



Ecoles et crises sanitaires

PROTÉGER, PRÉVENIR, ÉDQUER.



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation
la science et la culture



Chaire UNESCO
« Éducation et Santé »
Université Clermont Auvergne

Ecoles *et crises sanitaires*

PROTÉGER, PRÉVENIR, ÉDUCUER.

“ *Il n'est de richesse que de femmes et d'hommes* ”
Jean Bodin

GHE Editions 2020 - ISBN 978-2-9574140-0-0

Les auteurs sont responsables du choix et de la présentation des faits figurant dans ce livre ainsi que des opinions qui y sont exprimées, lesquelles ne sont pas nécessairement celles de l'UNESCO et n'engagent pas l'Organisation.

Création et impression :
Agence Pink Pepper - www.pink-pepper.fr
© Freepik

Ecoles et crises sanitaires

PROTÉGER, PRÉVENIR, ÉDQUER.

Recueil de textes rédigés et réunis
par Didier Jourdan

Avec la contribution de :

Khadija Alaoui
Goof Buijs
Nicolas Caballé
Olivier Combacau
Philippe Cury
Aliou Dia
Silvia de Ruiter
Carole Faucher
Carmella Fernandes Da Rocha Puleoto
Nicola Gray
Leila Houti
Valérie Ivassenko
Erold Joseph
Sounnia Mediene Benchechor
Francois Ndikumwenayo
Mabrouk Nekaa
Nathalie O'Callaghan
Julie Pironom
Carine Simar
Nicolas Tessier
Min Chien Tsai



SOMMAIRE

Introduction :

L'éducation en période d'épidémie

1^{ère} partie : Organiser la réponse aux épidémies

- **Chapitre 1** : Une approche éducative de la santé pour renforcer la capacité d'action des écoles en période d'épidémie
- **Chapitre 2** : Les stratégies de protection, de prévention et d'éducation en milieu scolaire en période d'épidémie : revue de littérature
- **Chapitre 3** : Les approches territoriales : les cas de l'Algérie, du Burundi, d'Haïti, du Sénégal et de Taiwan
- **Chapitre 4** : Réouverture des écoles : sur quels savoirs s'appuyer ?
- **Chapitre 5** : Organiser le retour des élèves atteints de maladies chroniques
- **Chapitre 6** : Des politiques de santé et d'éducation au terrain : les données d'une étude conduite auprès de professionnels de 42 pays et territoires sur le processus de réouverture des écoles

2^{ème} partie : Développer la capacité à agir des professionnels

- **Chapitre 7** : Soutenir les écoles et les établissements dans la prise en compte de la santé de tous les élèves
- **Chapitre 8** : Gérer les épidémies : il n'y a qu'à les former...
- **Chapitre 9** : Les professionnels de santé de l'école et les crises sanitaires
- **Chapitre 10** : Comprendre l'activité enseignante en matière de santé
- **Chapitre 11** : Identifier les déterminants de l'implication active des professionnels de l'éducation dans une démarche de promotion de la santé
- **Chapitre 12** : Élaboration et évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité de ressources éducatives produites en réponse à la crise de la COVID-19

Conclusion :

Éducation et crises sanitaires

Avertissement

Dans cet ouvrage, nous nous référerons à « l'école » au sens générique, c'est-à-dire correspondant à l'ensemble des institutions ayant une mission d'éducation scolaire primaire (maternelle et élémentaire) et secondaire, publique ou privée, en filières générales, technologiques ou professionnelles incluant l'enseignement agricole, les centres de formation d'apprentis, les maisons familiales rurales, les établissements spécialisés (dans leur variété de dénomination selon les pays). Selon les contextes, on utilisera école (maternelle et élémentaire) pour désigner l'enseignement primaire et le mot établissement pour le secondaire (collèges ou enseignement moyen et lycées). Nous avons initialement souhaité rédiger ce livre en écriture inclusive. Ce langage cherche à éviter toute discrimination par le langage ou l'écriture. Son utilisation n'a cependant pas le même impact selon la longueur des textes concernés. Afin de préserver la lisibilité de cet ouvrage pour tous, nous avons conservé l'écriture commune*.



* Pour cette question voir l'avant-propos du livre de Charlotte Marchandise, Radicale Bisounourse aux Editions Le Hêtre Myriadis (2019).

Préface



Comme l'a indiqué la Directrice Générale de l'UNESCO, l'épidémie de COVID-19 résonne profondément au cœur de notre mission.

Elle nous dit « *que la coopération scientifique est essentielle lorsqu'il s'agit de traiter un problème de santé publique mondiale. Elle nous dit qu'il faut assurer une éducation continue alors que tant d'enfants aujourd'hui ne peuvent pas aller à l'école. Elle nous rappelle brutalement l'importance d'une information de qualité et fiable, à une époque où les rumeurs sont florissantes. Elle nous parle du pouvoir de la culture et de la connaissance pour renforcer le tissu humain et la solidarité, à une époque où tant de personnes dans le monde doivent garder une distance sociale et rester à la maison* ». L'ampleur de la crise sanitaire, la fermeture et la réouverture des écoles pendant la pandémie de Covid-19 a mis en évidence la façon dont les enjeux éducatifs et sanitaires étaient entremêlés. La crise a aussi souligné les ressources et les difficultés, les inégalités au sein des systèmes éducatifs mais également l'impact de cette crise sur la santé physique et mentale des élèves et des professionnels.

Le Programme UNITWIN, et en son sein les chaires UNESCO, vise à encourager la coopération internationale et la création de réseaux entre les universités. Il contribue à renforcer les établissements d'enseignement supérieur dans le monde, à réduire la fracture cognitive, à mobiliser l'expertise universitaire et à collaborer à la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. C'est

dans ce cadre que la Chaire UNESCO et Centre Collaborateur OMS EducationS & Santé s'est mobilisée sur les enjeux éducatifs des situations de crise sanitaire.

Cette chaire a pour ambition de promouvoir des activités de formation, de recherche, de production et de transfert de connaissances et de soutenir le développement de pratiques et de politiques intersectorielles renouvelées, afin d'agir efficacement et durablement pour la santé des enfants et des jeunes. La santé et l'éducation sont des domaines inextricablement liés mais qui traditionnellement ne sont pas accoutumés à travailler ensemble. Le niveau d'éducation est pourtant l'un des principaux déterminants de la santé des personnes et inversement la santé et le bien-être constituent les conditions nécessaires de la réussite des enfants et des jeunes. Si la nécessité d'un travail intersectoriel est ainsi fréquemment placée au cœur des priorités publiques, politiques ou institutionnelles, en particulier pour répondre aux nouveaux défis de santé publique, il est cependant un autre défi de la mettre en œuvre concrètement.

Le présent ouvrage se fait l'écho du travail de production et de partage de connaissances menée par la chaire, il vise à la rendre accessible au plus grand nombre.

Vibeke Jensen, Directrice de la division pour la paix et le développement durable, Secteur de l'éducation à l'UNESCO

INTRODUCTION



La Chaire UNESCO et centre collaborateur OMS ÉducationS & Santé est un dispositif de recherche et de partage de connaissances centré sur la santé des enfants et des jeunes. Sa contribution spécifique est celle d'un catalyseur, d'un médiateur entre monde académique, institutions, réseaux, communautés professionnelles et collectivités. Née de la conférence de haut niveau de l'Organisation mondiale de la santé à Paris en décembre 2016 sur l'intersectorialité, elle présente la caractéristique unique d'un double conventionnement avec l'UNESCO et l'OMS. Par la structuration d'une communauté mondiale, elle vise à promouvoir le développement de politiques et de pratiques intersectorielles dans le champ de l'éducation et de la santé. Dans le contexte de

la crise sanitaire, la chaire s'est fortement mobilisée à la fois au sein des différents groupes de travail des Nations Unies et dans la production d'articles, d'outils pédagogiques et d'accompagnement à destination des enseignants.

En mai 2020, des voix se sont élevées au sein de la communauté pour souligner les difficultés rencontrées par les élèves, les familles et les professionnels sur le terrain. Rumeurs, craintes, questions, défis techniques, au niveau local, la gestion de l'épidémie par les écoles et les communautés n'était pas évidente. Il apparaissait que selon les contextes, les équipes d'écoles et les autorités sanitaires locales avaient une compréhension différente de la situation et des recommandations.

Le mécanisme de mise en œuvre des protocoles nationaux sur le terrain ne semblait pas être linéaire. Les échanges mettaient en lumière la difficulté d'équilibrer la gestion des risques pour la sécurité des personnes, l'organisation matérielle et la nécessité de répondre aux enjeux de l'éducation de tous les enfants, notamment des plus vulnérables. Les contextes sanitaires et sociaux diffèrent fortement selon les pays. Pour certains, le caractère endémique des maladies infectieuses, les faibles moyens économiques et la fragilité des systèmes de santé et d'éducation interrogent fortement des recommandations souvent produites dans des pays à hauts revenus ou à revenus intermédiaires. Il nous a semblé important de recueillir et partager les expériences et les pratiques des personnes sur le terrain en matière de défis, réussites, obstacles et leviers à l'échelon des écoles. Nous avons ainsi lancé une enquête internationale sur la réouverture des écoles, organisé des webinaires et développé des ressources en ligne pour rendre possible ce partage des données du terrain.

Il est apparu judicieux de compiler les différentes contributions de la chaire et de ses membres sur le Covid-19 mais également sur d'autres épidémies récentes. En effet, la crise sanitaire de 2020 a mis en avant de façon saillante le rôle de l'école en matière de santé mais les questions de santé sont au cœur de la vie quotidienne des écoles primaires, collèges, lycées et établissements spécialisés. Les épidémies sont des phénomènes récurrents (gastroentérite, grippe, méningite et dans certains pays, il s'agit de maladies respiratoires aiguës ou de maladies diarrhéiques par exemple).

Ce recueil est ainsi constitué d'un ensemble de textes soit rédigés pour cet ouvrage, soit tirés de publications. C'est un outil de partage de données scientifiques et d'expérience des acteurs de l'éducation et de la santé. Il ne vise pas à ajouter de nouvelles procédures aux multiples études, rapports, recommandations et protocoles de toutes sortes qui ont été diffusés. Son point de vue est celui des écoles et des professionnels. En effet, les données de la recherche montrent que pour que des pratiques éducatives évoluent dans le but de prendre en compte des changements sociaux (crises sanitaires, réformes, innovations...), produire des prescriptions institutionnelles ne suffit pas. Les éducateurs (enseignants, chefs d'établissements, conseillers d'éducation, personnels de santé et sociaux...), sont des professionnels qui organisent leurs pratiques en fonction non seulement des prescriptions mais également des besoins des élèves, du contexte social, culturel et éducatif, des attentes familiales et sociales et de leur propre vision des enjeux éducatifs. Il n'est ainsi pas question d'implantation d'un protocole mais bien de mise en acte, ici et maintenant, des pratiques les plus adaptées à la situation en fonction d'une large variété de déterminants, l'épidémie étant l'un d'entre eux.

Au-delà des nécessaires documents de cadrage (protocoles sanitaires, recommandations, bonnes pratiques...) qui ne peuvent prévoir tous les cas de figure, il est indispensable de penser la façon dont l'accueil des élèves, l'éducation et l'enseignement seront mis en œuvre concrètement sur le terrain. Le confinement, les mesures barrières, l'organisation de

l'enseignement selon des modalités hybrides et sous forme d'un continuum allant du présentiel au distanciel, le lien aux élèves et aux familles sont à penser en contexte et de façon intersectorielle. Il n'est pas simplement question d'adaptation mais bien de discernement en situation par les acteurs de la communauté éducative (élèves, parents, collectivités et professionnels). Ainsi, construire les capacités locales d'action afin de permettre à chaque école, collège ou lycée de relever les nombreux défis techniques, pédagogiques, communicationnels et éthiques qu'engendre une épidémie constitue-t-il un enjeu majeur. Ceci ne peut être réalisé qu'avec les acteurs eux-mêmes dans une démarche de co-construction et appelle une reconnaissance de leur expertise.

Cet ouvrage est organisé en douze chapitres répartis au sein de deux parties distinctes traitant d'une part des stratégies de réponses aux crises sanitaires et d'autre part du développement de la capacité à agir des professionnels.

Le premier chapitre propose une vision d'ensemble de la relation entre écoles et santé dans le contexte des épidémies. La question sanitaire y est abordée du point de vue éducatif. L'analyse présentée conduit à proposer de considérer l'école comme acteur et non simple instrument de santé publique.

Les suivants offrent une approche d'ensemble de la façon dont les écoles peuvent prendre leur part à la lutte contre les épidémies tout en menant à bien leur mission éducative. La revue de littérature (chapitre 2), présente une approche des articles scientifiques et de la littérature

grise (rapports, recommandations protocoles). Un ensemble d'études de cas est présenté au chapitre 3. Il s'agit de l'Algérie, du Burundi, d'Haïti, du Sénégal et de Taïwan. Les contributions illustrent la diversité des situations et appelle à une prise de distance vis-à-vis de modèles à prétention universelle. Outre le nécessaire ancrage dans les réalités locales, économiques comme culturelles, c'est l'engagement de la communauté internationale sur ces enjeux de santé mondiale qui apparaît comme toujours plus nécessaire. Le chapitre 4 offre une synthèse des données disponibles et formule des propositions visant à permettre l'ouverture des écoles en période d'épidémie de Covid-19 de façon à garantir la continuité du processus éducatif.

Le sixième chapitre présente les résultats de l'étude conduite auprès des professionnels des 42 pays territoires sur la mise en œuvre des mesures de protection, de prévention et d'éducation durant la crise du Covid-19.

La seconde partie de l'ouvrage, consacrée au développement de la capacité d'agir des professionnels, s'ouvre sur un texte stratégique (chapitre 7). Il s'agit de faire le point des facteurs susceptibles de permettre de généraliser la prise en compte organisée de la santé au sein des écoles et des établissements scolaires.

Le huitième chapitre analyse les enjeux de formation des professionnels. Les deux suivants s'intéressent respectivement au rôle des professionnels de santé et du social de l'école (infirmiers, travailleurs sociaux, médecins) et à celui des enseignants (chapitre 9 et 10). L'angle

d'attaque choisi est celui de l'analyse de l'activité des professionnels, le but étant de comprendre comment les accompagner dans la mise en œuvre de pratiques renouvelées. Le chapitre 11 propose les résultats d'une étude de terrain sur les déterminants de l'implication active des professionnels de l'éducation dans une démarche de promotion de la santé. Il permet de faire le point des leviers et obstacles en vue de la généralisation d'approches de protection, de prévention et d'éducation à la santé à l'école primaire. Enfin, le dernier chapitre se concentre sur les modalités d'élaboration et l'évaluation de ressources créées pour soutenir les enseignants pendant la crise du Covid-19. Il s'appuie sur le travail conduit dans le cadre du dispositif « Réussir, être bien, être ensemble » en Nouvelle-Calédonie. Des outils pédagogiques et un site Internet dédié ont été créés pour soutenir les enseignants et les professionnels de santé dans leurs actions en vue de la continuité pédagogique en matière d'éducation à la santé.

L'ensemble de ces éléments sont mis en perspective dans une conclusion centrée sur la conscientisation sociale des enfants et adolescents en période de crise sanitaire.

Didier Jourdan, a rédigé ou co-rédigé l'essentiel des textes de cet ouvrage.
Carine Simar, Nicola Gray, Philippe Cury, Julie Pironom, Nathalie O'Callaghan, Carmella Fernandez Da Rocha Puleoto, Nicolas Tessier, Khadija Alaoui et Min Chien Tsai ont contribué aux études décrites.

Olivier Combacau, Aliou Dia, Carole Faucher, Leila Houti, Erol Joseph, Sounnia Mediène Benchekor, Mabrouk Nekaa et François Ndikumwenayo ont rédigé des textes sur la base de leur expertise propre. La MGEN et le groupe Vyv qui soutiennent indéfectiblement la chaire et l'équipe de la chaire, Valérie Ivassenko, Goof Buijs, Silvia de Ruiter et Nicolas Caballé de l'agence Pink Pepper ont joué un rôle clé dans la réalisation de cet ouvrage.

Le présent recueil s'adresse à toutes les personnes qui s'intéressent à la santé à l'école : parents, citoyens engagés, militants, professionnels, décideurs, chercheurs...



“ On a beaucoup parlé de priorités, et même de priorités des priorités. En termes de priorités, je n'en connais que deux l'instruction publique et la santé publique. Jean Rostand ”



UNE APPROCHE ÉDUCATIVE DE LA SANTÉ
POUR RENFORCER LA CAPACITÉ D'ACTION
DES ÉCOLES EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE

ÉCOLES ET CRISES SANITAIRES

Q uatre-vingt-dix pour cent de la population scolaire mondiale, soit 1,57 milliard d'enfants et de jeunes dans 190 pays, ont été privés d'école. C'est l'impact vertigineux de la fermeture due à la crise du Covid-19 (UNESCO, 2020). Cette décision n'avait pas été préparée, les écoles ont fermé à la hâte. Les équipes éducatives ont dû, quand c'était possible, créer un environnement d'apprentissage à distance pour leurs élèves en attendant de voir quand et comment leurs écoles pourraient rouvrir. Il convient de rappeler ici que pour une large part des pays, l'accès aux ressources numériques reste très insuffisant pour permettre une continuité éducative (en Afrique subsaharienne par exemple, 89% des apprenants n'ont pas accès à un ordinateur familial et 82% n'ont pas d'internet), d'autres moyens sont mobilisés pour assurer la continuité éducative. Certains pays n'ont pas fermé les écoles mais dans tous les cas des mesures spécifiques ont été prises (Jourdan, 2020b).

La fermeture et la réouverture des écoles pendant la pandémie de Covid-19 a mis en évidence la façon dont les enjeux éducatifs et sanitaires étaient entremêlés. La crise a aussi souligné les ressources, les difficultés et les inégalités au sein des systèmes éducatifs mais également l'impact de cette crise sur la santé physique et mentale des élèves et des professionnels. La réouverture des écoles après une fermeture est également apparue comme un défi majeur. Stefania Giannini, la Sous-Directrice Générale de l'UNESCO pour l'Éducation indiquait mi-mai 2020 : « Quand et comment rouvrir les écoles est

l'une des décisions les plus difficiles et les plus délicates à prendre dans les agendas politiques actuels. La réouverture des écoles est-elle sans danger ou y a-t-il un risque de réactivation des infections ? Quelles sont les conséquences sur la santé mentale des enfants et sur le développement social des jeunes enfants ? Les élèves engagés dans l'apprentissage à distance apprennent-ils réellement ? Et le moment venu, comment les écoles vont-elles s'assurer du retour des élèves et aider les apprenants qui ont pris du retard lors des fermetures d'écoles ? » (Giannini et al., 2020).

La visibilité donnée à la pandémie de Covid-19 ne doit pas faire oublier que les épidémies sont une réalité permanente pour les écoles. Qu'il s'agisse de gastroentérite, de grippe ou de méningite et, dans certains pays de maladies respiratoires aiguës ou de maladies diarrhéiques les écoles sont touchées par les maladies infectieuses (OMS, 2020). La fermeture est une mesure extrême qui, heureusement, n'est mise en œuvre que dans des conditions spécifiques. Préparer les écoles et les établissements aux crises sanitaires nécessite bien plus qu'une approche binaire ouverture/fermeture. La continuité du processus éducatif est une condition de son efficacité et de sa capacité à réduire les inégalités sociales (Jourdan, 2020^a).

En effet, c'est en tant que milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents et comme espace privilégié d'éducation que le système éducatif contribue à l'amélioration de la santé (Jourdan, 2010; UNESCO, 2016). L'École agit sur plusieurs des déterminants de la santé via trois domaines : l'environnement physi-

que et social des écoles, collèges et lycées, l'articulation au système de soin et les apprentissages.

Elle a d'abord une influence sur la santé de tous de par sa mission première : assurer la réussite scolaire de tous les enfants et adolescents qui lui sont confiés. Elle joue également un rôle dans la protection des enfants, notamment des plus vulnérables (sécurité, repas, vaccination, accès aux services sociaux et de santé...) et dans la prévention des maladies.

Penser la relation écoles et crise sanitaire impose de dépasser les visions fondées uniquement sur l'urgence et les solutions simples ou radicales. Il est en réalité question de politiques et de pratiques qui permettent aux écoles de contribuer au quotidien à la protection de la santé, à la prévention des maladies et à l'éducation des enfants dans une large diversité de situations géographiques, sociales ou sanitaires.

RÉGIME ORDINAIRE ET RÉGIME D'EXCEPTION

Avec le tsunami médiatique qui nous submerge, il est aisé de percevoir que la santé publique est fondée sur deux modalités d'action distinctes :

- Le régime d'exception qui est activé en cas de crise sanitaire comme celle de la pandémie de Covid-19 et qui organise la réponse à une menace spécifique y compris en générant une perturbation dans l'organisation sociale et en limitant la liberté des individus.
- Le régime ordinaire qui s'appuie sur des interventions sur les multiples facteurs environnementaux, sociaux et individuels qui conditionnent la santé. Il s'agit ici de

créer les conditions de la santé de tous en référence à une large variété de cultures, de contextes, de rapports individuels et collectifs à la santé. La majorité de ces déterminants de la santé relevant d'autres champs que le système de soin, promouvoir la santé et réduire les inégalités nécessite la mise en œuvre d'approches intersectorielles cohérentes.

Si les règles et les modes de fonctionnement qui caractérisent ces régimes sont différents, dans les deux cas les questions éducatives y jouent un rôle majeur. Le niveau d'éducation est l'un des principaux déterminants de la santé des personnes et inversement la santé et le bien-être constituent des conditions nécessaires à la réussite éducative tout au long de la vie. Les données de la recherche montrent qu'il existe un lien étroit entre état de santé et capacité pour une population de trouver, comprendre, évaluer et utiliser les informations pour prendre en charge sa santé (ce que l'on appelle généralement la littératie en santé). Il a été également montré que les inégalités sont de ce point de vue très importantes. Qu'il s'agisse de connaissances, de capacités de prise de conscience et de compréhension d'enjeux complexes, de jugement critique et de compétences en action, plus d'un tiers de la population éprouve des difficultés significatives (WHO, 2017). Nous ne sommes pas tous égaux devant les fake news.

Les écoles et établissements scolaires sont ainsi des acteurs clés en période de crise comme en régime ordinaire. Il est ainsi nécessaire de penser la relation école et santé à l'aune de ces deux contextes et dans une perspective à long terme.

D'une part, se préparer à faire face à une crise ne relève pas de l'urgence mais d'une démarche d'anticipation. Outiller les écoles et les établissements en vue d'une fermeture locale ou d'une réorganisation en cas de flambée épidémique, développer les connaissances et les compétences nécessaires à chaque personne pour adapter son comportement en période de crise demande du temps. On ne construit pas un rapport positif à son corps (indispensable pour prendre soin de soi et pratiquer les gestes d'hygiène), on n'apprend pas à trier les sources d'information, à mettre à distance la pression des médias ou des pairs via des actions de communication, mais par une patiente démarche éducative.

D'autre part, il convient de distinguer urgence et risque. En effet, face à un péril immédiat, il est nécessaire d'agir rapidement et en référence à une menace spécifique. Les êtres humains sont capables de développer des comportements de protection surtout si le risque est perçu comme important. Dans ce contexte, on va mettre au second plan des dimensions pourtant essentielles de la démarche éducative. Mais une épidémie dure des semaines, des mois voire des années. D'autres éléments doivent être pris en compte, notamment l'impact sur les apprentissages, la socialisation et la santé mentale des élèves comme des éducateurs.

Le propre du temps éducatif, qui se compte en années et diffère ainsi fortement du temps politique et plus encore du temps médiatique, est d'imposer une vision stratégique. Il est donc impératif d'intégrer la gestion des crises sanitaires dans une démarche d'ensemble à

l'échelle de chaque école et de chaque établissement scolaire.

UNE APPROCHE ÉDUCATIVE DE LA SANTÉ

La problématique de la fermeture des écoles pendant la pandémie de Covid-19 a largement mis en avant la nécessité d'intégrer une grande variété de paramètres dans les décisions politiques au-delà de la protection du système de soins de santé et de sa capacité à prendre en charge les personnes gravement malades. Les difficultés rencontrées dans de nombreux pays, notamment au cours des premières étapes de la crise sont largement liées au fait que la prévention et l'éducation à la santé sont en général reléguées au second plan des politiques de santé. L'action publique est principalement orientée vers la prise en charge et le soin notamment hospitalier. La crise sanitaire a montré combien ce déséquilibre reste, encore aujourd'hui, particulièrement marqué.

Si cette situation peut s'expliquer par un contexte historique, culturel, social et politique propre, elle ne saurait perdurer. En effet, pas un mois ne passe sans que de nouveaux travaux ne viennent s'ajouter à la longue liste des études relatives aux déterminants de la santé des individus comme des populations. Tous convergent vers le fait que des facteurs autres que l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci conditionnent très fortement la santé. Outre les déterminants individuels, ce sont les conditions de vie et les habitudes de vie qui sont au premier plan (Promosanté, 2020). En d'autres termes, pour améliorer la santé d'une population et réduire les inégalités, il est indispensable de s'engager de façon déterminée

dans la protection de la santé (environnements sains, accès aux services), la prévention des risques pour la santé (action sur les facteurs qui provoquent les maladies) et l'éducation à la santé (permettre à chacun de maîtriser les connaissances et les compétences lui permettant de faire des choix responsables en matière de santé) (Tannahill, 2008, Jourdan, 2010). Ceci est valable de façon générale tant pour la promotion de la santé et du bien-être que pour la prévention des maladies non-communicables et des maladies infectieuses. Même si, en occident notamment, la généralisation de l'accès aux traitements médicaux permet de limiter la gravité des épidémies, la prévention et les mesures populationnelles (adaptation des environnements, action sur la littéralité en santé et les normes comportementales, vaccination...) restent la priorité en contexte épidémique.

Dans les pays qui réussissent le mieux, la gestion des épidémies n'est pas un volet isolé des autres enjeux de santé à l'échelle des écoles primaires et des établissements secondaires. Elle est l'une des dimensions d'une politique de promotion de la santé qui intègre les volets de protection, de prévention et d'éducation. Certains systèmes éducatifs (en Ecosse, Nouvelle-Zélande, Australie, Taiwan, Hong Kong, Finlande par exemple) ont en effet développé des approches intégrées qui font de la santé l'un des axes des projets d'école. Il ne s'agit pas de copier telle ou telle recette miracle mais plutôt de se nourrir de l'expérience des autres. Sur la base de la bibliographie scientifique internationale, l'IUHPE (IUHPE, 2010) met en évidence plusieurs déterminants clés : la définition d'une politique explicite en matière

de bien-être et de santé des élèves à l'échelle de l'établissement en lien avec le territoire, une approche intégrée de l'environnement physique de l'école, des relations positives au sein de la communauté éducative (climat d'établissement), le développement des compétences individuelles via une éducation à la santé tout au long de la scolarité, l'existence de liens structurés et pérennes avec les familles et les partenaires de l'école, l'accès à des services de santé scolaire. La pleine participation des élèves, adaptée à l'âge et à leurs capacités, constitue l'un des principaux facteurs d'efficacité des démarches visant à améliorer la santé (Jourdan et al., 2016). Les données montrent également l'enjeu d'un engagement fort à l'école maternelle et élémentaire, les actions de prévention étant d'autant plus efficaces qu'elles interviennent tôt (Hanson & Gluckman, 2011).

Aborder la santé du point de vue éducatif c'est considérer qu'elle relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants au premier rang desquels les parents, les chefs d'établissement et les enseignants. Les infirmiers, médecins, psychologues, travailleurs sociaux de l'éducation ont un rôle clé au service du projet éducatif. Ils apportent une expertise et contribuent à la conduite du volet santé de la politique des écoles et établissements. Il s'agit de développer la capacité des écoles et des établissements à promouvoir la santé, autrement dit d'aider les équipes éducatives à travailler collectivement sur la protection de la santé, la prévention et l'éducation à la santé comme constitutives du « vivre ensemble ». C'est également, notamment via l'action des collectivités locales et du secteur associatif, offrir aux parents

la possibilité d'être soutenus dans leurs actions éducatives. Il est important de souligner une nouvelle fois la diversité des contextes éducatifs, sociaux et culturels. C'est une démarche centrée sur l'action sur les déterminants de la santé ici et maintenant dont il est question, non l'implantation d'une approche unique.

La politique qu'il convient de mettre en place est appelée à prendre en compte ces dimensions qui conditionnent l'efficacité de l'action au service des enfants et des adolescents en prévision des crises et en contexte ordinaire. La perspective d'ensemble est celle d'une politique éducative, sociale et de santé en faveur de TOUS les élèves, que ceux-ci soient en bonne santé ou porteurs de handicap, de maladie chronique ou en difficulté sociale. Il s'agit d'une démarche qui situe le système scolaire comme acteur plutôt que comme instrument de santé publique.

UNE DÉMARCHE INTER-SECTORIELLE QUI VISE À PROMOUVOIR LA SANTÉ DE TOUS ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

De façon opérationnelle, et en référence à l'approche de « la santé dans toutes les politiques » portée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013), il s'agit d'une part de définir et de mettre en œuvre une politique de santé à l'École portée par les acteurs des systèmes éducatifs dans le cadre de leur mission éducative, et d'autre part d'articuler cette politique spécifique avec les politiques nationales, régionales ou locales de santé. Une telle politique éducative, sociale et de santé des élèves, si elle relève de la responsabilité du secteur de l'éducation, n'en mobilise ainsi pas moins les autres

acteurs qui interviennent auprès des enfants et adolescents. Selon les pays, ceux-ci dépendent des services de l'État ou des régions mais également des collectivités locales notamment en ce qui concerne les conditions d'accueil dans les écoles et établissements (locaux, cantine...) et les temps d'accueil périscolaire ou la protection de l'enfance. Les comités de parents, les associations, les mutuelles sont des acteurs de premier ordre de l'accompagnement des politiques de santé à l'échelle des écoles et établissements.

La question des inégalités est au cœur de ces politiques. Elles ont été rendues plus nettement perceptibles par la pandémie. En ce qui concerne les élèves, elles ont souvent été aggravées par le passage à l'enseignement à distance. L'accès à l'internet varie de façon considérable et défavorise les individus vulnérables et les groupes marginalisés. Même dans les espaces les plus privilégiés, les conséquences diffèrent. Tous les élèves n'ont en effet pas besoin de l'École de la même façon pour réussir du fait des inégalités de ressources éducatives, culturelles et économiques des familles et des communautés. En période de crise sanitaire, le risque est considérable de mettre en place des dispositifs qui eux-mêmes amplifient les inégalités.

Politiques nationales comme démarches locales ne peuvent faire l'économie d'une analyse de l'impact des mesures sur les inégalités. Celles-ci « traversent l'ensemble de la population en un continuum qui pour un très grand nombre de maladies, suit la hiérarchie sociale même au sein de la population socialement intégrée. Ce gradient n'oppose pas uniquement les plus pauvres aux autres,

mais met en cause des processus et des déterminants de l'état de santé à l'œuvre dans l'ensemble du corps social (HCSP, 2009) ». Les problématiques liées à la précarité représentent une situation extrême d'une problématique sociale plus large. Puisque les inégalités traversent l'ensemble du corps social selon un gradient, l'enjeu est certes de penser la lutte contre l'exclusion sociale, la pauvreté mais également la question de la vulnérabilité et de ses déterminants.

Pour avancer sur la question des inégalités, il convient de dépasser le stade du constat pour travailler sur les déterminants des inégalités éducatives et de santé. L'enjeu est d'intégrer, dans les mesures prises dans le cadre d'une épidémie l'ensemble des déterminants qui constituent, cumulés, un désavantage social ou territorial.

LA MISE EN CAPACITÉ D'AGIR DES ACTEURS LOCAUX

Les organisations des Nations Unies (UNESCO, UNICEF, PAM et Banque mondiale) ont produit des recommandations sur la réouverture des écoles en toute sécurité (UNESCO, 2020^b) et de nombreux pays et territoires ont publié des directives nationales. Parce que la pandémie évolue de manière imprévisible et de par le fait que la réouverture des écoles s'inscrit dans un processus plus large de redémarrage de la société tout entière, les instructions données aux écoles ont variées au fil du temps. Mais prendre une décision politique est une chose, rouvrir les écoles sur le terrain, surmonter ses propres craintes, accueillir les enfants, dialoguer avec les parents, rassurer la communauté, régler toutes les questions logistiques et organisationnelles en est

une autre. Ce que pensent et font les gens sur le terrain, comment les soutenir concrètement sont des questions clés pour prendre en charge efficacement une épidémie.

Si la publication des documents de protocoles ou de recommandations est une condition nécessaire à la gestion des épidémies dans les écoles, elle n'est pas suffisante. Nous savons que les prescriptions ne sont pas suffisantes pour accompagner l'évolution des pratiques éducatives en fonction des changements sociaux ou sanitaires. Les facteurs déterminant les pratiques des professionnels de l'éducation sont multiples et intègrent certes les prescriptions, mais aussi les besoins des élèves, le contexte social, culturel et éducatif, les attentes familiales et sociales, ainsi que la représentation qu'ils ont de leur propre rôle et des enjeux éducatifs.

Que l'on pense simplement aux différences de contexte entre une école rurale de montagne, un collège de banlieue ou un lycée de centre-ville ou plus encore aux écarts dans les infrastructures (43 % des écoles à travers la planète n'avaient pas, en 2019, accès à des installations de base pour le lavage des mains (OMS, 2020). Il en est de même par exemple pour les temps forts organisés dans les établissements. Les données épidémiologiques montrent que des événements sportifs ou culturels (concerts par exemple) en milieu scolaire sont susceptibles, comme tout rassemblement, de contribuer à la propagation de l'épidémie. Il n'est pas possible, de façon centralisée, de juger de la pertinence ou non de l'organisation d'un tel événement éducatif. Son importance

pédagogique ou sociale, la physionomie des locaux, les capacités d'encadrement, la circulation du virus à l'échelon local sont des paramètres clés qui doivent être pris en compte. De plus, toutes les épidémies ne se développent pas la même façon ; il est ainsi normal que toutes les connaissances nécessaires pour la circonscrire ne soient pas disponibles dès leur émergence. Il faut agir en contexte d'incertitude. Seul un discernement en situation par les acteurs de la communauté éducative (élèves, parents, collectivités et professionnels), sur la base des directives nationales, peut permettre de prendre les décisions les plus adaptées.

Bien plus que l'implantation d'un protocole national, il s'agit de mettre en actes, ici et maintenant, les pratiques les plus adaptées au contexte en fonction d'une large variété de déterminants, l'épidémie étant l'un d'entre eux. Ainsi, construire les capacités locales d'action afin de permettre à chaque école, collège ou lycée de relever les nombreux défis techniques, pédagogiques, communicationnels et éthiques qu'engendre une épidémie constitue-t-il un enjeu majeur.

Reconnaitre l'expertise des professionnels de l'éducation, leur faire confiance et leur donner les moyens d'agir constituent des prérequis à la mise en place des mesures les plus adaptées (Education International, 2020). On ne peut réussir dans la lutte contre les épidémies qu'avec les acteurs eux-mêmes dans une démarche d'échanges et de co-construction. Une telle approche permet de nourrir l'action des écoles et établissements par des solutions créatives et des innovations émanant du terrain (voir par ex. : Zalasnic, 2020).

UNE ORGANISATION CONCRÈTE POUR LES ÉCOLES ET LES ÉTABLISSEMENTS

Il existe plusieurs façons de structurer l'action des écoles en matière de santé. En effet, la question de la santé et des épidémies n'est que l'un parmi d'autres nombreux axes de travail d'un établissement scolaire. Il est nécessaire qu'il s'intègre de façon réaliste et soutenable dans le pilotage et les enseignements. Ainsi, il peut s'agir d'un axe du projet d'école ou d'établissement, d'une démarche spécifique d'école promotrice de santé¹, d'un dispositif local élaboré avec les institutions sanitaires ou les collectivités territoriales... Dans tous les cas, il est nécessaire de s'appuyer sur les données disponibles quant aux déterminants de la santé des élèves et aux démarches pertinentes (cf. supra). La diversité des contextes selon les pays, les régions, les conditions socioéconomiques, les problématiques de santé, la taille des établissements ou l'âge des élèves conduit à élaborer des stratégies variées. L'articulation des besoins avec les ressources disponibles est un axe essentiel.

L'une des façons de structurer l'ensemble est de construire une démarche éducative progressive telle qu'un parcours éducatif de santé². Basé sur les programmes scolaires et les dispositifs de prévention locaux, il décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité et le cadre qui permettra d'y parvenir. Ce parcours éducatif, qui prend place au sein des projets d'école et d'établissement, explicite ce qui est réellement offert aux élèves compte tenu non seulement des textes institutionnels mais également des besoins des élèves et des ressources disponibles. Il est fondé sur un

mode hybride qui associe enseignement à l'école, animation pendant le temps périscolaire et au sein des clubs sportifs ou associations, échanges avec les professionnels de santé locaux (pharmaciens, orthophonistes, médecins, infirmiers, dentistes...) et ressources en ligne. Il ne s'agit pas de mettre une liste des thèmes à étudier dans des programmes linéaires, mais de définir ce que doivent avoir appris les élèves. Il constitue également une base de travail en vue de l'aménagement des écoles. Cela peut concerner par exemple pour l'accès aux sanitaires pour le lavage des mains ou les interactions avec les services sociaux et de santé locaux. Ce parcours éducatif intègre les trois dimensions évoquées précédemment :

- Éducation à la santé : faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'école. L'éducation à la santé est l'une des composantes de l'éducation à la citoyenneté ;
- Prévention : mettre en œuvre dans chaque école et dans chaque établissement des projets de prévention centrés sur les problématiques de santé prioritaires, les maladies infectieuses mais aussi toutes celles susceptibles d'avoir un effet sur la réussite scolaire ;
- Protection : créer un environnement scolaire sûr et favorable à la santé et à la réussite scolaire de tous les élèves.

Il s'accompagne de la mise à disposition, par affichage ou sur le site Inter-

net des écoles s'il existe, d'un document synthétique permettant aux acteurs de l'établissement comme du territoire de positionner leur action dans une démarche d'accompagnement progressive de l'élève vers l'autonomie en matière de santé : thèmes de santé abordés (alcool, tabac, drogues, alimentation, relations affectives et sexuelles, épidémies, maladies vectorielles...), compétences visées (mise à distance critique de la pression des stéréotypes, des médias ou des pairs, gestion du risque, bon usage du système de santé...) et ressources disponibles (notamment les dispositifs de prévention et de promotion de la santé et les différents services médicaux et sociaux accessibles sur le territoire...).

En ce qui concerne spécifiquement le risque épidémique, le parcours éducatif de santé inclut les éléments fondamentaux de protection (hygiène et aération des locaux, maintien en état des sanitaires, disponibilité du savon et de moyens de séchage des mains adaptés, capacité à contacter les familles en cas d'urgence, relation suivie et moyens de joindre les travailleurs sociaux, infirmiers et médecins scolaires, numéros d'urgence, plans de circulation, préparation à une fermeture temporaire et localisée en cas de flambée épidémique...), de prévention (culture de prévention parmi les personnels, élèves, familles, partenaires de l'école, informations relatives aux différentes épidémies possibles par affichage, consignes générales, vaccination...) et d'éducation (connaissances et compétences liées au corps et à la connaissance de soi, aux microbes, aux vecteurs, au lavage des mains, aux gestes barrière, aux compétences psychosociales, au regard critique et à la gestion de

l'information...). Ces éléments sont communs aux épidémies et font l'objet d'un travail sur la durée. Lorsque des crises sanitaires interviennent, des mesures de prévention spécifiques sont mises en œuvre, voir par exemple la boîte à outils du centre européen de contrôle des maladies sur la gastroentérite (ECDC, 2013).

RENFORCER LA CAPACITÉ DES ÉCOLES EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE

Il n'est pas question d'attendre la prochaine pandémie pour se demander comment donner les moyens d'agir aux élèves, familles, élus locaux et professionnels... Il convient tout d'abord de soutenir chaque école et établissement pour leur permettre d'intégrer dans la durée les questions de santé tant au pilotage qu'aux enseignements. Pour cela il est nécessaire que soit partagée une culture renouvelée de la santé qui se fonde sur une connaissance des déterminants de celle-ci et de ceux qui conditionnent les inégalités. C'est ensuite s'assurer que l'axe santé soit explicitement intégré au pilotage de l'école ou de l'établissement. La systématisation du parcours éducatif de santé pour tous les élèves de la maternelle au lycée est un moyen d'y parvenir. Pour que les décisions puissent être prises à l'échelon local, il est indispensable qu'aux côtés des enseignants, des professionnels de santé spécialisés dans la scolarisation des élèves puissent partager leur expertise. C'est pourquoi il est nécessaire de donner toute sa place à la médecine scolaire (HCSP, 2013). Le soutien aux personnels infirmiers et médicaux de santé scolaire et le renforcement des liens multilatéraux entre médecine scolaire, médecine de prévention territorialisée, médecine de ville et médecine hospitalière sont des enjeux forts.

Le développement de dispositifs de formation et d'accompagnement aux échelons national, régional et local est également une condition nécessaire.

Par ailleurs, il est clair que nous manquons de données scientifiques pour fonder les politiques et les pratiques. Si aujourd'hui l'accent est mis sur les besoins en termes d'études épidémiologiques permettant de comprendre les modes de propagation des épidémies en milieu scolaire, il est également indispensable de progresser dans la connaissance des mécanismes qui permettent à des écoles et des établissements d'agir efficacement en faveur de la santé de tous et de la réduction des inégalités en période d'épidémie. Au-delà de l'observation des comportements (la science des problèmes), il s'agit de renforcer et structurer les dispositifs de production de connaissance sur les organisations qui permettent d'améliorer la santé là où vivent les gens (la science des solutions). Il existe une grande richesse à la fois de pratiques (dans différents milieux et auprès de publics variés) et de données de recherche mais la perspective est souvent ce que l'on appelle le « solutionnisme » - il y a un problème, il y a une bonne solution, un bon protocole, nous devons juste l'implanter. Aujourd'hui, la priorité est d'améliorer la qualité de l'environnement scolaire et des services rendus aux élèves plutôt que de tenter d'implanter une intervention universellement efficace.

Autrement dit, le véritable enjeu est de développer, au-delà de la science de l'implantation, une véritable science de l'amélioration en contexte avec les personnes concernées. Ce renouvellement des pratiques de santé publique passe

par la création de nouveaux écosystèmes de production et de partage des connaissances au service de l'action.

Cette crise l'a montré, il reste beaucoup à faire pour promouvoir la santé de tous et réduire les inégalités. Permettre l'émergence, et le partage, bien au-delà du milieu scolaire, d'une approche éducative de la santé est un prérequis à une préparation efficace des établissements scolaires à faire face aux futures épidémies. Sur cette base, c'est l'articulation de la production de cadres de réflexion nationaux solides et de la mise en capacité d'agir des acteurs locaux qui permettra de protéger les élèves, de prévenir le développement de l'épidémie et de maintenir un processus éducatif de qualité.



Notes

1. En France, les Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté constituent l'outil privilégié de la politique de santé des établissements et de la mise en œuvre d'une démarche « École promotrice de santé » <https://eduscol.education.fr/cid58510/la-mise-en-oeuvre-de-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante.html>
2. En France, l'organisation du parcours éducatif de santé est encadrée par la circulaire de janvier 2016 <https://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-de-sante.html>



Références

- ECDC. (2013). *Communication toolkit on gastrointestinal diseases: How to support infection prevention in schools*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communication-toolkit-gastrointestinal-diseases-how-support-infection>

tion prevention in schools. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communication-toolkit-gastrointestinal-diseases-how-support-infection>

- Éducation Internationale (2020) «Forward to School». <https://www.ei-ie.org/en/detail/16862/learning-from-one-another-ei-publishes-forward-to-school>
- Hanson, M. A., & Gluckman, P. D. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115, S3–S5.
- HCSP. (2009). Les inégalités sociales de santé: Sortir de la fatalité. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
- HCSP. (2013). La médecine scolaire. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=351>
- IUHPE. (2010). *Promoting Health in School: From evidence to action*.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé quelle formation pour les enseignants ?* INPES.
- Jourdan, D. (2020a). *Réouverture des écoles: Sur quels savoirs s'appuyer ? The Conversation*. <http://theconversation.com/reouverture-des-ecoles-sur-quels-savoirs-sappuyer-136759>
- Jourdan, D. (2020b). *Rouvrir les écoles : Premiers retours d'expérience. The Conversation*. <https://theconversation.com/rouvrir-les-ecoles-premiers-retours-dexperience-137471>

- Jourdan, D., Christensen, J. H., Darlington, E., Bonde, A. H., Bloch, P., Jensen, B. B., & Bentsen, P. (2016). *The involvement of young people in school- and community-based noncommunicable disease prevention interventions: A scoping review of designs and outcomes*. *BMC Public Health*, 16(1), 1123. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3779-1>

- MEN. (2020). *Continuité pédagogique-Réouverture des écoles-Éduscol*. <https://eduscol.education.fr/cid151499/reouverture-des-ecoles.html>
- OMS. (2013). WHO | *The 8th Global Conference on Health Promotion*, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/
- OMS. (2020). *Deux écoles sur 5 dans le monde ne disposaient pas d'installations de base pour le lavage des mains avant la pandémie de COVID-19, selon l'UNICEF et l'OMS*. <https://www.who.int/fr/news-room/detail/13-08-2020-2-in-5-schools-around-the-world-lacked-basic-handwashing-facilities-prior-to-covid-19-pandemic-unicef-who>
- OMS | *10 menaces sur la santé mondiale en 2018*. (2020). WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/features/2018/10-threats-global-health/fr/>
- Promosanté. (2020). *Déterminants de la santé*. PromoSanté. <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>
- Tannahill, A. (2008). *Health promotion: The Tannahill model revisited*. *Public Health*, 122(12), 1387-1391. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.009>
- UNESCO. (2016). *UNESCO Strategy on Education for Health and Well-being: Contributing to the Sustainable Development Goals*.
- UNESCO. (2020). *Framework for reopening schools-UNESCO Digital Library*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373348>
- WHO. (2017, March 18). *Health literacy. The solid facts*. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>
- Zalasnic. (2020, July 31). *COVID-era SEL means preparing students for the unknown*. <https://districtadministration.com/covid-sel-social-emotional-learning-clayton-county-public-schools-reopening/>



“ Nous devons transformer la reprise en une réelle opportunité pour « reconstruire en mieux » une fois passée la crise actuelle, en créant des sociétés plus durables, résilientes et inclusives. ”

Antonio Guterres. Secrétaire général des Nations Unies



LES STRATÉGIES DE PROTECTION, DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION EN MILIEU SCOLAIRE EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE

Revue de littérature¹

INTRODUCTION

L'histoire a été marquée par de nombreuses périodes épidémiques. Celles-ci sont saisonnières – comme par exemple, les épidémies de gastro-entérites ou les gripes en hiver – ou non saisonnières – comme les gripes aviaires, la rougeole –, que la transmission pathogène se fasse par contact direct ou voie aérienne. Les conséquences sanitaires, économiques, sociales, matérielles, psychologiques ont un impact significatif sur la qualité de vie des enfants et plus largement la vie et le fonctionnement de la communauté toute entière.

La pandémie causée par la diffusion mondiale du SARS-CoV-2 et les périodes de confinement qu'elle ont engendrées ont également ouvert un espace de réflexion autour de la place de l'enfant, de l'éducation des plus jeunes et plus généralement, de l'intrication étroite entre éducation et santé globale.

Ayant profondément bouleversé le fonctionnement habituel de nos sociétés, cette pandémie nous invite à l'analyse et à la mise en perspective des différentes réponses qui lui ont été données avec les enseignements des précédentes crises. Quelles leçons ont été tirées des précédentes crises et de quelle manière ont-elles inspiré les politiques ? Quelles politiques éducatives et protectrices envers tous les enfants, notamment les plus vulnérables, ont été mises en œuvre ? Quels regards sont portés par les organisations internationales, nationales et territoriales sur les conséquences de la fermeture des écoles ? Quelles ont été les stratégies adoptées par les instituts de veille

concernant la santé à l'école ? Quelle place pour les parents, les acteurs de la communauté éducative, les collectivités de tutelles dans les réponses à construire autour de l'enfant et plus spécifiquement sa place d'élève ? Autant de questions dont l'acuité est d'autant plus grande que l'épidémie de Covid-19 risque de durer. C'est dans le but de les éclairer que nous avons conduit une revue bibliographique rapide sur écoles et épidémies dans la littérature (articles scientifiques, rapports, recommandations, protocoles...).

MÉTHODOLOGIE

La grille PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) a été utilisée pour conduire cette revue (Tricco et al., 2018).

Stratégie de recherche et sources d'informations

Huit bases de données ont été explorées pour la recherche de la littérature scientifique : Pubmed, Science Direct, Cochrane library, CAIRN, Francis Pascal, ERIC, Google Scholar et MedRxiv. La recherche de la littérature grise a été faite via les sites en ligne des instituts œuvrant dans les interventions en santé publique et/ou en éducation : Open Grey, Grey Litt, WHO en français et en anglais, UNESDOC, Unicef, ECDC, World Bank ainsi que sur Google actualités. La recherche finale sur les différentes bases de données a été réalisée les 17 et 18/08/2020. La vérification des liens s'est poursuivie jusqu'au 21/08/2020.

Sélection des sources de données probantes

Avant de procéder à la sélection des articles, une équation a été construite en anglais et en français à partir des termes

de la question de recherche (Ecole/ Epidémie) et des termes MESH. Une première consultation par balayage a été faite sur diverses bases de données scientifiques et de littérature grise afin d'ajuster l'équation à la question des mécanismes de réouverture des écoles et au fonctionnement des écoles en période de crise sanitaire. Elle se compose des concepts-clés suivants qui sont chacun développés avec les mots-clés et les descripteurs associés.

school[Title] AND (epidemic[Title] OR outbreak[Title] OR Ebola[Title] OR Cholera[Title] OR H1N1[Title] OR Influenza[Title] OR flu[Title] OR Gastroenteritis[Title] OR meningitis[Title] OR hepatic[Title] OR MERS-Cov[Title] OR SARS[Title] OR Covid)

Une adaptation de l'équation de recherche a été faite en fonction de chaque moteur de recherche (utilisation des Mesh appropriés pour chaque base de données) et traduite en français pour les bases de données francophones.

Sélection des articles

Les filtres appliqués sont :

- La période de 2000 à 2020
- L'âge de 3 à 18 ans
- Le milieu scolaire
- La langue anglaise, française ou autre si la traduction est disponible dans une des langues précédentes.

Critères d'inclusion

Ont été inclus les articles répondant aux critères suivants :

1. Présentent une étude empirique ou des recommandations (guideline) ou un protocole sanitaire en milieu scolaire ou des recommandations centrées sur des activités à l'échelle scolaire

2. Traitent des pratiques scolaires en contexte épidémique (sur la base de la liste des maladies infectieuses de l'OMS, 2018), que les écoles soient restées ouvertes ou après leur réouverture

3. Concernent les écoles primaires (maternelle et élémentaire) ou les établissements scolaires du secondaire (collège et lycée)

Critères d'exclusion

Les articles avec les critères suivants ont été exclus :

- Présentent des mesures non spécifiques au milieu scolaire
- Mentionnent des maladies non épidémiques
- Présentent des études observationnelles/épidémiologiques
- Texte intégral non retrouvé ou non accessible aux réviseurs
- Concernent les universités et étudiants

La sélection des articles s'est faite en deux étapes :

- La première étape a consisté à faire un tri des articles sur la base du titre et du résumé, en débutant par une lecture flottante de l'ensemble puis une sélection par mots clefs se rapportant aux notions de protocoles, rapports, plans, recommandations, d'ouverture et réouverture des écoles. Les critères d'exclusion ont été appliqués une première fois à ce stade.
- La deuxième étape a consisté à faire la sélection des articles retenus en examinant le texte complet avec les critères d'exclusion, le respect des filtres et l'abord explicite de l'activité scolaire in situ en contexte épidémique. Jusqu'à cette étape, les réviseurs ont travaillé individuellement, puis des échanges ont débuté afin de trouver un accord sur

l'inclusion ou non de certaines références de manière objective. Cette procédure de sélection a été conduite indépendamment par deux réviseurs et validée par un troisième. La quête et l'extraction de doublons ont été faites à chaque étape.

Ce processus de sélection a associé deux infirmières scolaires formées en santé publique, deux doctorants en science de l'éducation et un enseignant chercheur. Les choix ont été réalisés de façon indépendante par deux équipes. Après comparaison, un échange avait lieu entre les équipes et l'enseignant chercheur pour trancher lorsqu'il y avait divergence dans les appréciations des équipes.

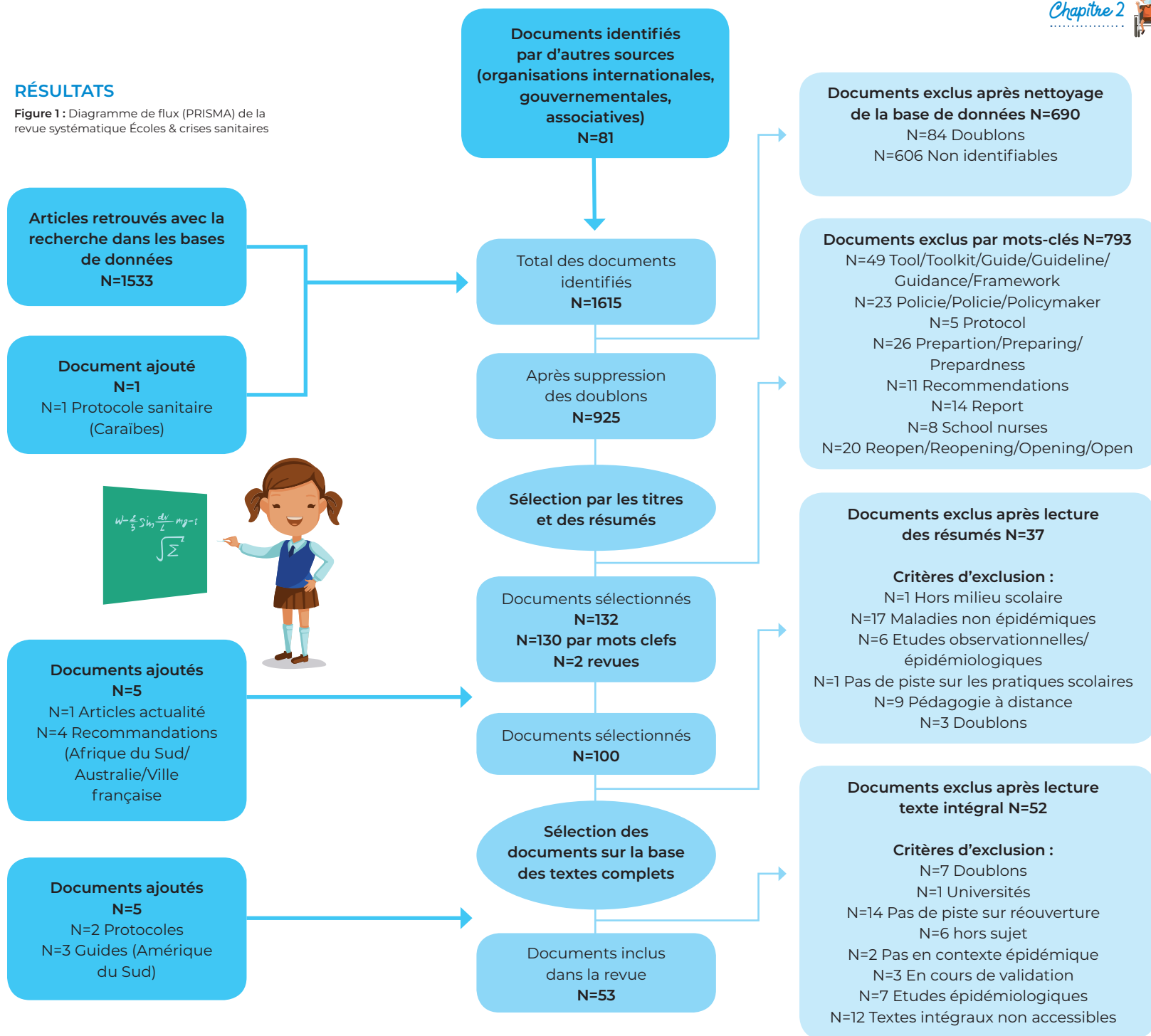
Les résultats des recherches sur les bases de données ont été importés dans un logiciel de gestion bibliographique (Mendeley) sauf pour les bases de données suivantes : CAIRN, Cochrane library et Google Scholar où l'exportation des résultats n'a pas été possible. Pour ces bases de données, une première sélection sur le titre et le résumé a été faite directement dans la liste de résultats, les articles répondant aux critères d'inclusion ont été importés dans le logiciel bibliographique manuellement. Les outils ont été partagés en ligne.

Extraction des données et synthèse des résultats

Une grille d'extraction des données a été développée en utilisant une feuille de calcul Excel pour permettre l'extraction des données à partir des articles sélectionnés. Cette grille comportait les éléments suivants : le type de document, le doi, le titre de l'article, le nom du premier auteur, l'année de publication, la source, la langue et le résumé.

RÉSULTATS

Figure 1 : Diagramme de flux (PRISMA) de la revue systématique Écoles & crises sanitaires



1533 références ont été importées des bases de données scientifiques et 81 des sites des organisations internationales et gouvernementales plus une contribution d'un partenaire (Haïti). 84 doublons et 606 références non identifiables ont été supprimés (Figure 1).

Sélection par titres et résumés

Les 925 documents ont été examinés par leurs titres et résumés aboutissant à 793 références exclues. Les documents sélectionnés correspondent à :

- 49 tool/toolkit/guide/guideline/guidance/framework
- 23 policies/policy/policymaker/politique
- 26 preparation/preparing/preparedness plan
- 14 report/ rapport
- 8 school nurses/ infirmiers scolaires
- 20 reopen/reopening/opening/open ouverture/réouverture
- 11 recommandations/mesures
- 5 protocol/protocole/procédure

L'application des critères d'exclusion dans cette étape a abouti au retrait de 37 références :

- 17 maladies chroniques (asthme, obésité, carie dentaire)
- 9 n'abordant que la pédagogie à distance (e-learning/continuité pédagogique)
- 1 sur la santé environnementale
- 1 pas de piste sur les pratiques scolaires ou d'évocation sur la réouverture d'écoles
- 6 études épidémiologiques
- 3 doublons

L'actualité et la veille documentaire nous ont amené à ajouter 5 références pendant la réalisation de la revue : un article

d'actualité et 4 recommandations ou protocoles institutionnels.

Sélection par lecture intégrale des documents

Les 100 références évaluées pour l'éligibilité du texte intégral se composent de 40 études et 60 documents génériques. Après lecture des documents complets, 52 ont été exclus :

- 7 doublons (erreur d'identification auteur/titre/orthographe – texte anglais/français)
- 14 n'abordant que la fermeture sans évoquer le retour des élèves en classe
- 3 en cours de validation (medRxiv et données non vérifiées)
- 7 épidémiologiques
- 6 hors sujets (grippe animale)
- 2 hors contexte épidémique
- 1 en contexte universitaire
- 12 textes non accessibles aux lecteurs de la revue

Et enfin 5 références ont été ajoutées :

- 2 protocoles du Ministère de l'Éducation nationale (publication récente)
- 3 documents génériques obtenus sur notre demande auprès d'un partenaire. (Brésil).

Langue de publication

L'anglais est la langue majoritairement utilisée dans les articles et sur les sites internationaux non francophones. 35 documents sont en anglais, 15 en français et 3 en portugais.

Type de publication

L'étude comprend 14 articles de revues scientifiques et 39 documents opérationnels. Les 53 références documentaires se composent de 10 analyses, 4 revues,

26 guides ou protocoles, 12 recommandations ou ressources sur page internet et 1 transcription d'une conférence publique. La période s'étend de 2003 à 2020, concerne différentes régions du monde et couvre pour beaucoup la COVID-19 mais aussi les épidémies précédentes d'infections respiratoires et de contact.

Il est à noter que le nombre varie considérablement d'une année à l'autre en fonction des épidémies : un en 2003, puis, suite à l'épidémie H1N1, 12 entre 2009 et 2014, 2 en 2018 et surtout 38 en 2020.



SYNTHÈSE DOCUMENTAIRE

Le tableau ci-après reprend les principaux éléments issus de la revue documentaire :

Dans ce tableau les données recueillies sont organisées selon la période de publication : séquence 2008-2018 (SARS, Grippe H1N1, gastroentérite...), début de la pandémie de Covid-19, premières phases de réouverture des écoles et phase de réouverture généralisée.

	Période 2000/2018 1 ^{ères} grandes recommandations en cours de pandémie	Début de pandémie COVID-19	1 ^{ères} réouvertures des écoles	Recommandations au 27 août 2020
	Augmenter la littératie en santé des élèves Conseils environnementaux (aération de l'air, entretien des locaux) Implication du personnel de santé en milieu scolaire et hors scolaire Intervention non pharmaceutique		Augmenter la littératie en santé des élèves Conseils environnementaux (aération de l'air, entretien des locaux) Implication du personnel de santé en milieu scolaire et hors scolaire Intervention non pharmaceutique	
Stratégies prophylaxiques	Mise en place des gestes barrières	Renforcement des gestes barrières	Renforcement des gestes barrières Distanciation physique	Maintenir les gestes barrières + distanciation physique Masque dans l'espace publique
	Communauté d'échange entre l'école et les institutions		Contrôle des rassemblements de masses	Considérer les camarades et les enseignants comme des contacts étroits
	Former personnel de manière croisée pour assurer une continuité de service		Former personnel de manière croisée pour assurer une continuité de service	
	Parents encouragés à la vaccination préventive			L'enfant devient acteur de sa santé
	Plan sanitaire : exercice en intersectorialité	Fermeture des réseaux et infrastructures	Fermeture des réseaux et infrastructures	Éviter les contacts rapprochés Espaces fermés avec mauvaise ventilation Éviter les endroits encombrés
	Isolément volontaire	Confinement		Vision globale de l'école promotrice de santé
Décisions de fermeture	Communication aux parents, Réassurance, Soutien dans leurs nouvelles organisations		Communication aux parents, Réassurance, Soutien dans leurs nouvelles organisations	
	Favoriser une stratégie de retour efficace		Favoriser une stratégie de retour efficace	Plans sanitaires d'urgence
	Concertation avec les autorités		Concertation avec les autorités	
	Mesurer les ressources		Mesurer les ressources	Avoir conscience du coût des fermetures et mesurer les risques d'ouverture (garde d'enfants, coût repas à domicile, absentéisme professionnel parental,...)
	Mesures harmonisées, réalisable et acceptables	Fermeture des réseaux	Politique de réouverture progressive	Réactivité, réponse rapide
	Préférer l'isolement volontaire aux 1 ^{ers} symptômes		Préférer l'isolement volontaire aux 1 ^{ers} symptômes	Suivre les recommandations internationales
	Fermeture non recommandée (CDC, UE, 2009) Préférer des fermetures proactives Préférer des fermetures sélectives (ex. Taiwan)			
	Pour le public à haut risque	En fonction du taux de contamination		

	Période 2000/2018 1 ^{ères} grandes recommandations en cours de pandémie	Début de pandémie COVID-19	1 ^{ères} réouvertures des écoles	Recommandations au 27 août 2020
	Communication tout public		Familles non admises dans l'établissement	Repenser l'équité et la justice sociale
Impacts des fermetures	Anticiper suivi pédagogique	Suivi pédagogique aléatoire	Soutien de la communauté éducative dans les nouvelles formes d'enseignement : Soutien des élèves (scolaire et psychologique)	
	Assurer les repas	Exacerbations des violences et des inégalités	Soutien des parents : pertes économiques, violences Soutien de tous /deuils	
	Cohésion sociale et institutionnelle	Cohésion sociale et institutionnelle dégradée		Communauté d'échange entre les enseignants
	Surveiller l'absentéisme	Rupture d'apprentissage	Réorganisations des classes et temps collectifs (effectifs, mobilité places désignées, repas, récréation)	Fermetures prudentes
	Estimer les ressources numériques	Réseaux numériques insuffisant	Offre numérique : estimer les ressources et les développer	
		Impact sur la sécurité	Quarantaines localisées et mesurées Mise en place de mesures d'hygiène (INP) Prise de température	Collaboration entre les pays
Mécanismes de réouverture	Associer parents, communauté éducative, partenaires locaux Respecter le temps de convalescence Surveiller les cas contacts Liaison avec les autorités sanitaires Assurer la sécurité dans les écoles Protocoles détaillés des procédures d'hygiène individuelle, environnement		Associer parents, communauté éducative, partenaires locaux Respecter le temps de convalescence Surveiller les cas contacts Liaison avec les autorités sanitaires Assurer la sécurité dans les écoles Protocoles détaillés des procédures d'hygiène individuelle, environnement	
			Retour à la discrétion des familles	Retour de tous les élèves
			Protocole des gestes barrières adaptés selon l'âge et état de l'enfant. Soutien matériel et humain aux personnels de l'éducation.	Apporter des réponses équitables. Création de collaborations capables. d'apprentissage continu et réactif. Tenir compte de la balance des avantages et des inconvénients pour les enfants en fonction des âges.
			Chaque territoire, une politique adaptée	Avoir conscience du coût des fermetures et mesurer les risques d'ouverture (garde d'enfants, coût repas à domicile, absentéisme professionnel parental,...) Collaboration entre pays
			Réouverture partielle des classes couplée à des cours à distance. Horaires différenciés. Rapport de santé quotidien	Dialogue social et politique : accompagnement du personnel de l'éducation. Tenir compte du bien-être de tous.
				Développer la recherche pour aider les politiques. Réouverture fondée sur des données disponibles.
				5 principes clés pour guider la décision de réouverture : • Réouverture par étape, dans un cadre organisé et adaptable • Distanciation sociale et physique • Capacités des tests et tracement de contact dans les écoles • Publics vulnérables ciblés • Recherche et évaluation

La gestion des épidémies

Les différents textes étudiés appellent tous à une approche intersectorielle. Celle-ci est nécessaire car la santé et l'éducation constituent deux secteurs bien distincts et relèvent d'organisations différentes avec des objectifs, des références, des programmes et des prérogatives propres. Les situations d'altération de la santé ou de maladie révèlent ces tensions et menacent la capacité de l'école à garantir la continuité pédagogique. Bien souvent, elles amènent les responsables (parents, directeurs d'écoles, médecins) à suspendre la scolarité de l'enfant le temps des soins et de la convalescence.

L'école est le second lieu de vie des élèves. Espace de vie et d'apprentissage, il est aussi celui de l'enseignement et de la transmission des habitudes de vie favorables à la santé. Les programmes de promotion de la santé y sont développés et encouragés par nombre d'organisations internationales et nationales de santé et d'éducation et leurs mises à jour régulières (CDC, 2010 ; ECDC, 2013 par exemple). Les stratégies de santé publique qui visent à la réduction des risques épidémiques développent des programmes stratégiques proactifs basés sur la formation et l'application de compétences transférables de prévention et protection, à l'égard des autorités scolaires et

adaptés aux établissements scolaires ou recevant des enfants (CDC, 2010 ; ECDC, 2013), par exemple la mallette de l'ECDC pour la prévention des épidémies de gastro-entérites (ECDC, 2013) (Figure 2) ou à visée réactive, comme lors de la période de grippe à virus H1N1 (CDC, 2009 ; CDC, 2010 ; ECDC, 2009a). Certaines mesures sont largement appliquées telles que la formation des enfants, avec la participation des personnels de santé et des adultes au lavage des mains, à l'étiquette respiratoire (le fait de protéger sa bouche avec un mouchoir et non sa main, en cas de toux ou d'éternuement), ou la désinfection des locaux. D'autres sont plus spécifiques, comme la vaccination préventive, le port de masque, la distanciation sociale déjà difficile à mettre en place lors d'épidémies de grippe et dont la faisabilité et l'efficacité ont été peu explorées (Usher-Pines, 2018).



Figure 2 – Exemple de boîte à outils en vue de la gestion des épidémies de gastroentérite dans les écoles (ECDC, 2013). On y trouve un guide pour la conduite du dispositif dans l'école, des affiches pictogrammes et logos, des ressources pour les activités de classe (messages clé, présentation, illustrations, slogans...).

Le cadre de l'action des professionnels de l'éducation en matière d'éducation fait l'objet de peu d'attention dans les textes étudiés. Tout au plus trouve-t-on que « La jurisprudence exige que les actions d'un enseignant soient conformes à ce que ferait un parent prudent. Cela comprend le devoir de protéger les élèves contre les risques de préjudice raisonnablement prévisibles » (Gouvernement d'Alberta Education, 2013)².

Pour les organisations et institutions internationales, la fermeture des écoles n'est pas recommandée en première intention : elle doit tenir compte de la capacité de poursuivre l'enseignement sans risquer de voir se creuser les inégalités et ne doit intervenir qu'en un cas de risque important (Cauchemez, 2014 ; CDC, 2009 ; CDC, 2010 ; CDC, 2018 ; MENJS, 2009). Les documents montrent une focalisation sur la protection des publics à haut risque et non la transmission communautaire (Chao, 2010). L'éviction scolaire en cas de symptômes, couplée à la surveillance des cas contacts est préférable. « La décision de fermer une école doit être prise au niveau local et doit mettre en balance (...) les risques de maintien des élèves à l'école avec les perturbations sociales qui peuvent découler de la fermeture. Les responsables scolaires doivent travailler en étroite collaboration et directement avec leurs responsables locaux et nationaux de santé publique (...). Les plans de fermeture des écoles doivent tenir compte des éventuels effets secondaires sur la communauté. Le processus de planification doit inclure la communication de ces plans à tous les membres de la communauté. Ces effets peuvent inclure les effets sur les infrastructures essentielles, la sécurité d'emploi et la perte de

revenus des parents, le financement des écoles (...), la nutrition des enfants en raison de la perte d'accès au programme de repas scolaires, la perte d'accès aux services de santé, les progrès scolaires et la sécurité des enfants en raison de l'augmentation possible du temps sans surveillance. Les communautés doivent également prévoir de permettre au personnel scolaire d'utiliser les installations scolaires pendant que les écoles sont fermées (...) pour permettre aux enseignants d'élaborer et de dispenser des cours et du matériel (par exemple, en utilisant les services de téléconférence de l'école ou d'autres systèmes d'enseignement à distance) et à d'autres membres du personnel de fournir des services essentiels (comme la préparation des repas) en gardant à l'esprit les bases pratiques de contrôle des infections. » (CDC, 2010)³

Dans un contexte épidémique voire pandémique, la gestion du regroupement et de la proximité au sein de la communauté scolaire pose question. A la gestion de crise s'ajoute la communication aux divers acteurs afin d'atténuer la pression des communautés scolaires et sanitaires, facteur influant sur la prise de décision des décideurs locaux (Davison, 2003 ; Viner 2020b). En contexte d'épidémie, le rôle des personnels de santé en milieu scolaire lorsqu'ils sont présents est primordial – que ce soit en termes de liaison entre l'école, les familles et les services de santé qu'en termes d'organisation et plaidoyer, par exemple dans la promotion de la vaccination antigrippe (Li, 2009) ou la préparation de la communauté éducative à une pandémie (Rebmann, 2012). Malgré toutes ces connaissances validées et relayées par des organismes internationaux et nationaux reconnus, l'apport et le par-

tage d'expérience de chercheurs dans une ère mondiale hyperconnectée, les prises de décision quant au maintien ou non de l'activité scolaire ont été difficiles et compliquées lors de l'éclosion de la pandémie de Covid-19 (Viner, 2020^a). Les écoles sont restées ouvertes dans un premier temps, l'épidémie étant alors encore perçue comme isolée et/ou maîtrisée (EODY, 2020). En février et mars 2020, les organisations internationales promouvaient alors le renforcement des mesures préventives pour ralentir l'épidémie (ECDC, 2020^a ; ECDC, 2020^b ; OMS, 2020 ; IASC, 2020) sur la base des données disponibles. « Les actions que les experts recommandent à ce stade et recommanderont dans l'avenir seront toujours fondées sur la situation dans les communautés, sur ce que nous savons aujourd'hui et non sur ce que nous saurons demain » (CDC, 2009).⁴ Puis, plusieurs pays et territoires ont fermé toutes leurs écoles de manière généralisée. Cela n'a pas été le cas pour ceux qui disposaient de plans sanitaires d'urgence adaptés. Taiwan, forte de son expérience de l'épidémie de grippe de 2009, dispose d'une procédure graduelle de fermeture : un cas dans une classe et la classe est suspendue 14 jours, à partir de deux cas, on ferme l'école et si un tiers des écoles d'une ville est touchée, toutes les écoles de la ville ferment (Melnick, 2020). Le maintien de la continuité pédagogique sans enseignement de nouveaux contenus a nécessité des ressources, le développement de l'offre numérique dans les écoles ainsi que des réseaux d'échanges professionnels (Huber & Helm, 2020).

Effets des fermetures scolaires sur les élèves

Si l'arrêt presque total de toute activité professionnelle, économique, sociale et

scolaire a eu des impacts considérables sur la population générale, l'impact négatif des fermetures prolongées a été constaté dans le domaine social et de la santé mentale avec le creusement des inégalités et reste préoccupant (Caffo, 2020 ; Fantini, 2020). L'interdiction des déplacements et des relations sociales a placé les enfants, notamment les filles, en situation de vulnérabilité et d'isolement face au risque accru de violences physiques, psychologiques, sexuelles, de maltraitance, d'insuffisance nutritionnelle habituellement compensée par l'école, de comportements à risque, d'absence d'accès à l'enseignement et de disparités à l'accès aux ressources numériques. Les élèves présentant des retards d'apprentissage ont été plus susceptibles de décrocher et de subir encore plus fortement les inégalités (CDC, 2020 ; Education International, 2020 ; IASC, 2020 ; National Education Association, 2020 ; ONU, 2020 ; Public Health Canada, 2020 ; Unesco, 2020). Les institutions reconnaissent les limites et insuffisances de leur système éducatif et sa fragilité (MENFP, 2020 ; Todos Pela Educação, 2020 ; UK Government, 2020 ; UNDIME, 2020).

Ces conséquences rappellent que l'école est bien plus qu'un lieu d'enseignement vertical et descendant. C'est l'espace de protection de toute une population dont les enfants sont la clé (Victoria Government, 2020).

Au Danemark ou Finlande, premiers pays ayant rouvert, les facteurs essentiels d'analyse ont mis en évidence que les impacts étaient variables selon les moyens individuels, familiaux, du système éducatif, des politiques et collectivités (Vegas, 2020).

« Back to school » ⁵

Les politiques de retour à l'école

Les organisations internationales ont encouragé l'amorce des réouvertures des écoles et le changement de paradigme de l'approche éducative par une politique de promotion globale de santé. Le retour des enfants à l'école à la discrétion des familles a dû être soutenu par les syndicats ou ordres professionnels médicaux pour donner aux familles des éléments rassurants d'éclairage (Académie de médecine 2020, AFPA, 2020) avec l'élaboration des premiers protocoles de reprise (MENJ, 2020 ; MENJS, 2020^c ; Ville de Marck, 2020).

En termes de recommandations, l'observation des stratégies et des effets de la réouverture des écoles dans divers pays permet d'ouvrir des pistes. La décision de réouverture des écoles a été variable d'un pays à l'autre mais généralement décidée en fonction du taux de contamination locale. Elle demande de s'appuyer sur les données disponibles et de garantir des conditions de sécurité pour tous. Elle doit être anticipée et évaluée continuellement en impliquant toute la communauté éducative dans des mesures applicables, acceptables et facilement mémorisables (Stein-Zamir, 2020).

Sa planification rigoureuse intégrera les mesures dites INP (Interventions Non Pharmaceutiques) et comprendra, pour plusieurs auteurs, une capacité de tests rapides in situ, un véritable plan d'urgence sanitaire avec des exercices d'entraînement et un dispositif de communication en direction de toute la communauté éducative (Rebmann, 2012 ; Stein-Zamir, 2020). Elle nécessitera également d'anticiper le recours à la quarantaine (Melnick, 2020)

et de tenir compte des inégalités sociales (Cooper, 2020 ; Caffo, 2020 ; Viner 2020^a).

Pour les pays et territoires que nous avons pu étudier sur la base des documents collectés, nous retrouvons des pratiques communes telles que des reprises échelonnées, des horaires décalés, la réduction des effectifs ou des déplacements des élèves, les mesures d'hygiène physique et des locaux, des mesures de quarantaine en cas de suspicion, renforcées en cas de confirmation ou de contact positif. Des prises de température au minimum une fois par jour et une surveillance clinique sont notées, ainsi que des aménagements sur les temps collectifs tels que la récréation, les repas, les entrées et les sorties de cours. Les activités sportives ne sont pas toujours maintenues du fait de la difficulté à respecter les distances physiques mais les activités en plein air sont encouragées (Melnick, 2020) cf. tableau 1.

On constate que la question des pratiques de classe en situation d'épidémie est peu traitée en dehors de la mise en œuvre des règles d'hygiène. Des écoles ont fermé et rouvert, mais nous avons encore à ce jour peu d'études ou d'observations partagées, hormis dans les pays qui ont appris de l'épidémie d'H1N1. La pandémie a permis de renforcer la gestion sanitaire des établissements par des moyens plus précis de gestion des différentes situations.

Viner et al. (2020^b) proposent 5 principes clés pour guider la décision : rouvrir les écoles par étapes, intégrer la distanciation sociale et physique, s'assurer que les mesures de contrôle des infections, y compris les tests et la recherche des contacts, soient disponibles dans les

écoles, protéger les enseignants et les élèves vulnérables, développer la recherche et l'évaluation.

Les connaissances sur le virus SARS-CoV-2, sa transmission et sa contagiosité différentes du virus de la grippe nous amènent également à penser ces recommandations « au jour le jour » et en considérant les risques de la fermeture et de la réouverture des écoles en fonction des contextes, des moyens et des publics des écoles. La collaboration entre tous les acteurs de la communauté éducative et notamment du personnel de santé au sein des établissements doit être prise en considération avant même toute épidémie (CDC, 2020). La formation et l'information en santé doivent être inclusive (Vermont Agency of Education Department of Health, 2020).

Concernant la gestion interne de l'organisation de la reprise des cours, les organisations insistent sur la cohérence des gouvernements à devoir mettre en œuvre tous les moyens financiers, humains, techniques, logistiques afin d'accueillir l'ensemble des personnels d'éducation et des élèves et à renforcer les liens de communications entre l'école, les familles et les élèves pour réussir une réouverture efficace (CDC, 2020 ; MENFP, 2020 ; MENJS, 2020^a ; MENJS, 2020^b ; UK Gouvernement, 2020 ; Sao Paulo Governo do Estado, 2020 ; Todos Pela Educação, 2020 ; Vermont Agency of Education Department of Health, 2020). « Pour définir quelles écoles rouvrir, il convient d'évaluer leur état de préparation et de guider la planification selon six dimensions : les politiques, le financement, la sécurité du fonctionnement, l'apprentissage, l'ensei-

gnement pour les plus marginalisés et le bien-être/la protection. Les considérations politiques et les conditions financières créent ensemble l'environnement propice nécessaire qui sert de fondement aux autres dimensions » (Unesco, 2020^a)⁶.

Pour les organisations internationales d'éducation, la sécurité des élèves, du personnel et des familles est au cœur des procédures de reprise. L'ouverture physique des écoles au début de l'année scolaire 2020-2021 doit être ancrée dans la santé et la sécurité de tous et non fixée à une date arbitraire. (Education International, 2020 ; National Education Association 2020, Sao Paulo Governo do Estado, 2020 Unesco 2020^b). Le soutien au personnel éducatif et pédagogique doit être intégré dans les projets de réouverture et tenir compte de la fatigue voire l'épuisement que cette pandémie a provoqué dans leur pratique professionnelle.

A la rentrée, les enseignants seront plus que jamais en alerte auprès des élèves en difficulté, certes d'apprentissage, mais aussi présentant des signes de mal-être. Un soutien spécifique, dans le dialogue social, l'aide humaine, doit leur être fourni pour leur permettre d'assurer de nouvelles missions dans de nouvelles conditions d'enseignement, tout comme l'ensemble des personnels scolaires (Education International, 2020 ; National Education Association, 2020 ; UNDIME, 2020 ; UK Gouvernement, 2020 ; Unesco, 2020 ; UNDIME, 2020).

En reprenant le chemin de l'école, l'enfant, grâce à une approche centrée sur ses besoins fondamentaux, dans un climat scolaire bienveillant garantissant



sa sécurité, sa protection, le respect de tous, l'expression et ouvrant avec confiance sur l'avenir, pourra reprendre confiance et poursuivre harmonieusement son développement (Cape Western Government, 2020^a, 2020^b). Comme l'affirme Pierre Josué Agénor Cadet, Ministre de l'Éducation nationale en Haïti, « cette catastrophe, en dépit de son cortège de souffrances, constitue par ailleurs une opportunité inouïe de revoir nos systèmes d'éducation, de santé, notre relation avec

l'environnement, avec autrui, voire notre conception de la vie » (MENFP, 2020).

Le cadre pour la réouverture des écoles de l'UNESCO offre une synthèse des principaux éléments relevés dans cette revue. Il résume les éléments à prendre en compte dans une démarche intersectorielle cohérente articulant enjeux sanitaires et éducatifs (tableau 2). Il constitue une synthèse des points clé issus de cette analyse de la bibliographie disponible.

Avant la réouverture	Pendant le processus de réouverture	Lorsque les écoles ont rouvert leurs portes
Se préparer à l'aide des politiques, des procédures et des plans de financement indispensables pour améliorer les écoles, en accordant une attention particulière au fonctionnement sûr, notamment en renforçant les pratiques d'enseignement à distance.	Adopter des stratégies proactives pour réintégrer les enfants marginalisés et déscolarisés. Investir dans des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène pour limiter les risques et mettre l'accent sur le rattrapage scolaire pour compenser les heures d'enseignement perdues.	Surveiller activement les indicateurs de santé, en s'intéressant également au bien-être et à la protection. Renforcer la pédagogie, adapter l'enseignement à distance aux apprentissages mixtes en y intégrant les connaissances concernant la transmission et la prévention de l'infection.
Fournir des recommandations nationales claires concernant les paramètres de décision sur la réouverture des écoles. Cette réouverture devra peut-être se faire progressivement, en commençant par les zones où les taux de transmission et les risques sont les plus faibles.	L'administration scolaire doit renforcer les mécanismes de communication et de coordination qui favorisent le dialogue local et la mobilisation des communautés, des parents et des enfants sur les sujets liés à l'éducation.	Élaborer un modèle de prise de décision sur la fermeture et la réouverture des écoles en cas de recrudescence des transmissions au sein de la communauté.
La réouverture des écoles peut également être graduelle. Elle peut par exemple être limitée à quelques jours par semaine dans un premier temps, ou ne concerner que certains niveaux. Les politiques nationales doivent fournir des recommandations claires pour l'évaluation et la prise de décision à l'échelle infranationale.		
Élaborer des protocoles clairs et faciles à comprendre sur les mesures d'éloignement physique, y compris l'interdiction d'activités supposant de grands rassemblements, l'étalement des horaires de début et de fin de la journée, l'étalement des horaires de repas, le déplacement des classes vers des espaces temporaires ou en extérieur, et l'organisation des enseignements en petits groupes pour réduire la taille des classes.	Augmenter la proportion d'écoles disposant d'un accès à de l'eau propre, de postes de lavage des mains, de produits de nettoyage et, si possible, mettre en place des toilettes ou des latrines séparées pour les garçons et les filles et prendre des dispositions pour la gestion de l'hygiène menstruelle.	
Élaborer des protocoles détaillés sur les mesures d'hygiène, y compris les règles à respecter pour le lavage des mains et l'hygiène respiratoire, l'utilisation d'équipements de protection, les procédures de nettoyage des installations et les pratiques sûres pour la préparation de la nourriture.	Former le personnel administratif et les enseignants à la mise en œuvre des mesures d'éloignement physique et des pratiques d'hygiène à l'école, et recruter du personnel si nécessaire. Le personnel chargé du nettoyage doit également être formé à la désinfection et doté d'équipements de protection individuelle dans la mesure du possible.	Insister sur la modification des comportements afin d'augmenter l'intensité et la fréquence des activités de nettoyage et de désinfection, et améliorer les pratiques de gestion des déchets.
Réexaminer les politiques concernant le personnel et l'assiduité avec les syndicats d'enseignants afin de tenir compte des absences pour raisons de santé et de favoriser l'enseignement à distance et mixte.	Fournir aux directeurs d'établissements scolaires des recommandations claires afin qu'ils mettent en place des procédures pour les cas où des élèves ou des membres du personnel tombent malades. Il s'agit notamment de surveiller l'état de santé des élèves et du personnel, de maintenir un contact régulier avec les autorités sanitaires locales et d'actualiser les plans d'urgence et la liste des personnes à contacter en cas d'urgence.	

Fonctionnement sûr
Voir les recommandations du CPE sur la prévention et le contrôle de la COVID-19 dans les écoles pour des conseils détaillés.]

Avant la réouverture	Pendant le processus de réouverture	Lorsque les écoles ont rouvert leurs portes
Les politiques doivent protéger le personnel, les enseignants et les élèves appartenant à un groupe à risque en raison de leur âge ou d'un problème de santé, et prévoir le remplacement des enseignants absents et la poursuite de l'enseignement à distance pour les élèves ne pouvant pas se rendre à l'école, en tenant compte des situations individuelles dans la mesure du possible.	Les écoles doivent également prévoir un espace permettant d'isoler temporairement les élèves et les membres du personnel malades sans entraîner de stigmatisation. Communiquer les procédures au personnel, aux parents et aux élèves, en conseillant notamment à tous les élèves et membres du personnel malades de rester chez eux.	
Recenser les financements pour les interventions et le relèvement permettant des investissements immédiats dans les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène des écoles. Accorder la priorité aux produits et services permettant de bien nettoyer et désinfecter les écoles ainsi qu'aux plans d'urgence et aux stocks.	Encourager les pratiques d'hygiène à tous les niveaux et pour tous les membres du personnel de l'école, en insistant sur le lavage des mains et les règles d'hygiène respiratoire.	Encourager l'utilisation de solution hydroalcoolique et insister sur l'importance d'une utilisation correcte des masques en tissu lorsque celle-ci est recommandée par les autorités nationales. Les informations relatives à l'hygiène doivent être accessibles à un large public et diffusées également dans des langues minoritaires ou en braille, ainsi que dans une langue facile à comprendre pour les enfants.
Faire de la riposte contre la COVID-19 une occasion de réexaminer les politiques concernant l'utilisation des installations scolaires dans les situations d'urgence (en tant que refuges, établissements de santé, lieux de quarantaine, etc.).		
Proposer aux enseignants et aux directeurs d'établissements scolaires un soutien et des formations sur l'enseignement à distance et les moyens leur permettant d'aider leurs élèves lorsque les écoles sont fermées. Il peut s'agir de créer des groupes d'entraide sur des plateformes mobiles ou d'octroyer des crédits téléphoniques pour contacter les parents.	Réexaminer les politiques et critères d'admission afin que ceux-ci permettent d'atteindre les objectifs d'éducation universelle. Il s'agit pour cela de supprimer les obstacles et d'assouplir les critères d'admission. Établir ou actualiser les normes d'équivalence et la reconnaissance officielle des solutions d'enseignement non conventionnelles.	Augmenter les investissements en faveur de l'enseignement à distance 1) pour préparer de futures périodes de fermeture des écoles, 2) pour renforcer l'enseignement et l'apprentissage lorsque les écoles restent fermées, et 3) pour compléter les heures d'enseignement par un modèle mixte lorsque les écoles sont ouvertes partiellement ou selon un emploi du temps adapté. Augmenter le financement d'activités de renforcement des capacités et de formation des enseignants.
Élaborer différents calendriers scolaires en fonction de différents scénarios de santé publique, en tenant compte des modalités d'enseignement à distance.	Doter les professeurs de compétences leur permettant de prendre en charge les besoins de rattrapage des apprentissages et les besoins en santé mentale et soutien psychosocial des élèves. Les efforts de formation doivent clairement améliorer la capacité des enseignants à répondre aux besoins élémentaires des élèves sur le plan de la lecture/du calcul comme sur le plan émotionnel, notamment dans les écoles comptant un grand nombre d'élèves à risque. Les enseignants doivent être formés à reconnaître les modifications de comportement et les changements cognitifs en fonction de l'âge et à fournir un soutien à l'apprentissage adapté.	Envisager l'annulation d'examen moins importants, par exemple les examens permettant de décider du passage dans la classe supérieure, afin d'affecter les ressources à l'organisation d'examen essentiels (par exemple, les examens de fin du secondaire ou d'entrée à l'université) en veillant à ce que ceux-ci soient valides, fiables et équitables, et en appliquant les mesures d'éloignement physique et autres exigences sanitaires. Envisager le passage de tous les élèves dans la classe supérieure lorsque c'est possible et évaluer le niveau d'apprentissage des élèves après la fermeture des établissements scolaires afin d'orienter les efforts de rattrapage.
Évaluer les effets des mesures sur le secteur de l'enseignement privé et étudier des interventions possibles, par exemple, l'élargissement de l'offre publique, le financement public des services privés ou d'autres interventions en fonction de la situation.	Mettre en œuvre des programmes de rattrapage à grande échelle afin de limiter les effets négatifs de la fermeture des écoles sur l'apprentissage et d'éviter l'accroissement des inégalités dans ce domaine après la fermeture des écoles, en mettant l'accent sur les compétences en lecture et calcul des enfants de primaire et en veillant à l'accessibilité pour les enfants handicapés. Des modèles d'enseignement accéléré peuvent être mis en œuvre en parallèle afin d'intégrer des enfants auparavant non scolarisés ou plus âgés.	Mettre en œuvre des méthodes innovantes de soutien aux enseignants, par exemple, le perfectionnement professionnel ou l'encadrement en ligne, ou encore le tutorat afin de développer plus rapidement les capacités du personnel. Ces formations et renforcements des capacités peuvent également être intégrés aux formations initiales ou continues des enseignants
	Renforcer les services de santé mentale et de soutien psychosocial qui apportent une aide en cas de stigmatisation/discrimination et aider les enfants et leur famille à faire face aux incertitudes prolongées liées à la pandémie.	Communiquer des informations claires, concises et fiables concernant la COVID-19, diffuser régulièrement des messages relatifs à la peur et à l'anxiété et favoriser les stratégies d'auto-prise en charge non seulement pour les élèves et leur famille, mais aussi pour les enseignants et les autres membres du personnel.
Continuer de verser leur salaire aux enseignants dans un délai convenable, en accordant une attention particulière à ceux qui ont un contrat précaire afin d'éviter les départs d'enseignants et de favoriser le bien-être.	Réaliser une évaluation des risques pour les enseignants et les autres membres du personnel (en tenant compte de l'âge, des maladies chroniques et d'autres facteurs de risque), puis mettre en place un retour graduel à l'école.	Examiner et renforcer les systèmes d'orientation, notamment pour les cas graves. Veiller à ce que les prestataires connaissent les autres services de soin, y compris les services de prise en charge de la violence liée au genre/de prévention de l'exploitation et des atteintes sexuelles ainsi que les services de santé sexuelle et procréative.

	Avant la réouverture	Pendant le processus de réouverture	Lorsque les écoles ont rouvert leurs portes
		Fournir de nouveau des services indispensables de manière régulière. Il s'agit notamment des services de nutrition essentiels, des services d'EAH et de santé tels que l'alimentation scolaire, des campagnes de vaccination, de l'orientation vers des services de protection (services de santé mentale et de soutien psychosocial, lutte contre la violence liée au genre, les abus, etc.) et des services spécialisés pour les enfants handicapés.	Lorsque les services ne sont pas proposés à l'école, renforcer les systèmes d'orientation, notamment pour les services de santé sexuelle et procréative adaptés aux jeunes et entièrement accessibles.
Enseignement pour les plus marginalisés	Orientar les financements consacrés à l'éducation vers les écoles les plus touchées par la crise, par exemple en adoptant un financement calculé selon une formule qui accorde la priorité aux plus marginalisés. En matière de mécanismes, envisager des subventions globales pour les écoles et des transferts en espèces (assortis ou non de conditions) vers les élèves.	Dispenser les familles des frais de scolarité et d'autres coûts (uniformes, etc.) lorsque c'est possible, et supprimer d'autres obstacles afin d'obtenir les taux de réinscription les plus élevés possible.	Hierarchiser les financements afin de répondre aux nouveaux besoins en matière de rattrapage, notamment pour les élèves défavorisés. Une stratégie possible consiste à suspendre ou à réexaminer provisoirement les éléments liés aux performances dans le financement par élève afin d'assurer la continuité du financement et d'éviter les réductions dues à l'absence de résultats ou de respect des normes.
	Adapter les politiques et les pratiques d'ouverture des écoles afin d'élargir leur accès aux groupes marginalisés, par exemple des enfants auparavant non scolarisés, des enfants déplacés/migrants et des minorités. Diversifier les activités essentielles de communication et de sensibilisation en faisant en sorte qu'elles soient accessibles dans les langues des populations concernées, fournies dans un format accessible et adaptées à ces populations. Prendre des mesures spécifiques visant à limiter les risques lorsque les filles et d'autres groupes marginalisés sont déscolarisés, en mobilisant davantage la communauté et en améliorant les services d'orientation.	Prendre des mesures spécifiques pour favoriser le retour des filles à l'école en mobilisant davantage la communauté.	Veiller à ce que les supports/plateformes pédagogiques, les informations, les services et les installations soient accessibles aux personnes handicapées. Les informations et les communications liées à la santé publique doivent être diffusées dans plusieurs formats accessibles notamment aux personnes malentendantes et malvoyantes. Des modifications doivent être réalisées pour veiller à ce que les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène soient accessibles. Prévoir la continuité des services d'assistance en cas de nouvelle fermeture des écoles.

Tableau 2 - Tableau de synthèse du cadre pour la réouverture des écoles de l'UNESCO

DISCUSSION

Cette revue avait pour objectif d'identifier les documents relatifs aux politiques et aux pratiques en milieu scolaire lors d'épidémies antérieures ou actuelles. Un recul de 10 ans ne suffisait pas à nos investigations car l'une des principales sources de données concernait l'épidémie de grippe H1N1 de 2009. La revue porte sur les textes publiés entre 2000 et 2020, mais leur nombre varie considérablement d'une année à l'autre en fonction des épidémies.

Une recherche au sein des bases de données de santé publique, des sciences humaines et des sciences de l'éducation a été nécessaire. En complément de cette approche, une démarche auprès d'informateurs clés à l'échelon national a permis d'obtenir des recommandations

nationales et des protocoles d'établissements. Certains sites des services d'éducation des gouvernements n'ont pu être répertoriés faute de pouvoir les traduire. Dans la sélection initiale, il manquait des retours d'expériences ou des protocoles d'Amérique du Sud. Ils nous ont été transmis par un partenaire au Brésil et nous avons pu les inclure car nous disposions de la traduction du portugais au français.

Cette revue a permis d'obtenir un large éventail des recommandations au niveau mondial. Nous avons donc intégré des documents transmis par des partenaires exerçant dans des régions où nous avions peu de références, ainsi que par des quêtes complémentaires à partir de la bibliographie de documents sélectionnés (démarche « boule de neige »). Les ressources sont donc à la fois d'ordre

scientifique et pratique, afin que les acteurs puissent puiser dans cette sélection des données pertinentes pour guider la décision et l'action selon les contextes.

Nous avons constaté une convergence dans les textes quelle que soit leur origine. Initialement, l'article était rédigé en deux parties : une première issue de l'analyse des textes scientifiques et une seconde partie issue des organisations, mais il a été possible dans la version finale de proposer un texte unique. Les convergences se retrouvent sur les modes de prévention des épidémies en milieu scolaire, le rôle du personnel de santé dans les écoles, la non recommandation de la fermeture des écoles en cas d'épidémie ou de manière sélective, les mécanismes de fermeture des écoles et la vigilance sur ses conséquences, tant pédagogiques que psycho-sociales pour l'enfant et sa famille, et plus particulièrement les filles et les enfants vulnérables, sur les conditions de réouverture à anticiper, lors de la fermeture, avec les parents, les équipes pédagogiques, les institutions et sur le renforcement de la littératie en santé des enfants. Tous reconnaissent la place fondamentale de l'école, qui n'est pas seulement un espace d'apprentissage, mais également un espace de promotion de la santé des enfants et de la communauté toute entière.

Jusqu'à la pandémie de Covid-19, la réponse donnée aux épisodes épidémiques était quasi-exclusivement « sanitaire » pour beaucoup de pays, et la priorité était donnée à la santé « quoiqu'il en coûte ». Le « coût » de la fermeture quasi généralisée des écoles au niveau mondial, dont nous connaissons déjà les effets néfastes sur les enfants et l'ensemble de la com-

munauté reste particulièrement lourd et les prochaines années nous permettront sans aucun doute encore d'en mesurer toute l'ampleur. L'expérience acquise permettra sans doute de mieux peser les bénéfices et risques de chacune des situations. Tous les pays ont été impactés : non seulement les pays en guerre ou déjà fragilisés par une situation économique et sanitaire dégradée, mais tout autant les pays et territoires considérés en paix, dotés d'une économie solide, d'infrastructures et de réseaux de qualité, de ressources alimentaires, énergétiques et numériques, d'un système de protection de santé considéré comme performant.

Des recommandations mesurées, adaptables et flexibles sont nécessaires. Les préconisations, pour être appliquées ou « mises en actes » dans les écoles, doivent pouvoir s'intégrer dans les pratiques professionnelles des enseignants mais aussi des personnels de santé de l'école et du réseau via l'accompagnement et le développement professionnel (Jourdan, 2010). Une transformation réussie devra s'appuyer sur notre capacité de réinventer avec tous les acteurs, y compris les élèves eux-mêmes, de nouvelles façons de faire vivre les écoles. (The Lancet, 2020). « Les enfants et les jeunes sont des citoyens du monde, de puissants agents du changement et la prochaine génération de soignants, scientifiques et médecins » (IASC, 2020)⁷.

REMERCIEMENTS

Marco Akerman, Eroid Joseph, Nathalie O'Callaghan et Nicolas Tessier



Notes

1. Revue réalisée par Carmella Fernandes Da Rocha Puleto, Khadija Alaoui et Didier Jourdan

2. « Courts have held that the standard of care owed by School Authorities to students is that of a reasonably careful or prudent parent. Case law requires that the actions of a teacher conform to what a careful parent would do. This includes the duty to protect students from reasonably foreseeable risks of harm ».

3. « The decision to selectively dismiss a school should be made locally and should balance the risks of keeping the students in school with the social disruption that school dismissal can cause. School officials should work closely and directly with their local and state public health officials (...). As part of a community planning process, school dismissal plans should address possible secondary effects on the community. The planning process should include communicating these plans with all community members affected by school dismissal. These might include effects on critical infrastructure, parents' job security and income loss, school funding due to funding calculations based on attendance, child nutrition due to the loss of access to the school meals program, loss of access to health services, educational progress, and child safety due to possibly increased unsupervised time. (...) Parents should plan in advance for child care while schools are dismissed, as these decisions may be made very quickly. Communities should also plan to allow school staff to use school facilities while students are dismissed. Keeping school facilities open may allow teachers to develop and deliver lessons and materials (for example, by using school teleconference lines or other distance-based education delivery systems) and other staff to provide essential services (such as preparation of meals) keeping in mind basic infection control practices ».

4. « The actions the CDC experts are recommending at this point and will recommend going forward are triggered based on what's going on

in communities about what we know today not about what we know tomorrow ».

5. Nom du programme de réouverture des écoles de l'Afrique du Sud (Western Cape 2020b).

6. « When select schools have been identified for reopening, six key dimensions should be used to assess their states of readiness and inform planning: policy, financing, safe operations, learning, reaching the most marginalized and wellbeing/protection. Policy considerations and financial requirements together create the enabling environment needed to support each of the other dimensions ».

7. « Today, children and young people are global citizens, powerful agents of change and the next generation of caregivers, scientists, and doctors ».



Bibliographie

- Académie Nationale de Médecine (ANM). (2020). Mesures sanitaires pour la réouverture des écoles, collèges, lycées et crèches. Communiqué de l'Académie nationale de Médecine 23 avril 2020. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2020/04/Mesures-sanitaires-pour-la-reouverture-des-ecoles-collèges-lycées-et-crèches-2.pdf>
- Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA). (2020). Retour à l'école Propositions 2020. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://afpa.org/2020/04/25/retour-a-lecole-26-04-2020/>
- Caffo, E., Scandroglio, F., & Asta, L. (2020). Debate: COVID-19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy. Child and Adolescent Mental Health, Vol. 25. <https://doi.org/10.1111/camh.12405>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32654361/>

• Cauchemez, S., Van Kerkhove, M. D., Archer, B. N., Cetron, M., Cowling, B. J., Grove, P., ... Nicoll, A. (2014). School closures during the 2009 influenza pandemic: National and local experiences. *BMC Infectious Diseases*, 14(1), 207. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-207>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-14-207>

• Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Preparing K-12 School administrators for a Safe Return to school in Fall 2020. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/prepare-safe-return.html#schools-play-critical-role>

• CDC. (2018) CDC Guidances for school administrators to help reduce the spread of seasonal influenza in K-12 schools <https://www.cdc.gov/flu/school/guidance.htm> Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://www.cdc.gov/flu/school/guidance.htm>

• CDC (2010a) CDC Guidance for State and Local Public Health Officials and School Administrators for School (K-12) Responses to Influenza during the 2009-2010 School Year. In Centers for Disease Control and Prevention. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://www.cdc.gov/h1n1flu/schools/schoolguidance.htm>

• CDC (2010b) Technical Report for State and Local Public Health Officials and School Administrators on CDC Guidance for School (K-12) Responses to Influenza during the 2009-2010 School Year <https://www.cdc.gov/h1n1flu/schools/technicalreport.htm>

• CDC. (2009a). Guidance for Schools on the Recent Flu Outbreak. US Department of Education. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED505145.pdf>

• CDC (2009b) Preparing for the Flu (Including 2009 H1N1 Flu): A Communication Toolkit for Schools (Grades K-12) Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://www.cdc.gov/H1N1flu/schools/toolkit/> (Health, 2020)

• Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). (2020a). COVID-19 in children and the role of school settings in CO-

VID-19 transmission. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission#no-link>

• Chao, D. L., Halloran, M. E., & Longini, I. M. (2010). School Opening Dates Predict Pandemic Influenza A(H1N1) Outbreaks in the United States. The Journal of Infectious Diseases, 877(6), 877-880. <https://doi.org/10.1086/655810>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://academic.oup.com/jid/article/202/6/877/936322>

• Cooper, D. M., Guay-Woodford, L., Blazar, B. R., Bowman, S., Byington, C. L., Dome, J., ... Wright, R. J. (2020, August 1). Reopening Schools Safely: The Case for Collaboration, Constructive Disruption of Pre-Coronavirus 2019 Expectations, and Creative Solutions. Journal of Pediatrics, Vol. 223, pp. 183-185. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.022>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.022>

• Davison, R. P., Lovegrove, D. R., Smith, H. V., & Selvey, L. A. (2003). Using the national guidelines to manage a meningococcal group C outbreak in a Brisbane boarding school-some discretionary judgements are needed. Communicable diseases intelligence quarterly report, 27(4), 520. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-pubs-cdi-2003-cdi2704-htm-cdi2704p.htm>

• ECDC. (2020b). Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidelines-use-non-pharmaceutical-measures-delay-and-mitigate-impact-2019-ncov>

• ECDC. (2013). Boîte à outils de communication sur les maladies gastro-intestinales : comment soutenir la prévention des infections dans les écoles. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communication-toolkit-gastrointestinal-diseases-how-support-infection>

• ECDC. (2009). Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe: "The ECDC Menu." Consulté le

17/08/2020 à l'adresse : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/0906_TER_Public_Health_Measures_for_Influenza_Pandemics.pdf

- Education International (EI). (2020). *Forward to school – Guidance, Considerations and Resources for and from Education Unions to Inform Decision-Making in Times of Covid-19*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : https://eiwebsite.blob.core.windows.net/uploads/20200713_073831_2020_EI_ForwardToSchool_EN_Final.pdf?sv=2019-10-10&ss=b&srt=o&sp=rdx&se=2030-05-26T22:00:00Z&st=2020-05-26T14:11:47Z&spr=https,http&sig=fqIBEI9cO6/PzqL9OFD54Ufvt33KDBvH/hM9wslVA%3D

- EODY. (2020). *Guidance on measure for prevention against the spread of novel coronavirus 2019-nCoV Infection in school units and education facilities*. Consulté le 20/08/2020 à l'adresse : <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/04/odigies-prolipsis-stis-scholikes-monades-en.pdf>

- Fantini, M. P., Reno, C., Biserni, G. B., Savoia, E., & Lanari, M. (2020, December 9). *COVID-19 and the re-opening of schools: A policy maker's dilemma*. Italian Journal of Pediatrics, Vol. 46, p. 79. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00844-1>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32517815/>

- Fonds International des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), & Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge (IFCR). (2020). *Messages clés et actions pour la prévention et le contrôle de la COVID-19 dans les écoles Mars 2020*. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : https://www.unicef.org/media/65846/file/Key_Messages_and_Actions_for_COVID-19_Prevention_and_Control_in_Schools_French.pdf

- Gouvernement d'Alberta Education. (2013). *Pandemic planning Guide for Alberta school authorities*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://education.alberta.ca/media/1477307/pandemicplanningguide.pdf>

- Gouvernement du Canada. (2020). *Outil d'atténuation des risques destiné aux établisse-*

ments pour les enfants et les jeunes en activité pendant la pandémie de COVID-19. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/covid-19-outil-attenuation-risques-destine-etablissements-enfants-jeunes-activite-pendant-pandemie.html>

- Huber, S. G., & Helm, C. (2020). *COVID-19 and schooling: evaluation, assessment and accountability in times of crises-reacting quickly to explore key issues for policy, practice and research with the school barometer*. Educational Assessment, Evaluation and Accountability, 32(2), 237–270. <https://doi.org/10.1007/s11092-020-09322-y>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://eric.ed.gov/?id=ED606555>

- Inter Agency Standing Committee (IASC). (2020). *Des orientations pour la prévention et le contrôle de la COVID-19 dans les écoles Mars 2020*. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/10-03-2020-covid-19-ifrc-unicef-and-who-issue-guidance-to-protect-children-and-support-safe-school-operations>

- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants ?* (INPES). Saint-Denis (France).

- Li, C., Freedman, M., & Boyer-Chu, L. (2009). *Championing school-located influenza immunization: the school nurse's role*. The Journal of School Nursing, 25(1 suppl), 18S-28S. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.867.5159&rep=rep1&type=pdf>

- Melnick, H., Darling-Hammond with the assistance of Melanie Leung, L., Yun, C., Schachner, A., Plasencia, S., & Ondrasek, N. (2020). *Policy Brief: Reopening Schools in the Context of COVID-19: Health and Safety Guidelines From Other Countries*. Learning Policy Institute, 13. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED606555.pdf>

- Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (MENJ). (2020a). *Protocole sanitaire Guide relatif à la réouverture et au fonctionnement des collèges et lycées*. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <http://cache.media.>

<http://cache.media.>education.gouv.fr/file/Mediatheque/67/3/Protocole_sanitaire_pour_la_reouverture_des_etablissements_secondaires_-_MENJ_-_3_mai_2020_1280673.pdf

- MENJ. (2020b). *Protocole sanitaire Guide relatif à la réouverture et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires*. Consulté le 21/08/2020 à l'adresse : <https://www.education.gouv.fr/media/67182/download>

- Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports (MENJS). (2020a). *Modalités pratiques de la rentrée 2020 | Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://www.education.gouv.fr/modalites-pratiques-de-la-rentree-2020-305259>

- MENJS (2020b) *Protocole sanitaire Guide relatif au fonctionnement des écoles et établissements scolaires dans le contexte Covid-19 à compter de la rentrée scolaire 2020-2021*. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse http://cache.media.education.gouv.fr/file/Mediatheque/23/5/Protocole_sanitaire_RS-2020_2_1311235.pdf

- MENJS. (2009) *Pandémie grippale A/H1N1: santé et sécurité au travail; maintien de la continuité pédagogique*. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www.education.gouv.fr/bo/2009/32/meng0920410c.html>

- Ministère de l'Éducation Nationale Et de la Formation Professionnelle (MENEFP), & Direction Santé Scolaire (DSS). (2020). *Protocole sanitaire Guide relatif au fonctionnement des établissements scolaires dans le contexte de COVID-19*. [Document non publié en ligne].

- National Education Association. (2020). *All Hands on Deck: Initial Guidance Regarding Reopening School Buildings*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://eric.ed.gov/?id=ED606050>

- Organisation des Nations Unies (ONU). (2020). *Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond August 2020*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf

- Organisation des nations Unies pour l'éducation la science et la culture (UNESCO), & Institut International de Planification de l'Éducation (IIPE). (2020). *Planifier le retour à l'école Fiches pratiques pour faire face à la COVID-19*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://fr.unesco.org/events/retour-lecole-preparer-gerer-reouverture-ecoles-covid-19-webinaire-education-6>

- Rebmann, T., Elliott, M. B., Reddick, D., & D. Swick, Z. (2012). *US school/academic institution disaster and pandemic preparedness and seasonal influenza vaccination among school nurses*. American Journal of Infection Control, 40(7), 584–589. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.027>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(12\)00707-9/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(12)00707-9/fulltext)

- Sao Paulo Governo do Estado. (2020). *Plano de Retorno da Educação*. Consulté le 21/08/2020 à l'adresse : https://saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Apresentacao_plano-retorno-educacao.pdf

- Stein-Zamir, C., Abramson, N., Shoob, H., Libal, E., Bitan, M., Cardash, T., ... Miskin, I. (2020). *A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening*, Israel, May 2020. Eurosurveillance, 25(29), 2001352. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.29.2001352>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32720636/>

- The Lancet Child & Adolescent Health. (2020, May 1). *Pandemic school closures: risks and opportunities*. The Lancet Child and Adolescent Health, Vol. 4, p. 341. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30105-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30105-X). Consulté le 20/08/2020 à l'adresse : [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30105-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30105-X/fulltext)

- Todos Pela Educacao. (2020). *Nota técnica O retorno às aulas presenciais no contexto da pandemia da Covid-19*. Consulté le 21/08/2020 à l'adresse : https://www.todospelaeducacao.org.br/_uploads/_posts/433.pdf?1194110764

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Weeks, L. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of*



Internal Medicine, 169(7), 467–473. Consulté le 08/08/2020 à l'adresse : <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850?journalCode=aim>

- UNESCO. (2020a). *Cadre pour la réouverture des écoles*. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://www.unicef.org/fr/documents/cadre-pour-la-reouverture-des-ecoles>

- UNESCO. (2020b). *Soutenir les enseignants dans les efforts de retour à l'école: orientations à l'intention des décideurs - UNESCO Bibliothèque Numérique*. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373479_fre

- União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime). (2020). *Subsídios para a elaboração de protocolos de retorno as aulas na perspectiva das redes municipais de educação*. Consulté le 21/08/2020 à l'adresse : https://undime.org.br/uploads/documentos/php7us6wi_5ef60b2c141df.pdf

- United Kingdom Government. (2020). *Guidance for full opening schools*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://www.gov.uk/government/publications/actions-for-schools-during-the-coronavirus-outbreak/guidance-for-full-opening-schools>

- Uscher-Pines, L., Schwartz, H. L., Ahmed, F., Zheteyeva, Y., Meza, E., Baker, G., & Uzicanin, A. (2018). *School practices to promote social distancing in K-12 schools: Review of influenza pandemic policies and practices*. BMC Public Health, 18(1), 406. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5302-3>. Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29587707/>

- Vegas, E. (2020). *Reopening the world: reopening schools insight from Denmark and Finland*. Consulté le 18/08/2020 à l'adresse : <https://www.brookings.edu/blog/education-plus-development/2020/07/06/reopening-the-world-reopening-schools-insights-from-denmark-and-finland/>

- Vermont Agency of Education, & Vermont Department of Health. (2020). *A strong and healthy start Safety and Health Guidance for Reopening Schools*. Consulté le 18/08/2020

à l'adresse : <https://education.vermont.gov/sites/aoe/files/documents/edu-vdh-guidance-strong-healthy-start-school-health-updated-8-11.pdf>

- Victoria Government. (2020). *School operations Infectious diseases*. Consulté le 20/08/2020 à l'adresse : <https://www2.education.vic.gov.au/pal/infectious-diseases/policy>

- Ville de Marck. (2020). *Protocole de réouverture des écoles maternelles et élémentaires*. p. 4. Consulté le 20/08/2020 à l'adresse : http://www.ville-marck.fr/protocole_de_reouverture_des_ecoles_maternelles_et_elementaires_de_la_commune_de_marck.pdf

- Viner, R. M., Bonell, C., Drake, L., Jourdan, D., Davies, N., Baltag, V., ... Darzi, A. (2020a). *Reopening schools during the COVID-19 pandemic: governments must balance the uncertainty and risks of reopening schools against the clear harms associated with prolonged closure*. Arch Dis Child Month, 0(0). <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319963>. Consulté le 21/08/2020 à l'adresse : <https://adc.bmj.com/content/early/2020/08/02/archdischild-2020-319963>

- Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., ... Booy, R. (2020b). *School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review*. The Lancet Child and Adolescent Health, Vol. 4, pp. 397–404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X). Consulté le 17/08/2020 à l'adresse : [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30095-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30095-X/fulltext)

- Western Cape Education Department (WCED). (2020a). *Collection Guidance for schools: coronavirus (COVID-19)*. Consulté le 20 /08/2020 sur le site du gouvernement d'Afrique du Sud à l'adresse : <https://wcedonline.westerncape.gov.za/>

- WCED. (2020b). *WCED Branding Resources Back to school COVID-19 resources*. Consulté le 20 /08/2020 sur le site du gouvernement d'Afrique du Sud à l'adresse : <https://wcedonline.westerncape.gov.za/wced-branding>

“ La diversité culturelle est « une force motrice du développement » et un « atout indispensable pour atténuer la pauvreté et parvenir au développement durable ». UNESCO, 2001 ”



LES APPROCHES NATIONALES ET TERRITORIALES

Les cas de l'Algérie, du Burundi, d'Haïti,
du Sénégal et de Taiwan

L'école algérienne face à la pandémie de Covid-19¹

INTRODUCTION

Les crises sanitaires sont des situations difficiles à gérer. Elles entraînent des bouleversements dans de nombreuses sphères, le système de santé est fragilisé et l'école déstabilisée, ainsi que l'ensemble du tissu économique et social.

L'Algérie a connu par le passé des crises sanitaires, localisées, lors des tremblements de terre de Chlef en 1980 et Boumerdes en 2003. L'État a alors mis rapidement en place des programmes spécifiques pour réhabiliter l'école dans les régions sinistrées.

De par sa survenue brutale, l'épidémie de Covid-19 déclarée «urgence de santé publique de portée internationale», est une crise sanitaire majeure qui a ébranlé l'école. Comme la majeure partie des pays, l'Algérie a fermé la totalité des établissements scolaires dans le contexte du confinement, renvoyant à la maison quelques 9 110 000 élèves. Pour limiter la propagation du Covid-19 dont le premier foyer a été détecté le 1er mars (Institut National de Santé Publique-Alger, 2020), les écoliers ont été libérés le 12 mars, une semaine avant la date officielle des vacances. Les mesures de confinement de la population ont quant à elles commencé graduellement à partir du 23 mars, alors qu'une trentaine de cas était enregistrée sur le territoire national (Institut National de Santé Publique-Alger, 2020).

1. Entre continuité des enseignements et rupture scolaire

La fermeture des établissements scolaires a conduit à une rupture complète des enfants avec l'école et les enseignants. La rentrée scolaire ayant été fixée au 4 octobre, la déscolarisation aura ainsi duré près de sept mois.

Dans ce contexte exceptionnel, le passage au niveau supérieur a été organisé selon de nouvelles modalités : le calcul de la moyenne des deux premiers trimestres pour l'ensemble des niveaux scolaires (ministère de l'Éducation Nationale, 2020^a).

Les classes d'examen du BEM (Brevet d'Enseignement Moyen) et du baccalauréat ont bénéficié d'un programme spécial d'accompagnement pédagogique pour leur permettre les révisions nécessaires. Le ministère de l'Éducation nationale a mis en place une chaîne de télévision publique éducative El Maarifa, programmant les cours des différentes matières, diffusée sur le satellite Alcom-Sat¹, et émise depuis le 3 août, sur le satellite Nilesat (ministère de l'Éducation Nationale, 2020^b). Ces programmes télévisuels n'ont pas été accompagnés de rencontres virtuelles avec les enseignants pour l'ensemble des niveaux et aucune méthode d'évaluation de l'enseignement dispensé par la chaîne El Maarifa n'a été prévue, laissant toute liberté aux élèves de suivre ou non cette chaîne publique. L'enseignement à distance nécessite des moyens (ordinateurs et connexion internet) dont beaucoup

de familles et même d'enseignants sont dépourvus. Une évaluation du programme de soutien scolaire El Maarifa devrait être entreprise dès la rentrée.

Le report de l'examen du baccalauréat au mois de septembre, qui impose des révisions tout le long de l'été, a mis les candidats et leur famille dans une grande tension nerveuse, accentuée par la crise sanitaire. En Algérie, les résultats obtenus au baccalauréat sont extrêmement importants pour les candidats car ils conditionnent leur orientation dans les différentes filières de l'enseignement supérieur. Ainsi les cours de soutien extra scolaires aux élèves des classes d'examen se sont multipliés sur l'ensemble du territoire. Le plus souvent, les groupes de révision sont surchargés, les conditions propices à la contamination et les enseignants fortement sollicités.

Au final, tous les enfants ont subi une année d'étude perturbée, avec un programme scolaire inachevé, à l'issue de laquelle ils sont stressés et démotivés. Cette absence de suivi de la scolarité, qui augmente le risque de décrochage des enfants ayant rompu avec l'école, creusera assurément les inégalités d'apprentissage, et d'emblée, la reprise scolaire s'annonce difficile pour eux comme pour les enseignants.

Au plan sanitaire, les activités d'orthodontie ont été maintenues durant toute la période, dans les UDS (Unité de Dépistage et de Suivi) dotées de spécialistes au profit des enfants appareillés.

2. EXAMENS ANNULÉS OU REPORTÉS

En Algérie, trois examens sanctionnant les 3 paliers sont organisés chaque année

au mois de juin. Dans le contexte de l'épidémie de COVID 19, l'examen d'entrée au collège et le BEM (Brevet d'Enseignement Moyen) ont été annulés et remplacés par une note de passage tenant compte des résultats des deux premiers trimestres. Un examen de rattrapage pour l'entrée au lycée est prévu du lundi 7 septembre au mercredi 9 septembre 2020.

En ce qui concerne le baccalauréat, il a été reporté à la rentrée. Les épreuves sont prévues du dimanche 13 septembre au jeudi 17 septembre 2020.

L'ouverture des établissements éducatifs a été prévue exceptionnellement le 19 août pour le personnel administratif, suivie le 23 août pour le corps enseignant. Un cycle de révisions a été organisé à compter du 25 août, pour une durée de 10 jours, au profit des classes d'examen, afin de leur apporter le soutien pédagogique, médical et psychologique nécessaire et les mettre en condition après plus de six mois de rupture.

Dans cette perspective, le ministère de l'Éducation a chargé les établissements scolaires d'appliquer les mesures préventives de lutte contre la propagation de la pandémie (Journal Officiel de la république algérienne, 2020), ainsi que celles définies dans la circulaire-cadre de la rentrée scolaire 2020-2021 (ministère de l'Éducation Nationale, 2020^c), afin de garantir un accueil à risque zéro pour les candidats, dans un climat de prudence sanitaire.

Avant la rentrée des candidats, un vaste programme de nettoyage et de désinfection des structures a été entrepris avec la collaboration des collectivités locales. Les salles de révision ont été aménagées

pour des groupes de 15 élèves, et un plan de circulation permettant une distanciation physique de 1,5 mètre au minimum a été instauré.

À l'issue de cette étape, il semble que cette préparation a fait défaut dans certains établissements faute de moyens, et que l'obligation du port du masque a été peu respecté.

Les UDS ont été rouverts le 25 août, et dans chaque établissement, une réunion préparatoire, avec l'ensemble du personnel éducatif et le médecin de santé scolaire, a été organisée pour discuter le protocole sanitaire et la mise en place d'une cellule de veille.

Pour l'organisation des épreuves, des procédures particulières ont été mises en place dans les centres d'examen. Un accent particulier est mis sur le respect rigoureux des mesures barrières et l'organisation de l'espace à travers la mise en place d'un schéma de déplacement des candidats, afin de garantir leur sécurité, celle des enseignants et de l'ensemble des travailleurs. Pour les épreuves, les établissements seront dotés par les wilayas en thermomètres et moyens de protection et de désinfection. Les candidats sont appelés à se présenter munis du masque de protection.

Une simulation du déroulement des épreuves a été réalisée avec un groupe d'élèves et une vidéo sera produite et diffusée à la télévision.

Plusieurs corps sont attendus pour apporter leur soutien aux épreuves, telles que la protection civile, les associations de parents d'élèves, la société civile et les partenaires sociaux.

À première vue, l'organisation des examens dans le respect du protocole sanitaire semble peu aisée, mais l'expérience des pays voisins peut servir d'exemple pour mieux appréhender cette épreuve qui inquiète déjà candidats et parents.

3. Quelles mesures pour la rentrée scolaire ?

À l'heure du déconfinement, la vie reprend son cours et près de 10 millions d'élèves reprendront le 4 octobre le chemin de l'école (ministère de l'Éducation Nationale, 2020^d). Ils seront encadrés par 450 000 enseignants.

Après examen, le Conseil scientifique du suivi et de l'évolution de la pandémie Covid-19 a validé le protocole sanitaire présenté par le ministère de l'Éducation nationale. La rentrée scolaire 2020-2021 n'aura pas lieu comme les précédentes. Les recommandations sanitaires portent essentiellement sur le respect de règles de prévention en se conformant aux mesures barrières.

En prévision de cette rentrée, le ministère de l'Éducation nationale a appelé les acteurs concernés à réunir toutes les conditions pour une rentrée scolaire réussie et à mettre en œuvre différentes mesures organisationnelles, humaines, pédagogiques et sanitaires afin d'instaurer un environnement scolaire sain et sûr et de rassurer les élèves et leurs parents. Le lavage des mains et le port du masque de protection sont rendus obligatoires pour tous les élèves ainsi que le personnel enseignant et administratif. La distanciation physique doit être appliquée dans tous les espaces clos, avec la mise en place d'un schéma de déplacement des élèves. Il est aussi recommandé de

limiter le brassage entre élèves, à l'arrivée le matin à l'école et au départ, afin d'éviter les regroupements. Le marquage et les couloirs de circulation doivent être définis, ainsi que la séparation des portails pour l'entrée et la sortie.

Dans les salles de classe, les élèves seront répartis en groupe de 20 élèves par salle, avec des pupitres individuels pour respecter la distanciation physique. Au plan pédagogique, le ministère a opté pour que seules les matières essentielles soient dispensées dans chaque niveau. La double vacation permettra de limiter les regroupements en assurant un meilleur accueil des élèves dans le cadre de la lutte contre la propagation de la Covid-19. L'enseignement se fera durant les six jours de la semaine, en alternant les classes entre le matin et l'après-midi, ou un jour sur deux.

Les groupes utiliseront les mêmes salles de classe, qui sont appelées à être désinfectées régulièrement.

Le suivi sanitaire des élèves et des personnels sera renforcé auprès des UDS. Au préalable, l'opérationnalité de ces unités médicales doit être vérifiée en coordination avec les directions de santé, et un programme d'éducation en santé portant sur la prévention du Covid-19 et celle des pandémies sera instauré dès la rentrée (ministère de l'Éducation Nationale, 2020^d). Des affiches d'éducation sanitaire seront à diffuser largement.

Si le processus de rentrée scolaire semble s'organiser au mieux des règles de prévention du Covid-19, il reste de nombreuses inconnues à éclaircir.

La première est le nombre d'élèves par classe qui dépasse le plus souvent la trentaine et parfois même la quarantaine. Les effectifs habituels ne permettront pas de mettre en place cette double vacation, tout comme les infrastructures et l'encadrement. Les nouveaux besoins en enseignants seront à couvrir, au risque de l'apparition de situations d'épuisement suite à la surcharge horaire. Un consensus relatif à cette nouvelle organisation est à trouver entre le secteur de l'éducation et l'ensemble des partenaires.

Pour combler les besoins, le ministère fera appel aux listes des réserves d'enseignants et peut-être même au recrutement sur contrat temporaire de personnel.

Il est aussi important d'anticiper sur la question du port obligatoire de masque, notamment en ce qui concerne sa disponibilité. Si le ministère de l'Éducation nationale a bénéficié de donations de partenaires nationaux et étrangers, notamment de 400 000 bavettes, 30 000 flacons de lotion hydroalcoolique et de 10 000 distributeurs automatiques de lotion désinfectante, ces moyens restent insuffisants pour couvrir la demande.

Les besoins en masques pour tous les élèves sont estimés à près de 10 millions par jour. Il en est de même pour la disponibilité de la solution hydroalcoolique que les établissements doivent fournir aux élèves, ainsi que les produits de désinfection des structures, de l'eau courante et du savon dans les sanitaires.

À l'heure actuelle, les établissements scolaires ne disposent pas de moyens financiers pour appliquer correctement le pro-



tole sanitaire, pas plus que les écoles primaires à la charge des collectivités locales. Les budgets des écoles ont été diminués de 60% ces dernières années et les approvisionnements réguliers seront impossibles, comme la disponibilité du personnel d'entretien.

Le ministère de l'Éducation ainsi que l'ensemble des collectivités locales doivent participer à la dotation et l'aide des établissements scolaires dans cette étape cruciale. Une aide financière, matérielle et même en ressources humaines est primordiale.

La mobilisation des familles, déjà éprouvées par l'épidémie et les mesures de confinement, reste incontournable, ainsi que la mise à profit de la solidarité pour faire respecter ces mesures essentielles de prévention.

CONCLUSION

Cette rentrée scolaire constitue un test des capacités de l'école algérienne face à la crise sanitaire, et à quelques jours des épreuves d'examens, il subsiste encore des questionnements. D'un autre côté, la pandémie de la Covid-19 est un nouveau révélateur des inégalités sociales de santé et de la fragilité des organisations, ainsi qu'en matière de prévention.

Cette crise Covid-19 nous donne ainsi l'opportunité de repenser les moyens d'agir sur la santé individuelle et collective, au profit de l'éducation à la santé de demain (Verhey JC, 2020).

REMERCIEMENTS

Malika Hamedi, médecin d'hygiène scolaire. UDS Pasteur, Oran.



Notes

1. Chapitre rédigé par Leila Houti et Sounnia Mediene Benchekeur du laboratoire LABSIS. Université Oran 1. Algérie



Références

- Institut National de Santé Publique-Alger. (2020, 17 août). Pandémie de Covid-19, Algérie. Situation épidémiologique du 18 avril 2020. Bulletin n°1. [http://insp.dz/images/evenements/Coronavirus/Bulletin%20epidemiologique%20N98%20du%2016%20aout%20\(1\).pdf](http://insp.dz/images/evenements/Coronavirus/Bulletin%20epidemiologique%20N98%20du%2016%20aout%20(1).pdf)
- Journal Officiel de la république algérienne n°15. (2020). Décret exécutif 20-69 du 21 mars 2020 relatif aux mesures préventives de lutte contre la propagation de la pandémie du nouveau coronavirus (covid-19).
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2020a). Circulaire n° 513 du 31 mai 2020 relative aux modalités et moyennes de passage scolaire concernant les élèves des trois niveaux scolaires.
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2020b). Élargissement de la diffusion de la chaîne publique éducative (El-Maarifa) via le satellite Nilesat. <http://www.education.gov.dz/fr/elargissement-de-la-diffusion-de-la-chaîne-publique-educative-el-maarifa-via-le-satellite-nilesat/>
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2020c). Circulairecadrepourlarentreescolaire2020/2021. <http://www.education.gov.dz/fr/la-circulaire-cadre-pour-la-rentree-scolaire-20202021/>
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2020^d). Circulaire n°900 du 15 août 2020 relative au protocole sanitaire préventif en vue de l'ouverture des établissements scolaires.
- Verhey JC. (2020, 18 août). En quoi la pandémie interroge-t-elle les liens entre éducation, santé et sociétés? Recherches & éducations. <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/9803/>

École et crises sanitaires au Burundi

Protéger, prévenir, éduquer.²

INTRODUCTION

Le Burundi est un pays d'Afrique de l'Est, frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo. Il a une superficie de 27.834 km² et une population estimée à 11 759 805 habitants, soit une densité de 422,50 habitants/km². Il a une croissance démographique de 2,40% (2018), un rapport homme-femme de 99/100, un taux de mortalité infantile de 57,4‰, un taux de mortalité de 8,6‰ et un taux de natalité de 40,9‰. En effet, l'espérance de vie est estimée à 61,20 ans^(1, 2). Selon la structure de l'âge, la répartition de la population burundaise est la suivante : 0-14 ans : 45,52 %; 15-64 ans : 51,8 %; 65 ans et plus : 2,69 %⁽¹⁾. Son climat est de type tropical avec quatre saisons : une petite saison de pluie (d'octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), une grande saison des pluies (de mars à mai) et une grande saison sèche (de juin à septembre). Sur le plan économique, le PIB/habitant est 275\$ américains et une croissance de 1,6%/an (2018).

En matière de santé, la structure démographique et le PIB par habitant reflètent à minima l'état de santé d'une population. La mortalité néonatale est de 36 décès pour 1000 naissances vivantes et représentée, à elle seule, 43% de tous les décès

des enfants de moins de cinq ans⁽³⁾. La malnutrition carencielle est endémique et touche tout particulièrement les enfants de moins de cinq ans, dont 58% souffrent de malnutrition chronique⁽⁴⁾. Cette situation est principalement liée, en amont, au poids important des déterminants de la santé (pauvreté des ménages, démographie galopante, nutrition, environnement, genre, inégalités sociales,...) et, en aval, à la fragilité du système de santé, à la charge élevée des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, de la vulnérabilité des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des personnes âgées. L'impact est considérable sur la scolarité et sur la santé de l'élève. Cela est aussi visible pour les maladies transmissibles que pour les maladies non transmissibles.

MALADIES TRANSMISSIBLES

Covid 19

Selon les publications officielles, au mois d'août, le Burundi aurait déjà diagnostiqué 430 cas dont un décès depuis la déclaration du 1er cas en mars 2020. On est donc en mesure de dire que la pandémie de Covid 19 n'a pas trop sévi par rapport à ce qui est observé dans les autres pays. L'anticipation sur les mesures de prévention de la transmission de la Covid 19 (fermeture des frontières, interdiction de se serrer la main, lavage

régulier des mains avec du savon ou du désinfectant...) auraient fortement contribué à freiner la propagation de la maladie dans la population. Compte tenu de ce qui est connu sur les formes cliniques de la Covid 19, la structure d'âge de la population Burundaise aurait contribué à limiter les formes graves et les décès liés au COVID à ce jour. Cependant, la population doit rester mobilisée car rien n'est gagné, surtout avec la rentrée scolaire qui s'accompagne de l'augmentation des contacts physiques entre les élèves et entre les parents et les élèves.

Paludisme

Le paludisme est une maladie qui sévit sur un mode endémo-épidémique au Burundi. Selon les données du Système National d'Information Sanitaire, le paludisme constitue la principale cause de morbidité et de mortalité enregistrées dans la population en général. Il est responsable de 50 % des motifs de consultation dans les hôpitaux et centres de santé du pays et de 48 % des cas de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Le taux de morbidité proportionnelle est passé de 36,23% en 2005 à 39,5% en 2013 avec un taux de mortalité proportionnelle dans les établissements sanitaires de 39,55% en 2005 à 30,40% en 2013⁽⁵⁾. Selon le Programme National intégré de lutte contre le Paludisme, sa prévalence chez les enfants de moins de cinq ans est estimée à 17,3% (MIS 2012) ; le taux de décès lié au paludisme oscille autour de 64 décès/1000 habitants (OMS 2012) et le taux d'incidence est de 46,5/1000 habitants (DSNIS - 2013)^(6,7). Pour lutter contre cette épidémie récurrente, l'État du Burundi a mis en place une politique d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à usage domestique par une distribution

gratuite d'au moins 3 pièces par ménage et dans les écoles à régime d'internat. Il mène régulièrement des campagnes de sensibilisation sur la prévention du paludisme dans la communauté. Les protocoles de prise en charge sont connus. L'accessibilité au diagnostic et au traitement a été améliorée. La gratuité des soins chez les femmes enceintes et chez les enfants de moins de 5 ans a contribué à l'amélioration de la santé de ces catégories de la population.

VIH/SIDA

L'infection par le VIH/sida est la quatrième cause de mortalité chez l'adulte. Le VIH/sida représente 1% des causes de mortalité au sein de la population des moins de 5 ans. Sur le plan épidémiologique, les taux de séroprévalence tendent à la baisse entre 2005 et 2013. En 2013, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) était estimé à 83.000 (76.000 – 91.000) dont 18.000 (16.000 – 21.000) enfants âgés de 0 à 14 ans⁽⁸⁾. Le nombre estimé de décès dus au sida pour l'année 2013 était de 4.700 (3.900 – 5.600) alors que le nombre d'enfants âgés de 0 à 17 ans rendus orphelins du fait du VIH/sida était d'environ 73.000 (60.000 – 85.000)⁽⁸⁾. La file active de PVVIH sous antirétroviraux (ARV) est passée de 20.909 patients en 2010 à 30.612 en 2013. On note une forte vulnérabilité de la femme (un taux de prévalence de 1,7% chez les femmes de 15 à 49 ans vs 1,0% chez les hommes de la même tranche d'âge)⁽⁸⁾ et une ruralisation progressive de l'épidémie : le taux de séroprévalence est 4 fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (4,1 % contre 1,0 %). Le taux de dépistage reste encore très bas (33% chez l'homme vs 41% chez la femme).

Bien que la couverture des enfants en ARV soit faible, le pays s'est résolument engagé dans l'initiative d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Pour atteindre l'Objectif mondial « Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida » et pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, le Burundi attache désormais une attention particulière à la prise en charge de toutes les catégories des populations-clés (principale source des nouvelles infections). Toutefois, les activités de prise en charge des PVVIH par les ARV et celles de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH restent insuffisamment intégrées dans les districts de santé⁽⁸⁾.

Tuberculose

La tuberculose (TB) sévit sous un mode endémique ; la co-infection TB/VIH (26% chez les patients tuberculeux atteints de VIH en 2013), la TB multi-résistante et la TB chez l'enfant en constituent les nouveaux défis. La TB touche essentiellement la tranche d'âge de la population productive des 15-44 ans. Au cours de l'année 2013, 83 nouveaux cas pour 100.000 habitants pour la TB toutes formes confondues (TTF), dont 50 nouveaux cas pour 100.000 habitants pour la forme contagieuse de la maladie (TPM+) ont été enregistrés⁽⁹⁾. Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas dépistés TTF a augmenté au cours de la dernière décennie, passant respectivement de 6009 (2005) à 7547 (2013) dont 3262 TPM+ (2005 soit 54 %) vs 4509 TPM+ (2013 soit 60 %). Parallèlement, le taux de guérison a connu une amélioration significative passant de 52,1% (2005) à 92,3% (2012). Le taux d'abandon a suivi les mêmes tendances, passant de 17% (2005) à 2% (2012). Le Burundi s'est engagé dans l'élimination de la TB à l'horizon 2030 (Stop TB Partnership).

Infections respiratoires aiguës (IRA)

Les infections respiratoires aiguës (IRA) représentent la deuxième cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et regroupent un ensemble hétéroclite de pathologies virales, bactériennes et parasitaires. L'infection la plus fréquente est la pneumonie qui a causé 48,6% de morbidité chez l'ensemble des enfants de moins de 5 ans en 2012 selon l'enquête PMS 2012⁽¹⁰⁾. Pour faire face à cette situation, le pays a introduit, en 2011, le vaccin anti-pneumocoque dans le calendrier vaccinal pour les enfants de moins de 12 mois. La qualité de la prise en charge des IRA (y compris les pneumonies) par le système de santé reste insuffisante : parmi les 55% des cas d'enfants soignés pour des symptômes d'IRA, seuls 32% ont reçu un traitement approprié à base d'antibiotiques⁽¹⁰⁾.

Maladies diarrhéiques

Les maladies diarrhéiques constituent la troisième (13%) cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. La prévalence est l'une des plus élevées de la sous-région et est liée aux faibles conditions d'hygiène et d'assainissement dans la plupart des ménages. Par ailleurs, les maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans sont également liées aux différentes formes de malnutrition chez l'enfant, notamment la malnutrition chronique qui affecte 58% des enfants de moins de cinq ans⁽⁴⁾. Il faut noter que si les conditions d'hygiène sont précaires chez l'enfant de moins de 5 ans, elles ne sont pas pour autant bonnes chez les grands enfants et chez les parents.

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

L'Enquête Démographique et de Santé 2017⁽⁴⁾ montre que la couverture vaccinale dépasse 85% pour tous les antigènes (Penta3 à 95%, Polio3 à 87,4% et VAR à 94,3%). L'enquête de couverture vaccinale (ECV) menée en 2012 indique des couvertures de 98% pour le Penta3 et Polio3 et de 97% pour le VAR.

Selon la même enquête, 83% des enfants sont complètement vaccinés. Un bon accès géographique au système de santé et aux vaccins (80% de la population ont accès à une structure de santé dans un rayon de moins de 5 Km), la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ainsi que peu d'obstacles culturels à l'immunisation ont contribué à cette bonne couverture vaccinale. Le pays a ainsi officiellement éliminé le tétanos maternel et néonatal en 2009.

Ces bonnes performances ont permis au pays d'être éligible à l'introduction de nouveaux vaccins tels le VAR2 (2013), le PCV13 contre le Pneumocoque (2011) et le ROTARIX contre les diarrhées à Rotavirus (2013). D'autres vaccins sont en cours d'introduction en vaccination de routine à savoir : le vaccin polio inactivé (VPI) en novembre 2015, le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) à partir de 2016, le vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole (RR) en 2017 notamment.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Comme dans les autres pays à faible et à moyen revenu, les maladies non transmissibles sont en progression sans que des mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques soient prises

de manière conséquente. Ces maladies regroupent essentiellement les pathologies telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et les problèmes de santé mentale. La population burundaise est également exposée de façon chronique aux facteurs de risque tels que le tabac et autres drogues fumées, l'abus d'alcool, l'inactivité physique, les régimes déséquilibrés et excessifs en sucre. A cela s'ajoutent les accidents de la voie publique et les accidents domestiques, les séquelles des maladies transmissibles telles que la tuberculose pulmonaire ou osseuse.

Les maladies cardiovasculaires pédiatriques sont dominées par les cardiopathies congénitales malformatives et les valvulopathies rhumatismales. Les cancers pédiatriques sont quant à eux dominés par les cancers hématologiques et les cancers osseux.

L'accessibilité au diagnostic, au laboratoire et aux médicaments essentiels reste problématique particulièrement chez la population rurale. Les meilleures compétences médicales et chirurgicales, les laboratoires de diagnostic les plus performants et par conséquent les pharmacies les mieux fournies, sont concentrés dans la seule ville de Bujumbura. En effet, l'approvisionnement en médicaments d'usage courant comme l'insuline chez les enfants diabétiques est un défi colossal. En dépendent directement le suivi médical et le dépistage précoce des complications du diabète pédiatrique. Cela n'est qu'un exemple. De façon générale, la pandémie de Covid 19 a dégradé l'accessibilité au diagnostic et aux médicaments essentiels.

MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES (MTN)

Parmi les MTN, les maladies parasitaires tropicales sont dominantes. Celles rencontrées chez les patients burundais sont l'onchocercose, les géohelminthiases (présentes dans toutes les provinces du pays), la schistosomiase (endémique dans 9 provinces), le trachome (prévalant dans 5 districts sanitaires), la filariose lymphatique, la trypanosomiase africaine, et les leishmanioses. En dehors de ces maladies parasitaires, il existe encore et paradoxalement des cas de lèpre (343 nouveaux cas notifiés en 2012 dont 303 multi bacillaires - 13,7% des malades lépreux présentent une invalidité de 2^{ème} degré).

CONCLUSION

La santé de l'enfant burundais scolarisé est loin d'être parfaite, tant au niveau de la prévention des facteurs de risque que de la maîtrise des maladies transmissibles ou non transmissibles, endémiques ou sporadiques. Ce constat est directement en lien avec l'état de santé de la population en générale, qui reste problématique. Une attention particulière doit s'adresser à la prévention des facteurs de risque, à l'accessibilité à la technologie et aux médicaments essentiels de la population burundaise.



Notes

2. Texte rédigé par François Ndikumwenayo, Professeur Associé, Faculté de Médecine, Université du Burundi



Références

- (1). Recensement général de la population du Burundi, 2008
- (2). Statistiques démographiques et économiques du Burundi : <https://www.population-data.net/pays/burundi/>
- (3). Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child. Burundi, The Report 2014.
- (4). EDS-Burundi 2017. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR247/SR247.pdf>
- (5). MSPLS : Annuaire statistique du Burundi 2013
- (6). Burundi, Note conceptuelle "Composante Paludisme" soumise au Fonds mondial en 2014
- (7). Stratégie de coopération OMS-Burundi 2014-2015
- (8). Estimations VIH (Spectrum) (2013), ONUSIDA : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burundi>
- (9). Rapport GARPR 2014
- (10). Enquête PMS 2012. www.fbpsanteburundi.bi/cside/docs/enquete_PMS
- (11). Countdown to 2015. Maternal, Newborn and Child survival. The report 2014. Burundi
- (12). MSPLS-Burundi (& BM/CTB/OMS/GIZ) : Rapport synthèse de l'Étude sur le financement de la santé au Burundi. 2014.



Le Covid-19 en Haïti

Quand économie, santé et éducation deviennent antinomiques.³

LES LEÇONS D'UNE CRISE

L'une des grandes leçons de cette crise socio-sanitaire mondiale, c'est qu'il n'existe point de certitude absolue et définitive dans aucun domaine de la vie, ce qui doit induire à la prudence et à l'humilité. Les théories et paradigmes évoluent constamment, au fur et à mesure de l'apparition de faits nouveaux et d'interprétations nouvelles, ces dernières pouvant s'avérer erronées plus tard.

La deuxième grande leçon de cette pandémie, c'est que rien n'est isolé. Tout est inter-relié, malgré l'illusion de la séparation, de la spécialisation. Les différents secteurs de la vie s'influencent les uns les autres, voire s'interpénètrent. La santé et le bien-être exigent une prise en compte, une harmonisation, des différentes dimensions de l'existence humaine : le physique, le psychologique, le social et le spirituel. Tâche d'autant plus ardue qu'elles apparaissent aujourd'hui antinomiques. Comment, en effet, concilier le besoin d'affection, de relation humaine avec cette froide exigence de distanciation physique, voire sociale, au sein même de la famille ? Comment encourager le port continu du masque, cet outil médiéval, inconfortable, certes efficace, mais anti-physiologique ? Faut-il utiliser

la force ou la persuasion, ou les deux à la fois, pour contraindre au respect des mesures préventives ? Dans la dernière option, à quel dosage ? Quel est l'impact psychologique du confinement domiciliaire vingt-deux heures sur vingt-quatre, sans relation ni distraction sociale ? Comment respecter le principe sacro-saint de la quarantaine tout en rouvrant l'aéroport international, ce qui favorise inévitablement l'entrée de cas importés, avec peut-être l'introduction de souches plus virulentes dans un pays qui, jusque-là, paraît épargné (moins de 100 décès à date) ? Par ailleurs, peut-on choisir l'autarcie suicidaire dans un pays totalement dépendant de l'extérieur et non productif ? Entre mourir de Covid-19 et périr de famine ou d'autres maladies ou carences, quelle option ? Perdre une année scolaire ou universitaire déjà largement amputée ou risquer une « nouvelle vague » ? Si au moins, nous étions sûrs d'avoir déjà atteint le pic de l'épidémie... Concrètement, comment prendre en compte simultanément l'économie, l'éducatif et le sanitaire, face à tant d'incertitudes ? Autant de dilemmes. Et pourtant, il faut décider, prendre le risque, se jeter à l'eau, tout en sachant que rien ne vaut la vie, la santé, le bien-être. Ne pas choisir, c'est encore choisir. C'est choisir le non-choix qui est le pire des choix.

UNE RÉOUVERTURE PROGRESSIVE

Le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle a fixé la réouverture des classes et de l'Université au 10 août. La reprise sera progressive. Pour les écoles, elle concernera, dans un premier temps, les classes des examens d'État, à savoir la 9^{ème} année fondamentale et le Secondaire 4 (Philosophie). Les autres niveaux, à l'exception du préscolaire, devraient recommencer le 17 août. Le 9 octobre marquera la fin des cours en vue de boucler l'année académique 2019-2020 grandement perturbée par les turbulences sociopolitiques, puis sanitaires. La période officielle de contrôle pour la 9^{ème} année fondamentale et la philosophie (examens d'État) s'étendra du 12 au 22 octobre. Pour les autres classes, une évaluation interne allégée permettrait de passer au niveau supérieur. Quant à la nouvelle année scolaire 2020-2021, elle débiterait officiellement le 9 novembre. Il s'agit, dans un pays extrêmement pauvre où les parents consentent des sacrifices énormes pour l'éducation de leur progéniture, de ne pas perdre l'année scolaire 2019-2020, donc de la valider. Certains experts et éducateurs de carrière préconisent, par contre, le passage automatique pour les classes autres que celles d'examen, quitte à compléter le cursus durant le prochain exercice.

UN PROTOCOLE SANITAIRE POUR CONCILIER L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ

En vue de minimiser au maximum, durant la reprise, les risques liés au coronavirus, le Ministère de l'Éducation Nationale a conçu et vulgarisé un protocole sanitaire adapté à la réalité de l'école haïtienne et qui peut s'appliquer également à l'Université, moyennant des ajustements mi-

neurs. Il tient compte à la fois des recommandations de la « Cellule scientifique de gestion de la crise du coronavirus » et des réflexions des deux groupes de travail multisectoriels (publics/privés) mis en place par le MENFP. Il prévoit :

1. des conditions minimales à respecter par un établissement scolaire pour la réouverture, notamment la disponibilité de plusieurs points de lavage des mains, même rudimentaires, avec de l'eau et du savon.
2. un mode opératoire particulier de l'école durant toute la période de fonctionnement : effectif très réduit avec cours en rotation même en week-end, distanciation physique, lavage périodique des mains, port du masque ou de la visière, récréation séquentielle par classe ou par niveau, couloir de prise en charge médicale et psychologique des cas suspects ou confirmés de Covid 19.
3. un respect du protocole en question grâce à une évaluation régulière réalisée par un inspectorat scolaire renforcé, grâce à la participation des élèves, des enseignants et des parents à travers les « clubs de santé » de l'école, mais aussi, par l'encouragement de l'implication des collectivités locales.

EN GUISE DE CONCLUSION

La pandémie de Covid 19, malgré son cortège de souffrances physiques et psychologiques, constitue une opportunité, voire une obligation de repenser à la fois nos systèmes économiques, sanitaire et éducatif. Il ne s'agit point de réformes superficielles ou de retouches cosmétiques, mais d'une révolution en profondeur visant à changer l'individu en vue de

transformer la société, et non l'inverse qui est une utopie. « L'État est un concept, et l'individu, bien qu'il vive dans le cadre de cet État, n'est pas un concept », nous dit Krishnamurti. Ceci implique une nouvelle conception de la santé, de l'éducation, de la vie, de nos rapports avec nos semblables, les biens matériels, le pouvoir, la planète, le cosmos... Il appartient à l'éducation de changer la manière de voir.



Notes

3. Texte rédigé par le Dr Enold Joseph, directeur de la Santé Scolaire au Ministère de l'Éducation Nationale. Haïti

L'Afrique de l'Ouest face à la pandémie de Covid-19

Quelle stratégie pour la continuité de l'enseignement ?⁴

INTRODUCTION

Depuis le 31 décembre 2019, le monde est confronté à une nouvelle épidémie de maladie à coronavirus. C'est une maladie qui connaît une transmission fulgurante à travers les pays et les continents. Malgré des systèmes de surveillance sanitaire performants, les pays du nord qui sont les premiers touchés, ont encore du mal à circonscrire cette pandémie. L'Afrique n'est pas restée à l'abri de ce fléau, du fait de la globalisation, avec la circulation de plus en plus aisée des personnes et des biens, de la porosité des frontières et de la faiblesse relative de nos systèmes de surveillance et de prise en charge.

Depuis lors, malgré les efforts consentis en matière de prévention, la maladie a beaucoup évolué, avec une augmentation rapide des cas (cas contacts et cas issus de la transmission communautaire), mais également des décès dus à la maladie. Dans tous les pays, plusieurs dispositions ont été prises pour faire face à cette pandémie et les expériences en Afrique et en particulier au Sénégal sont intéressantes, d'autant plus que tous les spécialistes prédisaient une catastrophe dans ces pays.

LA POLITIQUE DE SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST FACE À LA PANDÉMIE

La population de l'Afrique de l'Ouest est majoritairement jeune. Plus de 64 % de la population a moins de 24 ans. Ces jeunes restent confrontés à des défis majeurs en matière de santé, d'éducation, d'emploi et de participation aux processus de prise de décision. De plus, les jeunes des zones rurales bénéficient de moins d'opportunités que ceux des zones urbaines et accusent un retard dans la plupart des progrès réalisés.

En Afrique de l'Ouest, les systèmes de santé sont aussi disparates que l'état sanitaire des populations. Parmi les difficultés, on citera le poids de l'héritage colonial, les séquelles des politiques d'ajustement des années 80, l'absence de mécanismes de sécurité sociale, les volontés programmatiques, la typologie des soins, l'empreinte des institutions internationales et la dépendance aux disponibilités budgétaires.

Dix ans après les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), force est de constater qu'ils ne sont pas atteints en 2015 dans les pays subsahariens. Parmi les causes de cet échec, on peut citer :



1) des investissements insuffisants dans la santé, 2) des stratégies de santé trop diluées, 3) un manque de leadership des ministères de la santé en Afrique, 4) une coopération publique qui s'affaiblit.

Face à ce tableau, beaucoup craignaient l'arrivée de la pandémie en Afrique et se demandaient quel serait le niveau de résilience du système de santé face à ce virus ?

L'OMS s'est inquiétée, au début de la pandémie, d'une très grande propagation du virus dans les pays africains du fait de leurs relations économiques étroites avec la Chine et de la faiblesse des systèmes de santé.

Aujourd'hui l'Afrique est nettement moins frappée par le Covid-19 que les autres continents. Les bons points délivrés par les uns qui célèbrent déjà la défaite du virus s'opposent aux conceptions catastrophistes des autres qui prédisaient le pire.

Il faut cependant noter que les chiffres disponibles ne reflètent pas toujours la situation réelle : les tests sont peu nombreux, essentiellement effectués dans les grandes villes, et leur fiabilité n'est pas totale. Beaucoup de cas et de décès dus au Covid-19 ne sont pas repérés.

Certes les réactions officielles face à l'avancée du Covid-19 ont été plus rapides, et apparemment rigoureuses. Partout les autorités ont fermé les frontières et les aéroports, déclaré l'état d'urgence et le couvre-feu, imposé des formes variées (selon les pays) de confinement, d'isolement, de quarantaine, d'interdiction de rassemblements, de port du masque. La prise de température est fréquente.

L'Afrique n'est pas à sa première épidémie, et elle en a connu de bien plus meurtrières. On songe bien sûr à Ebola. Le personnel soignant mais aussi les populations ont donc une certaine habitude des situations de crise sanitaire : des leçons ont été tirées et de bonnes pratiques mises en place.

Ensuite, la jeunesse de la population irait de pair avec des formes asymptomatiques de la maladie. Les médecins confirment que la majorité des cas sévères de Covid-19 concerne des personnes de plus de 60 ans, ce qui serait une chance pour le continent, où l'âge médian est de 19,4 ans et où 60 % de la population a moins de 25 ans. On souligne aussi que l'un des pays les plus durement frappés, l'Italie, compte 23,1 % de 65 ans et plus, contre 5 % en Afrique. À l'exception de quelques pays comme l'Afrique du Sud, l'Égypte, le Maroc ou l'Algérie, et de certaines grosses mégapoles, la densité de population est en moyenne plus faible en Afrique que dans les parties du monde où le coronavirus a fait le plus de ravages, en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord. On compte en moyenne 42,5 habitants au km² en Afrique, contre 207 en Italie et... plus de 10 000 dans l'État de New York.

Les pratiques et croyances populaires ne sont pas toujours des freins à l'épidémie. Les plantes médicinales locales utilisées par les populations n'ont jamais été testées scientifiquement. L'Artemisia, venant de Madagascar, a suscité beaucoup d'espoir sur le continent.

LA RÉPONSE DE L'ÉCOLE SÉNÉGALE FACE AU CORONAVIRUS

Dans le cadre des dispositions et mesures prises pour endiguer la propagation de

cette pandémie, les rassemblements ont été interdits dans beaucoup de pays. C'est ainsi qu'au Sénégal, les structures d'éducation et de formation (écoles, établissements, centres de formation, daaras et universités) ont été fermées. Face à cette situation, le Ministère de l'Éducation nationale, dans sa stratégie de résilience, a mis en œuvre l'initiative « Apprendre à la maison » pour assurer la continuité pédagogique avec des cours à distance par la télévision (Canal Éducation), les plateformes numériques et les radios communautaires, en plus des supports papiers : cours photocopiés, fascicules, cahiers d'exercices, etc.

L'enseignement à distance pose également un problème d'équité car en Afrique subsaharienne, 89% des apprenants n'ont pas accès à un ordinateur familial et 82% n'ont pas d'internet.

Ainsi, après trois mois de gestion de la pandémie et suite à l'allègement de certaines mesures restrictives pour « apprendre à vivre avec le virus », il a été décidé, dans le domaine scolaire, une reprise progressive et maîtrisée des cours pour les classes d'examen, mais dans le respect strict des mesures barrières.

Tenant compte des recommandations des autorités médicales et sur la base du cadre portant Procédures opérationnelles normalisées (PON), les Ministères en charge de l'Éducation et de la Formation ont élaboré le Protocole de Sécurité sanitaire.

Ce protocole qui sert de document de référence pour assurer le maximum de sécurité dans l'espace scolaire, requiert un respect strict de la part de tous les

acteurs : personnel administratif, enseignants, élèves et parents d'élèves.

Des outils simples et efficaces ont été élaborés pour installer dans la durée les bonnes habitudes et les pratiques favorables à la prévention de la pandémie et de certaines autres maladies. Ce protocole a également servi de base de travail aux acteurs de l'éducation, pour prendre les dispositions qui permettent d'assurer une reprise sécurisée des cours.

En outre, le ministère de l'Éducation Nationale a aussi élaboré un document d'orientation de la reprise des cours qui décline les axes majeurs de la planification de la réouverture des écoles et établissements. Le Ministre a également adressé une lettre circulaire pour mettre en place des leçons de vie sur le coronavirus dans toutes les écoles, établissements scolaires et daara ainsi que des mesures d'hygiène individuelle et collective dans les structures scolaires et daara, en collaboration avec le secteur de la santé et les collectivités territoriales. Un comité de veille, de coordination et de gestion de l'épidémie de coronavirus a été mis en place au sein du ministère.

Enfin, pour répondre à une demande fortement exprimée par tous les acteurs et partenaires du système d'éducation et de formation, le ministère de l'Éducation Nationale a mis en place par circulaire N°00001491 MEN/SG/CNOSP/MD/ft du 4 juin 2020 des Comités Académiques de Veilles et d'Accompagnement Psychosocial (CAVAP), qui ont pour rôle l'accompagnement psychosocial et la gestion du stress.

Ainsi la réussite de la réouverture des écoles s'est appuyée sur des stratégies claires et bien définies :

- ➔ Élaboration d'un plan de communication inclusif ;
- ➔ Mise en place d'un protocole sanitaire décrivant toutes les mesures à mettre en place dans les écoles ;
- ➔ Une grande implication des parents d'élèves, des syndicats, des communautés territoriales de la société civile et des partenaires au développement ;
- ➔ La formation du personnel enseignant à la mise en œuvre du protocole sanitaire ;
- ➔ Renforcement du système de santé scolaire et du suivi psychosocial pour éviter la stigmatisation et la discrimination (circulaire N°00001491 MEN/SC/CNOSP/MD/ft du 4 juin 2020).

CONCLUSION

La pandémie de COVID 19 a entraîné le dysfonctionnement et la perturbation des services de santé. Elle a aussi entraîné la fermeture de milliers d'écoles dans le monde. Une épidémie est un processus dynamique, les défis à relever évoluant en permanence. Dans la gestion de la crise du Covid-19, il s'agit alors de « trouver un délicat équilibre entre la protection de la santé, la prévention des risques économiques et sociaux et le respect des droits de l'homme » (OMS, 12 Mars). L'école est un cadre normé et organisé et est parmi l'un des principaux moyens d'atteindre efficacement les enfants et les jeunes pour la promotion et l'éduca-

tion en matière de santé. Le fait de scolariser les enfants et de les encourager à rester le plus longtemps possible à l'école contribue à préserver leur état de santé et participe à installer chez eux des comportements et pratiques responsables et favorables.

L'Afrique a une population jeune, son avenir réside dans sa jeunesse, mais à condition que le Covid-19, en plus d'être un problème de santé publique, ne participe pas à déscolariser ses enfants.



Notes

4. Texte rédigé par le Dr. Aliou Dia,
Médecin Chef à la direction du contrôle
médical scolaire au ministère de
l'Éducation Nationale au Sénégal



Références

- BEKKER L G; MIZRAHI V (2020) « Covid 19 research in Africa », Science 29 mai 2020 : Vol. 368, Numéro 6494, pp. 919 DOI : 10.1126/science.abc9528.
- GOBBERS D ; PICHARD (2000) « Système de santé en Afrique subsaharienne. Revenir aux fondamentaux ». Adsp n° 30 MARS 2000/ 35.
- JASMINA PANOVSKA-GRIFFITHS; CLIFF C KERR et al (2020) « Determining the optimal strategy for reopening schools, the impact of test and trace interventions, and the risk of occurrence of a second COVID-19 epidemic wave in the UK: a modelling study ». Lancet Child Adolesc Health 2020.
- JING Q-L; LIU M-J; YUAN J et al (2020) « Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants ». medRxiv 2020.

- LIVINCE B ; REY J L (2012) « Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : L Le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso ». Medecine et santé tropicales 2012; 22:341-342.
- MBOW M; LELL et al (2020) « Covid 19 IN Africa: Dampening the storm ». Science 07 août 2020: Vol. 369, numéro 6504, pp.624-626 DOI: 10.1126/science. abd3902.
- POLLAN M et al (2020) « Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study ». Lancet 2020; 396 :535-44.
- ROGERIO M PINTO; SUNGGEUN PARK (2020) « COVID 19 Pandemic Disrupts HIV Continuum of Care and Prevention: Implications for Research and Practice Concerning Community Based Organizations and Frontline Providers ». AIDS and Behavior (2020) 24:2486-2489.
- SHADMIL E; YINGYAO CHEN et al « Health equity and COVID-19: global perspectives ». Health equity International Journal for Equity in Health.

- SPAULL N (2020) « Covid 19 and schooling in South Africa: Who should go back to school first ». Published online 28 May 2020.
- VINER R et al (2020) « School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID 19: a rapid systematic review ». Lancet and child Adolescent Health 2020.
- ZHANG J et al (2020) « Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID -19 outbreak in China » Science 2020. Vol. 368, numéro 6498, pp. 1481-1486 DOI: 10.1126/science. abb8001.
- ZHU Y; BLOXHAM CJ ; HULME KD et al.(2020) « Children are unlikely to have been the primary source of household SARS-CoV- infections ». SSRN Journal 2020.



La réponse des écoles de Taiwan face au Covid-19⁵

CONTEXTE

Taiwan, avec une population d'environ 23 millions d'habitants, ne recense que 486 cas confirmés de COVID-19 et sept patients sont décédés au 19 août 2020. Selon une enquête menée auprès de 11 205 élèves de la cinquième à la douzième année d'études (11 à 18 ans), plus de 70 % des élèves ont déclaré que la pandémie de COVID-19 n'avait pas affecté leur apprentissage, qu'ils pratiquaient une meilleure hygiène personnelle et qu'ils étaient plus attentifs à leur état de santé. Par ailleurs, 60,9 % des élèves estimaient que leurs chances d'être infectés par le coronavirus étaient faibles (Lin & Xi⁶, 2020, 17 avril). Comment expliquer cette situation spécifique ? Ce chapitre vise à partager l'expérience taïwanaise, notamment les recommandations du Ministère de l'éducation, les stratégies scolaires au pic de la pandémie de COVID-19, la gestion et la communication scolaires et les défis à relever. Les auteurs ont interrogé trois directeurs d'école taïwanais de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel pour avoir une idée des stratégies scolaires concrètes en réponse au COVID-19. Il importe de préciser que ces trois écoles ont toutes été récompensées par le programme national d'accréditation des écoles promotrices de la santé (HPS).

UNE STRATÉGIE INTÉGRÉE

En réponse à l'épidémie, c'est une stratégie intégrée qui a été mise en place.

Outre le dépistage, le traçage et l'isolement des personnes contaminées, le port du masque y a joué un rôle crucial. Le gouvernement a introduit un plan de rationnement des masques dès février 2020, afin d'assurer que tout le monde puisse acheter des masques et d'éviter la constitution de stocks personnels.

Actuellement, les habitants peuvent acheter 9 masques pour adultes ou 10 masques pour enfants tous les 14 jours. Les masques sont disponibles dans les pharmacies et les points de vente habilités ou sur les systèmes en ligne pour environ 0,15 € par masque, sur présentation de la carte d'assurance maladie. En outre, la politique « pas de masque, pas de trajet » a été introduite pour les passagers voyageant dans les transports publics à partir du 1^{er} avril. Même si, selon l'OMS, il n'y avait pas suffisamment de preuves pour soutenir que les personnes en bonne santé devaient porter des masques, cette mesure préventive précoce a eu un effet positif sur le maintien du processus éducatif en permettant aux écoles de rester ouvertes. L'acceptation culturelle est un facteur important pour le port du masque. En Asie, les gens portent des masques pour de nombreuses raisons différentes, telles que la pollution de l'air, les allergies ou la protection contre l'hiver, et pas seulement en cas de maladie ou de risque d'infection (Li, Liu, Li, Qian et Dai, 2020). Le port de masques était déjà socialement accepté avant la pandémie, ce qui a facilité la généralisation.

RECOMMANDATIONS DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉDUCATION

La rentrée scolaire à Taiwan devait initialement s'effectuer le 11 février 2020 et a été retardée de deux semaines en raison du COVID-19. L'administration de l'Éducation a suivi les suggestions du Centre de commandement central des épidémies et a annoncé le 19 février 2020 les « règles de fermeture des écoles en réponse à l'épidémie de COVID-19 ».

Les détails sont les suivants :

- Si un élève ou un enseignant est répertorié comme un cas confirmé de COVID-19, il doit rester à la maison pendant 14 jours ;
- Si deux élèves ou enseignants ou plus sont des cas confirmés, c'est l'école qui est fermée ;
- Si un tiers des écoles d'un canton ou d'une ville est fermé en raison d'infections, toutes les écoles sont fermées.

Les autres recommandations sont les suivantes :

- Des conseils de protection et des mesures de gestion sanitaire avant et après le début du nouveau semestre en réponse à l'épidémie ;
- Consignes pour les activités de rassemblement des écoles pendant l'épidémie ;
- Procédure standard d'entrée dans les écoles pour la prévention de l'épidémie ;
- Précautions à prendre pour l'enseignement à l'extérieur de l'école ;
- Précautions pour la prévention des épidémies pendant les vacances scolaires ;
- Plan de suspension des cours, de reprise des cours, de rattrapage des cours manqués et plan de conseil en réponse à l'épidémie ;

- Plan d'apprentissage en ligne pour les élèves des écoles primaires et secondaires en réponse à l'épidémie ;
- Directives pour maintenir la distance sociale en réponse à l'épidémie ;
- Liste de contrôle des éléments de travail pour la prévention de l'épidémie lors d'événements ou de concours.

STRATÉGIES SCOLAIRES AU PIC DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Sur la base de la politique et des recommandations du Centre de commandement central des épidémies et de l'administration de l'Éducation, la procédure opérationnelle standard de prévention des épidémies peut être légèrement adaptée en fonction de la situation réelle de chaque école. Conformément à la politique éducative, les écoles ont également mis en œuvre des mesures de prévention précoce et ont apporté quelques modifications à la vie scolaire quotidienne. Nous présenterons ici trois aspects clés : le contrôle des entrées, les cours et les pauses et le déjeuner.

Contrôle des entrées

Au plus fort de la pandémie, la procédure normale d'entrée dans l'école comprend des contrôles systématiques de la température. Certaines écoles ont demandé à ce que les contrôles de température soient effectués trois fois : avant d'aller à l'école, à l'entrée de l'école et à l'heure du déjeuner à l'école. L'entrée se fait généralement par une seule porte pour simplifier le contrôle (sauf si l'établissement est de très grande taille). Il faut beaucoup de ressources humaines pour mettre en place le contrôle de la température, certaines écoles ont ainsi invité des parents à se porter volontaires pour cette tâche.

Il a été conseillé aux parents et aux invités de ne pas entrer dans l'école. Si cela est vraiment nécessaire, les contrôles de température, les masques, la désinfection des mains et l'enregistrement du nom de famille sont obligatoires.

Les cours et les pauses

Les écoles ont veillé à augmenter la distance entre les élèves en classe et ont ouvert les fenêtres. Si la distance sociale (1 m à l'extérieur et 1,5 m à l'intérieur) est difficile à respecter, le port d'un masque en classe est obligatoire. Les manifestations de grande envergure réunissant plus de 500 personnes à l'extérieur et 100 personnes à l'intérieur sont annulées. Pendant les pauses, les élèves sont encouragés à se laver fréquemment les mains avec du savon et à aller à l'extérieur ou dans la cour de récréation. Des simulations de cours en ligne en réponse à une éventuelle suspension des cours ont été réalisées et assurent la formation nécessaire. Cette démarche d'anticipation a permis de s'assurer de l'accès de tous les élèves aux ressources pédagogiques. Si l'espace est suffisant, les écoles créent une classe d'isolement d'urgence pour éviter une infection croisée des classes.

Déjeuner

Avant la pandémie, les élèves se servaient eux-mêmes leur repas. Pendant la pandémie, le service est réalisé par certains élèves avec des masques, des gants et une casquette. Les enseignants et les élèves doivent prendre place en espaçant leurs sièges ; si ce n'est pas possible, des séparateurs en plexiglass sont installés.

DIRECTION ET COMMUNICATION SCOLAIRE

Les directeurs d'école jouent un rôle clé

dans l'organisation de l'accueil des élèves. Un autre directeur interviewé indique qu'il a visité d'autres écoles par le biais du Bureau de l'Éducation pour optimiser la politique de son école. Tous soulignent l'importance de la communication. Un directeur indique que, pour lui, le meilleur moyen est de montrer l'exemple : il se soumet comme tous aux contrôles de température à l'entrée de l'école.

Les stratégies des écoles étudiées sont les suivantes :

- Intégrer la gestion de l'épidémie au sein de la politique de santé de l'école.
- Mettre en place un groupe de travail pour la prévention des épidémies, et effectuer la supervision, l'exécution, l'inspection et l'évaluation pour vérifier si le résultat souhaité a été atteint. Le groupe de travail a été divisé en 7 sous-groupes en fonction des besoins de la situation et des ressources humaines pour atteindre l'objectif d'une scolarisation stable :
 - a) Sous-groupe Désinfection
 - b) Sous-groupe Transport
 - c) Sous-groupe Contrôle d'accès
 - d) Sous-groupe Inspection
 - e) Sous-groupe Hygiène alimentaire
 - f) Sous-groupe Gestion de la santé
 - g) Sous-groupe Intervention d'urgence
- En fonction de l'évolution de l'épidémie, des réunions régulières et ponctuelles sont organisées. Cela permet aux membres du groupe de comprendre clairement les responsabilités et les tâches qui leur sont assignées.
- Le directeur dirige le groupe de travail de prévention des épidémies. En matière de communication, les superviseurs et le sous-groupe de travail de prévention

des épidémies rendent compte quotidiennement au directeur de la situation épidémique de l'établissement et des actions mises en œuvre. Le système de diffusion de l'information en continu sur place, le site web de l'école et le chat du groupe de messagerie instantanée mobile sont utilisés pour établir des canaux de communication et de communication sur l'épidémie.

LES DÉFIS

L'insuffisance des ressources constitue la principale source de difficultés selon les directeurs. La question de l'efficacité de l'enseignement/apprentissage en ligne est également un enjeu considérable.

Des ressources insuffisantes

Il est essentiel de disposer de ressources suffisantes. Le financement n'a pas augmenté dans le contexte de pandémie et les outils de prévention (masque, alcool, détecteur infrarouge, thermomètre frontal) ont été insuffisants. En cas de fermeture d'une école, celle-ci a besoin de davantage de ressources (par exemple, équipement réseau et périphériques informatiques connexes). Les besoins en ressources humaines sont également importants. La charge de travail de la section d'hygiène a été lourde. Pour les directeurs, ce fut en fait une bonne occasion de renforcer les liens avec la communauté. Certains directeurs ont invité les parents à se porter volontaires pour réduire la charge de travail du personnel, et aussi pour obtenir le soutien de la communauté afin d'obtenir les produits de prévention nécessaires.

L'enseignement/apprentissage en ligne

Outre le fait que la règle de la distance sociale est un obstacle à l'apprentissage

collaboratif, les équipes pédagogiques se sont inquiétées de l'enseignement en ligne. La tâche principale des enseignants est de préparer cet enseignement en ligne en cas de fermeture des écoles.

Pour cela, trois éléments sont importants aux yeux des directeurs :

- L'environnement physique, social et numérique doivent être adaptés en réponse à la pandémie ;
- Les écoles doivent fournir une formation suffisante pour améliorer les compétences professionnelles des enseignants pour l'enseignement en ligne ;
- Les écoles doivent fournir suffisamment de cours pour améliorer les compétences des élèves pour l'enseignement en ligne.

CONCLUSION

Les six composantes fondamentales identifiées par l'OMS pour des écoles promotrices de santé ont été utilisées par les auteurs pour analyser l'expérience taïwanaise : 1. Des politiques pour des écoles en santé, 2. L'environnement physique de l'école, 3. L'environnement social de l'école, 4. Les liens communautaires, 5. Les compétences individuelles et la capacité d'agir en matière de santé, et 6. Les services de santé et de promotion de la santé à l'école (World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2017). Les stratégies scolaires en réponse à la pandémie dans le cadre des facteurs clés de la SPS sont présentées dans le tableau 1.

NOUS REMERCIONS : le Principal Chun-Hui Lee de l'école élémentaire Da-Shiang Elementary School, du Comté de Chiayi, le Principal Chien-Li Cheng du collège Ji-Sui Junior High School, à New Taipei City, et le Principal Shih-Cheng Chen du lycée professionnel maritime National Keelung, à Keelung City.

Composantes clés des écoles promotrices de santé	Stratégies des écoles en réponse à la pandémie
Politiques pour des écoles en santé	• Élaborer une politique de contrôle des entrées et de port de masques • Mettre en place un groupe de travail pour la prévention des épidémies
Environnement physique de l'école	• Augmenter la distance entre les élèves en classe ou les séparer par des cloisons en plastique • Ouverture des fenêtres • Créer une classe d'isolement d'urgence pour éviter les infections croisées en classe
Environnement social de l'école	• Environnement favorable au port du masque • S'assurer du bien être des élèves et des professionnels par un accompagnement adapté
Liens communautaires	• Informer régulièrement les familles • Obtenir le soutien de la communauté pour obtenir le matériel de prévention des épidémies. • Invitation des parents à se porter volontaires pour prendre la température
Les compétences individuelles et la capacité d'agir en matière de santé	• Pratiquer une bonne hygiène personnelle • Être attentif à son état de santé
Les services de santé et de promotion de la santé à l'école	• Travailler de façon intersectorielle avec les acteurs de santé • Contrôles systématiques de la température • Accompagnement des enseignants, familles et élèves

Tableau 1 – Les stratégies des écoles taiwanaises en réponse à la pandémie



Notes

5. Texte rédigé par Min Chien Tsai de l'Université Fu Jen de Taipei et Didier Jourdan.



Références

- Li T, Liu Y, Li M, Qian X, Dai SY (2020) *Mask or no mask for COVID-19: A public health and market study*. PLoS ONE, 15(8): e0237691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237691>
- Lin, R., & Xie, D. (2020, April 17). *Virus Outbreak: Masks not a problem for teens: survey*. The Taipei Times. Retrieved from <https://www.taipeitimes.com/News/taiwan/archives/2020/04/17/2003734789>
- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. (2017). *Health promoting schools: experiences from the Western Pacific Region*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

“ *La connaissance est une navigation dans un océan d'incertitudes à travers des archipels de certitudes.* ”
Edgar Morin



SUR QUELS SAVOIRS S'APPUYER POUR ORGANISER
LA RÉOUVERTURE DES ÉCOLES ? ¹

Comme l'a indiqué le Directeur Général de l'OMS le 12 mars dernier au sujet de la gestion de la pandémie de Covid-19, il s'agit de « trouver un délicat équilibre entre la protection de la santé, la prévention des risques économiques et sociaux et le respect des droits de l'homme »^[2]. Une épidémie est un processus dynamique, les défis à relever évoluent en permanence. La semaine dernière, le Chief Medical Officer for England^[3], l'équivalent du directeur général de la santé en France, soulignait la nécessité d'intégrer une large variété de paramètres dans la décision politique, au-delà de la protection du système de soin et de sa capacité à prendre en charge les malades. Il appelait à être conscient des différents types de mortalité auxquels nous faisons et ferions face : la mortalité liée directement au Covid-19, la mortalité indirecte liée à l'impact de l'épidémie sur le système de soin et celle liée aux conséquences sanitaires de la crise économique et sociale générée par le confinement.

La fermeture des écoles et des établissements est l'une des mesures majeures de lutte contre l'épidémie. Leur réouverture est prévue mais les questions restent nombreuses. Pour le syndicat enseignant SNES-FSU, « quelle que soit la date, aucune reprise n'est envisageable si les conditions sanitaires garantissant la sécurité et la santé des élèves et des personnels ne sont pas réunies^[4] ». Nous nous proposons ici de faire le point des données disponibles aujourd'hui quant à la pertinence et aux modalités de réouverture.

L'IMPACT DE LA FERMETURE DES ÉCOLES SUR LES ÉLÈVES

Les données disponibles montrent que la fermeture des écoles et des établisse-

ments a un impact sur l'ensemble des élèves et qu'elle joue un rôle d'amplificateur des inégalités. L'école est en effet à la fois un milieu de vie où sont accueillis les élèves et les personnes qui les encadrent et un espace privilégié d'éducation^[5].

Ainsi, outre l'impact quantitatif (baisse du temps passé à étudier) et qualitatif (conditions d'étude, moindre accès à un professionnel de l'éducation) sur les apprentissages et les conséquences sur la santé psychologique des élèves^[6], la fermeture prive les élèves les plus vulnérables de la restauration scolaire, du soutien des personnels d'éducation, de santé et sociaux alors même que le confinement aggrave les problèmes matériels des familles et les violences domestiques^[7].

L'IMPACT DE LA FERMETURE DES ÉCOLES SUR LES ÉPIDÉMIES

Des données issues d'observations ou de modélisations sur les épidémies liées à des virus, qu'il s'agisse de la grippe ou des maladies liées aux coronavirus (SARS, MERS et Covid-19), sont disponibles. Pour autant, le virus responsable du Covid-19 n'est pas suffisamment connu et elles ne sont pas suffisamment nombreuses pour tirer des conclusions définitives. La revue de littérature publiée dans le Lancet par Russell Viner et son équipe^[8] montre que dans les épidémies antérieures de coronavirus, la transmission dans les écoles est très faible ou absente. De récentes études de modélisation pour l'épidémie de Covid-19 prévoient que les fermetures d'écoles n'empêcheraient que 2 à 4 % des décès, soit beaucoup moins que d'autres interventions de distanciation sociale. Les mesures barrières ont quant à elles montré leur efficacité.

Malgré les limites des données disponibles, il apparaît que la réouverture des écoles accompagnée de mesures de distanciation sociale est une solution pertinente, d'autant que les conséquences de la fermeture des écoles sont, elles, bien établies.

LES RETOURS D'EXPÉRIENCE DES TERRITOIRES DONT LES ÉCOLES NE SONT PAS FERMÉES

Une seconde source d'information est constituée par les retours d'expérience d'espaces qui n'ont pas fermé les écoles ou les ont réouvertes depuis suffisamment longtemps. Nous nous limiterons ici à présenter la situation de l'île de Taiwan, qui fait figure de référence dans la gestion de la crise (cf. chapitre précédent pour plus de détails). En effet, le nombre de cas est resté très limité malgré l'exposition de la population du fait de la proximité avec la Chine continentale. Ce résultat est largement dû à la préparation des institutions, à un travail intersectoriel poussé à tous les échelons et à la précocité de la réaction. En ce qui concerne la fermeture des écoles, des règles générales ont été édictées^[9].

- Si un enseignant ou un élève est atteint, il ne fréquente plus l'école pendant 14 jours.
- Si deux ou plusieurs enseignants ou élèves sont confirmés comme ayant contracté la maladie, l'école entière est fermée.
- Si un tiers des écoles d'un canton ou d'une ville sont fermées en raison d'infections, toutes les écoles seront fermées.

À l'échelon des écoles, les dispositifs suivants sont mis en œuvre : en classe et dans les cantines, les élèves sont séparés les uns des autres par des cloisons en

plastique entre les bureaux, des contrôles de température systématiques sont effectués et le port du masque est obligatoire.

Une étude réalisée auprès d'élèves du secondaire a montré une excellente intégration des mesures barrières et le fait qu'une majorité d'élèves (70%) considèrent que ces mesures n'ont pas affecté leur apprentissage^[10].

Toute comparaison doit être réalisée avec prudence du fait des différences dans les contextes culturels et sociaux, dans l'expérience de gestion des épidémies par les autorités ou de familiarité des populations avec les mesures barrières. Toutefois, l'analyse de ces éléments est des plus utiles et peut éclairer la réflexion en France.

DES REPÈRES POUR LA RÉOUVERTURE DES ÉCOLES FRANÇAISES

Dans la période qui s'ouvre, l'enjeu est de penser une organisation du système éducatif qui permette à la fois des apprentissages efficaces et la protection de la santé des élèves comme des professionnels qui les encadrent. Cela ne peut pas signifier revenir à des modalités d'organisation équivalentes à celles préexistantes à la crise. Sur la base des données disponibles, il est possible d'identifier quatre repères susceptibles d'orienter tant la décision politique que l'action des parents, des élèves et des professionnels.

Un dispositif différencié et progressif

Comme le niveau de risque épidémique, la vulnérabilité sociale et sanitaire des élèves, les caractéristiques des locaux disponibles diffèrent d'un territoire, voire d'un établissement à l'autre, il n'est pas possible de mener le processus de réouverture de la même façon partout. Il appa-

rait ainsi qu'une démarche associant un cadre général d'aide à la décision et des dispositifs de pilotage territoriaux rassemblant élus, acteurs de l'éducation (personnels de direction, administratifs, d'enseignement, de santé et social, de service, techniques), de la sécurité, du transport scolaire et de la santé publique, familles et élèves est potentiellement adéquate.

Le défi principal sera de créer sans délai les conditions d'un travail collectif concret et efficace à l'échelon territorial. Il ne s'agit pas de s'assurer du respect des règles et de la bonne compliance des acteurs, mais bien de s'appuyer sur leurs savoirs forgés au contact des élèves. Pour cela, outre la mise à disposition de ressources permettant d'organiser la vie à l'école, un temps significatif doit être dévolu à la concertation. Une prérentrée est sans doute nécessaire en amont de la réouverture aux élèves pour préparer leur accueil. Par ailleurs, il est nécessaire que les professionnels puissent bénéficier de formation, d'un accompagnement intersectoriel (santé et éducation) et de ressources. Des recueils d'outils ont été élaborés à l'échelon international⁽¹¹⁾.

Enfin, du fait de la moindre autonomie des jeunes enfants et de la précocité de la mise en place des inégalités, la priorité doit être placée sur l'école primaire puis le collège. Les lycées pourraient ne rouvrir que dans un second temps. C'est ce qu'a fait le Danemark qui a d'abord réouvert ses écoles maternelles et primaires, c'est également la préconisation de l'académie des sciences Allemande.

Une organisation visant à protéger les élèves et ceux qui les encadrent

Les données de la recherche confirment

la pertinence de la distanciation sociale et des lavages fréquents des mains ou l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique. Le port du masque reste discuté. D'une part, il apparaît que le masque, même s'il limite les projections, n'est pas une protection physique suffisante car le virus se propage par des gouttelettes et le contact avec des surfaces contaminées. D'autre part, le port de masque constitue un rappel très visuel des dangers du virus et pourrait agir comme un « coup de pouce comportemental » soutenant l'engagement des personnes.

Un véritable plan de réouverture devra être établi pour chaque école et établissement. Il pourra concerner le fonctionnement des transports scolaires, l'hygiène des locaux, l'accès aux sanitaires pour se laver les mains, la mise à disposition de masques, les modalités de circulation dans l'établissement, la réorganisation des salles de classe pour augmenter l'espace entre élèves, l'échelonnement des récréations et des pauses déjeuner pour diminuer le nombre d'élèves présents simultanément dans les différents espaces, la réduction des déplacements des élèves (dans le secondaire par le fait que ce soit les enseignants qui se déplacent de classe en classe et non les élèves), la réduction de la durée de la semaine de cours, la séparation des classes en deux groupes présents successivement dans les établissements....

Un dispositif pédagogique hybride

La période qui vient de s'écouler a conduit à explorer de nouvelles modalités pédagogiques. L'utilisation des Environnements Numériques de Travail a bondi. Une grande majorité des enseignants et des parents se sont bien accommodés à l'enseigne-

ment et à l'apprentissage à distance, mais une minorité d'entre eux rencontrent des difficultés significatives. Des dispositifs spécifiques devront être stabilisés pour s'assurer que tous les élèves puissent disposer des moyens de travailler.

Compte tenu du fait qu'il sera très probablement nécessaire de réorganiser les temps de présence en établissement scolaire et à la maison, il convient d'ores et déjà de se préparer à des modalités d'enseignement hybride et à une individualisation plus grande des parcours des élèves dans le but de contribuer à réduire les inégalités.

Renouveler le regard sur l'épidémie

On ne fait pas la santé des gens contre eux. Les travaux de la recherche montrent qu'indépendamment des consignes d'ouverture et de fermeture des écoles, l'absentéisme des élèves comme des professionnels peut être très élevé lors des épidémies du fait à la fois de la maladie et du retrait volontaire. En ce qui concerne les mesures de distanciation, il apparaît que si les activités et les contacts diminuent, ils ne cessent pas. Ceci est particulièrement vrai pour les enfants dont les parents n'étaient pas d'accord avec les fermetures d'écoles⁽¹²⁾. Il est nécessaire de donner à chacun les moyens de comprendre pourquoi on rouvre les écoles alors que la « guerre » contre le virus n'est pas gagnée. Après une phase aiguë ayant pour priorité de protéger la capacité d'accueil des services d'urgence et de réanimation hospitaliers, sans doute faut-il permettre à chacune et chacun d'avoir une vision plus opérationnelle de l'épidémie pour sa propre vie quotidienne. Deux inflexions peuvent être suggérées :

En premier lieu, il n'est pas raisonnable de se placer dans une vision magique de la résolution de la crise avec un médicament miracle ou un vaccin. Aucun élément ne permet de garantir que de tels traitements seront disponibles à court terme. Il faudra donc apprendre à vivre avec le virus comme c'est le cas pour d'autres coronavirus, le HIV et Ebola. Les épidémies de SRAS, MERS, SIDA et de maladie à virus Ebola n'ont pas été maîtrisées par des traitements médicaux, mais principalement par des approches populationnelles de protection. Elles font appel à des compétences citoyennes.

Deuxièmement, pour comprendre comment vivre avec le virus, il semble important d'aider chacun à bien percevoir que nous sommes dans un processus adaptatif lié à la dispersion d'un virus au sein des populations humaines. Au bout de ce processus s'établira un nouvel équilibre sans que le virus ne disparaisse, mais sa transmission sera limitée. Si un vaccin peut être mis au point, il permettra de s'assurer de l'immunisation de la population en minimisant les risques.

A la réouverture des classes, il sera sans doute nécessaire de mettre à distance l'épidémie et de se focaliser sur d'autres objets. Pour autant, du fait du contexte anxigène que nous connaissons, il sera également indispensable que les élèves puissent renforcer leurs connaissances sur les microorganismes (et pas seulement les virus), faire évoluer leurs représentations vers une vision plus écologique du rapport entre monde vivant microbien et santé⁽¹³⁾, travailler sur les médias et l'esprit critique, voir leur bien-être pris en compte... Le gouvernement de Nouvelle-Calédonie en partenariat avec la

chaire UNESCO et centre collaborateur OMS « ÉducationS & Santé » a mis en place un dispositif d'accompagnement des enseignants s'appuyant sur ces piliers ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSION

S'appuyer sur les données disponibles, tant celles issues de la recherche que celles fondées sur l'expérience des territoires ayant réussi à contenir l'épidémie sans fermer l'ensemble des écoles peut permettre non seulement de mettre en œuvre les solutions les plus adaptées à notre contexte, mais aussi de donner les moyens à l'ensemble de la population de comprendre la situation et d'agir en conséquence.

Après la phase initiale de lutte contre l'épidémie, il faut apprendre à vivre avec le virus. Pour cela, il n'existe pas de base scientifique univoque qui indiquerait la démarche à suivre. L'enjeu est de savoir agir en condition d'incertitude sur la base de repères toujours limités. Afin d'y parvenir, trois types de savoirs doivent être conjugués : ceux issus des études scientifiques d'observation ou de modélisation, ceux issus de l'expérience d'autres pays ou territoires et ceux des professionnels sur le terrain au contact direct des élèves. Ainsi, au-delà des questions techniques, il faudra revoir les façons de travailler, renforcer l'intersectorialité, articuler des savoirs d'origines diverses et développer les capacités de décision et d'action à l'échelon des territoires.

Enfin, la mise en œuvre d'un suivi systématique et de travaux de recherche dédiés sont nécessaires pour renforcer les données disponibles. La pandémie de Covid-19 est une opportunité pour approfondir les connaissances, produire

des repères pour l'action et préparer la réaction aux futures épidémies.

REMERCIEMENTS

Min Chien Tsai de l'université Fu Jen à Taipei.



Références

1. Article publié dans The conversation le 21 avril 2020 <https://theconversation.com/reouverture-des-ecoles-sur-quels-savoirs-sappuyer-136759>
2. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19>
3. <https://www.bbc.co.uk/iplayer/episode/m000hj8r/bbc-news-special-coronavirus-daily-update-06042020>
4. <https://www.snes.edu/Covid19-reouverture-des-etablissements-MAJ-19-04>
5. didier-jourdan.com/wp-content/uploads/2019/10/1272.pdf
6. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
7. <https://fr.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences>
8. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2352-4642\(20\)30095-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2352-4642(20)30095-X/fulltext)
9. <https://www.taiwannews.com.tw/en/news/3878803>
10. <https://focustaiwan.tw/society/202003170020>
11. <https://www.susana.org/en/knowledge-hub/resources-and-publications/library/details/3831>
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140596/?report=reader>
13. <https://chalkbeat.org/posts/us/2020/04/16/coronavirus-schools-help-students-return-research-ideas/>
14. <https://covid19.rebee.chaireunesco-es.org>

“ Les enfants ayant une maladie chronique
ne se résument pas à leur pathologie ! ”



SUR QUELLES DONNÉES S'APPUYER
POUR ORGANISER LE RETOUR DES ÉLÈVES ATTEINTS
DE MALADIES CHRONIQUES ? ¹

Au fur et à mesure de l'avancée du processus de réouverture des établissements scolaires émerge la question de l'accueil des enfants les plus vulnérables. L'utilisation généralisée de ce terme « vulnérable » pour décrire un groupe très diversifié d'enfants et de jeunes traduit l'attention particulière qu'il convient de prêter à l'accueil des enfants qui ont le plus besoin de l'école pour réussir. Pour autant, il n'est pas sans poser de problème du fait de la variété des sources de cette vulnérabilité. Beaucoup a été écrit sur la vulnérabilité sociale, économique et culturelle liée au handicap². Ce n'est pas le cas de l'accueil des enfants et des jeunes atteints de maladies chroniques (asthme, diabète, arthrite juvénile ou problèmes de santé mentale...). Il s'agit pourtant d'un enjeu de premier ordre à la fois du fait de leur nombre³ (plus de 20 % des élèves selon les données de la dernière enquête HBSC) et du risque de les voir exclus a priori du retour à l'école. Les données publiées par les équipes de recherche, les savoirs des personnes concernées et de leurs familles, les expériences d'autres pays et la pratique des professionnels peuvent éclairer ce processus complexe.

LES ENFANTS AYANT UNE MALADIE CHRONIQUE NE SE RÉSUMENT PAS À LEUR PATHOLOGIE !

La socialisation et l'apprentissage sont deux pivots de la réussite éducative. Le fait de scolariser les enfants et de les encourager à rester le plus longtemps possible à l'école contribue à améliorer leur santé^{4,5}. La réussite éducative améliore les conditions de vie tout au long de la vie. Une activité physique encadrée est un facteur de protection ou de stabilisation essentiel vis-à-vis d'un large ensemble de maladies

et constitue un levier majeur de promotion de la santé dans son ensemble⁶. Les interactions avec les pairs sont essentielles au bon développement du corps comme du cerveau. Des échanges directs avec des adultes de confiance en dehors de la sphère familiale permettent d'élargir le regard sur la pandémie et sur notre vie quotidienne avec le virus. De plus, pour un groupe restreint mais non négligeable, l'éloignement durable de l'école génère un risque de souffrance psychique lié à l'isolement ou à la maltraitance. Cela vaut pour tous les enfants, et d'autant plus pour ceux qui souffrent de maladies chroniques. Les enfants et jeunes affectés de maladies chroniques ne se résument pas à leur pathologie ! Comme le souligne l'avis de la Société Française de Pédiatrie, « il faut favoriser le retour dans leur établissement scolaire de tous les enfants ayant une pathologie chronique, car bénéfique pour leur santé, leur bien-être et leur avenir. Différer ce retour apparaît sans avantage pour la prise en charge de leur maladie.⁷»

Pour autant, ce retour n'est pas sans poser de questions aux enfants et jeunes eux-mêmes comme à leurs familles et aux professionnels. Certaines familles d'enfants et de jeunes ayant des besoins complexes en matière de soins ont constaté que les fermetures d'écoles allègent leur quotidien et certaines d'entre elles pourraient préférer poursuivre l'enseignement à domicile. D'autres au contraire attendent avec impatience le retour à l'école : leurs enfants y sont accueillis dans de bonnes conditions du fait de la créativité et de l'engagement des équipes d'écoles et d'établissements qui ont investi dans des pratiques d'enseignement inclusives. Les enfants et les

jeunes ont aussi leur mot à dire dans cette décision et peuvent prioriser l'une ou l'autre des solutions. La réouverture des écoles exerce également une très forte pression sur les professionnels et génère des inquiétudes qu'il est indispensable de prendre en compte. Comment protéger tous les élèves, comment créer les conditions d'un apprentissage efficace, comment s'assurer que ceux qui en ont le plus besoin soient effectivement ceux qui sont en classe, qui sera responsable en cas de problème de santé ? Nous appuyant sur les données médicales, nous nous proposons de porter un regard éducatif sur le retour à l'école de ces élèves.

DU POINT DE VUE ÉDUCATIF, TROIS SITUATIONS SE PRÉSENTENT

La première situation, très largement majoritaire, concerne l'enfant ou le jeune dont l'état est stable (asthme léger ou modéré, diabète bien équilibré, surpoids simple par exemple⁸). Les données disponibles montrent que le COVID-19 produit des symptômes plus légers et moins de cas graves chez les enfants et les jeunes que chez les adultes plus âgés, et que les enfants et les jeunes asthmatiques sont moins susceptibles de souffrir d'une forme grave de COVID-19 que les adultes souffrant de maladies respiratoires⁹. Au Danemark, ces élèves ont très bien supporté la reprise de l'école, peut-être mieux que d'autres élèves, car ils sont attentifs aux variations de leur système respiratoire. Une application rigoureuse des mesures d'hygiène et des mesures barrières recommandées pour tous les enfants permet leur retour à l'école. Ces élèves bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé, ce sont les professionnels de santé de l'éducation nationale qui constituent la référence pour les équipes d'écoles et d'établissements,

dans le cas où des précautions complémentaires seraient nécessaires.

Pour une minorité, c'est la seconde situation : il n'est pas encore possible de revenir à l'école. Certains pays, comme l'Angleterre, ont mis en place un dispositif national spécifique de protection des enfants par le service national de santé. Il paraît raisonnable par exemple que certains enfants et jeunes présentant un risque reconnu de forme grave de Covid-19 restent isolés pour l'instant, selon l'avis du HCSP¹⁰. Une telle décision relève du médecin référent, les équipes éducatives ont alors à s'assurer de la continuité de l'enseignement à distance et de l'accompagnement éducatif des élèves concernés.

Pour les directeurs d'école, chefs d'établissement et enseignants, ces deux premiers cas de figure sont bien définis. Une troisième situation existe, celle qui concerne les enfants et les jeunes dont la prise en charge reste complexe. A titre d'exemple, l'obésité et l'hyperglycémie chronique sont associées à des formes plus graves d'infection par le SARS-CoV-2, pour les enfants et les jeunes atteints d'un diabète de type 1 insuffisamment équilibré. Ces situations, peu fréquentes, nécessitent un discernement spécifique intégrant les dimensions médicales mais également éducatives et sociales. L'enjeu est celui d'une rescolarisation précoce du fait de ses bénéfices potentiellement importants tant au plan psychologique que comportemental.

UNE APPROCHE INTERSECTORIELLE

La clé de la réussite du retour à l'école des enfants et des jeunes atteints de maladies chroniques réside dans un travail inter-



sectoriel efficace. Pour chaque enfant ou jeune, un dispositif de suivi - impliquant un partenariat entre le jeune, sa famille, le personnel médical et les enseignants - doit permettre de répondre aux inquiétudes, de renforcer la confiance. Le projet d'accueil individualisé en France, les programmes « Éducation, Santé et Soins » en Angleterre et les programmes 504 aux États-Unis constituent le socle indispensable à l'accueil de ces élèves. Outre la question des mesures à prendre au quotidien (aménagements d'horaires, dispenses de certaines activités, organisation des actions de soins...) ou en cas de difficulté spécifique, ils permettent de clarifier la responsabilité des différents acteurs. Cette question de la responsabilité des professionnels de l'éducation est une de leurs préoccupations majeures, elle conditionne largement l'accueil des enfants atteints de maladies chroniques.

Le rôle de la santé scolaire apparaît ici comme central à plus d'un titre. D'abord à l'échelon individuel en permettant d'articuler les enjeux médicaux et éducatifs et de garantir que le retour à l'école de chacun des enfants se fasse dans des conditions adéquates. Collective ensuite, en accompagnant les équipes d'écoles et d'établissements dans l'organisation de la scolarisation de tous et spécifiquement des enfants atteints de maladies chroniques. Le rôle d'interface des professionnels de santé de l'éducation nationale entre école, famille et système de soins constitue le pivot de l'accueil de ces élèves. Le projet d'accueil individualisé permet de définir les adaptations nécessaires du point de vue éducatif en veillant au respect du secret médical tout en partageant les explications nécessaires avec les professionnels de l'éducation.

Pour les élèves atteints de maladies chroniques, le développement de la télémedecine ouvre de nouvelles perspectives : il permet à ces élèves d'éviter de longs trajets et de réduire le nombre de jours de cours manqués. Les technologies d'apprentissage à distance rendent plus aisée la continuité des apprentissages pendant les phases d'absence de l'école. Pour autant, il serait dangereux de penser l'arrivée de ces technologies dans une logique de substitution. L'éducation comme le soin sont avant tout fondés sur la relation humaine et l'accompagnement des personnes. C'est une logique de complémentarité qui doit prévaloir. Des dispositifs de scolarisation comme de prise en charge hybride permettront de s'adapter à chaque enfant et à chaque jeune.

La crise du Covid-19 a mis en avant les enjeux de la scolarisation de TOUS les enfants. Elle a permis de vérifier à grande échelle que les modalités d'apprentissage hybrides pouvaient se développer et sans aucun doute être bénéfiques aux enfants porteurs de maladies chroniques. Cette crise a aussi mis en avant les enjeux de collaboration intersectorielle étroite entre acteurs de l'éducation et de la santé et le rôle pivot des services sociaux et de santé de l'éducation nationale. À nous de faire bon usage des enseignements de cette crise au service de tous les élèves, en particulier de ceux qui ont le plus besoin de l'école pour réussir.

REMERCIEMENTS

Corinne Maincent, infirmière conseillère technique auprès du Recteur de l'académie de Nice ; Fleur Rouveyrol, médecin conseiller technique auprès du Recteur de l'académie de Clermont-Ferrand ; Janet McDonagh, consultant en rhumatologie pédiatrique et adolescente, Manchester University NHS

Foundation Trust ; Gill Turner et Gail Dovey-Pearce, Northumbria Healthcare NHS Foundation Trust, Angleterre ; Marie Hauerslev, présidente de NCD Child et du département de pédiatrie, Hôpital Herlev, Copenhague, Danemark.



Notes

1. Article rédigé par Didier Jourdan, Nicola Gray et Rémi Laporte et publié dans *The conversation* le 26 mai 2020 <https://theconversation.com/comment-organiser-le-retour-des-eleves-atteints-de-maladies-chroniques-139327>
2. <https://www.education.gouv.fr/covid19-ouverture-des-ecoles-modalites-pratiques-et-protocole-sanitaire-305467>
3. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2016/sante-des-collegiens-en-france-nouvelles-donnees-de-l-enquete-hbsc-2014>
4. <https://theconversation.com/rouverture-des-ecoles-sur-quels-savoirs-sappuyer-136759>
5. <https://theconversation.com/rouvrir-les-ecoles-premiers-retours-d'experience-137471>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7154517/>
7. <https://afpa.org/recommandation/propositions-de-societe-francaise-de-pediatrie-favoriser-retour-enfants-maladie-chronique-etablissement-scolaire/>
8. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf
9. <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7172836>
10. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avis-rapportsdomaine?clefr=677>

“ Une bonne préparation et le dialogue entre les autorités, les réseaux scolaires et les syndicats d'enseignants chaque semaine pour permettre de la souplesse dans les mesures prises sont les conditions du succès. Un éducateur de Belgique ”



DES POLITIQUES DE SANTÉ ET D'ÉDUCATION AU TERRAIN ¹

Les données d'une étude conduite auprès de professionnels de 42 pays et territoires sur le processus de réouverture des écoles.

INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a privé d'école 90 % de la population scolaire mondiale, soit 1,57 milliard d'enfants et de jeunes dans 190 pays (UNESCO, 2020a). Tel est l'impact vertigineux de la fermeture des écoles due à la crise sanitaire. Cette décision n'avait pas été préparée, les écoles ont fermé dans la précipitation.

La socialisation et l'apprentissage sont tous deux des éléments clés de la réussite scolaire et c'est pourquoi la fréquentation physique des écoles est favorable à la santé et au bien-être de tous les enfants et les jeunes (Viner et al., 2020). Le fait de scolariser les enfants et de les maintenir le plus longtemps possible à l'école améliore leurs résultats en matière de santé (Patton et al., 2016). Les modèles montrent que l'impact des fermetures d'établissements scolaires sur les résultats scolaires et les inégalités entre les élèves seront massives (Kuhfeld, M. & Tarasawa, B., 2020). Il est donc urgent que les élèves retournent à l'école le plus tôt possible (Jourdan et al., 2020). Mais la réouverture des écoles après une fermeture est un défi majeur.

Les organisations des Nations Unies (UNESCO, UNICEF, PAM et Banque mondiale) ont publié des recommandations pour la réouverture des écoles en toute sécurité (UNESCO, 2020b). Les syndicats ont également développé des outils pour soutenir les enseignants dans le processus de réouverture (Internationale de l'éducation, 2020). De nombreux pays et territoires ont publié des directives nationales. Parce que la pandémie évolue de manière imprévisible et aussi parce que la réouverture des écoles fait partie d'un processus plus large de redémar-

rage de la société tout entière, les directives données aux écoles ont évolué au fil des semaines, avec un nombre considérable de négociations et de discussions entre les différentes parties. Ces recommandations peuvent aller d'instructions très détaillées et difficiles à mettre en œuvre (voir par exemple, Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports, 2020) à des documents laissant l'essentiel des responsabilités sur les épaules des responsables scolaires locaux (par exemple, CDC, 2020).

Mais prendre une décision politique est une chose, rouvrir les écoles sur le terrain, surmonter ses propres craintes, accueillir les enfants, dialoguer avec les parents, rassurer la communauté, régler toutes les questions logistiques et organisationnelles en est une autre. La communauté de la chaire UNESCO et centre collaborateur OMS ÉducationS & Santé est composée d'organisations et de personnes impliquées dans les domaines de l'éducation, du travail social et de la santé, engagées pour la santé dans les écoles (Chaire UNESCO ÉducationS & Santé, 2020). En mai 2020, des voix se sont élevées au sein de la communauté pour souligner les difficultés rencontrées par les élèves, les familles et les professionnels sur le terrain. Les rumeurs, les craintes, les questions et les défis techniques au niveau local ont mis les écoles et les communautés en difficulté. Il semblait que, selon le contexte, le personnel des écoles et les autorités sanitaires locales faisaient face à la situation de différentes manières et, de plus, avaient une compréhension différente de la situation et des recommandations. La traduction des recommandations en pratiques réelles et les modalités de mise en œuvre des mesures ne sem-

blaient pas être linéaires (voir réf. dans Nordin et al., 2019).

Nous avons alors décidé de dépasser le stade des discours informels au sein de la communauté pour une analyse plus large et plus structurée des pratiques et des perspectives. Afin de mieux comprendre les pratiques au niveau local et de contribuer à nourrir la réflexion sur les meilleures façons de soutenir les écoles en temps de crise, nous avons lancé un processus de partage des connaissances. Notre objectif était de collecter, d'analyser et de partager les connaissances et les pratiques de différents pays et territoires (Chaire UNESCO ÉducationS & Santé, 2020).

Cette enquête invitait les professionnels de la santé et de l'éducation à partager les façons de faire face à la situation dans leur contexte local, régional ou national ; leur lecture des éventuelles recommandations émises ; la façon dont la communication des recommandations était assurée ; les succès et difficultés perçus de la réouverture ; les solutions trouvées et mises en œuvre dans les écoles et si elles nécessitaient davantage de ressources. Il est ressorti des entretiens préliminaires que les principales questions à explorer étaient les suivantes :

- Comment les professionnels de la santé et de l'éducation sur le terrain font-ils face au processus de réouverture des écoles ? Comment envisagent-ils les enjeux de cette réouverture pour les différentes parties prenantes – étudiants, enseignants, familles, communauté/société au sens large ?
- Comment les professionnels de la santé et de l'éducation sur le terrain inter-

prètent-ils les recommandations qui ont été émises, dans le contexte plus large des mesures d'éducation et de santé publique mises en œuvre au niveau national ?

- Quels sont les principaux facteurs favorables, obstacles et solutions concrètes pour la réouverture des écoles ? Quels sont les éléments manquants pour faciliter le retour réussi de tous les élèves – en particulier les plus vulnérables, ceux qui dépendent le plus de l'école pour leur éducation, leur santé, leur sécurité et leur nutrition ?

Ce chapitre présente les résultats de cette étude et formule des propositions sur les moyens de soutenir les écoles, le personnel, les parents, les élèves et les communautés tout au long du processus de réouverture.

MÉTHODES

L'approche qualitative a été choisie afin de permettre d'explorer et de comprendre le sens que les individus attribuent à la réouverture des écoles en tant que phénomène social majeur dans le contexte de la pandémie (Creswell, 2009). Du fait du manque de publications pertinentes à partir desquelles nous pourrions construire un questionnaire structuré, dix entretiens préliminaires ont été menés afin d'identifier les questions clés pour les personnes sur le terrain. Comme la langue utilisée par les personnes diffère d'un pays et d'un contexte à l'autre, nous avons opté pour des questions ouvertes. Nous avons en effet besoin de connaître le langage et la terminologie que nos interlocuteurs utiliseraient dans une situation politique et professionnelle en évolution rapide.

Afin de faciliter un examen rapide des témoignages de première main qui n'imposerait pas de charge excessive aux professionnels travaillant sur le terrain mais leur permettrait de partager leurs espoirs et leurs préoccupations, quel que soit l'endroit où ils exercent ou sont confinés, une enquête en ligne partagée par le biais des médias sociaux a été considérée comme l'option la plus appropriée.

Échantillon

Le lien vers l'enquête en ligne a été placé sur les sites anglais et français de la Chaire UNESCO ÉducationS & Santé, le 10 mai 2020 et le 14 mai 2020 respectivement, et partagé avec sa communauté sur les plateformes de réseaux sociaux (Twitter, LinkedIn). Les 11 et 18 mai 2020, des courriels en anglais ont été envoyés à 617 contacts au sein de la communauté de la Chaire. Un courriel en français a été envoyé le 19 mai 2020 à 474 contacts francophones au sein de la communauté de la Chaire. De nombreuses organisations impliquées dans la communauté ont partagé le lien par le biais de leurs bulletins d'information et réseaux sociaux au cours des mois de mai et juin 2020 : EuroHealthNet ; Schools for Health in Europe (SHE) ; réseau des écoles associées à l'UNESCO ; Fédération nationale française d'éducation et de promotion de la santé (FNES) ; Réseau francophone international de promotion de la santé (REFIPS) ; réseau français « Pratiques en Santé » ; Réseau Education et Solidarité ; Fondation RADIX Suisse ; Réseau School21 ; Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) et Association européenne de santé publique (EUPHA). L'enquête a également été traduite en russe et envoyée par la Chaire UNESCO « Promotion

de Modes de vie favorables à la Santé » (Université de Moscou) aux administrateurs scolaires régionaux de la Fédération de Russie le 1er juin 2020. Les administrateurs régionaux ont contacté leurs écoles et/ou ont rempli eux-mêmes le questionnaire. Les liens vers l'enquête sur les deux sites web ont été fermés le 22 juin 2020.

Questionnaire

Des entretiens préliminaires avec les membres de la communauté ont été réalisés pendant la semaine du 4 mai 2020, afin de recueillir les éléments clés pour une analyse plus structurée. Sur la base de ces entretiens, nous avons invité des professionnels de la santé et de l'éducation à nous faire part de ce qui se passait dans leurs contextes national et local.

La première question visait à déterminer si la personne interrogée disposait de recommandations nationales sur la réouverture des écoles. Les questions suivantes étaient ouvertes. Le répondant pouvait répondre à toutes les questions, qu'il ait répondu «oui» ou «non» à la première, s'il estimait avoir un commentaire pertinent à faire en prévision de la recommandation. Les thèmes abordés étaient les suivants :

- Source (organisation(s) nationale(s) concernée(s)) et nature des recommandations
- Méthodes de communication utilisées pour diffuser les recommandations
- Succès perçus et difficultés associés à la réouverture des écoles, notamment l'absentéisme
- Invitation à apporter ses propres suggestions sur le processus de réouverture

Analyse

Une approche d'analyse de contenu dirigée (Geer, 2003, Hsieh & Shannon, 2005) a été utilisée. Les questions de l'enquête ont fourni les catégories avec lesquelles organiser les réponses des participants, tout en permettant à d'autres thèmes de se dégager. NG a entrepris l'analyse primaire de la codification des réponses qualitatives et de la définition des thèmes généraux. Un sous-échantillon de l'ensemble de données a été analysé de manière indépendante par DJ. Toute différence d'interprétation a été résolue par la discussion. Les enquêtes en langues française et russe ont été traduites

en anglais à l'aide des outils de traduction en ligne Google® Translate (FR) et DeepL® (RU) avant d'être analysées.

RÉSULTATS

Profil des répondants

Au 30 juin 2020 : la version anglaise (EN) de l'enquête a reçu 60 réponses de 36 pays et territoires et d'une région multi-pays ; la version française (FR) de l'enquête a reçu 56 réponses de 8 pays, et l'enquête russe (RU) a reçu 78 réponses. L'ensemble de données se compose de 192 réponses utilisables de 42 pays, territoires et d'une région (Fig 1).

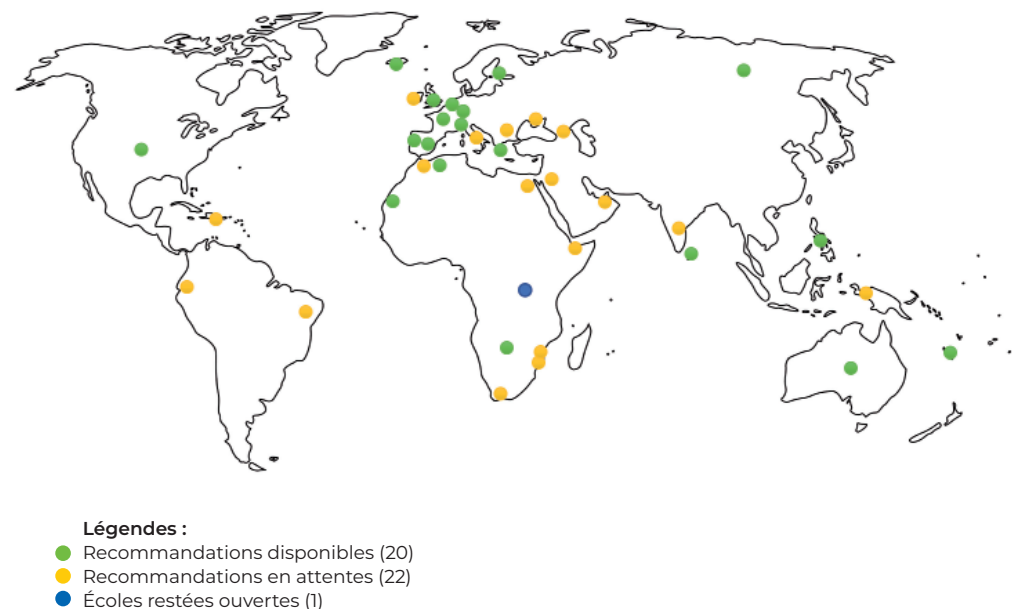


Figure 1 – Pays et territoires pour lesquels des données ont été collectées
By Skimel - This file was derived from: World map without Antarctica. svg, CCO,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=62612166>

Résultats généraux

Les réponses à l'enquête montrent que le calendrier du confinement varie d'un territoire à l'autre et que ceux-ci se trouvent donc alors à des stades différents de préparation. Sur le total des réponses, 44 personnes de 20 pays et territoires déclarent avoir accès aux recommandations publiées pour la réouverture des écoles au niveau national, régional ou local. Cela ne signifie pas nécessairement que les écoles ont déjà rouvert – bien que ce soit le cas dans certains pays – mais qu'une forme de recommandation ou de stratégie officielle a été publiée et est disponible pour examen.

Dans 23 pays, les personnes interrogées répondent qu'elles n'ont pas encore accès à des recommandations sur la réouverture des écoles. Un pays – le Burundi – n'a pas fermé ses écoles à ce moment-là (cf. chapitre 3). Les personnes interrogées dans 20 de ces pays font part à l'équipe de la Chaire UNESCO de leurs réflexions, de leurs espoirs et de leurs préoccupations quant au contenu des recommandations.

Comment les répondants ont-ils fait face à la situation ?²

Il est généralement signalé que de nombreuses personnes, parents et enseignants, ont des inquiétudes quant à la sécurité d'un retour à l'école. Nous devons être très prudents avant de rouvrir des écoles. La sécurité des élèves est la plus importante. [Jordanie*]

La « peur de l'infection » est invoquée comme un des principaux défis de la réouverture, et une raison donnée pour expliquer l'absentéisme important des élèves et/ou du personnel dans les écoles qui avaient déjà rouvert.

La réticence des parents d'élèves. La peur d'être contaminé. [Sénégal]

Les membres du personnel qui sont vulnérables restent à la maison, de même que les étudiants. Certaines écoles doivent faire face à l'anxiété des parents, qui ont peur d'envoyer leurs enfants à l'école. [Pays-Bas]

Le langage « guerrier » est couramment utilisé pour dépeindre la lutte contre le virus. Dans certains pays, le débat sur les risques et les bénéfices de la réouverture des écoles n'a pas encore été engagé au niveau national.

Jusqu'à présent, le langage de la pandémie s'est fait en termes de guerre contre le virus et la population en général craint toujours les risques personnels car il n'existe ni vaccin ni traitement. Une discussion nationale sur l'équilibre entre les avantages et les risques n'a pas eu lieu efficacement ici. [Angleterre]

Des difficultés d'ordre psychologique sont décrites chez les enseignants, et notamment la fatigue psychique résultant du passage improvisé à l'apprentissage à distance, ainsi que l'anxiété liée aux différents défis et incertitudes concernant la réouverture et plus généralement l'avenir.

Nous sommes dans une phase de transition sans savoir très bien de quoi sera faite la phase suivante. L'enseignement se prépare pour l'ouverture des centres, avec de nombreuses incertitudes et on semble privilégier la conciliation plutôt que l'enjeu éducatif. [Espagne]

De nombreuses personnes interrogées évoquent la forte capacité d'adaptation des enseignants et des équipes scolaires et leur engagement à créer rapidement des méthodes d'apprentissage à distance pendant la fermeture et dans la préparation de la réouverture.

Développement rapide des capacités des enseignants et flexibilité. [Pays-Bas]

Certains regrettent le manque de reconnaissance du travail mené par le personnel des écoles.

Reconnaître les personnels à leur juste valeur, car ils sont épuisés et parfois découragés. [France]

Les personnes interrogées font également part de leurs préoccupations concernant la détérioration de la situation de certains élèves et de certaines familles alors que les écoles restent fermées. Certains élèves ne disposent pas d'un environnement familial propice à un apprentissage à distance efficace – que cela relève du manque d'espace, d'équipement, de connexion internet ou de soutien familial.

Seulement 50 % environ des ménages urbains disposent d'Internet et un quart environ ont un ordinateur à la maison. S'il n'y a pas d'accès à un ordinateur, l'enseignement en ligne se fait par téléphone portable en utilisant WhatsApp. Cela présente certaines limites. [Inde]*

La pandémie rend manifeste le manque d'investissement à long terme dans l'éducation et, plus largement, les problèmes économiques et sociaux nationaux à long terme qui désavantagent de

nombreuses familles et écoles, notamment pour les élèves ayant des besoins particuliers :

Les mauvaises conditions économiques et le manque de financement pour l'éducation au cours de la dernière décennie ont entraîné de grandes différences sociales entre les familles, voire entre les écoles. La majorité des écoles n'ont pas les infrastructures nécessaires pour faire face à une telle crise. De plus, les enfants ayant des besoins spéciaux ou des handicaps éducatifs de tout type semblent encore plus laissés pour compte aujourd'hui. [Grèce]

Un impact économique majeur pourrait contraindre les familles à retirer les adolescents de l'école pour trouver du travail sur le marché du travail informel. La prudence est également de mise, afin de s'assurer que la situation est sûre avant la réouverture.

Dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, la crise économique qui suit le confinement empêchera de nombreuses familles déjà angoissées de renvoyer leurs enfants à l'école, ils entreront sur le marché informel. En particulier les adolescents en âge de fréquenter l'école secondaire. [Amérique latine et Caraïbes]*

Beaucoup reconnaissent que la gestion de la situation dans les écoles a un très large impact sociétal :

L'attention portée aux problèmes de l'apprentissage dans les écoles est importante pour l'ensemble de la société. [Fédération de Russie]

Certains expriment leurs craintes pour l'avenir si une génération d'étudiants voyait son éducation interrompue et que les inégalités continuaient à se creuser.

Considérez qu'aucun pays, état ou gouvernement ne devrait se retrouver à l'avenir avec des populations peu instruites à gérer. De nos jours, il existe des exemples dévastateurs de ce qui peut arriver lorsque l'éducation publique ne parvient pas à produire des citoyens éduqués. [Grèce]

Certaines personnes interrogées sont convaincues que le retour à l'école annonce un retour à la normale. Au moment de l'enquête, la réouverture des écoles est effective pour une poignée de territoires, mais ceux-ci expriment leur soulagement de constater que le taux de contamination dans leur espace reste faible.

Aucune augmentation du Covid 19 dans le secteur de l'éducation et amélioration des résultats scolaires. [Australie]

Comment les répondants ont compris les recommandations émises

Les personnes interrogées dans vingt pays déclarent avoir accès à des recommandations sur la réouverture des écoles, bien que lorsque plusieurs personnes ont répondu pour un même pays, il arrive qu'elles aient des connaissances différentes. Cela peut dépendre du moment où ils ont répondu à l'enquête (les premiers répondants ont légitimement répondu non et une annonce a été faite avant que les répondants ultérieurs ne répondent oui), mais parfois il peut s'agir simplement d'une différence de connaissance. Trois pays sont concernés : La France, la Fédération de Russie et l'Espagne.

Tous ces répondants déclarent disposer principalement de recommandations nationales, mais beaucoup d'entre eux indiquent également que des négociations supplémentaires étaient en cours pour la mise en œuvre au niveau municipal. Les personnes interrogées en Allemagne et en Suisse indiquent que leurs recommandations ont été conjointement émises par le gouvernement fédéral et les lands ou les cantons (respectivement). Les ministères/organismes de la santé et de l'éducation impliqués dans les recommandations varient, mais la majorité montre que le secteur de la santé joue un rôle de premier plan (10 dans le domaine de la santé et de l'éducation, 5 dans le domaine de la santé, 3 non spécifiés, 1 dans le domaine de l'éducation et 1 émanant du conseil de sécurité).

Une question de l'enquête portait sur la perception de l'autonomie des écoles en matière de recommandations. Les perceptions varient considérablement, même au sein d'un même pays comptant plusieurs répondants. La plupart des répondants estiment que les recommandations nationales pour les écoles laissent un minimum de souplesse pour permettre d'adapter les mesures en fonction du contexte, beaucoup répondent qu'elles doivent être mises en œuvre exactement comme elles sont écrites et une minorité rapporte une grande flexibilité de mise en œuvre.

Elles [les écoles] doivent suivre les protocoles de santé et peuvent interpréter d'autres actions en fonction de leur taille, de leur emplacement, du profil du personnel, des priorités éducatives, etc. [Australie]

Les recommandations sont détaillées, mais les écoles sont censées les adapter à leur propre situation grâce à des évaluations détaillées des risques.

[Angleterre]

Il n'est absolument pas possible de s'écarter des recommandations établies.

[Namibie]

Une grande liberté de décision. Le CDC [autorité nationale de santé publique] n'a pas de pouvoir d'exécution. Les États disposent d'une certaine autorité de mise en œuvre. [États-Unis]

Concernant la communication des recommandations aux établissements, les réactions sont contrastées : certaines concernent les méthodes utilisées au niveau national pour les recommandations elles-mêmes, et d'autres sur la communication entre les écoles et les familles lors de la fermeture et de la réouverture.

Il est apparu que la communication entre les professionnels de l'éducation au sujet des recommandations et de la réouverture se faisait par les canaux habituels : téléphone, courrier électronique, réunions utilisant des plateformes virtuelles (telles que Skype®) et les réseaux sociaux. La télévision, la radio et les médias sociaux étaient également utilisés pour atteindre les familles. Certaines personnes interrogées décrivent une transmission des recommandations nationales vers les écoles par l'intermédiaire des administrations d'État, cantonaux ou autres réseaux intermédiaires locaux, puis des écoles vers les élèves et leurs familles. En parallèle, des séances d'information publiques sont également accessibles à tous et parfois la réouverture

des écoles y est également mentionnée. Une utilisation complète de tous les canaux possibles est nécessaire, combinée à des ressources et à une formation de qualité.

Maximiser l'utilisation des instructions radiodiffusées ; utiliser les relais de la communauté pour promouvoir les messages ; maximiser l'utilisation des médias sociaux pour les réunions de consultation ; promouvoir le matériel et la formation d'IEC [information, éducation et communication]. [Les Philippines]

Les répondants ont été invités à décrire le contenu de leurs recommandations nationales dans une question ouverte de l'enquête. Leurs réponses reflètent donc leur engagement envers les recommandations et leur ordre de priorité pour le contenu. L'équipe n'a pas recherché les recommandations officielles pour vérifier leur compréhension ou leur exactitude. Le tableau 1 montre le nombre de pays et territoires pour lesquels les répondants ont cité une proposition opérationnelle.

Élément des recommandations	Nombre de pays et territoires
Réduction de la taille des classes	17
Distanciation sociale	17
Mesures d'hygiène	16
Aménagement des transports	15
Aménagement de la cantine	15
Éducation sur la pandémie	14
Aménagement des emplois du temps	13
Masques	11
Nettoyage des écoles	10
Aménagement de la circulation dans l'école	10

Tableau 1 (ci-contre) – Éléments de guidance rapportés par les répondants (n=20)

La réduction de la taille des classes est l'élément le plus souvent cité dans les recommandations (17 pays et territoires sur 20), afin d'obtenir l'espacement minimal nécessaire entre les élèves. La taille des groupes varie de groupes de 5 élèves dans les écoles maternelles (Islande) à un maximum signalé à 20 élèves (Sénégal, Islande pour des élèves plus âgés), avec une réduction très courante de 50 % des effectifs de classe à 15 élèves (Angleterre, France, Grèce). La distanciation physique est également confirmée dans la plupart des pays (17 pays et territoires sur 20), bien que certains répondants qui étaient bien avancés dans la réouverture indiquent que cela ne s'appliquait qu'aux enseignants (Australie) ou seulement aux élèves plus âgés (écoles supérieures d'Islande).

Les mesures d'hygiène (lavage fréquent des mains, toilettes) sont couramment rapportées, mais le nettoyage des écoles l'est moins. Certains pays ont suspendu les transports scolaires (Belgique) ou les exploitent à moitié pour garantir la distanciation (Portugal, Sénégal). Le port d'un masque est mentionné dans les recommandations de 11 pays et territoires, mais en Angleterre, les recommandations précisent que le port d'un masque n'est pas obligatoire. La plupart des pays décrivant des changements concernant la restauration scolaire déclarent que les cantines seraient fermées (Allemagne, Pays-Bas) et certains pays demandent aux parents d'apporter le déjeuner de leurs enfants (Philippines, France).

Les changements dans les règles de circulation au sein des écoles (10 pays et territoires sur 20) et les changements d'horaires (13 sur 20) visent à obtenir un espacement et un éloignement minimal

des élèves. Les stratégies comprennent également la rotation de petits groupes pendant 1 ou 2 jours par semaine (Belgique) ; l'échelonnement des heures de début et de fin des cours (par exemple au Portugal), ce qui évite également de se déplacer aux heures de pointe ; l'échelonnement des heures de pause et de déjeuner (Tunisie). La réduction des déplacements des élèves dans les écoles (Australie), l'interdiction pour les parents de se rendre sur place (Pays-Bas) et la mise en place d'un système à sens unique (Angleterre) sont également observées pour maintenir l'éloignement.

Les répondants de 14 pays et territoires décrivent les modalités d'éducation sur la pandémie dans le contexte scolaire. Plusieurs d'entre eux possèdent des dispositifs d'éducation de la population générale sur le COVID-19 qui peuvent être utilisés par les écoles. Ils peuvent consister en la conception de jeux/vidéos pour les jeunes enfants afin de transmettre des messages sur le lavage des mains (Angleterre, Suisse), ou l'adaptation du contenu de programmes de santé existants pour aborder des sujets liés à la pandémie (Finlande, Nouvelle-Calédonie). En Namibie, un effort concerté a été fait pour mettre en place un centre d'éducation afin de lutter contre les fake news qui sera intégré à leur stratégie. Seules les personnes interrogées en France rapportent la contribution des infirmières scolaires aux discussions sur le COVID-19 avec les élèves et le personnel.

Comment les répondants ont perçu les facteurs favorables et les obstacles à la réouverture

Il est ressorti des réponses que la réouverture des écoles se déroule mieux si

les équipes scolaires, les autorités locales et les élèves/les familles communiquent bien et coopèrent pour préparer le retour.

L'accompagnement des équipes est facilitatrice pour mettre en place les protocoles. L'implication des directeurs d'écoles et des principaux de collège est déterminant pour la réussite de la mise en œuvre concrète et la résolution des difficultés pratiques. Un autre point déterminant est le travail collaboratif avec les collectivités locales en responsabilité des locaux, en particulier les Mairies. [France]

Une bonne préparation, à la fois administrative et pédagogique. Une information individuelle sur les conditions de réouverture. [Tunisie]

La bonne préparation et le dialogue entre les autorités, les réseaux scolaires et les syndicats d'enseignants sur une base hebdomadaire pour faciliter des réponses agiles. [Belgique]

Coopération de tous, large diffusion des informations, mise à disposition de pro-

cédures et de matériaux d'hygiène [Nouvelle-Calédonie].

Des informations cohérentes et adaptées, une formation pertinente et la fourniture d'équipements appropriés – conduisant à une bonne adoption des mesures au sein de l'école – sont jugées très importantes. En effet, des recommandations trop compliquées ou confuses sont interprétées par certains comme un moyen pour le gouvernement de se protéger contre les contestations, tout en n'aidant pas ceux qui doivent les mettre en œuvre :

L'État se couvre tellement qu'il est impossible de bien travailler. 54 pages avec tellement de recommandations et de règles compliquées qu'il ne donne pas vraiment envie d'ouvrir des écoles. [France]

Nombreux sont ceux qui décrivent la combinaison de modifications des locaux et de changements des schémas de circulation dans les écoles comme le moyen de préparer un retour réussi (tableau 2).

Modification des locaux	Modification des modes de circulation
Réduction du nombre de bureaux dans une salle de classe	Introduction d'un système à sens unique dans les couloirs
Ajout de postes de lavage des mains / d'assainissement	Maintien des élèves dans la même classe, même pour le déjeuner
Délimitation, dans les cours d'école, de zones où les groupes d'une seule classe peuvent être séparés des autres groupes	Décalage des heures de début et de fin, des pauses et des heures de déjeuner
	Demande aux parents de ne pas venir sur les lieux

Tableau 2 – Mesures logistiques rapportées par les répondants à l'enquête

Si les personnes interrogées reconnaissent que ces mesures sont conformes aux recommandations nationales ou territoriales en matière de santé publique, certaines s'inquiètent des modalités pratiques de mise en œuvre dans les écoles. Certains locaux ne disposent pas d'un espace suffisant pour la distanciation physique. Ils estiment que du personnel enseignant supplémentaire est nécessaire, mais qu'il n'y a pas de ressources pour le recruter. Ils sont préoccupés par le manque d'équipement nécessaire, notamment de masques et d'outils de nettoyage en profondeur, et même d'un approvisionnement en eau fiable.

Nous sommes une grande école avec peu de marge de manœuvre dans le respect du protocole : couloirs étroits, un seul étage, peu d'escaliers. [France]

L'approvisionnement en eau potable de certaines écoles dans certaines régions demeure un défi et le ministère de l'Éducation, des Arts et de la Culture travaille actuellement sur ce dossier avec le ministère de l'Agriculture, des Eaux et des Forêts. [Namibie]

Un certain nombre de personnes interrogées s'inquiètent de recevoir des recommandations incohérentes et changeantes. D'autres craignent que le temps imparti pour la préparation ne soit pas suffisant pour mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires.

Les ordres et les contre-ordres, le manque de communication de la part des représentants du Ministère. [France]

Trop peu de temps pour s'organiser à partir du moment où les décisions sont

prises par le Conseil National de Sécurité. [Belgique]

Les personnes interrogées qui attendent encore des recommandations craignent concrètement qu'elles ne soient publiées juste avant les dates de réouverture prévues, dont beaucoup devraient correspondre au début normal de la nouvelle année scolaire, et qu'il n'y ait pas le temps de les mettre en œuvre de manière satisfaisante. Ils souhaitent des recommandations claires et flexibles, adaptées au contexte local, et un partage des bonnes pratiques.

Donner la liberté de décision à chaque école, en fonction de ce dont elle dispose comme ressources. Nous devons nous ouvrir aux questions sociales, psychologiques et économiques. Donner une indépendance d'action à chaque Région en Italie, car les besoins et la culture sont différents d'une région à l'autre. [Italie]*

Nécessité d'une réflexion et d'un engagement plus larges sur la manière de réduire la menace du coronavirus dans les écoles. Fournir des recommandations pratiques/une évaluation pour permettre l'ouverture des écoles. [Ouganda]*

Il sera important de maintenir la flexibilité et de modifier les approches en fonction des besoins et de garantir l'apprentissage et le partage des bonnes pratiques. [République de Moldavie]*

Certains estiment que ceux qui ont créé les recommandations devraient améliorer leur compréhension du secteur de l'éducation.

Nous avons besoin de plus de communication et de sensibilisation de la

communauté éducative. [Sénégal]

L'enquête présentait une question spécifique sur l'approche éducative/pédagogique des écoles pendant la pandémie, mais la plupart des répondants n'ont pas abordé cette question au-delà de la description des matériels éducatifs pour les sujets liés à la pandémie, comme indiqué ci-dessus. Des commentaires concernant l'impact sur l'éducation et la nécessité de maintenir un modèle d'apprentissage hybride ont toutefois été formulés ailleurs dans leurs réponses ouvertes.

Certains anticipent un programme complexe d'apprentissage hybride continu, où les élèves fréquenteraient l'école une partie de la semaine et continueraient à apprendre à la maison le reste du temps. Certains répondants questionnent l'impact des mesures de santé sur leur approche éducative – comme la réduction de la taille des classes, la fréquentation à temps partiel et la cohérence nécessaire entre l'apprentissage à l'école et à distance.

L'infrastructure physique n'est pas préparée à une réouverture partielle ; l'accueil d'un nombre limité d'élèves à la fois ; la disponibilité des parents pour s'adapter aux différentes exigences n'est pas garantie en raison de leurs conditions de travail et de vie... Il faut également de nouvelles méthodes pédagogiques et techniques de communication qui garantissent que la plupart des travaux scolaires liés à la réduction du temps physique en classe peuvent être effectués à la maison. [Allemagne]

D'autres souhaitent un retour à une scolarité normale en personne dès que

possible. Au moment de l'enquête, une minorité de pays et territoires se trouve dans une deuxième phase de réouverture où la distanciation sociale a cessé chez les élèves, mais où les enseignants sont toujours protégés.

À partir du 4 mai, les écoles maternelles et obligatoires (2 à 15 ans) sont revenues à la normale après avoir été soumises à des restrictions de scolarisation avec des groupes de 20 élèves et une distance d'au moins deux mètres dans les écoles obligatoires et de très petits groupes d'enfants (5) dans les écoles maternelles. Les enseignants doivent toujours maintenir la distance de deux mètres et désinfecter les écoles. [Islande]

Certains s'inquiètent du fait que les enfants ayant le plus besoin d'aide ne soient pas encore revenus à l'école, car les parents ont eu le droit de décider du retour ou non de leurs enfants.

Le retour des enfants ayant des difficultés scolaires aurait été bénéfique, mais en raison du volontariat des familles, ce sont ces enfants qui ne reviennent pas pour la plupart. [France]

Au-delà des difficultés de connexion aux plateformes d'apprentissage à distance mentionnées plus haut, certains élèves ne s'engagent pas dans ces travaux et une supervision adéquate est difficile.

Tous les élèves ne sont pas disciplinés dans l'apprentissage en ligne, et il y a moins de place pour la supervision. [Fédération de Russie]

Les participants expriment également avec force leur tristesse et leur frustra-

tion face aux conditions engendrées par la mise en œuvre des recommandations – la nature même de l'école en est changée, les élèves en subissent les effets négatifs et les enseignants se trouvent dans une situation d'impuissance pour y remédier.

Une grande colère mêlée de honte à accueillir les élèves dans de telles conditions, en faisant croire (...) que tout va bien, que tout est prêt (...). Les élèves sont tristes (et nous leur faisons peur avec les masques que nous portons) et nous ne pouvons pas les consoler à cause des gestes barrières... J'ai honte de présenter aujourd'hui ce que je ne peux nommer « école » d'aujourd'hui. [France]

Plusieurs répondants concluent qu'il est nécessaire d'adapter le programme scolaire pour préparer les étudiants aux futures crises afin d'avoir une population nationale résiliente.

Développer un véritable programme autour des compétences exécutives et de communication (pas l'utilisation d'internet mais bien : savoir communiquer avec les autres) pour les enfants d'aujourd'hui pour que les adultes de demain sachent mieux faire face collectivement aux crises de tous ordres qu'ils vivront inévitablement. [France]

Un répondant voit également l'opportunité d'introduire des thèmes de vie plus profonds et souvent négligés aux étudiants, notamment la mort, le deuil et la place de l'étudiant dans son propre monde social.

Il faut profiter de la circonstance pour introduire, auprès des élèves, d'autres

thèmes essentiels à travers l'éducation non formelle : la méditation, la mort, le deuil, le sens de la vie, la philosophie vue comme manière de vivre, d'être heureux et utile à sa communauté et au monde. Ces thèmes ont été trop longtemps évacués, au profit d'autres, utilitaires... [Haïti]

Certains soulignent le besoin que les enseignants soient responsabilisés et que confiance leur soit donnée pour prendre les bonnes décisions pour leurs écoles. Une nouvelle vision de l'éducation pourrait créer une expertise spécifique en matière d'apprentissage à distance, avec les ressources et les motivations appropriées.

Nous avons besoin de plus de fonds, d'enseignants mieux formés avec de meilleures conditions de travail, de postes d'enseignement différenciés, y compris des enseignants à distance disposant des mêmes droits professionnels, des heures de travail et des revenus garantis et plus de recherche sur la bonne utilisation des TIC dans l'éducation contemporaine : moins de papier, de nouveaux contenus, de nouveaux programmes. [Grèce]

DISCUSSION

Les données de cette enquête ont fourni une base à partir de laquelle nous avons essayé de répondre à nos questions initiales en utilisant l'expérience et le point de vue des professionnels de la santé et de l'éducation dans ce domaine. Les limites de l'étude sont liées aux caractéristiques de la méthodologie employée dans ce type de protocole de recherche « en temps réel ».

L'enquête consiste en une étude transversale pendant une période d'un mois durant la pandémie, et elle n'a donc pas pu suivre l'évolution de l'expérience de

tous les pays et de toutes les personnes qui ont répondu. Elle reflète les différentes étapes de l'évolution pandémique à un moment donné et l'état de préparation des gouvernements nationaux. Nous nous sommes appuyés sur les rapports des répondants avec le contenu de leurs recommandations nationales ou territoriales plutôt que de consulter et d'analyser le contenu des recommandations elles-mêmes. L'enjeu était de comprendre leur façon d'utiliser les recommandations et les priorités qui en découlent.

Au moment de l'enquête, en mai-juin 2020, le COVID-19 s'était répandu en Asie, était particulièrement répandue en Europe mais venait à peine de pénétrer en Afrique et en Amérique. Nos répondants ont collectivement apporté des perspectives de toutes les régions du monde. Dans tous les pays sauf un (Burundi, Afrique), les écoles avaient été fermées : les pays et territoires qui ont déclaré avoir accès à des recommandations nationales de réouverture représentaient en grande partie le Nord, tandis que ceux qui attendaient encore étaient principalement des pays à faible revenu intermédiaire du Sud.

Certains territoires sont assez avancés dans leur réouverture des écoles, et beaucoup ont noté avec soulagement qu'aucune augmentation des contaminations n'en résultait à ce moment-là. Bien que les preuves restent solides que la transmission au sein des communautés scolaires est faible, la transmission aux adultes dans la communauté environnante ris-que de provoquer de nouvelles perturbations. Des retours plus récents au confinement local (par exemple, dans l'État de Victoria, en Australie) nous

rappellent que les évolutions incertaines de la pandémie continueront d'exposer les écoles à des périodes de fermeture. Il est essentiel que la fermeture et la réouverture ultérieure des établissements scolaires se fassent de manière réfléchie et que des stratégies éducatives efficaces soient formulées afin de ne pas accroître davantage les inégalités révélées par la pandémie. Des chercheurs canadiens, par exemple, ont rapporté en juillet 2020 une estimation selon laquelle l'écart de réussite socioéconomique entre les élèves canadiens de 15 ans les plus et les moins démunis pourrait augmenter de 30 % avec une interruption de longue durée de leur éducation. De plus, cela pourrait affecter chez eux la volonté de poursuivre un diplôme d'études secondaires.

En ce qui concerne la gestion du processus de réouverture des écoles, l'analyse montrent que les personnes interrogées partagent les préoccupations de la population générale. Elles se questionnent sur leur propre sécurité et celle des autres personnes. Des problèmes d'ordre psychologique ont été signalés. Le caractère soudain de la fermeture a nécessité des réponses rapides pour garantir l'éducation, notamment sous forme virtuelle. La flexibilité et la bonne capacité d'adaptation des enseignants – dont la reconnaissance est insuffisante – ont été saluées. En effet, ils continuent d'innover rapidement pour assurer la continuité scolaire à domicile, tout en étant invités à préparer un retour à l'école dans des conditions très différentes. Les participants se sont montrés très préoccupés par le sort des élèves qui vivent dans des conditions difficiles à la maison et par l'impact d'une fermeture prolongée sur leur éducation. Certains

élèves peuvent être contraints de chercher du travail pour subvenir aux besoins de leur famille dans des régions où l'impact économique a été très sévère. Certains répondants ont réfléchi davantage à l'impact national à long terme d'une génération qui risque d'être délaissée pendant cette crise par le système éducatif. Pour toutes ces raisons, et aussi le symbolisme fort de la réouverture des écoles, annonciateur d'une situation nationale plus positive, un fort désir de retour a été exprimé.

La santé psychologique et le bien-être des enseignants ont été affectés par les conséquences de la pandémie sur leur vie personnelle et professionnelle. Elle nous a été rapportée en termes de fatigue, d'anxiété et d'incertitude. La réouverture réussie et durable des écoles dépend de professionnels résilients. On peut établir un parallèle avec le travail effectué par les enseignants en Afrique pendant la pandémie de VIH/sida : leurs propres craintes personnelles et le fait de voir l'impact de la perte d'un membre de la famille sur les élèves ont provoqué d'importants problèmes de santé mentale. Des interventions de groupes de soutien peuvent être nécessaires pour accroître la résilience des équipes scolaires et – grâce à cette capacité et une force de compassion accrues – pour soutenir les élèves et les familles. Là encore, des liens étroits avec les professionnels de la santé au niveau de l'école faciliteraient l'orientation et le conseil.

Concernant la perception des recommandations, les répondants considèrent qu'elles émanent essentiellement des acteurs des politiques de santé. Les mesures de santé publique sont décrites de

manière très détaillée et les questions éducatives le sont beaucoup moins. Les recommandations reflètent les mesures de santé publique plus générales prises au niveau national – principalement la distanciation sociale et une attention particulière à l'amélioration de l'hygiène. Selon les pays, la perception des parties prenantes quant à l'autonomie des écoles dans la mise en œuvre de ces réglementations varie fortement en fonction de leur contexte : la plupart estiment qu'il existe une certaine souplesse, mais tous apprécient le sérieux du respect strict des mesures d'hygiène. Des exemples ont été donnés de ressources qui ont été créés ou adaptés pour éduquer les enfants et les jeunes sur les différents aspects de la pandémie et du retour à l'école, y compris un meilleur lavage des mains, des stratégies de bien-être et une éducation critique aux médias. Nous avons constaté la quasi absence de retours sur l'apport des infirmières scolaires ou d'autres professionnels de la santé.

Comme nous l'avons déjà observé, il existe deux processus de traduction (au sens sociologique de Callon, 1985) différents, bien qu'interconnectés (Nordin et al., 2019). Le premier va des recommandations internationales au niveau national. À la date de l'enquête, plus de la moitié des pays et territoires ne diffusaient pas de recommandations pour les écoles. Pour ceux qui l'ont fait, les recommandations allaient d'instructions très détaillées de 54 pages (par exemple, Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports, 2020) à des documents simples et ouverts (par exemple, le CDC, 2020). Toutes ne font pas référence aux documents des Nations Unies. Pendant la crise de Covid-19, le processus

de traduction entre le niveau mondial et le niveau national a semblé être entravé par le fait que la lutte contre l'épidémie a été considérée comme une question de sécurité nationale plutôt que mondiale. Une analyse plus approfondie des recommandations nationales après la réouverture des écoles dans tous les pays sera nécessaire pour voir de quelle manière les recommandations mondiales ont influencé les documents nationaux. Le deuxième processus de traduction du national au local s'est également révélé tout sauf linéaire. Certains répondants n'étaient pas au courant de l'existence de telles recommandations, ce qui pose la question de la communication entre les administrations centrales et le niveau local. En outre, les personnes interrogées déclarent que, dans de nombreux cas, les règles nationales ne s'adaptent pas au contexte local parce que les personnes qui émettent les recommandations doivent mieux comprendre le secteur de l'éducation. Au niveau local, le processus de réouverture est très complexe et comprend des questions sociales et éducatives en plus des défis sanitaires. Les recommandations ne semblent être qu'un déterminant supplémentaire, parmi beaucoup d'autres, de ce qui conditionne les pratiques à l'échelle des écoles (Jourdan, 2011). La mise en actes des recommandations de réouverture peut être caractérisée comme un processus non linéaire et quelque peu complexe de double traduction.

Ces questions de traduction doivent être prises en compte sérieusement car la cohérence des actions à différents niveaux de gouvernance – transnational, national, régional et local – est considérée comme essentielle pour l'efficacité des

politiques visant à améliorer la santé et le bien-être ainsi qu'à réduire les inégalités (Marmot, 2010 p. 34). Il est nécessaire de trouver un bon équilibre entre les recommandations (qui offrent un cadre pour l'action et rassurent les populations) et les adaptations locales (il existe des différences importantes d'une école à l'autre en raison des installations, du personnel, du nombre d'élèves). Des études complémentaires sont nécessaires pour analyser les trajectoires entre les recommandations internationales et les politiques nationales et locales liées aux documents de soutien à la réouverture.

Pour ce qui est de la description des facteurs favorables, des obstacles et des solutions concrètes en matière de réouverture des écoles, et de l'identification des ressources encore nécessaires, la cohérence des informations et un délai de mise en œuvre suffisant sont considérés comme des facteurs favorables essentiels. Des partenariats constructifs entre les écoles, les familles, les autorités locales et les syndicats d'enseignants doivent également être encouragés. Des obstacles importants à la réouverture sont apparents au niveau des locaux individuels (manque d'espace pour la distanciation physique, manque d'eau, manque de personnel, manque d'équipement). L'incohérence des recommandations émises juste avant la réouverture est une crainte pour les répondants des pays qui attendaient encore une réponse nationale stabilisée. Certains répondants estiment que ceux qui publient les recommandations doivent mieux comprendre le secteur de l'éducation. Ils décrivent également le besoin permanent d'une approche hybride de l'apprentissage qui ne désavantage pas

les enfants et les jeunes vivant dans des circonstances difficiles, car la pandémie est loin d'être terminée et la fréquentation physique à temps partiel des élèves est le seul moyen de s'éloigner dans de nombreuses écoles. Certains voient dans la crise de grandes opportunités : renforcer les compétences des professionnels de l'éducation dans les méthodes pédagogiques hybrides ; introduire des thématiques plus fondamentales sur la vie et la mort qui sont habituellement négligées ; et créer des générations futures d'adultes résilients à même de faire face aux crises futures. Pour ce faire, les décideurs politiques doivent donner aux enseignants les moyens et la confiance nécessaires pour qu'ils fassent le meilleur pour leurs élèves et leurs écoles.

En notant l'absence relative d'infirmières scolaires – ou de tout autre professionnel de santé local – dans les rapports, nous pensons qu'il existe une réelle possibilité d'accroître le travail intersectoriel. Un représentant des infirmières scolaires a réfléchi aux activités qu'elles peuvent apporter aux écoles, dotées de connaissances locales et soutenues par leurs réseaux nationaux : « *continuer à évaluer les données disponibles, les intégrer aux connaissances préalables sur la lutte contre les infections, tirer parti de la planification de la préparation aux situations d'urgence, plaider en faveur d'une distribution équitable des services, accéder à des ressources fondées sur des données probantes, planifier les interventions dans les écoles et évaluer constamment les résultats pour améliorer les approches* » (MacDonald, 2020 voir également le chapitre 9 de cet ouvrage). Des liens plus étroits avec les professionnels de la santé publique et

des soins de santé au niveau des écoles locales peuvent également avoir facilité l'accès aux équipements de protection individuelle et aux produits d'hygiène. Dans de nombreux pays, ce service a été confronté à des réductions de financement au cours de la dernière décennie, mais le moment est venu de renforcer le rôle conseiller et soutien opérationnel des professionnels de la santé auprès des écoles de leur communauté.

CONCLUSIONS

Les professionnels de l'éducation et de la santé du monde entier tentent de donner un sens aux recommandations sur la réouverture des écoles et de la mettre en œuvre dans un contexte de préoccupations pour eux-mêmes et pour les familles et les communautés qu'ils servent. Bien qu'ils puissent être gênés par des informations incohérentes, le manque de temps et de ressources, cette enquête montre que des partenariats efficaces entre les différentes parties prenantes au niveau local – familles, équipes scolaires, autorités locales et syndicats – peuvent permettre de surmonter les inquiétudes et les difficultés pour rendre possible la réouverture des écoles. Dans le monde entier, ces professionnels s'accordent à dire que la fermeture prolongée des écoles n'est pas dans l'intérêt des élèves, des familles ni des pays dans lesquels ils vivent. Le manque d'investissement dans l'éducation, et les inégalités profondément ancrées, ont aggravé la difficulté de la situation.

L'Internationale de l'éducation a publié un document politique intitulé « En avant vers l'école » en juillet 2020. Ce rapport s'appuie sur les points de vue d'éducateurs du monde entier dans des

contextes variés ; nos conclusions sont conformes aux cinq domaines essentiels sur lesquels, selon eux, les gouvernements doivent mettre l'accent pour préparer le retour à l'éducation dans les écoles en toute sécurité et pour atténuer l'impact des fermetures prolongées sur les élèves et les éducateurs :

- Engager un dialogue social et politique
- Assurer la santé et la sécurité des communautés éducatives
- Faire de l'équité une priorité absolue
- Favoriser le bien-être physique et émotionnel et le rétablissement
- Faire confiance au professionnalisme des éducateurs

Cette logique imprévisible de fermeture et de réouverture devrait persister à l'échelle mondiale dans un avenir prévisible, jusqu'à ce qu'un vaccin et/ou un traitement soit disponible pour l'infection par le coronavirus SRAS-CoV-2. Il est donc important de réfléchir en profondeur à ce que nous ont appris ici les professionnels qui n'ont pas d'influence sur les politiques nationales mais doivent vivre avec leurs conséquences. Leur connaissance de la réalité scolaire comme leur créativité sont des atouts majeurs dans la lutte contre les épidémies.



Notes

1. Article rédigé par Nicola Gray et Didier Jourdan. Il a été soumis à la revue *Health Education*.
2. Pour les citations directes utilisées dans cette section, le pays de la personne interrogée est indiqué entre crochets. Les citations des répondants des pays qui attendent encore des conseils sont signalées par un astérisque (*) à côté du nom du pays.



Références

- Centers for Disease Control and Prevention (2020), «Schools Decision Tree», accessible à <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/Schools-Decision-Tree.pdf> (consulté le 19 Juillet 2020)
- Creswell, J.W. and Creswell, J.D. (2017), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Giannini, S., Jenkins, R. & Saavedra, J. (2020), «Reopening schools: When, where and how?», *UNESCO News*, 13 Mai 2020, accessible à <https://en.unesco.org/news/reopening-schools-when-where-and-how> (consulté le 19 Juillet 2020).
- Haack, C., & Lefebvre, P. (2020), «Pandemic school closures may increase inequality in test scores», *Canadian Public Policy*, 46(S1), S82-S87. <https://doi.org/10.3138/cpp.2020-055>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S.E. (2005), «Three approaches to qualitative content analysis», *Qualitative Health Research*, Vol. 15 No. 9, pp.1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Education International (2020), «Forward to School», accessible à <https://www.ei-ie.org/en/detail/16862/learning-from-one-another-ei-publishes-forward-to-school> (consulté le 19 Juillet 2020).
- Jourdan, D. (2011), *Health education in schools: the challenge of teacher training*, INPES, Paris.
- Jourdan, D. « Réouverture des écoles : Sur quels savoirs s'appuyer ? », *The Conversation*, 21 Avril 2020, accessible à <http://theconversation.com/reouverture-des-ecoles-sur-quels-savoirs-sappuyer-136759> (Consulté le 31 août 2020).
- Jourdan, D. « Rouvrir les écoles : Premiers retours d'expérience », *The Conversation*, 29 Avril 2020, accessible à <http://theconversation.com/rouvrir-les-ecoles-premiers-retours-dexperience-137471> (Consulté le 31 août 2020).

- Jourdan, D. « Toutes les questions que vous vous posez sur la rentrée scolaire au temps de la Covid-19 », The Conversation, 30 Août 2020, accessible à <http://theconversation.com/toutes-les-questions-que-vous-vous-posez-sur-la-rentree-scolaire-au-temps-de-la-covid-19-145052> (Consulté le 31 août 2020).
- Jourdan, D., Gray, N. Laporte, R. (2020), « Comment organiser le retour des élèves atteints de maladies chroniques ? », The Conversation, 26 Mai 2020, accessible à <http://theconversation.com/comment-organiser-le-retour-des-eleves-atteints-de-maladies-chroniques-139327> (consulté le 19 Juillet 2020).
- Jourdan, D., Marmot, M., & Gray, N. (2020), «Coronavirus: There is an urgent need to re-open schools – this is how to make it happen», The Conversation, 5 Mai 2020, accessible à <http://theconversation.com/coronavirus-there-is-an-urgent-need-to-re-open-schools-this-is-how-to-make-it-happen-137818> (consulté le 19 Juillet 2020).
- Kuhfeld, M. & Tarasawa, B. (2020), «The COVID-19 slide: What summer learning loss can tell us about the potential impact of school closures on student academic achievement», NWEA, Portland, OR, USA, Avril 2020, accessible à http://www.nwea.org/content/uploads/2020/05/Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf (consulté le 19 Juillet 2020).
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. & Geddes, I. (2010), The Marmot review: fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010, Institute of Health Equity, London.
- McDonald, C.C. (2020), "Reopening schools in the time of pandemic: look to the school nurses", Journal of School Nursing, Vol. 36 No. 4, pp.239-240. <https://doi.org/10.1177/1059840520937853>
- Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports (2020), « 22 juin, accueil de tous les élèves des écoles et collèges », accessible à <https://www.education.gouv.fr/22-juin-accueil-de-tous-les-eleves-des-ecoles-et-colleges-303546> (consulté le 19 Juillet 2020).
- Nordin, L.L., Jourdan, D., & Simovska, V. (2019), «(Re)framing school as a setting for promoting health and well-being: A double translation process», Critical Public Health, Vol. 29 No. 3, pp.325–336. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1449944>
- Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S., Ross, D.A., Afifi, R., Allen, N.B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C. and Kakuma, R. (2016), «Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing», The Lancet, Vol. 387 No. 10036, pp.2423-2478.
- Roman, T. (2020), «Supporting the mental health of preservice teachers in covid-19 through traumainformed educational practices and adaptive formative assessment tools», Journal of Technology and Teacher Education, Vol. 28 No. 2, pp.473-481. accessible à <https://www.learntechlib.org/primary/p/216363/> (consulté le 19 Juillet 2020).
- UNESCO (2020a), «Education: From disruption to recovery», accessible à <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse> (consulté le 19 Juillet 2020).
- UNESCO (2020b), «Framework for reopening schools», UNESCO Digital Library, accessible à <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373348> (consulté le 19 Juillet 2020)
- Victoria Government Australia (2020), "Coronavirus restrictions Victoria", accessible à <https://www.vic.gov.au/coronavirus-covid-19-restrictions-victoria> (consulté le 19 Juillet 2020).
- Viner, R.M., Russell, S.J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C. and Booy, R. (2020), "School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID- 19: a rapid systematic review", The Lancet Child & Adolescent Health, Vol. 4 No. 5, pp.397-404 [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X).
- Wood, L., Ntaote, G.M. & Theron, L. (2012), "Supporting Lesotho teachers to develop resilience in the face of the HIV and AIDS pandemic", Teaching and Teacher Education, Vol. 28 No. 3, pp.428-439. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2011.11.009>

“ *Les objectifs de santé sont indissociables des objectifs éducatifs. Les écoles qui promeuvent la santé sont d'abord et avant tout des écoles où l'éducation offerte aux élèves est de haute qualité.* ”

Union Internationale de Promotion et d'Éducation à la Santé



SOUTENIR LES ÉCOLES ET LES ÉTABLISSEMENTS DANS LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DE TOUS LES ÉLÈVES ¹

Une approche réaliste fondée sur les données disponibles concernant les déterminants de la santé, la situation réelle des écoles, les pratiques des professionnels et les mécanismes de changement dans les systèmes éducatifs

FAIRE DE CHAQUE ÉCOLE UNE BASE SOLIDE POUR LA SANTÉ DES ÉLÈVES

La santé des enfants et des adolescents est influencée par un ensemble complexe de facteurs culturels, environnementaux, sociaux et économiques. La pandémie de Covid-19 a mis en avant le fait que c'est en tant que milieu de vie où ils passent une grande partie de leur vie quotidienne et espace privilégié d'éducation que l'école a une influence sur la santé de chaque jeune (OMS, 2016). Les enjeux de santé à l'école sont considérables (Jourdan, 2011), notamment parce que les interventions précoces ont un impact plus important que les interventions visant à réduire les risques et à rétablir la santé à l'âge adulte (Hanson & Gluckman, 2011).

À l'échelle mondiale, nombre d'initiatives ont été lancées pour contribuer à la santé des enfants et des adolescents. La plupart ont utilisé les écoles pour mettre en œuvre des interventions thématiques (par exemple dans les champs de la nutrition, la santé mentale, la toxicomanie, la sexualité, les parasites...). Les écoles sont dans ce cas considérées comme un moyen pratique et stratégique pour atteindre la majorité des enfants et des adolescents (Faggiano et al., 2014 ; Alemán-Díaz et al., 2018).

Ont également été élaborées des « approches milieu », c'est à dire des stratégies visant à agir de diverses façons sur les politiques et les pratiques, à remodeler les environnements, à établir des partenariats, à apporter des changements durables dans le cadre scolaire (Whitlaw et al., 2001). Elles sont fondées sur

les données scientifiques qui montrent que « lorsqu'il existe une cohérence entre les politiques et les pratiques des écoles en matière d'inclusion sociale, d'engagement envers l'éducation et la santé, les résultats scolaires sont améliorés, le bien-être social et émotionnel augmente et les comportements à risque sont réduits » (IUHPE, 2010).

Ces « approches milieu » ont été conçues dans différents contextes par :

1. des institutions du secteur de la santé – c'est le cas des écoles promotrices de santé (OMS, 2019), de l'Approche Globale de la Santé en milieu scolaire (Comprehensive Schools Health) ;
2. le secteur de l'éducation comme l'approche globale (Whole School-Whole Community-Whole Child) (ASCD, 2014), l'éducation à la santé critique (Critical Health Education) (Leahy & Simovska, 2017) ou
3. sur la base d'un partenariat intersectoriel comme les écoles bonnes et en santé (Gute Gesunde Schule) (Paulus, 2009) ou l'approche FRESH « Focusing Resources on Effective School Health » (FRESH, 2014), « Apprendre à mieux vivre ensemble » (Jourdan, 2012) et d'autres.

Ces approches diffèrent selon l'objectif visé (amélioration de la santé ou de la réussite scolaire ou les deux), la portée (la santé uniquement ou la santé dans le cadre du développement durable) et les domaines couverts (la politique d'établissement ou l'enseignement ou les deux) avec des cadres nationaux (par ex. Aldinger & Vince, 2009) et des systèmes d'accréditation (par ex. Lee et al., 2014) développés de différentes manières selon le contexte et les cultures des pays.

D'une façon générale, la promotion de la santé en milieu scolaire peut être définie comme une stratégie, c'est à dire un ensemble d'actions intersectorielles coordonnées au niveau national, régional, local et scolaire, visant à améliorer et/ou à protéger la santé et le bien-être de tous ceux qui apprennent et travaillent dans les écoles. La réduction des inégalités est au cœur même de ces approches.

Bien qu'il existe une quantité considérable de données sur la pertinence de telles approches globales, notamment les écoles promotrices de santé (cf. p. ex. Langford et al., 2014), seuls quelques pays ont réussi à les mettre en œuvre à grande échelle (OMS, 2018). La question principale est alors de savoir comment créer les conditions pour que chaque école, dans la grande variété des contextes éducatifs, puisse adopter des pratiques ayant une influence positive sur la santé, dans la vie quotidienne de l'école (Jourdan & Lombrail, 2016).

Dans ce chapitre, nous examinons les défis liés à la mise en œuvre de politiques et de pratiques ayant une influence positive sur la santé à l'échelle des écoles, la nécessité de développer des méthodes pertinentes de production et de partage des connaissances et le rôle des professionnels de la santé dans ce domaine. Nous avons adopté une perspective réaliste et pragmatique fondée sur les leçons tirées des succès et des échecs dans l'application des réformes et des innovations à grande échelle dans les systèmes scolaires. Nous avons cherché à répondre à trois questions : que généraliser, comment et à quelles conditions ? Cette réflexion d'ensemble est susceptible d'offrir un cadre aux démarches de

préparation des écoles à la gestion des crises sanitaires.

POURQUOI « CE QUI MARCHE » NE MARCHE TOUJOURS PAS ?

Un article récent publié dans le *Lancet Psychiatry* a provoqué un émoi significatif sur les réseaux sociaux. Caldwell et coll. (2019) ont publié une étude financée par le National Institute for Health Research (NIHR) du Royaume-Uni sur les interventions en milieu scolaire pour prévenir l'anxiété et la dépression chez les enfants et les jeunes. Les auteurs concluaient « il y a peu de preuves que les interventions en établissement éducatif axées uniquement sur la prévention de la dépression ou de l'anxiété soient efficaces... et l'effet bénéfique observé dans les méta-analyses précédentes est peut-être un artefact ». L'échec de telles approches ciblées est courant dans l'éducation. En effet, l'étude d'un grand nombre de réformes ou d'innovations en matière d'éducation y compris celles qui ont été fondées sur des données probantes sont décevants (Bryk et coll., 2015). Une fois mis en œuvre et évalués dans leur contexte, ceux-ci produisent pas les effets positifs escomptés. Dès 1995, Tyack et Cuban ont attribué les échecs des réformes de l'éducation à l'insuffisante prise en compte, au cours du processus de mise en œuvre, des contextes ainsi que des visions et des habitudes du personnel (leur « grammaire d'enseignement »). Les difficultés sont liées au fait que les programmes concernent le plus souvent des dimensions spécifiques et très limitées de la vie scolaire.

Ceux qui tentent de mettre en œuvre de nouvelles approches ne tiennent pas compte de la cohérence globale de la pédagogie, des contraintes qui affectent

l'activité (gestion collective, organisation des classes, hétérogénéité des élèves, programmes, ressources disponibles...), de la vision et des pratiques habituelles des professionnels (Cèbe & Goigoux, 2018).

En outre, il existe des différences majeures entre les écoles au sein d'un système éducatif donné, « l'écart par rapport à la norme étant la règle générale » (OCDE, 2015). L'école standard n'existe pas en raison des différences dans les besoins des élèves, des ressources humaines en particulier le taux de rotation des enseignants et des directeurs d'école, du leadership, de la taille de l'école, de la localisation (rural ou urbain), des contextes socio-économiques. Les données produites sont contextualisées et il est souvent difficile de tirer des conclusions générales pertinentes pour toutes les écoles.

Nous devons tirer les leçons de ces échecs et cesser d'exhorter les écoles à mettre en œuvre des programmes qui ne correspondent pas nécessairement à leurs besoins. C'est ce que Bryk appelle le « solutionnisme » (Bryk, 2015) : « il y a un problème, il y a une solution, il suffit de la mettre en œuvre... mais cela ne fonctionne pas » (Fullan, 2007). La question est de savoir comment aider toutes les écoles à promouvoir la santé des élèves en contexte épidémique comme en contexte ordinaire. Pour ce faire, nous devons savoir quoi mettre en œuvre et comprendre pourquoi cela ne fonctionne pas dans toutes les écoles. Nous devons identifier les différents types de données scientifiques existantes sur l'intégration efficace des innovations et des réformes dans les systèmes scolaires.

QUE GÉNÉRALISER ?

Pour savoir que généraliser, il convient de revenir à l'analyse des déterminants de la santé des enfants et adolescents et identifier les pratiques ayant un impact significatif sur ces déterminants (Chaire UNESCO GHE, 2016). Autrement dit, identifier la manière dont les systèmes éducatifs dans leur ensemble et les écoles en particulier peuvent agir de façon adaptée en fonction des cultures, contextes et ressources qui sont les leurs.

Les pratiques qui améliorent la réussite éducative de tous les élèves

Les données montrent que c'est en premier lieu le niveau d'éducation qui influence la santé. En amont d'une éducation spécifique centrée sur la santé, il est indispensable de se focaliser sur l'apprentissage général et la réussite de tous les élèves dans les différents contextes éducatifs et tout au long de la vie (OCDE, 2006). Pour améliorer la santé et réduire les inégalités, la première priorité est d'avoir tous les élèves dans les écoles et d'assurer leur réussite scolaire. (Banque mondiale, 2012 ; UNESCO, 2017). « Les objectifs de santé sont indissociables des objectifs éducatifs, les écoles qui promeuvent la santé sont d'abord et avant tout des écoles où l'éducation offerte aux élèves est de haute qualité » (IUHPE, 2010). Les politiques et pratiques éducatives existantes n'ont pas toutes le même impact sur la réussite des élèves. Ce sont des systèmes éducatifs inclusifs et équitables qui sont à même de promouvoir la santé des élèves et de réduire les inégalités.

Les pratiques qui permettent aux élèves de développer des compétences en matière de santé

Les connaissances et compétences liées

à la santé (ce qu'on appelle la littératie en santé) sont également d'importants déterminants de la santé. « De faibles compétences en littératie en santé sont associées à des comportements moins favorables à la santé, une moindre capacité à gérer sa santé, une augmentation des hospitalisations et des coûts et une mauvaise santé. Il a été démontré que le renforcement de la littératie en santé renforce la résilience individuelle et communautaire, aide à remédier aux inégalités en matière de santé et améliore la santé et le bien-être » (OMS, 2017^b). Ainsi, aider les jeunes, en particulier les plus vulnérables, à développer des modes de vie sains et autodéterminés, leur permettant de co-créer leur environnement social, physique et écologique et les déterminants de la santé de manière positive et durable est un défi majeur (SHE, 2019). La particularité de l'éducation dans le domaine de la santé est qu'elle est partagée par l'école, la communauté et la famille. La cohérence entre ces différentes contributions à la littératie en santé est une priorité et implique une réflexion en termes de parcours (Jourdan, 2017).

Développer la capacité des professionnels à offrir une éducation qui développe chez l'élève les compétences nécessaires à la prise en charge de sa propre santé individuellement comme collectivement est une condition clé en vue de permettre à l'École d'exploiter tout son potentiel d'amélioration de la santé (Jourdan, 2011) cf. chapitres 10, 11 et 12.

Des pratiques qui concernent l'environnement scolaire, les services sociaux et de santé et les relations avec la communauté

Le troisième levier qui peut être activé est

l'écosystème de vie des élèves et des professionnels. Le climat scolaire, plus particulièrement les relations entre les élèves et les enseignants sont des déterminants majeurs de la santé, du bien-être, de la réduction des inégalités par l'assiduité des élèves vulnérables et de la réussite globale de leur éducation (Barry, 2009 ; Barry et coll., 2017 ; Rathmann et al., 2018). Un environnement scolaire sûr, des règles et des procédures claires pour réagir aux violences et s'assurer que les élèves, le personnel et les parents sont au courant de ces règles et les appliquent sont essentiels (Fresh M&E Coordinating Group, 2014).

Par ailleurs, l'influence des facteurs externes sur les performances scolaires sont bien documentés. L'environnement physique est un déterminant de la santé : il a été démontré que la pollution (voir par exemple Persico et Venator, 2018 ; Heissel et coll., 2019) a un impact sur l'investissement et la réussite des élèves. L'approvisionnement en eau potable, une alimentation de qualité, des toilettes adaptées, des installations propres et hygiéniques, une ventilation, des protections contre le bruit et un éclairage adéquat sont des composantes clés de l'environnement scolaire (OMS 2016 ; Lee et coll., 2013).

Des services sociaux et de santé scolaire efficaces contribuent également à améliorer la santé et les résultats des élèves (OMS, 2016 ; Pommier et coll., 2010).

Le pilotage des établissements est enfin un enjeu central (Byrne et coll., 2016). Une large part des facteurs ayant une incidence sur la vie des élèves dépendent de la gestion de l'école. Celle-ci a un impact puissant sur la promotion de la santé,

l'équité et l'inclusion (Holthe et coll., 2011 ; ASCD, 2014 ; Deschesnes et coll., 2014 ; Dadaczynski & Paulus, 2015 ; Kugelmass & Ainsley, 2004 ; EEF, 2018).

En conclusion de cette partie, il est possible de souligner que les pratiques professionnelles ayant un impact sur les déterminants de la santé actuelle et future des enfants et adolescents sont liées à trois domaines principaux : l'inclusion et l'équité, la création d'un environnement favorable au développement des élèves et les compétences en matière de santé (littératie en santé).

COMMENT GÉNÉRALISER ?

De nombreux facteurs ayant une incidence sur la mise en œuvre réussie des dispositifs de santé à l'école ont été identifiés : implication du gouvernement ; politiques nationales existantes, priorité des programmes de santé scolaire ; participation de tous les ministères concernés et des administrations locales ; soutien financier et/ou technique approprié des organismes donateurs ; participation des enfants et des communautés incluant parents et tuteurs ; implication de la communauté éducative ; planification des interventions en tant qu'activités scolaires officielles ; attribution d'enseignants de premier plan et leur formation ; inclusion de la santé scolaire dans le programme d'études de formation des enseignants ; établissement de menus scolaires adaptés composés de produits locaux » (voir références dans OMS, 2017^a).

Une telle multiplicité de paramètres montre clairement que la généralisation ne peut pas être un simple processus de transmission descendante vers les personnes censées les mettre en œuvre.

Une perspective plus large sur les données scientifiques est nécessaire pour faire face à cette complexité (Samdal & Rowling, 2011). Pour être efficace, la bonne volonté ne suffit pas, le processus d'adoption doit être fondé sur une stratégie de gestion du changement. Il convient de comprendre le fonctionnement des systèmes scolaires (Bryk, 2015) pour pouvoir l'influencer.

Dans ce chapitre, nous décrivons les mécanismes intervenant dans l'évolution des systèmes éducatifs (SHE, 2018 ; UNESCO, 2017) :

1. les politiques ;
2. les structures et les systèmes ;
3. les ressources humaines ;
4. les pratiques

Politiques éducatives

L'amélioration de la santé est l'une des très nombreuses attentes que les États comme les populations expriment vis-à-vis des systèmes éducatifs. Mais le temps, ressource la plus limitée dans les écoles, ne permet pas d'empiler un nombre infini de nouveaux programmes ou de dispositifs. Il n'est pas réaliste de penser qu'ajouter une énième priorité (centrée sur la santé) conduirait aux changements attendus. La crise sanitaire du Covid-19 a eu un impact ponctuel, mais il n'est pas certain que l'affirmation de la place centrale de la santé dans la vie des écoles en période d'épidémie suffise à engendrer des changements durables dans les pratiques scolaires quotidiennes. Puisqu'il y a une compétition de priorités, c'est toujours une question de choix au niveau national mais aussi local. Il est clair que dans de nombreux pays et écoles, la santé n'est pas une priorité. C'est ce qui est inclus dans les indicateurs de performance

scolaire qui définit ce qu'est une bonne école et la santé en fait rarement partie. En fait, les pratiques ordinaires sont ancrées dans une culture scolaire. Celle-ci s'est façonnée au cours du temps. Elle est influencée par les orientations politiques, les attentes des familles et l'influence des groupes de pression. Plus les groupes sont puissants, plus ils ont de chances d'avoir un impact sur l'organisation du système scolaire.

L'activité des équipes pédagogiques et l'organisation des systèmes scolaires sont directement liées aux valeurs et aux façons de penser de la société civile, notamment ce que les parents considèrent comme « une bonne éducation ». Comme le rappelle l'UNESCO, « les décisions des écoles sont influencées par les espoirs ou les craintes liés aux réponses des parents à l'enseignement d'approches inclusives et équitables » (UNESCO, 2017). Pour développer les pratiques de promotion de la santé dans les écoles il est donc indispensable de mettre en place des stratégies centrées sur la société civile dans son ensemble et les familles des élèves en particulier.

Structure et systèmes

Les systèmes éducatifs sont des organisations complexes. Beaucoup de travaux ont été publiés sur la gestion des institutions éducatives (Fullan, 2007 ; Kirtman & Fullan, 2015) et spécifiquement à l'échelle des établissements scolaires (Williams-Boyd, 2002 ; Barrère, 2013 ; Obin, 2016 ; Adam-Maillet & Jellab, 2017 ; Bouvier & Toulemonde, 2017 ; Shaked et coll., 2017 ; Campbell & Fullan, 2019). Il apparaît en effet qu'il est difficile d'orienter leur évolution sans une analyse fine des freins et leviers de transformation aux

différents niveaux de pilotage. Pour une analyse complète, nous renvoyons aux synthèses de l'UNESCO (Jones & Bouffard, 2012 ; UNESCO, 2017) et nous limitons ici à quelques éléments.

A l'échelon local, les chefs d'établissements sont des acteurs clés des transformations. Ceux-ci sont souvent au cœur de tensions du fait à la fois des contraintes opérationnelles à l'échelle des écoles et de leur position de médiation vis-à-vis des demandes institutionnelles comme sociales. Ils sont souvent appelés à mettre en œuvre de nouvelles politiques et des programmes supplémentaires qui s'ajoutent à l'existant sans tenir compte des contraintes de terrain (Bryk, 2015). La multiplicité des tâches de pilotage d'un établissement (élaboration de politiques, de programmes d'études, gestion des ressources humaines, pédagogie, partenariats avec les parents et les structures extérieures...) rend difficile un exercice solitaire. Des travaux montrent qu'une pratique de pilotage « distribuée » aurait un impact favorable sur l'innovation scolaire essentielle pour obtenir un changement systémique (Rowling, 2009) et améliorer l'efficacité professionnelle des enseignants (Inchley et al., 2007).

Pour Fullan (2008, p. 55), ce pilotage distribué implique des représentants des groupes travaillant ensemble (les élèves, la communauté éducative, les parents ainsi que des partenaires externes à l'établissement comme les professionnels de la santé) (Rowling, 2009).

Il n'y a pas de baguette magique et seule une approche visant à accompagner le changement aux différents échelons de pilotage des systèmes éducatifs peut per-

mettre d'aller vers une prise en compte plus large et plus systématique de la santé à l'école. Pour autant, les problématiques de santé sont d'ores et déjà présentes dans la vie des établissements aussi, nous ne partons pas de rien. La question clé est plutôt d'améliorer la qualité du service fourni aux élèves que de mettre en œuvre un programme à suivre étape par étape (Dadaczynski & Paulus, 2015).

Pratiques et ressources humaines

Disposer de cadres politiques et institutionnels est une condition nécessaire mais non suffisante pour mettre en œuvre des pratiques promotrices de santé à l'école. Sans formation et renforcement des compétences des professionnels, les progrès sont limités (OMS, 2016^a).

Les données montrent que le professionnalisme et l'engagement du personnel scolaire sont des points clés. Les systèmes éducatifs les plus performants ont tendance à accorder systématiquement la priorité à la qualité des enseignants plutôt qu'à d'autres stratégies visant à améliorer l'éducation. Ces systèmes ont tendance à attirer les enseignants les plus talentueux dans les écoles les plus difficiles et les chefs d'établissement les plus compétents dans les écoles les plus défavorisées, ce qui a un impact favorable sur la réussite des élèves (OCDE, 2015).

Des études montrent que les enseignants qui ont reçu une formation professionnelle en promotion de la santé sont plus susceptibles de développer de nouvelles pratiques et auront tendance à participer plus fréquemment à des projets de promotion de la santé et à avoir une approche plus globale de l'éducation

en santé (Thompson, 2003 ; Byrne et coll., 2016 ; Simar et Jourdan, 2010).

Le développement professionnel en lien avec la promotion de la santé relève de la mise en œuvre d'une stratégie cohérente. La formation des professionnels ne se limite pas à un empilement de modules (Fullan et al., 2005 ; Moffett, 2000 ; Thompson, 2003). Cette stratégie doit être insérée dans une vision renouvelée de l'identité professionnelle des enseignants, qui crée une cohérence entre les différentes missions, besoins et attentes (Jourdan, 2011). Elle relève de la formation tout au long de la vie (Gleddie & Robinson, 2017).

Afin d'assurer une véritable prise en compte des pratiques influençant favorablement la santé à l'école, c'est-à-dire d'avoir une influence significative sur la motivation et la capacité d'action des professionnels, il est essentiel de comprendre leurs points de vue et leurs pratiques. Il s'agira ensuite de définir une stratégie de mise en œuvre réaliste adaptée au contexte et à la culture des systèmes éducatifs (Jourdan et al., 2013, Corinne et al., 2010 ; Pizon et al., 2011). Une telle approche réaliste est nécessaire compte tenu du manque de formation initiale et continue d'une grande proportion d'enseignants et le taux de rotation du personnel dans les écoles (Simar & Jourdan, 2011). « Valoriser ce qui est déjà fait, partager les pratiques et les améliorer en utilisant les données scientifiques est probablement une approche pertinente » (Jourdan, 2011). Sans une telle stratégie, le risque est élevé d'avoir un impact limité sur le service éducatif offert aux élèves sur le terrain.

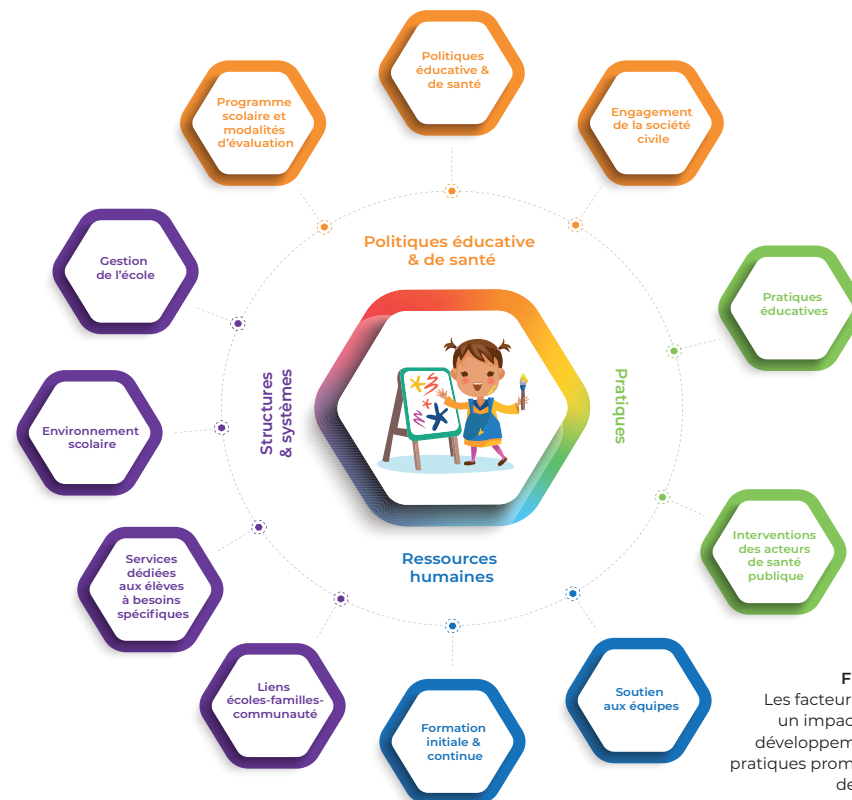


Figure 1.
Les facteurs ayant un impact sur le développement de pratiques promotrices de santé.

À QUELLES CONDITIONS ? Ancrer la promotion de la santé dans les priorités des systèmes scolaires

L'activité principale des écoles est axée sur les apprentissages, non sur la réduction des problèmes de santé. Il est ainsi nécessaire de penser le rôle de l'école en matière de santé en référence à sa mission propre et aux défis qu'elle se doit de relever. Aujourd'hui les questions de santé sont appelées à prendre leur place au cœur de deux évolutions majeures des systèmes éducatifs en référence à l'évolution vers :

- des écoles plus inclusives et plus équitables, dans le but d'assurer la réussite éducative de tous les enfants et des jeunes, en particulier en améliorant l'apprentissage des compétences de base ;
- une citoyenneté renouvelée référée au développement durable et au sein duquel les questions environnementales tiennent une place importante.

Contribuer à résoudre les problèmes, pas à en causer de nouveaux

Avancer avec les écoles doit aller au-delà de l'injonction. Il s'agit de rendre

perceptible en quoi prendre en compte les enjeux de santé permet de mieux faire ce qui constitue leur cœur de métier et de répondre à leurs besoins et priorités locaux (Keshavarz et coll., 2010). Il est ainsi essentiel de positionner les outils et les approches comme un moyen de traiter les questions de gestion et de pédagogie, de répondre aux besoins éducatifs. La promotion de la santé dans les écoles

doit aider les professionnels à résoudre les problèmes et à ne pas en ajouter de nouveaux. La **figure 2** présente quelques exemples de questions auxquelles font face les écoles tant en matière de gestion que d'enseignement et pour lesquels les approches et ressources produites dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention peuvent être utiles.

Donner toute sa place à la dimension pédagogique

Sur la base de l'analyse des déterminants des pratiques promotrices de la santé dans les écoles que nous venons de réaliser, il apparaît clairement que ceux-ci doivent concerner tout autant la gestion de l'école que l'enseignement. Or, à l'heure actuelle les modèles proposés sont principalement voire exclusivement axés sur la gestion de l'école dans une démarche de projet (politique scolaire, liens avec la communauté et les familles, environnement physique et social, services de santé scolaire). Il s'agit d'une composante nécessaire, mais insuffisante pour que les écoles exploitent leur plein potentiel au service de la santé des élèves. En effet, la plupart des acteurs de l'école sont des enseignants, pas des chefs d'établissements ou des professionnels sociaux et de santé. Le cœur de leur activité est centré sur leur enseignement et l'apprentissage des élèves. Il est décisif de mettre l'accent sur la composante pédagogique et de produire des ressources pédagogiques opérationnelles, notamment en raison de la difficulté d'articuler l'apprentissage disciplinaire (langues, sciences, mathématiques, etc.) et une approche transversale de l'éducation à la santé (connaissances et compétences souvent regroupées sous le nom de littératie en santé).

Prendre en compte la culture et les contextes

Toutes les approches qui ont été développées en matière de santé scolaire sont enracinées dans les cultures et les contextes éducatifs bien définis. Les modèles les plus fréquemment diffusés s'inscrivent dans une vision libérale de l'éducation, un système largement dé-

centralisé donnant une réelle autonomie aux écoles avec la capacité et les moyens de mettre en œuvre une politique. La participation des élèves, la santé et le bien-être sont y reconnus comme des objectifs de l'école. Ces modèles ne sont pas compatibles avec tous les systèmes éducatifs. D'abord, parce que les moyens disponibles sont parfois extrêmement limités tant en termes de ressources humaines que financières. Ensuite parce que dans de nombreux contextes centralisés, la marge d'autonomie des écoles est très limitée. Enfin du fait d'équilibres différents dans les missions des systèmes éducatifs. Plusieurs cultures scolaires coexistent et la balance entre instruction et éducation ne se fait pas de la même façon partout. La contextualisation des approches est essentielle pour améliorer la capacité des écoles à promouvoir la santé des enfants. Le défi ici est de créer les conditions de cette contextualisation dans les différentes zones géographiques et culturelles.

Les approches et les ressources doivent également être adaptées aux différents types d'écoles. Généralement référés à établissements secondaires de taille significative, les différents cadres d'intervention proposés exigent des moyens qui ne sont pas disponibles dans la majorité des écoles, en particulier les écoles primaires ou les petits établissements secondaires ruraux. Il est nécessaire de développer une réflexion sur les approches adaptées aux écoles primaires, en particulier les petites écoles ou les écoles rurales, ainsi qu'aux établissements qui accueillent des enfants vulnérables (établissements spécialisés, écoles professionnelles, etc.).

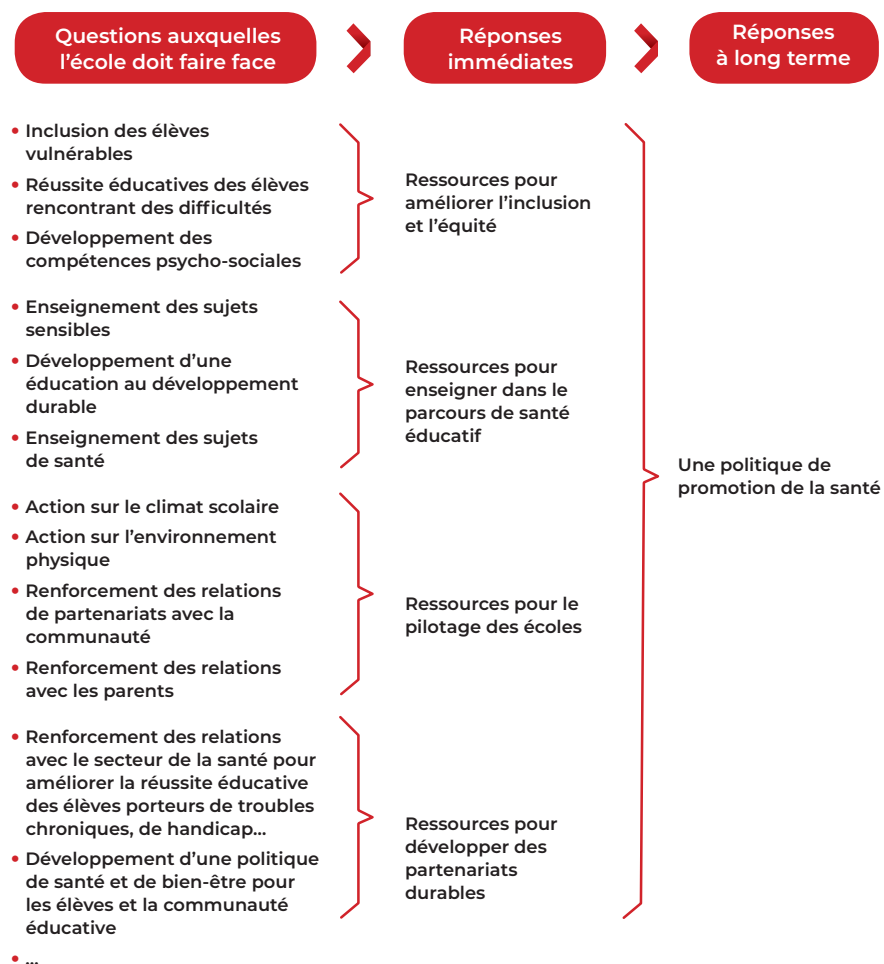


Figure 2. Exemples de questions pour lesquelles les approches et ressources produites dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention peuvent être utiles.

En outre, selon le contexte, l'histoire des écoles, les ressources humaines, les relations avec l'environnement, les écoles sont dans des situations différentes en ce qui concerne les problèmes de santé. Il existe différents profils d'écoles pour lesquels la mise en œuvre d'une approche de promotion de la santé devra activer différents processus. Une étude rétrospective sur 10 ans de la mise en œuvre d'un programme de promotion de la santé montre la nécessité de considérer des patterns d'implantation variés pour être en adéquation avec la situation des établissements (Darlington et al., 2017).

Enfin, les difficultés considérables à recruter des enseignants dans de nombreux pays conduisent à l'emploi d'enseignants ou de directeurs d'école qui n'ont que peu ou pas de formation. Il est alors impératif que les ressources produites soient aisément utilisables par tous, les professionnels, quel que soit leur niveau de formation. Il est nécessaire que celles-ci soutiennent le travail de tous notamment des débutants ou des personnes peu formées et soient susceptibles de renforcer l'expertise des plus avertis.

Renforcer la cohérence d'ensemble en développant un parcours éducatif de santé

L'originalité de l'apprentissage dans le domaine de la santé est qu'il est partagé entre l'école, le monde du soin, les enfants, les adolescents et les familles. Il n'est ainsi pas suffisant de lister les connaissances liées à la santé dans un programme scolaire. Le défi de la cohérence entre ces différentes contributions à la littératie en santé est majeur et implique de penser en termes de parcours (Jourdan, 2017). L'objectif d'un tel par-

cours est de permettre à chaque élève de disposer des connaissances, des compétences et de la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable. Ceci est vrai à l'échelon individuel comme collectif. La santé n'est en effet pas seulement une problématique personnelle voire intime, il est question de co-création d'un environnement social, comme physique, favorable à la santé de tous.

Soutenir les services de santé scolaire

Ces services sont organisés selon des modalités différentes et sont ancrés au sein du système éducatif ou dans des services de santé communautaire (Pommier et al., 2009). Leur objectif est de créer les conditions de la réussite éducative des élèves, notamment en s'attaquant aux problèmes médicaux qui peuvent entraver l'apprentissage. Un service de santé scolaire ne fonctionne pas de manière isolée, il se positionne en fait comme un médiateur entre les professionnels de l'éducation et les services de santé. S'inscrivant dans une approche intégrée de l'école, ces services sont une condition de l'amélioration de la santé, en particulier pour les élèves les plus vulnérables (WHO, 2014).

Produire et partager les connaissances

Caldwell et coll. (2019), cités en début de ce texte, concluent leur réflexion en soulignant que les idées de la science des systèmes qui conceptualisent les écoles comme des systèmes adaptatifs complexes, pourraient également être utiles lorsqu'on envisage des interventions futures et qu'il est nécessaire d'inclure un large éventail de résultats scientifiques

dans la discussion mondiale. Nous partageons cette analyse car malgré la nature intersectorielle de la pratique de promotion de la santé, de nombreux programmes limitent leurs bases de données scientifiques au domaine de la santé et ne s'appuient pas sur les données issues d'autres champs de recherche. Pour s'assurer que les programmes soient pertinents et acceptables pour l'ensemble des partenaires, il est essentiel de croiser les expertises et les approches (Rowling et Jeffreys, 2006).

L'intégration des données scientifiques issues de la recherche en éducation a enrichi l'analyse et a également contribué à faire participer le secteur de l'éducation au programme. Les données montrent qu'il est difficile de concevoir des réformes, des programmes et des innovations efficaces, évolutifs et durables dans les systèmes scolaires. Les programmes qui fonctionnent dans un environnement ne fonctionnent souvent pas dans un autre.

Les programmes appuyés par des interventions externes ou des subventions dédiées peuvent ne pas durer une fois l'intervention ou le financement terminés. En outre, les données recueillies dans des milieux aussi complexes que les écoles ne peuvent pas être interprétées d'une manière simple, en raison notamment de l'effet Hawthorne. Le processus de double traduction des recommandations internationales aux politiques nationales et locales s'avère très complexe. Ainsi, un effort considérable est à faire pour produire des données pertinentes. Celles-ci doivent concerner non seulement les interventions ou programmes spécifiquement dédiés à la promotion de la santé, mais aussi les pratiques éducatives ou de gestion des écoles qui ont un impact sur la santé ; les contextes, les cultures et les inégalités ; le changement au sein des systèmes éducatifs et les facteurs ayant un impact sur la mise en œuvre d'une approche scolaire de promotion de la santé (figure 3).



Figure 3.
Vers un élargissement du champ des données produites pour soutenir l'évolution des systèmes éducatifs vers une meilleure prise en compte de la santé à l'école

En raison des limites des modèles descendants – où une petite équipe d'« experts » définit les normes à mettre en œuvre – et des modèles ascendants – difficultés à disposer de ressources humaines suffisantes pour produire des normes complètes et évolutives sur le terrain –, un processus de co-conception est indispensable. Il est nécessaire de dépasser les obstacles courants liés à l'innovation et à la pratique afin de faciliter la conception d'interventions éducatives efficaces, durables et évolutives. Par-dessus tout, il est essentiel de comprendre les points de vue et les pratiques des professionnels, puis de définir une stratégie de mise en œuvre réaliste adaptée au contexte et à la culture des systèmes éducatifs.

Différentes approches associant étroitement chercheurs et praticiens sont disponibles (cf. chapitre 11) qu'il s'agisse de la conception continuée dans l'usage (Cèbe et Goigoux, 2018) ou des communautés d'amélioration des pratiques (Bryk, 2014). Certaines données peuvent être recueillies dans des conditions expérimentales, d'autres émergeront de la pratique en conditions ordinaires. Dans tous les cas, elles doivent combiner la qualité scientifique, la pertinence, la robustesse et la crédibilité. Le but n'est pas seulement de savoir ce qui peut améliorer ou aggraver les choses ; il s'agit de développer le savoir-faire nécessaire pour concrètement améliorer la situation dans chaque école.



Jeter des ponts entre l'éducation et la santé : le rôle des professionnels du soin

Nous nous proposons de terminer ce chapitre en éclairant brièvement la question du rôle des professionnels du soin (dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, pharmaciens...) qui interviennent autour des écoles à l'échelon local. Leur première contribution est de renforcer la légitimité des écoles à agir en santé et de valoriser l'expertise scolaire. En contribuant à un travail intersectoriel local, ils permettent également d'accompagner et d'encourager des changements de paradigme : passer d'une compréhension biomédicale à une appréhension plus globale des enjeux de santé, de la mise en œuvre d'interventions classiques de prévention à l'amélioration durable des pratiques influençant les déterminants de la santé et le climat scolaire. Le **tableau 1** résume un ensemble de propositions relatives à la contribution des professionnels du soin à la promotion de la santé milieu scolaire.

Domaine	La contribution potentielle des professionnels de la santé	Propositions
Plaidoyer pour la promotion de la santé à l'école	Les professionnels de la santé contribuent à renforcer la légitimité des écoles, en valorisant l'expertise des écoles en matière d'amélioration de la santé et en faveur d'écoles inclusives, équitables et saines (UNESCO, 2017).	1. Élargir la compréhension des déterminants de la santé qui influencent le développement des enfants et des adolescents. 2. Plaider en faveur de l'inclusion et de l'équité dans les politiques et pratiques scolaires. 3. Contribuer à la reconnaissance de la contribution de l'école à l'amélioration de la santé et à la réduction des inégalités en matière de santé. 4. Orienter la promotion de la santé de la mise en œuvre de programmes vers l'amélioration des pratiques quotidiennes ayant un impact sur les déterminants de la santé.
Éducation et prévention dans les milieux de la santé	Les professionnels de la santé ont un rôle éducatif important envers les adolescents et leurs familles en synergie avec les écoles.	5. Au cours des consultations en milieu de santé, y compris la pratique générale/ cabinet du médecin/dentiste, dans la pharmacie etc..., poser aux enfants et adolescents des questions telles que « Qu'avez-vous appris à ce sujet à l'école? ». Montrer l'intérêt et l'importance portée à ce qui se fait dans les écoles. 6. Contribution au « parcours éducatif de santé » ou à un programme de promotion de la santé lorsqu'il est mis en œuvre. 7. Participer à des initiatives en matière de santé ciblant les enfants et les adolescents à l'échelon local.
Contribution médicale à l'éducation et à l'apprentissage	S'attaquer aux problèmes médicaux qui peuvent entraver l'éducation et l'apprentissage est un rôle partagé par les services de santé scolaire et les professionnels locaux de santé (OMS, 2014).	8. Être en interface avec les services de santé scolaire et les écoles lorsqu'ils s'occupent du traitement de problèmes de santé physique ou psychologique qui peuvent entraver l'apprentissage, la croissance et le développement. 9. Contribuer aux services de santé offerts dans les écoles, en particulier ceux qui ciblent les élèves vulnérables, lorsque les écoles sont utilisées comme plateformes pour ancrer les services de santé.
Développement de la capacité des écoles à promouvoir la santé	Le développement de la capacité des écoles à promouvoir la santé passe par un travail intersectoriel étroit avec les professionnels de l'éducation (OMS, 2016).	10. Soutenir les projets de l'école locale ayant un impact sur les déterminants de la santé (dans le domaine de la santé mais aussi de la réussite éducative et de la citoyenneté). 11. Contribuer à la motivation et à la capacité d'action des enseignants par un travail intersectoriel, une formation formelle ou informelle.

Tableau 1 – Promotion de la santé dans les écoles : le rôle clé des professionnels du soin au niveau local.

CONCLUSION

Donner les moyens à chaque école de mettre en œuvre tout son potentiel au service de la santé des élèves, c'est créer les conditions pour que l'école soit inclusive (tous les enfant et adolescents à l'école), équitable (assurer la réussite de tous les élèves) et en santé (offrant une éducation et un environnement qui favorise la santé pour aujourd'hui et à l'avenir). Notre analyse nous conduit à souligner que la généralisation des pratiques de promotion de la santé doit cibler tous les facteurs visant à soutenir concrètement les écoles dans une démarche d'amélioration de leur capacité à promouvoir la santé. Ce point de vue a soulevé la question de savoir ce qu'il faut généraliser, comment et à quelles conditions (tableau 2). L'enjeu est bien d'avancer avec les écoles, de les prendre

là où elles sont, de valoriser leur travail et de les soutenir concrètement dans l'amélioration de leurs pratiques au service de la santé des élèves.



Notes

1. Ce chapitre reprend le document rédigé par Didier Jourdan et Nicola Gray pour lancer un travail collaboratif associant des représentants des Nations-Unies et des principales organisations internationales. Après plusieurs mois de travail, un texte a été élaboré et a été publié dans le *Lancet* en janvier 2021 [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30316-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30316-3)

Que généraliser ?	Comment généraliser ?	À quelles conditions ?
Les pratiques • Améliorant la réussite scolaire de TOUS les élèves • Aidant les jeunes à développer des compétences en matière de santé • Renforçant l'environnement scolaire, les services sociaux et de santé et les relations communautaires scolaires	En influençant les : • Politiques éducatives • Structures et systèmes • Ressources humaines • Pratiques	• Ancrer la promotion de la santé dans les priorités des systèmes scolaires • Contribuer à résoudre les problèmes, à ne pas en causer de nouveaux • Prendre en compte la culture et les contextes • Renforcer la cohérence en développant un parcours éducatif de santé • Soutenir les services de santé scolaire • Produire et partager des connaissances • Construire des ponts entre l'éducation et la santé

Tableau 2 – Donner les moyens à chaque école de mettre en œuvre tout son potentiel au service de la santé des élèves



Références

- Adam-Maillet, M., & Jellab, A. (2017). *Pour un établissement scolaire équitable*. Berger-Levrault.
- Aldinger, C., & Vince, C. (2009). *Case Studies in Global School Health Promotion: From Research to Practice*. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-92269-0>
- Alemán-Díaz, A. Y., Backhaus, S., Siebers, L. L., Chukwujama, O., Fenski, F., Henking, C. N., Kaminska, K., Kuttumuratova, A., & Weber, M. W. (2018). Child and adolescent health in Europe: Monitoring implementation of policies and provision of services. *Lancet Child and Adolescent Health*, 2(12), 891–904. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30286-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30286-4)
- Allensworth, D. D., & Kolbe, L. J. (1987). *The comprehensive school health program: Exploring an expanded concept*. The Journal of School Health, 57(10), 409–412.
- ASCD. (2014). *Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC): A collaborative approach to learning and health*.
- Bank, T. W. (2012). *What matters most for school health and school feeding: A framework paper* (No.79908; pp. 1–88). The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/197681468331747243/What-matters-most-for-school-health-and-school-feeding-a-framework-paper>
- Barrère, A. (2013). *Sociologie des chefs d'établissement* (2e édition). PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF.
- Barry, M. M. (2009). *Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice*. International Journal of Mental Health Promotion, 11(3), 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., & Dowling, K. (2017). *Promoting social and emotional well-being in schools*. Health Education, 117(5), 434–451. <https://doi.org/10.1108/HE-11-2016-0057>
- Biesta, G. (2007). *Why "What Works" Won't Work: Evidence-Based Practice and the Democratic Deficit in Educational Research*. Educational Theory, 57(1), 1–22. <https://doi.org/10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x>
- Bonell, C., Wells, H., Harden, A., Jamal, F., Fletcher, A., Thomas, J., Campbell, R., Petticrew, M., Whitehead, M., Murphy, S., & Moore, L. (2013). *The effects on student health of interventions modifying the school environment: Systematic review*. Journal of Epidemiology and Community Health, 67(8), 677–681. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202247>
- Bouvier, A., & Toulemonde, B. (2017). *Pour le management pédagogique: Un socle indispensable*. BERGER LEVRAULT.
- Bryk, A. S., Gomez, L., Grunow, A., & LeMahieu, P. (2015). *Learning to Improve: How America's Schools Can Get Better at Getting Better*. Harvard Education Publishing.
- Bryk, Anthony S. (2015). 2014 AERA Distinguished Lecture: Accelerating How We Learn to Improve. Educational Researcher, 44(9), 467–477. <https://doi.org/10.3102/0013189X15621543>
- Byrne, J., Pickett, K., Rietdijk, W., Shepherd, J., Grace, M., & Roderick, P. (2016). *A Longitudinal Study to Explore the Impact of Preservice Teacher Health Training on Early Career Teachers' Roles as Health Promoters*. Pedagogy in Health Promotion, 2(3), 170–183. <https://doi.org/10.1177/2373379916644449>
- Caldwell, D. M., Davies, S. R., Hetrick, S. E., Palmer, J. C., Caro, P., López-López, J. A., Gunnell, D., Kidger, J., Thomas, J., French, C., Stockings, E., Campbell, R., & Welton, N. J. (2019). *School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: A systematic review and network meta-analysis*. The Lancet. Psychiatry, 6(12), 1011–1020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30403-1)
- Campbell, D. W., & Fullan, M. (2019). *The Governance Core: School Boards, Superinten-*

dents, and Schools Working Together. SAGE Publications Inc.

• Cèbe, S., & Goigoux, R. (2018). *Lutter contre les inégalités: Outiller pour former les enseignants*. Recherche et formation, 87, 77–96. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.3510>

• Corinne, M., Patricia, V., & Jourdan, D. (2010). *Le travail des enseignants en éducation à la santé: Analyse des dynamiques collectives du dispositif*. « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école ». Travail et formation en éducation, 6. <http://journals.openedition.org/tfe/1334>

• Dadaczynski, K., & Paulus, P. (2015). *Healthy Principals – Healthy Schools? A Neglected Perspective to School Health Promotion*. In V. Simovska & P. Mannix McNamara (Eds.), *Schools for Health and Sustainability: Theory, Research and Practice* (pp.253–273). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9171-7_12

• Davis, J. M., & Cooke, S. M. (2007). *Educating for a healthy, sustainable world: An argument for integrating health promoting schools and sustainable schools*. Health Promotion International, 22(4), 346–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam030>

• Deschesnes, M., Couturier, Y., Drouin, N., & Tessier, C. (2014). *Schools' capacity to absorb a Healthy School approach into their operations: Insights from a realist evaluation*. Health Education, 114(3), 208–224. <https://doi.org/10.1108/HE-10-2013-0054>

• EEF. (2018). *Closing the Attainment Gap*. <https://educationendowmentfoundation.org.uk/evidence-summaries/attainment-gap>

• Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., Buscemi, D. (2014). *Universal school-based prevention for illicit drug use*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub3 (vu le 15/08/2020)

• FRESH M&E Coordinating. (2014). *Monitoring and Evaluation Guidance for School Health*

Programs. <https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/monitoring-and-evaluation-guidance-school-health-programs-eight-core-indicators> (vu le 16/08/2020).

• Fullan, M., Cuttress, C., & Kilcher, A. (2005). *Eight forces for leaders of change*. National Staff Development Council, 26(4), 54–64.

• Fullan, M. (2007). *Leading in a Culture of Change* (Revised edition). Jossey-Bass.

• Gleddie, D. L., & Robinson, D. B. (2017). *Creating a Healthy School Community? Consider Critical Elements of Educational Change*. Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 88(4), 22–25. <https://doi.org/10.1080/07303084.2017.1280435>

• Heissel, J., Persico, C., & Simon, D. (2019). *Does Pollution Drive Achievement? The Effect of Traffic Pollution on Academic Performance* (Working Paper No. 25489). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w25489>

• Holt, Ditte H., Frohlich, K. L., Tjørnhøj-Thomsen, T., & Clavier, C. (2017). *Intersectorality in Danish municipalities: Corrupting the social determinants of health?* Health Promotion International, 32(5), 881–890. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw020>

• Holt, Ditte Heering, Rod, M. H., Waldorff, S. B., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2018). *Elusive implementation: An ethnographic study of intersectoral policymaking for health*. BMC Health Services Research, 18(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2864-9>

• Holthe, A., Larsen, T., & Samdal, O. (2011). *Implementation of National Guidelines for Healthy School Meals: The Relationship Between Process and Outcome*. Scandinavian Journal of Educational Research, 55(4), 357–378. <https://doi.org/10.1080/00313831.2011.587321>

• Hoyle, T. B., Samek, B. B., & Valois, R. F. (2008). *Building capacity for the continuous improvement of health-promoting schools*. J Sch Health, 78(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00259.x>

• IUHPE. (2010). *Promoting Health in School: From evidence to action*.

• Jones, S. M., & Bouffard, S. M. (2012). *Social and Emotional Learning in Schools: From Programs to Strategies*. Social Policy Report. Volume 26, Number 4. Society for Research in Child Development. <https://eric.ed.gov/?id=ED540203>

• Jourdan, D., Lombrail, P. (2016). *La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire: Dix mesures pour une politique de santé à l'école à la hauteur des défis de notre temps*. Rapport aux ministres de l'éducation et de la santé. <http://didier-jourdan.com/fr/2016/11/16/sante-des-enfants-et-des-adolescents-en-milieu-scolaire/>

• Jourdan, D., Pironom, J., Berger, D., & Carvalho, G. (2013). *Factors influencing teachers' views of health and health education: A study in 15 countries*. Health Education Journal, 72(6), 660–672. <https://doi.org/10.1177/0017896912459821>

• Jourdan, Didier. (2011). *Health education in schools: The challenge of teacher training*. Inpes.

• Jourdan, Didier. (2012) *Apprendre à mieux vivre ensemble. Des écoles en santé pour la réussite de tous*. Editions Chroniques Sociales, pp.160, 2012, 978-2-85008-867-4. (hal-00780641) (vu le 16/08/2020)

• Jourdan, D. (2017). *Les parcours éducatifs*. In Dictionnaire critique des éducations à. L'Harmattan.

• Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., & Khavarpour, F. (2010). *Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept*. Social science & medicine (1982), 70(10), 1467–1474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.034>

• Kirtman, L., & Fullan, M. (2015). *Leadership: Key Competencies for Whole-System Change*.

• Klinger, D. A., Freeman, J. G., Bilz, L., Liiv, K., Ramelow, D., Sebok, S. S., Samdal, O., Dür, W.,

& Rasmussen, M. (2015). *Cross-national trend in perceived school pressure by gender and age from 1994 to 2010*. European Journal of Public Health, 25 Suppl 2, 51–56. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv027>

• Kugelmass, J., & Ainscow, M. (2004). *Leadership for inclusion: A comparison of international practices*. Journal of Research in Special Educational Needs, 4(3), 133–141. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2004.00028.x>

• Langford, R., Bonell, C., Komro, K., Murphy, S., Magnus, D., Waters, E., Gibbs, L., & Campbell, R. (2017). *The Health Promoting Schools Framework: Known Unknowns and an Agenda for Future Research*. Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education, 44(3), 463–475. <https://doi.org/10.1177/1090198116673800>

• Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>

• Leahy, D., & Simovska, V. (2017). *Critical perspectives on health and wellbeing education in schools*. Health Education, 117(5), 430–433. <https://doi.org/10.1108/HE-06-2017-0034>

• Lee, A., Andrew J. Macnab, D. F. A. G. P., Keung, V. M., Lo, A. S., Kwong, A. C., & Armstrong, E. S. (2014). *Framework for evaluating efficacy in Health Promoting Schools*. Health Education, 114(3), 225–242. <https://doi.org/10.1108/he-07-2013-0035>

• Marmot M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: strategic Review of health Inequalities in England Post 2010*. London: Marmot Review

• Milat, A. J., Bauman, A., & Redman, S. (2015). *Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions*.

Implementation Science, 10(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0301-6>

- Moffett, C. A. (2000). *Sustaining Change : The Answers Are Blowing in the Wind*. Educational Leadership, 57(7), 35-38.

- Obin, J.-P. (2016). *La prise de décision en situation complexe: 24 cas réels analysés et commentés*. Hachette Éducation.

- OECD. (2006). *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement*. <http://www.oecd.org/education/innovation-education/measuringtheeffectsofeducationonhealthandcivicengagement.htm>

- OECD. (2015). PISA 2015 Results (Volume I)—*Excellence and Equity in Education—En—OECD*. <http://www.oecd.org/education/pisa-2015-results-volume-i-9789264266490-en.htm>

- Paulus, P. (2009). *Anschub.de ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule*. Waxmann Verlag.

- Persico, C., & Venator, J. (2018). *The Effects of Local Industrial Pollution on Students and Schools* (SSRN Scholarly Paper ID 3218789). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3218789>

- Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C., & Berger, D. (2011). *Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire: Essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants*. Travail et formation en éducation, 6. <http://tfe.revues.org/1327>

- Pommier, J., Jourdan, D., Berger, D., Vandoorne, C., Piorecka, B., & De Carvalho, G. S. (2010). *School health promotion: Organization of services and roles of health professionals in seven European countries*. European Journal of Public Health, 20(2), 182-188. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp117>

- Qadri, G., Alkilzy, M., Franze, M., Hoffmann, W., & Splieth, C. (2018). *School-based oral health education increases caries inequalities*. Com

munity Dental Health, 35(3), 153-159. https://doi.org/10.1922/CDH_4145Qadri07

- Rathmann, K., Herke, M., Heilmann, K., Kinnunen, J. M., Rimpelä, A., Hurrelmann, K., & Richter, M. (2018). *Perceived school climate, academic well-being and school-aged children's self-rated health: A mediator analysis*. European Journal of Public Health. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky089>

- Rowling, L., & Jeffreys, V. (2006). *Capturing complexity: Integrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice*. Health Education Research, 21(5), 705-718. <https://doi.org/10.1093/her/cyl089>

- Rowling, L., & Samdal, O. (2011). *Filling the Black Box of Implementation for Health-Promoting Schools*. Health Education, 111(5), 347-366. <https://doi.org/10.1108/09654281111161202>

- Shaked, H., Schechter, C., & Fullan, M. (2017). *Systems Thinking for School Leaders: Holistic Leadership for Excellence in Education* (1st ed. 2017). Springer International Publishing AG.

- SHE. (2018). *School health promotion – Evidence for effective action on inequalities*. <https://www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/fact-sheets>

- SHE. (2019). *Moscow Statement. SHE Conference 2019 – School Health Education Conference*. <http://sheconference2019.org/>

- Simar, C., & Jourdan, D. (2011). *Analyse de l'activité d'enseignants du primaire en éducation à la santé*. Nouveaux cahiers de la recherche en éducation, 14(2), 7. <https://doi.org/10.7202/1008909ar>

- Thompson, S. (2003). *Creating a high-performance school system*. Phi Delta Kappan, 84.

- Tyack, D. B., & Cuban, L. (1995). *Tinkering Toward Utopia*. Harvard University Press.

- UNESCO. (2016a). *Getting climate-ready: A guide for schools on climate action*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246740>

- UNESCO. (2016b). *UNESCO Strategy on Education for Health and Well-being: Contributing to the Sustainable Development Goals*.

- UNESCO. (2017). *A Guide for ensuring inclusion and equity in education*; 2017. 46.

- UNESCO. Chaire UNESCO Éducatons & Santé (2016). *Charte de la Chaire*. <https://chaireunesco-es.org/principes-et-approches/>

- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). *«Settings» based health promotion: A review*. Health Promotion International, 16(4), 339-353. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>

- WHO. (2017a). *Global school health initiatives: Achieving health and education outcomes*. <https://www.who.int/publications-detail/global-school-health-initiatives-achieving-health-and-education-outcomes>

- WHO. (2017b, March 18). *Health literacy. The solid facts*. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy-the-solid-facts>

- WHO. (2018). *Making every school a health promoting school*. WHO. <http://www.who.int/health-promoting-schools/making-every-school-health-promotion-school/en/>

- WHO. (2019). *What is a health promoting school?* WHO. https://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/

- WHO. (2016). *Thematic Paper 2: Schools and pre-schools promoting health and wellbeing for all children and adolescents*. Available at https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/324658/Thematic-Paper-2-Education.pdf (Accessed 27 July 2020).

“ Être dans le vent, c'est un idéal de feuille morte
Milan Kundera ”



GÉRER LES ÉPIDÉMIES ?
IL N'Y A QU'À LES FORMER !¹

A chaque événement traumatique (attentats, violences, noyades, d'enfants,...), après l'émotion initiale surviennent légitimement les questions. Très rapidement le thème de l'éducation et de la formation des élèves, et donc de leurs enseignants, occupe le centre ou du moins une partie non négligeable du débat. L'école est appelée à implanter immédiatement des mesures (en général sous forme de modules de formation des enseignants et d'outils pédagogiques) permettant d'agir sur le problème. La crise sanitaire que nous venons de traverser ne déroge pas à ce cheminement de pensée et plusieurs questions sont très vite apparues dans le débat médiatique : les enfants apprennent-ils à se laver les mains ? Comment sont formés leurs enseignants à cet enjeu de santé publique ? Quelle prophylaxie mettre en place à l'école ? Doit-on apprendre un geste technique (se laver les mains) ou comprendre la transmission d'un virus ? Les enfants étaient-ils plus propres avant et le niveau d'hygiène a-t-il baissé (c'est bien connu, c'était souvent mieux avant) ? Savoir utiliser un masque est-il un acte technique ou est-ce une compétence citoyenne du souci de l'autre ? L'école doit-elle apprendre des techniques précises (qui risquent d'être vite dépassées) ou développer des compétences (qui risquent d'être vides et rester au niveau de la déclaration d'intention) ?

Il ne convient pas ici de revenir sur ce qu'inclut la notion de compétence et ses différentes définitions, mais plutôt s'interroger sur la formation des enseignants vis-à-vis de cette crise sanitaire avec une question centrale : étaient-ils formés ? Doit-on changer et adapter une fois de

plus les maquettes de formation ? Intégrer un module nouveau que l'on pourrait intituler « enseigner en situation de pandémie » ? Est-il nécessaire de changer de paradigme à chaque situation de crise ou à chaque comparaison internationale ? Est-il pertinent et efficace de fournir une solution ultra-ciblée, rapide, parfois non-transférable à une interrogation sociétale ? Doit-on toujours réinventer l'eau tiède pour se croire en mouvement ? Cet article a pour objectif de proposer quelques éléments d'analyse.

LA FORMATION DES ENSEIGNANTS EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX

Pour être enseignant en France (dans l'enseignement public et sans parler des contractuels, ce qui rajouterait beaucoup de complexité) il faut deux conditions : avoir un master et avoir un concours (CRPE² pour le premier ou CAPES³ pour le second degré). Ces deux conditions sont indépendantes, et on peut enseigner avec n'importe quel master à condition d'être reçu à un concours de l'enseignement. Il existe cependant des masters plus particulièrement destinés à l'enseignement, les masters MEEF (Métiers de l'Éducation de l'Enseignement et de la Formation), délivrés par les INSPE⁴ (structures de formation ayant succédé à la rentrée 2020 aux ESPE et IUFM).

Ces masters préparent aux métiers de l'enseignement (professeur des écoles, professeur des lycées et collèges, conseiller principal d'éducation), aux concours de recrutements mais aussi à d'autres métiers du domaine de la formation. La réforme en cours déplacera la place du concours de recrutement mais gardera cette philosophie générale. Ces formations ont quelques marqueurs forts : alter-

nance intégrative (mi-temps comme enseignant en responsabilité, mi-temps en formation et il n'y a pas un lieu où on se forme et un lieu où on applique mais la formation est bien un tout), adossée à la recherche en éducation, double tutorat (terrain et université), équilibre entre enseignements académiques et enseignements plus directement « applicatifs » liés à la pratique d'enseignement, analyses de pratique... Cette formation est très courte, puisqu'elle doit s'effectuer en deux ans entre la fin de la licence et l'obtention du grade de master (voire un an pour les personnes qui ont un master autre que le master MEEF). De nombreux pays possèdent une formation initiale beaucoup plus longue et l'on parle, en France, d'allonger le continuum de formation en le débutant plus tôt en licence. La vraie solution n'est-elle pas une formation continue plus présente ? Doit-on tout apprendre en formation initiale ? J'y reviendrai...

QUELQUES EXEMPLES (CONCRETS) DE FORMATION DES ENSEIGNANTS

Ce cadre général étant posé, il est possible de revenir à la question centrale énoncée plus haut : les enseignants sont-ils formés à traverser des crises sanitaires du type de celle que nous venons de vivre ? Doit-on installer une formation au lavage des mains ou à tousser dans son coude ?

Concernant l'éducation à la santé en formation initiale et sans prétendre présenter de façon exhaustive l'ensemble des contenus dans les différents masters des 32 INSPE⁵, les deux exemples suivants posent le cadre et la philosophie de la formation sur ce thème.

Dans le premier degré, les cours sont nombreux sur la psychologie de l'enfant, le développement, la gestion des conflits, la citoyenneté... Est-ce de l'éducation à la santé même en l'absence de cours pratiques de lavage des mains ? La formation des enseignants au développement des compétences psychosociales est-elle une contribution à la santé des élèves ?

Complémentaire à ces aspects transversaux, la formation disciplinaire des futurs professeurs des écoles permet aussi de développer cette thématique. Le court extrait du cadrage du concours, concernant l'oral d'éducation physique et sportive et d'entretien à partir d'un dossier⁶ l'illustre bien :

« L'épreuve comporte deux parties. La première partie permet d'évaluer les compétences du candidat pour l'enseignement de l'éducation physique et sportive (EPS), ainsi que sa connaissance de la place de cet enseignement dans l'éducation à la santé à l'école primaire. La deuxième partie de l'épreuve vise à apprécier les connaissances du candidat sur le système éducatif français et plus particulièrement sur l'école primaire (organisation, valeurs, objectifs, histoire et enjeux contemporains), sa capacité à se situer comme futur agent du service public (éthique, sens des responsabilités, engagement professionnel), ainsi que sa capacité à se situer comme futur professeur des écoles dans la communauté éducative. »

Si les INSPE préparent à ce concours dans le master MEEF premier degré (et c'est bien leur rôle et un impératif pour insérer professionnellement les nombreux étudiants qui ont fait le choix de cette for-

mation dans un contexte de concurrence entre les masters et les universités), comment imaginer que ces étudiants et futurs enseignants ne soient pas formés à, entre autres :

- L'histoire (même rapide) et l'épistémologie de l'éducation physique et sportive, ses liens avec la santé, les différentes méthodes (gymnastique Suédoise pour « régénérer la race » au sortir de la première guerre mondiale, méthode naturelle d'Hébert...). Les liens médecine/EPS sont très intéressants (Qui pose les objectifs ? Pourquoi ? Quelle vision sociétale du corps ? Quelle représentation de la santé à une période donnée) et trouvent des résonances actuelles qui dépassent même le champ de l'EPS !

- L'éducation à la santé, ses définitions, ses enjeux, ses liens avec le corps à travers l'histoire de l'EPS. De la lutte contre les maladies respiratoires (tuberculose) à la lutte contre l'obésité (manger-bouger). Le penchant vers une EPS plus liée à la santé est-il un retour en arrière vers les conceptions du début du siècle ? Doit-on minorer l'aspect sportif (culturel, social) pour majorer l'aspect hygiénique ?

- L'éducation au choix et plus particulièrement en quoi l'EPS peut être une discipline intéressante pour éduquer au choix notamment grâce à la connaissance immédiate du résultat de son action (et ainsi acquérir la compétence de choisir dans un contexte et ensuite d'évaluer l'efficacité de son choix)

- Mais aussi la citoyenneté, la prise en compte des autres, le vivre ensemble et le faire société dans les dossiers supports de la deuxième partie de l'oral (inclusion,

mixité...). Différentes compétences psychosociales sont évidemment ainsi abordées pour être enseignées et développées chez les élèves. Quelle place donner au plaisir, au sentiment de compétence pour favoriser une pratique physique future et sa gestion ?

- La participation à venir d'étudiants de masters MEEF de différentes INSPE aux webinaires proposés par la chaire UNESCO⁷ afin de créer une culture commune, une socialisation professionnelle autour de la santé et de la formation par la recherche.

- Les liens que l'on peut faire avec les sciences et vie de la terre (notamment), dans les programmes, le socle commun et la pratique de classe...

Dans le second degré, le cadrage des masters MEEF impose un tronc commun qui permet d'aborder les processus d'apprentissage et les troubles des apprentissages, la psychologie de l'adolescent et du développement, la gestion des conflits, la citoyenneté, la mixité, la prévention des discriminations, l'inclusion...

À l'INSPE Centre Val de Loire - académie d'Orléans-Tours cela représente 80h en deuxième année de master MEEF sur les 250h de formation. Est-ce suffisant ? Le lien est-il assez explicite vers l'éducation à la santé ? Comment arriver à donner du sens à ce tronc commun sans que cela ressemble à une mosaïque de thématiques agrégées ? Chaque INSPE apporte ses propres réponses à ces questions, mais elles sont abordées nationalement dans le réseau des INSPE (R-INSPE) et une convention avec l'UNIRÉS (réseau des universités pour l'éducation à la santé⁸) est effective.

Ainsi on comprend que, quoique très différents, les INSPE ont des bases communes : bases posées par la loi et le cadrage des concours notamment. Les différentes mentions de master MEEF (premier ou second degré, encadrement éducatif) ont tous un souci de formation à l'éducation à la santé à travers le développement des compétences psychosociales et d'autres plus spécifiques (apports en eau, connaissances sur soi à l'effort...) qu'il est impossible de développer ici tant elles sont nombreuses et variées suivant les disciplines.

ALORS, LES ENSEIGNANTS ÉTAIENT-ILS PRÉPARÉS À CETTE CRISE ?

En formation initiale, les futurs enseignants sont donc tous sensibilisés dans ce cadre précis. Est-ce suffisant ? Les étudiants ou stagiaires font-ils de l'éducation à la santé tels des Messieurs Jourdain sans le savoir ? Si c'est le cas peuvent-ils réinvestir dans leur enseignement de façon consciente des apports permettant de réagir à une crise telle que celle du Covid-19 ?

Alors, nos enseignants sont-ils formés ? Enseignent-ils aux élèves la nécessité de s'informer pour décider, dans un contexte ? Forment-ils le citoyen cultivé, lucide, autonome, socialement et physiquement éduqué tel que demandé dans les programmes notamment d'EPS ? Les enseignants vont-ils chercher les ressources qui peuvent leur être utiles (comme par exemple les bandes dessinées proposées par ADOSEN et MGEN plébiscitées par les enseignants à la sortie du confinement) ?⁹ Les enfants ont-ils les moyens de comprendre pourquoi mettre un masque est important ? Pour

quoi avoir des comportements collectifs adaptés en vue d'un objectif posé et compris ?

Existe-t-il un autre levier pour aller plus loin ?

Certainement, et c'est là qu'intervient la formation continue des enseignants. Si celle-ci est parfois très réduite, elle revient dans les différents discours ministériels depuis plusieurs années. Ne permettrait-elle pas de redonner du sens à des savoirs acquis antérieurement ? De renforcer des compétences maîtrisées en les agrégeant autour de thématiques porteuses de cohérence ? Il en est de même pour les dix-sept objectifs de développement durable (ODD) de l'ONU qui peuvent servir de ciment nouveau à des savoirs déjà acquis. Avoir une vision complexe, globale et agréger ce que l'on sait... en prenant conscience de ce que l'on ne sait pas. Et donc en essayant de l'acquérir. Dans les INSPE toujours, des masters MEEF Pratiques et Ingénierie de la Formation proposent de la formation continue diplômante et des parcours comprenant une sensibilisation à l'éducation à la santé (c'est le cas en Centre Val de Loire dans le parcours public en situation de vulnérabilité par exemple).

Les enseignants sont donc des cadres ayant suivi une formation initiale jusqu'à niveau master et sont en capacité, outre de commencer à enseigner, de construire des compétences pour s'auto-former continuellement et ainsi s'adapter.

Permettez-moi un rapide parallèle pour étayer cette affirmation. Dans cette crise les enseignants ont dû assurer la continuité pédagogique avec de l'enseignement à distance. Étaient-ils préparés ?

On peut l'espérer pour les personnes sorties récemment de leur formation, mais pour les autres ? Des indicateurs permettent de porter un regard positif. Selon un Sondage Odoxa pour Open Digital Education¹⁰ : « Pour les Français, les enseignants ont su s'adapter (78 %) en ayant recours aux services numériques, jugés essentiels (87 %) alors même que les établissements n'étaient pas préparés à l'enseignement à distance (62 %) ». De même, selon une étude de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP)¹¹ du ministère de l'Éducation nationale, plus de 90% des enseignants estiment avoir maintenu le contact avec leurs élèves. Les enseignants ont donc ainsi mis en œuvre leurs compétences citoyennes pour maintenir le lien qu'ils jugeaient indispensable, et ont su se former et s'adapter pour y parvenir.

Ont-ils fait preuve de la même adaptabilité en ce qui concerne la santé et l'éducation ou la promotion de celle-ci ? Ont-ils été volontaires pour accueillir les enfants de soignants au plus fort de la crise (compétences citoyennes) ? Ont-ils permis la réouverture des écoles, des établissements, sans sombrer dans la panique, en expliquant les gestes barrières, en verbalisant le déroulement du confinement, en accompagnant la reprise des apprentissages, en sécurisant, en faisant preuve d'empathie (compétences psycho-sociales) ?

VERS UNE CONCLUSION... ET QUELQUES PRINCIPES DE FORMATION

Cette courte contribution pose finalement beaucoup de questions, peut être faussement naïves. Les réponses sont

selon moi assez simples : pour construire une formation adaptée, il convient de concevoir un cadre clair (y compris législatif), posant les objectifs de façon explicite, et ensuite faire confiance à la responsabilité des acteurs (concepteurs de formations et formés) pour atteindre des finalités évaluables et évaluées.

Pour résumer et simplifier à outrance, doit-on former les enseignants à des techniques médicales périssables au fur et à mesure des différents progrès ou leur donner les moyens de former leurs élèves à la santé, de leur donner le souci d'être à l'écoute de leur corps, des autres, du contexte... pour produire une réponse adaptée individuellement et socialement ? Souhaite-t-on des enseignants prolétaires ou des enseignants professionnels :

- « Les enseignants prolétaires » sont définis comme « réduits au rôle d'exécutants de directives de plus en plus précises émanant d'une alliance entre l'autorité scolaire traditionnelle et la « noosphère », l'ensemble des spécialistes qui pensent le cursus, l'organisation du travail, les didactiques, les technologies éducatives, les manuels et autres moyens d'enseignements, les structures, les espaces et les temps scolaires » ;

- « L'enseignant professionnel » « est censé réunir les compétences du concepteur et celles de l'exécutant : il identifie le problème, le pose, imagine et met en œuvre une solution, assure le suivi. Il ne connaît pas d'avance la solution des problèmes qui se présenteront dans sa pratique, il doit chaque fois la construire sur le vif, parfois dans le stress et sans disposer de toutes les données d'une décision éclairée. Cela ne va pas sans savoirs étendus,

savoirs savants, savoirs experts, savoirs d'expérience.¹²»

De même si les élèves ont ce souci de se connaître, de connaître le contexte, d'être à l'écoute, ne seront-ils pas en mesure d'apprendre rapidement des actes techniques qui auront du sens pour eux ?

Si je reprends, enfin, ma question initiale : étaient-ils formés ? J'ai essayé de montrer que oui, au moins pour les enseignants de formation récente que je connais mieux. Peut-on progresser dans cette formation ? Évidemment, notamment sur la prise de conscience et l'explicitation pour les intéressés et le grand public (parents en premier lieu) de cette démarche. Philippe Meirieu a cette réflexion pleine de bon sens¹³ : « celui qui sait sans savoir qu'il sait reste à jamais dépendant de celui qui lui a appris ».

Peut-être que cette explicitation et cette volonté de communication vers les parents et citoyens contribueraient aussi à revaloriser le rôle et les compétences des enseignants dans un monde en perpétuel mouvement.



Notes

1. Chapitre rédigé par Olivier Combacau, professeur agrégé d'EPS, Délégué MGEN du Loiret
2. Concours de Recrutement des Professeurs des écoles
3. Certificat d'Aptitude au Professorat de l'enseignement du Second Degré
4. Instituts Nationaux Supérieurs du Professorat et de l'Éducation

5. Pour aller plus loin, voir par exemple cette publication du réseau des ESPE : « Une formation universitaire professionnalisante : 5 ans d'ambition partagée » <https://fr.calames.com/read/005715623a823b5a8004d>
6. Arrêté du 19 avril 2013 : NOR : MEN-41310119G
7. <https://chaireunesco-es.org/ressources/les-webinaires-global-health-and-education/> (11.08.2020)
8. <https://www.unires-edusante.fr> (11.08.2020)
9. <http://adosen-sante.com/dossiers/gestes-barrieres-outil-pedagogique-niveau-primaire/> (11.08.2020)
10. <http://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2020/06/CP-Odoxa-pour-Open-Digital-Education-VDEF.pdf> (11.08.2020)
11. <https://www.education.gouv.fr/crise-sanitaire-de-2020-et-continue-pedagogique-les-eleves-ont-appris-de-maniere-satisfaisante-305214> (11.08.2020)
12. Perrenoud.P (2001) Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Paris : ESF (p.11 & 12)
13. Meirieu.P (1987) Apprendre...oui, mais comment ? Paris : ESF



Références

- Perrenoud.P (2001) Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Paris : ESF
- Meirieu.P (1987) Apprendre...oui, mais comment ? Paris : ESF

- <https://fr.calameo.com/read/005715623a-823b5a8004d> (11.08.2020)
- <https://chaireunesco-es.org/ressources/les-webinaires-global-health-and-education/> (11.08.2020)
- <https://www.unires-edusante.fr> (11.08.2020)
- <http://adosen-sante.com/dossiers/gestes-barrieres-outil-pedagogique-niveau-primaire/> (11.08.2020)
- <http://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2020/06/CP-Odoxa-pour-Open-Digital-Education-VDEF.pdf> (11.08.2020)
- <https://www.education.gouv.fr/crise-sanitaire-de-2020-et-continue-pedagogique-les-eleves-ont-appris-de-maniere-satisfaisante-305214> (11.08.2020)



“ Les écoles disposant d'un service infirmier ont des mesures de qualité meilleures en matière de compréhension en lecture, de réussite en mathématiques et de fréquentation que les écoles sans infirmières. Kirchofer et al ”



LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE L'ÉCOLE ET LES CRISES SANITAIRES ¹



L'intervention des professionnels de santé de l'Éducation nationale (EN), acteurs essentiels de la santé publique en milieu scolaire, se décline dès l'entrée à l'école maternelle et se poursuit jusqu'à l'enseignement supérieur. Ils s'emploient à promouvoir la santé auprès des élèves, dans une approche globale en lien avec l'environnement des élèves et leur contexte de vie.

Le plus souvent, l'infirmier ou l'infirmière et le médecin de l'EN sont les professionnels de santé de premier recours des élèves, de leur famille et de l'ensemble de l'équipe éducative. Ils interviennent au plan individuel (consultation, dépistages, dépistage de la maltraitance, contraception d'urgence, coéducation...) et au niveau collectif (éducation à la santé, prévention sanitaire...). Pour les méningites, les pandémies de grippe H1N1 en 2009 ou plus récemment de Covid-19, les personnels de santé de l'Éducation nationale ont été fortement mobilisés dans la lutte contre la propagation et la mise en œuvre des mesures prophylactiques.

Selon Whitehead (2006), les professionnels de santé développent une expertise spécifique en milieu scolaire qui dépasse le cadre d'une éducation sanitaire et d'une approche médicale essentiellement axée sur les soins (Nekaa, 2018). Du fait de leur travail partenarial avec les enseignants (Mérini, 2009), les infirmières et les médecins scolaires ont la capacité d'identifier les demandes et les besoins de santé des élèves. La planification et l'évaluation des actions de promotion de la santé prenant en compte les facteurs de risques particuliers, le repérage et le suivi de situations font également parties de leurs tâches. Les professionnels

de santé sont en capacité d'aider au diagnostic et de répondre aux besoins de l'établissement par leurs compétences en méthodologie de projet et sur le plan des connaissances médicales. Ils accompagnent les enseignants, travaillent en collaboration avec eux et agissent comme personne-ressource en matière d'éducation à la santé dans une démarche de promotion de la santé et de bien-être à l'école ou encore en prévention de comportements à risque (Pizon et al., 2010). Les professionnels de santé conseillent les enseignants et l'ensemble de la communauté éducative en matière de santé, leur fournissent du matériel pédagogique pour appuyer leurs actions et actualisent aussi les informations dont ils ont besoin pour intervenir efficacement et de façon appropriée auprès des jeunes.

Les écoles disposant d'un service infirmier ont des mesures de qualité meilleures en matière de compréhension de la lecture, de réussite en mathématiques et de fréquentation que les écoles sans infirmières.

Les médecins et infirmières scolaires, durant toute la durée du confinement dû à l'épidémie de Covid-19, en plus de l'aide qu'ils ont pu apporter aux services de soins qui en résultaient, ont continué à suivre par téléphone ou par mail les enfants en difficulté et ce, en lien avec les professionnels des collectivités territoriales (CNOI, 2020). Ils ont répondu aux questions des parents et des équipes portant sur la santé. Ils ont apporté leurs éclairages dans la lutte contre le décrochage scolaire. Ils ont écouté, dépisté et identifié les difficultés psychologiques des enfants, des adolescents et de leurs familles liées à ce confinement. Ils sont

restés attentifs aux problématiques de protection de l'enfance. Dans ce contexte spécifique, les professionnels de santé de l'Éducation nationale ont ainsi joué leur rôle de conseiller technique de santé publique auprès des familles, des élèves et de l'ensemble des équipes pédagogiques et éducatives des établissements.

En tant qu'experts en santé, ils ont été présents pour informer, former aux gestes barrières, à l'utilisation et au port du masque, à la compréhension par tous de la distanciation physique en conformité avec les textes ministériels et en particulier les guides sanitaires. Ils ont également soutenu les enseignants dans cette éducation sanitaire auprès des élèves. Ils sont aussi largement intervenus pour un repérage précoce de la souffrance psychique, liée à la temporalité d'un confinement mais aussi aux craintes du déconfinement, expliquant en tant que de besoin les règles d'accueil des élèves.

Leur action s'inscrit selon deux axes d'intervention principaux. Au niveau des individus d'abord, il s'agit de procéder à l'évaluation des besoins, à des consultations à la demande des élèves, des parents ou des équipes, au repérage et au dépistage de la souffrance psychique des élèves notamment dans le cadre de la protection de l'enfance (en identifier la cause : confinement, déconfinement, deuil, violences, intra familiales, ...) pour proposer une orientation voire un suivi. Il s'agit également d'aider à la reprise scolaire des élèves « décrocheurs », d'aider à la scolarisation des élèves bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé ou en situation de handicap.

À l'échelon collectif ensuite, quand les professionnels de santé de l'Éducation nationale sont présents sur site, ils prennent en charge des élèves et des personnels « symptomatiques » et aident à l'analyse des contacts élèves (conformément au plan ministériel Covid-19). Ils facilitent l'application des mesures prises par les autorités sanitaires en collaboration avec l'ensemble de la communauté éducative, en y associant les acteurs de proximité, notamment les collectivités territoriales. Ils isolent les cas suspects symptomatiques pour les orienter aux dépistages afin de limiter les cas contacts, ils contribuent aux mesures d'évictions ou de fermeture des établissements en cas de cluster. En lien avec les autorités sanitaires, les personnels de santé de l'Éducation nationale permettent une gestion rapide et efficace des situations critiques.

Ils sont également garants des informations données aux parents.

En période de crise sanitaire, la mobilisation des personnels de santé scolaire est un atout considérable pour permettre la gestion individuelle et collective des protocoles. Les médecins et les infirmiers de l'Éducation nationale apportent expertises et conseils aux équipes concernant l'hygiène, les gestes recommandés et la survenue éventuelle de cas.





Notes

1. Chapitre rédigé par Mabrouk Nekaa, maître de conférences à l'université Jean Monnet de Saint-Etienne.



Références

- Whitehead, D. (2006). The health-promoting school: What role for nursing? In Journal of Clinical Nursing 15(3):264-71 · April 2006
- Nekaa M., Berger, D. (2018). « Les infirmières de l'Éducation nationale en France: une étude mixte sur les pratiques en éducation et promotion de la santé », Recherche en soins infirmiers (Revue Interface), 2018/4 (N° 135), p. 14-29. DOI: 10.3917/rsi.135.0014.
- Mérini, C., Bizzoni-Prévieux, C. (2009), Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école. Revue Formation et Profession, 2009, 32-35.
- Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C., Berger, D. (2010), « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », Travail et formation en éducation [En ligne], 6 | 2010,
- Adams, S. (2009), Use of Evidence-Based Practice in School Nursing JOSN, Vol. 25 No. 4, August 2009 302-313.
- Selekman, J. (2013), School Nursing: A Comprehensive Text by the National Association of School Nurses (NASN).
- Lineberry, J., Ickes, L. (2014), the Role and Impact of Nurses in American Elementary Schools in the Journal of School Nursing Vol 31, Issue 1, 22 – 33, 10.1177/1059840514540940 (NASN, 2010).
- Kirchofer, G., Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A. and Ritchie, M. (2007), "Elementary School Parents/Guardians' Perceptions of School Health Service Personnel and the Services They Provide". Journal of School Health, 77: 607-614.
- Les Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire (2015) Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015 ISBN 978-2-89229-662-4 (PDF) (2e édition, 2015)
- CNOI 2020, <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/actualite-covid-19/covid19-le-role-cle-des-infirmiers-de-leducation-nationale.html>



“ La vie, c'est comme une bicyclette, il faut
avancer pour ne pas perdre l'équilibre. ”
Albert Einstein



ÉDUCATION ET SANTÉ À L'ÉCOLE :
ANALYSE DE L'ACTIVITÉ ENSEIGNANTE ET
PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE FORMATION
INITIALE ET CONTINUE ¹



L'épidémie de Covid-19 interroge l'école dans sa capacité à assurer ses missions premières qui sont celles de l'éducation et de l'instruction de tous les élèves qui lui sont confiés. Les réponses à apporter concernent la façon dont l'école en tant que milieu de vie doit s'organiser pour assurer à la fois la protection, la prévention et l'éducation du plus grand nombre. Nous présentons dans la suite de l'article le cadre de la politique éducative de santé et les leviers qui peuvent être actionnés dont celui central de la formation des enseignants. C'est en effet, selon nous, en pensant la façon dont on peut renforcer les capacités des professionnels que des réponses appropriées pourront être apportées.

ÉCOLE, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE : UN CADRE STRUCTURANT...

Les liens qui unissent santé et éducation sont bien établis : des élèves en bonne santé réussissent mieux à l'école et l'éducation est un facteur de protection pour ce qui concerne la santé des individus (Langford et al., 2014). La politique éducative de santé dans le système éducatif français s'organise autour d'une approche dite de promotion de la santé. Plusieurs auteurs se sont attachés à modéliser la façon dont l'École concourt à la promotion de la santé (St Leger et Young, 2009). Penser les actions dans le cadre de cette approche « globale » consiste à agir sur les déterminants clés de la réussite, de la santé et du bien-être à l'école, et auprès des jeunes, de la famille et de la communauté pour contribuer à réduire les inégalités sociales de santé (Porcherie et al., 2015). L'efficacité de cette approche a été démontrée sous certaines conditions, à savoir : que les actions soient intégrées, multifactorielles, sur le long terme,

basées sur le développement des compétences psychosociales, qu'elles prennent en compte l'environnement, qu'elles mobilisent des acteurs gravitant autour des personnes et convergent avec les politiques en place (Stewart-Brown, 2006).

... DES ENSEIGNANTS ACTEURS À PART ENTIÈRE DES DÉMARCHES DITES DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE...

Le rapport du CNESE « Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé » rappelle la nécessaire mobilisation de la communauté éducative afin de mener des actions en faveur du bien-être des jeunes et de leur santé : les personnels de santé des établissements, les psychologues scolaires, les enseignants à côté des familles et des jeunes eux-mêmes. Si la participation de nombreux acteurs est évidente, la place des enseignants à travers leur compréhension des enjeux est centrale quand il s'agit d'implanter ce type d'approche « promotrice de santé à l'École » (Moynihan et al., 2015 ; St Leger, 2005 ; St Leger et al., 2007).

... MAIS UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ DES PRATIQUES ENSEIGNANTES DANS LE DOMAINE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET UNE MULTITUDE DE FACTEURS SOUS-TENDANT LEUR ACTIVITÉ

Une première enquête quantitative conduite en population générale enseignante indiquait que près de deux enseignants sur trois déclarait s'emparer des questions d'éducation à la santé (ES) (Jourdan et al., 2002). Ce chiffre est convergent avec une étude plus récente (Sormunen et al., 2015). Pour autant, les enquêtes qualitatives conduites depuis soulignent la difficulté récurrente pour les enseignants à borner

l'objet « éducation à la santé » et donc implicitement leur capacité à rendre compte de leur contribution dans ce champ.

Il ressort des travaux conduits dans le cadre de l'analyse de l'activité enseignante en éducation à la santé (Simar & Jourdan, 2010^a, 2010^b, 2011, 2012) :

- Une hétérogénéité des finalités assignées à l'éducation à la santé (contribuer à assurer les besoins physiologiques des élèves, sensibiliser les élèves par rapport aux thèmes de santé, développer les compétences des élèves en matière de santé, etc.)
- Une déclinaison de l'éducation à la santé qui alterne situations formelles – formalisées (ancrage dans les programmes scolaires, projet d'établissement, rituels, etc.) et informelles – non formalisées (en réponse à un événement qui vient de se produire dans l'établissement ou à des sollicitations d'élèves), individuelles et / ou collectives.

Ces travaux permettent également d'éclairer les facteurs en jeu dans la redéfinition de la tâche des enseignants en éducation à la santé, laissant apparaître la complexité des processus (Morin, 1988). Ils renvoient à des facteurs liés à la perception qu'ont les enseignants :

- des politiques éducatives et de santé et de la disponibilité des ressources dans ce champ,
- des dynamiques collectives de travail en éducation à la santé et des priorités de leurs contextes d'exercice,
- des enjeux de l'ES à l'École et de leurs capacités à l'inclure dans leurs pratiques d'enseignement.

La formation continue apparaît comme un levier afin d'impulser des pratiques

promotrices de santé (Guével et al., 2013) sous certaines conditions. Les facteurs les plus corrélés au développement de pratiques promotrices de santé chez les enseignants sont liés au volume de formation dont a pu bénéficier l'enseignant, sa capacité à travailler collectivement et un niveau d'intérêt élevé en éducation à la santé (Simar et Jourdan, 2010). Pour contribuer au développement professionnel des enseignants en promotion de la santé, les dispositifs de formation continue devraient alors permettre aux enseignants d'identifier en quoi la promotion de la santé relève de leurs missions (Hargreaves et Fullan, 2012), les orientations qu'elle peut prendre dans le cadre de l'école et qui dépassent la seule question de l'ES ainsi que la façon dont elle interpelle leur identité professionnelle (Perez-Roux, 2012).

Des enjeux en matière de professionnalité enseignante dans le champ de la promotion de la santé émergent. Le caractère diffus et général à certains moments de l'éducation à la santé rend difficile pour l'enseignant de cerner clairement sa contribution. Enfin, l'identité professionnelle enseignante en promotion de la santé tend à se développer à la croisée de leur compréhension des prescriptions, de leur trajectoire individuelle en matière de santé, et de la place et des enjeux qu'ils accordent à l'ES dans leur métier et leurs pratiques enseignantes et plus largement à leur rapport au collectif et au contexte de l'établissement.

Nous proposons de poursuivre cette réflexion au regard des travaux conduits cette fois en formation initiale des enseignants.



FORMATION INITIALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ : CADRE INSTITUTIONNEL

En France, depuis 2013, la formation initiale des enseignants et éducateurs est assurée dans le cadre de Masters professionnels (Master de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation (MEEF) par les Instituts Supérieurs de l'Éducation et du Professorat (INSPE), composantes des universités. Aujourd'hui, les questions éducatives de santé ont explicitement une place dans la formation initiale que ce soit au sein des maquettes du MEEF qu'au sein du référentiel de compétences. Ainsi, l'article 2 de l'arrêté du 27 Août 2013 précise que « la formation permet également une appropriation des thèmes d'éducation transversaux et des grands sujets sociétaux (...) notamment l'éducation à la santé ». En outre, l'arrêté du 1^{er} juillet 2013 stipule que dans la compétence 6 « Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques », l'enseignant/le CPE doit « apporter sa contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé, l'éducation à la citoyenneté, l'éducation au développement durable et l'éducation artistique ».

La question de l'impact des actions de formation se pose alors aussi pour ce qui concerne la formation initiale. En particulier, des travaux antérieurs ont démontré le rôle et l'importance de celle-ci dans la construction des représentations du métier qui s'y construisent (Daguzon, 2010).

FORMATION INITIALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ : PERSPECTIVES SCIENTIFIQUES

À l'international, une revue systématique de la littérature (Shepherd et al., 2016) a été conduite essentiellement en lien

avec les systèmes éducatifs de pays où l'éducation à la santé était considérée comme discipline scolaire et figurait en général de façon systématique dans les maquettes de formation voire dans les programmes scolaires (P.S.H.E. (Personal, Social and Health Education) en Angleterre). Elle permet de mettre en évidence l'effet de la formation initiale sur la perception par les étudiants de leur rôle concernant la santé des élèves, au niveau de la classe mais aussi de l'école, et un accroissement des connaissances en lien avec les thématiques de santé. Elle montre également un accroissement du sentiment de compétence pour enseigner l'éducation à la santé, mais ceci de façon non systématique. Les études longitudinales ayant suivi les étudiants lors de leur prise de responsabilité confirment un effet sur les pratiques effectives d'éducation et de promotion de la santé. Les facteurs avancés concernent le volume, l'intensité, la forme et la cohérence de la formation, le lien avec leur vision de la santé mais aussi de l'éducation à la santé.

En France, les travaux scientifiques portant sur la formation initiale, en particulier depuis la réforme de 2013, sont peu nombreux. Nous nous faisons ici l'écho des résultats obtenus récemment sur la façon dont les étudiants élaborent leur tâche en éducation à la santé, au regard de leur future pratique (Cury, 2017). Une des études s'est en effet attachée à comprendre comment des étudiants engagés dans les masters MEEF définissent et comprennent ce qui est attendu d'eux en éducation à la santé. En termes de méthodologie, nous avons recueilli des données selon une méthode quantitative par questionnaire (534 questionnaires), au

près d'étudiants du 1^{er} et 2nd degré, dans trois sites de formation différents, entre 2014 et 2017. Une analyse lexicale a été conduite sur l'ensemble des questionnaires via IRaMuTeQ (version 0.7).

ÉLABORATION D'UNE TÂCHE COMPRISE EN ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR LES ÉTUDIANTS EN FORMATION INITIALE

Si l'éducation à la santé est définie par les étudiants en formation initiale principalement autour du mot « élève », les analyses permettent de mettre en évidence que les objectifs qu'ils se donnent sont de trois ordres. Certains font référence à la prévention par l'apport d'informations, d'autres à la sensibilisation aux thématiques de santé et enfin les derniers se projettent dans la nécessité de construire les compétences des élèves nécessaires à leur bien-être.

Objectif 1 : Prévenir par l'apport d'information aux élèves

Le premier objectif que se donnent les étudiants en éducation à la santé concerne la prévention. Il s'agirait alors d'apporter aux élèves les informations nécessaires à la compréhension des facteurs de risque qui permettent l'identification des conduites à éviter. Cet objectif est plutôt celui que se donnent les étudiants de M1, en MEEF 2nd degré ayant fait un travail de recherche en éducation à la santé lors de la formation. Concernant l'épidémie de Covid-19, l'identification des facteurs de risque liés aux comportements de chacun entre dans cette catégorie.

Objectif 2 : Développer les compétences des élèves en vue de leur bien-être

Le second objectif vise le « bien-être » de l'« élève », avec l'idée de lui apporter

des connaissances et de le sensibiliser sur les « risques » afin qu'il puisse devenir acteur de sa santé et afin qu'il adopte un « comportement favorable et responsable ». Les mots appartenant à cette catégorie correspondent à ceux choisis par les étudiants en M2, admis à l'écrit. Concernant l'épidémie de Covid-19, le discours sur la responsabilité de chacun, élèves comme adulte, dans la protection de tous entre dans cette catégorie.

Objectif 3 : Sensibiliser les élèves à partir d'un travail autour des thèmes de santé

Le troisième objectif renvoie essentiellement aux thématiques de santé : « hygiène », « règles », « activité », « alimentation », « manger », « nutrition », « corps », « sexualité » ; la forme « vie » renvoie généralement à l'hygiène de vie et aux règles de vie. Les autres termes caractéristiques de cette classe précisent ces thématiques : alimentation saine, équilibrée ; respecter, sport, physique, etc. Les mots appartenant à cette catégorie correspondent davantage aux étudiants inscrits en MEEF 1^{er} degré qui n'ont pas eu de formation en éducation à la santé, ni fait de travail de recherche dans ce domaine. Concernant l'épidémie de Covid-19, la formation aux gestes barrières entre dans cette catégorie.

Les résultats de cette étude exploratoire permettent d'identifier un effet du curriculum de formation initiale sur la façon dont s'élabore la tâche que se donnent les étudiants en éducation à la santé (évolution entre le M1 et le M2) en fonction du contexte de formation (1^{er} ou 2nd degré) et des dispositifs suivis (travail de recherche). Les analyses rendent compte de la diversité des façons de penser ces





objets complexes qui influence en retour potentiellement la façon de les mettre en œuvre dans les pratiques effectives lors de la prise de responsabilité.

Les études conduites en formation initiale (Cury, 2017) témoignent du fait que les étudiants engagés débute l'élaboration d'une tâche comprise en éducation à la santé qui poursuit plusieurs objectifs.

Il ne s'agit pas de considérer que tel objectif serait plus approprié qu'un autre. C'est l'ensemble des objectifs qui leur permettra d'en comprendre la complexité et de définir l'orientation qu'ils donneront aux actions à venir. La formation initiale est alors bien à concevoir comme une étape du développement professionnel des enseignants (Uwamariya et Mukamurera, 2005) qui se poursuivra dans une perspective développementale tout au long de leur carrière. Selon Zuzovsky (2001), chaque étape du développement intègre les éléments qui permettent l'émergence de la suivante. Nul doute alors que l'épidémie de Covid-19 va fortement influencer la façon dont les promotions d'étudiants, futurs enseignants, vont construire leur identité professionnelle. Au final, la crise peut leur permettre de mieux identifier en quoi ces questions de santé sont au cœur de leur future profession.



Notes

1. Chapitre rédigé par Philippe Cury, Julie Pironom, Didier Jourdan et Carine Simar sur la base d'un texte publié dans la revue *Administration et Éducation* 2018/1.
<https://www.cairn.info/revue-administration-et-education-2018-1-page-61.htm#>



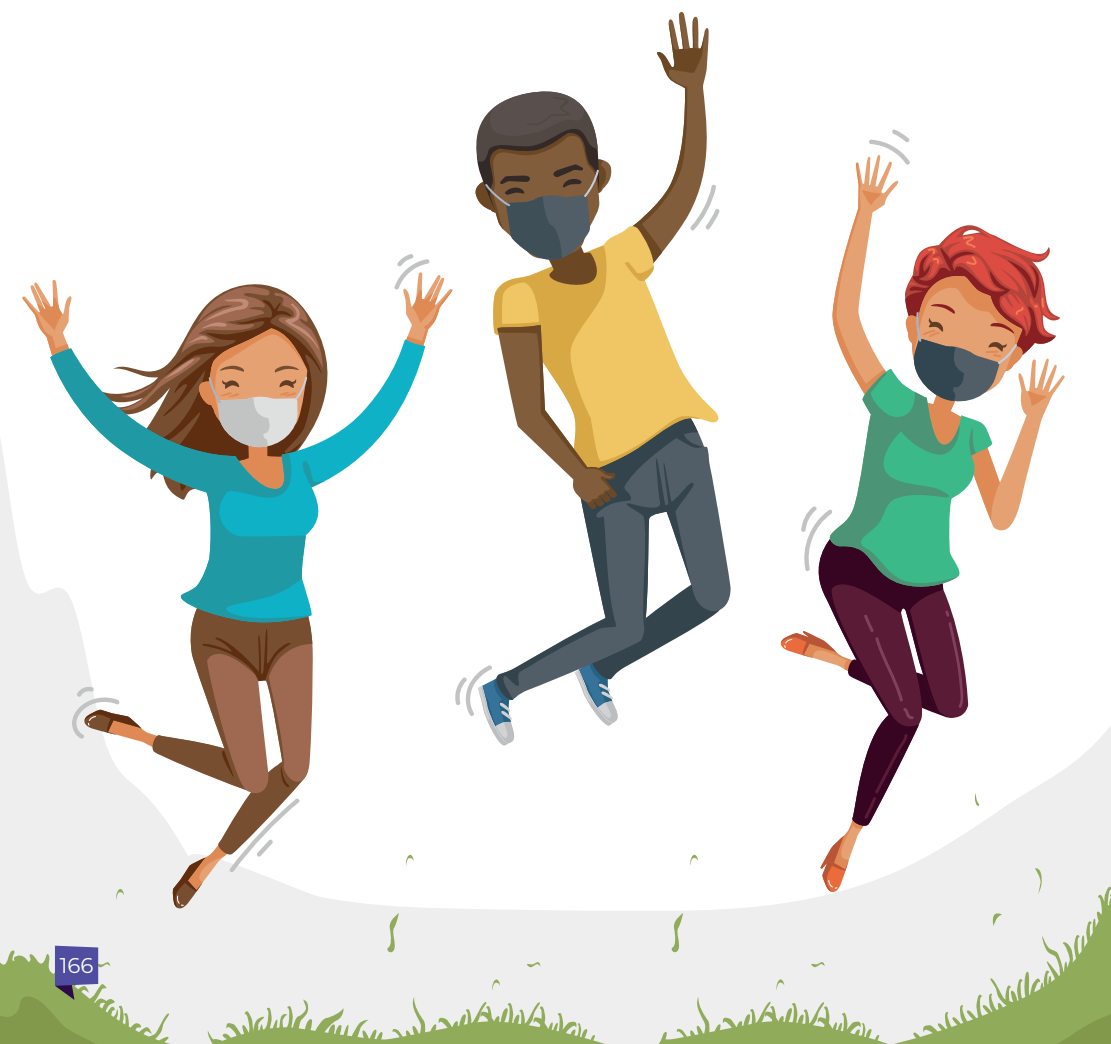
Références

- Cury, P. (2017). *Parcours de formation initiale en éducation à la santé et développement professionnel des professeurs débutants : Etudes transversales et suivi longitudinal d'une cohorte*. Université Clermont Auvergne – Clermont Ferrand. Ecole Doctorale de Lettres, Sciences Humaines et Sociales (ED 370) Thèse de doctorat de l'Université Clermont Auvergne. Mention : Sciences de l'Éducation (70^{ème} section) Laboratoire ACTÉ (EA 4281), ESPE Clermont Auvergne (UCA).
- Daguzon, M. (2010). *L'influence de la prescription sur le développement professionnel des professeurs des écoles débutants* (Doctoral dissertation, Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand II).
- Guével, M. R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2013). *Évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implications pour la pratique*. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 13-19.
- Hargreaves, J., & Fullan, M.-G. (2012). *Understanding teacher development*. New York: Teachers College Press.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M. L., Laquet-Riffaud, A.,... Glanddier, P. Y. (2002). *School health education: practices and representations of primary school teachers*. *Santé Publique*, 14(4), 403-423.
- Langford, R., Campbell, R., Magnus, D., Bonell, C. P., Murphy, S. M., Waters, E.,... & Gibbs, L. F. (2014). *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and staff*. *Cochrane DatabaseSystRev*, 1.
- Morin, E. (1988). *Le défi de la complexité*. *Revue Chimères*, 5(6), 1-18.
- Moynihan, S., Paakkari, L., Välimaa, R., Jourdan, D., & Mannix-McNamara, P. (2015). *Teacher Competencies in Health Education: Results of a Delphi Study*. *PLoS One*, 10(12), e0143703. doi: 10.1371/journal.pone.0143703.
- Perez-Roux, T. (2012). *Construction identitaire des enseignants débutants*. *Recherches & éducations*, 7, <http://rechercheseducations.revues.org/1383>
- Porcherie, M., Pommier, J., & Le Bihan, B. (2015). *Les conceptions de l'action sur les inégalités sociales et de santé au sien d'une Agence Régionale de santé*. In Le Congrès « Déterminants sociaux de la santé : des connaissances à l'action ».
- Shepherd, J., Pickett, K., Dewhurst, S., Byrne, J., Speller, V., Grace, M., ... & Roderick, P. (2016). *Initial teacher training to promote health and well-being in schools-A systematic review of effectiveness, barriers and facilitators*. *Health Education Journal*, 75(6), 721-735.
- Simar, C., & Jourdan, D. (2010a). *Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré*. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 739-760.
- Simar, C., & Jourdan, D. (2010b). *Éducation et santé à l'école : étude de l'impact d'un dispositif de formation des enseignants dans une démarche de promotion de la santé*. *Recherches & éducations*, 3, 99-121.
- Simar, C., & Jourdan, D. (2011). *Analyse de l'activité d'enseignants du primaire en éducation à la santé*. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 7-25.
- Simar, C., & Jourdan, D. (2012). *L'éducation à la santé, entre discipline scolaire et approche transversale. Analyse de la tâche représentée des enseignants dans les systèmes éducatifs français et irlandais*. *Spirale*, 50, 125-137.
- Sormunen, M., Pironom, J., Simar, C., Jourdan, D., & Tossavainen, K. (2015). *Parents and Teachers' Views on Health Guidance and Education in Finland and in France*. Paper presented at the ECER Education and Transition, Budapest, Hungary. <http://www.eera-ecer.de/ecer-programmes/conference/20/contribution/35037/>
- St Leger, L. (2005). *Protocols and guidelines for health promoting schools*. *Promot Educ*, 12(3-4), 145-147, 193-145, 214-146.
- St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D., & Young, I. (2007). *School health promotion achievements, challenges and priorities*. In D. McQueen & C. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 425). New York: Springer.
- St Leger, L., & Young, I. M. (2009). *Creating the document 'Promoting health in schools: from evidence to action'*. *Global health promotion*, 16(4), 69-71.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* In H. E. Network (Ed.), (Vol. <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Uwamariya, A., & Mukamurera, J. (2005). *Le concept de « développement professionnel » en enseignement: approches théoriques*. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(1), 133-155.
- Zuzovsky, R. (2001). *Teachers' professional development: an Israeli perspective*. *European journal of teacher education*, 24(2), 133-142.





“ Nul doute alors que l'épidémie de Covid-19 va fortement influencer la façon dont les promotions d'étudiants, futurs enseignants, vont construire leur identité professionnelle. ”



“ On en change pas l'école contre les éducateurs,
mais avec eux. ”



IDENTIFIER LES DÉTERMINANTS DE LA
PARTICIPATION ACTIVE DES PROFESSIONNELS
DE L'ÉDUCATION DANS UN DISPOSITIF
DE PROMOTION DE LA SANTÉ ¹



INTRODUCTION

La santé est influencée par un ensemble complexe de facteurs culturels, environnementaux, sociaux et économiques. En tant que milieu au sein duquel les élèves passent une grande partie de leur vie quotidienne et espace privilégié d'éducation, l'école a une influence sur la santé (WHO Europe, 2016). De nombreuses initiatives en milieu scolaire ont ainsi été lancées, en particulier dans la région Pacifique, pour contribuer à la santé des enfants et des adolescents. On peut citer entre autres : Fresh Tastes (Nathan et al., 2016) en Australie, MaliMali (Takeuchi et al., 2017) aux îles Tonga, Mémé Sourire (Tubert-Jeannin, Pichot, Rouchon, Pereira, & Hennequin, 2018) en Nouvelle-Calédonie. Certaines sont des interventions thématiques sur la nutrition, la santé orale, la santé mentale, les dépendances, la sexualité... et d'autres sont fondées sur des approches par milieu, c'est-à-dire des stratégies visant à agir sur les politiques et les pratiques, à remodeler les environnements, à construire des partenariats pour générer des changements durables dans le cadre scolaire (Whitelaw et al., 2001). Ces approches se fondent sur les données montrant que la cohérence de politiques et de pratiques en faveur de l'inclusion sociale, l'éducation et de la santé entraîne une amélioration des résultats scolaires, une augmentation du bien-être social et émotionnel et une réduction des comportements à risque pour la santé (UIPES, 2010). Bien que de nombreuses données confirmant l'intérêt de la mise en œuvre d'une démarche de promotion de la santé dans les écoles soient disponibles (Alemán-Díaz et al., 2018; Langford et al., 2014), seuls quelques pays ont réussi à les mettre en œuvre à grande échelle (For-

tune et al., 2018). Identifier les approches permettant de généraliser les pratiques professionnelles qui ont un impact sur les déterminants de la santé actuelle et future des enfants est un enjeu pour la recherche.

L'étude d'un grand nombre de réformes ou d'innovations dans le monde éducatif, y compris celles qui ont été fondées sur les données de la recherche, montre que les résultats sont décevants (Bryk, 2017). Une fois mises en œuvre et évaluées dans leur contexte, elles ne produisent pas les effets positifs escomptés. Dès 1995, Tyack et Cuban (Tyack, Cuban, & Press, 1995) attribuaient les échecs des réformes éducatives à la prise en compte insuffisante des contextes, ainsi que des visions et des habitudes des professionnels lors du processus de mise en œuvre. Les chances de réussite d'une innovation à l'école ou de la diffusion d'un outil dépendraient de deux facteurs principaux : sa compatibilité avec les pratiques habituelles des professionnels et l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire du rapport entre son coût pour les enseignants (réorganisation, surcharge de travail, investissement...) et ses bénéfices (satisfaction due aux progrès des élèves ou à l'accroissement du sentiment de compétence du professeur) (Cèbe & Goigoux, 2018).

Il ne s'agit ainsi pas de faire une réforme et de laisser les professionnels « se débrouiller » pour faire émerger des pratiques renouvelées. La recherche montre que les enseignants modifient leurs pratiques en tenant compte des prescriptions, de leurs propres représentations, des besoins des élèves et du contexte de l'école (Goigoux, 2007). Pour qu'il se traduise dans les actes, au sein des classes,

exhorter les enseignants à promouvoir la santé ne suffit pas : il convient de mettre en place, avec eux, une démarche d'accompagnement du changement. Il existe différentes approches de l'accompagnement au changement. Dans tous les cas, la participation réelle des professionnels est un enjeu central (Jourdan, 2010).

La présente étude vise à comprendre les déterminants de la participation d'enseignants et de cadres de l'enseignement primaire à un dispositif de promotion de la santé et à analyser la nature de leur contribution. Elle s'appuie sur un dispositif de production d'outils en vue de l'implantation d'un parcours éducatif de santé mis en œuvre en Nouvelle-Calédonie en 2018 et 2019. Cette étude contextualisée est susceptible de nourrir la réflexion d'ensemble sur la participation des enseignants aux évolutions liées aux crises sanitaires.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'étude

Le protocole de recherche en méthodes mixtes est de type convergent QUAN + QUAL au sens de Creswell et Plano Clark (Creswell & Plano Clark, 2007) et les résultats seront présentés selon une approche complémentaire au sens de Pluye et al. (Pluye, Gagnon, Griffiths, & Johnson-Lafleur, 2009). L'étude a concerné des établissements des trois provinces : écoles de ville, écoles de tribu en milieu rural de montagne ou dans les îles de l'archipel (Lifou, Maré et Ouvéa). Elle a ainsi nécessité des moyens financiers (avion, location de voiture, d'hébergements) et logistiques (organisation avec les services provinciaux et municipaux) significatifs pour les formations et l'accompagnement. Elle s'est déroulée en 2018 et 2019 dans un contexte politique marqué par le référendum sur l'indépendance.

CONTEXTE

La Nouvelle-Calédonie est un archipel du Pacifique sud. À l'école primaire (maternelle et élémentaire), les professeurs enseignent l'ensemble des disciplines et le directeur a une mission de coordination interne (avec son équipe d'école) et externe (avec la commune et les partenaires) (Eduscol, 2014). L'école est encadrée par l'équipe de circonscription dirigée par l'inspecteur de circonscription qui est l'autorité hiérarchique des enseignants et de la direction de l'école.

Le territoire est riche d'une grande diversité culturelle, mais il est marqué par d'importantes inégalités de santé et d'éducation. Malgré une volonté politique forte d'équilibrer les territoires dans les domaines économiques et sociaux, ces inégalités persistent (Pantz, 2017). Ces dernières se mettent en place rapidement puisque les écarts de diplôme de sortie du système éducatif sont liés à des différences dans la maîtrise des fondamentaux observés dès l'école primaire et qui s'accroissent au collège (Gorohouna & Ris, 2017).

En termes de ressources humaines comme d'accès à la formation continue des maîtres, les provinces Nord et des Îles sont dans une situation plus défavorable que la province Sud pour des raisons économiques et géographiques. Les enseignants ayant le plus d'expérience professionnelle sont généralement en Province Sud et notamment à Nouméa. Les enseignants remplaçants (donc non formés) sont plus souvent en Province Nord (15%) devant la Province des Îles (10%) et la Province Sud (9%) (Chambre Territoriale des Comptes de Nouvelle-Calédonie, 2015).





Intervention

Cette étude s'appuie sur un dispositif de promotion de la santé « Réussir, Être Bien, Être Ensemble » (Rebee) porté de façon intersectorielle (santé et éducation) par le gouvernement calédonien (<https://rebee.chaireunesco-es.org/>). Il est copiloté par l'agence de santé et la direction de l'éducation.

Sa finalité est la mise en œuvre systématique, dans toutes les écoles, d'activités éducatives visant à développer chez les élèves la capacité à prendre en charge leur propre santé de façon autonome et responsable au sein d'un environnement, un contexte social, religieux et culturel déterminé. Ces activités sont structurées et constituent un parcours éducatif de santé (Jourdan, 2017). L'entrée choisie est éducative de façon à rejoindre les enseignants dans le cœur de leur mission.

Pour y parvenir, la démarche consiste à renforcer les compétences des enseignants en produisant avec eux des outils conçus pour répondre à leurs préoccupations et aux besoins d'enseignement de tous les élèves, notamment les plus vulnérables, ceux qui ont le plus besoin de l'école pour apprendre. Ces outils sont appelés à s'intégrer sans trop de bouleversements dans les conditions d'exercice ordinaire des maîtres débutants ou chevronnés. Ils incluent les justifications théoriques et pratiques permettant aux utilisateurs de comprendre les principes qui les sous-tendent et la nature des activités proposées (Cèbe & Goigoux, 2018). Son organisation reprend celle du programme Narramus (Cèbe & Goigoux, 2018) et s'appuie sur la création avec les intéressés de ressources pour les écoles selon une démarche de conception continuée dans l'usage (CCU). Cette dé-

marche de conception, issue des travaux d'ergonomie de langue française (Béguin & Cerf, 2004), est itérative et participative.

La mise en œuvre du dispositif s'organise autour de trois étapes successives. Dans la première, un groupe de travail associant enseignants, cadres de l'éducation et professionnels de santé a été constitué et a produit un cadre et un premier prototype de fiches pédagogiques (octobre 2018 à mai 2019). À l'issue de cette première étape, une seconde a été lancée qui correspond à la phase de travail sur le prototype dans les écoles. Les enseignants et directeurs impliqués dans cette étape ont bénéficié d'une formation en avril 2019. Le contenu des formations, animées par l'équipe support (1 animateur-formateur, 4 conseillers pédagogiques et 3 professionnels de santé) incluait une présentation des enjeux de santé en Nouvelle-Calédonie, des caractéristiques d'une approche de promotion de la santé à l'école, des compétences pédagogiques en lien avec la littératie en santé et les modalités de travail sur l'outil. La durée des sessions de formation a varié entre 2h30 et 6h, en fonction des possibilités selon les provinces. Les enseignants ayant pris part à la formation ont été suivis jusqu'au terme de la phase de travail dans les écoles en septembre 2019.

À l'issue du stage, les enseignants disposaient des éléments pour travailler au sein de leur école, faire leurs propositions de séances et partager leurs retours sur celles du prototype. Il leur était proposé de travailler sur 2 séquences, c'est-à-dire 14 séances de classe. Pendant cette phase, les écoles ont été accompagnées par une équipe support relayée à l'échelon local par 14 directeurs d'écoles et 3 conseillers pédagogiques de circonscription. Cet ac-

compagnement s'est fait sur place dans les écoles des trois provinces et à distance (échanges par téléphone et emails).

La troisième étape du dispositif Rebee consiste en la dissémination des outils du parcours éducatif, l'évaluation de son impact sur les compétences des élèves et l'amélioration de l'outil sur la base des contributions d'un plus grand nombre d'enseignants.

Il est possible de schématiser le modèle logique de l'intervention comme suit (figure 1). Ce modèle s'appuie sur des travaux antérieurs de l'équipe (Pommier, Guével & Jourdan, 2010) et la grille d'analyse en 10 points proposée par Jabot et al. (Jabot, Pommier & Guével, 2017) qui aborde : le problème initial, les stratégies,

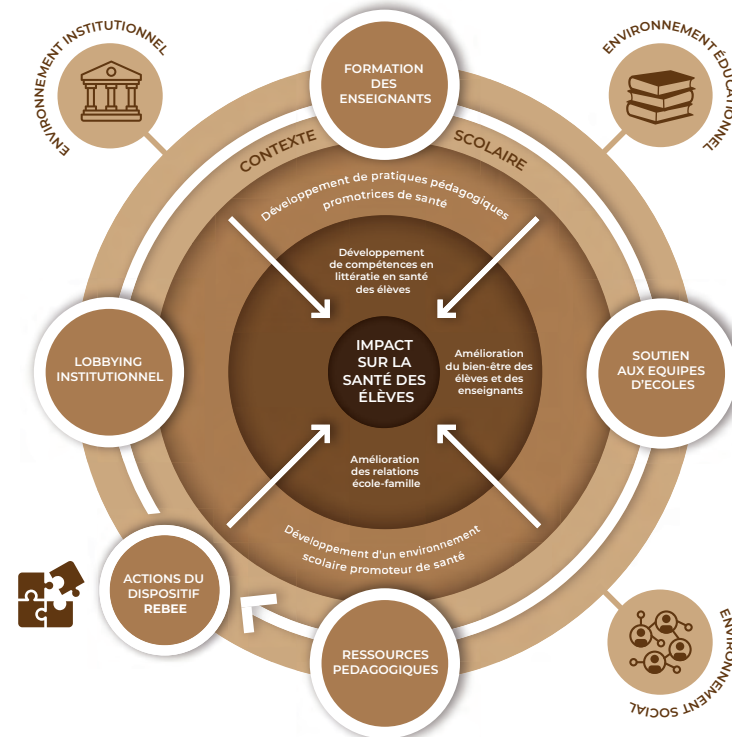
les résultats visés, les données disponibles, les réalisations et l'association des bénéficiaires à la conception. L'impact envisagé est l'amélioration de la santé des élèves à travers :

- Un dispositif ancré dans des environnements porteurs institutionnel, éducatif et social influant sur le contexte de l'école.
- Des actions de lobbying, de formation, d'accompagnement et de création de ressources pédagogiques en éducation et promotion de la santé à destination des enseignants.
- Des objectifs intermédiaires de développement de pratiques en éducation à la santé des enseignants, d'environnements scolaires favorables à la santé et de la littératie en santé des élèves. (figure 1)

Figure 1 :
Modèle de l'intervention

L'impact envisagé est
l'amélioration de la santé
des élèves à travers :

- Un dispositif ancré dans des environnements porteurs institutionnel, éducatif et social influant sur le contexte de l'école.
- Des actions de lobbying, de formation, d'accompagnement et de création de ressources pédagogiques en éducation et promotion de la santé à destination des enseignants.
- Des objectifs intermédiaires de développement de pratiques en éducation à la santé des enseignants, d'environnements scolaires favorables à la santé et de la littératie en santé des élèves.





Population concernée

Les écoles impliquées ont été sélectionnées par les inspecteurs de circonscription et les directions de l'enseignement. Ont été inclus les personnels des enseignements privés et publics des 3 provinces. Au total, 139 personnes ont été invitées. 120 personnes réparties sur 40 écoles (45% de l'enseignement privé et 55% du public) ont pu participer à la formation. Les autres n'ont pu y prendre part pour des raisons personnelles ou opérationnelles.

Traitement des données

Les retours des enseignants ont été collectés via des questionnaires auto-administrés en ligne complétés par des documents reçus par courrier électronique au cours de 5 entretiens en ligne, 1 entretien téléphonique, 39 entretiens individuels en présence et 14 focus group entre mai à septembre 2019. Les questions concernaient les propositions des enseignants et visaient à recueillir des données sur les critères ergonomiques d'utilité, d'utilisabilité et d'acceptabilité des fiches expérimentées (Bourmaud, 2013).

Les questionnaires et interviews ont été anonymés avant d'être analysés. Les identifications de lieu et d'institutions locales ont été supprimées dans les transcriptions des entretiens semi-directifs des directions, les notes prises lors des focus group et des interviews individuelles. Les échanges de mail, compte-rendu de réunion et newsletters, les données quantitatives et qualitatives liées aux modifications apportées à l'outil ont été traitées selon la méthodologie de Miles et Huberman (Miles & Huberman, 2003) en 3 étapes : la condensation des données qui ont été catégorisées et saisies sur

des tableurs puis une présentation des données dans un rapport partagé aux enseignants et directeurs du dispositif et enfin l'élaboration et la vérification des conclusions. Les entretiens ont été traités avec le logiciel d'analyse de contenu QDA Miner®.

L'ancrage dans des réseaux de collaboration des écoles a été établi sur la base de la classification de Mérini et Bizzoni-Previeux (Bizzoni-Previeux et al., 2011) en Réseaux d'ouverture et de collaboration (ROC) de type 1 (collaborations centrées sur l'école de type « prestation ») et en ROC de type 2 (ancrage de l'école dans un réseau de partenariat étroit et durable).

Après analyse des retours des enseignants, les données ont été codées pour être analysées de façon quantitative. Nous nous sommes limités à une analyse univariée. Du fait de la faible taille de l'échantillon, les résultats doivent être considérés comme indicatifs. La participation des enseignants était la variable dépendante (variable binaire), le contexte des écoles, le type de classe, l'ancrage des écoles dans des réseaux de partenariat, les effectifs élèves, la durée de la formation, le nombre de visites dans les écoles, les modalités d'accompagnement et l'implication de la direction de l'école dans le dispositif étaient les variables indépendantes. Le logiciel Jamovi® a été utilisé pour mener à bien cette analyse.

Grille d'analyse de la participation des enseignants

Différentes caractérisations de la participation existent en fonction des domaines d'intervention. La participation citoyenne avec les échelles d'Arnstein de 1969 (Arnstein, 1969) puis de Hart en 1994

(Hart, 1994) en milieu scolaire sur 8 niveaux : de la manipulation au contrôle citoyen. Dans le domaine de la santé et de la participation du patient avec le modèle de Carman de la consultation au partenariat (Carman et al., 2013) ou encore du « Montréal model » partant de l'information à l'implication du patient (Pomey et al., 2015). Ou encore le spider-gram proposé par Rifkin et al. (Draper,

Hewitt, & Rifkin, 2010) en santé communautaire identifiant 5 indicateurs (évaluation des besoins, leadership, mobilisation des ressources, organisation et gestion du programme). Nous avons choisi de nous appuyer sur la synthèse réalisée en 2019 par PromoSanté Ile-de-France (PromoSanté Ile-de-France, 2019) déclinée en 5 niveaux que nous avons adaptés à l'étude (figure 2).

DÉMARCHES PARTICIPATIVES DES ÉQUIPES DES ÉCOLES ÉLÉMENTAIRES.

Inspiré du modèle PromoSanté Ile-de-France, 2019

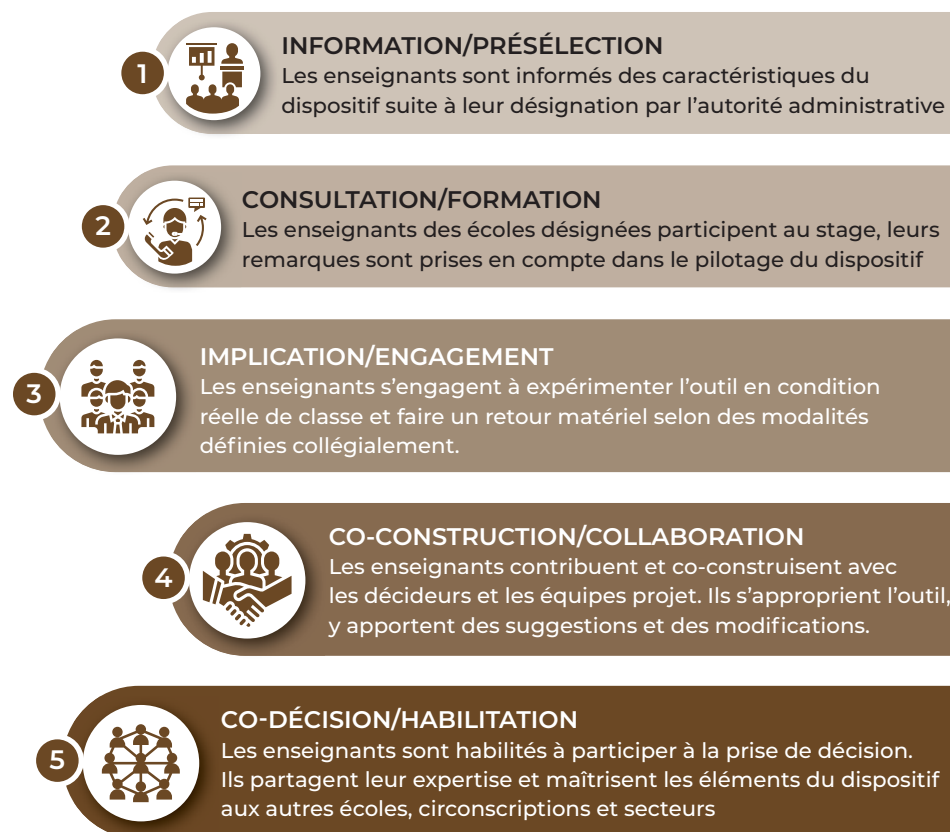


Figure 2 : Grille d'analyse de la participation. La participation des enseignants au dispositif est organisée en 5 niveaux. Dans les 3 premiers niveaux, « la décision reste de la prérogative des concepteurs » et est de nature descendante. Puis l'implication et l'influence des enseignants augmentent jusqu'à influencer les orientations et le déploiement du dispositif.



Indicateurs intégrés dans l'analyse de processus

L'analyse du processus a été conduite sur la base des traces écrites de l'activité : échanges de mail relatifs à l'expérimentation entre les concepteurs et les enseignants, prises de notes et synthèses des interviews, tableurs constitués des données de retours de la phase 2, compte-rendu de réunions et newsletters. Les indicateurs retenus ont porté sur :

• Le lobbying institutionnel :

- Types d'activités de présentation du dispositif
- Publics et secteurs visés
- Taux de mobilisation des services identifiés

• La formation

(stage et accompagnement) :

- Taux de mobilisation des services de formation continue
- Moyens techniques mis en œuvre
- Modes de retours définis
- Nombre et type de modalités d'inclusion
- Temps de formation
- Nombre de visites par école et moyenne
- Nombre et types d'accompagnement
- Nombre et fréquence de la newsletter
- Commentaires relatifs à la newsletter

• Le travail dans les écoles :

- Modes de communication définis
- Nombre et direction des envois mails
- Nombre d'expérimentations en situation réelle de classe
- Nombre et moyenne de fiches par enseignant
- Taux de contribution des enseignants
- Nombre et type de suggestions émises par enseignant
- Nombre et type de modifications apportées par enseignant

- Taux de modifications apportées à l'outil par les chercheurs
- Ecart entre le prototype testé et l'outil diffusé

RÉSULTATS

CARACTERISTIQUES DE LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS (Tableaux I et II)

Modalités de retour

Le mode majoritaire utilisé pour les retours est le focus group pour 48,3% des contributeurs dont 33,7% en zone urbaine. Les écoles urbaines à grands effectifs ont préféré des rencontres « efficaces » en termes de temps, car situées après les cours. Les rencontres ont été généralement organisées en salle des maîtres et les enseignants ont remis leur questionnaire papier à l'équipe projet avec des compléments d'information sur l'expérimentation.

45% ont transmis leurs retours par interviews individuels en présentiel dont 33,3% en zone rurale. Les enseignants dans les zones les plus isolées sont dans des écoles à petits effectifs (entre 10 et 16 élèves) et ont des classes à plusieurs niveaux ; en nombre d'enseignants, ils ne sont souvent que 2 pour l'école élémentaire, avec parfois la direction de l'école incluse. Les rencontres ont pu s'organiser soit sur un temps de repas soit sur un temps de classe. Dans ce dernier cas, la direction avait anticipé le remplacement de l'enseignant dans sa classe le temps de l'entretien.

Les modes de communication à distance ont été les moins sollicités : le questionnaire en ligne n'a été rempli que par 15% des contributeurs.

Modalités de participation des enseignants

139 professionnels (enseignants et directeurs) de 46 écoles (23% des écoles élémentaires du territoire) ont été inscrits et 120 d'entre eux, de 40 écoles (20%), ont suivi la formation. Sur les 99 enseignants qui ont assisté à la formation, 60 (60%) ont produit des ressources et formulé des observations en travaillant sur 101 fiches tirées des séquences d'activité et 18 séquences complètes. L'ensemble correspond à une moyenne de 6,7 fiches par enseignant

10% des 816 observations portaient sur des suggestions de modifications de l'outil et 7,8% sur des modifications effectuées par les enseignants lors de la mise en situation réelle de classe. 55% de ces éléments ont influé sur les modifications du prototype par les chercheurs. Ce qui a conduit à l'ajout de 75 nouvelles fiches, 3 parcours thématiques et 12 entrées par album. De plus, 92 commentaires libres ont été produits : ils évoquent l'usage (en co-intervention, en groupe ou en classe entière), l'effort de contextualisation, la maniabilité, l'utilité de l'outil et la liberté pédagogique.

Nous recensons également des retours sous forme de dossier de projet de classe pour 21,6% des enseignants contributeurs, aussi bien en contexte rural (8,3%) qu'urbain (13,3%). Ce mode de retour, plus riche que les autres, est constitué d'un dossier complet relatant un projet construit autour d'une fiche expérimentée. L'enseignant inscrit les diverses compétences en lien avec le programme à acquérir, les activités déclinées, les moyens mis en œuvre et l'évaluation du projet.

Un autre mode d'expérimentation a été l'usage des fiches selon la discipline que souhaitait travailler l'enseignant avec ses élèves. Dans ce mode, l'enseignant choisit dans l'ensemble des fiches celles dont il a besoin.

Au plan technique, 21% des enseignants qui ont participé à l'expérimentation ont un tableau blanc interactif (TBI) dans leur classe et 57% un vidéoprojecteur (parfois partagé dans l'école, voire sur le secteur scolaire).

En ce qui concerne la mise en œuvre des activités dans le cadre de partenariats avec les acteurs locaux (santé et culture), on observe que 15% des enseignants ont mobilisé cette modalité de travail. Il a essentiellement concerné les contextes ruraux.

Les contributions ont également porté sur les suggestions proposées par 65% des contributeurs et 45 % ont apporté des modifications lors de la mise en œuvre des fiches, essentiellement les enseignants exerçant en zone urbaine. Le fait que tous les contributeurs se donnent le droit de suggérer des activités et de modifier l'outil montre qu'ils se sentent compétents dans la conception et la réalisation d'une activité pédagogique promotrice de santé.

Retours des enseignants n'ayant pas travaillé sur l'outil

Cinq enseignants formés en avril 2019 et n'ayant pas expérimenté l'outil ont été interviewés. Deux motifs sont mis en avant : le manque de temps (« mais je ne jette pas l'éponge ») et de ne pas avoir trouvé de fiches ou de parcours correspondant à leurs projets, sur les addictions et l'eau

par exemple (« Pour moi, le fléau c'est l'alcool et le tabac. Je voulais vraiment quelque chose là-dessus ». « J'ai cherché des outils sur internet pour travailler sur les états de l'eau »). Ils ont donc mené leurs projets sans les fiches Rebee et leurs remarques ont également été prises en compte dans la conception de l'outil final.

Positionnement des directeurs d'école

En plus du travail au sein de la classe, les directeurs impliqués sont intervenus lors de réunions au sein de leurs écoles et des services provinciaux ont été mandatés pour participer à des réunions avec les services de santé locaux afin de présenter le dispositif Rebee. L'analyse de contenu des interviews réalisées auprès de 3 directeurs montre qu'ils partagent :

- Une vision de l'école et un investissement dans les domaines politiques et associatifs de manière intersectorielle.
 - Une préoccupation de la santé de la population et d'une nécessaire approche qui tienne compte des contextes de vie.
 - Une vision positive de l'utilité, l'adaptabilité de l'effort de contextualisation de l'outil aux différentes espaces calédoniens.
 - Une gestion de l'expérimentation non contrôlante.
- D'autres éléments, même s'ils ne sont pas abordés de la même manière, montrent que :
- Ils agissent et influencent leur hiérarchie, le domaine coutumier ou leur

communauté sur les questions éducatives (participation à des groupes de travail dans des institutions ou auprès de leur hiérarchie sur l'éducation à la santé et le projet éducatif calédonien).

- Ils sont également dans une démarche d'amélioration continue de l'outil pédagogique.
- Ils ont un intérêt personnel en matière de santé.
- Un autre élément a été relevé car spécifique au contexte politique de la Nouvelle-Calédonie qui se trouve dans un processus de décolonisation : une vision dite « pays » de la mission de l'école dans les questions de santé et par conséquent du dispositif Rebee.

FACTEURS INFLUANT SUR LA PARTICIPATION DES ENSEIGNANTS (Tableaux II et III)

Contexte

Les écoles en zone rurale représentent 53,5% du dispositif, 35,4% sont fortement ancrées dans des réseaux collaboratifs (ROC2) et 18,2% sont plutôt impliquées dans des collaborations centrées sur l'école (ROC1). Les écoles en zone urbaine représentent 46,5% du dispositif, comptant 4,0% en ROC2 et 33,3% en ROC1 (et 9% non renseignées).

L'analyse des facteurs contextuels montre que les enseignants qui n'ont pas contribué sont davantage implantés en milieu rural (47,2%). Le type de ROC avec les services de prévention intervenant dans l'école n'a pas influé sur la participation des enseignants. Les enseignants contributeurs ont majoritairement

(64,6%) des classes à niveau unique, mais le fait d'avoir une classe à un seul niveau ou multiniveau ne semble pas influencer la participation, tout comme les effectifs d'élèves.

Accompagnement

L'accompagnement a été conduit par l'équipe projet et des directeurs et conseillers pédagogiques. L'équipe projet est plus largement intervenue en milieu rural ; en milieu urbain, ce sont les directeurs qui ont soutenu les équipes. Les analyses montrent que le nombre de visites influence la participation des enseignants ($p < 0,001$). A partir du moment où il y a une rencontre physique, la participation est plus marquée, (70% des enseignants visités ont contribué).

Soutien de la direction

Le soutien institutionnel influe sur la participation ($p < 0,001$) avec un taux d'expérimentation plus fort lorsque la direction accompagne l'enseignant (77,6%). Pour mémoire, l'accompagnement des enseignants du dispositif ne s'est effectué qu'avec l'accord des inspections et des directions. Or 16,2% des enseignants n'ont pu être suivis faute de retour de la part des directions. Ces derniers n'ont pas fait de retour. L'observation plus précise de ce groupe montre qu'il est composé d'une grande équipe d'école urbaine, avec une direction non impliquée qui a participé au stage collectif.





Écoles et contextes	Mode de participation	Participants	Processus (outputs)	Effets (outcomes)
202 écoles en Nouvelle-Calédonie ^a Rurales : 127 Urbaines : 75 Privées : 68 Publiques : 134 Effectif : 21396 élèves	Démarche de présentation/ pré-sélection	• Directions de l'enseignement, agence de santé, services de santé - Inspecteurs de circonscription (IC) et conseillers pédagogiques (CP) - Services formation continue	Présentations du dispositif par l'équipe support aux 3 directions d'enseignement, aux IEN, CP et services de santé (2 territoriaux et 2 provinciaux) Taux d'équipes de circonscription mobilisées : 86% - Taux des services formations des écoles publiques et privées mobilisées : 100%	Soutien des 3 directions d'enseignement et des agences territoriales de santé. Nb d'écoles inscrites au stage : 46 (23% des écoles du territoire) ; 139 personnels inscrits.
46 écoles inscrites à la formation Rurales : 34 Urbaines : 12 Privées : 23 Publiques : 23	Démarche de consultation/ formation	Public : • Directeurs, enseignants, IC, CP Formateurs : • Équipe support, CP, Agents de santé communautaire	Sessions de formation : • 3 sessions de 6h en provinces Nord et Iles • 4 stages de 2h30 et • 4 stages de 3h en province Sud	Nb d'écoles formées : 40 (19,8% des écoles du territoire) ; Stagiaires (n=120) : • Enseignants : 94 • Enseignants spécialisés : 3 • Directions : 18 • CP : 3 • IC : 2
40 écoles incluses dans le dispositif Rurales : 28 Urbaines : 12 Privées : 18 Publiques : 22 Effectif : 4011 élèves	Démarche d'implication/ engagement	• Directeurs-Enseignants IC – CP • Agents de santé Équipe support (120 participants)	Mode de retour défini par l'équipe support : Questionnaire en ligne (lien /QR code) ou scanné (mail) Accompagnement : • 19 écoles accompagnées par l'équipe support • 13 par les directions • 8 sans accompagnement. • Nb de visites : 44 - Moyenne : 1,1 visite/école Communication en direction des chercheurs-praticiens-décideurs par newsletters : Nb : 5 / Fréquence : Mensuelle	Engagement à tester 211 séquences et 6 parcours thématiques par un groupe de 99 enseignants composé de : • Enseignants spécialisés formés : 3 • Enseignants titulaires de classes : 96^b
25 écoles ont apporté leurs contributions Rurales : 16 Urbaines : 9 Privées : 12 Publiques : 13 Effectif : 1232 élèves	Démarche de collaboration et de co-construction	• Enseignants contributeurs ^c et directeurs impliqués ^d • Equipe support.	Matériel testé : 101 fiches et 18 séquences ^a mises en œuvre - Moyenne : 6,7 fiches par enseignant Modes de retours par voie électronique par 9 enseignants • Nb d'entretiens à distance : 6 (Nord : 5/Iles : 1) • Nb d'entretiens : 39 (Nord : 23/Iles : 8/Sud : 8) • Nb de focus group : 14 (Nord : 6/Sud : 8) Dialogue chercheurs-contributeurs : • Mails enseignants vers équipe support : 18 compléments de retours • Mails équipe support vers enseignants : 22 remerciements, points d'étape, demandes d'autorisations parentales et photos	Contribution effective de 77 professionnels : • IC d : 2 • CP d : 3 • Directeurs d : 12 • Enseignants c : 60^b Nature des retours : • 816 commentaires dont • 92 commentaires libres • 82 suggestions y compris de création de nouvelles fiches • 64 modifications proposées • Taux de modification des fiches : 55%
4 écoles engagées dans le pilotage : Rurales : 3 Urbaine : 1 Privée : 1 Publiques : 3 Effectif : 550 élèves	Participation au pilotage et à la production	Enseignants contributeurs ^c et directeurs impliqués ^d	Participation aux réunions avec l'équipe support et 6 interventions de 4 directeurs impliqués hors de leurs écoles - Publics : hiérarchie - autres écoles - agences de santé - élus locaux.	Engagement des directeurs et de leurs équipes dans le pilotage du dispositif et sa valorisation.

a. Source : SEP Vice-rectorat de Nouvelle-Calédonie (Juin 2019). Effectifs et structures des établissements du premier degré de Nouvelle-Calédonie à la rentrée 2019. **b.** Dont 2 directions non déchargées de classe. **c.** Sont considérés « contributeurs » les enseignants ayant fait un retour matériel de l'expérimentation de l'outil en situation réelle de classe. **d.** Sont considérés « impliqués » les personnels non enseignant ayant organisé, suivi et favorisé l'expérimentation dans leurs écoles. **e.** Une séquence = 7 fiches d'activité de classe d'éducation à la santé

Tableau 1 – Étapes du processus d'implication des écoles dans le dispositif Rebee. Ce tableau décrit les modes de participation des écoles élémentaires dans le dispositif. Les niveaux de participation débutent par des modes descendants initiés par les institutions et les circonscriptions avec des progressions ascendantes et plus interactives. A chaque niveau sont décrits le nombre d'écoles concernées, l'organisation mise en place (outputs) et les effets obtenus (outcomes). On peut ainsi y lire dans la démarche de présentation/pré-sélection concernant les 202 écoles élémentaires de Nouvelle-Calédonie que 86% des circonscriptions ont été mobilisées avec pour effet un taux d'inscription au stage de formation de 23%.

	Ensemble (n=60)	Rural	Urbain
Modes de retours			
Questionnaire en ligne	15,0%	3,3%	11,7%
Mail	8,3%	5,0%	3,3%
Pochette séquence	23,3%	8,3%	15%
Collègue	5,0%	5,0%	3,3%
Entretien individuel présentiel	45,0%	33,3%	11,7%
Entretien individuel distanciel	3,3%	3,3%	0%
Focus group	48,3%	11,7%	33,7%
Format projet	21,6%	8,3%	13,3%
Nombre de fiches			
[1-3 fiches expérimentées]	28,3%	20,0%	8,3%
4 fiches expérimentées et plus	71,7%	26,7%	45,0%
Appropriation de l'outil			
Suggestions proposées	65,0%	25,0%	40,0%
Modifications apportées	45,0%	13,3%	31,7%

Tableau 2- Modes et types de retours des enseignants contributeurs. Ce tableau décrit les modes et types de retours des enseignants. Les enseignants avaient plusieurs modes de retours qu'ils pouvaient cumuler. Par exemple répondre au questionnaire en ligne, envoyer un mail complémentaire et rencontrer l'équipe projet en entretien individuel ou en focus group. On peut constater que le questionnaire en ligne a été utilisé par 15,0% des contributeurs dont 11,7% exerçant en zone urbaine ou encore que tous ont pu apporter leur avis sur l'outil dont 45% ont modifié la séance décrite sur la fiche proposée.





Facteurs explicatifs		Total des enseignants impliqués ^a (n=99)	
		n	%
Contextes des écoles	Rural	53	53,5
	Urbain	46	46,5
Types de classe	1 niveau	65	65,6
	Multiniveaux	34	34,3
Ancrage des écoles^c	ROC1	51	51,5
	ROC2	39	39,4
Effectifs élèves	[10-16]	20	20,2
	[17-22]	48	48,5
	[23-28]	28	28,3
Durée de la formation	<1h	10	10,1
	[1h-3h]	40	40,4
	6h	49	49,5
Visites dans les écoles	Moyenne (h)		
	0 visite	14	14,1
	1 visite	54	54,5
	2 visites et +	31	31,3
Types d'accompagnement	Aucun	16	16,2
	Equipe support	34	34,3
	Direction d'école	49	49,5
Implication de la direction	Non	50	50,5
	Oui	49	49,5

a. Ensemble = 99 enseignants inclus dans le dispositif par le stage collectif ou par une présentation par l'équipe support ou par les collègues d'école au retour du stage collectif. **b.** Contributeur= enseignant de l'échantillon ayant fait un retour matériel de l'expérimentation de l'outil en situation réelle de classe. **c.** ROC = Réseau d'Organisation de Collaboration tel que défini par Bizzoni, Prévieux & Mérini (2014)

Contextes des écoles				Enseignants contributeurs ^b (n=60)			
Rural n	Rural %	Urbain n	Urbain %	Non %	Oui %	Urbain n	Urbain %
				47,2 30,4	52,8 69,6	2,89	0,089
23 30	23,2 30,3	42 4	42,4 4,0	35,4 47,1	64,6 52,9	1,27	0,259
18 35	18,2 35,4	33 4	33,3 4,0	27,5 41,0	72,5 59,0	1,83	0,176
20 22 9	20,2 22,2 9,1	0 26 19	0 26,3 19,2	45,0 41,7 28,6	55,0 58,3 71,4	1,73	0,422
3 1 49	3,0 1,0 49,5	7 39 0	7,1 39,4 0	30,0 37,5 42,9	70,0 62,5 57,1	0,67 6	0,713
5,6 3 35 15	 3,0 35,4 15,1	2,3 11 19 16	 11,1 19,2 16,2	4,29 100 29,6 29,0	3,92 0 70,4 71,0	25,1	<.001
5 27 21	5,0 27,3 21,2	11 7 28	11,1 7,1 28,3	100 35,3 22,4	0 64,7 77,6	30,7	<.001
32 21	32,3 21,2	18 28	18,2 28,3	56,0 22,4	44,0 77,6	11,7	<.001

Tableau 3 – Facteurs agissant sur la participation des enseignants : analyses univariées. Ce tableau rend compte de l'analyse réalisée sur les facteurs influant la participation des enseignants. La population est constituée de 99 enseignants formés.



DISCUSSION

Cette étude a permis une analyse fine de la participation des enseignants à un dispositif de promotion de la santé à l'école primaire en Nouvelle-Calédonie. Le travail a concerné 20% des écoles publiques et privées de l'archipel.

Cette étude a été conduite sur un échantillon non représentatif des écoles. En effet, un biais de sélection est présent du fait de la dimension « politique » du choix des équipes de circonscription et des directions de l'enseignement, qui s'est porté soit sur des écoles déjà motivées, soit sur des écoles pour lesquelles les cadres considéraient que c'était une nécessité. Le fait de participer ou non au stage en ayant été désigné par l'autorité est également lié à la relation entre les écoles et l'inspection. Pour autant, le fait que la sélection des écoles ne se soit pas faite sur la base du volontariat est une des forces de cette étude, en comparaison à la majorité de celles publiées qui concernent des écoles motivées en amont (Langford et al., 2014). Au total 87% des écoles de cette sélection étaient présentes au stage et, au bout du compte, 64% d'entre elles ont participé activement, ce qui reste très élevé sachant que la promotion de la santé n'est pas considérée comme étant au cœur de leur mission par une large part des professionnels de l'éducation (Jourdan, 2010).

L'objectif de parvenir à une participation équilibrée des enseignants des différents territoires n'a pas été atteint, malgré une approche proportionnée fondée sur des interventions de l'équipe projet auprès des écoles implantées dans des espaces moins favorisés (régions rurales des provinces Nord et Iles). La part d'enseignants des zones les plus favorisées reste plus

élevée (70% contre 53% dans les zones moins dotées). Pour autant, la participation a dépassé la moitié de l'effectif et s'est avérée significative, notamment grâce à l'engagement des équipes locales (circonscriptions scolaires et équipes locales de santé publique).

Certains résultats sont cohérents avec des études antérieures, notamment en ce qui concerne les principaux déterminants de la pratique en éducation à la santé des enseignants du 1^{er} degré que sont la formation et la réflexion collective à l'échelle de l'école (Simar, Darlington, Bernard & Berger, 2020), tout comme les déterminants d'implantation d'un dispositif en promotion de la santé, notamment le poids du soutien institutionnel (Darlington, Violon & Jourdan, 2018).

Sans accompagnement, il n'y a pas eu de contribution. L'implication des directions d'école a été primordiale et ne nécessite pas obligatoirement qu'elles soient formées, mais surtout convaincues de l'intérêt du dispositif. Ainsi, on peut compter 11 écoles sur les 40 ayant des directeurs impliqués qui n'ont pas suivi le stage collectif et pour lesquelles la totalité des enseignants formés ont contribué à l'expérimentation. A l'inverse, on a pu constater que le retrait d'une direction ayant suivi le stage collectif entraîne la non-contribution de toute l'équipe formée.

D'autres résultats diffèrent d'études antérieures, tels que le lien entre volume de formation et implication des équipes d'écoles notamment en contexte rural. Selon une étude de Guevel et al., le volume de formation est positivement corrélé au développement de plus d'actions de promotion de la santé (Guével, Pommier & Jourdan, 2013). Cette différence est sans

doute liée au fait que toutes les formations étaient très brèves dans notre étude.

Il est également possible de tirer des enseignements quant au pilotage d'un processus participatif. Le choix initial de demander aux enseignants à travailler sur 2 séquences minimum (c'est-à-dire 14 fiches) était ambitieuse. Même si 22% d'entre eux ont expérimenté plus de 10 fiches, la majorité a expérimenté au moins 4 fiches avec une moyenne à 6,7. Il serait certainement plus pertinent de leur proposer une fourchette entre 5 et 7 pour commencer.

Les modalités de retours des expérimentations ont été favorisées par la rencontre physique avec les équipes. La voie électronique n'a pas été efficace, les enseignants ont évoqué un manque de temps pour se poser et transmettre leurs éléments, mais aussi la difficulté à poser par écrit des critiques qui peuvent paraître abruptes à l'équipe-support. L'offre numérique n'étant pas la même d'un lieu à l'autre, certaines écoles rurales ne sont pas connectées. Dans cette démarche participative de co-construction, c'est le dialogue enseignants-équipe-support ou enseignants-cadres qui conditionne la participation des écoles à l'expérimentation. Les modes de recueil ont dû être largement diversifiés, et malgré cela, il n'a pas été possible de prendre en compte les expérimentations de toutes les écoles par manque de moyens pour se rendre sur place ou en cas de non-réponse des écoles. Le choix d'entretiens dans une approche compréhensive ont permis de recueillir des éléments d'explication quant aux difficultés des équipes à nous faire les retours en ligne, mais aussi d'entamer en direct un début d'analyse réflexive sur leurs pratiques en éducation à la santé.

Relativement peu de collaborations avec des acteurs externes à l'école ont été mises en œuvre. Le partenariat s'est développé dans les écoles où préexistaient des réseaux de collaboration, notamment sur l'une des provinces où s'organisent depuis plus d'un an des projets entre les écoles, l'agence de santé et le service de prévention de la gendarmerie nationale. La co-animation est de plus en plus institutionnalisée avec des stages de formation continue et aura été un bon levier pour soutenir certains enseignants. Les équipes réelles de travail et de collaboration ne correspondent pas toujours aux équipes institutionnellement définies (Barrère, 2017). Lors de la phase de déploiement du dispositif, il serait intéressant de relever les éléments de ces travaux collaboratifs, puis de les mettre en regard avec, par exemple, le continuum de la collaboration de Mac Ewan adapté par Portelance, Martineau et Mukamure-ra (Boies & Portelance, 2014).

Dans cette démarche, nous nous sommes intéressés aux profils des professionnels qui ont acquis une expertise autour l'outil. Les interviews de 3 directeurs impliqués au niveau de la co-décision montrent des éléments biographiques communs, en particulier leur intérêt marqué pour les questions de santé qui touchent leurs populations d'élèves et leur implication hors de l'école à l'échelle locale, communautaire et politique de manière intersectorielle. D'autres éléments communs peuvent être relevés : leur gestion du projet non contrôlante et, dans une démarche d'amélioration continue, une vision très libre de l'utilisation de l'outil qu'ils trouvent flexible, adapté aux enseignants débutants, tout en permettant une complexification aux enseignants



chevronnés et adapté au contexte de la population de leurs écoles. Ils ont également une vision large du rôle de l'école qui a toute sa place dans la construction de la société calédonienne. Leur perception claire du dispositif leur donne une aisance pour en parler et expliciter en toute simplicité la portée de ce travail à d'autres publics. Il sera intéressant de suivre l'évolution des équipes d'école inscrites dans la démarche de co-décision et de co-pilotage et de mesurer l'effet de leurs interventions en dehors de leurs écoles et selon les contextes ruraux ou urbains. Il apparaît ainsi clairement que le mode de leadership, le professionnalisme et l'engagement des directeurs sont des leviers de transformation de premier ordre pour parvenir à une participation réelle.

CONCLUSION

Les premières conceptualisations sur les écoles promotrices de santé ont été le fruit du travail de chercheurs et de praticiens océaniens, notamment australiens, avec la production des premières recommandations pour les écoles promotrices de santé de l'OMS en 1996 par L. St Leger de l'université Deakin à Melbourne. La Nouvelle-Zélande a organisé un réseau des écoles promotrices de santé particulièrement structuré et efficace qui associe plus de 1500 écoles (Leeson, 2017). Il a été montré dans ce pays, à l'échelon national, que la promotion de la santé à l'école améliore significativement la qualité de l'éducation (compétences en lecture, baisse de l'absentéisme et des sanctions, qualité de vie à l'école, relations aux parents). Dans cet espace océanien, la Nouvelle-Calédonie peut apporter une contribution propre. L'engagement politique en matière de promotion de la

santé à l'école, l'ancrage dans des textes structurants (le projet éducatif calédonien et le plan de santé Do Kamo), le positionnement de l'école au cœur du vivre ensemble calédonien, la prise en compte de la diversité culturelle, la volonté de réduire les inégalités sociales, la présence d'écoles au sein de l'ensemble des territoires, les liens entre écoles et services de santé locaux, notamment en zones rurales, sont des atouts de premier ordre.

Pour structurer de façon durable un parcours éducatif de santé pour tous les élèves, l'engagement de l'ensemble des écoles et de leurs partenaires institutionnels, administratifs et coutumiers est nécessaire. Cette étude met en avant la nécessité de l'accompagnement intersectoriel de proximité et le rôle du leadership des directeurs à l'échelon local. Ces deux leviers devront être activés. L'enjeu est ainsi de travailler au développement des capacités d'action locale et de s'engager fortement dans la formation et l'accompagnement des cadres éducatifs.

Cette analyse fine des mécanismes de participation des enseignants est riche d'enseignement dans une période où le développement de la capacité d'action des écoles en matière de gestion des crises sanitaires est à l'ordre du jour. On ne fait pas l'école contre les éducateurs. S'appuyer sur leur professionnalisme et s'assurer de leur participation réelle à la mise en œuvre des dispositifs de protection, de prévention et d'éducation est un enjeu majeur.

FINANCEMENT :

Le dispositif « Réussir Être Bien Être Ensemble » est financé par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie.

REMERCIEMENTS :

V. Eurisouké, I. Champmoreau, H. Iekawé, C. Gambey, A. Bouhaba, R. Capron, P. Welepa, M. Eyerhabide, C. Jourdan, J.C. Azorin, M. Leleu, J. Pironom, H. Pichot, B. Rouchon, M.L. Mestre, J.P. Grangeon, S. Fons, P. Trotro, M.R. Waia et tous les participants au dispositif Rebee.



Notes

1. Chapitre rédigé par Carmella Fernandes Da Rocha-Puleoto, Nathalie O'Callaghan, Nicolas Tessier et Didier Jourdan sur la base d'un article soumis à la revue Santé Publique.



Références

- Alemán-Díaz, A. Y., Backhaus, S., Siebers, L. L., Chukwujama, O., Fenski, F., Henking, C. N., ... Weber, M. W. (2018, December 1). *Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services*. The Lancet Child and Adolescent Health, Vol. 2, pp. 891-904. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30286-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30286-4)
- Arnstein, S. R. (1969). *A Ladder Of Citizen Participation*. Journal of the American Institute of Planners, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Barrère, A. (2017). *Au cœur des malaises enseignants*. Paris: Armand Colin.
- Béguin, P., & Cerf, M. (2004). *Formes et enjeux de l'analyse de l'activité pour la conception des systèmes de travail*. Activités, 01(1-1). <https://doi.org/10.4000/ACTIVITES.1156>
- Bizzoni-Prévioux, C., Mérini, C., Otis, J., Grenier, J., Jourdan, D., & Jourdan Le, D. (2011). *Le réseau de collaboration Une forme de pratique favorable à une approche globale et complexe de l'éducation à la santé à l'école*. In Mieux former

pour agir dans une société en mouvement (PUQ Numéri, pp. 225-230). Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821347>

- Boies, I., & Portelance, L. (2014). *La collaboration dans les milieux d'accueil des enseignants débutants*. In *Développement et persévérance professionnels dans l'enseignement: oui, mais comment ?* (Presses de, pp. 205-220). Quebec.
- Bourmaud, G. (2013). *De l'analyse des usages à la conception des artefacts: le développement des instruments*. In *Ergonomie constructive* (pp. 161-174). <https://doi.org/10.3917/puf.fal-zo.2013.01.0161>
- Bryk, A. (2017). *Accélérer la manière dont nous apprenons à améliorer*. Éducation Et Didactique, 11(2), 11-29. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.2796>
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). *Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies Evidence & Potential*. FEBRUARY, 32(2). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
- Cebe, S., & Goigoux, R. (2018). *Lutter contre les inégalités: outiller pour former les enseignants*. Recherche et Formation, (1), 77-96. Retrieved from <http://serpinstitute.org/>
- Chambre Territoriale des Comptes de Nouvelle-Calédonie. (2015). *Rapport d'observations définitives relatif à la gestion de l'Institut de la Formation des Maîtres de la Nouvelle-Calédonie*. Retrieved from https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/JF00152336_JF_INTERNET1.pdf
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications Inc.
- Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). *Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process?* BMC Public Health, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5011-3>





• Draper, A. K., Hewitt, G., & Rifkin, S. (2010). *Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes*. Social Science and Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.05.016>

• Eduscol. (2014). *Directeur d'école - Le métier de directeur d'école*. Retrieved July 19, 2020, from <https://eduscol.education.fr/cid82065/le-metier-de-directeur-d-ecole.html>

• Fortune, K., Becerra-Posada, F., Buss, P., Galvão, L. A. C., Contreras, A., Murphy, M., ... de Francisco, A. (2018). *Health promotion and the agenda for sustainable development, who region of the Americas*. Bulletin of the World Health Organization, 96(9), 621–626. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.204404>

• Goigoux, R. (2007). *Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants*. Éducation et Didactique, 1(3), 47–69. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.232>

• Gorohouna, S., & Ris, C. (2017). *Vingt-cinq ans de politiques de réduction des inégalités : quels impacts sur l'accès aux diplômes ?* Mouvements, 91(3), 89. <https://doi.org/10.3917/mouv.091.0089>

• Guével, M. R., Pommier, J., & Jourdan, D. (2013). *Évaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les Écoles primaires françaises: Implications pour la pratique*. Global Health Promotion, 20, 13–19. <https://doi.org/10.1177/1757975913483340>

• Hart, R. (1994). *Monter l'échelle de la participation. Les Enfants d'abord*. Retrieved from https://crabgrass.riseup.net/assets/90695/Echelle_Hart_pdf.pdf

• Jabot, F., Pommier, J., & Guével, M.-R. (2017). *Évaluation en promotion de la santé*. In La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone (pp. 411–441). Rennes (France): Presses de l'EHESP.

• Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé: quelle formation pour les enseignants?* (INPES). Saint-Denis (France).

• Jourdan, D. (2017). *Parcours éducatif: Conditions d'émergence, définition et caractéristiques*. In Dictionnaire critique des enjeux et concepts des "éducations à" Sous la direction d'Angela Barthes, Jean-Marc Lange et Nicole Tutiaux-Guillon. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01672930>

• Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., ... Campbell, R. (2014). *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>

• Leeson, H. (2017). *Health Promoting Schools Impact on Targeted Student Outcomes Analysis Report*. Retrieved from <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/hps-impact-targeted-student-outcomes-analysis-report-sep17.pdf>

• Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives Traduction de la 2eme édition américaine par Martine Hlady Rispal Revision scientifique de Jean-Jacques Bonniol (De Boeck)*. Retrieved from https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=AQHRYJ1AiPEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=miles+and+huberman&ots=_2OIGYt3ZW&sig=j6B0mE7LVvqB6TPVIXNjAnSpx1E#v=onepage&q=miles+and+huberman&f=false

• Nathan, N., Lin Yoong, S., Sutherland, R., Reilly, K., Delaney, T., Janssen, L., ... Wolfenden, L. (2016). *Effectiveness of a multicomponent intervention to enhance implementation of a healthy canteen policy in Australian primary schools: a randomised controlled trial*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 13(106). <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0431-5>

• Pantz, P.-C. (2017). *Existe-t-il des territoires kanak ?* Multitudes, 68(3), 196. <https://doi.org/10.3917/mult.068.0196>

• Pluye, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). *A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quan-*

titative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. International Journal of Nursing Studies, 46, 529–546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009>

• Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., ... Jouet, É. (2015). *Le «Montreal model»: Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé*. Sante Publique, 27, S41–S50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

• Pommier, J., Guével, M. R., & Jourdan, D. (2010). *Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods*. BMC Public Health, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-43>

• PromoSanté Ile-de-France. (2019). *Fiche 3 - La participation*. Retrieved April 22, 2020, from <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/fiche-3-la-participation>

• Simar, C., Darlington, E., Bernard, S., & Berger, D. (2020). *Promouvoir la santé à l'Ecole : revue de littérature et perspectives scientifiques*. Introduction. Administration & Éducation.

• Takeuchi, R., Kawamura, K., Kawamura, S., Endoh, M., Uchida, C., Taguchi, C., ... Kobayashi, S. (2017). *Evaluation of the child oral health promotion 'MaliMali' Programme based on schools in the Kingdom of Tonga*. International Dental Journal, 67(4), 229–237. <https://doi.org/10.1111/idxj.12293>

• Tubert-Jeannin, S., Pichot, H., Rouchon, B., Pereira, B., & Hennequin, M. (2018). *Common risk indicators for oral diseases and obesity in 12-year-olds: A South Pacific cross sectional study*. BMC Public Health, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4996-y>

• Tyack, D. B., Cuban, L., & Press, H. U. (1995). *Tinkering Toward Utopia: A Century of Public School Reform*. Retrieved from <https://books.google.fr/books?id=ui6cAAAAMAAJ>

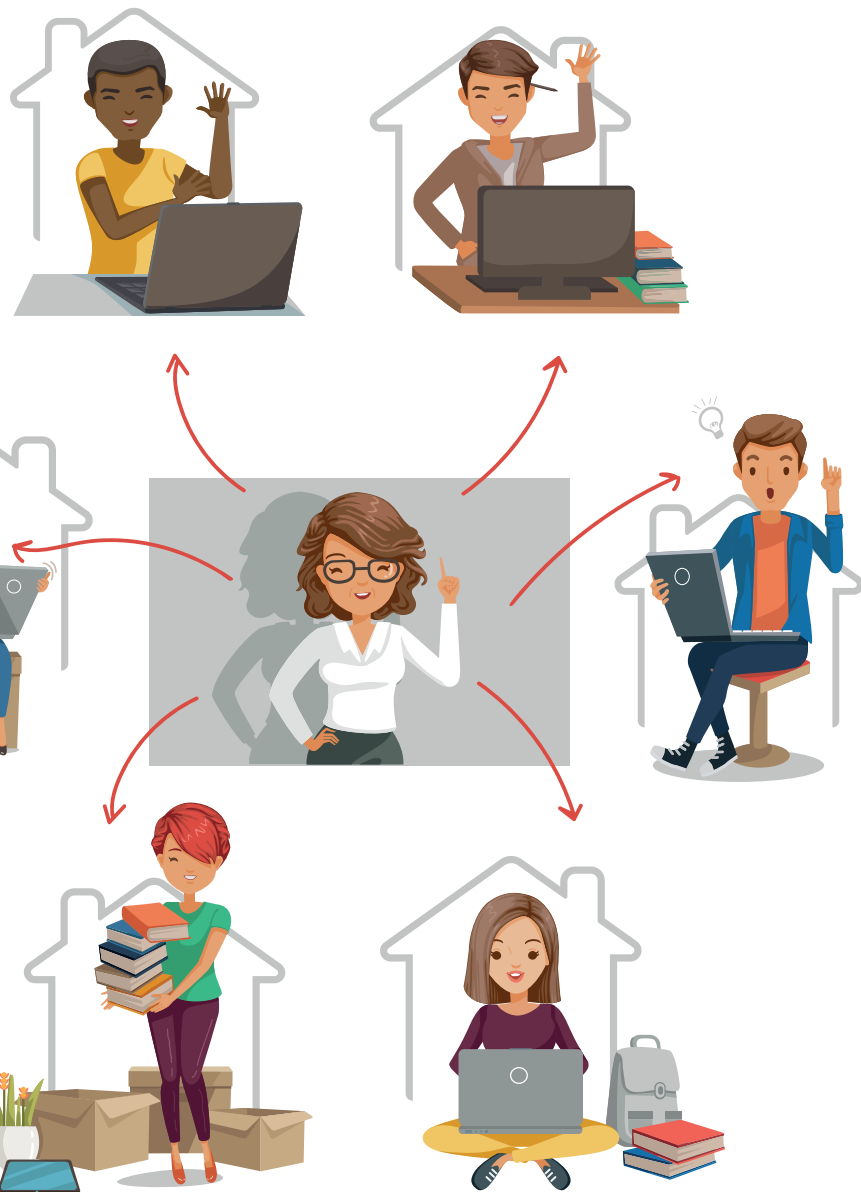
• Union Internationale pour la Promotion de la santé et d'Education pour la Santé (UIPES). (2010). *Vers des écoles promotrices de santé : Lignes directrices pour la promotion de la*

santé à l'école 2eme Version du document précédemment intitulé "Protocoles et lignes directrices pour les Ecoles Promotrices de Santé." Retrieved from www.iuhpe.org

• Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). *'Settings' based health promotion: a review*. Health Promotion International, 16(4), 339–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>

• World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe). (2016). *Health policy for children and adolescents No.7 Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/>





“Ceci n'est pas un manuel, mais un dispositif
de formation continue. Roland Goigoux & Sylvie Cèbe”



ÉLABORATION ET ÉVALUATION DE L'UTILITÉ,
DE L'UTILISABILITÉ ET DE L'ACCEPTABILITÉ
DE RESSOURCES ÉDUCATIVES PRODUITES
EN RÉPONSE À LA CRISE DU COVID-19 ¹



INTRODUCTION

Agir sur les milieux de vie et développer les compétences de chacun afin de créer les conditions, pour les personnes et les communautés, de prendre en charge leur santé, telle est la finalité de la promotion de la santé (Jourdan, 2019). Comme discipline au sein de la santé publique et comme champ de pratiques, la promotion de la santé est appelée à contribuer à la mobilisation collective face à la crise du Covid-19. Comme le souligne Stephan Van den Broucke, elle intervient en aval, en mettant l'accent sur le changement de comportement individuel et la littératie en santé, au niveau intermédiaire via des interventions touchant les organisations et les communautés, et en amont en informant les politiques touchant la population (Van den Broucke, 2020).

Cet article explore les potentialités de la mise en œuvre d'un dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire visant à limiter les conséquences de la fermeture des écoles sur les élèves, en particulier les plus vulnérables d'entre eux. En effet, l'éducation est l'un des principaux déterminants de la santé. Or la crise sanitaire a conduit à ce que 90% de la population scolaire mondiale, soit 1,57 milliard d'enfants et jeunes dans 190 pays, soient privés de l'école. Les conséquences de la fermeture des écoles sur les apprentissages (Megan Kuhfeld, 2020.) et la santé (Orben et al., 2020) sont bien établies. L'impact du confinement sur la santé des enfants et les jeunes est plus marqué que celui sur d'autres groupes d'âge car l'interaction entre pairs est un aspect essentiel de développement. De plus l'effet de la fermeture des écoles est d'autant plus impor-

tant que les élèves sont plus vulnérables socialement (Kim, & Quinn 2013) ou du fait de problèmes de santé (Jourdan et al., 2020^a). Des enquêtes menées auprès des enseignants ont montré que les élèves défavorisés ont appris de 25 à 50 % de moins qu'ils ne l'auraient fait en classe. La même étude montre que l'écart de réussite entre les élèves favorisés et les élèves défavorisés a triplé pendant le confinement. (Baker, 2020).

Créer les conditions de l'apprentissage et de la socialisation à distance, renforcer le lien école-famille pendant le confinement apparaissent ainsi comme des enjeux majeurs (Jourdan et al., 2020^b). Dans un nouveau contexte où les incertitudes étaient nombreuses et où les problématiques liées aux conditions matérielles (connexion internet, espace à la maison pour travailler, ambiance familiale favorable) étaient très prégnantes, les tâches des enseignants, des professionnels de santé intervenant en milieu scolaire et des familles se sont retrouvées questionnées. Outre les apprentissages fondamentaux, il s'agissait de favoriser le bien-être et de développer chez les élèves les compétences nécessaires à la compréhension des enjeux de santé dans ce contexte de crise.

Le dispositif de promotion de la santé « Réussir, être bien, être ensemble » (REBEE) développé en Nouvelle-Calédonie s'appuie sur la participation des acteurs de terrain de la santé et de l'éducation, un partage des savoirs entre ces différents partenaires et la recherche, un pilotage local et réactif sur la base d'une organisation fortement soutenue par le gouvernement calédonien. Il s'agit d'une démarche de formation, d'accompagnement et de

co-construction d'outils pédagogiques en éducation à la santé qui prend en compte la diversité culturelle, s'appuie sur les pratiques existantes, les partage et les enrichit des apports de la recherche (processus de conception continuée dans l'usage). Il a été activé pour co-élaborer avec les acteurs, et dans un temps très court, un ensemble d'outils à destination des écoles primaires en vue de s'assurer de la continuité pédagogique. Ces outils ont été partagés non seulement avec les enseignants et les parents mais également avec les acteurs de santé à l'échelle des communautés de façon à soutenir leur utilisation sur le terrain.

Cet article vise à décrire les modalités de développement des outils d'accompagnement des écoles pendant la crise du Covid-19 et à présenter les résultats de l'évaluation préliminaire dont ils ont été l'objet. Destinés à l'accompagnement des professionnels en exercice mais également à la formation des futurs professionnels, ces outils ont été présentés à des enseignants sur le terrain et à des étudiants. Une évaluation au long court a également été lancée, ses résultats seront disponibles en 2021.

Après avoir présenté le contexte spécifique de la Nouvelle-Calédonie puis les caractéristiques du dispositif de promotion de la santé REBEE, nous détaillerons les modalités d'élaboration des outils pédagogiques et décrirons les résultats de l'évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils.

CONTEXTE

Le contexte néo-calédonien

Notre étude s'est déployée en Nouvelle-Calédonie, archipel français du Pacifique

voisin de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Sa population est de 282 200 habitants. Politiquement, le pays dispose d'une grande autonomie suite aux Accords de Nouméa (1998) et une répartition des compétences est mise en œuvre entre les différentes institutions du territoire (Les accords de Nouméa, 1998). Très diversifié sur le plan culturel et des modes de vie sociétaux, l'archipel se caractérise par un très haut niveau d'inégalités avec, par exemple, une espérance de vie supérieure de 4 ans en province Sud par rapport aux Iles Loyauté (Situation Sanitaire en Nouvelle-Calédonie, 2015).

En 2016, les élus du Congrès ont adopté la Charte d'application des orientations de politique éducative de la Nouvelle-Calédonie. Cette Charte comprend un plan d'action visant à atteindre les quatre ambitions fixées par le projet éducatif de la Nouvelle-Calédonie : développer l'identité de l'école calédonienne, considérer la diversité des publics pour une école de la réussite pour tous, ancrer l'école dans son environnement pour un climat scolaire au service de l'épanouissement de l'élève, et ouvrir l'école sur la région Océanie et sur le monde (Charte d'application des orientations de politique éducative de la Nouvelle-Calédonie, 2016). Fin 2018, le pays s'est doté d'un plan de santé intitulé « Do Kamo, Être épanoui » qui vise à réformer le modèle économique et la gouvernance du système de protection sociale et de santé pour la période 2018 - 2028. Ce plan s'appuie sur la prise en compte des déterminants de la santé des populations et vise l'amélioration de la santé de tous et la réduction des inégalités de santé (délibération n°114, 2016). Ces deux textes de référence constituent les éléments clés sur lesquels s'appuie le dispositif REBEE.



Les enseignants et la promotion de la santé à l'école primaire

Les études réalisées dans l'enseignement primaire ont montré que, selon les contextes, les enseignants s'emparent différemment des problématiques de santé. Dans beaucoup de cas, ils rencontrent des difficultés (Simar & Jourdan, 2011). Ils n'accordent habituellement qu'une faible priorité à la promotion à la santé et n'ont pas toujours conscience de leur rôle en éducation à la santé (Pommier et al., 2010). De multiples facteurs conditionnent à la fois le sentiment pour les enseignants d'être légitimes à éduquer à la santé et leurs pratiques dans ce domaine (Violon et al., 2016).

Ainsi, la conception et la généralisation d'un outil opérationnel ne sont pas choses aisées. Elles ne peuvent se limiter à une simple diffusion à destination des enseignants, même dans ce contexte de crise sanitaire. Selon Bryk (Bryk, 2017), le meilleur moyen pour faire évoluer les pratiques professionnelles est d'amorcer une collaboration chercheur/enseignant le plus tôt possible dans la conception d'un outil pour connaître et mieux intégrer les habitudes professionnelles des enseignants. En effet, les travaux en sciences de l'éducation montrent que l'intégration de pratiques innovantes dépendraient de deux facteurs principaux : la compatibilité avec les pratiques habituelles des professeurs et l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire du rapport entre son coût pour les enseignants et ses bénéfices (Cèbe & Goigoux, 2018). Les travaux de recherche montrent que les outils doivent avoir les caractéristiques suivantes (Vinatier & Rinaudo, 2015) : répondre aux préoccupations des enseignants et aux besoins des élèves ; s'intégrer sans trop de bou-

versements dans les conditions d'exercice des enseignants ; inclure des justifications théoriques et empiriques pour en comprendre les principes.

De plus, cet outil doit s'intégrer dans les conditions d'exercice ordinaire des maîtres débutants ou chevronnés (Perez & Rogalski, 2001). Le but est de développer chez les enseignants des compétences professionnelles leur permettant de mieux comprendre et surmonter les difficultés de leurs élèves en les incitant à recourir à de nouvelles manières de faire. Sur la base de ces données de la recherche, le dispositif REBEE accorde ainsi une place centrale à la conception, à la formation et à l'accompagnement de l'utilisation d'outils professionnels.

Le dispositif « Réussir, être bien, être ensemble »

REBEE est un dispositif de promotion de la santé qui vise spécifiquement la co-construction d'outils pédagogiques en éducation à la santé pour l'école primaire (Eurisouké et al., 2019). En se basant sur les travaux relatifs à la conception continuée dans l'usage, il a été lancé en 2018. Il est ancré dans une démarche de promotion de la santé à l'école et est structuré autour de trois grands axes : le rapport à soi, le rapport aux autres et le rapport à l'environnement.

Ce travail a conduit à la co-production de fiches détaillées et opérationnelles destinées à tous les enseignants afin qu'ils puissent, soit les utiliser en l'état, soit les adapter à leur projet de classe. Pour cela, des scénarii pédagogiques aux ressources diverses, ancrages disciplinaires multiples et aux approches pédagogiques variées sont proposés.

Ce dispositif s'appuie sur un pilotage partagé (direction de l'éducation et agence sanitaire) qui rend possible la participation de tous les partenaires décisionnels et acteurs du terrain. L'ensemble génère un partage des savoirs et des pratiques. Les acteurs du secteur de la santé, de par leur expertise, procurent un appui scientifique, un soutien opérationnel et des ressources pour le monde de l'éducation (Turan-Pelletier, 2018; Van den Broucke, 2020). L'implication du monde de l'éducation favorise les chances de réussite d'une innovation pédagogique ou de la diffusion d'un outil.

LE DÉVELOPPEMENT DES OUTILS DE CONTINUITÉ PÉDAGOGIQUE

En Nouvelle-Calédonie, la période de confinement total sur l'ensemble du territoire a débuté le 25 mars 2020. Le travail sur les outils de continuité pédagogique en éducation à la santé a commencé la semaine précédente dès l'annonce du confinement. Nous avons pris en compte deux éléments qui nous apparaissaient cruciaux : les représentations des enseignants sur l'éducation à la santé et les compétences des élèves devant être développées en période de Covid-19. Nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative réalisée en février 2020 : nous avons interrogé en présentiel via un entretien semi-structuré 17 enseignants répartis sur l'ensemble du territoire et exerçant dans différents milieux (urbain aisé, urbain défavorisé, urbain mixte, village, tribu) afin d'identifier leurs représentations de l'éducation à la santé et leurs pratiques de classe. Leurs réponses ont orienté la définition des contenus proposés lors de la continuité pédagogique. Nous avons ensuite mobilisé les acteurs du dispositif REBEE. Un travail collectif

a été engagé de façon à identifier parmi les ressources déjà élaborées dans le cadre de ce dispositif, des supports permettant aux enseignants et aux familles d'aborder les problématiques suivantes en période de pandémie et de confinement : éviter la propagation des virus, gérer ses émotions et son bien-être, construire un esprit critique face aux informations. D'autres ressources ont été identifiées et mises à la disposition. Un site internet (<https://covid19.rebee.chaireunesco-es.org>) a été créé et est accessible via le site Internet de la Direction de l'Enseignement de la Nouvelle-Calédonie (DENC). Ce site dédié regroupe 36 fiches destinées aux éducateurs des enfants entre 6 et 11 ans (parents, enseignants et professionnels de la santé intervenant dans les écoles) avec pour objectif de leur permettre d'aborder les thématiques de santé suivantes : microbes et gestes d'hygiène, bien-être et connaissance de soi, médias et information, attitudes de santé. En ce qui concerne les parents, c'est l'enseignant dans le cadre de sa progression qui les invite à travailler telle ou telle fiche à la maison. Toutes les fiches proposées étaient construites selon un modèle identique en format A4 et recto-verso afin de favoriser leur utilisation par les enseignants. Le recto, destiné à la classe, aux élèves, supportant essentiellement un ou plusieurs documents iconographiques (photo, dessin, infographie, reproduction d'affiches, texte...) occupant les 3/4 de l'espace, plus de la titraillie et/ou consignes (de 50 à 100 mots, 200 à 400 caractères espaces compris). Le verso, destiné à l'enseignant et aux parents, présente la trame de l'exploitation pédagogique du document iconographique (de 300 à 400 mots, 2000 à 3000 caractères espaces compris). En fonction de l'intention





pédagogique, chaque fiche pouvait être téléchargée indépendamment. Ces ressources sont complétées par des vidéos de personnels de la santé et de l'éducation qui proposent aux enseignants et aux familles des éléments sur l'utilisation des outils (Figures 2, 3 et 4).

Depuis sa mise en ligne, le site a accueilli 1900 visiteurs différents pour 16.000 pages consultées. Les fiches les plus téléchargées sont celles relatives aux microbes, au lavage des mains et à l'eau. Les visites d'une durée supérieure à 30 minutes représentent 17,3%, 31,5% et 44,8% de l'ensemble en avril, mai et juin.

ÉVALUATION DE L'UTILITÉ, DE L'UTILISABILITÉ ET DE L'ACCEPTABILITÉ DES OUTILS

Dans le but de s'assurer de la pertinence des ressources proposées, un dispositif d'évaluation a été élaboré. Cet article rend compte de la première phase de l'évaluation centrée sur l'utilité, l'utilisabilité et l'acceptabilité des outils. Une évaluation à long terme incluant l'impact sur les compétences des enfants est également en cours.

Le questionnaire

Les outils étant destinés à la fois à des professionnels en activité et à des étudiants en formation initiale, cette évaluation a été réalisée avec des enseignants en poste dans les trois provinces de Nouvelle-Calédonie et avec des étudiants en promotion de la santé.

Cette étude qualitative est basée sur un questionnaire administré en ligne. 30 enseignants des trois provinces ont été invités par email à participer à cette évaluation. Le questionnaire incluait 9 ques-

tions et a été ouvert entre le 10 avril 2020 et le 27 mai 2020. Son contenu reprends les travaux de Tricot (Tricot et al., 2002) et de Goigoux (Goigoux, 2017), il vise à mesurer en quoi les outils répondent aux attentes des professionnels en matière de santé, en période de crise sanitaire. Pour cela, nous avons utilisé 3 critères différents mais complémentaires : l'utilité, l'utilisabilité et l'acceptabilité.

L'utilité a pour but de définir l'efficacité pédagogique de l'outil. Autrement dit de savoir si les activités proposées dans l'outil permettent d'atteindre l'objectif visé et si elles sont pertinentes en termes de motivation et d'apprentissages pour les élèves.

L'utilisabilité mesure la possibilité offerte à l'enseignant d'utiliser, de réutiliser l'outil dans l'état actuel voire de le modifier ou de l'adapter à ses pratiques et/ou ses élèves.

L'acceptabilité concerne la décision d'utiliser ou non l'outil proposé. Il s'agit de mesurer si l'outil répond aux prescriptions institutionnelles, son intérêt et la compatibilité avec ses représentations du métier en termes de styles et démarches pédagogiques.

RÉSULTATS

Cinquante personnes ont rempli le questionnaire (30 enseignants calédoniens et 20 étudiants de master première année en santé publique).

Le point de vue des enseignants

Les enseignants interrogés sont expérimentés ; 80% enseignent depuis plus de 10 ans et 20% ont entre 5 et 10 ans d'ancienneté. Ils exercent en moyenne depuis

6,5 ans dans leur niveau d'enseignement actuel au sein de différents cycles et niveaux de l'école primaire : 3 enseignants en maternelle (enfants de 3 à 6 ans), 13 enseignants en cycle 2 (enfants de 6 à 9 ans), 17 enseignants sont au cycle 3 (enfants de 9 à 11 ans) et 2 enseignants exercent sur plusieurs cycles à la fois.

L'utilisabilité de l'outil a été mise en avant par les enseignants. Ils déclarent que les fiches sont adaptées ou facilement adaptables à leurs pratiques de classe (score de 8,2 sur 10) ainsi qu'à leurs élèves (score de 8 sur 10). L'adaptabilité des fiches aux pratiques et aux élèves est souvent mise en avant : « Les documents sont suffisamment ouverts et conçus pour le cycle, ce qui nous laisse une marge d'adaptation. Ces documents sont accessibles tout en conservant une certaine résistance pour prolonger la réflexion. » ; ou encore « Le niveau de connaissances et de réflexion de mes élèves leur permettrait de participer activement à ses activités et ils seraient intéressés par les thèmes proposés. Certaines activités sont toutefois un peu difficiles pour mes élèves » ; « Activités de découvertes parfois très simples pour des CM2, mais cela peut également être un plus car elles permettent ainsi une entrée facile et pour tous. ».

Par ailleurs, les enseignants estiment que l'outil est directement utilisable et ne nécessite pas de formation (4,2 sur 10). En effet, les symboles de chaque étape, leur concision en font un outil intuitif et facilement utilisable selon leurs dires (« Le déroulement des séances est très détaillé, les notions abordées sont simples et des pistes sont données aux enseignants pour se documenter. »). A noter que six enseignants mentionnent la nécessité

d'une formation. La formation aurait alors pour but de favoriser une plus large diffusion de l'outil et de permettre de mieux comprendre les enjeux de l'éducation à la santé.

L'utilité des fiches proposées a été également mise en avant par les enseignants pour ce qui concerne le développement de compétences et de connaissances en éducation à la santé pour leurs élèves (score de 8,4 sur 10). Les enseignants mentionnant par ailleurs que ces notions sont très peu abordées à l'école « Permet d'aborder des notions souvent mises de côté dans les apprentissages car vues comme acquises au sein des familles comme le lavage des mains, le temps devant les écrans... ». Ces fiches pourront leur permettre également de mettre en relation les activités qu'ils mènent déjà avec les questions d'éducation à la santé. Le but étant alors de les utiliser pour approfondir certaines notions et participer ainsi de manière importante à la construction de compétences en santé

L'aspect motivationnel leur est apparu aussi comme un vecteur important pour permettre à leurs élèves de rentrer dans les activités (score de 8,3 sur 10). Ces fiches sont jugées comme intéressantes et motivantes de par la variété des supports et la contextualisation de l'apprentissage. De plus, elles suscitent ainsi chez les élèves la curiosité et le questionnement.

Enfin l'acceptabilité de l'outil semble bonne en particulier sur les aspects suivants :

- l'approche ludique : « Elles abordent de façon ludique les notions en permettant aux élèves d'échanger leur point de vue et d'apprendre ensemble. » ou « Les do-





cuments proposés à l'étude sont pertinents, les activités ludiques, la construction des fiches est claire et fonctionnelle, je trouve que c'est un très bel outil. » ;

- une complémentarité avec les pratiques existantes due à la variété des supports et des situations : « La pluralité des supports et les débats en fin de séances très intéressantes. » ou bien « Les activités permettent aux élèves des moments d'échange, de partage. Des activités complémentaires sont également mises à disposition pour aller plus loin dans la notion. » ou « Ces fiches peuvent venir en complément de ce qui est déjà mis en place dans la classe ou pour des notions qui pourraient être abordées. » ;

- la construction des fiches : « Ces fiches comportent plusieurs phases qui correspondent à ma pratique : un retour au calme et à la concentration, une phase de débat, des lectures ou vidéos documentaires qui pourraient être transformées en cartes mentales. » ; « Le déroulement «découverte/activité/pour aller plus loin» similaire à celui pratiqué en classe. » ;

- La contextualisation de l'outil : « Les activités sont contextualisées à la Calédonie et l'enfant est au centre des questions ou des activités proposées (on lui demande d'agir, de donner son avis ...). »

Le point de vue des étudiants en santé

L'utilisabilité du site et des fiches est mis en avant dans les différents retours en termes de facilité, de confort, de flexibilité et d'ajustement. En effet, les fiches proposées sur le site internet sont jugées facilement utilisables ou adaptables par le monde de la santé. L'organisation

thématique du site et la description de l'ensemble des activités et des supports proposés (images, vidéos...) sont très appréciées.

Le contenu des activités semble adapté aux élèves et faisable en famille dans le contexte sanitaire du COVID-19.

En ce qui concerne l'utilité, les compétences et les connaissances ciblées en éducation à la santé dans le contexte du COVID-19 ainsi que le choix des supports d'apprentissage sont jugées très pertinentes et en lien avec les déterminants de santé ciblés.

Par rapport à d'autres outils utilisés par le monde de la santé, des spécificités de l'outil ont également mis en avant notamment l'adaptation des fiches au contexte, la présence d'activités complémentaires permettant d'approfondir la notion, la présence d'un déroulement détaillé se rapprochant du monde de l'enseignement.

Enfin, en termes d'acceptabilité, les fiches sont majoritairement compatibles avec la vision de l'éducation à la santé qu'ont les étudiants particulièrement en ce qui concerne le développement des compétences psychosociales. Le traitement des différents aspects de l'éducation à la santé soit une vision globale est pas uniquement hygiéniste est aussi un élément mis en avant.

La figure 1 récapitule les données relatives à l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils.

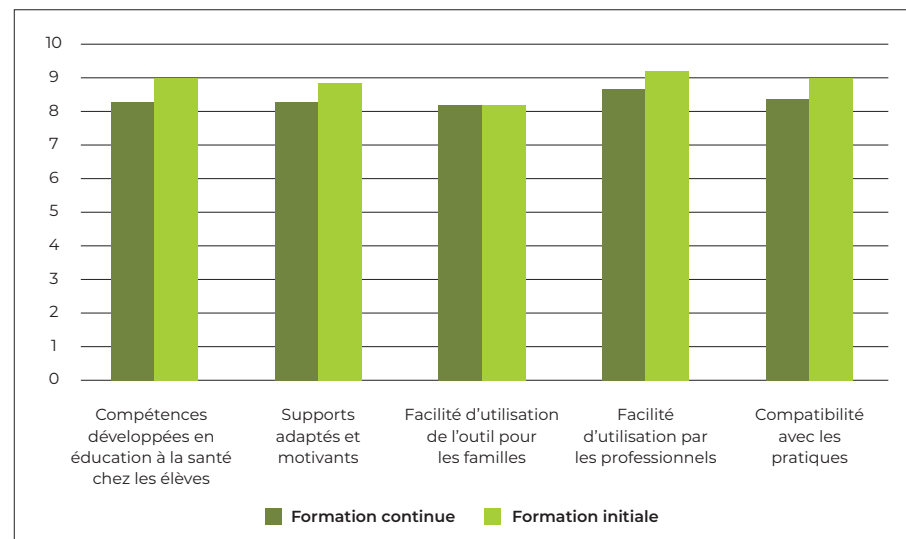


Figure 1 : Moyenne des scores attribués par les enseignants en poste (formation continue) et les étudiants (formation initiale) en ce qui concerne l'utilité, l'utilisabilité et l'acceptabilité des outils.

DISCUSSION

Dans le contexte de la pandémie, nous avons développé un ensemble d'outils destinés à soutenir les parents, les enseignants et les professionnels de santé travaillant au sein des communautés. L'évaluation de l'utilité, de l'utilisabilité et de l'acceptabilité des outils tant par des enseignants expérimentés que par des professionnels en formation montre que ceux-ci sont perçus comme pertinent. Cette première évaluation ne prend pas en compte l'impact sur les enfants qui ne sera disponible qu'en 2021.

Les enseignants non impliqués dans le processus de co-construction de cet outil ont accueilli de manière positive un outil « clé en main ». Il est perçu comme

utile pour aborder l'éducation à la santé ; utilisable car simple et clair ; acceptable car en lien avec les pratiques existantes et contextualisé aux problématiques de leurs classes. Cet accueil positif de l'outil peut donc permettre à penser que les enseignants pourront mieux aborder l'éducation à la santé en classe et d'en comprendre les enjeux pour leurs élèves. On peut donc penser qu'un outil est alors une forme de dispositif de formation car ils influencent les activités proposées et la manière de faire de l'enseignant.

Il est possible d'identifier les conditions du succès d'une telle entreprise. Il s'agit d'abord du soutien politique à une telle approche intersectorielle et une gouvernance adaptée. Dans le cas du dispositif





REBEE-Covid-19 : un soutien politique via le plan Do Kamo adopté en 2016 à l'unanimité par le congrès de la Nouvelle-Calédonie ; un pilotage local et réactif, réunissant la Chaire UNESCO « ÉducationS & Santé » et des cadres locaux de l'éducation et de la santé ; une participation des acteurs de terrain de la santé et de l'éducation. Dans le contexte de la promotion de la santé, les acteurs de la santé, de par leur expertise, procurent un appui scientifique et des ressources pour le monde de l'éducation ; un partage des savoirs entre ces différents partenaires et la recherche.

Par ailleurs, la mise à disposition d'un outil co-conçu par la santé et l'éducation a permis de consolider le rôle de l'école dans la promotion de la santé en période de crise sanitaire. Sans l'outil REBEE-Covid-19, un message uniquement sanitaire aurait été porté par l'ensemble des institutions sanitaires et sociales du pays.

Des difficultés ont néanmoins été observées. Il s'agit tout d'abord par l'injonction hiérarchique qui a communiqué principalement en début de confinement autour de la mise en place d'activités autour du français et des mathématiques. La question de l'éducation à la santé étant alors jugée secondaire à différents niveaux alors que de nombreuses recherches évoquées précédemment ont montré un lien fort entre la santé et la réussite scolaire. Il s'agit ensuite de la difficulté à contacter les parents pendant le confinement pour diverses raisons (absence de connexion ou de matériel numérique, numéros ou adresses mail non valides, impossibilité à réaliser les tâches demandées car trop complexes ou non

adaptées aux élèves sans la présence de l'enseignant...) ce qui n'a pas toujours permis aux enseignants de pouvoir élargir cette continuité pédagogique.

Il apparaît que la démarche conduite dans un cadre temporel très contraint a bénéficié de son insertion dans une dynamique partenariale associant l'ensemble des acteurs autour du dispositif REBEE. Le fait de pouvoir s'appuyer sur une démarche en cours de promotion de la santé a permis de produire des outils adéquats et compatibles avec les différents contextes culturels et pratiques pédagogiques en Nouvelle-Calédonie.

Visée émancipatrice, ancrage dans une stratégie visant les différents déterminants de la santé, sensibilité aux enjeux culturels et territoriaux, appui et valorisation des pratiques existantes, prise en compte des données de la recherche, partage des savoirs et participation sont les constituants de l'approche mise en place.



QUEL EST LE RISQUE ?



CARACTÉRISER ET RELATIVISER LE RISQUE D'INFECTION ET DE DIFFUSION MICROBIENNE.

Dans chacun des cas ci-dessous, caractériser et préciser le niveau de risque d'infection ou de diffusion bactérienne.



1



3



2



4

À toi de mesurer le risque.

RÉUSSIR, ÊTRE BIEN, ÊTRE ENSEMBLE



QUESTIONNER LE MONDE

QUEL EST LE RISQUE ?

CARACTÉRISER ET RELATIVISER LE RISQUE D'INFECTION MICROBIENNE

Entre nous - Cette activité a pour objectif d'évaluer et graduer un risque d'infection microbienne, d'en préciser les différents facteurs et moyens de s'en protéger. Cela permet aux élèves d'améliorer leurs capacités langagières et d'argumentation, tout comme développer leur esprit critique en comprenant que pour une infection il faut une source microbienne et une porte d'entrée corporelle. (aérienne, buccale, plaie...)



Entrée dans l'activité santé

Visionner la [vidéo](#).

Passage obligatoire aux lavabos pour une séance de lavage de mains approfondie.



À toi de mesurer le risque. Animation de type Abaque de Régnier

Chaque enfant est doté d'un crayon vert, d'un crayon jaune et d'un crayon rouge.

Pour chacune des quatre situations au signal du maître il doit lever l'un des crayons selon qu'il estime que le risque d'infection est **nul** (vert) **moyen** (jaune) ou **élevé** (Rouge). Pour chaque photo, on fait le décompte des opinions. Chaque groupe de réponses doit justifier son évaluation.

On s'appliquera à faire exprimer quel est le risque et sa variabilité (par exemple pour la **figure 2** le risque est nul si l'eau est potable et si l'enfant a les mains propres, mais élevé si ces conditions ne sont pas respectées...).

Figure 1 Risque nul de diffusion des microbes si la petite fille jette le mouchoir en papier après usage et si elle se lave les mains ensuite.

Figure 3 Risque élevé de contamination et diffusion par le crayon.

Figure 4 Risque nul si la plaie a été bien nettoyée et désinfectée avant pansement.



Une activité complémentaire

Documents de prévention [Fais pas le malin, lave-toi les mains](#).



Pour aller plus loin

En savoir plus sur les [micro-organismes](#).



Message pour les élèves

Le respect de quelques gestes simples permet d'éviter la diffusion et la contamination microbiennes.

Rapport à soi
Rapport aux autres
Rapport à l'environnement



DOMAINES
1 2 3 4 5

Fiche complémentaire n°188 - Cycle 2 - Quel est le risque ?

Figure 2 : Exemple de fiche en cycle 2 (les infections microbienne)



HOW ARE YOU ?



EXPRESS YOUR FEELINGS OR EMOTIONS IN ENGLISH.

Let's play ! How do you feel after this exercise ?

How are you ?

TERRIBLE
BAD
SO
FINE
GOOD
OKAY
ALL
RIGHT
VERY
WELL
GREAT
TIRED
EXHAUSTED
DROWSY
SLEEPY
HOT
COLD
DIZZY
BETTER
WORSE



Le mur traversé

Il y a des nuits sans lune
des pays sans rivière
et des yeux sans regard

Il y a des chambres sans fenêtre
des villes sans lumière
et des lèvres sans chanson

Il y a des chemins sans village
des matins sans clarté
et des enfants sans pain

Mais il y a une porte
dans chaque mur
à inventer à ouvrir

et derrière chaque mur
une voix familière
qui répète ton nom.

Album : J.-P. SIMEON,
La nuit respire, Cheyne
(Poèmes pour grandir),
2003, page 20

REUSSIR, ÊTRE BIEN, ÊTRE ENSEMBLE

ANGLAIS
EPS
FRANÇAIS

HOW ARE YOU?

EXPRESS YOUR FEELINGS OR EMOTIONS IN ENGLISH

Entre nous - Cette activité est centrée sur la capacité des élèves à verbaliser les émotions. Ce jeu en anglais leur permet d'apprendre ou de reconnaître quelques mots qui expriment des sentiments de bien-être ou de mal-être.

**Entrée dans l'activité santé**

S'asseoir le dos bien droit.

En inspirant, entrelacer les doigts devant la poitrine, paumes des mains vers soi. À l'expiration, tendre les bras devant soi en tournant les paumes vers l'extérieur. Les bras toujours tendus, inspirer de nouveau puis, à l'expiration, lever les bras tendus au-dessus de la tête, paumes des mains vers le ciel. Maintenir l'étirement sur 3 respirations complètes en gardant les épaules abaissées et en ouvrant bien la cage thoracique. L'exercice peut être prolongé par une nouvelle inspiration et, à l'expiration, fléchir le buste vers la gauche en faisant partir le mouvement des hanches. Maintenir l'étirement sur 3 respirations complètes en essayant d'augmenter un peu plus l'inclinaison à chaque expiration. Puis inspirer pour redresser le buste et revenir au centre, puis recommencer du côté droit à l'expiration suivante.

Fermer les yeux, les bras sont relâchés le long du corps. Respirer calmement, sourire puis ouvrir doucement les yeux.

**L'activité de découverte**

Le professeur invite les élèves à partager leur ressenti suite à la relaxation. Est-ce qu'ils ont réussi à se concentrer sur la respiration? A imaginer un endroit qu'ils aiment bien? Le professeur choisit un élève pour qu'il dise quel lieu il a imaginé et pourquoi il aime bien ce lieu. Les autres écoutent puis peuvent s'exprimer chacun à leur tour : ont-ils choisi le même lieu? Si oui, pourquoi? Si non, quel lieu ont-ils choisi et pour quelles raisons?

On récapitule les différents lieux où l'on peut se sentir bien et surtout pourquoi on s'y sent bien : qu'est-ce qu'on y trouve? Qu'est qu'on y fait?

Let's play! How do you feel after this exercise?

- Lire la liste des émotions et les traduire si nécessaire.
 - Les élèves entourent les émotions qu'ils retrouvent dans la grille. On peut choisir un code couleur (Vert quand on est bien, rouge quand ça ne va pas, orange pour moyen par exemple).
- On termine la séance par la lecture du texte de J.-P. Siméon. La poésie permet de mettre des mots sur les émotions, de se sentir proche de celui qui en est l'auteur et dont on perçoit bien qu'il les a ressenties. Le poème se termine par une invitation à l'espérance et à la confiance dans les moments difficiles « derrière chaque mur une voix familière qui répète ton nom ». L'enseignant pourra exploiter le texte en fonction de ses objectifs pédagogiques.

**Une activité complémentaire**

- Établir une charte des règles de vie au sein de la classe, le professeur peut interroger la classe sur nos façons de faire ou d'être pour que chacun soit écouté, se sente bien et respecté dans la classe ou à l'école.
- On peut visionner la [vidéo](#).

**Pour aller plus loin**

Consulter un exemple de séquence d'Anglais sur les [sentiments](#).

**Message pour les élèves**

Exprimer ses émotions avec des mots justes est un moyen de bien communiquer avec les autres et de trouver sa place.

Rapport à soi**Rapport aux autres****Rapport à l'environnement**

DOMAINES

1 2 3 4 5

Tous droits réservés. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Fiche 156 - Cycle 3 - CM2 - Séquence L'hibiscus (N°3) - Activité 2

ENTRAÎNER SON ESPRIT CRITIQUE



**TOUT CE QU'IL Y A SUR INTERNET (ET AILLEURS)
EST-IL TOUJOURS VRAI ?**

**La confiture de fraise.**

Lisez. Barrez l'étape en trop dans cette recette de confiture de fraise.

- Laver les fraises.
- Dans une casserole, mettre les fraises et le sucre.
- Ajouter du lait à la préparation.
- Cuire le mélange à feu doux en remuant régulièrement.
- Verser la confiture bouillante dans des pots.

L'intrus. Observez bien l'image.

Coloriez la fraise. Entourez le pot de confiture. Barrez la poire.

**Une histoire de goût !****Complétez les phrases par sucré ou salé**

Le miel a plutôt un goûtet le poisson un goût plutôt

Si mon plat de pâtes n'est pas assez j'en rajoute un petit peu.

Les fruits ont le plus souvent un goût mais parfois aussi un peu !

RÉUSSIR, ÊTRE BIEN, ÊTRE ENSEMBLE

Figure 3 : exemple de fiche en cycle 3 (compétences psychosociales)

FRANÇAIS
EMC

ENTRAÎNER SON ESPRIT CRITIQUE

TOUT CE QU'IL Y A SUR INTERNET (ET AILLEURS)
EST-IL TOUJOURS VRAI ?

Entre nous - Cette activité est l'occasion d'entraîner la résistance des élèves à la pression sociale et d'exercer leur esprit critique. Les exercices proposés comportent des « leurre » destinés à les égarer dans leurs prises de décision. La vidéo proposée est source de discussion sur les sources d'information sur Internet.



Entrée dans l'activité santé

Se laver les mains avant de commencer.

S'asseoir en tailleur le dos bien droit. Se masser ensuite le visage avec les mains : commencer par les joues en faisant de petits cercles, puis chaque côté du nez, et enfin les sourcils et le front en partant de l'intérieur vers l'extérieur. Pour le tour de la bouche, placer horizontalement l'index droit au dessus de la lèvre supérieure et l'index gauche juste en dessous de la lèvre inférieure, et faire des mouvements de droite à gauche pour masser la peau et, en dessous, les gencives. Recommencer en intervertissant les index. Finir par le massage des oreilles en frottant doucement devant et derrière les oreilles avec le bout des doigts puis en massant les pavillons et les lobes.



L'activité de découverte

L'enseignant dirige l'activité en proposant successivement les trois exercices suivants :

La confiture de fraise : Pas de lait dans la recette de la confiture. La photo du verre de lait est là pour laisser croire aux enfants que c'est un élément important et les induire en erreur.

L'intrus : Il n'y a pas de poire, laissez les enfants essayer de résoudre le dilemme.

Une histoire de goût : Le dernier mot de la dernière phrase ne peut être ni sucré ni salé (acide ou amer éventuellement) Idem, laissez les enfants essayer de résoudre le dilemme.

Tout ce qu'il y a sur Internet (et ailleurs) est-il toujours vrai ? : Observer la séquence vidéo [Vinz et Lou sur Internet](#). Orienter les échanges vers ce qui fait la véracité de l'information sur Internet et, comme pour les 3 exercices, la nécessité d'exercer un regard critique.



Une activité complémentaire

Mettre en place une progression sur la critique de l'information par Milan [Les enfants pour l'information](#).



Pour aller plus loin

Se référer au site du CLEMI (Centre pour l'éducation aux médias et à l'information) pour de nombreuses propositions de [séquences](#).



Message pour les élèves

Les informations que l'on reçoit, qu'elles soient issues d'Internet ou non, ne sont pas toujours fiables. Il est nécessaire de vérifier quelle est leur source et de réfléchir à leur contenu. Il est recommandé qu'un élève de CM1 ne passe pas plus de 30 mn par jour devant un écran, alors déconnecte et mets tes baskets !

Rapport à soi
Rapport aux autres
Rapport à l'environnement



DOMAINES

1 2 3 4 5

Fiche 124 - Cycle 3 - CM1 - Souffler, respirer (N°3) - Activité 5



Notes

- 1. Chapitre rédigé par Nicolas Tessier, Carmella Fernandes Da Rocha-Puleoto, Nathalie O'Callaghan, et Didier Jourdan sur la base d'un article accepté dans Global health Promotion.



Bibliographie

- Baker, J. (2020, juin 14). Students « need \$1.1 billion to close remote-learning gap ». The Sydney Morning Herald. <https://www.smh.com.au/national/students-need-1-1-billion-to-close-remote-learning-gap-20200612-p5525e.html>
- Bryk, A. S. (2017). Accélérer la manière dont nous apprenons à améliorer. Éducation et didactique, 11(2), 11-29. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.2796>
- Cèbe, S., & Goigoux, R. (2018). Lutter contre les inégalités : Outiller pour former les enseignants. Recherche & formation, 87, 77-96. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.3510>
- Délibération n°114, (2016).
- Didier Jourdan. (2019, janvier 30). Réinterroger et approfondir les fondements épistémologiques de la recherche en promotion de la santé, un enjeu de structuration du champ de recherche. [https://espum.umontreal.ca/lespum/evenements/evenement/news/eventDetail/Event/conference-de-didier-jourdan/Education : From disruption to recovery. \(2020, mars 4\). UNESCO](https://espum.umontreal.ca/lespum/evenements/evenement/news/eventDetail/Event/conference-de-didier-jourdan/Education%3A%20From%20disruption%20to%20recovery.%20(2020,%20mars%204).%20UNESCO) <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
- Goigoux, R. (2017). Associer chercheurs et praticiens à la conception d'outils didactiques ou de dispositifs innovants pour améliorer l'enseignement. Éducation et didactique, 11(n°3), 8. <https://journals.openedition.org/educationdidactique/2872>
- Charte d'application des orientations de politique éducative de la Nouvelle-Calédonie, Pub. L. No. Délibération n°186 (2016).
- ISEE - Démographie. (s. d.). Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse <https://www.isee.nc/population/demographie>
- Jourdan, D., Gray, N., & Laporte, R. (s. d.). Comment organiser le retour des élèves atteints de maladies chroniques ? The Conversation. Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse <http://theconversation.com/comment-organiser-le-retour-des-eleves-atteints-de-maladies-chroniques-139327>
- Jourdan, D., Marmot, M., & Gray, N. (s. d.). Coronavirus : There is an urgent need to re-open schools – this is how to make it happen. The Conversation. Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse <http://theconversation.com/coronavirus-there-is-an-urgent-need-to-re-open-schools-this-is-how-to-make-it-happen-137818>
- Kim, J. S. & Quinn, D. M. (2013). The Effects of Summer Reading on Low-Income Children's Literacy Achievement From Kindergarten to Grade 8 : A Meta-Analysis of Classroom and Home Interventions. Review of Educational Research, 83(3), 386-431. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0034654313483906>
- Les accords de Nouméa. (1998, mai 5). <https://www.ac-noumea.nc/IMG/pdf/accordsNoumea.pdf>
- Megan Kuhfeld-2020-The learning curve Revisiting the assumption of I.pdf. (s. d.). Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse https://www.nwea.org/content/uploads/2020/05/Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf
- Orben et al. - 2020—The effects of social deprivation on adolescent de.pdf. (s. d.). Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2820%2930186-3>
- Perez, P., & Rogalski, J. (2001). Interférences et conflits de schèmes dans l'usage d'outils professionnels : Le cas d'un fichier cartographique de navigation. Le travail humain, 64(2), 145. <https://doi.org/10.3917/th.642.0145>



- Pommier, J., Guével, M.-R., & Jourdan, D. (2010). *Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods*. BMC Public Health, 10(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-43>
- Rebee | Réussir, être bien, être ensemble. (s. d.). Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse <https://rebee.chaireunesco-es.org/>
Réussir, être bien, être ensemble | Assurer la continuité pédagogique en éducation à la santé. (s. d.). Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse <https://covid19.rebee.chaireunesco-es.org/>
- Simar, C., & Jourdan, D. (2011). *Éducation à la santé à l'école : Étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré*. Revue des sciences de l'éducation, 36(3), 739-760. <https://doi.org/10.7202/1006254ar>
- *Situation Sanitaire en Nouvelle-Calédonie*. (2015). DASS - Direction des Affaires Sanitaires et Sociales. <https://dass.gouv.nc/file/942/download?token=JJTFZ8PJ>
- St Leger Lawrence, Young Ian, Blanchard Claire, & Perry Martha. (s. d.). *Promoting health in schools: From evidence to action | UNESCO HIV and Health Education Clearinghouse*. Consulté 13 avril 2020, à l'adresse : <https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/promoting-health-schools-evidence-action>
- *Synthese du plan d'actions do kamo.pdf*. (s. d.). Consulté 13 juillet 2020, à l'adresse https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_plan_dactions_do_kamo.pdf
- Tricot, A., de Midi-Pyrénées, I., & Lafontaine, J. (2002). *Une méthode pour évaluer conjointement l'utilisation un outil multimédia et l'apprentissage réalisé avec celui-ci*. 17. <https://core.ac.uk/download/pdf/52974207.pdf>
- Tricot, A., Plégat-Soutjis, F., Camps, J.-F., Amiel, A., Lutz, G., & Morcillo, A. (s. d.). *Utilité, utilisabilité, acceptabilité : Interpréter les relations entre trois dimensions de l'évaluation des EIAH*. 13. <https://edutice.archives-ouvertes.fr/edutice-00000154/document>
- Turan-Pelletier, G. (2018). *Qu'attendent les acteurs de l'école en matière de santé ?* Administration Education, N° 157(1), 25-34. <https://www.cairn.info/revue-administration-et-education-2018-1-page-25.htm?contenu=resume>
- Valentine Eurisouké, Hélène Iekawé and Didier Jourdan. (2019). *Renewing the intersectoral framework for Health Promotion in Schools in New Caledonia, multiculturalism, equity and inclusion at the very core of the process*. <https://tcc.eventsair.com/QuickEventWebsitePortal/iuhpe-2019/program/Agenda/AgendaItemDetail?id=16430a78-f799-423a-94c6-de-632f5a4eea>
- Van den Broucke, S. (2020). *Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa*. Health Promotion International, 35(2), 181-186. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>
- Vinatier, I., & Rinaudo, J.-L. (2015). *Rencontres entre chercheurs et praticiens : Quels enjeux ?* Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/cdle.039.0007>
- Violon, N., Jourdan, D., Darlington, E., Salabot, L., Charron, A., Pironom, J., & Simar, C. (2016). *Analyse des déterminants de l'implantation d'un dispositif de promotion de la santé dans différents contextes scolaires*. Éducation, Santé, Sociétés, 2(2), 17-42.



“
L'éducation, c'est enseigner à affronter la vie
Edgar Morin ”

Conclusion

ENFANTS ET ADOLESCENTS EN PÉRIODE
DE CRISE SANITAIRE ¹



INTRODUCTION

Dans un court mais percutant essai, Arjun Appadurai, anthropologue de la globalisation, constate que, parmi les leçons majeures que nous devons tirer de cette pandémie, que c'est bien la société, et non l'État, qui représente le véritable espace de la politique de survie (Appadurai, 2020). Autrement dit, sans le recours à toutes les ressources sociales qu'il possède, l'État n'a à peu près aucune chance de contrer la progression d'une pandémie sur son territoire. Parmi ces ressources essentielles se trouve le système éducatif, lequel est partie intégrante de l'école au sens large, qui elle inclue en plus les administrateurs, les enseignants, les étudiants, les parents, les membres de la communauté. Comme il a été souligné dans l'introduction à ce volume, les établissements scolaires représentent irrémédiablement des acteurs clés, que l'on soit en période de crise ou non.

PEURS ET FRAGILITÉS

Nul ne peut douter du fait que la pandémie actuelle représente une expérience traumatique pour un grand nombre d'enfants d'âge scolaire. La fermeture des écoles, les différentes peurs engendrées par leur rouverture, l'adhésion à des mesures de prévention strictes et les écarts d'accès à l'apprentissage dans un monde déjà fortement hiérarchisé ne représentent que quelques-uns des obstacles auxquels se sont heurtés jusqu'à présent non seulement les enfants, adolescents et leurs familles, mais toute la communauté éducative. Il est de plus difficile en ce moment de saisir l'impact et la portée de violences structurelles

qui risquent de se manifester ou de s'accroître un peu partout sur la planète : la peur de l'infection nourrit la peur de l'autre qui elle nourrit l'exclusion sociale. Il est donc à la fois prudent et nécessaire de garder l'œil ouvert sur ces nouveaux rapports de force, lesquels sont alimentés par un discours public trop souvent ethnocentrique et axé sur la culture du blâme.

Il peut être tout autant rassurant que troublant de constater que les mesures sanitaires préventives actuellement en place, dont fait partie l'imposition de gestes barrières, un peu partout dans le monde serviraient avant tout à protéger les individus dont le système immunitaire est déjà compromis par la présence d'inégalités sociales (Manderson et Levine, 2020). Peu importe que l'on dirige son regard en direction des pays du Sud ou ceux du Nord, les inégalités sociales et structurelles ainsi que les hiérarchies identitaires se sont manifestées au grand jour, tout autant par le nombre accru de mortalité au sein des populations fragilisées, que ce soit au niveau national ou global, que par l'aggravation de la condition de précarité dans lesquelles se trouvaient déjà ces populations. La pandémie que nous traversons a ainsi mis brusquement la lumière sur des failles sociétales profondes, tant au niveau global que national, trop longtemps ignorées ou banalisées dans le discours public. La fermeture des écoles notamment a exacerbé la vulnérabilité des enfants et adolescents évoluant dans ces milieux précarisés. Toute décision de rouvrir les écoles ou de les fermer présente des risques non négligeables, particulièrement dans les pays à revenu économique faible. Les

inégalités en matière d'accès à l'internet notamment ont eu des répercussions qui risquent d'affecter les étudiants des pays pauvres pour le reste de leur vie, et ce, malgré le recours de plusieurs gouvernements à une panoplie de moyens technologiques afin de pallier l'écart (UNICEF 2020). De là l'urgence de comprendre la prévention en santé en période de pandémie non seulement en termes de mesures sanitaires ponctuelles, lesquelles sont certes essentielles pour freiner la propagation de tout virus, mais en prenant en compte les multiples fractures sociales qui ne font qu'accroître l'impact dévastateur de toute crise sanitaire de cette envergure. L'école ne possède toutefois ni le mandat, et que très rarement les ressources, pour résoudre ces fractures. Cependant, elle a le pouvoir d'assurer la développement de certains comportements et attitudes susceptibles d'avoir un impact positif sur la santé et le bien-être des enfants et adolescents tout en promouvant la responsabilité sociale et le vivre-ensemble. Il faut garder en mémoire que les établissements scolaires sont des lieux où les enfants développent leur identité sociale, apprennent à se positionner par rapport à l'autre. Ce sont aussi des endroits privilégiés pour apprendre à agir avec conscience pour le bien de tous, à devenir acteur au sein de la communauté.

DES CITOYENS RESPONSABLES EN DEVENIR

La conscientisation face à la nécessité d'évoluer dans un espace sanitaire préventif ne peut se faire que par l'acquisition et la co-production de connaissances appropriées dès l'enfance. Il n'est pas ici seulement question de connaissances

biomédicales, mais de connaissances qui permettront aux adultes de demain de participer activement à la production de nouveaux savoirs axés sur la santé, qu'elle soit physique, mentale, émotionnelle ou sociale et le bien-être individuel et collectif. Les paroles d'Edgar Morin « l'éducation, c'est enseigner à affronter la vie » (Morin, 2015, p. 26) ne peuvent en ce sens être plus appropriées. Il est plus que jamais nécessaire d'assurer un support solide, cohérent et constant à la communauté éducative, que ce soit par le biais de politiques éducationnelles, outils pédagogiques, recherche, et ce afin d'arriver ensemble à former des citoyens conscients et aptes à participer au devenir de la société. Cet objectif est atteignable uniquement dans la mesure où ces enfants et adolescents parviennent à se positionner déjà en tant que sujet au sein d'une communauté de partage de valeurs sociétales fortes et inclusives. Ceci n'a rien d'utopique. Alors que la mobilisation face au Covid-19 semble de prime abord une série d'actions plus ou moins concertées d'organisations globales de haut niveau tels que l'OMS et de gouvernements, d'autres crises aussi déstabilisantes pour l'humanité, tel que celle non moins préoccupante des changements climatiques, ont vu les adolescents tant des pays du Nord que ceux du Sud se constituer comme acteurs porteurs de transformations sociales à l'échelle globale. Ainsi, privilégier des actions qui s'inscrivent dans une logique de conscience sociale ne signifie pas nécessairement se soustraire à l'individualisme moderne, lorsque prévalent, comme on est trop souvent amené à le croire : cette individualité peut aussi permettre à l'individu de choisir en conscience

l'adhésion aux valeurs du groupe auquel il se dit appartenir ou de prendre action pour les modifier (Wieviorka, 2010). Il s'agit donc simplement de permettre à tous et chacun d'être le sujet de son expérience.

L'ÉCOLE COMME LIEU DE CO-PRODUCTION DE SAVOIR

Il va sans dire que la crise sanitaire actuelle a fait jaillir un nombre incroyable d'informations relevant soi-disant des milieux scientifiques, nous incitant à nous rendre compte que la biomédecine, comme toute autre science, est loin d'être porteuse d'une seule vérité. Il est devenu évident, pour les personnes suivant de près les développements en ce domaine, que le champ est constamment en développement, aux prises avec des tensions, des incertitudes, des contradictions, exigeant l'accueil de toute nouvelle information scientifique avec un esprit à la foi ouvert et critique. Ceci est d'autant plus important du fait que les modalités universelles de gestion de crise sanitaire ne sont pas toujours adaptées aux réalités spécifiques des populations. De ce fait, il peut être problématique pour les différents acteurs de donner du sens à la pandémie et du danger qu'elle représente puisque que les enjeux locaux sont toujours ex-trêmement complexes et variés peu importe la région du monde concernée et dépassent largement la question de la transmission du virus. Il est important de saisir que, des différentes perspectives culturelles, savantes, scientifiques, religieuses et autres émergent en fait une grande variété de représentations des maladies et tout autant de manières de faire pour les guérir (Moro, 2010). Ces différentes représentations sont autant de richesses qui peuvent ser-

vir de base à la co-production d'outils de gestion de crise appropriés au contexte. Cette vision anthropologique nous incite à nous poser la question suivante : est-ce qu'une approche sanitaire au niveau scolaire en période de pandémie qui se voudrait globale est réellement envisageable et même souhaitable ? La question exige certes une réflexion profonde. Il est toutefois d'ores et déjà pertinent de s'investir davantage dans la quête d'une compréhension plus juste du rapport que l'individu et la communauté entretiennent avec la santé et la maladie dans des contextes particuliers pour soutenir le développement d'outils pédagogiques appropriés et prenant en compte les éléments culturels et sociaux particuliers associés à la santé et au bien-être des enfants et adolescents. L'école se veut ainsi génératrice de nouvelles compréhensions et lieu d'échange possible de savoirs en gestion de crises sanitaires au niveau de la communauté. Ceci ne peut être pensé que dans un esprit de travail collaboratif engageant tous les membres de la communauté éducative. Il ne s'agit donc pas uniquement de s'assurer de la mise en œuvre de programmes sanitaires précis, mais de participer, comme indiqué plus haut, à la formation d'individus conscientisés à la notion du vivre-ensemble et responsabilisés dans leur rapport à la société et à l'autre. L'école en ce sens est un des espaces clés, avec la famille et la communauté, pour échanger et co-produire ces savoirs. C'est avec cette vision écologique de la santé que les membres de la communauté de la Chaire UNESCO Éducatons et Santé mettent leurs efforts en commun pour mieux comprendre et contribuer à gérer les crises sanitaires en milieu scolaire.



- Appadurai, A. (2020) The Covid Exception. Forum on COVID-19 Pandemic, 2020 European Association of Social Anthropologists, pp. 221-222.
- Manderson L., & Levine, S. Covid-19, Risk, Fear and Fall-Out. Medical Anthropology 39 :5. P. 367-370
- Morin, E. (2015) *Penser global. Champs essais.*
- Moro, M.R. (2010) *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent.* Dunod.
- UNICEF (2020) *Promising practices for equitable remote learning emerging lessons from Covid-19 education responses in 177 countries.* Innocenti Research Brief. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IRB%202020-10.pdf>
- Viner RM, Bonell, C., Drake, L., Jourdan, D., Davies, N., Baltag, V., Jerrim, J., Proimos, J., Darzi, A. (2020) *Reopening schools during the COVID-19 pandemic : governments must balance the uncertainty and risks of reopening schools against the clear harms associated with prolonged closure.* Arch Dis Child. <https://adc.bmj.com/content/archdischild/early/2020/08/02/archdischild-2020-319963.full.pdf>
- Wieviorka, M. (2008) *Neuf leçons de sociologie.* Pluriel.

Chaire UNESCO : ÉducationS & Santé

Connecter les savoirs, s'engager pour la santé des enfants et des jeunes

Stratégique

Partager les connaissances
et faire évoluer le rapport à
la santé

Engagée

Accélérer la recherche
pour améliorer la santé de
tous

Éthique

Réduire les inégalités
en santé et
promouvoir le
bien-être

Internationale

Développer un réseau et produire
des connaissances pour l'action

Partenariale

Agir sur les écosystèmes de vie
des enfants et des jeunes en liant
santé et développement durable



Connecter les savoirs, s'engager pour la santé des enfants

La Chaire UNESCO et centre collaborateur OMS « EducationS & Santé »

Une communauté ouverte

La Chaire UNESCO « ÉducationS & Santé » se définit comme une communauté ouverte. Elle n'est ni une institution ni un réseau. Il nous semble important ici de mettre en évidence ce qui caractérise une communauté au sens où nous l'entendons.

Une communauté est fondée sur ce qui est commun

Comme le souligne Claude Jacquier, « répondre à la question "Qu'est-ce qu'une communauté ?", au singulier de surcroît, est sans doute une tâche impossible tant sont multiples les disciplines qui ont fait référence à cette notion et nombreuses les définitions et surtout les connotations qui lui ont été associées » (Jacquier, 2011)[1]. Sur la base de l'étymologie (communauté vient du latin *communitas*, « cum munus »), la communauté est donc un groupe de personnes (cum, « avec ») qui partagent quelque chose (munus, « charge », « présent », formé sur la racine mei- « changer, échanger »). Ce munus peut être un bien, une ressource, ou bien au contraire une obligation, une dette.

Il n'y a pas de consensus sur ce qu'est une communauté, le mot est utilisé dans de nombreux contextes pour définir des réalités différentes mais c'est toujours de **liens entre les personnes et de ce qui est commun dont il est question**. La communauté ne renvoie pas en première instance à une identité, des règles, un programme de travail ou à une organisation, mais bien plutôt à **ce qui est partagé**.

Produire et partager des savoirs, contribuer au changement en faveur de la santé

Le propre de la Chaire UNESCO « EducationS & Santé » est d'être un espace de dialogue et d'action au service de la prévention, de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé des enfants et des jeunes. Son rôle est de créer un cadre au sein duquel tous les acteurs du domaine (individus, collectivités, réseaux, institutions) puissent se retrouver autour de projets communs, acquérir de la visibilité à l'échelon international et contribuer à la dynamique des Nations-Unies. En ce qui nous concerne, **ce commun se définit autour de deux dimensions indissociables** :

- Produire et partager des savoirs,
- Contribuer au changement social en faveur de la santé des enfants et des jeunes.

La communauté vise à contribuer au bien commun et s'appuie sur un cadre éthique et politique, celui des Nations-Unies, et des domaines d'activité :

- créer une communauté mondiale,
- renouveler le cadre la prévention pour l'adapter au monde de ce temps, en particulier aux besoins des enfants et des jeunes,
- produire des connaissances,
- soutenir la mise en place de dispositifs de formation et
- contribuer au partage des connaissances.



Ces domaines ont une définition ouverte et sont en évolution permanente.

Contribuer à l'émergence d'un champ renouvelé de la prévention

Cet engagement dans des démarches de production et de partage de savoirs est lié à une ambition, celle de contribuer à **faire évoluer les politiques et les pratiques dans le but d'améliorer la santé de tous, réduire les inégalités et préserver notre planète**. Pour y parvenir, la communauté s'appuie sur une large diversité de savoirs : des savoirs issus la recherche scientifique comme des savoirs issus de l'expérience des acteurs, dans une large variété de contextes sociaux et culturels. Il s'agit de tenir ensemble pratiques sociales, savoirs profanes et savoirs scientifiques et donc de créer les conditions d'une véritable **écologie des savoirs** (de Sousa Santos, 2001)[2]. Pour faire droit à la diversité des réalités humaines en particulier dans les situations de vulnérabilité, il est indispensable que ces savoirs ne soient pas limités aux données produites dans les zones urbaines des pays du nord, mais proviennent d'espaces différents au plan géographique, social et culturel. C'est sur cette base, et en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes, que la Chaire ambitionne de contribuer à une **définition renouvelée du champ de la prévention** et ainsi des politiques et des pratiques. Cette redéfinition passe par des corpus de savoirs structurés, des démarches de professionnalisation des acteurs et des outils d'aide à la décision politique.

Une communauté au service des acteurs

La communauté est une forme dynamique de regroupement centrée sur une ambition commune. Elle n'a en aucune manière pour vocation de se substituer à des institutions ou réseaux existants, ceux qui prennent part à la vie de la communauté étant d'ailleurs très souvent membres de réseaux ou d'institutions. La communauté n'est pas d'abord référée à un programme de travail à accomplir, mais à **un projet qui s'ajuste en fonction des défis et des opportunités**.

La communauté est centrée sur ses membres, elle n'est pas pilotée mais animée. C'est la mission du secrétariat de la Chaire. Ce secrétariat (le titulaire, le gestionnaire, les chargés de projets et l'assistante) a pour rôle de **créer les conditions de ce dialogue et de ces productions**. Il s'assure que chacune, chacun peut trouver sa place dans les échanges. Pour cela il est

attentif à l'équilibre entre les femmes et les hommes, les acteurs du sud et du nord, les chercheurs et les professionnels, les institutions et la société civile. Il est particulièrement vigilant à ce que les initiatives non-conventionnelles, celles qui « passent sous les radars » puissent être valorisées. Les initiatives portées par la Chaire sont nourries de façon décentralisée par les participants. Elles sont partagées au sein du conseil scientifique et éthique puis approuvées en référence à la charte éthique.

Le financement du secrétariat et de la vie de la communauté est assuré par des institutions à but non lucratif de l'économie sociale et solidaire, la fondation MGEN et le Groupe Vyv. Certaines activités sont ouvertes à d'autres sources de financement, dans le respect des principes décrits dans la charte éthique (ONU, Etats, donateurs privés).

Prendre part à la communauté

La force de la Chaire UNESCO « ÉducationS & Santé » réside dans les compétences et les connaissances de ses membres. Pour prendre part à la vie de la communauté, aucune condition de statut ou de diplôme n'est exigée. Chercheurs, professionnels des secteurs de la santé, du social, de l'éducation, bénévoles des associations, mouvement ou syndicats, citoyens engagés ainsi que personnes morales (universités, collectivités locales, fondations, entreprises, réseaux, associations, institutions) sont les bienvenus. C'est la **reconnaissance du cadre éthique et l'engagement dans la dynamique commune** qui est le critère central. La communauté est ouverte, elle offre la possibilité à chacune et à chacun de participer aux activités à sa mesure. Ainsi la Chaire est fondée sur une ambition commune mais elle n'est pas homogène pour autant, une large pluralité de regards sur l'objet de la chaire coexistent. La diversité culturelle et sociale s'exprime en son sein.

La vie de la communauté se matérialise dans une diversité d'initiatives liées par une dynamique commune, qui se concrétise dans une communication régulière, des webinaires, des contributions collaboratives sous forme de wikis, des rapports rédigés collégialement, un MOOC, des conférences, des séminaires.

Octobre 2019

[1] Jacquier, C. (2011). Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui?. *Vie sociale*, 2(2), 33-48. doi:10.3917/vsoc.112.0033.

[2] de Sousa Santos, B. (2011). Épistémologies du Sud. *Études rurales*, 187(1), 21-49.

Ecoles et crises sanitaires

PROTÉGER, PRÉVENIR, ÉDUIQUER.



La crise sanitaire de 2020 a mis en avant de façon saillante le rôle de l'école en matière de santé. Cette dernière est au cœur de la vie quotidienne des écoles, collèges, lycées et établissements spécialisés et les épidémies sont des phénomènes récurrents (gastroentérite, grippe, méningite et ans certains pays de maladies respiratoires aiguës ou diarrhéiques...).

Beaucoup a été dit et écrit, des études, rapports, recommandations et protocoles de toutes sortes ont été diffusés. Si la publication de ces documents est une condition nécessaire à la prise en charge des épidémies dans les écoles et à la lutte contre les inégalités qu'elles amplifient, elle n'est pas suffisante. En effet, les données de la recherche montrent que pour que des pratiques éducatives évoluent dans le but de prendre en compte des changements sociaux (crises, réformes, innovations...), produire des prescriptions institutionnelles ne suffit pas. Les éducateurs (enseignants, chefs d'établissements, conseillers d'éducation, personnels de santé et sociaux...), sont des professionnels qui organisent leurs pratiques en fonction non seulement des prescriptions mais également des besoins des élèves, du contexte social, culturel et éducatif, des attentes familiales et sociales et de leur propre vision des enjeux éducatifs. Il n'est ainsi pas question d'implantation d'un protocole mais bien de mise en acte, ici et maintenant, des pratiques les plus adaptées à la situation en fonction d'une large variété de déterminants, l'épidémie étant l'un d'entre eux. Ainsi, construire les capacités locales d'action afin de permettre à chaque école, collège ou lycée de relever les nombreux défis techniques, pédagogiques, communicationnels et éthiques qu'engendre une épidémie constitue-t-il un enjeu majeur. Ceci ne peut être réalisé qu'avec les acteurs eux-mêmes et appelle une reconnaissance de leur expertise.

Le présent recueil se propose d'aborder la question de la prise en charge, par les acteurs, des épidémies à l'échelle des écoles et des établissements. Il inclut un ensemble de textes rédigés et réunis par Didier Jourdan avec la contribution de la communauté de la chaire UNESCO et centre collaborateur OMS « ÉducationS & Santé ».

**Il s'adresse à toutes les personnes qui s'intéressent à la santé à l'école :
parents, citoyens engagés, militants, professionnels, décideurs, chercheurs...**

