



Pour des élèves en meilleure santé

Jean-François Naton et Fatma Bouvet de la Maisonneuve

2018-05
NOR : CESL1100005X
Mercredi 14 mars 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2015-2020 – Séance du mercredi 14 mars 2018

POUR DES ÉLÈVES EN MEILLEURE SANTÉ

Avis du Conseil économique, social et environnemental
présenté par

**M. Jean-François Naton, rapporteur
et Mme Fatma Bouvet de la Maisonneuve, co-rapporteure**

au nom de la
section des affaires sociales et de la santé

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 6 juillet 2017 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à la section des affaires sociales et de la santé la préparation d'un avis intitulé : *Pour des élèves en meilleure santé*. La section des affaires sociales et de la santé présidée par Mme Aminata Koné, a désigné M. Jean-François Naton, rapporteur et Mme Fatma Bouvet de la Maisonneuve, co-rapporteure.

Introduction	10
I - L'ÉTAT DES LIEUX : UN DÉSÉQUILIBRE PRÉOCCUPANT ENTRE LES PRINCIPES AFFIRMÉS ET LA RÉALITÉ	11
A - Santé et école : deux priorités posées dans les textes	11
1. Le Parcours éducatif de santé (PES)	13
2. La convention-cadre de partenariat Santé / Education nationale	14
3. Les autres instruments	15
B - Un fort contraste entre les objectifs affichés et la situation observée	16
C - Une urgence renouvelée	18
1. La santé des enfants et ses conséquences sur leur scolarité	18
2. L'accentuation des inégalités de santé entre les populations et entre les territoires.	20
3. L'environnement dégradé de l'école : un risque pour la santé des enfants	22
II - LES PRECONISATIONS DU CESE	23
A - Renforcer l'implication des parties prenantes dans les actions de prévention	24
1. Renforcer la formation sur la prévention santé, la coordination et la conduite des partenariats	24
2. Garantir, avec les collectivités territoriales, la qualité de l'environnement de l'école	26
3. Renforcer l'appropriation des règles existantes par la communication et par l'implication de tou.te.s	29
B - Garantir une réponse adaptée et rapide aux besoins des élèves	32
1. Un préalable : agir à l'école pour plus d'égalité en santé	32
2. Faire de la visite médicale de la sixième année le point de départ de la coordination	33
3. Inscrire la coordination santé dans le temps et l'organiser localement	34
4. Mettre en place une plateforme d'orientation facilement accessible	36
C - Valoriser, évaluer et contrôler l'action de l'école sur la santé	37
1. Valoriser les métiers de la santé à l'école	37
2. Mettre en place une veille épidémiologique et inscrire la médecine scolaire dans les réseaux de recherche	40
3. Suivre, évaluer et contrôler la mise en œuvre effective des actions de promotion de la santé et la coordination santé/école	41
Conclusion	43

DÉCLARATIONS DES GROUPES	44
SCRUTIN	62
ANNEXES	64
N° 1 Composition de la section des affaires sociales et de la santé	64
N° 2 Liste des personnes auditionnées	66
N° 3 La santé et l'école à Mayotte	69
N° 4 Bibliographie	70
N° 5 Sigles	72



Avis

présenté au nom de la section des affaires sociales et de la santé

L'ensemble du projet d'avis a été adopté
au scrutin public à l'unanimité.

POUR DES ÉLÈVES EN MEILLEURE SANTÉ

Jean-François Naton et Fatma Bouvet de la Maisonneuve



AXE 1 : Renforcer l'implication des parties prenantes dans les actions de prévention

➤ Renforcer la formation sur la prévention santé, la coordination et la conduite des partenariats

Préconisation 1

Renforcer la formation sur la santé et la coordination santé/école. Pour cela :

- consolider les enseignements des équipes éducatives, en particulier dans le cadre de la formation continue, sur :
 - le développement psycho affectif de l'enfant et de l'adolescent.e, ainsi que l'estime de soi ;
 - les déterminants de la santé, notamment sociaux et environnementaux ;
 - les compétences psychosociales ;
 - le rôle de l'école sur la promotion et la prévention en santé.
- organiser, en partenariat entre principalement les Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation et les ARS et en lien avec les Unions régionales des Professions de santé, des cycles de formations ouverts aux professionnel.le.s de la santé et aux personnels de l'Education nationale sur le rôle de chacun.e, leur coordination et la démarche de projet.

➤ Garantir, avec les collectivités territoriales, la qualité de l'environnement de l'école

Préconisation 2

Progresser dans la mise œuvre effective du dispositif juridique en vigueur et pour ce faire :

- mettre à disposition des responsables des marchés et de l'entretien des établissements scolaires, un guide qui recense non seulement les obligations existantes, mais aussi les recommandations formulées par l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur et le Conseil national du bruit
- intégrer davantage les enjeux de santé publique dans les documents de planification urbaine, notamment en veillant à leur conformité avec les priorités identifiées dans le Plan régional santé - environnement et le Projet régional de santé
- renforcer la mesure des pollutions sonores, de la qualité de l'air, des pollutions du sol environnant les établissements scolaires et confier à l'ADEME et aux Observatoires régionaux de santé la réalisation dans un délai déterminé d'un état des lieux complet des expositions auxquelles sont soumis.e.s les élèves.

➤ Renforcer l'appropriation des règles existantes par la communication et par l'implication de tou.te.s

Préconisation 3

Mieux informer et impliquer parents et élèves en :

- mettant à leur disposition un guide sur leurs droits ainsi que sur les lieux et professionnel.le.s ressources au sein et en dehors des établissements tout en précisant clairement leurs expertises ;
- organisant des actions d'information avec l'appui des professionnel.le.s de la santé, en s'appuyant notamment sur les espaces parents ;
- tirant les enseignements des expériences réussies de groupes de pairs sur la promotion de la santé.

Préconisation 4

Mettre en place dans le premier degré des instances similaires au Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté mais adaptées à l'âge des élèves, dynamiser les CESC du second degré pour renforcer l'implication sur les actions en santé et assurer la coordination des partenariats sur l'ensemble du parcours scolaire au niveau du bassin d'éducation.

Préconisation 5

Réunir, quand la situation de santé d'un.e élève l'exige, l'équipe éducative dans son ensemble afin de mettre en place les mesures nécessaires en termes d'organisation de sa scolarité et informer parents et élèves de cette possibilité à chaque rentrée scolaire.

AXE 2 : Garantir une réponse adaptée et rapide aux besoins des élèves

➤ Un préalable : agir à l'école pour plus d'égalité en santé

Préconisation 6

Mettre en place une programmation pluriannuelle des moyens de la médecine scolaire de façon à les augmenter prioritairement sur les territoires qui en ont le plus besoin tant au regard de leurs spécificités économiques et sociales que de l'offre de santé existante.

Préconisation 7

Prévoir, à l'issue de l'évaluation de son expérimentation dans plusieurs territoires, un élargissement du PASS santé jeunes national à d'autres consultations médicales selon des modalités qui assureront un accès autonome, confidentiel et gratuit.

👉 **Faire de la visite médicale de la sixième année, le point de départ de la coordination**

Préconisation 8

Inscrire, dans la mission du groupe de travail sur le DMP enfant, la question de l'amélioration de la transmission des informations entre la PMI, le.la médecin traitant.e et l'Education nationale.

Préconisation 9

Rendre la visite médicale de la sixième année effective pour tou.te.s et en faire, en lien étroit avec les parents et le.la médecin traitant.e, le point de départ de la coordination pour le repérage, le soin et le suivi des troubles.

👉 **Inscrire la coordination santé dans le temps et l'organiser localement**

Préconisation 10

Associer la médecine de l'Education nationale à la négociation des contrats locaux de santé : définition des priorités locales de santé, modalités de la coordination médicale pluridisciplinaire.

Préconisation 11

Assurer la continuité de la prévention santé après le lycée et pour cela :

- mieux informer les lycéen.ne.s sur les ressources médico-psycho-sociales qu'il.elle.s pourront mobiliser à l'issue de leur scolarité ;
- mieux informer sur la possibilité d'un examen en prévention santé, proposé dès 16 ans par la caisse d'assurance maladie ;
- définir les modalités d'une articulation entre la médecine scolaire, le.la médecin traitant .e et la médecine universitaire.

👉 **Mettre en place une plateforme d'orientation facilement accessible**

Préconisation 12

Demander aux pouvoirs publics de créer une plateforme pour orienter rapidement les élèves et leur famille quand il.elle.s sont confronté.e.s à une difficulté de santé physique ou mentale.

AXE 3 : Valoriser, évaluer et contrôler l'action de l'école sur la sante

➤ Valoriser les métiers de la santé à l'école

Préconisation 13

Faire des professions de la santé à l'école des métiers attractifs par les missions et les responsabilités qu'ils comprennent, ce qui implique :

- de revaloriser les rémunérations de façon à ce qu'elles ne soient plus un frein à l'orientation ou la mobilité vers la médecine scolaire ;
- de valoriser les fonctions de pilotage et de coordination du. de la médecin de l'Education nationale, en consacrant sa place au croisement de l'école et de la santé ;
- d'assurer aux infirmier.ère.s de l'Education nationale, une formation d'adaptation à leur emploi plus développée après leur réussite aux concours organisés par les académies ;
- de renforcer le rôle et la place des infirmier.ère.s, psychologues de l'Education nationale et de reconnaître d'autres acteur.rice.s extérieur.e.s à l'école dont les médecins traitant.e.s, les éducateur.rice.s et les assistant.e.s sociaux.ales comme parties prenantes en les inscrivant dans la coordination.

➤ Mettre en place une veille épidémiologique et inscrire la médecine scolaire dans les réseaux de recherche

Préconisation 14

Valoriser, en matière de recherche épidémiologique,

- le rôle de l'infirmier.ère dans le recueil des données,
- le rôle du. de la médecin de l'Education nationale comme interlocuteur.rice des structures de recherche pour l'exploitation des données et leur évaluation.

➤ Suivre, évaluer et contrôler la mise en œuvre effective des actions de promotion de la santé et la coordination santé/école

Préconisation 15

Finaliser la liste des indicateurs et confier aux directions des services départementaux de l'Education nationale et des académies le soin d'assurer le suivi de leur mise en œuvre par les établissements scolaires.

Introduction

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) porte, au fil de ses avis, une vision globale de la santé. Selon la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé (OMS), celle-ci « *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » mais correspond à « *un état complet de bien-être physique, mental et social* ».

Le CESE milite parallèlement pour une école ouverte et inclusive qui se donne pour objectif de former les élèves à devenir citoyen.ne.s. L'Éducation nationale doit permettre à tou.te.s, conformément aux objectifs qui lui sont assignés par la loi de refondation de l'École de la République de 2013, de s'insérer pleinement dans la société.

École de la réussite pour tou.te.s, perception globale de la santé : la santé à l'école est au croisement de ces deux priorités.

L'école constitue, pour la promotion de la santé, un vecteur incontournable. Il y a là, pour notre pays dont la pratique sanitaire est encore trop largement centrée sur le curatif, une réalité qu'il faut impérativement intégrer. L'éducation à la santé doit avoir pour finalité de permettre aux élèves et aux adultes qu'il.elle.s deviendront, d'être les acteur.rice.s de leur propre santé.

La santé est un déterminant de la scolarité. La bonne santé des élèves, le repérage et la prise en charge des troubles de toute nature qui peuvent les affecter, sont des conditions nécessaires aux apprentissages. De nombreuses études dont celles du prix Nobel d'économie James Heckman, montrent que la qualité de la vie et de la santé durant l'enfance est décisive pour la vie future d'adulte.

Parallèlement, l'école est un espace incontournable pour la prise en charge de la santé des enfants. Elle est, dans certaines zones en difficulté ou pour des populations fragilisées, la seule garantie d'accès à la santé et à un suivi. Il ne s'agit pas là d'un constat nouveau : c'est précisément parce qu'ils avaient la volonté d'assurer à chaque enfant un suivi de santé que les pouvoirs publics ont créé en 1945 le service de la santé scolaire, avec un succès certain. La mise en place d'une visite médicale obligatoire pour les enfants de 6 ans, prolongée par une surveillance sanitaire et d'examens périodiques, sont des réalisations à mettre à son actif.

Ces objectifs assignés à l'école, constituent des enjeux essentiels en matière de santé publique. C'est ce qui explique la multiplication des alertes adressées aux pouvoirs publics quand les moyens alloués à la politique de santé à l'école font défaut. Ainsi, en quelques années, la Cour des comptes, l'Assemblée nationale, le Haut Conseil de la santé publique et plus récemment l'Académie de médecine, se sont alarmés d'une baisse continue des effectifs qui ne permet plus au service de la médecine scolaire de remplir ses missions. Les enseignant.e.s et les parents d'élèves pointent les risques de cette situation pour la prévention en santé, le dépistage des troubles et la scolarité des enfants et adolescent.e.s. Trop souvent, les visites médicales obligatoires ne sont pas assurées, les problèmes de santé ou les troubles de l'apprentissage ne sont pas suffisamment détectés. Des pathologies ne sont pas prises en charge ou le sont trop tardivement. Dans un tel contexte de négligence des pouvoirs publics, les risques liés aux expositions à un environnement dégradé ne sont pas évalués, les inégalités entre les territoires et les populations ne font que s'accroître.

Le contraste entre les objectifs qui sont donnés à la santé à l'école et les moyens dont cette politique est dotée apparaît d'autant plus grand que les textes officiels se sont additionnés, réitérant régulièrement la volonté des pouvoirs publics d'en faire une priorité.

Pour le CESE, c'est un changement, une impulsion nouvelle, qu'il faut donner à la politique de santé à l'école pour faire face à l'urgence. La responsabilité de la société vis-à-vis de la santé des jeunes n'incombe pas à la seule Education nationale ou aux ministères concernés. Elle est aussi celle des parents, des médecins traitant.e.s, des collectivités territoriales, des régimes obligatoires d'assurance maladie, des régimes complémentaires, des associations, etc...

Cet avis n'a pas pour objectif de s'ajouter aux textes existants : il ne présente pas, sur les différentes dimensions de la santé des élèves, des recommandations nouvelles. Pour le CESE, la réponse à l'urgence passe par l'implication de tou.te.s, la coordination des instances et une meilleure collaboration entre tou.te.s les acteur.rice.s. L'avis indique les voies à suivre pour valoriser le travail de ceux.elles qui mettent cette coordination en œuvre dans les territoires. Il formule des propositions pour évaluer plus régulièrement les progrès réalisés dans cette direction.

I - L'ÉTAT DES LIEUX : UN DÉSÉQUILIBRE PRÉOCCUPANT ENTRE LES PRINCIPES AFFIRMÉS ET LA RÉALITÉ

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école du 9 juillet 2013 et la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, donnent en théorie à l'action santé à l'école et à l'éducation à la santé, des fondements solides. La première pose dans une annexe sur *la programmation des moyens et les orientations de la refondation de l'école de la République*, le principe que l'école « a pour responsabilité l'éducation à la santé et aux comportements responsables » et « contribue au suivi de la santé des élèves ». Lui faisant écho, la loi « santé » de 2016 entend faire de la promotion de la santé, le cœur de notre système.

A - Santé et école : deux priorités posées dans les textes

Les objectifs assignés à l'action santé à l'école sont la conséquence d'une évolution historique. Axés dans l'après-guerre sur le suivi de la santé des élèves, ils ont évolué en même temps que l'état sanitaire de la France s'améliorait. De nouvelles priorités se sont progressivement imposées autour de l'éducation à la santé et de la prévention. Ainsi, en mai 1989, une circulaire définissait les nouveaux principes de l'éducation à la santé à l'école à travers « *une politique pour l'information et la prévention en matière de santé* ». La décennie 90 sera marquée par l'adoption de nombreux textes sur des thématiques particulières (lutte contre le tabac, les drogues, le SIDA, les conduites à risque...) avant qu'en 1998, une nouvelle circulaire insiste sur la nécessité d'organiser l'éducation à la santé de façon globale. Le positionnement institutionnel de la médecine scolaire a évolué lui aussi, montrant ainsi les hésitations des pouvoirs publics sur ce sujet : alors que le service de la

santé scolaire avait été transféré au ministère de la santé en 1964, les infirmier.ère.s (en 1984) puis les médecins (en 1991) ont été finalement réintégrés.e.s au sein de l'Education nationale. La question de savoir si la médecine scolaire gagnerait à devenir une compétence des collectivités territoriales a souvent été posée. Dans son rapport de 2011 (*contribution à l'évaluation de la médecine scolaire*, septembre 2011), la Cour des comptes relève d'ailleurs que pour des raisons historiques, 12 grandes villes (Lyon, Bordeaux, Grenoble, Strasbourg, Nantes, Rennes, Villeurbanne, Clermont-Ferrand, Vénissieux, Nice, Antibes/Juan-les-Pins et Paris) prennent en charge elles-mêmes cette compétence. C'est la conséquence d'une situation antérieure à l'ordonnance du 18 octobre 1945 mettant en place le service de santé scolaire (cf. supra) sur laquelle les différentes lois de décentralisation ne sont jamais revenues. S'interrogeant sur ce point en 2011, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale (rapport d'information sur la médecine scolaire du 17 novembre 2011 ; rapporteur.e.s : M. Gérard Gaudron et Mme Martine Pinville) a estimé qu'un nouveau découpage des compétences entre les collectivités territoriales et l'Etat n'apporterait pas suffisamment de garantie d'une meilleure couverture des besoins sanitaires des élèves et « *comporterait des risques non négligeables de dispersion du service de santé scolaire* ».

La promotion de la santé des élèves est une mission de l'école affirmée dans le Code de l'éducation (articles L541-1 L121-4-1) et le Code de santé publique (article L.2325-1) précisée en 7 axes. A ces textes généraux, s'ajoutent des circulaires relatives aux différents métiers concernés qui à l'instar des médecins, infirmier.ère.s mais aussi des psychologues scolaires et assistant.e.s sociaux.ales, font partie intégrante de l'équipe éducative. Adoptées en 2015 dans ce cadre, deux circulaires sont venues préciser les missions principales des médecins et des infirmier.ère.s de l'Education nationale, autour du suivi individualisé des élèves, de la prévention individuelle et collective, de la promotion de la santé. Le médecin et l'infirmier.ère de l'Education nationale ont aussi un rôle de conseiller.ère.s techniques auprès du. de la chef.fe d'établissement ou du. de la directeur.rice d'école. Le.la médecin de l'Education nationale peut coordonner, piloter et mener des actions spécifiques en direction de la communauté éducative ou auprès des élèves et de leurs parents, d'un établissement scolaire ou d'un bassin de vie.

En 2011, la Cour des comptes et l'Assemblée nationale ont toutes deux souligné l'intérêt remarquable que présentaient, pour un suivi médical égalitaire, l'existence et le positionnement de la médecine scolaire en France. Mais elles ont parallèlement déploré les faiblesses de son pilotage, dans un contexte où les missions qui lui sont confiées sont nombreuses et disparates. Depuis les années 1990, de très nombreux textes se sont additionnés sur la santé à l'école dans une approche soit thématique, soit organisationnelle, soit encore pour définir les missions des personnels notamment de santé, créant un système peu lisible et finalement inadapté à la réponse globale que nécessite la santé des élèves. La mise en place du parcours éducatif de santé (PES), mais aussi la signature d'une convention entre le ministère de l'Education nationale et celui de la santé, se voulaient une réponse à ces critiques.

1. Le Parcours éducatif de santé (PES)

La circulaire du 28 janvier 2016 qui en définit les principes, précise d'emblée que la santé « dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale » est un « enjeu primordial au sein du système éducatif ».

Le PES recouvre tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée. En pratique, il chapeaute différents dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements. Il s'organise autour de trois axes :

- le premier concerne l'éducation à la santé et décrit les compétences à acquérir ainsi que les activités possibles, à chacune des étapes de la scolarité, dans l'objectif de permettre à chaque élève de faire des choix éclairés en matière de santé ;
- le second axe est celui de la prévention : il prévoit la mise en place, à l'échelle des écoles et des établissements, de « démarches de prévention » sur différentes problématiques de santé prioritaires (conduites addictives, alimentation et activités physiques, vaccination, contraception...);
- le dernier axe renvoie à la mise en œuvre par les écoles et établissements scolaires, de démarches pour la protection de la santé. C'est au titre de cet axe que doivent être organisées des actions « visant à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être » de l'élève. Ce dernier axe est aussi le seul à établir un lien entre le PES et « le parcours de santé » (au sens, cette fois, de la loi de modernisation du système de santé).

Le PES est présenté comme un élément clé du dispositif de santé à l'école. En réalité, la notion de « parcours éducatif » n'est pas propre à la santé. Elle renvoie à un ensemble d'enseignements et de pratiques éducatives non limité à une discipline, scolaires et extrascolaires, structurés de façon progressive et continue autour d'un thème. A travers la mise en œuvre d'un parcours dans les établissements, l'élève devrait pouvoir acquérir des connaissances et construire des compétences en fonction des expériences, des rencontres et des projets auxquels il.elle participe. Au PES, s'ajoutent ainsi un « parcours citoyen », un « parcours d'éducation artistique et culturel » et un parcours « avenir » (information - orientation et découverte du monde économique et professionnel). Pour le CESE, la multiplication de tels « parcours » peut avoir pour conséquence de diluer la santé dans un ensemble mal délimité et peu opérationnel où s'additionnent objectifs, informations et acronymes. De fait, le PES se présente davantage comme un cadre de référence, un texte d'intention à destination des 69 000 écoles, collèges et lycées de France que comme une organisation prête à l'emploi des actions de prévention et de promotion de la santé à l'école. Sa concrétisation est dépendante de son inscription dans les projets d'école ou d'établissement dans lesquels il doit, aux termes de la circulaire du 28 janvier 2016, « trouver son expression ». A travers ses préconisations, le CESE s'attachera à renforcer et concrétiser le PES, notamment pour donner à son troisième axe (la coordination santé/école), davantage d'opérationnalité.

2. La convention-cadre de partenariat Santé / Education nationale

Ce texte, signé à l'Élysée le 29 novembre 2016, « scelle un engagement des pouvoirs publics afin de promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des jeunes » et affiche l'objectif de « renforcer les interactions positives entre la santé et l'éducation, notamment en faveur des plus fragiles ».

Tout en précisant que le progrès dans cette direction « nécessite une approche globale », la convention identifie les « domaines d'action » et les « leviers à mobiliser » aux niveaux national, régional et infra-régional. La déclinaison des objectifs nationaux, des académies aux établissements, est ainsi organisée sur le papier. La coopération doit se développer dans les territoires en faisant intervenir les Agences régionales de santé (ARS), les rectorats et d'autres partenaires en particulier les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS). Une personne référente a été désignée dans chaque ARS et dans chaque rectorat.

La Convention renvoie, pour ce qui est de la mobilisation des acteurs, aux Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). La création de cette instance avait traduit la volonté de fédérer les actions de prévention concernant la santé et la citoyenneté et de les inscrire dans un cadre cohérent, articulé avec les enseignements et la politique éducative de l'établissement. Le CESC réunit, sous la présidence du/de la chef.fe d'établissement, les personnels d'éducation, sociaux et de santé, des représentant.e.s des élèves, des parents et des enseignant.e.s ainsi que toute personne (notamment des partenaires) qu'il estime nécessaire sur les sujets qu'il traite. Il existe également des Comités départementaux d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) et des Comités académiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté, présidés par le/la recteur.ice.

Les missions assignées au CESC sont vastes. Instance de réflexion, d'observation et de veille, il doit en principe concevoir et mettre en œuvre le volet santé du projet éducatif, intégré au projet d'école ou d'établissement. Mais c'est aussi au sein du CESC que devraient théoriquement se concevoir les partenariats entre l'établissement et les acteurs.ice.s de santé locaux. Des entretiens qu'ont pu avoir les rapporteur.e.s, il ressort que le CESC demeure une instance peu fréquentée et mal connue, tant des élèves que des partenaires de l'école, alors qu'il a précisément pour objet de les associer. Le CESC n'existe, sauf exception (en format inter-degrés), que dans le second degré.

Dans ces conditions, la conduite concrète des actions de promotion de la santé dans les établissements scolaires est trop souvent dépendante de quelques personnes, en général les infirmier.ère.s qui portent seul.e.s un projet. Pour le CESE, la mission du CESC est donc pertinente dans son énoncé mais il faut accentuer les efforts pour faire concrètement vivre cette instance et la décliner dans le premier comme dans le second degré.

3. Les autres instruments

Les interfaces sont nombreuses entre le PES et d'autres instruments (« plans », « stratégies nationales », « feuilles de route »...) qui, soit en matière de santé, soit en matière d'éducation, énoncent les objectifs des politiques publiques et les principes d'action de la France sur le thème de la santé à l'école.

Parmi les éléments récents, le Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes », adopté en novembre 2016 à la suite de la remise du rapport de la professeure Marie-Rose Moro et de Jean-Louis Brison au Président de la République, doit être signalé. Son objectif était de « *faire en sorte que le bien-être et la santé des adolescents et des jeunes adultes deviennent partie intégrante des politiques éducatives, des politiques d'accès aux soins, des politiques de soutien aux familles, des politiques de la jeunesse* ». Les priorités qu'il identifie, comme la nécessité de renforcer la coordination et la coopération inter-disciplinaires ou encore de renforcer la formation des professionnel.le.s, restent d'actualité.

De même, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, coordonné par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives (MILDECA), a abouti à la mise en place d'un certain nombre d'actions en direction des élèves, dont l'organisation d'une journée d'information lors de la rentrée scolaire.

Sur la thématique de la santé sexuelle, une nouvelle stratégie nationale a récemment été adoptée pour les années 2017-2030, à l'issue d'un processus de concertation. Elle promeut une approche globale et s'inscrit dans une logique de synergie entre les différent.e.s acteur.rice.s. Si elle s'adresse à l'ensemble de la population, elle donne une place prioritaire à la santé des jeunes et à l'éducation à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes. Il y avait sur ce sujet, une nécessité : en juin 2016, le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes relevait que 25% des écoles déclaraient n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale. Consacrant un axe de son rapport de 2017 sur les droits de l'enfant au suivi de la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité, le Défenseur des droits a pour sa part déploré « *une mise en œuvre [du cadre légal et réglementaire] qui n'est pas à la hauteur des textes en vigueur* ».

La volonté de mieux accueillir et de garantir à chacun.e une égalité des chances, a motivé la mise en place de dispositifs pour les élèves à besoins éducatifs particuliers. Un Projet d'accueil individualisé (PAI) est organisé à la demande de la famille ou en accord avec elle par le.la directeur.rice d'école ou le.la chef.fe d'établissement. Le PAI peut impliquer selon les cas, un protocole de soins, un protocole d'urgence ou des aménagements de la scolarité. Les élèves dont les difficultés scolaires résultent d'un trouble des apprentissages peuvent bénéficier d'un Plan d'accompagnement personnalisé (PAP), après avis du.de la médecin de l'Éducation nationale. Le plan d'accompagnement personnalisé définit les mesures pédagogiques qui permettent à l'élève de suivre les enseignements prévus au programme correspondant au cycle dans lequel il.elle est scolarisé.e. Il est révisé tous les ans. Ces dispositifs sont complexes et insuffisamment expliqués aux parents. Dans tous les cas, le concours du.de la médecin de l'Éducation nationale est, tel qu'il résulte des textes, central puisque c'est à lui.elle qu'il revient de faire le lien entre la famille, les professionnel.le.s de santé qui suivent l'enfant, les membres de l'équipe éducative et les représentant.e.s des collectivités territoriales.

De plus, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et les modifications du Code de l'Education nationale qui l'ont suivie, ont posé les principes applicables à la scolarisation des élèves en situation de handicap. Les enfants présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant, bénéficient d'un droit à la scolarisation au même titre que les autres élèves, l'Etat étant tenu de mettre en œuvre tous les moyens financiers et humains pour y parvenir. La scolarisation doit se faire de préférence en milieu ordinaire. Si cela n'est pas possible, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), mise en place au sein de chaque Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), statue sur les différentes mesures de « compensation » à mettre en place. La CDAPH se prononce également sur l'orientation de l'élève entre un enseignement dans une classe ordinaire (avec ou sans aide ou accompagnement), un enseignement personnalisé dans un dispositif collectif (Unité localisée pour l'inclusion scolaire, ULIS) ou médico-social (accompagné dans certains cas d'une insertion scolaire partielle).

B - Un fort contraste entre les objectifs affichés et la situation observée

Le nombre sans cesse plus faible de médecins de l'Education nationale, les insuffisances de leur mode de recrutement, font l'objet d'un constat ancien et partagé. Il.elle.s n'étaient plus que 1035 en fonction au 1er juin 2016. L'avis rendu par la commission de la culture, de l'éducation et de la communication du Sénat dans le cadre du projet de loi de finance pour 2017 concernant l'enseignement scolaire, fait état d'une baisse des effectifs de l'ordre de 20% depuis 2008. Dans l'ensemble, le taux d'encadrement moyen dépasse aujourd'hui les 12 000 élèves par médecin de l'Education nationale. Cette moyenne cache de fortes inégalités entre les territoires. Cet avis y reviendra, mais il faut d'emblée signaler les situations extrêmes de Mayotte, le département le plus jeune de France, qui ne compte plus aucun médecin de l'Education nationale titulaire, ou de la Seine-Saint-Denis, qui ne peut s'appuyer que sur 29 médecins de l'Education nationale (dont 10 sont contractuel.les) pour 340 000 élèves, alors même que la précarité sociale contribue à l'augmentation des risques sanitaires et des non-recours aux soins. Au-delà de ces situations particulières, les concours de recrutement ne répondent pas aux objectifs : ainsi en 2015, seuls 42% des postes ont été pourvus (36% en 2014). Le recrutement de médecins de l'Education nationale vacataires ou contractuel.les (autour de 7% de la profession), est loin de combler le déficit. Dans ce contexte, les médecins de l'Education nationale sont dans l'incapacité matérielle de remplir l'ensemble des missions qui leur sont données par les textes.

On compte 7600 infirmier.ère.s scolaires pour 12,5 millions d'élèves. Telles qu'elles ont été redéfinies en 2015, leurs missions sont extrêmement vastes, du suivi individualisé des élèves (accueil dans le cadre de la consultation infirmière, dépistage, suivi, notamment des élèves à besoins particuliers ou dans le cadre de la protection de l'enfance) à la promotion de la santé (contribution à la conception des séquences d'information, à la formation des autres personnels de l'Education nationale, observation épidémiologique...), ou encore les réponses aux urgences et la gestion des événements traumatiques. Si devant les rapporteur.e.s, de nombreux témoignages ont montré l'intérêt de leur action dans

les collèges et les lycées, les données statistiques sont certainement insuffisantes, voire obsolètes et ne rendent pas compte de leur rôle clé. L'absence de méthodologie pour renseigner le logiciel de suivi des élèves nuit, à la reconnaissance des actes infirmiers. Tout au plus, l'Académie de médecine mentionne-t-elle le chiffre de 15 millions de visites dans les infirmeries chaque année.

Comptabilisant l'ensemble des visites médicales et de dépistage devant un.e médecin ou un.e infirmier.ère de l'Education nationale, les enquêtes du ministère de l'Education nationale évaluent à 71% le taux de visite des élèves de 6 ans, un chiffre qui varie considérablement selon les départements. Il leur faut donc s'en remettre aux enseignant.e.s, pour qu'il.elle.s leur signalent les élèves à dépister en priorité. Les médecins de l'Education nationale sont contraint.e.s de centrer leur activité sur l'urgence, pour des examens réalisés à la demande des familles, de l'élève ou de la communauté éducative avec l'accord des familles. Cette situation ne permet pas de repérer les élèves présentant des troubles, retarde le diagnostic, contribue à complexifier les situations par l'apparition de symptomatologies associées avec des conséquences majeures sur le déroulement de la scolarité et un risque accru d'échec scolaire.

Les enjeux de sécurité et de santé des élèves revêtent une dimension particulière dans l'enseignement professionnel et technologique. En effet, au-delà des obligations en vigueur dans l'enseignement général, une visite médicale préalable à l'affectation de l'élève mineur.e aux travaux réglementés, est exigée pour les jeunes âgé.e.s de quinze ans au moins et de moins de dix-huit ans préparant un diplôme technologique ou professionnel. Elle doit avoir lieu chaque année et permet au.à la médecin de l'Education nationale de formuler un avis médical d'aptitude à procéder aux travaux réglementés. Dans ce cadre, la collaboration du médecin avec les chef.fe.s d'établissements et les chef.fe.s de travaux concerné.e.s, mais également avec l'infirmier.ère affecté.e à l'établissement qui a en charge le suivi des élèves, est nécessaire pour connaître les référentiels de formation, les travaux et tâches qui s'y rapportent, l'exposition aux travaux réglementés et le cas échéant, pour déterminer les aménagements nécessaires. Les élèves devant bénéficier de cette visite médicale n'accèdent pas tou.te.s à un.e médecin. Alors que la surveillance de l'exposition aux travaux réglementés des mineur.e.s ne repose que sur cet avis médical, il n'est pas prévu une organisation de suivi de ces élèves, équivalente à celle des travailleur.euse.s.

L'accueil des élèves en situation de handicap a progressé mais des difficultés demeurent. Le Ministère de l'Education nationale indique qu'à la rentrée 2015, 350 300 enfants ou adolescent.e.s en situation de handicap étaient scolarisé.e.s, le plus souvent (8 élèves concerné.e.s sur dix) en milieu ordinaire. Parmi ces élèves, 70% suivent une scolarisation ordinaire individuelle et 30% fréquentent une ULIS. Néanmoins, les déficits en personnel compliquent la tâche, pourtant centrale, des médecins de l'Education nationale dans la mise en place des outils d'accompagnement des élèves à besoin particulier. Et, de fait, des difficultés importantes s'accumulent pour les élèves et leur famille : elles tiennent à la complexité des dispositifs mais sont aussi liées aux conditions d'instruction des dossiers par les MDPH. Le manque de médecins de l'Education nationale pour contribuer à l'élaboration des différents plans, a pour effet d'allonger les délais de réponses aux demandes de reconnaissance du handicap et d'accentuer les inégalités de traitement entre

les départements. La loi du 11 février 2005 pose deux principes : la scolarisation des enfants handicapé.e.s et la mise en œuvre des mesures individuelles dites de « compensation », pour rétablir l'égalité des droits et des chances. Mais en pratique, les diagnostics notamment pour les troubles cognitifs, arrivent souvent trop tardivement, ce qui prive le principe de compensation, pourtant posé par la loi de 2005, d'une partie de son effet.

Dans ces conditions, les données publiées par le ministère de l'Éducation nationale (*Etat de l'Ecole*, 2017) sur le suivi du parcours des jeunes en situation de handicap, montrent que les « retards » pris dans la scolarité varient selon la déficience. Le handicap physique est mieux décelé et à 14 ans, 53% des déficient.e.s visuel.le.s, 44% de ceux.elles qui présentent un trouble viscéral et 43% de ceux.elles qui présentent un trouble moteur n'ont pas de « retard » dans leur scolarité. En revanche, les élèves présentant un trouble du langage et de la parole sont les plus nombreux.ses à pâtir d'un diagnostic tardif qui a, in fine, contribué à un retard scolaire.

Enfin, les personnels recrutés pour accompagner les enfants en situation de handicap, souvent en contrat précaire et dont la formation doit être davantage formalisée jouent un rôle indispensable. Leur nombre demeure insuffisant, en dépit des efforts de recrutement annoncés, ce qui est préjudiciable à la scolarité des enfants et à la vie des familles. Il persiste en outre des difficultés que le rapport 2016 du Médiateur de l'Éducation nationale a relevées : elles résultent notamment d'une mauvaise anticipation des besoins, d'une mauvaise coordination entre l'école et le service employeur ou encore, de façon plus précise, d'une absence de corrélation entre les temps scolaires et le temps de présence à l'école de l'accompagnant.e.

C - Une urgence renouvelée

1. La santé des enfants et ses conséquences sur leur scolarité

La majorité des enfants en France est en bonne santé. Pour autant, certain.e.s sont touché.e.s par des affections somatiques ou psychiques susceptibles d'altérer plus ou moins gravement leur santé à court, moyen ou long terme. Réalisées en 2012-2013 (élèves de grande section de maternelle âgé.e.s de 5 et 6 ans) et 2014-2015 (élèves de CM2), les enquêtes sur l'état de santé des enfants montrent par exemple qu'en CM2, 18% des enfants sont en surcharge pondérale et près de 4% sont obèses. Elles indiquent également que 11% des enfants de grande section (13% des enfants de CM2) ont déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie et 12% (11% pour les élèves de CM2), déclaré avoir eu des sifflements dans la poitrine au cours des douze derniers mois. Les enquêtes mettent parallèlement en avant l'importance des troubles sensoriels tardivement repérés : en 2015, une anomalie de la vision de loin (c'est-à-dire une acuité visuelle inférieure à 7/10ème) a été dépistée chez 6% des enfants non porteur.euse.s de lunettes. De la même façon, une déficience de l'acuité auditive qui n'est pas détectée très tôt a un impact sur le développement du langage. Très souvent encore, des troubles de l'audition sont détectés tardivement chez des enfants en grande difficulté, voire en échec scolaire.

Les Dys ou « troubles Dys » désignent des troubles d'apprentissage cognitifs. Selon la Fédération des Dys dont la section a entendu les représentant.e.s, le terme regroupe la dyscalculie, la dyschronie, la dysgraphie, la dyslexie, la dysorthographe, la dysphasie... Dans l'ensemble, ces troubles toucheraient 6 à 8% de la population. Les troubles de l'attention et d'autres troubles spécifiques du développement des processus mnésiques peuvent eux aussi entraver durablement les capacités d'apprentissage. S'ils sont repérés, les bilans que peuvent réaliser les professionnel.le.s de santé peuvent contribuer à poser un diagnostic et à faire intervenir un.e spécialiste pour, selon les cas, améliorer ou compenser les fonctions déficientes. Mais, du fait notamment de l'insuffisance du nombre de médecins de l'Education nationale, les diagnostics sont trop souvent tardifs. Les ruptures dans la prise en charge sont quant à elles fréquentes, à cause parfois d'un manque de disponibilité des professionnel.le.s du soin. Obérant toute chance de remédiation, une telle situation accentue les risques d'un parcours scolaire chaotique et douloureux. Auditionnées par la section, les associations de parents d'élèves, tout comme les professionnel.le.s de santé et les élèves eux.elles-mêmes, ont fait part d'une réelle inquiétude sur ce sujet. Loin de ne porter que sur la scolarité, ces troubles et leurs conséquences bouleversent la vie de l'enfant. Non diagnostiqués, sans réponse globale pluridisciplinaire, ils impacteront plus ou moins fortement sa vie future d'adulte, sociale, affective et professionnelle. Le CESE ne peut que s'inquiéter de la tendance à le.la diriger vers la MDPH, alors qu'un diagnostic préalable aurait pu constater qu'une autre réponse était plus adaptée. Il faut y voir la conséquence de la faiblesse des moyens de la médecine de l'Education nationale et des insuffisances de la prévention.

Les troubles sont aussi psychiques avec, pour la construction de la vie de l'enfant, des enjeux tout aussi majeurs. Les résultats d'une enquête auprès des jeunes, publiée en 2016 (Ipsos/Fondation Deniker), sont en première analyse rassurants : 95% des jeunes se sentent globalement heureux.ses et intéressé.e.s par la vie, leurs parents et leurs enseignant.e.s partageant très largement (à respectivement 98 et 86%) ce sentiment. Il n'en demeure pas moins qu'un tiers d'entre eux.elles se déclare stressé et que 22% disent ressentir des difficultés psychologiques importantes qui les gênent dans leur vie quotidienne. Le poids des troubles psychiques chez les jeunes doit donc être pris en considération. La CNAMTS observait ainsi qu'ils.elles constituaient en 2015 le premier motif d'admission en affection de longue durée des moins de 15 ans. La moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans, les trois quarts des pathologies psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans. La prévention et le repérage précoce sont essentiels pour les élèves et la construction de leur vie future d'adultes. Compte tenu du risque de persistance des troubles psychiques à l'âge adulte, de leur incidence sur les apprentissages et l'insertion professionnelle, le CESE met l'accent sur la prévention et le repérage précoce des troubles psychiques. En 2011, la Cour des comptes évaluait le coût global des pathologies mentales en France à 107 milliards d'euros, soit bien davantage que ce que pourrait représenter un investissement dans une politique coordonnée de promotion/prévention et de diagnostic.

Il est tout aussi impératif de répondre aux violences subies par les enfants. Qu'elles s'exercent directement contre l'élève, qu'elles se produisent entre ses parents ou au sein de la famille, elles ont toutes des conséquences dramatiques pour l'enfant. Les chiffres récemment rappelés par le CESE à propos des violences faites aux femmes sont alarmants :

143 000 enfants vivent en France dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son conjoint ou ex-conjoint. 42 % de ces enfants ont moins de 6 ans ; 36 enfants ont été tué.e.s dans un contexte de violence conjugale, 96 enfants sont devenu.e.s orphelin.e.s, 68 étaient présent.e.s au domicile au moment des faits. La violence s'exerce au sein du cercle familial, à l'école, à la maison, mais aussi sous la forme de harcèlement de plus en plus souvent via les réseaux sociaux, ou de discriminations sous le prétexte du physique ou de l'orientation sexuelle par exemple. L'école a une responsabilité pour repérer ces violences et enclencher une réponse. Il lui faut aussi agir davantage pour les prévenir.

Par ailleurs, le CESE déplore que les actions de prévention en santé ne se déploient pas de façon égale dans les premier et second degrés. C'est en effet dès le primaire qu'il faut répondre aux problèmes de santé de certain.e.s et favoriser l'adoption par tous.te.s de comportements favorables à la santé. Les modes de consommation d'alcool évoluent, avec une alcoolisation plus précoce (à 11 ans, 59% des élèves déclarent avoir déjà bu de l'alcool) et des pratiques d'alcoolisation aiguë plus fréquentes (40 à 49% des jeunes de 16 ans ont connu une expérience d'alcoolisation ponctuelle importante - API -). De même, la France demeure l'un des pays d'Europe où la consommation de tabac reste la plus forte, notamment parmi les populations les plus jeunes. Des études montrent que ces dernier.ère.s sont très tôt concerné.e.s par ces usages et les fabricant.e.s les ont d'ores et déjà intégré.e.s comme une cible commerciale. La lutte contre le tabagisme doit donc, pour être efficace, viser davantage les collégien.ne.s et les élèves en primaire.

2. L'accentuation des inégalités de santé entre les populations et entre les territoires.

Le CESE l'a souvent souligné : la précarité sociale contribue à l'augmentation des risques sanitaires et des non-recours aux soins. En France, 1,2 millions d'enfants vivent en situation de grande pauvreté durant la scolarité obligatoire, c'est-à-dire dans une situation de pauvreté telle que plusieurs conditions essentielles à l'existence, dont la santé, sont gravement compromises. Les inégalités sociales ont des conséquences fortes sur la santé. Si elles existent à des degrés divers dans tous les pays européens, elles demeurent comparativement plus importantes en France. Le rapport 2017 sur l'état de santé en France (Drees & Santé publique France) est de ce point de vue sans appel : 19,8 % des enfants de moins de 18 ans (soit 2,8 millions d'entre eux.elles) vivent en dessous du seuil de pauvreté de 60% et les moins de 18 ans ont été particulièrement affecté.e.s par la hausse de la pauvreté consécutive à la crise économique. Ces inégalités impactent l'accès aux diagnostics, aux rééducations et aux adaptations pédagogiques. Les chiffres qui confirment ce constat sont nombreux. En matière d'alimentation par exemple où, on le sait, les bons repères s'apprennent dès l'enfance, les inégalités sociales sont extrêmement fortes et produisent des conséquences durables. 23% des enfants âgé.e.s de 6 à 17 ans dont les parents n'ont pas le baccalauréat sont en surpoids (obésité incluse) contre moins de 9% pour les enfants dont les parents ont un diplôme supérieur à bac + 3 (Drees, 2015, précitée). La nette amélioration de la situation observée ces dernières années sur le plan de la santé bucco-dentaire est loin de profiter à toute la population : si 8% des enfants de cadres ont au moins une dent cariée,

cette proportion s'élève encore à 30% chez les enfants d'ouvrier.ère.s. Tous.e.s les enfants n'ont pas les mêmes chances que les troubles qui les affectent soient repérés : la Dress (Etudes et résultats, n°0993, février 2017) constate par exemple que parmi les élèves non porteur.euse.s de lunettes, 9% des enfants scolarisé.e.s dans les écoles relevant de l'éducation prioritaire ont un résultat anormal au test de dépistage de la vision de loin, contre 5% pour les enfants des autres établissements. Les inégalités touchent aussi les comportements. Ainsi, la pratique d'une activité physique régulière, la prise d'un petit-déjeuner les jours de classe, la consommation de fruits et légumes sont largement moins fréquentes chez les élèves issu.e.s des milieux les moins favorisés. Sans intervention, ces inégalités dans les comportements vont persister, s'accroître, réduire les chances d'une scolarité réussie et finalement augmenter, de nouveau, les inégalités sociales.

La façon dont l'école intègre les inégalités sociales est elle aussi sujet de préoccupations. En 2015, dans son avis *Une école de la réussite pour tous*, le CESE s'inquiétait de la tendance de l'Education nationale à orienter les enfants en fonction de leur catégorie sociale. S'appuyant sur les recherches conduites sur ce sujet, qui mettent en évidence une surreprésentation des enfants issu.e.s des milieux très défavorisés parmi ceux.elles qui sont affecté.e.s en ASH (Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapé.e.s) pour des troubles intellectuels ou cognitifs, il pointait le risque d'une « *médicalisation abusive de l'orientation scolaire* ».

Les inégalités sont aussi territoriales. Les données communiquées par les Observatoires régionaux de la santé, leur examen à l'échelle des cantons et des villes, montrent que leurs causes sont à rechercher dans l'effet cumulé de la faiblesse des revenus, la précarité des conditions de vie, des mauvaises conditions de logement et des déficits de l'éducation. Auditionnée par la section, Mme Véronique Decker, directrice d'école à Bobigny, a dressé un état des lieux très inquiétant. Elle a d'emblée souligné la dramatique pénurie de médecins de l'Education nationale en Seine-Saint-Denis avec 29 médecins de l'Education nationale pour près de 340 000 élèves. Ce département additionne pourtant les défis, qu'il s'agisse de sa population, la plus jeune de la métropole avec des effectifs d'élèves en hausse constante, ou de la prévalence de certains troubles, avec, par exemple, le taux d'admission en Affections de longue durée (ALD) le plus élevé de la région (dont les affections psychiatriques sont le premier motif, avant les insuffisances respiratoires, le VIH, la tuberculose) ou encore une obésité supérieure aux données nationales. La situation sociale des enfants et adolescent.e.s, la configuration familiale, la méconnaissance du système scolaire, constituent autant d'obstacles qui se reflètent sur leur situation sanitaire.

Les territoires ruraux sont aussi au cœur des enjeux : la faible densité médicale ainsi que l'isolement y compliquent l'accès aux diagnostics et aux soins, renforçant d'autant le rôle du médecin de l'Education nationale. Or, force est de constater que déserts médicaux et « déserts médico-scolaires » sont bien souvent les mêmes et concernent des territoires qui, parallèlement, font face à des déficits en personnels enseignants. En 2011, la Cour des comptes s'était déjà inquiétée, alors que la diminution générale des effectifs de médecins de l'Education nationale n'avait pas le même niveau de gravité, des évolutions défavorables dans les départements correspondant aux zones jugées peu attractives. Aujourd'hui, les départements ruraux ne comptant qu'un seul médecin de l'Education nationale sont nombreux.

Enfin, la fracture est aussi forte, tant pour ce qui est de l'école que pour la santé, entre la Métropole et l'Outre-mer. Dans son rapport consacré à la santé dans les outre-mer de 2011, la Cour des comptes relevait que le pourcentage d'élèves ayant bénéficié d'un bilan médical était globalement inférieur en outre-mer. Si les disparités sont importantes, la situation est plus particulièrement préoccupante en Guyane ou à Mayotte (Cf. encadré *infra*). Le CESE déplore d'autant plus cette situation que dans ces territoires où l'accès aux soins élémentaires est difficile, l'intervention de la médecine scolaire est encore plus nécessaire.

3. L'environnement dégradé de l'école : un risque pour la santé des enfants

C'est dans les premières années de la vie, de la naissance jusqu'à la fin de l'adolescence, que se construit le « capital santé » d'une personne. Différents facteurs conditionnent la qualité et la solidité de ce capital : air environnant, équilibres nutritionnels, environnement psychologique, suivi médical, etc.

Le ministère de la transition écologique et solidaire a engagé la démarche *Etablissements sensibles*, qui permet d'effectuer un diagnostic des sols des établissements scolaires construits sur d'anciens sites industriels. A la fin de l'année 2017, sur les 1 248 établissements analysés, 104 ont été classés en catégorie C, pour lesquels « *Les diagnostics ont montré la présence de pollutions qui nécessitent la mise en œuvre de mesures techniques de gestion, voire la mise en œuvre de mesures sanitaires* ». Cette démarche, lorsqu'elle aura abouti, permettra de présenter un diagnostic intéressant de l'état du sol de certains établissements scolaires.

La qualité de l'air est également dégradée. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a publié en 2012, les résultats d'une étude sur la qualité de l'air dans 108 écoles primaires de 6 villes françaises (Bordeaux, Clermont-Ferrand, Créteil, Marseille, Strasbourg et Reims). Selon cette étude, 30% des 6590 enfants suivis.e.s, soit 3 enfants sur 10, étaient exposé.e.s à des niveaux des principaux polluants atmosphériques supérieurs aux valeurs guides recommandées par l'OMS et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Présidente de l'Observatoire de la qualité de l'air, Mme Andrée Buchmann, auditionnée par la section, l'a souligné : l'enfant est un sujet particulièrement sensible à la qualité de l'air intérieur. L'Observatoire a travaillé sur les lieux de vie qui lui sont propres, en particulier les crèches, les écoles, les piscines. Ces espaces ont un taux d'occupation élevé qui favorise la concentration de certains polluants. Les photocopieurs libèrent de l'ozone, les peintures, les travaux, les produits ménagers, les feutres, le mobilier, le matériel dégagent des substances chimiques (composés organiques volatils, phtalates, formaldéhyde...). Dans le cadre d'une étude complémentaire et exploratoire menée par l'ANSES et le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) et publiée en 2014, l'Observatoire estime le coût social de la pollution de l'air à près de 20 milliards d'euros. Ces résultats doivent encore être affinés. La pollution de l'air entraîne nervosité, troubles de l'apprentissage, gênes, bronchopneumopathies chroniques obstructives, allergies, cancers, accidents vasculaires cérébraux. (cf, notamment : *Qualité de l'air intérieur et santé respiratoire à l'école*, INSERM, 29 mars 2013 ; SINFONIE (<http://www.sinphonie.eu/>), étude actuellement en cours dans 27 pays d'Europe dont la France relatives aux effets de la qualité de l'air dans les écoles sur la santé des écolier.ère.s).

Les écoles, les cantines, les salles de jeux sont également soumises aux pollutions sonores extérieures, qui s'ajoutent au bruit qu'elles produisent elles-mêmes (pouvant atteindre 90 à 100 décibels). Or, les conséquences des pollutions sonores sont elles aussi de plus en plus documentées. S'appuyant sur une analyse large des données scientifiques et technico-économiques françaises et européennes disponibles pour les principales sources de nuisances sonores (transport, voisinage, milieu professionnel), une étude réalisée par le cabinet d'audit EY pour le compte de l'ADEME et du Conseil national du bruit en 2016, a évalué « les coûts sociaux directs et indirects » du bruit à 57 milliards d'euros chaque année. Ce chiffre est pour les auteur.e.s, très certainement sous-estimé, en particulier parce que les conséquences du bruit en milieu scolaire sont mal évaluées. Les auteur.e.s rappellent que le bruit affecte la concentration et dégrade la satisfaction au travail. Il est assurément source d'une gêne et d'une perturbation qui réduit les performances dans les tâches cognitives, perturbant au-delà des seules tâches complexes (lecture, résolution de problèmes), la capacité à réaliser des tâches simples et répétitives. Il agit sur la santé psychologique et le comportement social. Il est en fin de compte cause d'un retard dans les apprentissages, qui peut mener au décrochage scolaire.

Enfin, la section a été alertée par de nombreux.se.s auditionné.e.s sur la situation souvent déplorable des sanitaires dans les établissements scolaires. Ils sont parfois même inaccessibles. Leur bon état est pourtant une condition du bien-être et de la bonne santé des élèves. Un guide d'accompagnement de projets éducatifs relatifs aux sanitaires au collège et au lycée a été diffusé en 2016. Il invite à la mobilisation de l'ensemble des acteur.rice.s de l'Education nationale et des collectivités territoriales et apporte un ensemble de références, de conseils et d'outils pour agir.

II - LES PRECONISATIONS DU CESE

Dans son rapport d'octobre 2017 intitulé *Qualité de vie à l'école : comment l'école peut-elle proposer un cadre de vie favorable à la réussite et au bien-être des élèves ?*, le Conseil national d'évaluation du système scolaire (CNESCO) dresse un bilan complet des connaissances scientifiques internationales sur la qualité de vie des élèves et ses conséquences. Les travaux de recherche convergent sur un point : les écoles qui permettent la réussite sont celles qui se sont préoccupées du bien-être des élèves. Le CESE a la conviction que la relation entre la santé, le bien-être des élèves et la réussite scolaire est étroite. L'école est un « espace de vie », qui est parfois le seul lieu d'accès à la santé. Mais elle doit aussi être « l'école de la vie », un lieu de construction de soi en bonne santé. Son rôle est central, aussi bien pour la prévention/la promotion de la santé, que pour le dépistage et l'orientation vers les professionnel.le.s compétent.e.s. Selon la Charte d'Ottawa, adoptée en 1986 à l'issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, « *la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* ». C'est dans cet esprit qu'il faut se placer, autour d'un objectif : donner aux élèves la possibilité d'être acteur.rice.s de leur propre santé.

Circulaires, plans et stratégies se sont multipliés ces dernières années, affirmant la nécessité de faire de l'école un lieu majeur de promotion de la santé. Les intentions se sont ajoutées les unes aux autres, mais l'ensemble n'est pas sans contradiction, manque de clarté et de coordination. Loin d'être tous connus et appliqués, ces textes sont peu efficaces. Il y a là une réalité, connue du ministère de l'Education nationale, contre laquelle les représentant.e.s de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) ont indiqué leur intention de lutter.

Pour le CESE, la réponse à l'urgence passe par trois priorités : l'implication des parties prenantes dans les actions de prévention ; la coordination pour garantir, sur tout le territoire, une réponse aux besoins des élèves en matière de santé ; l'évaluation des actions conduites, pour aller au-delà des déclarations de principe.

A - Renforcer l'implication des parties prenantes dans les actions de prévention

Si des conventions ou des ambitions de travail interministériel sont annoncées, la réalité montre un fort déficit de travail collégial. Notre assemblée, avec d'autres avant elle, déplore une action trop cloisonnée. A l'intersection de deux politiques majeures, la politique de la santé à l'école fait intervenir les ministères en charge de l'éducation et de la santé, leurs personnels, mais aussi des administrations décentralisées et déconcentrées, indépendantes les unes des autres. Ainsi les collectivités territoriales sont-elles en première ligne pour les bâtiments et la restauration scolaire par exemple. C'est en revanche au.à la chef.fe d'établissement ou au.à la directeur.rice d'école qu'il revient d'établir et de porter avec la communauté éducative, un projet pédagogique donnant toute sa place à la santé. Une telle segmentation des compétences complexifie la donne : elle rend d'autant plus impérative, la définition d'une politique interministérielle et l'association des collectivités territoriales à sa mise en oeuvre.

Pour le CESE, l'appropriation des questions de santé à l'école doit être le fait des équipes éducatives mais aussi des communautés de santé telles qu'elles existent à l'échelle des bassins de vie, autour des élèves eux-mêmes, en interaction avec leurs parents et les autres intervenant.e.s. « *Pour élever un enfant il faut tout un village* ».

1. Renforcer la formation sur la prévention santé, la coordination et la conduite des partenariats

Pour le CESE, c'est par la formation qu'il faut commencer : parce que la santé est un des éléments essentiels pour la réussite scolaire, ses déterminants, la prévention et l'éducation à la santé doivent davantage être enseignés dans les Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE).

La santé ne doit pas être perçue comme une discipline supplémentaire, qui s'ajouterait aux autres enseignements. Il s'agit au contraire de se placer dans la ligne de la définition globale qu'en donne l'OMS : ce positionnement conduit le CESE à mettre l'accent sur les compétences psychosociales en plaidant pour qu'une place plus large leur soit donnée dans les enseignements des ESPE. Pour l'OMS, les compétences psychosociales « *sont la capacité*

d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ». Le travail sur les compétences psychosociales a des effets bénéfiques sur la réduction de la violence, la santé sexuelle, les risques de radicalisation et les addictions. Cette formation devra aussi porter sur les déterminants sociaux de la santé : il s'agit de tirer les conséquences de la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République de 2013 qui, définissant les principes et missions de l'Education nationale, a ajouté la « *lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative* ».

La formation devra bien sûr porter sur le PES. Mais, pour le CESE, ce n'est pas tant son contenu théorique qui importe que les voies à suivre pour le faire vivre concrètement dans chaque établissement scolaire. Cela implique une connaissance des mécanismes du « travailler ensemble », qui n'est pas évidente. La santé est, pour reprendre les termes de M. Denis Adam, secrétaire national UNSA Education, « *l'affaire de tous, chacun dans son rôle* ».

A travers la formation, ce n'est pas seulement le savoir de chacun.e dans son secteur (des enseignant.e.s pour enseigner, des professionnel.le.s de la santé pour soigner...) qu'il s'agit de renforcer mais la capacité des professionnel.le.s de l'éducation et de la santé à travailler de façon collective. Leur disposition à organiser et mettre en œuvre, dans un projet d'école ou d'établissement structurant et cohérent, une politique éducative et sociale de santé pour plus de prévention ou encore leur aptitude à se coordonner pour, au moment où il le faut, diriger un.e élève en difficulté vers le.la bon.ne interlocuteur.rice, doivent être renforcées. La formation doit, en d'autres termes, se donner pour objectif de mettre chacun.e en mesure de traduire, dans l'exercice de son métier, le caractère global de la politique de santé à l'école. Cela implique d'impulser une culture commune qui reposera sur la connaissance du rôle et de l'expertise de l'autre (dans toute leur portée mais aussi dans leurs limites). La construction de partenariats avec les acteur.trice.s professionnel.le.s ou associatif.ve.s de la santé, extérieur.e.s à l'école, leur articulation avec le projet pédagogique, doivent trouver toute leur place dans les formations. Le CESE voit dans cette formation un préalable pour qu'au-delà des seul.e.s médecin.s et infirmier.ère.s scolaires, toutes les parties prenantes de la santé (puériculteur.rice.s, travailleur.euse.s sociaux.ales...) participent plus largement à des actions de portée collective, véritablement conçues et mises en œuvre avec les enseignant.e.s et les autres personnels. Ces actions de formation et de co-animation devront favoriser l'autonomie des personnels ou les soutenir pour des actions de portée collective.

La mise en place d'un « service sanitaire », annoncée par le gouvernement, ouvre une perspective à relever. D'une durée de trois mois, il concernera l'ensemble des étudiant.e.s en santé et devrait privilégier les actions concrètes de santé publique. Il y a là une opportunité pour la promotion de la santé à l'école qu'il faut saisir. Les modalités de ce « service sanitaire », dont l'entrée en vigueur est prévue pour la rentrée 2018, doivent encore être déterminées (durée, période d'insertion dans le cursus, possibilité ou non de l'effectuer de façon discontinue, formation préalable, prise en compte dans l'évaluation des études...). Pour le CESE, la sensibilisation et la prévention santé dans les écoles devront constituer

une priorité de ce futur service sanitaire. Il conviendra d'assurer une formation adaptée et d'organiser l'encadrement de ces intervenant.e.s. Leur action ne devra pas se substituer à celle des personnels en charge de la santé à l'école.

Le CESE n'ignore pas que les programmes des formations initiales sont d'ores et déjà très chargés : il met volontairement l'accent sur la nécessité de renforcer la formation continue sur ces aspects. Cela répond d'ailleurs à une demande des différent.e.s acteur.rice.s que la section a entendu.e.s en audition. Il y a en outre là, une opportunité d'intégrer dans ces enseignements, les retours d'expérience mais aussi la proximité avec les territoires, l'adaptation aux besoins locaux en fonction des modes de fonctionnement locaux de la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale.

Préconisation 1

Renforcer la formation sur la santé et la coordination santé/école. Pour cela :

- consolider les enseignements des équipes éducatives, en particulier dans le cadre de la formation continue, sur :
 - le développement psycho affectif de l'enfant et de l'adolescent.e, ainsi que l'estime de soi ;
 - les déterminants de la santé, notamment sociaux et environnementaux ;
 - les compétences psychosociales ;
 - le rôle de l'école sur la promotion et la prévention en santé.
- organiser, en partenariat entre principalement les ESPE et les ARS et en lien avec les Unions régionales des professions de santé, des cycles de formation ouverts aux professionnel.le.s de la santé et aux personnels de l'Education nationale sur le rôle de chacun.e, leur coordination et la démarche de projet.

2. Garantir, avec les collectivités territoriales, la qualité de l'environnement de l'école

Les conséquences de l'exposition des enfants aux pollutions (à l'école ou en dehors de l'école) sont de plus en plus documentées. Cependant, ni l'information ni l'état des connaissances ne sont complets.

Une mission de mesure systématique et régulière des expositions des élèves aux pollutions devrait être confiée aux Observatoire régionaux de santé et un travail de compilation à l'ADEME, qui élargirait à d'autres sources de pollutions, le travail déjà engagé avec le Conseil national du bruit sur les expositions à la pollution sonore. Il s'agirait aussi, pour les pollutions atmosphériques, de s'appuyer sur le travail réalisé par l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur. La recherche sur les conséquences de ces pollutions sur les apprentissages devrait être approfondie, sous l'égide de l'INSERM et des laboratoires de recherche du Centre national de la recherche (CNRS), déjà impliqués. Les médecins de l'Education nationale devraient contribuer à ces travaux à travers leur expertise et leur

observation de l'évolution de la santé des élèves : cette action participe de la valorisation de leur métier sur laquelle le présent avis reviendra (point C).

Pour le reste, il faut d'emblée le souligner, l'arsenal juridique existe et les responsabilités sont établies. A l'Etat, il revient, en application du Code de la Santé publique (Art. L. 1411-1), d'assurer la promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, en s'appuyant sur la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants. C'est dans le cadre de cette obligation que se comprend l'intégration par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, de la notion d'exposome (entendu comme « *l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine* ») dans le corpus législatif français. La Stratégie nationale de santé, le plan national santé-environnement, contribuent à la mise en œuvre du droit de chacun.e à la protection de sa santé. Leur déclinaison en région se réalise à travers en particulier les Projets régionaux de santé (PRS) et les Plans régionaux santé environnement (PRSE), les Plans régionaux santé au travail (PRST), avec en fonction de leur compétence, les interventions des services de l'État en région, les ARS et les Conseils régionaux.

Pour le CESE, il faut maintenant traduire les obligations légales et réglementaires de chacun.e dans la réalité. S'agissant de la construction, de l'entretien et de l'aménagement des écoles et des établissements scolaires, des guides élaborés notamment par les ARS, apportent une aide utile. Ils s'adressent aux services en charge de la rédaction du cahier des charges et formulent des recommandations concrètes sur, par exemple, la prise en compte de la pollution extérieure du site, le zonage et les volumes des locaux, les matériaux de construction, les revêtements, le mobilier, les installations techniques (ventilation, chauffage...). De la même façon, l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur va prochainement publier un « cahier de recommandations » pour la prise en compte de la qualité de l'air intérieur dans les opérations de construction ou de réhabilitation des écoles. Certaines ARS ont également réalisé, dans le cadre de leur contribution à la définition de stratégies régionales de promotion de la santé et de prévention, des guides de recommandations. Ces guides doivent être mis à la disposition des responsables.

S'agissant, au-delà des bâtiments eux-mêmes, de l'urbanisme, le CESE renvoie aux travaux conduits par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Chargé par le gouvernement de mener une réflexion sur l'intégration de la santé dans les politiques relatives à l'urbanisme, celui-ci a proposé un certain nombre de mesures spécifiques pour améliorer la prise en compte de la santé dans les documents de planification territoriale (Schéma de cohérence territoriale, Plan local d'urbanisme, Plan de déplacement urbain). Des démarches et des outils ont été développés et sont utilisés en France et à l'étranger comme le recours à la démarche EIS (Evaluation d'impact sur la santé) fondée sur une approche globale de la santé. Pour le CESE, c'est, d'une façon générale, le dialogue entre les acteurs de l'urbanisme et ceux de la santé qu'il faut renforcer : cela peut passer, ainsi que le propose le HCSP, par une concordance accrue entre les documents de planification urbaine et les stratégies régionales de santé.

Enfin, l'alimentation des élèves est un point central. Elle est, ainsi qu'une première partie de cet avis l'a souligné, un déterminant fort de santé, reconnue comme une priorité par la Direction générale de la santé (DGS). Elle fait intervenir différent.e.s professionnel.le.s, relevant de l'Education nationale et des collectivités territoriales. Elle est au croisement de la prévention et de l'éducation à la santé. Elle est en outre un levier majeur pour progresser vers une plus grande intégration de l'école dans son environnement, son quartier, sa ville et son écosystème.

La première nécessité est de proposer à chaque élève un repas sain et équilibré, à un prix accessible pour les familles.

Le gouvernement a inscrit dans un projet de loi, l'objectif de 50% de produits sous signes de qualité bio ou locaux dans la restauration collective en 2022. Le CESE propose un minimum de 30 % de produits bio, l'intégration de produits issus du commerce équitable, une diversification des sources de protéines et une alternative végétarienne quotidienne. Une allocation de moyens est souhaitable pour une restauration collective responsable, via une prime à la conversion des cantines pour financer l'investissement.

Les collectivités territoriales sont d'ores et déjà nombreuses à avoir fait évoluer leurs pratiques, en privilégiant un approvisionnement en produits durables et de proximité dans la restauration scolaire. Le CESE reconnaît la valeur de ces démarches : leur réussite démontre leur viabilité économique. Le CESE a récemment adopté une étude sur le rôle que peut jouer la commande publique : elle est, notamment en matière environnementale, un levier d'action insuffisamment exploité. Les possibilités ouvertes par les règles sur les marchés publics pour préférer les aliments bio et locaux dans les cantines scolaires sont, par exemple, plus importantes que ce que les acheteur.euse.s public.que.s anticipent.

Préconisation 2

Progresser dans la mise œuvre effective du dispositif juridique en vigueur et pour ce faire :

- mettre à disposition des responsables des marchés et de l'entretien des établissements scolaires, un guide qui recense non seulement les obligations existantes, mais aussi les recommandations formulées par l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur et le Conseil national du bruit ;
- intégrer davantage les enjeux de santé publique dans les documents de planification urbaine, notamment en veillant à leur conformité avec les priorités identifiées dans le Plan régional santé - environnement et le Projet régional de santé
- renforcer la mesure des pollutions sonores, de la qualité de l'air, des pollutions du sol environnant les établissements scolaires et confier à l'ADEME et aux Observatoires régionaux de santé la réalisation dans un délai déterminé d'un état des lieux complet des expositions auxquelles sont soumis.e.s les élèves.

3. Renforcer l'appropriation des règles existantes par la communication et par l'implication de tou.te.s

Développer une approche globale de la santé et l'inscrire dans la durée suppose une véritable appropriation de la santé par l'école. Mais pour le CESE, cela implique parallèlement que l'école s'ouvre sur le milieu qui l'entoure, son quartier, les familles des élèves, les professionnel.le.s de la santé, les associations. La marge de progrès est sur ce plan, encore importante. Les interlocuteur.rice.s de l'école sur les questions de santé que les rapporteur.e.s ont rencontré.e.s, l'ont tou.te.s indiqué : la possibilité d'entrer ou non à l'école et de construire des liens avec elle, varie énormément d'un établissement à l'autre et demeure très dépendante des chef.fe.s d'établissement et directeur.rice.s d'école. Cet avis propose (point C) par conséquent de mieux suivre et évaluer les progrès des établissements sur cet aspect.

Qu'il s'agisse des soins à apporter à leurs enfants ou de la promotion de leur santé, les parents occupent une place essentielle qu'il faut mieux reconnaître. Un rapport, remis le 31 janvier 2018 au ministre de l'Education nationale, constate que le fossé entre l'Ecole et les parents se creuse. Pour le CESE, l'implication des parents dans la définition des objectifs et la mise en œuvre des actions conduites, est une condition de la réussite de toute politique de promotion de la santé à l'école. Les accompagner, dans le respect de leur éducation, de leur culture, de leur milieu social, constitue un préalable à leur implication. Il s'agit, d'abord, de leur faire connaître leurs droits. Dans son rapport de 2016, le médiateur de l'Education nationale constatait que les parents dont les enfants sont atteints d'un handicap ou d'un problème de santé, risquent vite d'être, quand ils entament une démarche pour faire reconnaître les droits de leur enfant, « *submergés par un ensemble de sigles, de dispositifs, de personnes aidantes, d'institutions qui relèvent soit de l'éducation nationale, soit de la santé et qu'ils peuvent avoir du mal à identifier* ». Au-delà de leur seule information, l'implication des parents doit être encouragée parce qu'elle est bien souvent une condition du bien-être des élèves: sans acceptation par les familles, il n'y a pas de parcours de santé efficace. L'orientation des familles vers les soins médicalisés, notamment pédopsychiatriques et psychologiques, peut nécessiter certains dispositifs d'accompagnement.

L'implication doit aussi être celle des élèves eux.elles-mêmes. Elle ne doit pas s'organiser de la même façon à tous les âges, mais qu'il s'agisse du 1er ou du 2nd degré, elle doit être consolidée. Dans le second degré, les textes prévoient que l'Assemblée générale des délégué.e.s, le Conseil de la vie collégienne et le Conseil des délégué.e.s pour la vie lycéenne, sont associés aux démarches choisies pour mettre en œuvre le PES. Quant au CESC (cf. supra) sur lequel s'appuie beaucoup la convention de partenariat Santé / Education de 2016, il n'en existe pas dans le 1er degré (tout au plus est-il possible de créer des CESC inter-degrés). De façon générale, ces instances abordent un champ large de sujets et cet avis l'a souligné, la réalité de leur activité et de leur fonctionnement n'en fait pas de véritables enceintes d'appropriation des enjeux de santé.

Il est également nécessaire de coordonner les actions proposées aux élèves pour qu'il n'y ait ni redondance ni manque. Les partenariats doivent être adaptés aux diagnostics des besoins en prévention et promotion de la santé et déclinés dans une logique d'ensemble, tout au long du parcours scolaire, de la maternelle au lycée. C'est à ce prix que l'on assurera à tou.te.s les élèves, une égalité des chances en matière de santé et de réussite scolaire.

Pour le CESE, la façon même dont est comprise l'implication des parties prenantes dans la politique de santé à l'école doit évoluer. Il ne s'agit plus d'organiser des interventions ponctuelle dans l'école, dans une forme de « sous-traitance » des questions de santé à des structures considérées comme expertes sur un thème donné (le tabagisme, l'alcool, les drogues...) mais trop souvent centrées sur les interdits ou les risques. Pour le CESE, l'objectif doit plutôt être de nouer des partenariats autour d'objectifs partagés et inscrits dans le projet d'école ou d'établissement. Il faut, comme l'ont demandé les représentant.e.s des organisations lycéennes entendu.e.s par les rapporteur.e.s, privilégier le dialogue par rapport à la moralisation. Il est aussi nécessaire que l'école intègre les réseaux locaux de santé. Les professionnel.le.s de santé doivent contribuer à la définition, avec l'école, des objectifs éducatifs en santé pour, autour de leurs compétences spécifiques, nouer des partenariats qui se concrétisent dans et en dehors de l'école.

La mise en place de « groupes de pairs » est une piste intéressante. La prévention par les pairs s'inscrit dans la perspective d'une plus grande participation des élèves eux-mêmes, elle permet de sortir des postures traditionnelles, elle valorise l'autonomie, l'appropriation : autant d'éléments pointés par cet avis comme essentiels à l'efficacité des actions en matière de santé. Le CESE apporte son soutien à ces démarches : il le fait en ayant toutefois conscience que les modalités concrètes de leur organisation sont au cœur des enjeux. La réflexion doit encore s'approfondir en se basant sur les retours d'expériences, sur des questions aussi essentielles que le choix des pairs, l'organisation des échanges, la place des professionnel.le.s et des adultes dans le groupe. L'âge, les statuts, le sexe, sont autant d'éléments à prendre en compte, en fonction du thème abordé. Les travaux conduits par certaines structures sur le sujet, notamment sous l'égide de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), montrent les avantages de ces démarches. Ils pointent aussi certains écueils : la prévention par les pairs ne doit en aucun cas être perçue comme un palliatif à une implication insuffisante de l'École, ni comme un transfert de ses responsabilités vers les élèves eux-mêmes.

La notion de « climat scolaire », qui a pris ces dernières années une place plus importante dans les textes, n'est pas sans lien avec la santé des élèves. Les objectifs d'amélioration du bien-être des élèves, de réduction de leur absentéisme, d'éradication de la violence, sont effectivement importants pour le CESE et justifient que l'accent soit mis, entre autres, sur l'enseignement des compétences psycho-sociales. Le concept de climat scolaire présente toutefois l'inconvénient de ne pas être précisément défini. S'agissant de santé, on ne peut se satisfaire de ce flou : pour le CESE en effet, c'est très concrètement au niveau de la classe mais aussi de l'établissement - c'est-à-dire dans chacun des lieux de vie de l'élève - que la santé doit être promue.

Il faut enfin apporter des réponses à la question de la difficulté du repérage des troubles, préalable à une orientation vers un.e professionnel.le de la santé. Dans certains établissements, les enseignant.e.s et les professionnel.le.s de santé ne se rencontrent jamais ou ne se connaissent pas. L'information ne circule pas suffisamment, ce qui fait perdre du temps et peut être source de danger pour les enfants. L'objectif doit également être de lutter contre le désarroi des enseignant.e.s, qui peuvent se trouver isolé.e.s ou démunie.e.s face à un.e enfant en difficulté. L'aptitude du.de la chef.fe d'établissement ou du.de la directeur.rice

d'école à instaurer un environnement favorable aux échanges d'informations, est essentielle. Sa capacité à apprécier la nécessité de ces échanges ne l'est pas moins. Le CESE considère que c'est dans le sens d'une plus grande communication entre les parties prenantes de la santé et de la scolarité des élèves que les choses doivent évoluer. L'équipe éducative, qui doit intégrer les intervenant.e.s de santé, doit permettre d'échanger les informations strictement nécessaires à une meilleure prise en compte des problèmes de santé d'un.e élève dans l'organisation de sa scolarité et dans les pratiques pédagogiques le.la concernant. Bien évidemment, ces échanges doivent respecter les droits des élèves en matière de secret médical et éviter toute stigmatisation.

Préconisation 3

Mieux informer et impliquer parents et élèves en :

- mettant à leur disposition un guide sur leurs droits ainsi que sur les lieux et professionnel.le.s ressources au sein et en dehors des établissements en précisant clairement leurs expertises ;
- organisant des actions d'information, avec l'appui des professionnel.le.s de la santé, en s'appuyant notamment sur les espaces parents ;
- tirant les enseignements des expériences réussies de groupes de pairs sur la promotion de la santé.

Préconisation 4

Mettre en place dans le premier degré des instances similaires au Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté mais adaptées à l'âge des élèves, dynamiser les CESC du second degré pour renforcer l'implication sur les actions en santé et assurer la coordination des partenariats sur l'ensemble du parcours scolaire au niveau du bassin d'éducation.

Préconisation 5

Réunir, quand la situation de santé d'un.e élève l'exige, l'équipe éducative dans son ensemble afin de mettre en place les mesures nécessaires en termes d'organisation de sa scolarité et informer parents et élèves de cette possibilité à chaque rentrée scolaire.

B - Garantir une réponse adaptée et rapide aux besoins des élèves

Confronté.e.s à une difficulté de santé, les jeunes ne s'adressent pas prioritairement aux enseignant.e.s ou aux personnels (médecins, infirmier.ère.s de l'Éducation nationale, Conseiller.ère.s principaux.ales d'éducation, surveillant.e.s...) présent.e.s dans l'école. Quand il s'agit d'une question d'ordre psychologique, ils.elles sont même, parmi les jeunes de 15 à 25 ans interrogé.e.s, 68% à indiquer qu'il.elle.s ne se tourneraient pas vers une personne de leur établissement scolaire (entendue au sens de membre de la communauté éducative et non d'intervenante extérieure) pour obtenir une aide (Enquête IPSOS pour la Fondation Denicker précitée). C'est d'abord à leurs proches et à leur médecin généraliste qu'il.elle.s vont penser s'adresser. S'il.elle.s ne se tournent pas naturellement vers elle, les élèves pensent pourtant que l'école a un rôle à jouer. Le temps qu'il.elle.s passent à l'école, son universalité, en font une actrice incontournable de la santé. Que faire pour qu'elle soit l'un point des points de départ possible d'une réponse coordonnée aux difficultés de santé des élèves ?

1. Un préalable : agir à l'école pour plus d'égalité en santé

Certains territoires cumulent les difficultés : manque de pédiatres, de médecins de PMI et de pédopsychiatres, de médecins généralistes et de médecins de l'Éducation nationale. Dans son avis du 13 décembre 2017, le CESE a présenté ses propositions pour lutter contre les déserts médicaux. En outre, cet avis l'a souligné, il y a dans certains territoires une corrélation forte entre un déficit d'accès à la santé entendue de manière globale et certaines difficultés sociales, en particulier dans les territoires REP +. Prévue pour garantir l'égalité des chances, la politique d'éducation prioritaire doit permettre d'allouer plus de personnels aux établissements dont les élèves sont issu.e.s de milieux défavorisés. Ce principe devrait également prévaloir pour la médecine scolaire : les professionnel.le.s de la santé devraient être davantage présent.e.s dans ces territoires avec les acteur.rice.s de proximité concerné.e.s.

L'égalité passe également par l'information (cf. supra) et l'amélioration du recours aux droits. Les préconisations formulées par le CESE en 2012 et 2015 dans ses avis relatifs à la sécurisation du parcours d'insertion des jeunes pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins restent d'actualité. Le CESE met l'accent sur la possibilité pour les jeunes d'exercer leurs droits en toute confidentialité, ainsi que le prévoit la loi depuis 2002 (loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Certes, les élèves reçoivent leur propre carte vitale dès 16 ans. Mais en ce qui concerne la confidentialité, la difficulté persiste pour les remboursements des complémentaires santé. Dans son avis de 2015 *Sécuriser les parcours d'insertion des jeunes*, le CESE avait demandé qu'une réflexion soit engagée au sein de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) pour accorder aux jeunes des droits propres à partir de 16 ans, dans le cadre d'un statut d'ayant-droit autonome tel qu'il existe dans les régimes d'assurance maladie obligatoires. Par ailleurs, des dispositifs ont été mis en place par les Conseils régionaux sous la forme de « pass santé jeune ». Toutefois, les champs couverts et les modalités de mise en œuvre diffèrent. En outre, ces dispositifs ont pu être modifiés dans un sens qui n'est pas toujours favorable à un exercice autonome et confidentiel des droits de la santé, accentuant des disparités territoriales. A l'échelon national, la loi de financement de la sécurité sociale pour

2017 a lancé l'expérimentation dans plusieurs territoires, d'un Pass santé jeunes permettant le remboursement d'un certain nombre consultations chez un.e psychologue en libéral pour les jeunes de 6 à 21 ans. L'évaluation de cette phase d'expérimentation, d'une durée de trois ans, est prévue et organisée par un décret du 5 mai 2017.

Dans les lycées professionnels, la surveillance santé des élèves doit être révisée afin de leur garantir un suivi adapté aux risques auxquels il.elle.s sont exposé.e.s, en cohérence avec celui des salarié.e.s et des recommandations de santé publique.

Préconisation 6

Mettre en place une programmation pluriannuelle des moyens de la médecine scolaire de façon à les augmenter prioritairement sur les territoires qui en ont le plus besoin tant au regard de leurs spécificités économiques et sociales que de l'offre de santé existante

Préconisation 7

Prévoir, à l'issue de l'évaluation de son expérimentation dans plusieurs territoires, un élargissement du PASS santé jeunes national à d'autres consultations médicales, selon des modalités qui assureront un accès autonome, confidentiel et gratuit.

2. Faire de la visite médicale de la sixième année le point de départ de la coordination

Le suivi médical des enfants jusqu'à leur 6ème anniversaire est partagé entre les pédiatres, la médecine scolaire, les généralistes et les services de PMI qui, en particulier, réalisent un bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans dans le cadre de l'école maternelle. Les conclusions de ce bilan doivent être transférées à la médecine scolaire.

L'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du Code de l'éducation, a défini le contenu de la visite médicale de la sixième année et institué une visite de dépistage à 12 ans. La visite de la 6^{ème} année dont il est ici question, doit être réalisée par un.e médecin et doit notamment comprendre une analyse des antécédents de l'enfant, une vérification des vaccinations, un dépistage des troubles auditifs ou visuels, un bilan du langage, du développement psychomoteur, un examen bucco-dentaire.

Les relais ne sont pas assurés entre les différentes étapes essentielles de la vie des enfants. Les liens entre la PMI et la médecine de l'Education nationale au moment du passage de la maternelle à l'école, doivent être renforcés. Le carnet de santé par exemple, n'est pas toujours présenté par certains parents non informés. Un groupe de travail est actuellement chargé de la refonte du carnet de santé de l'enfant, qui demeurera encore sous forme papier pendant les quelques années à venir, en attendant la mise en place du Dossier médical partagé (DMP) enfant.

Le 27 novembre 2017, le ministre de l'Éducation nationale et la ministre des Solidarités et de la santé ont, dans un communiqué commun, fait part de leur intention de donner la priorité aux enfants de 0 à 6 ans. Pour le CESE, il faut aller plus loin que le texte actuel, autour d'un double objectif : assurer l'effectivité de la visite médicale de la sixième année, ce qui est loin d'être le cas pour le moment ; aller au-delà de la seule « transmission » des conclusions au.à la médecin traitant, telle qu'elle est actuellement prévue par les textes, pour mettre en place, dans un dispositif expliqué aux parents, l'organisation locale de la coordination entre les professionnel.le.s pour le suivi de la santé et ses différentes étapes. Par ailleurs, les parents devraient systématiquement être conviés à cette visite.

Préconisation 8

Inscrire, dans la mission du groupe de travail sur le DMP enfant, la question de l'amélioration de la transmission des informations entre la PMI, le.la médecin traitant.e et l'Éducation nationale.

Préconisation 9

Rendre la visite médicale de la sixième année effective pour tou.te.s et en faire, en lien étroit avec les parents et le.la médecin traitant.e, le point de départ de la coordination pour le repérage, le soin et le suivi des troubles.

3. Inscrire la coordination santé dans le temps et l'organiser localement

Devant la section, les parents des élèves qui souffrent de troubles de santé ont souligné la difficulté que créaient les ruptures dans la prise en charge, liées à la non-transmission des informations ou à une communication insuffisante, voire inexistante, entre les intervenant.e.s professionnel.le.s de la santé et de l'éducation. Ces ruptures peuvent avoir lieu aux moments de transition que sont le passage en primaire et le passage au collège, mais elles sont aussi fréquentes d'une année scolaire à l'autre.

Au-delà de la prise en compte des troubles de santé par la communauté éducative, c'est la continuité du triptyque éducation/prévention/soin qu'il s'agit d'organiser à l'échelon local. Elle doit prendre appui aussi bien sur un suivi organisé mobilisant les services de médecine scolaire en coordination avec les autres professionnel.elle.s de santé que sur les échéances médicales programmées. La visite de dépistage de la douzième année, effectuée par l'infirmier.ère de l'Éducation nationale, constitue une des étapes importante de ce point de vue et, là aussi, il est essentiel d'en améliorer les taux de réalisation de cette visite.

Dans ses travaux sur la protection sociale et la santé, le CESE a régulièrement insisté sur la nécessité de renforcer la prévention en engageant une démarche globale : il faut y associer, dès l'enfance, l'ensemble des parties prenantes au-delà des seul.e.s professionnel.elle.s de santé. L'audition de M. Jean-Raymond Murcia, rapporteur de la

contribution que le CESER Auvergne-Rhône-Alpes a consacrée en 2017 au bien-être social et mental des jeunes, a montré l'importance de la structuration locale des dispositifs. Ainsi, la loi *de modernisation de notre système de santé* du 26 janvier 2016 a consacré le rôle des missions locales dans le repérage et l'orientation des jeunes connaissant des problèmes de santé. C'est vers les jeunes les plus éloigné.e.s des dispositifs qu'il faut aller, à travers des initiatives comme les « bus santé » ou les permanences dans les lieux de vie.

Pour le CESE, et conformément à l'objectif de décloisonnement promu par cet avis, les écoles primaires et les Etablissements publics locaux d'enseignement (EPLÉ) doivent être, via leurs services médico-sociaux, parties prenantes des politiques de santé de leurs territoires. Cela pourrait se réaliser par l'association des écoles et établissements scolaires, par le biais des médecins de l'Education nationale, à la définition des projets de santé de territoire via les conseils territoriaux de santé et à l'élaboration des contrats locaux de santé qui déclinent les priorités du projet régional de santé au niveau local, de façon à les rapprocher des besoins des élèves. Cela passera également par un renforcement, dans ces documents, de la place donnée à la médecine scolaire dans la coordination médicale pluridisciplinaire. Cela implique bien sûr que les moyens alloués à la médecine scolaire prennent en compte ces missions.

Enfin, la période qui couvre la fin du lycée et le début de la vie étudiante ou active peut être très éprouvante sur le plan de la santé physique et mentale. Les enquêtes montrent l'importance du mal-être chez les étudiant.e.s. (cf. Le Monde Education du 9 décembre 2013). Il convient de mieux préparer les lycéen.ne.s, futur.e.s étudiant.e.s et futur.e.s actif.ve.s à ces difficultés. Il s'agit, là aussi, d'éviter les ruptures. Sur le plan des droits, la Protection universelle maladie (PUMA) doit assurer une continuité malgré les changements de situation de l'assuré.e. Par ailleurs, une meilleure information devra être diffusée auprès des jeunes de 16-25 ans en insertion sur la possibilité de bénéficier d'un examen de prévention en santé. Ce travail d'information et de prévention pourra également se réaliser dans le futur service national universel. Reste que la communication des informations et la coordination entre les professionnel.le.s ne sont pas toujours effective : pour le CESE, le rôle de la médecine scolaire est aussi de contribuer à une bonne transition sur le plan de la santé, entre la vie lycéenne et la vie étudiante ou active.

Préconisation 10

Associer la médecine de l'Education nationale à la négociation des contrats locaux de santé : définition des priorités locales de santé, modalités de la coordination médicale pluridisciplinaire.

Préconisation 11

Assurer la continuité de la prévention santé après le lycée et pour cela :

- mieux informer les lycéen.ne.s sur les ressources médico-psycho-sociales qu'il.elle.s pourront mobiliser à l'issue de leur scolarité ;
- mieux informer sur la possibilité d'un examen en prévention santé, proposé dès 16 ans par la caisse d'assurance maladie ;
- définir les modalités d'une articulation entre la médecine scolaire, le.la médecin traitant.e et la médecine universitaire.

4. Mettre en place une plateforme d'orientation facilement accessible

La signature par le ministère de l'Education nationale d'un partenariat avec l'Association nationale des Maisons des adolescent.e.s, illustre la place centrale qui leur est donnée dans la politique de l'Etat pour le bien-être des jeunes, la prévention, l'accompagnement et la prise en charge des troubles de santé pouvant conduire à l'échec scolaire. Présentes dans la quasi-totalité des départements, elles accueillent anonymement les adolescent.e.s et leur famille, « *quels que soient leurs questionnements ou leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, sociale...)* ». Elles interviennent de façon gratuite et anonyme, avec ou sans rendez-vous. Elles sont financées principalement par les ARS et les collectivités territoriales. L'action des MDA pour diriger les élèves entré.e.s en contact avec elles vers les professionnel.le.s de santé, est essentielle. Leurs pratiques (en termes d'accueil et d'orientation) mais aussi les moyens dont elles disposent diffèrent selon les territoires.

Pour le CESE, les efforts devraient désormais porter sur la capacité à apporter des réponses dans un délai bref et s'il le faut de façon anonyme, aux élèves confronté.e.s à une difficulté. Les ressources thérapeutiques existent, mais leur manque de visibilité, les délais pour y accéder ou leur coût entravent le recours aux soins. Conçu par la Fondation Santé des Étudiants de France, en collaboration avec le Rectorat de Paris et l'ARS d'Ile de France, le dispositif FIL HARMONIE a prouvé son efficacité. Cette ligne téléphonique apporte un soutien aux professionnel.le.s, qui cherchent à aider un.e jeune à s'engager dans une démarche de soins. Peut-être plus ambitieux, parce qu'il s'adresse directement aux jeunes, l'outil mis en place au Canada dans le cadre du programme « ACCESS Esprits ouverts » pour améliorer l'accès aux services de santé mentale est une référence utile. Des professionnel.le.s (assistant.e.s sociaux.ales, infirmier.ère.s...), formé.e.s et agréé.e.s, sont accessibles par téléphone et en mesure de fournir aux jeunes une évaluation de santé mentale dans les 72 heures ainsi qu'un soutien avant l'accès à un autre service.

Le CESE est favorable à la mise en place d'une solution similaire en France. Elle implique de former du personnel (issu de différentes disciplines) qui sera en mesure de répondre et d'orienter le.la jeune appelant.e. L'expertise des intervenant.e.s agréé.e.s de cette plateforme, qui devra avoir été reconnue par les professionnel.le.s de santé locaux.ales, contribuera à ce que les soignant.e.s aient confiance dans leur analyse et dans les délais qu'il.

elle.s préconiseront pour leur intervention. Cela permettra également de ne pas médicaliser à outrance et de ne pas surcharger les consultations. Un tel dispositif peut être mis en œuvre selon des modalités différentes, en fonction de la coordination pluridisciplinaire existante (entre médecins libéraux, Centres médico-psychologiques (CMP), médecin de l'Education nationale...) au niveau de chaque bassin de vie.

Préconisation 12

Demander aux pouvoirs publics de créer une plateforme pour orienter rapidement les élèves et leur famille quand il.elle.s sont confronté.e.s à une difficulté de santé physique ou mentale.

C - Valoriser, évaluer et contrôler l'action de l'école sur la santé

1. Valoriser les métiers de la santé à l'école

La santé des élèves ne dépend pas que des professionnel.le.s de la santé. Cet avis met l'accent sur la nécessaire coordination entre parties prenantes du bien-être des élèves, du secteur médical ou d'autres champs concernés. La synergie entre les intervenant.e.s, qu'il faut se fixer comme objectif premier, implique des changements dans la façon de travailler de chacun.e. Ces changements sont, pour le CESE, une source de valorisation des métiers concernés.

Rendre la médecine scolaire plus attractive

La création en 2017 d'une Formation spécialisée transversale (FST) de médecine scolaire accessible aux futur.e.s internes de médecine générale pendant leur internat va dans la bonne direction. Pour autant, elle ne suffira pas. Pour cette raison, mais aussi parce qu'il considère que cela profitera finalement aux médecins et aux patient.e.s, le CESE considère que la mobilité entre les différents emplois de la médecine doit être encouragée sans attendre.

Le niveau des rémunérations est un frein à l'orientation vers la médecine scolaire : il faut lever cet obstacle. Pour ce qui est des autres médecins de la fonction publique, l'attractivité de la médecine scolaire passe par la réduction des écarts dans les grilles indiciaires, le rapprochement des régimes indemnitaires et des déroulements de carrière. Cette mobilité devrait aussi intéresser des médecins venu.e.s d'autres horizons comme, par exemple, de la médecine du travail : leur revenu est également à prendre en compte dans le cadre de cette revalorisation.

Il s'agit plus fondamentalement de s'inscrire dans une logique de parcours de carrière : le choix de la médecine scolaire doit trouver tout son sens dans un cheminement professionnel, c'est-à-dire valoriser les expériences professionnelles passées mais aussi contribuer positivement à la suite de la carrière.

Dans ce contexte, le CESE estime que la médecine scolaire ne redeviendra attractive que si les missions et les responsabilités qu'elle comprend sont redéfinies, connues et valorisées. Les préconisations formulées dans le présent avis s'inscrivent dans cette direction : elles consacrent l'intervention de la médecine scolaire dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de promotion de la santé à l'école ; elles lui confient une responsabilité pour que dans le respect du secret médical, la circulation de l'information soit plus fluide et plus continue entre les professionnel.le.s de la santé et l'école, cela dans l'intérêt des élèves ; elles placent le.la médecin de l'Education nationale au centre de la coordination et des partenariats entre l'école et les parties prenantes de la santé de l'enfant (médecin traitant.e, assistant.e.s sociaux.ales, éducateur.rice.s., familles...) ; elles proposent enfin (cf. point 2) infra de renforcer le rôle du.de la médecin de l'Education nationale en matière de veille épidémiologique et de consolider ses liens avec les structures de recherche.

Pour le CESE, une telle évolution implique de réaffirmer le rôle du.de la médecin de l'Education nationale comme coordinateur.rice. Il.elle doit tout à la fois être à la tête d'une équipe de santé scolaire pluriprofessionnelle, et pilote d'un dispositif au croisement de l'école et de la santé. Cela impose de mieux reconnaître le temps de coordination comme une part importante de son travail : les temps consacrés aux échanges entre professionnel.le.s, aux travaux de synthèse, au suivi du parcours des élèves doivent être valorisés. Ce travail est nécessaire pour la santé des élèves : c'est aussi pour cette raison que le CESE juge la réduction des effectifs de cette profession très préoccupante.

La diversité des organisations de travail et des structures hiérarchiques rend plus délicate la question de la prise en charge de la santé des élèves. L'absence de lien entre l'infirmier.ère et le.la médecin de l'Education nationale peut par exemple rendre difficile l'approche globale que promeut cet avis et l'exercice par le.la médecin de l'Education nationale de son rôle de coordination. Cela confirme la nécessité de développer la coordination infirmier.ère / médecin de l'éducation nationale / psychologue / assistant.e. sociale.

Valoriser l'action des autres acteur.rice.s de la santé à l'école

Il faut tirer davantage les conséquences du rôle que jouent d'autres professionnel.le.s pour la santé des élèves et valoriser la complémentarité des interventions. C'est donc sur la coordination, l'animation, la conduite de projets qu'il faut mettre l'accent. Le CESE plaide pour que les compétences développées en ce domaine soient reconnues et valorisées : elles doivent, pour les professionnel.le.s qui les mettent en œuvre, constituer des perspectives d'évolution.

Le CESE réitère les propositions qu'il a avancées dans son récent avis sur les déserts médicaux dans des développements consacrés à la médecine du futur : constatant une sous-utilisation des compétences acquises par certain.e.s professionnel.le.s de santé non médecins, il plaide pour une meilleure répartition des tâches.

Sur ce plan, la réorganisation des examens de santé à l'école par l'arrêté de novembre 2015 qui confie la visite de la sixième année au médecin scolaire et la visite de dépistage de la douzième année à l'infirmier.ère, a marqué un changement. Les infirmier.ère.s de l'Education nationale, recruté.e.s sur concours organisés par les académies, reçoivent en principe une formation de quelques jours, organisée par les rectorats. Dans son

rapport précité, l'Académie de médecine juge nécessaire de leur assurer un enseignement spécifique plus long, comportant une formation sociétale et environnementale ; le CESE soutient cette proposition : pour tenir compte de leurs origines professionnelles très diverses, cette formation devrait en particulier comprendre un enseignement spécifique à la pédiatrie, la psychiatrie et la santé publique.

Sur un autre plan, la place des psychologues à l'école est d'ores et déjà en pleine évolution. En novembre 2016, la mission « bien-être et santé » des jeunes faisait un constat sans équivoque: les personnels du système éducatif officiellement désignés pour exercer des missions de psychologues (psychologues scolaires et conseiller.ère.s d'orientation-psychologues), sont « *d'avantage sollicités pour réguler le système lui-même que pour analyser les problèmes psychologiques des élèves* » (rapport de la Prof. Marie-Rose Bono et de M. Jean-Louis Brison précité). La création d'un corps unique de psychologues de l'Education nationale depuis la rentrée 2017, se voulait une réponse à cette situation. Le CESE estime que deux conditions doivent être satisfaites pour qu'une telle évolution soit positive : que la formation initiale et continue des psychologues de l'Education nationale soit adaptée aux besoins en soutien psychologique des élèves ; que leur intervention, lorsque cela est nécessaire, se réalise dans le cadre d'une prise en charge coordonnée dont, s'il y va de l'intérêt de l'enfant, parents et enseignant.e.s seront informé.e.s.

Préconisation 13

Faire des professions de la santé à l'école des métiers attractifs par les missions et responsabilités qu'ils comprennent, ce qui implique :

- de revaloriser les rémunérations de façon à ce qu'elles ne soient plus un frein à l'orientation ou la mobilité vers la médecine scolaire ;
- de valoriser les fonctions de pilotage et de coordination du. de la médecin de l'Education nationale en consacrant sa place au croisement de l'école et de la santé ;
- d'assurer aux infirmier.ère.s de l'Education nationale une formation d'adaptation à leur emploi plus développée après leur réussite aux concours organisés par les académies ;
- de renforcer le rôle et la place des infirmier.ère.s, psychologues de l'Education nationale et de reconnaître d'autres acteur.rice.s extérieur.e.s à l'école dont les médecins traitant.e.s, les éducateur.rice.s et les assistant.e.s sociaux.ales comme parties prenantes en les inscrivant dans la coordination.

A plus long terme, le changement devrait aussi passer par la « pratique avancée » qui permet à des métiers de santé de niveau intermédiaire, à la formation et aux compétences reconnues, d'intervenir sur ce qui, dans le cadre actuel, relève de l'exercice médical. Le CESE a mis l'accent sur ses opportunités dans un chapitre de son avis *Les déserts médicaux* consacré à la médecine du futur. Pour le CESE, c'est dans les champs de la conduite, le pilotage de projets coordonnés en prévention mais aussi du dépistage et de l'orientation en santé des élèves que ces métiers nouveaux pourraient être mis en place.

2. Mettre en place une veille épidémiologique et inscrire la médecine scolaire dans les réseaux de recherche

Il persiste en France un manque de données épidémiologiques important sur l'état de santé des enfants scolarisé.e.s. Cette carence est d'autant plus dommageable qu'elle intervient dans un contexte plus général marqué par l'insuffisance de la recherche sur la santé des jeunes et des enfants. Les travaux en santé publique dédiés à l'enfant manquent ou quand ils existent, ne sont pas connus ou n'aboutissent à aucun changement de conduite clinique particulière. Une initiative comme le Manifeste des droits des enfants pointe les carences de la recherche.

Le ministère des Solidarités et de la santé (DREES, DGS), les ARS, les Observatoires régionaux de santé ou Santé publique France collectent et analysent des données sur la santé des enfants. De son côté, le ministère de l'Education nationale dispose d'informations sur l'état du système d'éducation, l'évolution des performances des élèves et de leurs capacités d'apprentissage à travers notamment les travaux menés par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) ou engagés avec des organismes de recherche.

Ces données ne sont pas suffisamment croisées et le CESE estime que le rôle que pourraient jouer les infirmier.ère.s et médecins de l'Education nationale dans leur recueil et leur analyse devrait être davantage reconnu et valorisé afin d'évaluer les actions et de faire de ces données, des indicateurs des évolutions à l'œuvre dans les établissements. Les auditions conduites devant la section des Affaires sociales et de la santé ont montré que dans l'exercice de leurs missions, médecins et infirmier.ère.s de l'Education nationale sont confronté.e.s à de nombreuses situations dont ni le ministère de la santé ni celui de l'Education nationale ne sont en mesure de tirer des enseignements en termes d'évolution des politiques publiques. Le Professeur Laurent Gerbaud, Professeur des Universités, chef du pôle Santé Publique du CHU de Clermont-Ferrand a par exemple relevé que l'augmentation des demandes de reconnaissance de handicap et des cas de « dys » n'avait pas été suffisamment analysée. Les associations de parents d'élèves se sont pour leur part interrogées sur le sens que pouvaient avoir les fortes différences observées entre les départements dans le nombre de demandes d'adaptation de la scolarité ou des examens. Les représentant.e.s des médecins et infirmier.ère.s de l'Education nationale, ont rappelé qu'il.elle.s étaient en mesure de participer à des travaux scientifiques à travers le recueil et la communication de données chiffrées pour la recherche épidémiologique mais aussi qu'il.elle.s étaient à même de participer à l'élaboration des diagnostics des besoins de santé propres à un bassin de vie.

Préconisation 14

Valoriser, en matière de recherche épidémiologique,

- le rôle de l'infirmier.ère dans le recueil des données ;
- le rôle du.de la médecin de l'Education nationale comme interlocuteur.rice des structures de recherche pour l'exploitation des données et leur évaluation.

3. Suivre, évaluer et contrôler la mise en œuvre effective des actions de promotion de la santé et la coordination santé/école

Un premier constat s'impose d'emblée : le projet annuel de performance du programme 230 de la mission « Enseignement scolaire » ne permet pas une évaluation approfondie des progrès réalisés dans l'objectif de « *promouvoir la santé des élèves et contribuer à améliorer leur qualité de vie* » (objectif 2 du programme « vie de l'élève »). Les trois seuls indicateurs retenus (proportion d'élèves des écoles en Education prioritaire ayant bénéficié d'une visite médicale dans leur 6ème année ; qualité de vie perçue des élèves de troisième ; taux de couverture des prescriptions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour la scolarisation des élèves en situation de handicap) sont à l'évidence insuffisants.

Chaque année, le ministère de l'Education nationale présente par ailleurs une trentaine d'indicateurs qui, de la réussite au baccalauréat en passant par le niveau en langues étrangères ou le niveau de la dépense pour l'éducation, illustrent les forces et les faiblesses de l'école française. La scolarisation des élèves en situation de handicap fait l'objet d'un suivi statistique annuel qui permet de connaître l'évolution de leur mode de scolarisation, la répartition selon la déficience, la situation scolaire à 14 ans selon la nature du trouble. Le climat scolaire fait également l'objet d'un suivi national, sur la base notamment de l'évolution de l'absentéisme des élèves, du nombre d'incidents graves déclarés ou de la part des enseignements non assurés. L'enquête de climat scolaire, proposée par le réseau de Création et d'accompagnement pédagogique (CANOPEE) pour produire une photographie du climat scolaire dans une école, un collège ou un lycée est également un outil à signaler. Cette enquête n'est toutefois réalisée que sur la base du volontariat, et ses résultats ne sont restitués qu'au seul établissement qui l'a demandé. Surtout, cet avis l'a déjà indiqué, le champ du climat scolaire n'est pas celui de la santé des élèves.

Le CESE ne peut donc que déplorer qu'aucun des 34 indicateurs ne porte sur la santé des élèves. Il n'existe pas par exemple, de bilan des actions d'éducation à la santé inscrites dans les projets d'école et d'établissement. De cette absence de suivi, il résulte le sentiment que les priorités affirmées, nombreuses et non coordonnées, n'en sont pas vraiment.

Interrogée sur le suivi de la convention de partenariat Santé / Education, la DGS a indiqué qu'un comité de pilotage, présidé par la DGS, la DGESCO et la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), avait été mis en place. Cette instance de coordination a notamment pour mission le suivi des objectifs opérationnels en recueillant auprès des ARS, rectorats et universités, les informations quantitatives et qualitatives relatives aux actions réalisées dans un cadre intersectoriel. Ce comité de pilotage ne s'est pour le moment réuni qu'une seule fois, le 6 avril 2017 et il n'est prévu qu'il ne se réunisse qu'une fois par an.

Pour le CESE, il ne fait pas de doute au regard du constat dressé tout au long des auditions, que ce schéma ne permettra pas de progresser véritablement : l'évaluation doit être davantage organisée, dans sa fréquence et dans sa pertinence. Il convient en outre de la rapprocher des territoires, collèges, lycées et écoles : l'objectif est bien qu'à travers cette

évaluation, l'implication de chacune des parties prenantes de la santé à l'école (premier des axes de cet avis) soit rendue effective.

Il faut pour cela déterminer des indicateurs sur la base desquels seront évalués et contrôlés d'une part, la mise en œuvre dans le cadre des projets d'école et d'établissement des actions de promotion de la santé et d'autre part, les progrès réalisés dans la coordination entre les acteur.rice.s de santé et de l'Education nationale.

Notre institution estime que ces indicateurs devraient s'inscrire dans les grands axes de cet avis et assurer le suivi des préconisations qui y sont formulées :

- en termes de formation initiale et continue sur la promotion de la santé et la coordination santé : des conventions sont-elles conclues entre les ARS et les ESPE pour mettre en place des formations ? Ces formations associent-elles effectivement les personnels de l'Education nationale, enseignant.e.s et membres de l'équipe de médecine scolaire, professionnel.le.s de la santé du territoire, assitant.e.s et éducateur.rice.s sociaux.ales ?
- en termes de promotion de la santé : tous les établissements et notamment ceux du 1^{er} degré, ont-ils intégré les 3 axes du PES dans leur projet d'école/d'établissement ? Le médecin de l'Education nationale a-t'il.elle été associé.e à la définition du PES ?
- en termes de soutien et de circulation de l'information : l'établissement a-t'il informé les parents de leurs droits ? Qu'est-il fait pour éviter les « ruptures » dans la réponse aux besoins particuliers de certain.e.s élèves ? Des instances de dialogue ont-elles été mises en place ?
- en termes de coordination et de réponse aux besoins des élèves : les équipes médico-sociales des établissements scolaires ont-elles été associées à la définition de la coordination médicale locale et aux contrats locaux de santé ? Les établissements sont-ils engagés dans un processus de contractualisation au niveau du bassin de vie ? Un.e interlocuteur.rice unique facilement joignable a-t'il.elle été mis.e en place ?

Pour le CESE, les critères doivent être déterminés au niveau national. Le CNESCO, créé par la loi pour la refondation de l'Ecole de 2013 pour développer une expertise sur les voies et moyens d'une évaluation indépendante, devrait être mis à contribution. Mais une fois ces critères d'évaluation identifiés, les informations doivent remonter de chaque établissement et école : c'est ainsi l'importance de l'implication des directeur.rice.s d'école et des chef.fe.s d'établissements qui est soulignée.

Préconisation 15

Finaliser la liste des indicateurs et confier aux directions des services départementaux de l'Education nationale et des académies le soin d'assurer le suivi de leur mise en œuvre par les établissements scolaires.

Conclusion

Adoptée par un décret du 29 décembre 2017, la nouvelle stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 annonce d'emblée l'ambition d'inscrire la politique de santé de l'enfant dans une démarche globale : « *La politique de santé de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de ses effets de long-terme sur le développement de l'enfant et sa réussite éducative, ainsi que sur les inégalités de santé.* ». Cette même stratégie affiche la volonté de « *garantir la mise en œuvre effective du parcours éducatif de santé, de la maternelle ou lycée* ».

Avec cet avis, le CESE constate que ces principes dont l'affirmation par les pouvoirs publics n'est pas nouvelle, sont encore trop insuffisamment concrétisés. Pour notre assemblée, il y a urgence à agir pour la santé des enfants. L'opérationnalité passe par trois canaux :

- l'implication de toutes les parties prenantes dans la protection et la promotion de la santé à l'école ce qui implique la formation des membres de la communauté éducative et des professionnel.le.s de la santé à la connaissance du rôle des un.e.s et des autres, à la méthodologie de la conduite de projets communs pour la promotion de la santé ;
- l'amélioration de la coordination entre l'école, les acteur.rice.s des champs social, sanitaire et médico-social, les parents, avec la valorisation autour de cet objectif de la médecine scolaire ;
- l'évaluation des réalisations, impérative si l'on veut tirer le meilleur parti de ce qui existe, généraliser les bonnes pratiques sur les territoires pour réduire les inégalités et répondre plus efficacement aux nouveaux enjeux.

Enclencher ce processus dès maintenant n'empêche pas de s'inscrire dans le plus long terme. L'Education nationale scolarise plus de 12 millions d'élèves, pour une durée de plus de 18 ans en moyenne : elle est une actrice incontournable d'une « prévention durable » en santé.

Par ailleurs, même si l'objet de cet avis est la santé des élèves, il importe de souligner la responsabilité de l'Education nationale envers la santé de ses personnels et la nécessité de progrès sensibles en ce domaine car une politique ambitieuse de santé se doit de prendre en compte, pour être pleinement efficace, l'ensemble des situations de travail des acteur.rice.s concerné.e.s.

De notre capacité à faire aujourd'hui de l'école un lieu de protection et de promotion de la santé de tou.te.s, dépendent non seulement le bien-être des enfants, mais aussi leur capacité à acquérir des connaissances, réussir leur scolarité et préserver leur vie future d'adultes.

Déclarations des groupes

Agriculture

La bonne santé est essentielle au développement d'une société ; elle l'est d'autant plus pour les enfants car elle conditionne la réussite de leur vie d'adulte. La médecine scolaire joue donc un rôle primordial, dans la mesure où elle permet d'exercer un suivi de l'ensemble des élèves, sans distinctions.

Au regard de tels enjeux, le groupe de l'agriculture éprouve une certaine déception à la lecture de cet avis car nous avons le sentiment qu'il s'écarte parfois du sujet de la santé des élèves. En effet les préconisations s'attardent un peu trop sur les éléments de gouvernance et de qualité de l'environnement à l'école qui, sans en minorer l'importance, ne constituent pas les réponses premières aux objectifs poursuivis par cette saisine.

Nous aurions apprécié des développements et des propositions plus étayés sur la promotion de l'activité physique et sportive dont les bénéfices sanitaires et psychologiques sont scientifiquement reconnus et incontestables.

Nous approuvons en revanche l'amélioration de la coordination des politiques de santé proposées par les différents acteurs. Il est vrai que le fonctionnement en « silos » des divers dispositifs est souvent aussi contreproductif que coûteux. Un décroisement et un renforcement du dialogue entre les professionnels de santé - médecine générale et médecine scolaire - devraient améliorer le suivi des enfants et des élèves. Cela permettra par ailleurs, d'éviter les ruptures de prise en charge dès qu'un adolescent rencontre un changement de situation, par exemple en quittant l'école.

Compte tenu des spécificités des métiers agricoles, nous soutenons fortement le renforcement des dispositifs d'information et de sensibilisations aux facteurs de risques. La sécurité sociale agricole - la MSA - propose ainsi un accompagnement adapté des enseignants agricoles afin de sensibiliser les élèves à la santé-sécurité au travail et aux risques en agriculture.

Le partenariat a même été renforcé ces derniers mois puisque les jeunes élèves et étudiants agricoles peuvent désormais avoir accès à une information claire et attractive sur les valeurs et les principes de la sécurité sociale ainsi que sur le système de solidarité. Le groupe de l'agriculture a voté l'avis.

Artisanat

La promotion de la santé des élèves fait désormais partie des missions assignées à l'école, de la maternelle à la terminale. C'est en effet un des leviers essentiels pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et pour favoriser la réussite scolaire.

Principal lieu de vie des enfants et des adolescents, l'école est ainsi chargée à la fois de donner à tous les jeunes les clés nécessaires pour adopter des comportements favorables à leur santé ; mais elle doit aussi repérer les difficultés et aider ceux qui rencontrent des problèmes de santé à poursuivre leur scolarité dans les meilleures conditions possibles.

Qu'en est-il en réalité ?

Les auditions préparatoires à cet avis nous ont montré combien il existait un fossé entre ces objectifs et leur mise en œuvre, s'agissant du suivi sanitaire des élèves, de leur orientation vers les soins ou encore de l'aménagement de la scolarité de ceux qui en ont besoin.

C'est ainsi que des jeunes, des parents, mais aussi des enseignants peuvent se sentir seuls et démunis, pour identifier les personnes ressources ou pour mettre en place des réponses adaptées.

Pourtant, les compétences existent, mais elles sont mal identifiées et peu articulées entre elles. De même, des outils de programmation et des instances de réflexion et d'échange ont été créés, mais leur mobilisation reste insuffisante.

Il s'agit donc de rendre opérationnelle la politique de santé de l'école ; c'est le sens des préconisations formulées par cet avis.

La première priorité d'action que retient le groupe de l'artisanat est l'impérative nécessité de faire travailler ensemble tous les acteurs de l'équipe éducative.

Cela suppose que chacun ait une bonne connaissance du rôle et des responsabilités de l'autre et surtout, que le chef d'établissement facilite la coordination entre tous, en mettant la santé au cœur du projet pédagogique.

La deuxième priorité est de décloisonner l'école et de l'ouvrir sur son environnement.

Elle doit être, en effet, partie prenante de la conception et de la mise en œuvre de la politique de santé de son territoire. Mais elle doit également nouer des partenariats avec les professionnels de santé de son bassin de vie, tels que le CMP et les médecins libéraux. Il s'agit d'organiser une communication régulière et fluide permettant de répondre efficacement aux problématiques de santé des élèves.

Cela suppose enfin de mieux associer les parents à la politique de santé de l'école, autant pour les impliquer dans les objectifs et les actions conduites, que pour les accompagner en cas de difficultés rencontrées par leur enfant.

La troisième priorité est celle des moyens.

La mise en œuvre effective du Parcours de santé des élèves, tout au long de leur scolarité, exige de réévaluer les moyens consacrés à la médecine scolaire. En effet, la baisse générale des effectifs depuis dix ans conduit à une pénurie de médecins scolaires qui s'avère

Déclarations des groupes

particulièrement préjudiciable aux territoires confrontés à une forte précarité économique et sociale, avec un manque cruel de dépistage et d'accompagnement des jeunes.

Il est donc essentiel de rendre plus attractifs les métiers de la santé à l'école et surtout d'adapter les moyens qui y sont consacrés aux particularités des territoires.

Le groupe de l'artisanat a tenu à saluer le caractère pragmatique des préconisations formulées par l'avis et il a voté en sa faveur.

Associations

Le suivi sanitaire des élèves est insuffisant dans notre pays. En effet, d'après les chiffres les plus récents, moins de la moitié des élèves concernés bénéficient effectivement à l'école des bilans médicaux prévus par la loi. Les causes de ce phénomène sont multiples : baisse continue des effectifs de médecine scolaire, accroissement des inégalités sociales et territoriales, manque de moyens mais aussi de coordination des différents acteurs...

Alors que l'école constitue pour de nombreux foyers et territoires la seule garantie d'un accès à la santé des enfants et à leur suivi, la médecine scolaire s'avère particulièrement importante en matière de dépistage et de prise en charge précoce d'élèves atteints de pathologies ou troubles divers. En effet, sans détection ni diagnostic, ces troubles ont de très fortes chances d'impacter la vie future de ces élèves, tant sur le plan social, affectif que professionnel. Comme proposée, la réponse globale pluridisciplinaire prend tout son sens, et joue un rôle majeur dans la réduction des inégalités sociales.

L'avis avance plusieurs solutions, auxquelles notre groupe adhère. La première concerne la formation des enseignants et du personnel médical sur les questions de prévention en santé. L'organisation et la mise en œuvre d'une politique éducative et sociale de santé, intégrée au projet d'école ou d'établissement, nous paraît à ce titre une très bonne voie.

Dans ce cadre, il nous semble essentiel de construire non seulement des partenariats solides avec les acteurs de la santé extérieurs à l'école, d'articuler leur activité avec le projet pédagogique, mais aussi d'élargir ce collectif. Parents d'élèves, collectivités territoriales et associations de proximité (sportives, culturelles, d'éducation populaire) sont autant d'acteurs indispensables pour tisser des liens utiles et durables à la santé et bien-être des enfants.

Aussi, par exemple, créer un environnement favorable, au sein d'un projet d'école ou d'établissement comme le PEDT, pour une pratique coordonnée école/associations sportives scolaires/clubs sportifs locaux serait un atout majeur permettant de lutter contre une sédentarité lourde de conséquences chez des enfants et adolescents. Au-delà de la dimension physiologique (lutte contre l'obésité), mentionnons également l'apprentissage en acte de valeurs comme le respect des autres, des règles, etc. Enfin, si ces communautés éducatives et de santé élargies fonctionnent ensemble, autour des élèves eux-mêmes, le caractère durable et pérenne de ces apprentissages s'en trouvera assuré pour une culture préventive utile à toute une société.

Enfin, évoquons l'importance de l'alimentation à l'école. Nous rappelons que la première nécessité est de proposer à chaque élève un repas sain et équilibré, à un prix accessible pour les familles. En outre, soulignons que nous sommes loin, à ce jour, de l'objectif de 20% d'ici 2020 de bio dans les cantines que fixait le Grenelle de l'Environnement en 2007. Pourtant, une très grande majorité des Français y est favorable, et cela aurait des avantages tant en termes de santé des élèves que de soutien à une agriculture biologique, plus respectueuse de l'environnement. Il manque à cet égard une volonté politique forte. Notre groupe a remercié les rapporteurs. Il a voté pour l'avis.

CFDT

L'école, en matière de santé scolaire, doit continuer de contribuer à une politique de santé publique fondée sur la prévention, articulée à l'objectif d'une école inclusive, en capacité de s'adapter aux élèves et à leurs besoins pour faciliter leurs apprentissages.

La santé scolaire doit également permettre de réduire les inégalités d'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. L'éducation à la santé doit permettre à l'élève, l'acquisition des connaissances et compétences pour que, devenu citoyen, il puisse réaliser des choix en matière de santé.

Ce projet d'avis porte à la fois cette exigence d'inclusion et une vision globale de la santé qui consiste au-delà de l'absence de maladie ou d'infirmité, « à un état complet de bien-être physique, mental et social » comme le définit l'Organisation mondiale de la santé en évoquant la question de la qualité de l'environnement de l'école.

Pour atteindre ces objectifs, l'avis propose de décroïsonner les différentes structures qui interviennent afin qu'elles concourent bien à la santé des élèves. À ce titre nous soutenons les préconisations visant à inscrire la coordination santé dans le temps et à l'organiser localement.

Pour la CFDT, il s'agit à la fois d'améliorer la transmission des informations entre PMI, médecin traitant et Éducation nationale, et de rendre la visite médicale de la sixième année effective pour tous, quel que soit le territoire. Elle doit devenir le point de départ de la coordination pour le repérage, le soin et le suivi des troubles, en lien étroit avec les parents.

L'appropriation des questions de santé à l'école doit être le fait des équipes éducatives, pluridisciplinaires en lien avec les communautés de santé et celles du médico-social du bassin de vie, en interaction avec les parents et les autres intervenants autour des élèves comme le préconise le projet d'avis.

Si la mise en place de ces équipes pluridisciplinaires au sein de l'Éducation Nationale est impérative pour mieux prendre en charge la santé des élèves, les postes créés, en particulier de médecins et infirmier.es scolaires, sont insuffisants.

Une politique volontariste s'impose pour rendre plus attractifs les métiers des professions de la santé à l'école au regard de leurs missions et responsabilités, ce qui implique de revaloriser les rémunérations, d'offrir des perspectives de carrières comme le propose le projet d'avis, et l'accès à l'emploi titulaire pour les contractuels.

Déclarations des groupes

Nous devons enfin évaluer la mise en œuvre des actions de promotion de la santé et de la coordination santé/école en finalisant comme proposé la liste des indicateurs de suivi. En conséquence, nous avons voté cet avis.

CFE-CGC

Partant du constat que la santé des élèves est un facteur essentiel dans l'acquisition des savoirs, le groupe CFE-CGC a voté cet avis puisqu'il s'attache à faire des propositions pour améliorer la qualité de vie et la santé de nos enfants.

Cet avis montre bien la relation étroite entre la santé, le bien-être des élèves et la réussite scolaire.

Cet avis souligne également les nombreuses inégalités territoriales et sociales qui existent en France, la faiblesse des moyens de la médecine scolaire et les insuffisances en matière de prévention. L'orthophonie en est d'ailleurs un exemple criant.

Pour la CFE-CGC, il y a donc urgence à agir car malheureusement tous nos jeunes ne sont pas en bonne santé !

C'est pourquoi, notre groupe tient à mettre en exergue quelques préconisations parmi les 15 de cet avis, à savoir :

- renforcer la formation sur la santé, la coordination et la collaboration de tous les acteurs : professionnels de santé avec ceux de l'éducation afin qu'ils travaillent de façon plus collective et collégiale ;
- faire des professions de santé à l'école des métiers attractifs, en valorisant ces métiers et en revalorisant leurs rémunérations. Nous devons aussi répondre à une urgence, celle de la pénurie de médecins scolaires. Si rien n'est fait, l'école risque de devenir un « désert médical-scolaire » ;
- garantir la qualité de l'environnement de l'école car nous ne devons plus tolérer sa dégradation. Ne l'oublions pas : le « capital santé » d'une personne se construit dès sa naissance...

Justement, pour protéger ce « *capital santé* » il faut absolument développer l'activité sportive de nos jeunes, aussi bien à l'école qu'à l'extérieur des établissements scolaires. L'objectif est d'améliorer leur santé et lutter contre la sédentarité qui touche de plus en plus les enfants.

Il faut donc revaloriser la place du sport à l'école et notamment l'image de l'EPS (Éducation physique et sportive) et soutenir les actions de l'Union nationale du sport scolaire. Le sport scolaire doit être reconnu comme vecteur de socialisation et d'éducation à la santé.

Notre groupe tient à remercier les rapporteurs pour le focus fait sur les élèves en situation de handicap. Nous partageons leur constat, à savoir : difficultés pour ces enfants à être scolarisés, difficulté pour organiser le travail des auxiliaires de vie scolaire...

Nous tenons aussi à saluer l'intervention de Sofia et Yannis, ces deux jeunes ambassadeurs de l'UNICEF France. Bravo à vous deux pour les propos que vous avez tenus et les alertes que vous avez formulées au nom de vos camarades.

Pour conclure, le jeune doit devenir acteur de sa santé et nous devons, pour cela, l'aider et l'accompagner tout au long de sa scolarité ! Car la santé de nos jeunes est l'affaire de toutes et tous !

Pour le groupe CFE-CGC, la santé des jeunes est un investissement social d'avenir, et non une dépense ou un coût financier.

CFTC

L'Éducation Nationale scolarise plus de 12 millions d'élèves, pour une durée de plus de 18 ans. L'école est donc un lieu incontournable pour que la santé des élèves fasse l'objet d'une attention particulière compte-tenu de ses effets sur le développement de l'enfant, sa réussite éducative ainsi que sur les inégalités de santé.

Dans cet avis, la prévention est essentielle pour que les élèves, de la maternelle au lycée puissent non seulement avoir une bonne scolarité mais aussi un cadre de vie scolaire sain et protecteur.

Pourtant, force est de constater que par manque de moyens, de formations, de temps, l'école est loin d'être cet espace incontournable pour la prise en charge de la santé des enfants.

C'est pour cette raison que le groupe CFTC soutient la première préconisation sur le renforcement de la formation de tous les acteurs de l'école mais aussi des professionnels de la santé.

Les élèves ne sont pas égaux en matière de santé en fonction du lieu géographique de l'établissement qu'il fréquente.

Le groupe CFTC soutient donc la préconisation numéro deux sur l'obligation de garantir, avec les collectivités territoriales, la qualité de l'environnement de l'école. Et en particulier le renforcement des mesures des pollutions sonores, de la qualité de l'air et de la pollution au sol environnant les établissements scolaires.

Une meilleure coordination entre les différents professionnels de la santé des élèves, les parents, les décideurs locaux, les bâtisseurs d'école est urgente. C'est ce qui est demandé dans les préconisations 8, 9 et 10.

L'avis est basé sur des réponses adaptées et rapides aux besoins des élèves, il y a urgence. Lors d'auditions nous avons entendu : « *ce que vivent nos enfants, nous n'accepterions pas de le vivre en tant qu'adulte* ». Exemples : le bruit dans les cantines peut atteindre 90 à 100 décibels ! L'état de propreté des sanitaires rebute un grand nombre d'élèves.

Déclarations des groupes

Nous avons le devoir de protéger les élèves contre toute atteinte à leur santé physique, morale et psychologique. Les préconisations de cet avis apportent des réponses concrètes. La CFTC a donc voté cet avis.

CGT

Les années passent, les rapports, les décrets et autres circulaires s'entassent sur les bureaux des ministères, les uns soulignant les situations souvent dramatiques traversées par les élèves en difficultés, tout comme leurs familles et le désarroi du monde enseignant.

Pour les autres : circulaires et conventions cadre s'additionnent depuis les années 1990, pour réaffirmer la volonté des pouvoirs publics de faire de la santé à l'école une priorité.

Cependant, la crise de la santé à l'école ne cesse de s'aggraver ! Cette crise révèle l'ampleur de l'écroulement d'un système pourtant pensé a priori pour accompagner, prévenir, combattre les inégalités. Mais, faute de moyens et de soutien politique, il va atteindre un point de non-retour si rien n'est entrepris.

Repérer, prendre en charge les troubles de toute nature, combattre toutes formes de violence sont des conditions nécessaires aux apprentissages et à l'intégration. Face à ce devoir d'agir, le constat est là : 1055 médecins de l'Éducation nationale, soit un médecin pour 12 000 élèves, une perte d'effectifs de 20% en 10 ans. 7 600 infirmier-ère.s scolaires pour 12,5 millions d'élèves ! C'est pourquoi la CGT soutient particulièrement les préconisations 1, 6, 9 et 13 qui portent sur les moyens.

Elles forment aussi une cohérence d'ambitions en lien avec les parents et les élèves, où se conjuguent les actions de l'ensemble de la communauté éducative, des professionnels de santé et du social en renforçant leur statut.

C'est sur ce défi que le CESE nous invite à passer à l'action. Cela implique « *le travailler autrement* » sur cette trilogie qui parcourt l'avis : impliquer, décroiser, évaluer.

Cet avis concilie des préconisations susceptibles dans un temps court d'engager un véritable changement et dans un temps long d'imprimer une toute autre orientation à la médecine scolaire et au travail de la communauté scolaire. Toutes deux sont aujourd'hui dans l'empêchement de bien faire leur travail, provoquant pour les professionnels de l'éducation nationale ce que nous devons qualifier de « *souffrance éthique* ».

À l'heure où le gouvernement communique sur le fléau du harcèlement et de l'isolement en portant les enjeux de la prise de parole des élèves, à qui peuvent-ils s'adresser quand l'adulte n'est plus en situation de pouvoir écouter ?

Ainsi cet avis nous confirme l'échec des politiques suivies ces 30 dernières années en matière de santé. Une fois de plus, une ministre de la Santé nous parle de prévention, d'éducation et de promotion de santé, les actes sont attendus !

Aussi dès la prochaine rentrée scolaire, nous lui disons : « *ouvrez les écoles, osez le décroisement, la prévention, l'éducation à la santé* ». Oui, l'école est un « *espace de vie* » qui est parfois le seul lieu d'accès à la santé. Mais l'école doit être aussi « *l'école de la vie* », un lieu de construction de soi, le lieu de construction de sa santé. La CGT a voté pour cet avis.

CGT-FO

La loi de 2013 inscrit la promotion de la santé comme une des missions de l'école. C'est le lieu où les actions en faveur de la santé devraient se renforcer car c'est dès le jeune âge qu'une culture de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé doit prendre forme. Malgré cette prise de conscience, la réalité sur le terrain est malheureusement loin d'être optimiste. Dans un rapport récent, le Sénat montre à quel point la médecine scolaire est sinistrée. Comment ainsi assurer une médecine scolaire de qualité avec à peine 1000 médecins, soit 1 médecin pour 12 000 élèves. Ce rapport peut atteindre 1 médecin pour 46 000 élèves dans certains territoires.

Il est donc important et urgent de mener une vraie politique de renforcement de la médecine scolaire. Le groupe FO est en parfait accord avec les préconisations proposées dans cet avis afin de rendre les métiers de la santé à l'école plus attractifs. La rémunération de ces métiers doit ainsi être à la hauteur des enjeux que représente la santé des élèves en termes de santé publique et au-delà, car une mauvaise santé à l'école peut être source d'échec scolaire et de renforcement des inégalités sociales.

Tous les moyens doivent ainsi être mobilisés pour renforcer les effectifs de la médecine scolaire, sans quoi l'objectif d'atteindre avant 2020, 100 % de bilans de santé avant l'âge de 6 ans, annoncé dans la stratégie de santé 2018-2022, ne sera jamais atteint.

Cependant, la valorisation du travail des professionnels de la santé à l'école doit être complétée par une coopération renforcée de l'ensemble des parties prenantes. La santé à l'école doit impliquer aussi bien les parents, que les acteurs administratifs, sanitaires, ou encore les sous-traitants qui gèrent les cantines scolaires, la propreté et la sécurité des installations ou autre. Cet avis montre bien à quel point il est important que l'ensemble des intervenants échangent, coopèrent et participent pour que la question de la santé à l'école s'inscrive dans le cadre d'un projet collectif. Il est donc important de mobiliser l'ensemble des facteurs qui peuvent favoriser une bonne santé physique et psychologique des élèves et d'inscrire la santé scolaire dans une vision à long terme.

Enfin, le groupe FO insiste sur le rôle que tient l'école dans la construction de l'égalité républicaine due aux futurs citoyens. Des élèves en meilleure santé sont un des prérequis de cette égalité. Le groupe FO a voté pour cet avis.

Coopération

La santé, ou « état complet de bien-être physique, mental et social », dans une école ouverte intégratrice et inclusive : c'est tout ce que nous souhaitons pour les 12,5 millions d'élèves de France.

Les pratiques sanitaires dans nos écoles seraient trop tournées vers le curatif, selon l'avis ; de fait, faute d'effectifs et de moyens suffisants, la prévention n'est pas bien assurée et la médecine scolaire peine à assurer ses missions.

L'avis établit un état des lieux sévère : il existe un ensemble de textes pavés de bonnes intentions, mais leur mise en œuvre est peu convaincante. Le contenu de l'avis, éclairé et

Déclarations des groupes

étayé par de nombreuses auditions, conclut à l'urgence à agir non pas par de nouveaux textes de lois ou conventions, mais par la recherche d'effectivité de l'arsenal existant.

Ainsi est-il proposé d'améliorer :

- l'implication des différents acteurs, médecins scolaires, professionnels de santé, médecins traitants, professeurs, élèves, parents...;
- la coordination et collaboration des diverses instances impliquées, ARS, Unions régionales des professionnels de santé, rectorats, Éducation nationale ;
- les outils d'évaluation des progrès espérés.

À la lecture de la lettre de monsieur le ministre de l'Éducation nationale adressée au Président du CESE, il semble que son ministère soit très conscient des difficultés actuelles et ait déjà lancé un certain nombre d'actions :

- poursuite du PES (ou Parcours éducatif santé) ;
- développement de l'attractivité des métiers de la santé propres au ministère de l'éducation nationale ;
- pilotage au niveau local et académique de la politique de santé de l'éducation nationale ;
- conventions entre ARS et rectorats pour favoriser l'intersectorialité ;
- conception de guides, etc.

À part un encouragement à aller plus loin, le groupe de la coopération ne perçoit pas de grand écart entre l'avis et la politique actuelle.

Au final, le groupe a le sentiment que l'avis n'a pas assez traité la santé des élèves elle-même, les affections somatiques ou psychiques ayant une incidence sur la réussite scolaire. L'ensemble des troubles cognitifs de l'apprentissage, l'obésité infantile, les conséquences du bruit sur l'acuité auditive et donc sur l'apprentissage, la propreté des sanitaires... ont été effleurés mais insuffisamment traités.

Notre groupe espère que l'avis rendu, avec toutes ses ambitions généreuses, rencontre les attentes des deux ministères concernés. Le groupe de la coopération a voté l'avis.

Entreprises

Le CESE s'exprime aujourd'hui sur les enjeux de la santé des élèves, un sujet important pour leur vie future, personnelle et professionnelle, pour leur épanouissement et pour leur intégration dans notre société.

Appréhender la santé à travers une vision globale paraît indispensable. La santé de chacun de nos enfants, où qu'il vive sur le territoire, est l'affaire de tous. Chaque maillon de la chaîne doit assurer pleinement son rôle.

Si l'école est évidemment un lieu important de dialogue, de dépistage, de transmission de l'information, la famille ou des responsables légaux de l'élève restent au centre et doivent assumer pleinement leur responsabilité.

Le système de santé au sens large (l'assurance maladie, les complémentaires santé, tous les professionnels de santé et les collectivités territoriales...) joue à l'évidence un rôle primordial. Les pistes de travail sont nombreuses : la formation des professionnels, la coordination, le partage de l'information, le développement de la prévention. Ce dernier point est extrêmement important. Devenir acteur de sa propre santé s'apprend dès le plus jeune âge.

Et surtout nous devons nous donner les moyens, notamment financiers, de nos ambitions.

C'est ainsi que le groupe des entreprises soutient plusieurs recommandations telles celles préconisant le renforcement de la formation sur la prévention santé, la coordination et la conduite des partenariats, le soutien exprimé à la médecine scolaire ou encore la mise en place d'une plateforme d'orientation pouvant aider les familles quand des difficultés médicales apparaissent lors de la scolarité des enfants.

Nous nous félicitons enfin de l'importance donnée dans cet avis sur les mesures de suivi, d'évaluation et de contrôle des actions de politiques publiques mises en œuvre.

Dans ce cadre, nous préconisons une approche globale de l'orientation intégrant toutes les problématiques et notamment de santé permettant de diriger l'élève vers les acteurs compétents.

La tâche était immense avec de nombreux développements mobilisant de nombreux acteurs ? Sur cette question essentielle pour notre pays et la santé de nos enfants, il nous faut agir de façon urgente. Pour toutes ces raisons, le groupe des entreprises a voté cet avis.

Environnement et nature

Le groupe environnement et nature se félicite du portage par la section de l'enjeu de la santé des élèves via l'ensemble des facteurs, notamment environnementaux, susceptibles de l'affecter. Ceci dans un esprit de co-construction insufflé par le rapporteur Jean-François Naton et la co-rapporteuse Fatma Bouvet de la Maisonneuve. Aussi notre groupe votera le présent avis.

Qu'il soit permis de souligner plus spécifiquement trois points.

Le caractère très préoccupant des enjeux, tout d'abord.

Nous parlons ici des premières années de l'existence jusqu'à la fin de l'adolescence, soit la période où se construit, pour reprendre les termes de l'avis, le « *capital santé* » de la personne. Cette période est hélas marquée, comme les suivantes, du sceau de l'inégalité avec ce lourd constat : 20 % des enfants de moins de 18 ans vivent en France en dessous du seuil de pauvreté. Avec pour conséquence un accès inégalitaire aux diagnostics, aux rééducations et aux adaptations pédagogiques mais aussi une surreprésentation des élèves issu.e.s des milieux défavorisés affectés en ASH avec le risque d'une « *médicalisation abusive de l'orientation* » déjà pointé dans l'avis d'une école de la réussite pour tous.

Hélas ces inégalités sont exacerbées par la baisse continue des effectifs dédiés à la santé scolaire avec des territoires trop souvent réduits à l'état de déserts médicaux-scolaires, je fais écho à l'avis sur les déserts médicaux adopté l'an dernier par notre assemblée. Trop

Déclarations des groupes

nombreux, en effet, sont les départements ruraux et ultra-marins qui aujourd'hui ne comptent qu'un seul médecin de l'Éducation nationale. De même qu'il y ait 29 médecins de l'éducation nationale pour 340.000 élèves en Seine St-Denis illustre la disproportion frappante entre besoins et moyens et pointe la persistance de graves lacunes et d'insuffisances dans le dispositif actuel. La conséquence en est un dépistage tardif ou partiel des troubles.

Par ailleurs si des normes sanitaires existent, elles sont imparfaitement respectées avec de lourds enjeux pour la santé de l'élève et ce tout au long de sa vie en référence à la notion d'exposome. Au délabrement des installations sanitaires, qui prend des proportions scandaleuses, il faut ajouter celui de l'exposition des élèves à « *l'environnement dégradé de l'école* » selon les termes de l'avis : pollution de l'air intérieur et extérieur, bruit constant qui atteint en moyenne 72 dB dans les salles de classe soit l'équivalent d'un carrefour en ville et encore plus alarmant la construction d'établissements scolaires sur des sols pollués non recensés.

Si ces constats sont sévères, et parfois affligeants, les préconisations vont dans le bon sens. Meilleure intégration et coordination des enjeux de santé scolaire par toutes les parties prenantes, concordance accrue entre documents d'urbanisme et stratégies régionales de santé, restauration scolaire responsable avec notamment 30% de produits bio, une alternative végétarienne et un approvisionnement de proximité, programmation pluriannuelle des moyens de la médecine scolaire ou restauration du rôle central de la visite médicale dès 6 ans sont autant de pistes à suivre.

Il convient de veiller sur un sujet aussi primordial que la santé de nos enfants, qu'elles puissent être effectivement suivies dans un avenir proche.

Mutualité

Si certains n'étaient pas encore convaincus du quasi abandon dans lequel est laissée la médecine scolaire, l'état des lieux qui nous est présenté devrait les faire changer d'avis.

Pourtant, si l'on veut vraiment lutter contre la reproduction des inégalités, l'école demeure le levier indispensable pour agir. Nul ne peut nier l'impact considérable de l'état de santé des élèves sur leur scolarité et donc leur avenir.

L'avis nous rappelle que les textes qui concernent la santé des élèves et les missions des personnels qui en ont la charge ne manquent pas. Ils sont mêmes particulièrement nombreux. L'enjeu n'est plus celui des grandes déclarations d'intention mais celui du passage à l'acte et de la cohérence entre les intentions affichées et les moyens mis en œuvre.

Plus de 12 millions d'élèves fréquentent 63 000 écoles, collèges et lycées. Le taux d'encadrement moyen s'établit à 12 000 élèves par médecin de l'Éducation nationale. Mais ces moyennes ne sauraient masquer un accroissement des inégalités de santé entre les populations et entre les territoires.

Une récente étude de la DREES confirme les inégalités observées chez les élèves de CM2 selon leur origine sociale: les surcharges pondérales, l'obésité, la mauvaise santé bucco-dentaire par exemple présentent des prévalences plus élevées pour les enfants d'ouvriers

que pour les enfants de cadres ... Chacun d'entre nous sait que « *les habitudes de vie des enfants des milieux favorisés sont plus propices à la préservation de leur santé* ».

L'enjeu de la médecine scolaire ne se limite pourtant pas aux aspects sanitaires au sens strict. Elle doit être aussi un outil de repérage précoce des difficultés.

Pour traduire cet objectif dans les faits, deux points auraient mérité un approfondissement :

- le niveau du pilotage: si cette question est abordée, aucune orientation ni piste de réflexion n'ont pu être déterminées. Une évaluation tant du point de vue de l'économie du système que de ses résultats dans les villes qui ont la responsabilité de la médecine scolaire est indispensable pour éclairer la réflexion ;
- l'écart entre les intentions et les actes. Le projet d'avis aurait pu aller plus loin dans ses préconisations pour mieux "garantir" la mise en œuvre d'une politique efficace.

La politique de santé à l'école, par nature transversale et pluridisciplinaire, doit s'appuyer sur l'ensemble des acteur.rice.s et les fédérer.

La médecine scolaire doit être une composante essentielle d'une école plus inclusive, d'une école qui n'ignore pas son environnement et qui considère l'élève dans sa globalité, d'une école qui associe l'ensemble des acteur.rice.s : élèves, parents, enseignant.e.s, personnels de vie scolaire et de santé, associations et collectivités.

En effet l'école a une double mission: le suivi de la santé des élèves mais aussi leur éducation à la santé, aux comportements responsables et à la citoyenneté. Ces deux axes sont complémentaires et justifient à eux seuls l'impérieux besoin d'une coordination des acteur.rice.s et des dispositifs. Le groupe de la mutualité a voté en faveur du projet d'avis.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

« *Nous avons pensé que des médecins fonctionnaires, payés par l'État, pourraient être gratuits pour les plus pauvres. Un exemple pour payer ces fonctionnaires serait de taxer les produits nocifs. Un exemple : le Nutella, comme ils rasant les forêts amazoniennes* ».

Voilà ce qu'a proposé un jeune ambassadeur de l'UNICEF au Président de la République lors du Conseil des Ministres organisé pour la journée mondiale des enfants. Sofia, 11 ans, rappelait, elle, une évidence que nous tendons parfois à oublier : « *L'école est un moyen de lutter contre la pauvreté et les inégalités* ». Merci à eux de nous avoir rappelé ces évidences qui ne sont pas vraiment le cas en matière d'accès à la santé.

La situation de la médecine scolaire est alarmante. Elle s'est aggravée depuis 2008 (baisse des effectifs de l'ordre de 20 %) et nous amène à une situation absolument inquiétante: 12 000 élèves en moyenne par médecin de l'Éducation nationale, soit moins de 5 minutes à consacrer à chaque élève par an. Aucun.e professionnel.le de santé, aussi excellent.e qu'il. elle soit, ne peut faire dignement son travail dans ces conditions. Et ce chiffre n'est qu'une moyenne, dans certains territoires, c'est un.e médecin pour 46 000 élèves : moins de 2 minutes à consacrer à chaque élève !

Ces points ne sont pas nouveaux et pourtant, la situation ne s'améliore pas ou très peu. Ces chiffres sont là et montrent l'ampleur des coûts humains et financiers qui pèsent sur la

Déclarations des groupes

société. Nous devrions voir la santé comme un investissement social et non comme un coût, ce qui permettrait d'éviter l'aggravation de certaines pathologies et donc d'économiser des coûts mais surtout de sauver des vies dans le futur. Notre groupe préconise d'ailleurs que des évaluations des coûts socio-économiques de l'absence de prévention ou de la prise en charge des problèmes de santé puissent être faites dans l'avenir.

L'avis réaffirme le besoin d'un travail global et coordonné. Trois pistes nous semblent importantes :

La première est la meilleure attractivité et valorisation des médecins et infirmières scolaires : revalorisation des salaires, des missions, de la formation : autant de mesures nécessaires à mettre en place pour donner envie aux jeunes et aux personnes en reconversion de s'engager dans cette voie. Le service sanitaire, dont les moyens et les missions doivent être davantage explicités, constituent un levier favorable.

La deuxième est la sortie d'une logique de silos pour aller vers une coordination des acteurs.rice.s du territoire. Même s'il y a des choses écrites dans les textes, les auditions ont montré que cela ne s'appliquait pas sur les territoires. La concurrence entre le fort Alamo de l'Éducation nationale et la chasse gardée de la santé reste tenace dans notre pays.

La troisième piste est l'importance de travailler sur un continuum afin d'éviter les ruptures entre école et enseignement supérieur et école et vie active. La santé ne s'arrête pas à la sortie de l'école et tout doit être fait pour tisser des liens afin d'éviter les ruptures avec les services de santé universitaires, les maisons des adolescent.e.s et les points accueil écoute jeunes. Nous devons également porter la systématisation du bilan de santé pour les jeunes entre 16 et 25 ans.

Enfin, le groupe se félicite de la prise en compte des enjeux environnementaux. Nous ne pouvons pas vivre en bonne santé sur une planète malade. Ce sujet du lien santé/ environnement n'allait pas forcément de soi dans nos travaux, pourtant ils sont intimement liés. Les propositions de notre avis relatives à la pollution de l'air, les pollutions sonores, l'accès à une alimentation saine le montrent. Elles doivent trouver des débouchés rapides dans de futures propositions réglementaires et législatives. Le groupe a voté cet avis.

Outre-mer

Au-delà de son rôle de transmission des valeurs de la République aux élèves, l'école remplit d'autres missions parmi lesquelles l'éducation à la santé, aux comportements responsables et à la citoyenneté.

Toutefois, des déséquilibres subsistent et tendent à se creuser entre les principes énoncés et les réalités de certains territoires.

En effet, comme le montre cet avis, il ne s'agit pas tant de créer des normes supplémentaires que d'assurer une juste application des dispositifs existants. Ceux-ci doivent être portés par les acteurs de l'éducation mais aussi par la cellule familiale.

Alors que les circulaires et les plans fixent les compétences et les objectifs à atteindre, on peut s'interroger sur la faiblesse des moyens budgétaires et humains pour la médecine scolaire. Cette problématique budgétaire s'aggrave davantage dans certains territoires déjà

confrontés par ailleurs à la précarité, au manque d'équipements et des difficultés d'accès aux soins.

C'est notamment le cas des Outre-mer et en particulier de la Guyane et de Mayotte. La médecine scolaire dans ces territoires, où les inégalités sont si prégnantes, doit souvent palier les prises en charges que n'arrivent plus à assurer les hôpitaux ni les familles ou par manque criant de professionnels de santé.

Actuellement confronté à une mobilisation contre l'insécurité dont l'insécurité scolaire, Mayotte doit non seulement faire face à la pression migratoire mais à la saturation de ses écoles, de son hôpital et de ses services publics. Le département ne dispose plus de médecin scolaire et 44 infirmiers scolaires se retrouvent en charge des 53 000 élèves.

Mais alors comment déployer les dispositifs dont le parcours éducatif santé quand tant de défis restent à relever ?

À l'heure où se préparent les projets régionaux de santé, les Agences régionales de santé et les collectivités doivent, en priorité, prendre en compte le volet « *médecine scolaire* ». Cependant, le suivi de la santé des élèves ne peut être efficace sans une meilleure implication des parents.

Enfin, la coordination entre médecine scolaire et professionnels de santé suppose surtout de lutter contre les déserts médicaux. Le groupe de l'Outre-mer a voté l'avis.

Personnalités qualifiées

Marie-Aleth Grard : « Vous souvenez-vous de la visite médicale que nous passions à l'école élémentaire ? Elle permettait de dépister des problèmes aux yeux, aux dents, que sais-je encore ...

Or, aujourd'hui, des milliers d'enfants qui en auraient tant besoin n'en bénéficient pas, faute de médecins ou d'infirmières !

En Seine-Saint-Denis, le département où la population est la plus pauvre de France métropolitaine, c'est la moitié des postes de médecin scolaire qui ne sont pas pourvus.

À Mayotte, les statistiques montrent que 24 % seulement des élèves âgés de 5-6 ans ont bénéficié d'un bilan de santé. Le projet d'avis constate que « l'état sanitaire des élèves est donc, pour une partie de ceux-ci, un frein à leur réussite scolaire ».

Globalement, pour les 10 millions d'élèves de l'enseignement public, on ne compte que 1100 médecins scolaires, c'est-à-dire un seul médecin pour plus de 9 000 élèves !

Tous les enfants, bien sûr, pâtissent de cette situation. Mais plus encore les 3 millions issus de familles qui vivent sous le seuil de pauvreté. Et combien plus encore ceux (1,2 million) qui connaissent avec leurs parents la grande précarité.

Imagine-t-on ce que représente pour des enfants de ne pas faire trois vrais repas par jour, de passer, pour certains, de chambre d'hôtel en chambre d'hôtel, de ne pas avoir les habits appropriés pour le sport, de ne pouvoir consulter un médecin aussi facilement que d'autres ?

Déclarations des groupes

« À l'école, nous dit cette enseignante, *des enfants viennent le matin le ventre vide et se sentent mal. Lorsque nous faisons des sorties de fin d'année, certains n'ont pas de pique-niques.* »

« *Il faudrait, nous dit ce médecin scolaire, prendre le temps lors d'une consultation avec un enfant qui vit une situation de grande précarité, pour le mettre en confiance, lui permettre d'exprimer vraiment ses questions. Et ce temps, nous ne l'avons pas ou tellement rarement.* »

La santé des enfants, de tous les enfants, est une condition clé de leur réussite à l'école. Dès lors, comment peut-on accepter qu'en 2018, en France, des milliers d'écoliers ne voient jamais un médecin ou une infirmière ? Comment est-il pensable qu'en de nombreux lieux, aussi bien en métropole qu'à Mayotte, des enfants et des enseignants ne puissent bénéficier de sanitaires dignes de ce nom ? Pourquoi manque-t-on de consultations, avec les parents associés comme les premiers éducateurs, où l'on peut dépister, dès le plus jeune âge, les ennuis de santé qui vont contrecarrer une entrée sereine dans les apprentissages ?

Devant la gravité de l'état des lieux présenté par cet avis, j'aurais vraiment souhaité qu'il soit plus incisif, qu'il aille plus loin dans ses préconisations. Je le voterai toutefois car il représente un premier pas important ».

Professions libérales

« *Mieux vaut prévenir que guérir* ». Ce slogan simple et connu de tous est valable à tous les âges de la vie, mais il a encore plus de sens chez l'enfant.

La détection, le dépistage précoce, l'apprentissage d'une bonne hygiène de vie, l'information sur le fonctionnement et les mutations de son propre corps qui accompagnent la croissance, conditionnent une bonne santé.

Or la santé a des conséquences majeures sur la scolarité, et donc sur la réussite de nos enfants.

Parce-que l'enfant passe beaucoup de temps en milieu scolaire, l'école est le lieu idéal pour exercer cette mission.

C'est pourquoi la médecine scolaire est si essentielle et qu'elle doit être encouragée et renforcée.

Malheureusement, la réalité est toute autre.

En 2015, seulement 57 % des élèves ont bénéficié d'un examen de santé à l'école.

Pourquoi ? L'avis souligne, à juste titre, deux causes essentielles :

D'une part, la pénurie de médecins scolaires particulièrement aggravée dans certaines régions : on compte aujourd'hui un médecin scolaire pour 2 000 à 46 000 élèves selon les régions.

D'autre part, leur emploi du temps, surchargé, ne leur laisse que peu de place à la prévention et aux visites médicales obligatoires.

Ainsi la visite, pourtant obligatoire, de la 6ème année n'est pas réalisée systématiquement.

C'est très dommage car celle-ci est très complète. Elle comprend : une analyse des antécédents de l'enfant, une vérification des vaccinations, un dépistage des troubles auditifs

ou visuels, un bilan du langage, du développement psychomoteur, un examen bucco-dentaire...

Cependant, la vie d'un enfant ne se résume pas à l'école. Il évolue dans un environnement familial, social, économique qui joue un rôle tout aussi fondamental.

Et là, le rôle du médecin de famille est essentiel.

Malheureusement, ces deux mondes pourtant complémentaires (médecine scolaire et médecine de famille) communiquent assez mal entre eux et souvent agissent en parfaite incoordination.

Il est vrai qu'ils manquent cruellement d'outils : le fameux Dossier médical Partagé n'est toujours pas en œuvre en2018 ! Heureusement que nous avons encore le bon-vieux carnet de santé-papier qui nous rend encore bien des services !

La priorité des priorités, dans l'intérêt de l'enfant, est donc de mettre en place une coordination efficace entre les différents acteurs qui prennent en charge l'enfant, sans oublier son entourage.

Le groupe des professions libérales souhaite insister sur un autre point fondamental : l'inscription indispensable de la médecine scolaire dans la veille épidémiologique et dans les réseaux de recherche. L'école est un lieu d'observation unique pour réaliser ce type de mission.

Enfin, notre groupe adhère à la mise en place d'un service sanitaire obligatoire, dès la rentrée 2018, pour les étudiants en santé qui deviendront des « *ambassadeurs de santé* ».

Cette initiative présente le double intérêt de développer la culture de prévention chez les futurs professionnels et de promouvoir la santé là où elle est le plus profitable : chez nos enfants.

Le groupe des professions libérales salue nos collègues, Fatma Bouvet de la Maisonneuve et Jean-François Naton pour la qualité de leur travail, leur recherche du *consensus* et a voté l'avis.

UNAF

La raréfaction du nombre de médecins et d'infirmières scolaires fait échec au suivi du parcours éducatif en santé tout au long de la scolarité pourtant prévu par les lois récentes sur la santé et l'école. L'objectif est d'apprendre aux enfants autonomie et responsabilité à l'égard de leur propre santé. Cette pénurie crée le risque que des troubles cognitifs, sensoriels ou de socialisation ne soient pas diagnostiqués ou bien encore que la scolarisation des enfants souffrant d'un handicap ou d'une maladie chronique soit encore plus difficile.

Le groupe de l'UNAF rejoint l'avis dans les constats qu'il dresse marqués par un déséquilibre entre les objectifs affirmés et la réalité des difficultés rencontrées par les familles sur le terrain. À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, environnemental, et

Déclarations des groupes

comportemental. L'avis fait des propositions concrètes pour une meilleure coordination des intervenants auprès des élèves, en inscrivant cette coordination dans le temps.

Renforcer la formation sur la prévention santé est une préconisation centrale pour le groupe de l'UNAF. Parallèlement à la famille, l'école est un lieu à privilégier afin que, dès le plus jeune âge, les enfants aient la conscience de leur corps, reçoivent des informations et puissent ainsi être acteurs de leur santé. Le succès du parcours éducatif de santé réside dans les collaborations qui pourront être mises en place entre les équipes éducatives et les professionnels de la santé, mais également entre l'école et le tissu associatif. Certaines UDAF interviennent d'ailleurs déjà au sein des établissements.

La préconisation sur l'information et l'implication des parents et des élèves retient également notre attention. Ce travail de pédagogie et d'explication est l'une des clés du succès pour une meilleure santé des élèves. L'école et la famille doivent interagir, chacune ayant un rôle dans la construction de l'enfant. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ainsi que les « *espaces parents* » sont des lieux d'élaboration et de diffusion de cette information à l'attention des familles, dans lesquels notre réseau s'est investi. Il existe une réelle opportunité à mettre en place un parcours cohérent, structuré et adapté : par exemple, encourager une bonne hygiène de vie autour de l'alimentation, y compris dans les cantines scolaires, du sommeil, des soins du corps, de la sexualité ou du bon usage des écrans. Cela permettrait aussi de donner envie aux adolescents et aux jeunes adultes de s'investir dans des programmes de prévention et de promotion de la santé pour leurs pairs : méthode souvent plus adaptée que l'énumération des seuls interdits.

Enfin, le groupe de l'UNAF partage la nécessité de rendre effective la visite médicale à l'âge de 6 ans pour tous les enfants. Ce point de départ, en y associant les parents, permet une co-construction du parcours de santé à l'école. Il s'agit de donner corps à l'expression selon laquelle « *la santé est l'affaire de tous mais chacun dans son rôle* ». Le groupe de l'UNAF a voté l'avis.

UNSA

L'école est un lieu de vie pour plus de 12 millions d'élèves de la maternelle au lycée et cela pour une durée minimum de 12 ans. Elle est un espace unique essentiel à la construction des citoyens de demain. Les aspects de promotion de la santé, mais aussi de dépistage et d'identification des besoins, y sont des enjeux majeurs en termes de santé publique.

En France, les alertes sur la santé à l'école sont nombreuses allant des simples indicateurs de santé des jeunes à divers rapports sur la santé à l'école notamment la situation de la médecine scolaire défailante pour de multiples raisons.

À maintes reprises, Le CESE a pris position sur les enjeux de la prévention en santé. Cette saisine s'inscrit pleinement dans la continuité de cette démarche, avec un objectif de cohésion sociale.

Les nombreuses auditions réalisées témoignent de l'urgence d'agir.

Si une multitude de textes réglementaires existe, leurs déclinaisons demeurent parcellaires et bénéficient de peu d'organisation dans une démarche de projet.

L'école est un lieu important pour traiter les questions de santé. Elle doit permettre l'accès aux actions de promotion de la santé pour tous les élèves de la maternelle au lycée.

L'UNSA soutient l'ensemble des préconisations qui devraient permettre de faire levier.

Trois points méritent un focus.

- Le pilotage et l'évaluation des politiques conduits.

La loi de refondation de l'école de la république et les textes qui en découlent ont fixé des orientations de promotion de la santé. Les seuls indicateurs diffusés du projet annuel de performance du programme 230 ne permettent pas de mesurer les axes de promotion de la santé à l'école. Des indicateurs pertinents doivent donc être définis pour permettre un suivi des actions à tous les niveaux et un pilotage de cette indispensable politique de santé à l'école.

- L'alerte réitérée sur la médecine scolaire se poursuit.

Le ministère ne doit-il pas s'interroger sur le réel impact des mesures qu'il déclare avoir prise ? Avec une rémunération inférieure à tous les autres médecins de la fonction publique, la profession des médecins scolaires est délaissée. On ne rendra pas attractives les missions médicales de santé à l'école sans lever cet obstacle. L'implication des médecins généralistes libéraux, des internes en médecine, du service sanitaire obligatoire ne pourra s'amplifier qu'en changeant cette image.

- Rendre effectif l'accès aux dépistages et aux diagnostics pour l'ensemble des élèves au cours de la scolarité.

Certaines de ces actions sont obligatoires. Or, on nous a exposé la stratégie de ciblage des REP ou de l'universalisme proportionné, en brandissant ces concepts comme des étendards. Si nous sommes prêts à soutenir une telle démarche, encore faudrait-il la décliner sur les territoires, s'interroger sur la faisabilité et suivre les résultats. Que peut-on dire du bilan à l'âge de 6 ans dans le département du 93, dans celui de l'Indre ou encore à Mayotte ? En systématique ou en ciblé ou en proportionné ?

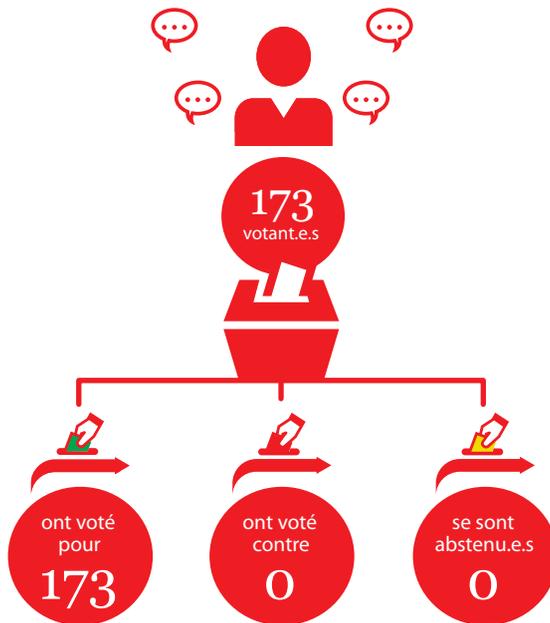
Au final, les conséquences de l'absence de dépistage et de prise en charge ont un coût notoire pour l'État à moyen et long terme que l'on parle d'obésité, de troubles sensoriels ou d'apprentissage par exemple.

La santé des élèves est une situation préoccupante et urgente, notamment quand les familles sont en détresse sociale. Elle fait partie des missions de l'État, comme première priorité nationale énoncée dans les dispositions générales du code de l'éducation « l'égalité des chances et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'*apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction* ».

Au regard de ce contexte, nous faisons le souhait que ce travail prendra corps. L'UNSA a voté l'avis.

Scrutin

Sur l'ensemble du projet d'avis présenté par
Jean-François Naton et Fatma Bouvet de la Maisonneuve



L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public
lors de la séance plénière du Conseil économique, social et environnemental
le 14 mars 2018

Ont voté pour : 173

Agriculture	Mmes Beliard, Cottier, Cuny, M. Davesne, Mme Dutoit, MM. Épron, Gangneron, Mme Gautier, MM. Roguet, Verger, Mme Vial.
Artisanat	Mme Amoros, MM. Crouzet, Fourny, Le Lann, Mme Marteau, M. Quenet, Mme Teyssedre.
Associations	M. Jahshan, Mme Lalu, M. Lasnier, Mmes Martel, Sauvageot.
CFDT	M. Blanc, Mmes Blancard, Canieux, Duboc, M. Duchemin, Mme Esch, M. Gillier, Mmes Hervé, Houbairi, MM. Mussot, Nau, Mme Pajeres y Sanchez, MM. Ritzenthaler, Saint-Aubin.
CFE-CGC	Mmes Biarnax-Roche, Couvert, M. Dos Santos.
CFTC	Mmes Coton, Leckerf, Roger, MM. Sagez, Thouvenel, Vivier.
CGT	M. Bride, Mmes Cailletaud, Chay, Cru, Farache, M. Fourier, Mmes Garreta, Lamontagne, Manière, MM. Marie, Meyer, Naton, Mme Robert, M. Teskouk.
CGT-FO	Mmes Brugère, Chazaud, Derobert, Desiano, Gillard MM. Goulm, Pihet, Techer.

<i>Coopération</i>	M. Argueyrolles, Mme Blin, MM. Grison, Lenancker, Mmes Lexcellent, Roudil.
<i>Entreprises</i>	Mmes Boidin Dubrulle, Castéra, MM. Cavagné, Cordesse, Mmes Dubrac, Duhamel, M. Dutruc, Mme Escandon, MM. Gailly, Gardinal, Grivot, Mme Ingelaere, MM. Lejeune, Nibourel, Pfister, Mmes Prévot-Madère, Roy, Tissot-Colle.
<i>Environnement et nature</i>	MM. Abel, Badré, Beall, Bonduelle, Bougrain Dubourg, Compain, Mmes Denier-Pasquier, Ducroux, MM. Genty, Le Boulter-Le Quilliec, Mme Martinie-Cousty, M. Mayol, Mme Popelin.
<i>Mutualité</i>	MM. Caniard, Junique.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	MM. Blanchet, Coly, Mme Delair, M. Dulin, Mme Weber.
<i>Outre-mer</i>	M. Antoinette, Mme Bouchaut-Choisy, M. Lobeau, Mme Mouhoussoune, M. Rivière.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Adam, MM. Adom'Megaa, Amsalem, Aschieri, Mme Autissier, MM. Bennahmias, Boccara, Bontems, Mme Brunet, MM. Bussy, Cabrespines, Cambacérés, Mmes Claveirole, Collin, Djouadi, MM. Duval, Eledjam, Mmes Gibault, Goujon, Grard, M. Guglielmi, Mme Jaeger, MM. Joseph, Kettane, Mmes Lechatellier, Le Floc'h, Léoni, Levaux, Mathieu Houillon, Mignot-Verscheure, MM. Molinoz, Pasquier, Pilliard, Roustan, Mme Rudetzki, M. Thomiche, Mmes Trostiansky, Verdier-Naves.
<i>Professions libérales</i>	MM. Chassang, Lafont, Noël, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mmes Allaume-Bobe, Blanc, MM. Chrétien, Clévenot, Feretti, Mmes Gariel, Koné, MM. Marmier, Renard, Tranchand.
<i>UNSA</i>	Mme Arav, MM. Bérille, Chevalier, Mme Vignau.

N° 1 COMPOSITION DE LA SECTION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

✓ **Présidente** : Aminata KONÉ

✓ **Vice-présidents** : Étienne CANIARD, Michel CHASSANG

Agriculture

✓ Anne GAUTIER

Artisanat

✓ Pascale MARTEAU

Associations

✓ Jean-François SERRES

CFDT

✓ Marie-Odile ESCH

✓ Catherine PAJARES Y SANCHEZ

CFE-CGC

✓ Sabrina ROCHE

CFTC

✓ Pascale COTON

CGT

✓ Jacqueline FARACHE

✓ Jean-François NATON

CGT-FO

✓ Philippe PIHET

✓ Josette RAGOT

Coopération

✓ Christian ARGUEYROLLES

Entreprises

✓ Sophie DUPREZ

✓ Stéphanie PAUZAT

✓ Geneviève ROY

Environnement et nature

✓ Agnès POPELIN

Mutualité

✓ Étienne CANIARD

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

✓ Antoine DULIN

Outre-mer

✓ Sarah MOUHOUSSEUNE

Personnalités qualifiées

✓ Sylvie CASTAIGNE

✓ Jean-Jacques ELEDJAM

✓ Marie-Aleth GRARD

✓ Laure LECHATELLIER

✓ Françoise RUDETZKI

✓ Véronique SÉHIER

Professions libérales

✓ Michel CHASSANG

UNAF

✓ Marie-Andrée BLANC

✓ Aminata KONÉ

UNSA

✓ Martine VIGNAU

Personnalités associées

✓ Marie-Josée AUGÉ-CAUMON

✓ Fatma BOUVET de la MAISONNEUVE

✓ Edouard COUTY

✓ Jean-François LE GRAND

✓ Estelle MOLITOR

✓ Ernestine RONAI

✓ Christian SAOUT

✓ Christine TELLIER

Annexes

La section éducation a désigné pour la préparation de ce travail les quatre référents suivants :

Personnalités qualifiées

✓ Gérard ASCHIERI

UNAF

✓ Marie-Pierre GARIEL

Personnalités associées

✓ Nora HUSSON

✓ Monique MELLAT

N° 2 LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

En vue de parfaire son information, la section des affaires sociales et de la santé a entendu :

Auditions

✓ **Mme Aude OLLÉ-LAPRUNE**

Directrice générale de la Fondation Pierre Deniker

✓ **Mme Odile KREBS**

Professeure de psychiatrie à l'Université Paris Descartes, cheffe du service Hospitalo-universitaire S14 du Centre hospitalier Sainte-Anne

✓ **M. Michel COMBIER**

Médecin généraliste à la Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire La providence (MSPU La Providence) de Toulouse

✓ **Mme Zinna BESSA**

Sous directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques à la Direction générale de la santé (DGS)

✓ **Mme Magalie GUÉGAN**

Adjointe à la sous directrice de la santé des populations et prévention des maladies chroniques à la Direction générale de la santé (DGS)

✓ **M. Jean-Raymond MURCIA**

Président de la commission n°5 « Solidarité et inclusion sociale » au CESER Auvergne-Rhône-Alpes

✓ **Mme Françoise PÉTREULT**

Sous directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives à la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)

✓ **Mme Véronique GASTÉ**

Cheffe du bureau de la santé à la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)

✓ **Mme Brigitte MOLTRECHT**

Médecin conseillère technique auprès de la Directrice générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)

✓ **M. Jean-François DELEUME**

Médecin généraliste, membre du Comité de pilotage du Plan régional santé environnement (PRSE) de Bretagne et de l'association Alerte des médecins sur les pesticides (AMLPE)

Visio-conférence 1

✓ **M. Ridha JOOBER**

Directeur adjoint au PEPP-Montréal et chercheur principal à l'Institut Douglas à Montréal (Canada)

Annexes

Visio-conférence 2

✓ **M. Laurent GERBAUD**

Professeur des Universités – Praticien hospitalier et Chef du service en santé publique au CHU de Clermont-Ferrand (63)

Tables rondes 1

✓ **Mme Nathalie FURLAN**

Secrétaire générale de l'association Phobie scolaire

✓ **Mme Christine GETIN**

Présidente de l'association Hyper Super TDAH France

✓ **Mme Nathalie GROH**

Présidente de l'association des Dys

Tables rondes 2

✓ **Mme Véronique DECKER**

Directrice d'école à Bobigny (93)

✓ **Mme Hélène FITZGERALD**

Présidente de la Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public (PEEP)

✓ **Mme Liliana MOYANO**

Présidente de la Fédération des conseils de parents d'élèves (FCPE)

Tables rondes 3

✓ **M. Denis ADAM**

Secrétaire national du syndicat UNSA Éducation

✓ **Mme Patricia COLSON**

Secrétaire générale du syndicat SNAMSPEN SGEN CFDT

Tables rondes 4

✓ **Mme Sandrine BONNETON**

Pédopsychiatre à Montreuil (93)

✓ **Mme Nathalie LATOUR**

Déléguée générale de la Fédération Addiction

Tables rondes 5

✓ **M. René GAMBA**

Membre du Conseil national du bruit, Président du groupe Gamba, Gamba formation

✓ **Mme Andrée BUCHMANN**

Présidente de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur

✓ **Mme Dominique ALLAUME-BOBE**

Conseillère au CESE, membre du groupe de l'UNAF

Entretiens

- ✓ **Mme Marjolaine BERSEGEAY**
Professeure de management au Lycée Joseph Desfontaines à MELLE (79)
- ✓ **Mme Clara JABOULAY**
Présidente de l'Union nationale lycéenne (UNL)
- ✓ **M. Ugo THOMAS**
Président du Syndicat général des lycéens (SGL)
- ✓ **Mme Saphia GUÉRESCHI**
Présidente du Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé (SNICS)
- ✓ **M. Christian ALLEMAND**
Membre du Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé (SNICS)
- ✓ **Mme Isabelle AMADO**
Praticienne hospitalière au Centre C3RP à l'Hôpital Saint-Anne
- ✓ **M. Charles EURY**
Président de l'Association nationale des puériculteurs diplômés et étudiants (ANPDE)
- ✓ **Mme Nathalie COSTANTINI**
Vice-rectrice de Mayotte (976)
- ✓ **M. Patrick COTTIN**
Président de l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA)
- ✓ **M. Bruno CHICHIGNOUD**
Délégué thématique sur les questions de scolarité à l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA)
- ✓ **Mme Gaëlle PAUPE**
Chargée de mission à l'Association nationale Maison des adolescents (ANMDA)
- ✓ **M. William DAB**
Professeur titulaire de la chaire hygiène et sécurité au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

Les rapporteurs remercient également Mme Jocelyne Grousset, la famille Ligori, Sofia Andoni et Yanis Larousse.

N° 3 LA SANTÉ ET L'ÉCOLE À MAYOTTE

Ce département, le plus jeune de France, connaissait en 2012 un taux de mortalité infantile quatre fois supérieur à celui de la métropole. Les pathologies infectieuses, les maladies parasitaires, la malnutrition s'y maintiennent à un niveau élevé. L'île souffre du niveau très insuffisant (quantitativement et qualitativement) de ses infrastructures scolaires et d'un manque de personnel enseignant, au point qu'un système de rotation a pu un temps, être mis en place. Mayotte est en outre marquée par le faible niveau de qualification de sa population et un fort taux d'illettrisme et d'analphabétisation. Dans le contexte d'une immigration très élevée, l'Education nationale scolarise un nombre important d'enfants sans aucune protection sociale, avec une forte présence de mineur.e.s isolé.e.s. Les difficultés se multiplient et favorisent les comportements à risques (alcoolisation des jeunes, prostitution, errance). La collectivité ne compte plus depuis octobre 2017 de médecin de l'Education nationale titulaire et doit s'appuyer sur la seule présence d'un médecin contractuel. Pourtant, face à l'urgence de la situation et à l'ampleur des défis, Mme Nathalie Costantini, vice-rectrice de Mayotte, avec laquelle les rapporteur.e.s ont pu s'entretenir, pointe l'engagement et le militantisme au service de l'enfance des personnels de l'Education nationale, et en particulier des 39 (contre 27 il y a 4 ans) infirmier.ère.s scolaires. L'Education nationale constitue l'une des institutions les plus structurées et les plus présentes sur le territoire et dans ce contexte, elle est sollicitée bien au-delà de sa mission éducative. L'académie a fait de la santé un axe stratégique de son projet. Alors que les priorités se multiplient, il s'agit d'avancer étape par étape et de fait, certains progrès ont été enregistrés. Dans un territoire où pour un tiers des enfants, les parents n'ont pas été à l'école, la forte augmentation du nombre d'enfants scolarisé.e.s aura des conséquences positives importantes. Mayotte est aussi, par nécessité, un territoire d'expérimentation de nouvelles solutions : face à l'urgence, de nouvelles formes de travail en commun se sont imposées. Plus de 500 enfants scolarisé.e.s sportif.ve.s ont ainsi pu passer une visite médicale de contrôle organisée par le vice-rectorat avec le soutien de la MGEN qui a financé la location d'un « chariot médical ». Remarquable, le travail engagé à Mayotte ouvre le champ des possibles.

N° 4 BIBLIOGRAPHIE

Académie nationale de médecine, *La médecine scolaire en France*, rapport, octobre 2017

Agence EY (anciennement Ernst & Young), *Analyse bibliographique des travaux français et européens : le coût social des pollutions sonores*, études pour le compte du Conseil national du bruit (CNB) et de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), mai 2016

Allaume-Bobe, Dominique, *La qualité de l'habitat, condition environnementale du bien-être et du mieux vivre ensemble*, avis et rapport du CESE adopté en avril 2017

Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), *Écolo'air : un établissement qui respire, c'est bon pour l'avenir !*, cahier de recommandations pour la prise en compte de la qualité de l'air intérieur dans les opérations de construction/réhabilitation des écoles, octobre 2011

Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine, *Guide de recommandations pour l'accueil d'enfants dans un environnement sain*, janvier 2017

Association Super hyper TDAH France, *Votre déficit d'attention, votre hyperactivité méritent notre attention*, plaquette d'information, septembre 2017

Bouvet de la Maisonneuve, Fatma, *Enfants et parents en souffrance : Dyslexie, anxiété scolaire et maladies somatiques...*, Editions Odile Jacob, octobre 2014

Brison Jean-Louis, Moro Marie-Rose, *Mission bien-être et santé des jeunes*, rapport pour le Ministère des affaires sociales et de la santé, novembre 2016

Broussouloux Sandrine, Houzelle-Marchal Nathalie, *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*, Dossiers Varia, Éditions Inpes, octobre 2006

Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco), *Qualité de vie à l'école : Enquête sur la restauration et l'architecture scolaire*, rapport scientifique, octobre 2017

Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco), *Qualité de vie à l'école : L'école française propose-t-elle un cadre de vie favorable aux apprentissages et au bien-être des élèves ?*, rapport scientifique, octobre 2017

Défenseur des droits, *Droits de l'enfant en 2017 : au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant*, novembre 2017

Dellacherie Christian, *L'avenir de la médecine du travail*, avis et rapport du CESE adopté en février 2008

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale*, Études rapport, 2017

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *L'état de santé de la population en France*, rapport, 2017

Annexes

Gaudron Gérard, Pinville Martine, *La médecine scolaire*, rapport d'information n° 3968 du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, Assemblée nationale, novembre 2017

Grard Marie-Aleth, *Une école de la réussite pour tous*, avis du CESE adopté en mai 2015

Haut Conseil de la santé publique, *Avis relatif à la politique de santé à l'école*, avis, décembre 2011

Haut Conseil de la santé publique, *Avis relatif à la médecine scolaire*, avis, février 2013

Haut Conseil de la santé publique, *Pour une meilleure intégration de la santé dans les documentations de planification territoriale*, synthèse, octobre 2017

Haut Conseil de la santé publique, *Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements*, synthèse, octobre 2017

Jourdan Didier, Lombrail Pierre, *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 commandé par les Ministère des Affaires sociales et de la santé et de l'Éducation nationale, mai 2015

La défenseure des enfants, *Adolescents en souffrance*, rapport thématique du Défenseur des droits, 2007

Médiateur de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, *Des grands nombres vers l'individuel*, rapport, 2016

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves – quelques données chiffrées (2011-2013)*, rapport, février 2015

Murcia Jean-Raymond, *Le bien-être social et mental des jeunes : une cause régionale en 2018*, Contribution n° 2017-06, CESER Auvergne-Rhône-Alpes, mai 2017

Nau Xavier, *Les inégalités à l'école*, avis du CESE adopté en septembre 2011

Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI), *Qualité de l'air intérieur dans les écoles : résultats, avancées et perspectives*, bulletin de l'OQAI n° 5, juin 2013

Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI), *Qualité de l'air intérieur dans les bâtiments*, plaquette d'information, novembre 2016

Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, *Prise en charge de la santé de l'enfant*, synthèse, mars 2016

Pinel-Jacquemin, S, *Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé*. Rapport commandé par le Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco) : <https://www.cnesco.fr/fr/qualite-de-vie-a-lecole/>, novembre 2016

N° 5 SIGLES

ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ALD	Affection de longue durée
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapé.e.s
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDESC	Comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CM2	Cours moyen 2 ^{ème} année
CMP	Centre médico-psychologique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs.euse.s salarié.e.s
CNESCO	Conseil national d'évaluation du système scolaire
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CPE	Conseiller principal d'éducation
CSTB	Centre scientifique et technique du bâtiment
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DYS	Troubles Dys (dyscalculie, dyschronie, dysgraphie, dyslexie, dysorthographe)
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
EPLÉ	Établissement public local d'enseignement
ESPE	École supérieure du professorat et de l'éducation
FST	Formation spécialisée transversale
HCSP	Haut conseil de la santé publique
INJEP	Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAI	Projet d'accueil individualisé
PAP	Plan d'accompagnement personnalisé
PES	Parcours éducatif de santé

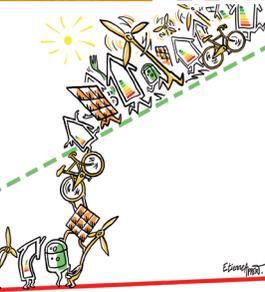
Annexes

PMI	Protection maternelle et infantile
PRSE	Plan régional santé environnement
PRS	Projet régional de santé
PRST	Plan régional santé au travail
PUMA	Protection universelle maladie
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URPS	Union régionale des professions de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Dernières publications de la section des affaires sociales et de la santé

<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Les conséquences des séparations parentales sur les enfants Pascal Coton et Geneviève Roy</p> <p>CESE 22 01 FÉVRIER 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité Jean-François Serres</p> <p>CESE 23 06 MAI 2017</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants Catherine Pajares y Sanchez et Christian Saout</p> <p>CESE 24 04 AVRIL 2017</p>
---	--	---

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental

<p>Résolutions Conseil économique, social et environnemental</p> <p>Contribution au « Tour de France de l'égalité »</p> <p>janvier 2018</p>  	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Quels leviers pour renforcer la compétitivité de l'agriculture et de l'agroalimentaire français ? Jacques Pasquier</p> <p>CESE 25 06 FÉVRIER 2018</p>	<p>LES AVIS DU CESE</p>  <p>Comment accélérer la transition énergétique ? Avis sur la mise en œuvre de la loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte (LTECV) Guillaume Duval et Madeleine Charu</p> <p>CESE 26 17 FÉVRIER 2018</p>
---	---	--

Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

www.lecese.fr

Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15^e,
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental.
N° 411180005-000218 - Dépôt légal : février 2018

Crédit photo : IStock/CESE

« Il faut tout un village pour élever un enfant » est un proverbe africain.



PEFC 10-31-2190 / Certifié PEFC



IMPRIM'VERT®

LES AVIS DU CESE



La santé et l'école sont en tête des préoccupations des Français.es. L'école est un lieu de vie propice à la prévention. Elle permet le repérage et la prise en charge des troubles de toute nature qui peuvent affecter la santé des 12 millions d'élèves qu'elle scolarise pour une durée de plus de 18 ans en moyenne. Elle est, pour des populations fragilisées ou dans certaines zones en difficultés, la seule garantie d'accès à un suivi médical.

Pour le CESE, la santé des élèves est un des déterminants de la réussite scolaire. Mais si les pouvoirs publics affichent la volonté de faire de la santé à l'école une priorité, le contraste est grand entre les objectifs assignés à cette politique et les actions sur le terrain. En quelques années, les alertes se sont multipliées, pointant la réduction continue des effectifs de la médecine scolaire, les visites médicales non assurées, les problèmes de santé mal ou trop tardivement diagnostiqués, les inégalités croissantes entre les territoires ...

Cet avis propose d'impulser un changement. La réponse à l'urgence passe par trois axes : l'implication de tous et toutes dans la protection et la promotion de la santé à l'école ; le décloisonnement à travers notamment la valorisation du rôle de coordination de la médecine scolaire ; l'évaluation des réalisations, pour progresser et répondre aux enjeux au plus près des élèves.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41118-0005

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-152184-1



9 782111 521841



Direction de l'information
légale et administrative
Les éditions des *Journaux officiels*
www.ladocumentationfrancaise.fr