d'organisations propres. Les lignes se dessinent autour des actions de chacun et la rencontre des deux systèmes ne semble pas si évidente.

Un éventail d'actions et de dispositifs vient illustrer les propos de cette rencontre entre l'éducation et la santé. D'autre part, nos connaissances théoriques et pratiques seront enrichies par les informations recueillies lors d'entretiens et via les questionnaires relayés. Nous essaierons enfin, de poser les prémices d'une problématique qui viendra possiblement nourrir la poursuite de cette étude.

mots-clés : éducation, santé, politiques publiques, partenariat, coordination, scolarisation, territoire, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, territoire

ABSTRACT

The origins of that paper; the observation of inequalities in health's access for some children. An observation which was confirmed by education's professional. The aim of that writing is to analyse both systems which are education and health in France to determine the role of public politics in their interactions.

School, a bureaucratic organisation, is offering some kinds of programmes to support needed children. As for the public's politics, they set up national's programs to facilitate the interaction of health's professional and education's professional. Health is part of the school space by the nomination of nurse and doctor within their establishment and by implementing health's education in their annual programs. However, there are still a territory question. Lines are been drawn around all actions and the encounter does not seem so obvious.

A range of actions will illustrate those lines. On the other hand, our theoretical knowledges will be enhanced by collected information of interview and by questionnaires. At last, we will attempt, to set the first fruit of a problematic which will possibly nourish the pursuit of that study.

keywords : education, health, interaction, public politics, school, professional of education, professional of health, territory

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné(e) Arnoult Marion
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **22 / 06 / 2020**

Marion Arnoult

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

