



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

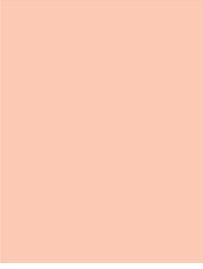
Avis du Conseil économique, social et environnemental
présenté par

**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.

Sommaire





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
par xxx voix contre xxx et xx abstentions.

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 représentants des élèves, des parents et des enseignants 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 de santé locaux. Des entretiens qu'ont pu avoir les rapporteurs, 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 infirmières 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.ne 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 médecin.ne 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.le.s) 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.le.s (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'Éducation 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 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.elles 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 professionnels de la santé, les associations. La marge de progrès est sur ce plan, encore importante. Les interlocuteurs de l'école sur les questions de santé que les rapporteurs ont rencontrés, l'ont 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 chefs d'établissement et des directeurs 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'Éducation nationale, constate que le fossé entre l'École 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'Éducation 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-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 délégués, le Conseil de la vie collégienne et le Conseil des délégués 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 / Éducation 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 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 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 consacré 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'Éducation 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'Éducation 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'Éducation nationale sont confronté.e.s à de nombreuses situations dont ni le ministère de la santé ni celui de l'Éducation 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'Éducation 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'Éducation 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, assistant.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.

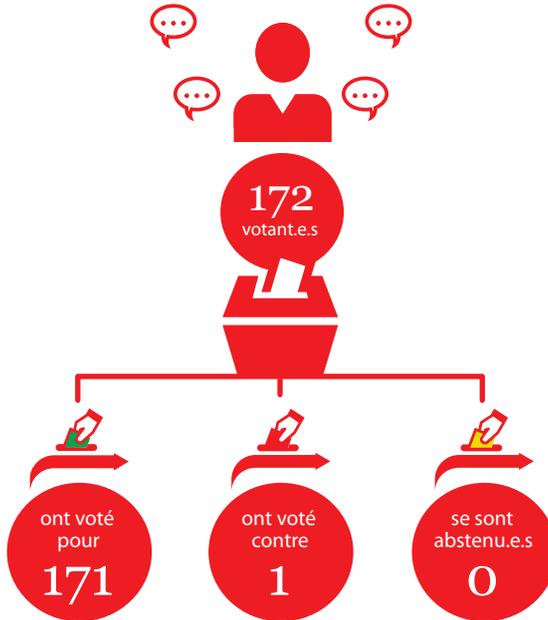
Par ailleurs, même si l'objet de cet avis est la santé des élèves, il importe de souligner la responsabilité de l'Education nationale envers la santé de ses personnels et la nécessité de progrès sensibles en ce domaine car une politique ambitieuse de santé se doit de prendre en compte, pour être pleinement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

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

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 LECHATILLIER

✓ 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

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)

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

Annexes

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)
- ✓ **Mme Sandrine CHAIX**
Conseillère spéciale au handicap au Conseil général Auvergne-Rhône-Alpes
- ✓ **M. Médéric FURLAN**
Collaborateur de Mme Sandrine CHAIX au Conseil général Auvergne-Rhône-Alpes
- ✓ **Mme Nicole PHILIBERT**
Co-présidente de l'association Distinguons-nous

Vidéos de témoignage

- ✓ **Famille LIGUORI**
- ✓ **Mme Sofia ANDONI**
- ✓ **M. 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 Impes, 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

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

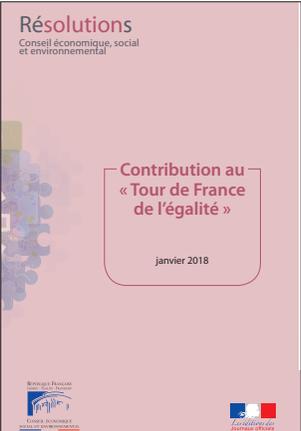
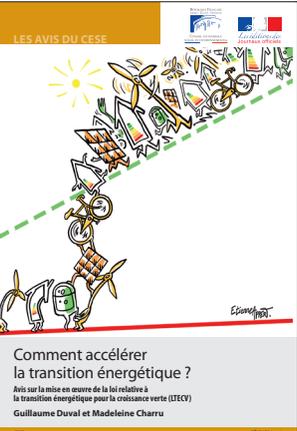
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ALD	Affection de longue durée
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés.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
CECSC	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
EPLE	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

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>La construction d'une Europe dotée d'un socle des droits sociaux Étienne Caniard et Emelyn Weber</p> <p>0338 15 DÉCEMBRE 2016</p>	 <p>LES AVIS DU CESE</p> <p>Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants Catherine Pajares y Sanchez et Christian Saout</p> <p>0338 04 NOVEMBRE 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>0338 17 JUIN 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>0338 01 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>0338 03 SEPTEMBRE 2016</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 Charru</p> <p>0338 04 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