Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire

Dix mesures pour une politique de santé à l'Ecole à la hauteur des défis de notre temps

Rapport établi par

Didier Jourdan

Professeur à l'Université Clermont-Ferrand 2

Pierre Lombrail

Professeur à l'Université Paris 13

Mai 2015

Depuis plus d'un siècle, chacune des générations qui se sont succédées a dû relever des défis considérables pour faire vivre l'ambition éducative de notre pays. Edifier une école primaire laïque, gratuite et obligatoire… Structurer l'enseignement secondaire pour qu'il puisse accueillir tous les jeunes… Scolariser les enfants et adolescents porteurs de maladies chroniques ou en situation de handicap… Tels furent les combats de nos prédécesseurs.

Le défi de notre génération est celui de la réussite de TOUS les élèves. Nous ne pouvons accepter de laisser certains de nos jeunes au bord du chemin ! Faire vivre au quotidien, dans les actes, une Ecole efficace, bienveillante et inclusive doit se situer au cœur de nos préoccupations. La politique éducative de santé constitue l'armature de ce projet. Nous ne pouvons échouer dans sa mise en œuvre tant c'est une condition clé de la réussite éducative comme de l'amélioration de la santé de chacune et de chacun et de la réduction des inégalités. Comme le rappelait Jean Rostand, « on a beaucoup parlé de priorités, et même de priorités des priorités. En termes de priorités, je n'en connais que deux l'instruction publique et la santé publique ».*

*Didier Jourdan, intervention à la 10ème Quinzaine des Droits de l'Enfant le 15 novembre 2013

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

REÇU LE
13 MARS 2014
S.A.C

Les Ministres

Paris, le 12 MARS 2014

CAB – MH/DR /Me D14-1267

Monsieur,

La lutte contre les inégalités sociales de santé est aujourd'hui une priorité politique. Le mot d'ordre de l'Organisation mondiale de la santé, « assurer l'équité dès le départ en matière de santé », doit aujourd'hui se traduire dans les actes pour la jeunesse de notre pays.

Les interventions de promotion de la santé auprès des jeunes sont le levier prioritaire pour combattre les inégalités sociales de santé par l'acquisition, dès le départ, des bons réflexes en matière de protection de soi et d'autrui. L'objectif commun de nos ministères est donc aujourd'hui de faire des milieux de scolarité un lieu majeur de promotion de la santé, afin d'améliorer la santé des enfants et des jeunes en facilitant l'acquisition de compétences en santé qui seront déterminantes à la fois pour leurs apprentissages et pour leur qualité de vie à plus long terme.

La stratégie nationale de santé affiche cette priorité politique, en faisant du développement de la promotion de la santé à l'école l'une de ses priorités ; son ambition est de refonder les stratégies d'intervention en promotion de la santé et de renforcer les leviers d'action en milieu scolaire. En pleine concordance avec cet objectif, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école du 9 juillet 2013 entend promouvoir « une école attentive à la santé des élèves », redéfinir le contenu des visites médicales et développer notamment les actions de promotion de la santé en milieu scolaire.

Dans ce but, nous vous demandons de nous faire des propositions de mesures qui permettront d'améliorer les connaissances et les compétences des élèves en matière de santé :

- Quelles sont les interventions de promotion de la santé pertinentes qu'il convient de prioriser, selon les âges ?
- Quelles stratégies et modalités de mise en œuvre, notamment avec quels acteurs ?
- Quels résultats attendus ?

Vous serez particulièrement attentif à prendre en compte la pertinence en termes de réduction des inégalités sociales de santé dans la liste des mesures présentées.

Monsieur Didier JOURDAN
Professeur en sciences de l'éducation
ESPE Clermont-Auvergne
36 avenue Jean Jaurès
63407 CHAMALIERES Cedex

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP
TÉLÉPHONE: 01 40 56 60 00

Vos propositions devront s'appuyer sur les textes réglementaires en vigueur, ainsi que sur les connaissances issues de travaux et d'expériences en cours ou passés, au niveau national et international, que ces expériences soient ou non l'objet de publications dans la littérature scientifique.

Vous pourrez constituer un groupe de travail pluridisciplinaire et pluri-institutionnel et vous bénéficierez de l'appui de la Direction générale de la santé qui pilote ce travail sur le développement de l'éducation pour la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Afin de respecter le calendrier gouvernemental, vos propositions sont attendues pour avril 2014.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de notre sincère considération.

Bien à vous,

Marisol TOURAINE

Très cordialement,

Vincent PEILLON

Ce rapport a été élaboré à la demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé et du Ministre de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Il a été rédigé par Didier Jourdan et Pierre Lombrail avec la contribution de Philippe Guilbert.

Composition du groupe de travail

David Authier, président du conseil d'administration du réseau des universités pour la formation en éducation à la santé (UNIRES)

Sandrine Broussouloux, chargée d'expertise en promotion de la santé, direction de l'animation des territoires et des réseaux, Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES)

René Demeulemeester, président du conseil d'administration de la Fédération Nationale d'éducation et de promotion de la Santé (FNES)

Paule Deutsch, directrice de l'animation des territoires et des réseaux, INPES

Danièle Dugué, principale du collège Jean Moulin, Le Pecq

Philippe Guilbert, chargé de mission Prospective et Recherche, direction générale de la Santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Didier Jourdan, professeur en sciences de l'éducation, directeur de l'École supérieure du Professorat et de l'éducation Clermont-Auvergne, université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, président de la commission prévention du Haut Conseil de la Santé Publique

Pierre Lombrail, professeur de santé publique à l'université Paris 13, président de la Société Française de Santé Publique

Nadine Neulat-Billard, chef du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité, direction générale de l'Enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche

Marie Persiani, directrice de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Lorraine (IREPS)

Daniel Rivière, responsable du département promotion de la santé et prévention, ARS Pays de la Loire

La liste des personnes auditionnées dans le cadre de la rédaction de ce rapport est disponible à l'annexe 1.

SOMMAIRE

SYNTHESE DES PROPOSITIONS 8
Une politique de santé à l'Ecole 8
Quatre objectifs 8
1. La mise en place au sein de chaque école et établissement d'un « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves de la maternelle au lycée 8
2. L'amélioration de la prise en compte des besoins des enfants par une renforcement du suivi de la santé des élèves 8
3. La réorganisation du pilotage de la politique de santé à l'Ecole à tous les échelons 8
4. Le développement de la capacité à agir des professionnels au plus près des élèves 8
Dix mesures opérationnelles 8
Mesure 1 : Un parcours éducatif de santé pour tous les élèves 8
Mesure 2 : Un suivi de la santé des enfants et des adolescents adapté à leurs besoins 9
Mesure 3 : La mise en lien des acteurs de la santé des enfants et des adolescents autour de l'Ecole 9
Mesure 4 : Un cadre de vie mieux adapté à la réussite des élèves dans les écoles, les collèges et les lycées . 9
Mesure 5 : Un pilotage national de la politique de santé à l'Ecole renforcé 10
Mesure 6 : La mise en place d'une gouvernance académique et régionale structurée 10
Mesure 7 : Un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » 10
Mesure 8 : Une démarche « qualité éducation-santé » pour les ressources au service de l'intervention auprès des élèves 11
Mesure 9 : Un plan national de formation et d'accompagnement des acteurs de la santé des enfants et adolescents en milieu scolaire 11
Mesure 10 : Un dispositif national de recherche-intervention et la création d'une chaire UNESCO 11

INTRODUCTION 13

OBJECTIF 15

DEMARCHE 16

ARGUMENTAIRE GENERAL 19
Contexte 19
Enjeux 21
Positionnement 21
Approche 23
Structure 24

MESURES PRECONISEES 25
Article relatif à la promotion de la santé en milieu scolaire 25

MESURES NON LEGISLATIVES 28
Une finalité : une politique de santé en milieu scolaire structurée et opérationnelle 29
Une gouvernance nationale et régionale au service d'une offre de promotion de la santé à l'échelon des territoires de vie des élèves 29
Des actions prioritaires 30
La mise en place au sein de chaque territoire d'un « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves de la maternelle au lycée. 30
Une réorganisation des examens de santé obligatoires, un accompagnement tout au long de la scolarité et un suivi spécifique pour tous ceux pour qui c'est nécessaire. 30
Une intégration plus forte de la santé à l'Ecole aux démarches locales de prévention et de prise en charge

conduites par la médecine de prévention territorialisée, la médecine de ville et la médecine hospitalière..... 30
Une démarche d'optimisation du cadre de vie des élèves et des adultes de la communauté éducative tout particulièrement en éducation prioritaire..... 31
Des leviers 31
La création d'un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » 31
La mise en place d'une politique de formation des acteurs de la santé des enfants et adolescents en milieu scolaire 31
Le développement d'un dispositif d'évaluation et de recherche à l'échelon national 31

DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA POLITIQUE DE SANTE A L'ECOLE 33

ANNEXES et CONTRIBUTIONS..... 35
ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de la rédaction de ce rapport..... 36
ANNEXE 2 : Données bibliographiques générales en relation avec la politique de santé à l'école 38
Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'efficacité des politiques de santé à l'Ecole..... 38
Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'implication des professionnels 39
ANNEXE 3 : Synthèse des auditions et entretiens..... 41
ANNEXE 3 : Détail des mesures proposées 49
ANNEXE 4 : Le parcours éducatif de santé pour tous les enfants et adolescents scolarisés..... 52
ANNEXE 5 : La Délégation Interministérielle à la Santé de tous les Elèves 55

CONTRIBUTION 1 : Santé à l'Ecole et éducation prioritaire par Mme Claire Maitrot (Rectorat de l'académie de Rennes) 57
CONTRIBUTION 2 : La promotion de la santé à l'Ecole à la Réunion par Mme Maryvette Balcou-Debussche (ESPE de la Réunion) 60
CONTRIBUTION 3 : La promotion de la santé à l'Ecole à la Martinique par Mme Line-Rose Arrouvel (ESPE de la Martinique)..... 66
CONTRIBUTION 4 : Une démarche de Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté par Mme Danièle Dugué (collège Jean Moulin du Pecq) 70
CONTRIBUTION 5 : La formation des personnels de santé de l'éducation nationale par Mme Agnès Ducros (EHESP)..... 77
CONTRIBUTION 6 : La santé des élèves, un axe fort de la politique éducative conduite par le ministère en charge de l'agriculture par Mme Joëlle Guyot (sous-direction des politiques de Formation et d'Education de la Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche) 79
CONTRIBUTION 7 : Références pour un parcours d'éducation à la santé par Mme Sandrine Broussouloux et Mme Paule Deutsch (INPES) 81
CONTRIBUTION 8 : Le partenariat ARS Pays de la Loire – Académie de Nantes pour promouvoir la santé à l'école par M. Daniel Rivière (ARS des Pays de la Loire)..... 87
CONTRIBUTION 9 : La fédération des conseils de parents d'élèves..... 90
CONTRIBUTION 10 : Le Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé 92
CONTRIBUTION 11 : Le Syndicat National des Infirmiers-ères Educateurs-trices de Santé 96
CONTRIBUTION 12 : Le Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires 99
CONTRIBUTION 13 : L'ASsociation des COnseillers Médicaux de l'EDucation Nationale..... 105
CONTRIBUTION 14 : La Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé 107
CONTRIBUTION 15 : La Société Française de Santé Publique 109

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

Une politique de santé à l'Ecole

- **Parce que la santé est une condition de la réussite de tous les élèves**

La politique de santé à l'Ecole vise à la création d'un environnement et d'un climat scolaire favorables à la santé de tous les élèves, elle est l'un des éléments clés d'une Ecole de la réussite de tous ;

- **Parce que la prévention et l'éducation à la santé en direction des enfants et adolescents constituent des enjeux de santé de premier ordre**

La politique de santé à l'Ecole vise à permettre à chaque élève de disposer des connaissances et des compétences lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable. Il s'agit d'une dimension clé de l'éducation du citoyen ;

- **Parce que l'Ecole est appelée à contribuer à la prévention et à la réduction des inégalités d'éducation et de santé**

La politique de santé à l'Ecole vise à la mise en œuvre dans chaque école et dans chaque établissement de dispositifs de prévention centrés sur les problématiques de santé. Elle s'adresse à tous les élèves et développe des approches spécifiques en direction des plus vulnérables d'entre eux notamment ceux porteurs d'un handicap ou souffrant d'une maladie chronique, ceux scolarisés dans des établissements en éducation prioritaire ou au sein de territoires ruraux défavorisés et dans les territoires d'Outre-Mer.

Quatre objectifs

La politique de santé à l'Ecole vise à **améliorer le service rendu à chaque élève**, elle est centrée sur quatre objectifs :

1. La mise en place au sein de chaque école et établissement d'un « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves de la maternelle au lycée
2. L'amélioration de la prise en compte des besoins des enfants par un renforcement du suivi de la santé des élèves
3. La réorganisation du pilotage de la politique de santé à l'Ecole à tous les échelons
4. Le développement de la capacité à agir des professionnels au plus près des élèves

Dix mesures opérationnelles

Mesure 1 : Un parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Il s'agit de mettre en place un « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves de la maternelle au lycée incluant les ressources et activités proposées dans le cadre scolaire et dans le cadre périscolaire. Le parcours explicite et organise ce qui est offert aux élèves en matière de santé à l'échelon de leur école ou de leur établissement scolaire compte tenu non seulement des textes officiels mais également des besoins

des élèves et des ressources disponibles. Il est l'un des volets de la politique éducative d'établissement et implique les enseignants comme les personnels d'encadrement, d'éducation, de santé, social, d'administration et de service. Il prend la forme d'un document annexé au projet d'école ou d'établissement et est accessible à tous.

➔ *Il sera ainsi possible de structurer et de mettre en cohérence des dispositifs d'éducation et de prévention à l'échelon des écoles, des collèges et des lycées ; de permettre aux professionnels comme aux familles et aux élèves d'avoir une meilleure visibilité de ce qui est délivré aux élèves en matière de santé.*

Mesure 2 : Un suivi de la santé des enfants et des adolescents adapté à leurs besoins

Il s'agit d'améliorer la prise en compte des besoins et des demandes de santé des enfants en vue de leur réussite éducative via le renforcement du suivi de leur santé : deux visites pour tous les élèves lors de leurs sixième et douzième années et un suivi individualisé pour tous ceux pour qui c'est nécessaire. Les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale doivent voir leur action soutenue et renforcée.

➔ *Il sera ainsi possible d'offrir à la fois des passages obligés à deux moments clés du développement pour tous les enfants et adolescents d'une part et de mobiliser les moyens vers ceux qui ont des besoins spécifiques du fait de leur situation sociale, des troubles de l'apprentissage, une situation de handicap ou de maladie chronique d'autre part.*

Mesure 3 : La mise en lien des acteurs de la santé des enfants et des adolescents autour de l'Ecole

Il s'agit d'organiser l'articulation de la santé à l'Ecole aux démarches locales de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge conduites par la médecine de prévention territorialisée, la médecine de ville (premier recours et autres spécialités, dentistes, pharmaciens, professionnels de rééducation – réadaptation, …) et la médecine hospitalière (y compris l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile) d'une part, les collectivités territoriales et les réseaux associatifs d'autre part.

➔ *Il sera ainsi possible de mettre en synergie les contributions des différents professionnels intervenant auprès des enfants et des adolescents en matière de prévention comme de soin.*

Mesure 4 : Un cadre de vie mieux adapté à la réussite des élèves dans les écoles, les collèges et les lycées

Il s'agit de soutenir et de développer, malgré un contexte budgétaire contraint, la démarche d'optimisation du cadre de vie des élèves et des personnels dans les établissements en éducation prioritaire. Cette mesure concerne tant les aspects environnementaux (qualité de l'air intérieur, acoustique, sanitaires, restauration, lieux de récréation, ergonomie du mobilier, espaces d'accueil et de repos y compris les espaces nécessaires aux activités périscolaires…) que le climat scolaire.

➔ *Il sera ainsi possible d'améliorer les conditions de vie dans un sens favorable à la santé au sein des écoles, des collèges et des lycées accueillant les élèves les plus défavorisés.*

Mesure 5 : Un pilotage national de la politique de santé à l'Ecole renforcé

Il s'agit de rénover la gouvernance nationale de la politique de santé à l'Ecole par un renforcement de son pilotage par le ministère de l'éducation nationale et son articulation à la politique nationale de santé. La Direction Générale de l'Enseignement Scolaire et l'Inspection Générale de l'Education Nationale doivent voir leur capacité d'action accrue en matière de santé des élèves. A l'échelon politique, le Comité interministériel de la Santé jouera un rôle clé dans la coordination des politiques publiques. L'articulation fonctionnelle doit être assurée par une Délégation Interministérielle à la Santé de tous les Elèves placée sous l'autorité de la ministre de l'éducation nationale et ayant en charge la mise en synergie de l'action de tous les ministères concernés (éducation nationale, agriculture, agroalimentaire et de la forêt ainsi qu'enseignement supérieur et recherche, affaires sociales et santé, défense nationale et justice).

➔ *Il sera ainsi possible d'assurer à la fois un pilotage efficace de la politique éducative de santé au sein de l'éducation nationale et son articulation à la politique nationale de santé à laquelle elle contribue.*

Mesure 6 : La mise en place d'une gouvernance académique et régionale structurée

Il s'agit de structurer la gouvernance à l'échelon régional et académique par la systématisation du conventionnement rectorat, agence régionale de santé, direction régionale de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, assurance maladie et collectivités territoriales, sur la base d'une convention cadre pluriannuelle et d'avenants annuels spécifiques. Il importe également de créer une « instance académique de pilotage » associant les acteurs de la politique d'éducation et de santé à l'échelon régional autour du rectorat et incluant l'ARS, la DRAAF et le conseil régional ainsi que des représentants des personnels et des parents. Une instance opérationnelle, la « cellule permanente vie scolaire, santé, social » placée sous l'autorité du recteur sera pilotée par le proviseur vie scolaire et réunira notamment les conseillers techniques du recteur (médecin, infirmier, de service social, éducation spécialisée…), des inspecteurs et un cadre de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education.

➔ *Il sera ainsi possible de disposer d'un réel dispositif de pilotage de la politique éducative de santé à l'échelon régional et académique dans le but de coordonner et d'évaluer les dispositifs mis en place.*

Mesure 7 : Un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé »

Il s'agit de créer, comme dans les autres pays européens, un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » prenant appui sur les initiatives favorisant la bienveillance éducative et la démarche de promotion de la santé portées par la loi d'orientation sur l'éducation. Ce réseau sera rattaché à la délégation interministérielle à la santé de tous les élèves placée sous l'autorité de la ministre de l'éducation nationale. Sa mission est d'offrir un soutien opérationnel efficace aux équipes d'écoles et d'établissements dans la mise en œuvre de leur politique éducative. Il articule son action à celle des institutions, collectivités, mutuelles et associations et intervenant dans le champ de l'accompagnement des écoles et établissements.

➔ *Il sera ainsi possible de contribuer efficacement à l'action des écoles, des collèges et des lycées en valorisant les initiatives locales et académiques, en les mutualisant et en les enrichissant sur la base des apports scientifiques et de l'expérience de terrain.*

Mesure 8 : Une démarche « qualité éducation-santé » pour les ressources au service de l'intervention auprès des élèves

Il s'agit de développer, sur la base des ressources mises à disposition par la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire et l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé, un ensemble complet d'outils pédagogiques validés permettant de traiter toutes des problématiques de santé et de mettre en place une démarche d'amélioration du cadre de vie à l'échelle de l'établissement. Ces ressources pourront être déclinées à l'échelon régional du fait des spécificités des territoires de vie des enfants et adolescents.

➔ *Il sera ainsi possible d'offrir à tous les acteurs de terrain les outils validés nécessaires à la mise en œuvre du parcours éducatif de santé.*

Mesure 9 : Un plan national de formation et d'accompagnement des acteurs de la santé des enfants et adolescents en milieu scolaire

Tout en respectant strictement leurs champs de compétences respectifs, il s'agit de développer une culture commune aux professionnels intervenant auprès des élèves. Cette mesure se traduit en premier lieu par une systématisation des stages d'établissement, d'école et de circonscription réunissant les différents professionnels autour du projet éducatif. C'est également le développement de la formation initiale et continue des personnels d'encadrement, de santé et sociaux ainsi que le renforcement de la formation de base des enseignants tant en ce qui concerne l'éducation à la santé que le repérage des difficultés de santé ayant une influence sur la réussite éducative.

➔ *Il sera ainsi possible de permettre une mise en synergie de l'action des différents professionnels au service de la réussite éducative et de la santé des enfants.*

Mesure 10 : Un dispositif national de recherche-intervention et la création d'une chaire UNESCO

Il s'agit de créer un consortium universitaire, incluant des équipes de recherche en éducation et en santé publique, associant les acteurs de l'enseignement scolaire en vue du développement de recherches centrées sur les problématiques opérationnelles des établissements. Les données épidémiologiques fournies par les infirmiers et médecins de l'éducation nationale seront spécifiquement mises à profit dans ces travaux. Un appel à projets national structurant devra être lancé suite à un travail conjoint de la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire, la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle, la Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation, l'Institut Français d'Education, le réseau des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et l'Institut de Recherche en Santé Publique. Par ailleurs, dans le but de dynamiser la recherche et la formation dans le domaine, une chaire UNESCO « santé des enfants et adolescents en milieu scolaire » pourra être créée en partenariat avec les institutions internationales engagées dans le domaine de la santé des élèves.

➔ *Il sera ainsi possible de disposer des données issues de la recherche au service de l'efficacité et de l'équité de la politique de santé scolaire.*

INTRODUCTION

C'est en tant que milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents pendant plus d'une décennie et comme espace privilégié d'éducation que le système éducatif contribue à l'amélioration de la santé[1]. L'Ecole agit sur plusieurs des déterminants de la santé via trois domaines : l'environnement physique et social des écoles, collèges et lycées, le lien au système de santé et les apprentissages[2]. Elle a une influence sur la santé de tous de par sa mission première : assurer la réussite scolaire de tous les enfants et adolescents qui lui sont confiés, l'éducation est en effet l'un des principaux déterminants de la santé pour toute la vie et un facteur agissant sur les inégalités sociales de santé[3].

La stratégie nationale de santé affirme dès son introduction la nécessité « *d'investir le champ de la promotion de la santé et de la prévention et développer une action volontariste dans l'éducation à la santé dès l'école* ». Pour ce faire, il est impératif que la politique de santé en faveur des enfants soit en cohérence avec la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école du 8 juillet 2013 qui entend promouvoir « *une école attentive à la santé des élèves* » et une école qui combat efficacement les inégalités sociales et territoriales vis-à-vis de la réussite scolaire.

La perspective d'ensemble est celle d'une politique éducative, sociale et de santé en faveur de tous les élèves. Il s'agit d'une démarche qui situe le système scolaire comme acteur plutôt que comme instrument de santé publique. En référence à l'approche de « la santé dans toutes les politiques[4] » portée par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'enjeu est d'une part de définir et de mettre en œuvre une politique de promotion de la santé portée par les acteurs du système scolaire dans le cadre de leur mission éducative et d'autre part d'articuler cette politique spécifique avec les politiques nationale et régionales de santé. La politique éducative, sociale et de santé des élèves, si elle relève de la responsabilité de l'éducation nationale, n'en mobilise ainsi pas moins les autres acteurs qui interviennent auprès des enfants et adolescents. Ceux-ci dépendent des services de l'Etat mais également des collectivités territoriales notamment en ce qui concerne les conditions d'accueil dans les écoles et établissements et les temps d'accueil périscolaire ou la protection de l'enfance. Les associations et mutuelles son également des acteurs de premier ordre de l'accompagnement des politiques de santé des écoles et établissements.

Qu'il n'y ait donc aucune ambiguïté : la politique de santé à l'Ecole est la politique du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt pour les établissements relevant de leur autorité. Elle est l'une des dimensions constitutive de la politique éducative. Dans le même mouvement, cette politique doit impérativement s'articuler avec la politique nationale de santé. Ce rapport formule des propositions en relation avec ces deux dimensions indissociables.

---

[1] L'Organisation Mondiale de la santé souligne que des programmes de santé à l'Ecole qui coordonnent l'action éducative et les services de santé et offrent un environnement scolaire favorable à la santé des élèves sont parmi les moyens les plus efficaces pour permettre à chaque nation sur la planète d'améliorer de façon significative le bien-être de sa population. Promoting health through schools WHO 1997, p.9. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_870.pdf

[2] http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp

[3] St Leger, L., & Young, I. (2009). Promoting health in schools: from evidence to action. Global Health Promotion, 16(4), 69-71.

[4] http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/policy/entry-points-for-addressing-socially-determined-health-inequities/health-in-all-policies-hiap

Parce que la santé est une ressource clé au service de la réussite de tous les élèves : la politique de santé à l'Ecole doit viser à la création d'un environnement et d'un climat scolaire favorables à la santé de tous les élèves, elle est l'un des éléments clés d'une Ecole de la réussite de tous.

Parce que la prévention et l'éducation à la santé en direction des enfants et adolescents constituent des enjeux de santé publique de premier ordre : la politique de santé à l'Ecole doit viser à permettre à chaque élève de disposer des connaissances, des compétences et de la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'Ecole.

Parce que l'Ecole est appelée à contribuer à la prévention et à la réduction des inégalités d'éducation et de santé : la politique de santé à l'Ecole doit viser la mise en œuvre, dans chaque école et dans chaque établissement, de dispositifs de prévention centrés sur les problématiques de santé notamment celles susceptibles d'affecter la réussite scolaire. Elle concerne aussi spécifiquement les élèves les plus vulnérables pour lesquels elle contribue à l'accès aux soins.

OBJECTIF

La lettre de mission rappelle que la stratégie nationale de santé veut faire « *du développement de la promotion de la santé à l'école l'une de ses priorités ; son ambition est de refonder les stratégies d'intervention en promotion de la santé et de renforcer les leviers d'action en milieu scolaire* ». Elle rappelle que « *en pleine concordance avec cet objectif, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école du 8 juillet 2013 entend promouvoir « une école attentive à la santé des élèves* », redéfinir le contenu des visites médicales et développer notamment les actions de promotion de la santé en milieu scolaire ». Elle demande que soient faites aux ministres de la santé et de l'éducation nationale « *des propositions de mesure qui permettront d'améliorer les connaissances et les compétences des élèves en matière de santé* » :

- *« Quelles sont les interventions de promotion de la santé pertinentes qu'il convient de prioriser, selon les âges ?*
- *Quelles stratégies et modalités de mise en œuvre, notamment avec quels acteurs ?*
- *Quels résultats attendus ? »*

Une attention particulière doit être portée à « *prendre en compte la pertinence en termes de réduction des inégalités sociales de santé* ».

DEMARCHE

La mission s'est appuyée sur les pratiques en cours et les multiples avancées observées en matière de santé en milieu scolaire qu'il s'agisse des activités conduites par les personnels de direction, sociaux et de santé, d'éducation, d'enseignement, d'administration ou de service, des dynamiques générées par les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté[5], des partenariats émergeant entre les établissements et les acteurs territoriaux de santé, des initiatives dans le domaine des activités périscolaires, de l'accueil des enfants à besoins éducatifs particuliers...

Le contenu de ce rapport est également basé sur les données issues de la bibliographie scientifique (annexe 2), les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)[6] et de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)[7], les différents rapports publiés au cours des dernières années en France[8] et à l'étranger[9], les synthèses de l'Union Internationale de Promotion et d'Education à la Santé (IUPES)[10], les avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)[11], le

---

[5] Circulaire N°2006-197 du 30-11-2006 - Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) - http://www.education.gouv.fr/bo/2006/45/MENE0602019C.htm

[6] N° 737 • septembre 2010 - La santé des enfants en grande section -de maternelle en 2005-2006 - http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737-3.pdf, N° 853 • septembre 2013 - La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 - Une situation contrastée selon l'origine sociale - http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er853.pdf, No - 865 • février 2014 - La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième - http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er865.pdf

[7] La santé des collégiens en France / 2010 - Collection "Etudes santé" -INPES - Septembre 2012, Sous la direction de Emmanuelle GODEAU, Félix NAVARRO, Catherine ARNAUD - http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf

[8] Rapport de la Cour des comptes. Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire, septembre 2011. Disponible sur : http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Contribution-a-l-evaluation-de-la-medecine-scolaire, Rapport d'information n° 3968 du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire présenté par M. G Gaudron et Mme M. Pinville. Assemblée nationale, 17 novembre 2011. Disponible sur http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp, Rapport d'information n° 350 du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 3968) du 17 novembre 2011 sur la médecine scolaire, présenté par M. X. Breton et Mme M. Pinville, Assemblée nationale, 9 novembre 2012. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0350.asp, Enquête de la Cour des comptes sur la prévention sanitaire. Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

[9] Par exemple le rapport de l'OCDE de 2009 « Assurer le bien-être des enfants » qui montre la situation moyenne de notre pays en matière de « bien-être » des enfants (« *le bien-être des enfants englobe la qualité de la vie au sens large. Il renvoie à la situation économique de l'enfant, à ses relations avec ses pairs, à ses droits politiques et aux possibilités d'épanouissement qui s'offrent à lui* ») et médiocre en termes de « qualité de la vie scolaire » (« *mesurée par deux indicateurs : pourcentage d'enfants (de 11, 13 et 15 ans) ayant fait l'objet de brimades à l'école au moins deux fois au cours des deux derniers mois, et pourcentage d'enfants (de 11, 13 et 15 ans) déclarant « aimer l'école »* »).

[10] Voir le site de l'Union Internationale de Promotion et d'Education à la Santé www.iuhpe.org

Selon l'UIPES, une école promotrice de santé :

- promeut la santé et le bien-être de ses élèves ;
- vise à améliorer les résultats scolaires de ses élèves ;
- soutient les concepts de justice sociale et d'équité ;
- fournit un environnement sans danger et encadrant ;
- implique la participation et vise l'autonomie des élèves ;
- articule entre eux les questions et les systèmes propres à la santé et à l'éducation ;
- aborde les questions relatives à la santé et au bien-être de l'ensemble du personnel scolaire ;
- collabore avec les parents et la communauté locale ;
- intègre la santé dans les activités courantes de l'école, dans le cursus scolaire et dans les critères d'évaluation des programmes ;
- se fixe des objectifs réalistes basés sur des données précises et des preuves scientifiques fiables ;
- cherche constamment à s'améliorer grâce à un contrôle et à une évaluation continus.

Extrait de « Les principes de la promotion de la santé à l'école ; lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école ; Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé : 2009 »

projet de cadre de référence de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO)[12], les outils du réseau des universités pour la formation en éducation à la santé (UNIRES)[13] et un large éventail de contributions de parties prenantes (usagers, cadres de l'éducation nationale, cadres des ARS, associations et syndicats des personnels de santé de l'éducation nationale, représentant de la Fédération Nationale d'Education pour la Santé et de promotion de la santé (FNES), parlementaires impliqués de longue date dans la gestion de ces questions…).

En référence à la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'Ecole de la République, ce rapport aborde la santé des enfants et adolescents selon trois dimensions constitutives de la promotion de la santé[14] : la protection de la santé, la prévention et l'éducation à la santé des enfants et adolescents. L'axe protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves notamment ceux à besoins éducatifs particuliers. L'axe prévention correspond à un travail spécifique sur les problématiques sociales et de santé susceptibles d'affecter la réussite scolaire. L'axe éducation vise le développement de connaissances et de compétences chez les élèves dans le but de leur permettre de prendre en charge leur propre santé de façon libre et responsable.

Nous nous sommes volontairement limités au cadre de la scolarité même si nous savons que les expériences vécues pendant la petite enfance et au début de l'éducation « *jettent les bases de toute l'existence* »[15]. A cet âge, comme le rappelle l'IGAS, la qualité de la socialisation et des modes de garde qui la permettent sont essentiels comme la réussite d'une parentalité épanouie[16]. Le suivi médical des tout petits est particulièrement encadré dans notre pays. Il faut en revanche que la continuité de la surveillance soit assurée.

La lettre de mission ne concernant pas la complexe question de la santé des étudiants, nous ne l'avons pas abordée. Le besoin de structuration d'une politique de promotion de la santé à leur intention est pourtant avéré tant les inégalités sociales de santé sont fortes parmi eux[17]. Mais c'est un tout autre système d'action qu'il faut activer et il serait par ailleurs nécessaire de se pencher sur la protection sociale et les conditions d'existence de ce groupe de population.

Ce rapport n'aborde par la participation des élèves à la vie des écoles et établissements scolaires. Dans le domaine de la promotion de la santé plus encore que dans le cadre général des activités éducatives, il s'agit pourtant d'un enjeu de premier ordre. Les actions éducatives existantes comme les dispositifs institutionnels permettant aux élèves de siéger dans les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, les différents conseils (tout spécifiquement les lycéens : conseils de la vie lycéenne dans les établissements, conseils académiques et national de la vie lycéenne[18]) constituent des leviers au service de la promotion de la santé dans les écoles et établissements.

---

[11] Avis du 7 décembre 2011 relatif à la politique de santé à l'école et Avis du 12 juin 2013 sur la médecine scolaire.

[12] Cadre de référence en éducation à la santé pour le milieu scolaire. Document du 28 février 2014. Promouvoir la santé des élèves dans les établissements scolaires. Dossier paru dans le n° 427 de La Santé en action, mars 2014.

[13] UNIRES (2010) Profédus «Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé» Outil de formation INPES éditeur http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=professionnels-education/outils-profedus.asp

[14] Jourdan, D. (2010). Education à la santé. Quelle formation pour les enseignants ? Saint-Denis, Paris: INPES. Collection : Santé en action.

[15] Agir pour soutenir le développement des enfants. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé. Juin 2012.

[16] Signalons à ce sujet les « éléments de préconisation, santé et parentalité, l'approche des villes » du Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé, publiés en 2013 aux Presses de l'EHESP.

[17] Voir notamment l'avis de la Conférence Nationale de Santé « Rendre effective la solidarité en santé avec les jeunes ».

[18] Circulaire 2002-065 sur les conseils académiques de la vie lycéenne

La question de la santé des personnels est également liée à la politique de santé à l'Ecole. Pour autant l'analyse de cette problématique dépasse l'empan de ce rapport.

Enfin, les rapporteurs tiennent à souligner l'enjeu d'un travail de concertation approfondi avec les différentes parties prenantes. L'efficacité de la politique de santé à l'Ecole est en premier lieu liée à la capacité de mobilisation et de structuration des compétences des professionnels qui interviennent auprès des enfants et des adolescents (enseignants, personnels de direction, d'éducation, de santé, social, personnels des collectivités territoriales en charge des établissements et de l'accueil périscolaire..). C'est avec eux et en synergie avec les familles, élus et militants associatifs qu'il est possible de faire advenir le changement de paradigme nécessaire à l'amélioration du service rendu aux élèves. Ainsi, ce rapport n'aborde pas la question de la définition fine des missions des personnels de santé et sociaux de l'éducation nationale. Celle-ci fait actuellement l'objet d'un travail de concertation et de structuration indispensable à la réussite de toute politique éducative, sociale et de santé en milieu scolaire.

ARGUMENTAIRE GENERAL

Contexte

Notre pays s'est fixé des objectifs ambitieux pour sa jeunesse. Les atteindre passe par une politique d'éducation comme sociale et de santé à la hauteur des enjeux. En effet, l'accès à la santé est l'une des conditions de l'émergence d'adultes libres et responsables en capacité de prendre toute leur place dans la vie civique, sociale et économique de notre pays.

Malgré des succès considérables en matière tant éducative que de santé, des difficultés subsistent. En comparaison aux autres pays européens, la France se caractérise par des taux de décès prématurés très élevés. En ce qui concerne la mortalité évitable, les indicateurs liés aux comportements à risques (consommation de tabac et d'alcool notamment) sont très défavorables en France alors que les indicateurs liés au système de soin sont plus positifs. A titre d'exemple alors qu'en France le taux de mortalité évitable[19] par la prévention primaire était en 2010 pour les hommes de 92,2 pour 100.000 habitants, il était de 40,1 pour la Suède, 54,2 en Italie et 55,8 au Royaume Uni[20].

En France, plus qu'ailleurs, l'action publique est principalement orientée vers la prise en charge et le soin reléguant au second plan la dimension préventive[21]. Si ce déséquilibre peut s'expliquer par un contexte historique, culturel, social et politique propre, il ne saurait perdurer. Les données de la recherche montrent que d'autres déterminants que l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci conditionnent très fortement la santé. Outre les facteurs individuels, ce sont les conditions de vie et les habitudes de vie qui sont au premier plan[22]. Ainsi, pour améliorer la santé d'une population et réduire les inégalités, il est indispensable de s'engager de façon déterminée dans la prévention des risques pour la santé (agir sur les environnements de vie notamment) et l'éducation à la santé (permettre à chacun de maîtriser les connaissances et les compétences lui permettant de faire des choix responsables en matière de santé)[23].

De plus, les conséquences sur la santé tant des conditions de vie que des habitudes sont d'autant plus marquées quand les personnes sont dans des conditions socio-économiques plus défavorables. Les données disponibles montrent par ailleurs que les inégalités de santé s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé clairement établie (consommation de tabac ou de cannabis, alimentation déséquilibrée par exemple) se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Dans notre pays, c'est déjà près d'un tiers des adolescents de 17 ans (31,5 %) qui sont des fumeurs quotidiens[24]. Une récente étude de la DREES[25] réalisée auprès d'élèves en classe de CM2 met en avant le

---

19 Le HCSP définit deux indicateurs complémentaires de mortalité évitable : la "mortalité évitable liée à la prévention" : ensemble des causes de décès qui, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention, la "mortalité évitable liée au système de soins" : ensemble des causes de décès qui, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à une bonne qualité du système de soins (compte tenu de l'âge des personnes concernées).

20 Haut Conseil de la Santé Publique : Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » rapport publié le 6 février 2013. Disponible sur http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357

21 Enquête de la Cour des comptes sur la prévention sanitaire. Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

22 Voir références dans Jourdan, D. (2010). Education à la santé. Quelle formation pour les enseignants ? Saint-Denis, Paris: INPES. Collection : Santé en action.

23 Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la politique de santé à l'école, juillet 2012. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=272

24 Voir les données de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/recherchethem.html

fait que l'obésité touche 7 fois plus les enfants d'ouvriers que les enfants de cadres. Cette étude montre également par exemple que 45% des enfants de cadres déclarent manger des fruits et des légumes tous les jours de la semaine, contre 23% des enfants d'ouvriers.

Les enfants partagent leur vie entre le milieu familial, l'école et le quartier. Les travaux de recherche internationaux[26] comme les rapports de l'OMS[27] mettent en avant le rôle central du milieu scolaire. Les données disponibles montrent l'efficacité de certains dispositifs dans la réduction des conduites à risque[28] ou la promotion d'une alimentation saine[29]. S'il est évident que la politique de prévention et d'éducation à la santé se doit d'être intégrée et concerner les différents lieux de vie des enfants, un volet scolaire est indispensable. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'Ecole de la République et la future loi de santé offrent un cadre pour le développement d'une telle politique. Il est tout d'abord nécessaire, en référence à la loi d'orientation sur l'éducation de juillet 2013, d'affirmer l'ambition publique en matière de santé à l'Ecole. L'Ecole doit offrir à tous les élèves un environnement favorable à leur réussite éducative tant en ce qui concerne le climat d'établissement que l'accès à un accompagnement sanitaire, social et éducatif adapté. Tous les élèves doivent bénéficier, tout au long de leur scolarité, d'une éducation à la santé intégrée aux enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins et en cohérence avec les enjeux actuels de l'éducation des citoyens et de la santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité.

Cette approche est convergente avec les résultats des travaux centrés sur la réussite éducative[30]. En effet, les données démontrent de très fortes convergences entre les résultats issus des travaux publiés dans trois domaines de recherche : l'évaluation des dispositifs de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en milieu scolaire ; les facteurs qui déterminent un enseignement et un apprentissage efficace à l'Ecole ; les facteurs qui conditionnent l'efficacité de l'Ecole en matière de réduction des inégalités. Une Ecole bienveillante et inclusive a un impact positif tant sur la réussite des élèves que l'amélioration de la santé. Dans tous les cas, le rôle déterminant des politiques éducatives d'établissement et de l'engagement des enseignants et autres professionnels en lien avec les familles et l'environnement local est mis en évidence.

Ainsi, en référence à la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École, qui accorde une place significative aux questions de santé, et dans le cadre de la stratégie nationale de santé telle que définie par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé le 23 septembre 2013, la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'éducation à la santé en adéquation avec les besoins des enfants et des adolescents scolarisés apparaît comme une priorité tant éducative que de santé publique.

---

[25] Etudes et résultats n° 853 • septembre 2013 La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 Une situation contrastée selon l'origine sociale. Disponible sur http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er853.pdf

[26] Voir le site de l'Union Internationale de Promotion et d'Education à la Santé www.iuhpe.org

[27] Stewart-Brown, S. (2006). "What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach?" Copenhagen: World Health Organization.

[28] Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 12, 1-18.

[29] Increasing fruit and vegetable intake among children: comparing long-term effects of a free distribution and a multicomponent program. Reinaerts E, Crutzen R, Candel M, De Vries NK, De Nooijer J.. Health Educ Res. 2008 Dec;23(6):987-96. doi: 10.1093/her/cyn027. Epub 2008 Jun 10.

[30] St Leger, L., & Young, I. (2009). Promoting health in schools: from evidence to action. Global Health Promotion, 16(4), 69-71.

Enjeux

Une opportunité réelle est offerte par la synergie entre la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'Ecole de la République qui donne une place importante à la santé des élèves et la stratégie nationale de santé qui met notamment la priorité sur la prévention et une politique en direction de la jeunesse. Il s'agit à la fois de promouvoir la santé des enfants d'âge scolaire (que ceux-ci soient scolarisés dans des établissements relevant de l'éducation nationale, de l'enseignement agricole, de la défense nationale, de la justice ou du secteur médico-social) avec l'ensemble des partenaires de l'école sur le territoire qu'elle dessert et de renforcer la dynamique d'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette démarche est ancrée dans les missions de l'Ecole et prend place au sein tant de la politique éducative que de la politique de santé, elle vise spécifiquement la réduction des inégalités sociales et territoriales. Destinée à tous les élèves, elle s'attachera à proportionner l'intensité de ses interventions en fonction de l'importance et de la nature des besoins éducatifs, sociaux et de santé (tant somatique que psychique) des enfants et adolescents dans leur diversité.

Positionnement

- Les mesures sont proposées en articulation avec la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'Ecole de la République votée le 8 juillet 2013.
- Elles prennent place au sein de la stratégie nationale de santé dont la feuille de route a été présentée le 23 septembre 2013.
- Les mesures concernent les enfants et adolescents scolarisés, c'est-à-dire ceux fréquentant des institutions ayant une mission d'éducation scolaire primaire (maternelle et élémentaire) et secondaire y compris les établissements médico-sociaux, publics ou privés, en filières générales, technologiques ou professionnelles. Ces établissements relèvent du ministère de l'éducation nationale mais aussi de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, de la santé et des affaires sociales, de la défense et de la justice.
- La politique de santé en milieu scolaire relève de la responsabilité de la ministre de l'éducation nationale, elle est conduite à l'échelon national par la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO). Elle est relayée à l'échelon académique et départemental[31]. Ce sont tous les cadres du système éducatif qui sont appelés à contribuer de façon déterminante à la mise en œuvre de cette politique autour des recteurs et des inspecteurs d'académie. L'inspection générale joue un rôle important de régulation et d'évaluation du dispositif au service de la décision publique.
- En ce qui concerne les établissements relevant d'autres ministères, la politique est conduite par les structures en charge du pilotage des établissements.
- L'articulation fonctionnelle doit être assurée par une Délégation Interministérielle à la Santé de tous les Elèves placée sous l'autorité du ministre de l'éducation nationale et ayant en charge la mise en synergie de l'action de tous les ministères concernés (éducation nationale, agriculture, agroalimentaire et de la forêt ainsi qu'enseignement supérieur et recherche, affaires sociales et santé, défense nationale et justice).
- Le Comité Interministériel pour la Santé dont les missions sont « *1° de veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé, 2° de favoriser la prise en compte de*

[31] Voir notamment le site Internet (http://eduscol.education.fr/cid47750/education-a-la-sante.html) qui décrit la politique menée, renvoie aux textes et offre des ressources pédagogiques.

l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques et 3° de veiller à ce que la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional »[32], joue un rôle clé dans la mise en synergie de l'action de l'ensemble des ministères concernés par la santé des enfants et adolescents scolarisés.

- Ces politiques scolaires sont articulées à la politique de santé. Un ensemble de dispositifs de collaboration à l'échelon national et à l'échelon régional permettent de mettre en synergie les différentes contributions à la santé des enfants et des adolescents. La santé à l'École constitue l'une des dimensions du projet régional de santé mettant en cohérence la politique nationale avec celles concernant l'enfance et l'adolescence portées par les services de l'État et les collectivités territoriales. A l'échelon local elle est l'une des composantes des dispositifs relatifs à l'éducation, au social et à la santé : projet éducatif territorial, contrats locaux de santé…
- A l'échelon local, c'est l'équipe pluri-professionnelle associant les chefs d'établissement, les inspecteurs de l'éducation nationale, les directeurs d'école, les enseignants spécialisés ou non, les conseillers principaux d'éducation, les surveillants, les psychologues scolaires, les conseillers d'orientation psychologues, les infirmiers, les médecins, les assistant(e)s de service social, les auxiliaires de vie scolaire, les agents administratifs et de service, les animateurs du temps périscolaire, qui est à même de porter une politique d'école ou d'établissement. Chacun de ces professionnels apporte une contribution essentielle qu'il convient de valoriser et de rendre plus lisible auprès des élèves comme de leur famille et des autres acteurs de l'éducation des enfants et adolescents. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté constitue l'instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé intégré au projet d'établissement[33].
- Les chefs d'établissement et les équipes de vie scolaire jouent un rôle pivot dans la définition et la mise en œuvre de la politique éducative de l'établissement en matière de santé. En premier degré, les inspecteurs de l'éducation nationale, les conseillers pédagogiques et les directeurs d'école contribuent chacun à leur niveau de responsabilité aux projets relatifs à la santé des élèves. Ils coordonnent le travail d'analyse des besoins des élèves comme de définition des démarches éducatives les plus adaptées pour y répondre.
- Les enseignants des premier et second degrés contribuent dans le cadre de leur mission à l'éducation à la santé des élèves. Ils interviennent aussi dans le repérage des difficultés de santé et sont en situation d'interagir avec leurs collègues de l'éducation spécialisée et avec les personnels de santé et sociaux de l'éducation nationale dans le but de permettre une prise en charge et un accompagnement spécifique des enfants qui le requièrent.
- Les personnels de santé et sociaux de l'Éducation nationale sont, en raison de leur formation, de leurs compétences et de leur réseau professionnel, des acteurs clés de la promotion de la santé via des actions de portée collective (participation aux dispositifs de prévention et d'éducation à la santé, surveillance de l'hygiène et de la sécurité, veille épidémiologique, contribution à la gestion des alertes sanitaires...) mais également à portée individuelle (bilans de santé, dépistages, premiers soins d'urgence, scolarisation des élèves ayant des maladies chroniques ou en situation de handicap, interventions auprès d'enfants et d'adolescents en danger ou en souffrance psychologique, délivrance de la contraception d'urgence, ...). Ils sont directement associés au pilotage des établissements scolaires comme de la politique académique de santé.
- Les personnels administratifs et de service contribuent à créer les conditions d'un environnement

[32] Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé. Journal Officiel de la République Française, 19 juin 2014, Texte 26 sur 106.
[33] Circulaire n°2006-197du 30 novembre 2006

éducatif promoteur de santé.

- Les équipes d'enseignants des Ecoles Supérieures de Professorat et de l'Education et des départements de santé publique des facultés de médecine[34] sont appelées à contribuer conjointement à la formation des professionnels.
- A l'échelon académique, les inspecteurs d'académie inspecteurs pédagogiques régionaux, tout spécifiquement ceux ayant en charge les établissements et la vie scolaire, le proviseur vie scolaire et les conseillers techniques auprès du recteur, contribuent à la définition de la politique académique et à l'encadrement des dispositifs.
- Les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), sont des partenaires privilégiés de la politique de santé et sociale scolaire, elles jouent un rôle tout particulier de coordination des dispositifs locaux. Les réseaux associatifs nationaux impliqués dans la prévention et l'ADOSEN Prévention santé MGEN interviennent auprès des écoles, collèges et lycées.
- S'agissant de la santé des enfants et des adolescents, qui relève en tout premier lieu de la famille, l'Ecole agit en interaction étroite avec les autres acteurs de la vie de l'enfant. Sont ainsi engagés les institutions et professionnels du champ sanitaire et médico-social et du champ social, responsables des structures d'accueil périscolaire et de loisirs, élus. Les mesures proposées concernent donc les enfants et les adolescents scolarisés dans leur territoire de vie.
- Enfin, la continuité dans l'accompagnement de la santé des enfants et adolescents représentant un enjeu central, les mesures proposées s'articulent à la fois à l'action publique en matière de périnatalité et de petite enfance d'un côté et à celle concernant les jeunes adultes tout spécifiquement les plus vulnérables.

Approche

La stratégie proposée est centrée sur la création des conditions de l'émergence de dynamiques locales de promotion de la santé au service des enfants et adolescents notamment des plus vulnérables. En effet, les données bibliographiques convergent pour faire des écoles primaires et des établissements du second degré, au sein de leur environnement local, l'échelon opérationnel de la définition, de la mise en œuvre et de l'évaluation des dispositifs de promotion de la santé. Le travail collectif au sein de l'établissement, le partenariat Ecole-famille et Ecole-environnement local, le climat d'établissement, apparaissent comme les déterminants clés de l'efficacité tant en matière de santé que de réussite éducative. C'est l'intégration plus profonde des problématiques de santé au sein des projets d'école et des projets d'établissement, notamment via les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, qui doit être visée.

Les écoles et les établissements scolaires sont enracinés dans des territoires au sein desquels sont mises en place des politiques sanitaires et sociales en direction des enfants et des adolescents. De nombreux acteurs sociaux, qu'il s'agisse notamment des collectivités territoriales, des services sociaux et de santé, de la médecine de ville ou des associations, sont impliqués. Le renforcement des liens entre les établissements et les dynamiques locales est l'une des conditions du succès des politiques de santé en direction des enfants et des adolescents, notamment des plus vulnérables. Le mécanisme de contractualisation, dans le cadre du projet d'établissement, avec les acteurs locaux en capacité d'accompagner les écoles et les établissements, tel qu'il existe déjà, se doit d'être renforcé. L'offre en matière de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé portée par les établissements scolaires est ainsi constitutive du service territorial de santé.

[34] La place des Instituts de Formation aux Soins Infirmiers est encore plus que modeste à ce jour. Les réformes en cours devront permettre à ces instituts de prendre toute leur place dans la formation des acteurs de la santé en milieu scolaire.

Les dispositifs mis en œuvre seront ainsi directement conditionnés par le contexte spécifique de ces établissements. En tout état de cause, les dispositifs seront proportionnés au degré de désavantage des élèves (HCSP, 2013), ce que l'IGAS, à la suite de l'OMS[35], appelle « universalisme proportionné » [36]. En milieu scolaire, le désavantage est lié à trois registres principaux : sanitaire (enfants à besoins éducatifs particuliers qu'il s'agisse de situation de handicap ou de maladie chronique notamment), social (enfants scolarisés dans des établissements en éducation prioritaire) et territorial (territoires vulnérables avec une attention particulière à la ruralité et aux territoires d'outre-mer).

Structure

En matière de santé à l'Ecole, la stratégie nationale de santé pourrait être structurée autour de quatre domaines. Celle-ci s'incarnera dans la loi de santé en référence à la loi d'orientation pour l'éducation avec selon les cas des décrets et arrêtés interministériels. Un ensemble de textes réglementaires devra compléter le dispositif.

1. Une **finalité** : une politique d'éducation, sociale et de santé en milieu scolaire structurée et opérationnelle contribuant significativement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
2. Une **gouvernance** réorganisée articulant coordination nationale, politique régionale et académique et offre de prévention, de protection de la santé et d'éducation à la santé à l'échelon des territoires de vie des élèves.
3. Des **actions prioritaires** :

- La mise en place au sein de chaque territoire d'un « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves de la maternelle au lycée incluant les activités proposées dans le cadre scolaire et dans le cadre périscolaire en référence à la loi d'orientation et de refondation pour l'éducation. Le parcours est le constituant central du projet des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements ou des bassins d'éducation[37]. Elaboré sur la base de l'analyse des besoins à l'échelon des écoles et des établissements, il est évalué comme les autres dimensions du projet d'école et d'établissement.
- Le renforcement de la prise en compte des besoins et demandes de santé des enfants via notamment la réorganisation du suivi de la santé des élèves (visites médicales par un médecin lors de leur sixième année et visite de dépistage par un infirmier de l'éducation nationale lors de leur douzième année obligatoires pour tous les élèves et examens ou prises en charge à la demande pour tous ceux qui le nécessitent).
- Une articulation de la santé à l'Ecole aux démarches locales de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge conduites par la médecine de prévention territorialisée, la

[35] Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. OMS, Genève, 2009.

[36] Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. IGAS, Mai 2011. Pour mieux prendre en compte les inégalités de santé, la mission proposait quatre orientations : « Mieux connaître les inégalités sociales de santé des enfants scolarisés et les situer par rapport aux difficultés d'apprentissage existantes ; Réorienter les activités de la médecine scolaire vers des actions plus ciblées, au profit de populations d'enfants issus des milieux défavorisés ou présentant des risques particuliers ; Faire en sorte que les projets académiques se donnent des objectifs de santé véritables et pas seulement des objectifs de moyens ; Examiner les effets sur la santé des moyens du projet éducatif lui-même, et pour cela engager les travaux de recherche nécessaires ».

[37] Le parcours inclut trois dimensions : la protection de la santé, la prévention et l'éducation à la santé des élèves. Pour ce dernier volet, la démarche de mise en œuvre est de même nature que celle du parcours artistique et culturel (circulaire MEN : MENE1311045C Le parcours d'éducation artistique et culturelle).

médecine et l'ensemble des professionnels de santé de ville et la médecine hospitalière (premier recours et autres spécialités, inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile ; dentistes, pharmaciens, professionnels de la rééducation – réadaptation…) d'une part, les collectivités territoriales et les réseaux associatifs d'autre part.

- Une démarche d'optimisation du cadre de vie des élèves et des personnels tant dans ses aspects environnementaux (qualité de l'air intérieur, acoustique, sanitaires, restauration, lieux de récréation, ergonomie du mobilier, espaces d'accueil et de repos y compris les espaces nécessaires aux activités périscolaires…) qu'en termes de climat scolaire.

4. Des **leviers** :

- La création d'un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » prenant appui sur les initiatives favorisant la bienveillance éducative et la démarche globale des écoles promotrices de santé portées par la loi d'orientation et de refondation[38].
- La mise en place d'une politique de formation et d'accompagnement des acteurs de la santé des enfants et adolescents en milieu scolaire portée par les rectorats et les établissements universitaires, spécifiquement les écoles supérieures du professorat et de l'éducation présentes dans toutes les régions.
- Le développement d'un dispositif de recherche et d'évaluation à l'échelon national[39].
- Le développement d'un dispositif de suivi et d'évaluation adapté aux différents niveaux de pilotage de l'action.

Cette politique qui appelle une dynamique de co-construction à tous les échelons du dispositif devra être coordonnée par une Délégation Interministérielle à la Santé de tous les Elèves (Annexe 5).

MESURES PRECONISEES

Article relatif à la promotion de la santé en milieu scolaire

Titre premier : renforcer la prévention et la promotion de la santé

Chapitre premier : soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé

« I-
« En cohérence avec les articles L121-4-1 et L. 541-1 du code de l'Education, la promotion de la santé telle que définie à l'article L.1114-5 du code de la Santé publique se développe en milieu scolaire conformément aux domaines d'actions prioritaires des ministères concernés en référence à la stratégie nationale de santé.

« II-
« La promotion de la santé en milieu scolaire concerne tous les enfants et adolescents quels que soient les

[38] Le réseau assurera à l'échelon national l'animation, la mise à disposition des ressources et la coordination du soutien aux établissements. La labellisation se fera à l'échelon académique selon des modalités correspondant à celles des établissements E3D (Circulaire MEN : MENE1320526N « Démarche globale de développement durable dans les écoles et les établissements scolaires (E3D) - Référentiel de mise en œuvre et de labellisation »).

[39] Cette proposition rejoint, dans le cas spécifique de la santé à l'école, un besoin de partage d'expériences et de diffusion des connaissances identifié dans plusieurs travaux lancés dans le cadre du chantier n°3 de la SNS (Développer l'éducation pour la santé), notamment les missions confiées à Madame Linda Cambon (Dix mesures pour développer plus efficacement l'éducation et la promotion de la santé sur les territoires) et au Pr Thierry Lang (Recherche interventionnelle et partage des connaissances).

établissements dans lesquels ils sont scolarisés et quel que soit leur état de santé ou leur situation de handicap. Les moyens déployés sont adaptés en fonction des inégalités sanitaires et sociales observables à l'échelon territorial pertinent, en métropole comme en outre-mer.

« III-
« La politique de promotion de la santé en direction des enfants et des adolescents en milieu scolaire est pilotée à l'échelon national. Elle est déclinée au niveau académique par les services du ministère de l'Education nationale.

« Une convention est signée entre le rectorat d'académie, l'agence régionale de santé et la direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt. Elle associe les organismes d'assurance maladie, les directions régionales des services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales concernés.

« Cette convention définit la politique régionale de promotion de la santé en milieu scolaire, en fixe les objectifs et organise la collaboration des différents opérateurs publics.

« La convention fixe notamment les modalités de mise en œuvre du parcours éducatif de santé destiné aux enfants et adolescents quels que soient les lieux d'accueil, elle organise le dispositif d'accompagnement des écoles et établissements scolaires et elle explicite le cadre du dispositif régional de formation des professionnels dans le domaine de la promotion de la santé des enfants et adolescents. »

« IV-
« Un réseau national des « écoles, collèges et lycée en santé » assiste les établissements le composant dans la mise en place de leur politique de promotion de la santé. Ce réseau est affilié au réseau européen des écoles en santé.

Exposé des motifs

Positionnement par rapport à la Loi sur la refondation de l'école

Il s'agit par cet article de s'inscrire en cohérence et complémentarité avec le parcours de santé prévu par l'article L. 541-1 du code de l'Education qui définit le principe d'action de prévention et d'information au cours de la scolarité et met plus particulièrement l'accent sur les examens de santé. L'article L. 541-1 du code de l'Education nationale précise également que « les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale ».
Partant du constat que les inégalités de santé débutent en grande partie dès le plus jeune âge et que celles-ci sont influencées par des facteurs multisectoriels, la promotion de la santé doit pouvoir se développer pour tous les enfants et adolescents quels que soient les établissements dans lesquels ils sont scolarisés et quel que soit leur état de santé ou leur situation de handicap, et ce, en lien étroit avec les priorités nationales de santé.
L'article proposé ici vise à définir cette fois-ci un parcours d'éducation pour la santé et les conditions de sa réussite.

Définition
La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école du 8 juillet 2013 dispose que les élèves bénéficient d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Il convient ainsi de définir et

de mettre en place un parcours éducatif de santé, à l'instar du parcours d'éducation artistique et culturelle (circulaire interministérielle, publiée le 9 mai 2013), basé sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et les programmes scolaires. Il décrira les compétences à acquérir et les acquisitions à chacune des étapes de la scolarité. Ce parcours éducatif, qui prend place au sein des projets d'école et d'établissement, sera le constituant central du projet du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Il explicitera ce qui est réellement offert aux élèves en référence aux textes officiels sur la base des besoins différenciés des élèves et des ressources disponibles en s'efforçant de pallier leurs inégalités de distribution. Dans tous les cas, deux dimensions seraient abordées :

1/ apprendre à prendre soin de soi et des autres (par exemple : alimentation, hygiène, rythmes de vie, environnement, numérique et santé, vie affective et sexuelle, activité physique, sécurité : domestique, routière, professionnelle, apprentissage du porter secours, usage du système de santé) ;

2/ éviter les conduites à risque (par exemple : usage de substances psychoactives licites ou illicites : addictions, consommations à risque ; violence dirigée contre soi ou contre les autres, conduites dangereuses sur la route et dans le cadre d'activités sportives, conduites sexuelles à risque).

Conditions de réussite

Pour espérer améliorer la santé et réduire les inégalités de santé, ce parcours éducatif de santé doit s'adresser à tous les enfants et adolescents quel que soit leur état de santé et les établissements qu'ils fréquentent (*maternelle, élémentaire, secondaire, établissements spécialisés, publics ou privés, en filières générales, technologiques ou professionnelles*)

Par ailleurs, la gouvernance de la promotion de la santé en milieu scolaire doit articuler la politique rectorale et la politique des ARS à travers notamment la signature d'une convention qui associe les différentes parties prenantes car le milieu scolaire est amené à agir en interaction étroite avec les autres acteurs de la vie de l'enfant : institutions et professionnels du champ sanitaire et médico-social et du champ social comme responsables des structures d'accueil périscolaire et de loisirs. Pour réduire efficacement les inégalités sociales et territoriales de santé, les efforts seront proportionnés en fonction des inégalités observables à l'échelon territorial pertinent, en métropole comme en outre-mer.

Ce parcours s'accompagnera de la mise à disposition, notamment sur le site Internet des établissements et écoles d'un document synthétique permettant aux acteurs de l'établissement, professionnels comme familles, comme du territoire, de positionner leur action dans une démarche d'accompagnement progressive de l'élève vers l'autonomie en matière de santé.

Enfin, la mise en place de ce parcours éducatif de santé bénéficiera du soutien d'un réseau des écoles en santé affilié au réseau européen soutenant des actions visant l'amélioration du cadre d'apprentissage et d'enseignement.

Descriptif détaillé annexe 4 : parcours éducatif de santé

MESURES NON LEGISLATIVES

Pistes de réflexion pour une structuration du pilotage de la politique de santé en milieu scolaire

Domaines concernés	Contenu de la politique	Dispositifs réglementaires

Une finalité : une politique de santé en milieu scolaire structurée et opérationnelle	Une politique structurée selon les trois axes : • axe protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves notamment ceux à besoins éducatifs, sociaux ou de santé particuliers • l'axe prévention correspond à un travail spécifique sur les problématiques de santé (somatique comme psychique) susceptibles d'affecter la réussite scolaire y compris l'identification de besoins de soins non satisfaits • l'axe éducation vise le développement de connaissances et compétences chez les élèves dans le but de leur permettre de prendre en charge leur propre santé de façon libre et responsable Une politique articulant objectifs éducatifs, sociaux et de santé Une politique donnant toute leur place aux professionnels, parents, élèves et acteurs locaux.	Circulaire interministérielle politique de santé pour les enfants et adolescents scolarisés définissant la mission du système éducatif en matière de santé.
Une gouvernance nationale et régionale au service d'une offre de promotion de la santé à l'échelon des territoires de vie des élèves	Une gouvernance qui articule coordination nationale, échelon régional et local : • Une coordination nationale par le ministre de l'éducation nationale en articulation étroite avec le comité interministériel pour la santé • la région comme échelon-clé du pilotage de la politique de santé des élèves en référence à la politique académique et à la politique régionale de santé publique • une offre de prévention, de protection de la santé et d'éducation à la santé à l'échelon des territoires de vie des élèves des premier et second degrés.	Arrêté relatif à la gouvernance et au conventionnement ARS, DRAAF, rectorat • le renforcement de la capacité de pilotage de la santé à l'école par la DGESCO et la mise en place d'une délégation interministérielle à la santé de tous les élèves rattachée au ministre de l'éducation nationale ayant en charge la mise en synergie de l'action de tous les ministères concernés • la création, au sein de l'inspection générale de l'éducation nationale d'une mission spécifique relative à la santé des élèves • la création d'une « instance académique de pilotage » associant les acteurs de la politique d'éducation et de santé à l'échelon régional autour du rectorat, de la DRAAF, de l'ARS et du conseil régional.

		• la mise en place sous l'autorité du recteur d'une « cellule permanente vie scolaire, santé, social » pilotée par le proviseur vie scolaire et réunissant notamment les conseillers techniques du recteur (médecin, infirmier, de service social, ASH…), deux inspecteurs et un cadre de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education. • la systématisation du conventionnement rectorat, DRAAF, ARS, assurances maladie et collectivités territoriales sur la base d'une convention cadre pluriannuelle et d'avenants annuels spécifiques. Cette convention doit être présentée et discutée au sein des instances paritaires académiques compétentes.
Des actions prioritaires ***La mise en place au sein de chaque territoire d'un « parcours éducatif de santé » pour tous les élèves de la maternelle au lycée.***	• La mise en place d'un parcours éducatif de santé pour tous les élèves • Le cadre général des activités mises en œuvre dans le cadre de ce parcours sont publiques et décrites, à destination des parents et des acteurs territoriaux, sur les sites Internet des établissements	Circulaire interministérielle politique de santé pour les enfants et adolescents scolarisés : • Modalités de structuration d'un parcours éducatif basé sur le socle commun et les programmes scolaires, décrivant les compétences à acquérir, les acquisitions à chacune des étapes de la scolarité. Le parcours éducatif, qui prend place au sein des projets d'école et d'établissement, est le constituant central du projet du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
Une réorganisation des examens de santé obligatoires, un accompagnement tout au long de la scolarité et un suivi spécifique pour tous ceux pour qui c'est nécessaire. ***Une intégration plus forte de la santé à l'Ecole aux démarches locales de prévention et de prise en charge conduites par la médecine de prévention territorialisée, la médecine de ville et***	• Une visite médicale à 6 ans et une visite de dépistage à 12 ans pour tous les élèves • Un suivi infirmier tout au long de la scolarité • Un suivi médical individualisé pour tous les élèves pour qui c'est nécessaire quel que soit le type d'établissement au sein duquel ils sont scolarisés • Un dispositif adapté pour les demande de dérogation pour les travaux dangereux et l'utilisation des machines dangereuses dans tous les lycées de l'éducation nationale comme de l'enseignement agricole	Arrêté en cours de publication Circulaire MEN relative aux missions des personnels de santé de l'éducation nationale.
	• Un renforcement des liens multilatéraux entre médecine scolaire, médecine de prévention territorialisée, inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile, médecine de ville et médecine hospitalière (en lien avec le volet	Circulaire MEN politique de santé à l'Ecole définissant la mission du système éducatif en matière de santé, volet relatif à la structuration des projets de CESC et aux projets locaux d'éducation. Adaptation des textes relatifs au contrat

la médecine hospitalière ***Une démarche d'optimisation du cadre de vie des élèves et des adultes de la communauté éducative tout particulièrement en éducation prioritaire***	relatif aux contrats locaux et territoriaux de santé) • Une articulation au travail des PMI au sein des projets d'école des écoles maternelles et primaires • Une articulation au travail des maisons des adolescents et des points Accueil, Ecoute, Jeunes dans les projets des établissements du second degré • La systématisation d'un volet santé à l'Ecole dans les contrats locaux et territoriaux de santé en lien avec le « parcours éducatif de santé »	local de santé puis au service territorial de santé pour qu'ils intègrent le parcours éducatif de santé. Mise au point d'un référentiel relatif au cadre de vie des écoles et établissements
Des leviers ***La création d'un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé »***	• La création, à l'instar de la plupart des pays européens, d'un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » ayant pour mission de soutenir les établissements scolaires dans la mise en place de leur politique de santé.	Circulaire MEN politique de santé à l'Ecole, volet organisation d'un réseau national à déclinaisons académiques ayant pour mission de soutenir les établissements scolaires dans la mise en place de leur politique de santé des élèves.
La mise en place d'une politique de formation des acteurs de la santé des enfants et adolescents en milieu scolaire	• Un dispositif visant à développer une culture commune aux personnels enseignants, d'encadrement, d'éducation comme sociaux et de santé, fondée notamment sur un dispositif de formation initiale (tronc commun) et continue mis en place à l'échelon régional au sein des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education et leur pendant pour les infirmiers et médecins et de l'Education Nationale en lien avec l'EHESP et un réseau d'universités. • La poursuite du travail de renforcement de l'attractivité pour les métiers de la santé dans l'éducation nationale	Circulaire MEN politique de santé à l'Ecole : • Renforcement de la formation de base des cadres (inspecteurs et chefs d'établissement), des enseignants et des personnels d'éducation et d'orientation. • Le développement de la formation continue des infirmiers et médecins doublée d'une analyse de leurs pratiques dans le cadre de leur Développement Professionnel Continu • Mise en œuvre d'un plan de formation de formateurs permettant d'assurer la présence d'équipes enseignantes plurielles dans toutes les académies.
Le développement d'un dispositif d'évaluation et de recherche à l'échelon national	• Le développement d'indicateurs de suivi de la politique de santé à l'Ecole à l'échelle de l'établissement, académique et national.	• A l'échelle de l'établissement, les indicateurs de santé concernant les élèves seront pris en compte dans la gouvernance notamment avec un rapport annuel des personnels infirmiers sur la base des données recueillies lors des passages à l'infirmerie. • A l'échelon académique, seront traitées les données issues des enquêtes spécifiques comme des données collectées par les personnels de direction, d'éducation, infirmiers, médicaux et sociaux.

	• Un dispositif de recherche-intervention fondé sur un appel à projet coordonné par la DGESCO, la DGESIP, la DGRI, l'Institut Français d'éducation (IFé), le réseau des ESPE et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP).	• Deux groupes d'indicateurs en relation avec la politique de santé à l'Ecole seront développés : ceux relatifs à la santé des enfants et des adolescents et ceux concernant le dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire (cf. infra). • Des appels à projets nationaux • Création d'un consortium universitaire (équipes de recherche en éducation et en santé publique) associant les acteurs de l'enseignement scolaire en vue du développement de recherches-intervention centrées sur les problématiques opérationnelles des établissements et les dynamiques territoriales de mobilisation en faveur de la santé des jeunes.

DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA POLITIQUE DE SANTE A L'ECOLE

Deux groupes d'indicateurs en relation avec la politique de santé à l'Ecole peuvent être proposés : ceux relatifs à la santé des enfants et des adolescents et ceux concernant le dispositif de promotion de la santé en milieu scolaire.

Il n'existe pas de système d'information intégré sur la santé de l'enfant dans notre pays alors même que nous disposons de plusieurs dispositifs permettant de recueillir des données fiables (enquêtes de la DEPP réalisées avec les personnels de santé de l'éducation nationale, HBSC, ESPAD, baromètre santé notamment). Il est nécessaire de développer un tableau de bord de « la santé à l'école et de la santé des enfants d'âge scolaire » pour suivre et piloter la politique de santé à l'école d'une part et évaluer ses effets parmi d'autres interventions sur la santé des enfants d'autre part. Le HCSP a proposé un « tableau de bord synthétique d'indicateurs pour le suivi annuel de l'état de santé et du fonctionnement du système de santé »[40]. Il apparaît nécessaire que soit mis en place, par la DEPP et la DREES, un tableau de bord annuel spécifique de l'état de santé des enfants et adolescents suivant les recommandations du HCSP qui propose de distinguer 7 dimensions dont 3 paraissent plus particulièrement pertinentes ici :

- Etat de santé ou résultat de santé (mesuré en moyenne et en dispersion) ;
- Qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants de la santé au sens large (en moyenne et stratifié selon le niveau de défavorisation sociale des territoires académiques) ;
- Réduction des disparités sociales et géographiques en santé.

Le HCSP précise « Lorsque ce sera possible et pertinent, les indicateurs devront être mesurés en moyenne et en dispersion, par âge, par niveau socio-économique et par zone géographique ». En ce qui concerne la santé des enfants et adolescents scolarisés, une connaissance fine de l'état de santé est nécessaire dans le but de proportionner l'action aux besoins des jeunes. Ainsi, il importe de disposer des données relatives à la santé des élèves à l'échelon académique et, dans la mesure du possible, à l'échelon des bassins d'éducation. Il sera ainsi possible de croiser les données relatives aux politiques de promotion de la santé avec celles concernant la santé des élèves.

Par ailleurs un outil de suivi national de la mise en œuvre de la politique de santé à l'Ecole telle que nous la proposons est nécessaire. Il doit s'agir d'indicateurs peu nombreux, simples, accessibles et pertinents afin de constituer une réelle aide au pilotage. C'est la Direction de l'Evaluation et de la Prospective du Ministère de l'Education Nationale qui pourrait être chargée de sa réalisation. Nos propositions conduiraient à ajouter aux nombreuses données déjà collectées (données sociales, réussite des élèves, intégration des enfants à besoins éducatifs particuliers, bilans médicaux, suivi des CESC…) quatre dimensions incluant des indicateurs génériques et des précisions éventuelles :

1. Nombre de conventions signées entre le rectorat, la DRAAF et l'ARS

    a. Nombre de conventions associant l'assurance maladie

[40] Proposition de tableau de bord synthétique d'indicateurs pour le suivi annuel de l'état de santé et du fonctionnement du système de santé. 17 avril 2014. http://www.hcsp.fr

b. Nombre de conventions associant les collectivités territoriales

2. Nombre d'équipes opérationnelles rectorales associant personnel de santé, personnel d'encadrement et personnel pédagogique rectoral, personnel ARS

a. Nombre d'équipes opérationnelles associant personnel de santé rectoral, personnel d'encadrement et personnel pédagogique rectoral, personnel ARS et une représentation de tout ou partie des acteurs suivants : Collectivités territoriales, Parents, Elèves (Comité Académique de la Vie Lycéenne), IREPS.

3. Nombre d'établissements ayant publié leur parcours éducatif de santé

a. Nombre d'établissements parmi ceux qui l'ont publié dont le parcours éducatif de santé comporte les 3 dimensions proposées (protection, prévention, éducation)

b. Nombre d'établissements ayant publié un parcours éducatif de santé mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat territorial effectif

4. Nombre d'établissements membre du réseau national des écoles, collèges et lycées

ANNEXES et CONTRIBUTIONS

Les contributions écrites des experts ou organisations proposées ici n'engagent pas les auteurs du présent rapport.

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de la rédaction de ce rapport.

- Mme Brigitte Accart, secrétaire générale du SNIES UNSA
- M. Christian Allemand, secrétaire général adjoint du SNICS FSU
- Mme Line-Rose Arrouvel, Chargée de mission Santé et Sécurité au travail, ESPE de la Martinique, université des Antilles et de la Guyane
- Mme Maryvette Balcou, Maitre de conférences, ESPE de la Réunion, Université de la Réunion
- M. Dominique Berger, professeur de sciences de l'éducation, laboratoire ACTé (EA 4285), Université Lyon 1
- Mme Gwenaëlle Bizet, cheffe du bureau du pilotage de la politique de l'alimentation, direction Générale de l'Alimentation, Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt
- M. François Bourdillon, directeur général de l'INVS
- Mme Julie Bouvry, membre du bureau national du SNPDEN
- M. Laurent Castra, directeur de la santé publique, ARS d'Île de France
- M. Laurent Chambaud, directeur, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, EHESP
- M. Jean-François d'Ivernois, professeur de sciences de l'éducation, laboratoire éducations et pratiques de santé (EA 3412), Université Paris 13.
- Mme Agnès Ducros, responsable de la formation des médecins de l'éducation nationale, EHESP
- Mme Sylvie Fromentelle, vice-présidente de la fédération des conseils de parents d'élèves, FCPE
- M. Rémi Gagnayre, professeur de sciences de l'éducation, laboratoire éducations et pratiques de santé (EA 3412), Université Paris 13.
- Mme Véronique Gasté, chef d'établissement, bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité, direction générale de l'Enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la Recherche
- Mme Béatrice Gaultier, secrétaire générale du SNICS FSU
- Mme Joëlle Guyot, adjointe au sous-directeur des politiques de formation et d'éducation, Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt
- M. Patrick Lamour, directeur, Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé des Pays de la Loire.
- M. Jean-Michel Leray, vice-président du conseil d'administration, Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé des Pays de la Loire.
- M. François Louveaux, inspecteur général de l'éducation nationale
- Mme Valérie Marty, présidente de la fédération des parents d'élèves de l'enseignement public, PEEP

- Mme Claire Maitrot, médecin conseiller technique auprès du Recteur de l'académie de Rennes
- M. Paul Méhu, chargé de mission, fédération des conseils de parents d'élèves, FCPE
- Mme Catherine Petitot, vice-présidente du SNPDEN
- M. Daniel Oberlé, chargé de mission, ESPE Clermont-Auvergne, Université Blaise Pascal Clermont 2
- Mme Sophie Palin, adjointe au Sous-directeur de la Politique de l'Alimentation, Direction Générale de l'Alimentation, Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt
- Mme Geneviève Richard, médecin responsable, service de santé scolaire de la ville de Paris
- M. Patrick Roumagnac, secrétaire général du syndicat de l'inspection UNSA
- Mme Marie-Thérèse Roux, présidente de l'ASCOMED
- Mme Corinne Vaillant, secrétaire générale du SNMSU UNSA
- M. Didier Vin-Datiche, inspecteur général de l'éducation nationale

Visite au Collège Jean Moulin (Le Pecq) : entretiens collectifs avec 6 élèves de 3ème et avec un groupe d'adultes du collège Jean Moulin et deux personnes d'autres collèges du relevant du même CESC de bassin : deux « principales », Mesdames Dugué et Lecomte (collège Pierre et Marie Curie, Le Pecq), deux infirmières scolaires, Mesdames Aubineau et Charles (venue d'un collège de St-Germain), deux professeurs d'Education Physique et Sportive (EPS), Mme Imiza et Mr Goupiller, une professeure de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT), Mme Bonnet, et un parent, Mme Saintilain.

De très nombreux entretiens informels ont eu lieu avec des élus, professionnels de l'éducation, de la santé et du social, parents, élèves.

Que chacune et chacun soit profondément remercié pour sa contribution.

ANNEXE 2 : Données bibliographiques générales en relation avec la politique de santé à l'école

Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'efficacité des politiques de santé à l'Ecole

Au cours de ces 25 dernières années, de très nombreux travaux de recherche ont été conduits sur le milieu scolaire. Un nombre considérable d'articles, ouvrages et rapports d'évaluation sont parus dans lesquels les effets d'initiatives visant à promouvoir la santé à l'école ont été identifiés. Des travaux de synthèse ont été conduits notamment sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (e.g. Steward-Brown & coll, 2006) et de l'Union Internationale de Promotion et d'Education à la Santé (e.g. Saint Léger & Young, 2009).

Les données démontrent de très fortes convergences entre les résultats issus des travaux publiés dans trois domaines de recherche :

- l'évaluation des dispositifs de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en milieu scolaire ;
- les facteurs qui déterminent un enseignement et un apprentissage efficaces à l'Ecole ;
- les facteurs qui conditionnent l'efficacité de l'Ecole en matière de réduction des inégalités.

Il apparaît que :

- la qualité de l'éducation générale contribue en elle-même au développement des compétences en santé et à l'amélioration de celle-ci (Symons, Cincelli & al. 1997, Keating & Hertzman 1999 ; Saint Léger & Nutbeam 2000).
- pour être efficace, la mise en œuvre d'actions ciblant plusieurs déterminants de santé est plus efficace que des approches limitées au seul cadre de la classe ou à des interventions uniques (Moon & al. 1999, Steward-Brown & coll, 2006, Vince Whitman, C. & Aldinger, C. 2009).
- les dispositifs qui réussissent le mieux sont ceux qui permettent à des écoles et des établissements de développer et de porter des projets intégrant plusieurs dimensions. Les résultats en termes d'apprentissage, de bien-être social à l'Ecole et de réduction des comportements qui représentent un risque pour la santé sont améliorés lorsque les établissements scolaires utilisent une approche qui met en cohérence les politiques de l'établissement et les pratiques qui promeuvent l'intégration sociale et l'engagement vis à vis de l'éducation (Moon & al. 1999, Lister-Sharp, D. & al. 1999, Victorian Health Promotion Foundation 2000, McQueen, D. V. & Jones, C. M. 2007, Vince Whitman, C. & Aldinger, C. 2009). Les facteurs sociaux et environnementaux liés au « climat scolaire » tels les interactions élève-enseignants et des professeurs entre eux, la culture de l'école, l'ambiance de la classe, les relations avec le groupe des pairs, les relations école-famille et école-environnement jouent un rôle central (Greenburg, M. & al ; 2003 ; Weare, K & Markham, W. 2005, West P. & al. 2009).
- les approches développées au sein des écoles promotrices de santé s'appuient sur des démarches impliquant de façon partenariale les différents acteurs de la vie à l'Ecole : élèves, parents, enseignants, personnels techniques, personnels médicaux et paramédicaux, acteurs sociaux, collectivités territoriales…, elles se situent dans une perspective dite « écologique » (Bronfenbrenner, U., 1979 ; McLeroy K. R. & al. 1988).
- d'une façon générale, les travaux de recherche tant quantitatifs que qualitatifs (Steward-Brown & coll,

2006 ; St Leger & al. 2007) mettent en avant trois familles de déterminants de l'efficacité des politiques de promotion de la santé :

- l'environnement physique et social de l'établissement incluant les différentes ressources notamment les services d'accompagnement pédagogique, sociaux et médicaux,
- les liens avec les familles et les acteurs territoriaux,
- le développement des compétences individuelles en matière de santé dans le cadre des enseignements.

Les données issues des travaux de recherche internationaux en matière d'implication des professionnels

L'engagement des professionnels dans la démarche de prévention, d'éducation à la santé ou de promotion de la santé à l'échelle de l'école ou de l'établissement apparaît comme un déterminant central de l'efficacité. Les travaux convergent pour mettre en avant le fait que c'est le déterminant personnel (convictions et engagement individuel) qui est le principal facteur expliquant l'implication des personnels éducatifs notamment des enseignants (Jourdan & al. 2010). La cohérence du dispositif de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé avec la vision du métier (mission de l'école et mission de l'enseignant) est également un déterminant important de l'implication (Simar & Jourdan, 2011a). A contrario, la surcharge des programmes, la priorité donnée aux matières fondamentales, l'excessive multiplicité des tâches conférées aux professionnels des établissements scolaires sont des obstacles à l'implication (Geary & McNamara, 2002, Leurs & al., 2007, Simar & Jourdan, 2011b). Ce sont essentiellement les personnels de direction, de vie scolaire et médicosociaux qui considèrent les textes officiels (déterminant institutionnel) comme un élément clé de l'engagement dans les dispositifs de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé (Pizon & Jourdan, 2010).

Parmi les facteurs qui influencent la mise en œuvre des dispositifs de prévention ou d'éducation à la santé, la formation des professionnels et leur mobilisation jouent un rôle central (St Leger, 1999 ; Han & Weiss, 2005). Le fait d'avoir bénéficié d'une formation est par exemple positivement associé à la pratique de l'éducation à la santé en classe par les enseignants du premier degré (Jourdan & al. 2002).

En France, l'éducation à la santé n'est pas une discipline scolaire mais une dimension de l'éducation à la citoyenneté, un thème transversal. La comparaison du positionnement des enseignants français du premier degré avec ceux des pays pour lesquels l'éducation à la santé est une discipline à part entière montre que l'implication des enseignants comme les déterminants qui la conditionnent diffèrent peu. L'introduction de nouvelles prescriptions (création d'une discipline nouvelle en Irlande par exemple) n'entraînent pas l'application systématique et automatique de ces dernières de la part des enseignants. On retrouve comme en France des éléments relatifs à leurs caractéristiques personnelles (intérêt perçu, sentiment de compétence, bénéfices et adéquation avec le niveau des élèves…), la formation dont ils ont bénéficié (intensité, proximité avec leur pratique habituelle…), leur capacité à intégrer ces questions au cœur de leur enseignement (pression des autres matières et des examens) ou bien encore des éléments relatifs à l'école (politique, organisation, personnes, ressources …) (St Leger, 1998 ; Geary & McNamara, 2002 ; Jourdan, & al., 2002 ; Viig & Wold, 2005 ; Turcotte, & al., 2006 ; Turcotte, & al., 2007 ; Leurs & al. 2007 ;

Tjomsland, & al., 2009 ; Berger, & al., 2009).

ANNEXE 3 : Synthèse des auditions et entretiens

Nous avons organisé les propos des personnes auditionnées selon les trois dimensions constitutives de la promotion de la santé : la protection de la santé, la prévention et l'éducation à la santé des enfants et adolescents. L'axe protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves notamment ceux à besoins éducatifs particuliers. L'axe prévention correspond à un travail spécifique sur les problématiques sociales et de santé susceptibles d'affecter la réussite scolaire. L'axe éducation vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves dans le but de leur permettre de prendre en charge leur propre santé de façon libre et responsable.

Certains propos renvoient au volet « protection de la santé » et interrogent l'école dans sa mission d'enseignement et d'éducation

Dans une conception de la santé qui s'intéresse au bien-être des enfants et adolescents, plusieurs des personnes auditionnées insistent sur la nécessité d'une réflexion pédagogique et plus spécifiquement sur les méthodes d'évaluation :

> « Il ne peut y avoir de vraie évolution en matière d'estime de soi, de confiance, d'empathie dans des établissements scolaires s'il n'y a pas une réflexion forte sur la notion d'évaluation. Comment expliquer qu'en ''primaire'' les enfants ont une bonne perception de l'école, et qu'au cours du collège celle-ci va aller en se dégradant tant dans leur perception de santé perçue que dans leur appréciation de l'école. » (Jean-Michel Leray) [41]

La promotion du bien-être des enfants à l'école passe également par une capacité à réguler la vie scolaire en dehors de la classe.

Pour Patrick Lamour qui voit les conséquences, généralement bénignes sur le plan somatique, mais certainement pas sur le plan psychique, de problèmes de harcèlement entre jeunes lors des gardes qu'il effectue aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes, il y a une difficulté de la communauté éducative à « prendre réellement en main "structurellement" cette question (…) de la "responsabilité adulte dans la régulation des affects et des relations collectives entre jeunes". » Le service de la vie scolaire a un rôle éminent à jouer en la matière. Les élèves de collège l'expriment à leur manière : « s'il y a « une embrouille dans la cour », « nous on va d'abord essayer de savoir ce qui se passe », sinon les surveillants interviennent (« nous on se met en cercle, puis les surveillants arrivent »).

La promotion du bien-être à l'école passe aussi par une appropriation des travaux scientifiques ou

[41] Note des auteurs : cette évolution de la perception du vécu scolaire est retrouvée dans toutes les études à l'échelon international. C'est également vrai pour la France. Les résultats de l'enquête HBSC (cf infra) montrent en effet une dégradation du vécu scolaire entre les élèves de 6ème et ceux de 3ème. Ceci va de pair avec une « altération palpable de la perception de la santé », une « installation rapidement progressive de comportements défavorables à la santé « conduites à risque, sédentarité) », et une « régression marquée de ceux qui sont favorables (consommation de fruits et légumes, activité physique) ». L'ensemble étant marqué par des inégalités flagrantes, sociales (les adolescents ressentent un impact sur leur santé de leur situation financière) et de genre (avec une différenciation en termes de perceptions (les filles ont une moins bonne « perception de la santé, de la vie et du corps », les garçons adoptent des conduites à risque plus fréquemment et plus précocement).)

statistiques régulièrement réalisés, notamment dans les CESC.

« Aux journées de l'Inpes l'année dernière après une présentation des résultats de l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children[42]), j'étais intervenu pour m'interroger sur l'appropriation de ce type de travaux par les équipes pédagogiques notamment dans le cadre des CESC. C'est pour moi un aspect important : quelle formation sera dispensée tant en initiale qu'en continue auprès de l'ensemble des personnels (enseignants ou non) autour de l'éducation pour la santé. S'investir dans un CESC par exemple est perçu avec réticence par nombre d'enseignants parce qu'ils n'ont pas de formation adéquate. Je crois qu'il conviendrait d'imaginer comment les CESC (voir la circulaire n°2006-197 du 30/11/2006) peuvent être vraiment les lieux adéquats pour les établissements du second degré. Comment par exemple la participation à ce CESC pourrait être assimilée à un temps de travail pour les personnels, et non reposer uniquement sur le bénévolat. De même dans l'école (maternelle ou élémentaire) comment créer une sorte de CESC ou d'EPLE (établissement public local d'enseignement) regroupant plusieurs écoles permettant avec l'appui d'infirmièr(e)s scolaires formé(e)s de promouvoir des actions en santé. J'ai l'exemple piloté par la mutuelle en Vendée autour de la nutrition pour cette classe d'âge et qui fonctionne fort bien parce que un pilote permet de fournir des pistes et des outils. Dans d'autres endroits, il s'agit de l'IREPS» (Jean-Michel Leray).

Le bien-être à l'école passe par l'apprentissage de la tolérance et du respect de la différence

Les adultes du collège visité ont témoigné de la richesse pédagogique que représentait la présence d'une ULIS qui amène au travail sur le respect de la différence avec les élèves, facilite la circulation d'information entre adultes (du fait de besoins / fragilités spécifiques de certains enfants pour lesquels des précautions doivent être prises) et amène à une rigueur pédagogique qui profite à tous (mettre en ligne les cours pour les enfants déficients visuels, qui bénéficient à tous par exemple). L'ULIS permet de prendre le temps, « mais ça permet à d'autres de récupérer des cours ». Dans le même but, faciliter l'accueil des enfants en difficulté, l'existence d'une commission de liaison avec les écoles élémentaires du secteur facilite la proximité avec les élèves, « quand ils rentrent en 6ème, on les appelle déjà par leur prénom ». Il en est de même d'une 6ème passerelle, qui facilite l'accueil d'élèves en retard (dyslexiques, avec troubles de l'attention, …), et amène là aussi à travailler sur la différence et le respect.

Plusieurs propos renvoient à ce que nous avons appelé « protection » sous l'angle de la capacité à offrir un environnement physique de qualité

Rémi Gagnayre souligne « Renforcer l'exemplarité de l'espace scolaire comme lieu d'attention portée à la santé des enfants et la nécessité de renforcer l'ergonomie de l'apprentissage : apprendre est un travail qui appelle des conditions spécifiques (rythme scolaire, mobilier scolaire, protection sonore, luminosité,...) ; accès à une restauration proposant une alimentation équilibrée, accès à des toilettes préservant l'intimité et l'hygiène… ».

Malgré un travail permanent d'amélioration tant de la qualité nutritionnelle que du goût et de l'attrait des plats proposés, les jeunes sont généralement peu satisfaits de la restauration scolaire. Les collégiens que

[42] Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p

nous avons rencontrés nous l'ont dit avec leurs mots très clairement : « les repas devraient être équilibrés », « c'est peut-être équilibré, mais c'est pas mangeable », « même entrée, même dessert 3 jours de suite, ça ne donne pas envie de manger », « les jours où on finit tout, c'est très rare », sont autant d'expressions qui montrent une insatisfaction vis-à-vis de ce qui est proposé à la cantine, qui semble s'accompagner de « on apporte des trucs à grignoter de la maison », mais aussi de « on n'arrive pas à se concentrer » ou « on a mal au ventre ».

Jean-Michel Leray rappelle « Dans mon établissement, où nous avons bataillé pendant 10 ans pour construire un sanitaire plus ''agréable''' (quand on met le papier hygiénique dans un grand enrouleur à 1,50 m du sol et à l'extérieur du bâtiment, il faut être courageux en 6° pour montrer que l'on va dans les dites toilettes). De même, est-ce que l'on peut envisager des espaces herbeux dans les cours de récréation avec ou sans bancs pour faciliter des activités au calme sans risque d'être bousculé, ou agressé par le ballon des footballeurs. Est-ce que l'on peut penser dans les établissements des espaces cantine dont le niveau de bruit serait inférieur à n'importe quelle discothèque ? D'une façon globale la santé c'est aussi l'environnement architectural et les matériaux utilisés (même si je suis bien conscient que les nouveaux établissement sont beaucoup plus performants) » (Jean-Michel Leray).

Ces propos renvoient aux constats de la Commission « sécurité, santé, hygiène, sport » (dossiers 2013). Tout en rappelant que le travail législatif est fait, à travers l'article L.121-4-1 du Code de l'éducation introduit par la loi de refondation (« Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend : 1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé » […]) elle suggère que les ministères pourraient « intégrer la question des sanitaires (rappels hygiène, santé, sécurité) dans une circulaire, sous forme de préconisations, d'une charte, mettre en place une campagne nationale « bien vivre » dans l'établissement (…) avec un volet sanitaire… ».

Enfin, certaines collectivités territoriales conduisent des initiatives particulièrement prometteuses (nous employons ce terme dans l'attente d'une évaluation rigoureuse des effets), comme celle entreprise par la ville de Strasbourg devant la montée des problèmes de surpoids constatée par son service de santé scolaire : « Pratique de l'activité physique dans tous les moments de la vie de l'enfant, « Je me bouge dans mon quartier » (Ville, Education nationale, DRJSCS, USEP, Strasbourg) »[43]. L'action se déroule en plusieurs temps afin d'intégrer la pratique de l'activité physique dans tous les moments de la vie de l'enfant : Un travail réalisé par l'Education Nationale autour des programmes d'enseignement de l'éducation physique et sportive pour tous les niveaux et des sciences à partir du CE2. Le renforcement et le développement de l'activité physique au sein des écoles en lien avec les groupes scolaires et élaboration d'un programme d'actions durant toute l'année scolaire 2012/2013. Les temps dédiés à l'activité physique sont centrés sur la récréation et d'évènements du type « Km solidarité » ou « semaine du goût », moments forts animés notamment par le personnel de l'unité de santé scolaire. Pour favoriser la pratique d'une activité physique, l'aménagement de la cours d'école sera complété et du petit matériel sera acheté (ballons, cordes à sauter, podomètres…). Ce travail se fait en lien avec le service des sports de la Ville ainsi qu'en partenariat avec l'USEP. Le renforcement et le développement de l'activité physique sur les temps

[43] Communiquée en réponse à la " Consultation ouverte « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » » lancée sur son site internet par la SFSP en 2012.

périscolaire (CEL, Activités périscolaires de loisir) en lien avec la direction de l'Education et de la Petite Enfance, la direction des sports, l'USEP et les associations sportives des quartiers. Il s'agit de proposer aux enfants des activités physiques attractives qui n'existent pas sur le territoire ou qui ne leur sont pas accessibles géographiquement ou financièrement. La réflexion porte également sur les modes de déplacements physiquement actifs pour effectuer le trajet domicile/école tels que les pédibus et les cyclobus. Renforcer l'offre d'activité physique en milieu extrascolaire et sur le temps des vacances, en lien avec le service des sports, l'office des sports, les associations de quartier, la mise en place de mobilier urbain sport santé dans les espaces verts des quartiers. Cette phase passe également par une valorisation des infrastructures existantes sur le territoire strasbourgeois : piscines, parcours de santé… ».

Certains propos renvoient à ce que nous avons rangé sous le vocable « prévention » et à l'intervention des services de santé

Des expériences concrètes montrent la possibilité et la richesse de l'intervention d'acteurs extérieurs au sein de l'école, notamment des professionnels de la promotion de la santé, plaidant pour la faisabilité d'un service territorial de santé au service d'un parcours éducatif de santé.

Dans les Pays de la Loire, le Dr Guérin (cité par M. Leray) organise depuis cinq ans des ateliers santé au sein d'un collège de son canton. Ouverts sur la base du volontariat et en mélangeant les classes d'âge, les sujets de santé sont proposés par les jeunes eux-mêmes, en utilisant par exemple un smartphone sur lequel ils posent des questions pour lancer le débat.

L'objectif est de favoriser un lieu de discussion sereine. Les jeunes doivent se sentir non jugés et leur témoignage valorisé. Une dynamique de groupe se crée grâce à ces échanges entre jeunes, en entrant dans des situations de plus en plus intimes : dépression, harcèlement sur internet, souffrance, conduites à risques. C'est un lieu d'expression entre les adolescents, les soignants, les éducateurs et les enseignants.

Ce partenariat avec l'établissement est intégralement bénévole. L'accompagnement des jeunes dans ce format n'étant pas considéré comme un acte médical, il n'est pas rémunéré comme nombre d'interventions de prévention.

Les 4 mots d'ordre du Dr Guérin : Apporter des repères, créer un sentiment de confiance mutuelle, encourager la communication et envisager ces processus sur le long terme.

Plusieurs personnes rencontrées, à des degrés de responsabilité divers, insistent sur la nécessité d'une démarche proactive : « aller vers » les jeunes, notamment ceux qui sont susceptibles d'être en souffrance ou en danger.

Jean-Michel Leray, administrateur de la Mutualité Française et Président de La Commission spécialisée de prévention de la CRSA, (et ancien enseignant) explique que la commission qu'il préside a fait de la prévention son fil rouge en développant une démarche « d'aller vers » les jeunes. « Des indicateurs ont également été élaborés pour tenter de mesurer les politiques efficaces en matière de santé des jeunes.

Certains de ces indicateurs sont révélateurs des inégalités sociales ou territoriales, comme l'obésité par exemple. D'autres encore révèlent une dégradation de la santé mentale et donc de l'estime et de la confiance en soi des jeunes.

Une des problématiques restant à résoudre aujourd'hui est celle de la difficulté à communiquer sur la prévention dans l'ensemble des lieux où se trouvent les jeunes et tout particulièrement ceux où ils ne sont pas « captifs ».

En miroir, ceci souligne l'importance d'aller vers les jeunes qui semblent en difficulté au niveau de l'école elle-même. C'est dire le rôle fondamental des enseignants et plus généralement de toute la communauté éducative pour le repérage des enfants en souffrance (« Soyons attentif à la violence et au harcèlement ») et leur orientation vers le service social et (ou) le service de santé en charge d'explorer ces situations problématiques, et initier un suivi adapté en lien avec les ressources de l'environnement (MDA, inter-secteur psychiatrique, médecine libérale et hospitalière). Le service de vie scolaire semble être une ressource privilégiée pour l'identification de ces situations.

Certains de nos interlocuteurs insistent sur la nécessité de préserver la possibilité d'une action collective des professionnels de santé de l'éducation nationale en complément du service qu'ils rendent aux enfants / adolescents individuellement : « Redonnons leur du temps pour faire des actions collectives de prévention de la maladie / promotion de la santé, mais en accompagnant ce changement de « métier » ». Pour les Parlementaires rencontrés, il conviendrait de mieux définir les objectifs, les méthodes et les différents intervenants de la chaîne qui va du repérage, puis du diagnostic de troubles nécessitant une prise en charge à sa mise en œuvre effective, avec une articulation optimale des ressources sanitaires du territoire.

Selon Agnès Ducros, en l'absence de référentiel métier, les infirmières agissent principalement en réponse à la demande pour répondre aux problèmes de santé ponctuels des élèves sous la responsabilité directe des chefs d'établissements secondaires qui les emploient. L'organisation actuelle ne facilite pas leur intervention dans les écoles primaires alors que l'intervention aux âges précoces de la vie doit être renforcée (ce qu'expriment également les Parlementaires) ainsi que le travail coordonné entre infirmières et médecins de l'EN. Ces derniers (qui sont eux sous la responsabilité de l'inspecteur d'académie-DSDEN) interviennent trop souvent de façon isolée dans le premier degré. Ceci ne facilite pas non plus un travail hors de l'établissement que ce soit pour apprécier les besoins de santé des enfants de leur territoire ou pour nouer des partenariats dans une démarche de prévention collective.

Laurent Chambaud fait une suggestion pour dépasser les cloisonnements actuels. Plutôt que de souligner une nouvelle fois les manques (par une inspection conjointe de l'IGAS et de l'IGEN par exemple), mettre en lumière et valoriser les expériences réussies de coopération professionnelle (MEN et IEN en premier lieu, mais plus largement). Ceci pourrait prendre la forme d'un (cycle de) séminaire(s) sur les pratiques, partant des expériences de coopération réussies (dans le cadre actuel, donc d'ores et déjà faisables), pour tirer les leçons et bénéficier d'apports extérieurs. Ce séminaire pourrait se tenir à l'EHESP et (ou) à l'ESEN et être modéré par les auteurs de ce rapport.

Plusieurs de nos interlocuteurs (EHESP, Parlementaires, …) soulignent la faiblesse des moyens humains du service de santé scolaire. Ils appellent à leur renforcement mais également à une utilisation plus efficiente.

Plusieurs propos renvoient au troisième pôle : « l'éducation à la santé »

Certains renvoient aux contenus pédagogiques

Pour J-F d'Ivernois, une orientation forte consisterait à faire ce qui est déjà écrit dans la loi, apprendre à porter secours ; l'école française avait une opportunité unique de développer un apprentissage progressif du secourisme tout au long du cursus scolaire. Ce n'est qu'après qu'on devrait se poser la question du développement de l'éducation à la santé proprement dite. Son laboratoire développe l'étape suivante avec la MSA, l'UNAF et Familles Rurales : l'éducation à la santé familiale. Le Pr Gagnayre précise ce propos. Il s'agit pour lui de « renforcer le déploiement des programmes « apprendre à porter secours » déjà mis en oeuvre à la maternelle, au primaire et collège ; étendre ces programmes aux lycées : intégrer le contenu « apprendre à porter soins » dans les programmes sus-cités ; intégrer au niveau du lycée, les programmes « apprendre à porter soins et secours » comptant pour l'obtention du baccalauréat. Pour favoriser l'accès du plus grand nombre d'enfants à ce programme, leur mise à disposition peut se faire au cours des activités périscolaires. Leur animation peut être assurée par des associations de patients (potentialités de ressources peu connues et peu valorisées). D'une manière générale, augmenter les thématiques santé dans le cadre des activités périscolaires : renforcer les activités thématiques sur la santé ».

Pour l'ARS Île de France (éléments du projet santé pour les jeunes communiqué par Laurent Castra), développer l'éducation à la sante supposerait de déployer un ensemble d'actions coordonnées, dont beaucoup relèvent de l'application de la loi de refondation :

-Développer les projets école en santé (nouveaux rythmes scolaires - restauration collective- actions sport école …) associant les familles, en lien avec la politique de la ville (Ateliers Sante Ville, Contrats Locaux de Sante, Contrats Locaux de Santé Mentale) ; investir le temps périscolaire ouvert par le projet de réforme des rythmes scolaires pour développer l'éducation à la santé et l'activité Physique ;

- Développer les programmes visant à promouvoir une bonne hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire et extra-scolaire (maison de quartier, foyers d'hébergement, mission locale, centre social…) ;

- Renforcer les activités sportives à l'école pour redonner le goût à l'effort et développer le capital santé ; développer l'offre en matière d'activité physique en lien avec les collectivités locales ;

- Développer les programmes d'éducation à la sexualité visant à favoriser une sexualité saine et responsable en prévention des violences sexuelles, des infections sexuellement transmissibles et des grossesses précoces non désirées ; faciliter l'accès à la contraception ;

-Développer l'approche globale et précoce des conduites à risque et les moyens de lutte contre la confrontation, l'incitation et la sollicitation aux produits addictifs (alcool, tabac, cannabis, jeux de hasard …) ;

- Renforcer la dynamique de développement des compétences psycho-sociales des jeunes en milieu scolaire, en lien avec le livret personnel de compétences mis en place par l'Education Nationale, développer leur esprit critique et leur capacité de faire des choix responsables et favorisant la mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation de produits ;

- Développer la culture de l'éducation à la santé et de la prévention auprès des intervenants jeunesse: (animateurs jeunesse, médiateurs sociaux, …) ;

- Sensibiliser les parents et les divers professionnels intervenant auprès des jeunes (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux) sur les comportements à acquérir en matière de bonne hygiène de vie et notamment de nutrition et d'exercice physique, sur la santé mentale, et les situations de handicap ;

- Développer l'information sur les ressources disponibles pour le soutien et l'orientation de jeunes en difficultés.

Ces propos rejoignent ceux de nos contacts dans les Pays de la Loire : « 54% des jeunes pensent qu'ils n'ont pas d'avenir dans la société telle qu'elle est aujourd'hui. Nous sommes tous en déficit de prévention et d'éducation sur cette thématique. Il est absolument nécessaire que tout encadrant de jeunes soit formé sur les compétences psychosociales dont l'estime de soi fait partie, grâce à des associations comme l'IREPS par exemple » (Jean-Michel Leray et Xavier Guérin).

D'autres propos portent sur l'importance à accorder aux enfants ayant des besoins éducatifs particuliers pour des raisons sanitaires et (ou) sociales et sur le lien de l'école avec les ressources de son territoire pour y répondre.

Pour Rémi Gagnayre, l'école pourrait tirer parti de sa capacité à scolariser tous les enfants, y compris ceux qui ont des besoins éducatifs particuliers liés à une maladie au long cours. Il s'agirait de « Créer des liens entre l'éducation thérapeutique des enfants touchés par une maladie et les programmes scolaires ; réinvestir les acquis d'apprentissage de ces enfants dans le milieu scolaire :

• Autoriser l'absence d'un enfant participant à un programme d'éducation thérapeutique sur les heures d'enseignement (les programmes d'éducation thérapeutique se déroulent toujours le mercredi pour éviter à l'enfant de manquer les cours ;

• Valoriser les acquis des enfants ayant suivi des programmes d'éducation thérapeutique du patient ;

• S'appuyer sur ce qu'ils maîtrisent dans une perspective de Validation des Acquis de l'Enseignement ».

Les interlocuteurs de l'IREPS des Pays de la Loire, soulignent l'importance d'intervenir au-delà du milieu scolaire majoritaire et de s'intéresser à des lieux de scolarisation / socialisation pour des jeunes ayant des

besoins éducatifs particuliers. Ils soulignent la richesse des initiatives de cet ordre, comme le programme PJJ Promotrice de santé au niveau national ou l'élaboration de Préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME (IREPS de Champagne Ardennes, Pays de la Loire, Picardie, Observatoire de la santé du Hainaut, avec le soutien de l'INPES). Il faudrait citer dans ce registre l'investissement majeur des collectivités territoriales, Nous soulignerons tout particulièrement leur action dans le domaine du soutien à la parentalité[44], dans un cadre le plus souvent multi-partenarial où l'école a sa place aux côtés d'associations diverses[45]. Ceci nous permet d'insister sur le rôle fondamental des parents pour la promotion de la santé des jeunes.

Tous nos interlocuteurs ont parlé des besoins majeurs de formation de l'ensemble des professionnels, tant du service de santé scolaire (ou social) que des enseignants.

Dans le collège visité, des enseignants (SVT et EPS) soulignent que des réunions de sensibilisation / information sont nécessaires pour créer l'envie de se former chez certains (ceux qui considèrent qu'ils ne sont là que pour enseigner leur matière) ; surtout vis-à-vis d'offres de formation qui déroutent une part non négligeable du corps enseignant, comme celle à la communication non violente (CNV) par exemple ; pourtant, cette formation semble avoir transformé les pratiques de certains enseignants (« on peut être très dur sans le savoir », enseignante) et le climat scolaire du collège que nous avons visité (« les élèves ont profondément changé », enseignante). La CNV amène à aborder les questions de maltraitance éducative (tant du côté des enseignants que de certaines familles élitistes), même si elle oblige parfois à agir sur la « culture de l'établissement » ;

Certains propos renvoient aux questions de gouvernance

Agnès Ducros estime que l'expertise santé est numériquement très limitée au niveau des services centraux. De même, les modalités d'évaluation du service scolaire au niveau d'une académie sont également pauvres et se limitent (LOLF) au taux de réalisation des bilans de 6 ans, ce qui ne permet pas de valoriser l'investissement en promotion de la santé.

Les Parlementaires insistent sur l'importance du niveau régional, à condition de décloisonner le fonctionnement des services des différentes administrations concernées : le bon niveau de gouvernance est la région, mais l'enjeu est bien de coordonner santé et école, quand chaque administration (ARS et rectorat) donne satisfaction si elle s'acquitte correctement de ses missions pour son propre compte.

[44] Santé et parentalité. L'approche des villes. Eléments de préconisations. Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Presses de l'EHESP, Rennes, 2013.

[45] Comme en témoigne « En associant leurs parents à l'école, tous les enfants peuvent réussir » qui associe la ville de Rennes, l'inspection d'académie, l'université de Rennes II, la fédération des conseils des parents d'élèves, agir tous pour la dignité (ATD) Quart-Monde et, à l'époque, l'IUFM.

ANNEXE 3 : Détail des mesures proposées

La politique de promotion de la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire

Article 1 : Les objectifs de la politique de promotion de la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire

1° C'est en tant que milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents français pendant plus d'une décennie et comme espace privilégié d'éducation, que le système éducatif contribue à l'amélioration de la santé et à la réduction des inégalités de santé. La politique nationale de santé en milieu scolaire s'appuie sur la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'Ecole de la République reprise à l'article L. 2325-1 du code de la santé publique qui dispose que « Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. »
2° La politique nationale de santé concerne tous les enfants et adolescents scolarisés c'est à dire ceux fréquentant des institutions ayant une mission d'éducation scolaire primaire (maternelle et élémentaire) et secondaire y compris les établissements spécialisés, publics ou privés, en filières générales, technologiques ou professionnelles. Ces établissements relèvent du ministère de l'éducation nationale mais aussi de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, de la santé et des affaires sociales, de la défense et de la justice.
3° S'agissant de la santé des enfants et des adolescents, qui relève en tout premier lieu de la famille, le milieu scolaire agit en interaction étroite avec les autres acteurs de la vie de l'enfant : institutions et professionnels du champ sanitaire et médico-social et du champ social comme responsables des structures d'accueil périscolaire et de loisirs. La politique de promotion de la santé de la santé concerne les enfants et les adolescents scolarisés dans leur territoire de vie.
4° La politique de santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire s'adresse à tous les enfants et adolescents quel que soit leur état de santé, que ceux-ci soient en bonne santé, porteurs d'incapacités génératrices de handicap ou de maladies évoluant sur de longues périodes. Elle vise à mobiliser le milieu scolaire et son environnement pour répondre aux besoins de tous les élèves en matière de :

- protection de la santé : actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorables, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves en particulier ceux à besoins éducatifs ou besoins de santé particuliers notamment par une visite médicale et un dépistage obligatoire pour tous les élèves lors de leur sixième et douzième année et un suivi individualisé pour tous ceux pour qui c'est nécessaire (arrêté 2014 en cours), vigilance permanente vis-à-vis de signes de souffrance susceptibles de traduire des menaces graves pour la santé de l'enfant (maltraitance, harcèlement, …) nécessitant une intervention coordonnée avec les acteurs sanitaires et sociaux du territoire.
- prévention : actions spécifique sur les problématiques de santé prioritaires telles que déterminées par le code de la santé publique et le schéma régional de prévention (Articles L1434-5 à L1434-6 du code de la santé publique) et notamment l'accès à la contraception d'urgence.
- éducation : actions visant le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves dans le but de leur permettre de prendre en charge leur propre santé de façon libre et responsable (Article L. 122-1-1 du code de l'éducation).

Article 2 : Le pilotage de la politique de santé des enfants et adolescents en milieu scolaire

1° La coordination de la politique de santé des enfants et adolescents en milieu scolaire est assurée par les ministères concernés en articulation étroite avec le ministère de la santé. Il est créé une délégation interministérielle à la santé des élèves.

2° Il est créé, à l'instar de la plupart des pays européens, un réseau national des « écoles, collèges et lycées en santé » ayant pour mission de soutenir les établissements scolaires dans la mise en place de leur politique de santé. Ce réseau est coordonné par la DGESCO en lieu étroit avec l'INPES.

3° La région et l'académie constituent les échelons-clé du pilotage de la politique de santé des élèves en référence à la politique académique et au projet régional de santé (Article L1434-2 du code de la santé publique). Une convention est signée entre les agences régionales de santé et les rectorats.

4° Une offre de prévention, de protection de la santé et d'éducation à la santé est définie à l'échelon des bassins d'éducation sur la base des projets du Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté du bassin ou des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté des établissements scolaires (articles R 421-46 et R 421-47 du Code de l'éducation). Cette offre prend place au sein des Contrats Locaux et territoriaux de Santé lorsqu'ils existent (article L. 1434-17 du code de la santé publique).

5° Un dispositif de suivi et d'évaluation qui en permet le pilotage à tous les niveaux pertinents (établissement, bassin d'éducation, académie, …). Ce dispositif se construirait à partir des outils existants en s'inspirant des données de la recherche et des exemples étrangers.

Article 3 : Le parcours éducatif de santé pour tous les élèves

1° L'article L541-1 du code de l'éducation dispose que « Les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé. »

2° Le parcours éducatif de santé pour tous les élèves constitue l'axe principal de l'offre territoriale de prévention, de protection de la santé et d'éducation à la santé en direction des enfants et adolescents scolarisés, il implique outre les établissements scolaires, les institutions et professionnels du champ sanitaire et médico-social et du champ social comme les responsables des structures d'accueil périscolaire et de loisirs.

3° A l'échelon de chaque école, établissement ou bassin d'éducation, est mis en place un parcours éducatif basé sur le socle commun et les programmes scolaires, décrivant les compétences à acquérir, les acquisitions à chacune des étapes de la scolarité. Le parcours éducatif constitue le cœur de l'activité des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté, il prend place au sein des projets d'école et d'établissement. Il explicite ce qui est réellement offert aux élèves compte tenu non seulement des textes officiels mais également des besoins des élèves et des ressources disponibles. Il décrit spécifiquement les dispositifs mis en place pour agir sur les inégalités de santé et d'éducation.

4° Dans tous les cas, le parcours éducatif de santé pour tous les élèves s'appuie sur les priorités de santé publique définies dans la politique régionale de santé. Sont systématiquement abordées deux dimensions :

- Apprendre à prendre soin de soi et des autres : Alimentation, Hygiène, Rythmes de vie, Vie affective et sexuelle, Activité physique, Sécurité : domestique, routière, professionnelle, Apprentissage du porter secours, Numérique et santé, Usage du système de santé.

- Eviter les conduites à risque : Usage de substances psychoactives licites ou illicites : toxicomanies, consommations à risque, Violence dirigée contre soi ou contre les autres, Conduites dangereuses sur la route et dans le cadre d'activités sportives, Conduites sexuelles à risque.

5° Les ressources pédagogiques utilisées dans le cadre des activités de prévention et d'éducation à la santé doivent faire l'objet d'une validation par la DGESCO et l'INPES dès lors que des conflits d'intérêts ont pu exister au cours de leur réalisation, notamment lorsque des entreprises privées ont contribué à l'édition des ressources.

Article 4 : La formation et l'accompagnement des professionnels engagés dans la promotion de la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire

1° Dans l'objectif de développer une culture commune aux personnels enseignants, d'éducation comme de santé, un dispositif de formation initiale et continue sera mis en place à l'échelon régional. Il inclura :

- un renforcement de la formation de base des enseignants au sein des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education tant en ce qui concerne l'éducation à la santé que le repérage et les conduites à tenir face à des difficultés de santé.

- un développement de la formation continue dans le domaine de la promotion de la santé des élèves à destination des professionnels de la santé et du social à l'échelon régional en lien avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et les universités.

- une dynamique de professionnalisation des intervenants issus des réseaux associatifs participant aux activités de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire.

ANNEXE 4 : Le parcours éducatif de santé pour tous les enfants et adolescents scolarisés

La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école du 8 juillet 2013 dispose que les élèves bénéficient d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Si les dispositifs liés à la protection de la santé des élèves (visites, dépistage) sont déjà structurés, ce n'est pas le cas de la dimension préventive et éducative de ce parcours. Il convient ainsi de définir et de mettre en place un parcours éducatif de santé complet.

Le parcours éducatif

- Le parcours éducatif **explicite et organise** ce qui est offert aux élèves en matière de santé **à l'échelon de leur établissement** scolaire en articulation étroite avec leur territoire de vie.
- Il constitue l'armature du projet du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté et prend la forme d'un **document annexé au projet d'école ou d'établissement.**
- Sa finalité est de structurer et de renforcer l'action des établissements sur les différents **déterminants de la réussite éducative et de la santé de TOUS les élèves.**
- Le parcours est basé sur le **cadre national de référence** qui s'appuie sur le socle commun[46] et les programmes scolaires, les **besoins** des élèves et les **ressources** disponibles

Pour qui ?

- **Tous les enfants et adolescents scolarisés**, il concerne outre les établissements scolaires, les institutions et professionnels du champ sanitaire et médico-social et du champ social, les responsables des structures d'accueil périscolaire et de loisirs

Quel contenu ?

- Il s'agit d'un **double contrat vis-à-vis de l'institution** (projet de CESC) **et vis-à-vis des familles** (chaque élève aura eu dans son parcours des enseignements sur les conséquences de la consommation de tabac, la capacité à gérer le risque ou les différents services médicaux et sociaux accessibles sur le territoire…).
- Il s'appuie sur la **très riche expérience des professionnels** et vise à la valoriser, la mutualiser et l'enrichir.
- Le parcours a une **visée opérationnelle**, il décrit concrètement ce qui est offert aux élèves et à leurs familles.
- Il spécifie ce qui est proposé à **tous les enfants et adolescents** et ce qui concerne spécifiquement **ceux à besoins éducatifs particuliers** du fait de leur situation sociale, d'une situation de handicap ou de maladie chronique.

Il est structuré autour de trois axes :

En effet, les interventions éducatives en santé ne permettent de réduire les inégalités que si elles associent

[46] Le socle commun de connaissances, de compétences et de culture définit ce qui est attendu de chaque élève à l'issue de la scolarité obligatoire (Circulaire n° 2006-830 du 11/07/06)

les enseignements à un travail sur les déterminants de santé liés à l'environnement scolaire.

- Un axe d'éducation à la santé : pour chaque cycle sont décrites les **acquisitions** visées et les **activités** de classe et périscolaires proposées ;
- Un axe prévention : sont décrits les dispositifs de prévention mis en place à l'échelle de l'**établissement** et associant les **acteurs locaux** en référence aux priorités de santé publique ;
- Un axe protection de la santé : sont décrites les démarches mise en œuvre dans l'établissement dans le but d'offrir aux élèves l'**environnement** le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être.

Deux dimensions sont abordées dans le volet « éducation à la santé »

- **Apprendre à prendre soin de soi et des autres** : Alimentation, Hygiène, Rythmes de vie, Vie affective et sexuelle, Activité physique, Sécurité : domestique, routière, professionnelle, Apprentissage du porter secours, Technologies de l'information et de la communication et santé, Usage du système de santé.
- **Eviter les conduites à risque** : Usage de substances psychoactives licites ou illicites : toxicomanies, consommations à risque, Violence dirigée contre soi ou contre les autres, Conduites dangereuses sur la route et dans le cadre d'activités sportives, Conduites sexuelles à risque.

La démarche mise en œuvre correspond à celle ayant présidé à la définition du parcours d'éducation artistique et culturelle (circulaire interministérielle, publiée le 9 mai 2013). Basé sur le socle commun de connaissance, de compétences et de culture et les programmes scolaires, il décrira les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité.

Le volet prévention

- Le volet « prévention » présente les dispositifs centrés sur une ou plusieurs **problématiques de santé** prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (addictions, activité physique et nutrition, vaccinations, contraception, maltraitance par exemple) ;
- Les dispositifs de prévention **mobilisent les acteurs** locaux notamment les familles ;
- Ils donnent lieu à des temps forts qui scandent l'année scolaire.

Trois dimensions sont abordées dans le volet « protection de la santé »

- Les actions visant à créer un **climat d'établissement** favorable à la santé et au bien-être de la communauté éducative ;
- Les démarches centrées sur l'amélioration de l'**environnement** de l'établissement de la restauration scolaire à l'ergonomie des locaux ;
- La description des ressources disponibles pour les élèves et leurs familles en matière de santé : **personnels médicosociaux de l'éducation nationale** (contact, examens systématiques et à la demande…) et de **dispositifs locaux** de prise en charge des enfants et adolescents (PMI, maisons des adolescents, intersecteur de pédopsychiatrie, réseau « dys »…). Les approches spécifiques en directions des élèves les plus vulnérables (classes allophones, EGPA,…) et des territoires prioritaires (politique dans les REP+) constituent des éléments-clé du parcours.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelon national

- Le cadre national de référence est élaboré par la **DGESCO et l'INPES** en lien avec la convention qui les

lie.

- La **délégation interministérielle à la santé des élèves** assure la mise en synergie de l'action des différents opérateurs
- Le **réseau national des écoles, collèges et lycées en santé** met à disposition des établissements l'ensemble des ressources pédagogiques nécessaires au développement du parcours.
- **L'inspection générale Etablissements et Vie Scolaire** a en charge la rédaction d'un rapport annuel sur l'évolution du dispositif et son pilotage.
- La formation des acteurs du parcours est un enjeu clé, dès 2015 il importe de créer un **consortium d'universités et une formation en ligne ouverte à tous (MOOC).**

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelon régional

- L'échelon régional a en charge l'accompagnement des établissements via la « **cellule permanente vie scolaire, santé, social** » constituée autour du Recteur et associant l'ESPE, l'ARS et les collectivités.
- Le parcours de chaque établissement est validé par la cellule qui propose le cas échéant soutien et accompagnement.
- L'accompagnement est mis en œuvre
  - par les cadres, personnels de santé et sociaux et formateurs de l'éducation nationale.
  - par les IREPS notamment en ce qui concerne les dispositifs fondés sur un partenariat étroit avec les acteurs territoriaux.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelle de l'établissement

- Le parcours est le constituant principal du projet de **Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté.**
- Le parcours, dans ses différentes dimensions, concerne l'ensemble de la **communauté éducative** : chef d'établissement, enseignants, personnels de santé et sociaux, conseillers principaux d'éducation, surveillants, conseillers d'orientation-psychologue, parents, élèves.
- Il implique les **partenaires de l'établissement** (collectivités, acteurs du système de soin, associations) dans les dispositifs de prévention.
- Les activités de classe sont essentiellement mises en œuvre par les **enseignants** dans le cadre des programmes scolaires.
- Les activités périscolaires sont essentiellement mises en œuvre par les **animateurs** municipaux.
- Chaque fois que nécessaire, il sera fait appel aux professionnels de la prévention du réseau des **IREPS.**
- Les **personnels d'encadrement, d'éducation, de santé et sociaux** apportent une contribution dans leurs domaines d'expertise respectifs et jouent un rôle de structuration du dispositif à l'échelon local.

ANNEXE 5 : La Délégation Interministérielle à la Santé de tous les Elèves

Dans le but d'améliorer le service rendu aux usagers, il est aujourd'hui nécessaire de rénover la gouvernance nationale de la politique de santé à l'Ecole. L'enjeu est d'être capable de mobiliser l'ensemble des acteurs, de mettre en synergie leurs interventions afin de mieux répondre aux besoins des enfants notamment des plus vulnérables. Pour cela, il est nécessaire de **renforcer à la fois le pilotage par le ministère de l'éducation nationale et son articulation à la politique nationale de santé**. La Direction Générale de l'Enseignement Scolaire et l'Inspection Générale de l'Education Nationale doivent voir leur capacité d'action renforcée en matière de santé des élèves. L'articulation avec la politique nationale de santé doit être assurée par une délégation interministérielle à la santé de tous les élèves (DIMSE) rattachée au ministre de l'éducation nationale et ayant en charge la mise en synergie de l'action de tous les ministères concernés (éducation nationale, enseignement supérieur et recherche, affaires sociales et santé, agriculture, agroalimentaire et de la forêt, défense nationale, justice). La délégation est conduite par un cadre relevant du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les enjeux de la création de la délégation interministérielle à la santé de tous les élèves

Dans le contexte actuel, sa création se justifie par :

1. la nécessité d'une affirmation forte et visible de **l'engagement de l'Etat** sur ce dossier.
2. la nature des déterminants qui agissent sur la santé et la réussite éducative des élèves : ceux-ci relèvent de politiques publiques portées par plusieurs ministères. **Aucun service de l'Etat n'est actuellement mandaté pour assurer cette coordination complexe.**
3. la nécessité d'une médiation spécifique avec les politiques conduites par le ministère des affaires sociales et de la santé qui a mis la santé scolaire au cœur de sa politique. L'absence de culture commune appelle la création d'une **interface efficace.**
4. l'enjeu d'un **lien étroit avec les structures d'expertise sanitaire** notamment le Haut Conseil de la Santé Publique pour la production en temps réel d'expertises sur les problématiques de santé des élèves.
5. les caractéristiques de la politique de santé des élèves qui appelle la mise en synergie de l'action non pas seulement de l'administration mais également des **acteurs universitaires de la formation et de la recherche** en éducation comme en santé publique notamment de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, des Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education, de l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale, de l'Institut Français d'Education ainsi que des **réseaux associatifs** à l'échelon national et régional (notamment la Fédération Nationale de l'Education et de promotion de la Santé).

Les missions de la délégation interministérielle à la santé de tous les élèves

La création de la DIMSE (délégation interministérielle à la santé de tous les élèves), complémentaire au renforcement du pilotage de la politique éducative de santé par la DGESCO, est rendue nécessaire par la priorité donnée à la réussite de TOUS les élèves. La santé est une condition clé de la réussite éducative. La trop faible collaboration entre les opérateurs des politiques à l'échelon national comme régional ne permet pas d'offrir à tous les élèves, notamment les plus vulnérables, l'ensemble des ressources nécessaires en matière de protection de la santé, de prévention et d'éducation à la santé.

1. Sa mission est ainsi d'animer et de coordonner l'action des ministères qui interviennent dans la

scolarisation des 12 millions d'élèves (éducation, santé, agriculture, outre-mer, justice, jeunesse et sport). Cette délégation interministérielle est rattachée au ministre de l'éducation et fonctionnera en lien direct avec les cabinets ministériels et la DGESCO.

2. Elle constitue l'une des dimensions de l'action de l'Etat au service d'une Ecole bienveillante, inclusive et ayant une action efficace sur les inégalités.
3. Sa mise en œuvre est étroitement articulée à l'action de la DGESCO B3 en partenariat avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Elle travaille également en lien avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, les Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education, l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale, l'Institut Français d'Education.

CONTRIBUTION 1 : Santé à l'Ecole et éducation prioritaire par Mme Claire Maitrot (Rectorat de l'académie de Rennes)

A propos d'éléments de contexte…

- Les fondements de l'éducation prioritaire: réduire les effets des inégalités sociales et territoriales sur les résultats scolaires et favoriser la réussite de tous les élèves ;
- Un constat: l'école ne se contente pas de reproduire les inégalités, elle les aggrave. Les élèves de l'éducation prioritaire sont de plus en plus nombreux à avoir de moins bons résultats que les autres ;
- La refondation de l'éducation prioritaire (REP) en 2014: une approche globale articulée en 3 axes = des pratiques pédagogiques adaptées, des ressources humaines mobilisées, un pilotage par projets de réseaux REP ;
- Les inégalités sociales de santé chez les jeunes : la filière scolaire, le redoublement, l'exclusion, l'échec scolaire sont des facteurs de risque de l'entrée dans les usages de tabac, d'alcool et de drogues illicites - la réciproque n'est pas vraie - et ce, indépendamment de la corrélation entre milieu social parental et parcours scolaire (rapport du HCSP sur les indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé - juin 2013).

Si la politique de santé en REP n'a pas de spécificités propres - plus que partout ailleurs, des écoles promotrices de santé devraient y être la règle...

Au-delà des principes de l'OMS dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, les projets de REP devraient systématiquement décliner pour chaque école, chaque établissement scolaire, au moins 3 axes :

- ***Un axe " qualité de vie" pour tous***, élèves et adultes, tant dans ses aspects matériels environnementaux (locaux adaptés, matériels confortables, qualité de l'hygiène, etc) , qu'en terme de climat scolaire dans ses 5 dimensions : climat relationnel (qualité des contacts interpersonnels, respect, soutien) - éducatif (sens des apprentissages, valorisation des réussites) - de sécurité (sentiment de confiance, faibles risques de victimisation...) - de justice (des règles explicites, expliquées, appliquées...) - d'appartenance (sentiment de fierté et valeurs partagées)

- Au-delà du socle commun de connaissances, compétences et culture (actuellement en cours de refonte et prévu en 5 domaines, le champ de la santé sera-t-il explicitement décliné dans le domaine "former la personne et le citoyen"?) ***un axe "développement de compétences" qui viserait plus particulièrement l'intelligence émotionnelle d'une part et l'acquisition d'une "health literacy" d'autre part.*** La première, notamment autour de la maîtrise de ces 2 émotions fondamentales que sont la peur et la colère, est un facteur clef des aptitudes relationnelles - et donc un levier majeur pour la prévention de la violence. La seconde consiste à développer chez l'individu une véritable de culture de la santé qui va déterminer sa motivation et sa capacité à obtenir, comprendre et utiliser des connaissances fiables en matière de santé. Il s'agit de développer son esprit d'analyse et de critique de manière à prendre des décisions adaptées pour promouvoir et maintenir sa santé. Dès lors, il ne s'agit pas tant d'apprendre aux élèves les risques et les dangers que de travailler sur les représentations qu'ils en ont, de leur permettre de comprendre la santé, les soins, l'organisation du système de santé, ses résultats et ses coûts, et ce

faisant de favoriser leur accès à l'autonomie et à la responsabilité.

- ***Un axe "prévention sélective"*** et ce au regard de 2 problématiques prioritaires: celle des troubles des apprentissages et celle des comportements à risque. Pour ce faire, il s'agit de développer une stratégie de repérage des difficultés /dépistage des troubles /diagnostic d'éventuelles évolutions pathologiques / prise en charge adaptée tant sur le plan de la scolarité que du soin en tant que de besoin. Rappelons que ces différentes étapes font appel à des compétences différentes et complémentaires et que la mobilisation des ressources humaines inscrite dans la refondation de l'éducation prioritaire prend ici tout son sens [le repérage des difficultés des élèves relève des acteurs au plus près d'eux (et notamment des enseignants) - le dépistage de l'existence de troubles chez les élèves repérés nécessite un savoir-faire et des outils spécifiques qui sont de la compétence des personnels de santé - le diagnostic de pathologies sous-jacentes ou conséquentes de ces troubles relève d'une compétence médicale - la prise en charge, dès lors qu'elle comprend une composante thérapeutique impactant la scolarité, implique un partenariat avec le secteur du soin].
- Compte tenu des interactions entre étapes du développement de l'enfant et étapes du parcours de la scolarité obligatoire, cette stratégie préventive devrait être systématiquement mise en oeuvre avant l'entrée à l'école élémentaire, avant l'entrée au collège et en fin de scolarité obligatoire - avec une exigence de suivi des élèves dans la continuité.

3 corollaires à cette "règle":

- **la formation des acteurs mobilisés, et notamment:**

  - les enseignants de REP : l'utilisation des apports des cognisciences dans les choix de stratégie pédagogique, comprendre les troubles spécifiques des apprentissages pour pouvoir accompagner les élèves concernés, la psychodynamique de groupe au sein d'une classe d'adolescents, faire face aux comportements inappropriés, ...

  - des formations d'équipes pluridisciplinaires à la promotion de la santé: quoi, pour quoi, comment ?

- **la mobilisation des ressources humaines, et notamment:**

  Une priorité affirmée et explicitée en termes d'attentes spécifiques pour les personnels de santé/social.

  S'agissant des personnels infirmiers, la refondation de l'éducation prioritaire prévoit leur renforcement pour leurs actions tant individuelles que collectives.

  Mais:

  1) qu'en est-il des personnels sociaux dont l'intervention parait d'autant plus justifiée s'agissant de publics fragilisés?

  2) il conviendrait de mobiliser aussi les médecins de l'éducation nationale, formés dès leur recrutement à cet effet à l'EHESP, sur leur mission prioritaire de conseil pour la construction des projets de REP en promotion de la santé.

- **le nécessaire lien "école-famille":**

  En REP, plus encore que partout ailleurs, les élèves doivent bénéficier d'un continuum éducatif entre milieu familial et milieu scolaire. A l'école d'accueillir , voire d'aller au devant des parents - non seulement pour leur expliquer son ambition pour leurs enfants mais aussi ses attentes vis à vis des co-éducateurs qu'ils sont , de les conforter ou de les réassurer dans ce rôle, voire de partager des savoir faire...

  A titre d'exemple concret: sachant la prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu socio-économique défavorisé, école et famille devraient travailler ensemble sur la question d'une alimentation équilibrée et de l'exercice physique quotidien des enfants.

Une priorité dans le calendrier de mise en œuvre : 1ièr degré

En tant que logique dictée à la fois par la chronologie scolaire et les certitudes aujourd'hui confirmées quant aux bonnes pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé: tout commence dès le plus jeune âge.

En matière de politique de santé en milieu scolaire, il s'agit de concevoir un véritable "parcours de santé" dès l'entrée à l'école, et qui aille :

- de la prévention et promotion de la santé pour tous , avec notamment une éducation pour la santé tout au long de la scolarité
- à la prise en charge des besoins particuliers de santé de certains (identifiés après repérage, dépistage et diagnostic) et à leur accompagnement personnalisé tout au long de la scolarité.

CONTRIBUTION 2 : La promotion de la santé à l'Ecole à la Réunion par Mme Maryvette Balcou-Debussche (ESPE de la Réunion)

La situation réunionnaise : état des lieux, données disponibles

Du point de vue des inégalités socio-sanitaires, La Réunion (tout comme la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane) se distingue du reste de la France. En 2010, l'analyse réalisée à partir des résultats obtenus sur l'ensemble de l'espace français (dont les espaces ultramarins) met en exergue plusieurs caractéristiques communes aux départements d'outre-mer : la structure par âge avec une population jeune et un taux de natalité élevé, la précarité des conditions de vie avec une forte proportion d'allocataires de minima sociaux, de chômeurs, de familles monoparentales et de jeunes non diplômés, les inégalités d'accès aux soins et à la santé conjuguées à une surmortalité due aux maladies vasculaires cérébrales (Trugeon et al., 2010). En 2010, 343 000 réunionnais vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire (égal à 935 € par mois par unité de consommation), soit un taux de pauvreté de 42% (trois fois plus qu'en France métropolitaine), ce qui fait de l'île un département totalement hors norme (Diagnostic territorial 2013).

Située dans la partie sud-ouest de l'océan Indien, l'île de La Réunion compte une population créole de plus de 800 000 habitants issus de vagues successives de migrants et d'esclaves en provenance de nombreux pays (Inde, Chine, Madagascar, Afrique, Comores...). D'une société rurale essentiellement traditionnelle au moment de la départementalisation (1946), la Réunion a rapidement évolué vers une économie post-industrielle caractérisée par une classe moyenne en pleine expansion qui, en plongeant la société tout entière dans l'ère de l'information et de l'échange mondial, a aussi vu se développer de fortes disparités sociales et de multiples exclusions (Wolff & Watin, 2010). En 2012, le taux de chômage en 2012 s'élève à 28,5 % de la population active : c'est le plus élevé des départements d'outre-mer (Diagnostic territorial, 2013). Ce taux est beaucoup plus élevé pour le groupe d'âge de 18 à 25 ans qui représente près de 60% de la population active réunionnaise (23% en métropole). Durant les cinquante dernières années, les mutations rapides caractéristiques de la société réunionnaise ont provoqué ou renforcé d'importants contrastes sociaux qui se cristallisent plus particulièrement dans les façons de manger, de se déplacer, de se soigner et de prendre ou non soin de soi ; les maladies chroniques (dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'obésité) représentent, en tant qu'événements sociaux, un défi difficile à relever pour les personnes malades, les soignants et les organisations de santé (Balcou-Debussche, 2010).

Tout en constituant une part importante de la population de l'île, les enfants sont particulièrement exposés à des problèmes sociaux et de santé spécifiques. La mortalité infantile à La Réunion est deux fois plus importante qu'en France entière. Au recensement de 2010, la population de moins de 18 ans s'élève à 248 785 enfants et adolescents, soit 30 % de la population totale contre 22 % en France (ORS, 2014). *La moitié des jeunes de moins de 20 ans vit au-dessous du seuil de pauvreté.* En 2010, un tiers des enfants de moins de 18 ans vit dans une famille monoparentale et 38 % vivent dans une famille où le ou les parents n'ont pas d'emploi (contre 10 % en métropole). Le mode de garde des jeunes enfants reste majoritairement l'entourage proche. Les taux d'équipement en accueil collectif à La Réunion augmentent mais restent très inférieurs à ceux de la métropole : 63 places pour 1 000 enfants de moins de 3 ans contre 124 en France métropolitaine (ORS, 2014).

De 2004 à 2012, les infirmières des établissements scolaires ont répertorié en moyenne 172 tentatives

de suicides par an, dont plus de 3 filles sur 4 (ORS, 2014). L'obésité et le surpoids restent un problème important à la Réunion et la prévalence de la surcharge pondérale est quasiment 2 fois supérieure en 6ème qu'en grande section de maternelle (26,5% contre 14,3%). En 2011, la Réunion compte 6 104 enfants handicapés âgés de 0 à 20 ans, dont 2139 pris en charge en établissements spécialisés, dont la moitié pour des déficiences intellectuelles. Les élèves handicapés scolarisés en 2012-2013 (4000 environ) représentent 2% des élèves scolarisés et 91% des classes spécialisées le sont pour des troubles cognitifs. 3131 élèves bénéficient d'un Plan d'Aide Personnalisé, dont 45,6% pour l'asthme et 12% pour les pathologies neurologiques (ORS, 2014).

Mayotte, 5ème département français d'outremer depuis 2011, connaît une situation tout aussi préoccupante, même si les données disponibles sont souvent peu fiables et difficiles à collecter. Avec plus de 250 000 habitants, l'île présente la plus forte densité des départements d'outre-mer. La population, jeune et métissée, a vu ses façons de s'approvisionner, de cuisiner, de manger, de se déplacer et de vivre en société se transformer profondément en quelques années. Dans ce mouvement, les maladies dites de civilisation -dont les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité- posent de nombreux problèmes à des organisations de soins et des structures éducatives peu préparées à relever de tels défis (Balcou-Debussche et al., 2012). Plusieurs indicateurs sociaux et économiques soulignent la fragilité du système tout autant que la très grande précarité d'un nombre important de personnes, dans un contexte général où les questions liées à l'immigration restent très préoccupantes et où l'offre de professionnels de santé est nettement insuffisante (ORS Mayotte, 2014). La prévalence du diabète est de 10,5% chez les 30-69 ans, l'hypertension artérielle est présente chez près d'une personne sur deux et près d'une femme sur deux est obèse (Solet et al., 2011). Par certains aspects, cette situation n'est pas sans rappeler des caractéristiques et spécificités qui ont déjà été observées et analysées à l'île de La Réunion, en lien avec des mutations sociales très rapides qui ont transformé les modes de vie de la population en quelques dizaines d'années seulement (Balcou-Debussche, 2013). Avec 45,5% d'élèves en plus entre 2003 et 2013, le système éducatif est en pleine mutation. Si 41 % de la population mahoraise fréquente désormais l'école, la préscolarisation, l'élévation du niveau de qualification, le recrutement des enseignants et des formateurs restent d'importants défis à relever.[47]

Promouvoir la santé à l'école : quels enjeux ?

Parce que la plupart des problèmes de santé publique se posent avec plus d'acuité qu'en France métropolitaine, la Réunion et Mayotte ont besoin d'actions ambitieuses en matière de promotion de la santé. L'implication effective des professionnels de la sphère éducative est nécessaire puisque les écoles sont le seul espace où l'action continue peut être effectuée pour tous les enfants à chaque niveau d'âge, pour l'ensemble de la population et sur le long terme (Balcou-Debussche, 2014).

En 2013-2014, l'académie de La Réunion accueille 238 780 élèves de la maternelle à l'université, dont 119 000 dans le 1er degré, 100 800 dans le 2nd auxquels s'ajoutent 18 300 étudiants. Les élèves se répartissent dans 653 établissements, dont 523 écoles et 83 collèges, 32 lycées d'enseignement général et technologique et 15 lycées professionnels.[48] De 2000 à 2011, le taux de scolarisation des enfants de deux ans a chuté (comme en France métropolitaine), passant de 14% à 4%, ce qui n'est pas sans conséquences

[47] Source Vice-Rectorat, 12/06/14 : http://www.ac-mayotte.fr/images/docs/Education_en_chiffres_2014_1.pdf
[48] Source Rectorat, 03/06/14 : http://www.ac-reunion.fr/academie/presentation-de-lacademie/chiffres-cles-de-lacademie.html

sur la poursuite de la scolarité de ces jeunes élèves. Les moins d'un an sont 7 fois plus nombreux à bénéficier d'une Couverture Mutuelle Universelle (CMU) en 2012 qu'en 2010 alors que les chiffres sont en baisse pour les 1 à 4 ans ou les 5 à 14 ans (ORS, 2014). En 2012-2013, l'académie de La Réunion compte 20 réseaux Eclair et 20 Réseaux de Réussite Scolaire si bien que 38% des élèves réunionnais se retrouvent en éducation prioritaire : 52% d'ente eux sont dans des collèges ou lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite et 48 % sont dans des réseaux de réussite scolaire (ORS, 2014). Au fil des années, le niveau scolaire a fortement progressé (55 % de bacheliers en 2008 et 66 % en 2011 -respectivement 62 % et 72 % en France-), mais 116 000 personnes sont encore en situation d'illettrisme, soit 22,6 % des 16 à 65 ans ayant été scolarisés. Avec un taux trois fois supérieur à celui de la France métropolitaine (7 %), la Réunion reste ainsi une des régions françaises où le taux d'illettrisme est le plus fort (Diagnostic territorial, 2013).

Ces éléments saillants ne font que souligner la nécessité d'un travail conséquent en milieu scolaire, l'enjeu n'étant pas seulement d'identifier et gérer les vulnérabilités de bon nombre d'élèves, mais de réussir à faire de l'école un espace dans lequel les acteurs sont en mesure de travailler efficacement sur les inégalités sociales de santé (ISS), en perspective d'une réduction de ces dernières. Cet enjeu doit constituer une priorité dans la formation des enseignants, tant dans la formation initiale que continue, en prenant la mesure de la nécessaire inscription des pratiques enseignantes dans un contexte pluriel marqué par de fortes disparités qui impactent aussi bien les rapports aux savoirs, aux langages, aux autres et au monde de façon plus générale.

Sur le plan macro-contextuel, il y a lieu de considérer que la Réunion bénéficie de cadres institutionnels favorables à un développement d'une politique de santé en faveur des jeunes. Les partenaires qui représentent différentes institutions (ARS, Rectorat, ESPé / Université, IREPS, CAF, Préfecture, Conseil régional, Conseil général…) se connaissent et ont souvent l'occasion de travailler ensemble. Le 14 mai 2014, le recteur de l'académie de La Réunion et la directrice de l'Agence régionale de santé océan Indien ont signé une convention de partenariat à travers laquelle les deux services de l'État s'engagent pour la promotion de la santé, la prévention du risque sanitaire et l'accompagnement des besoins spécifiques des élèves dans les établissements scolaires. A travers son projet académique Santé-Social en faveur des élèves, l'académie de La Réunion fait de l'éducation à la santé l'une de ses priorités, en mettant en avant la nécessité d'assurer une éducation pour tous les élèves et en leur permettant d'acquérir des connaissances en lien avec des pratiques favorables à leur santé. Parmi les objectifs prioritaires, apparaissent l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites addictives (notamment l'alcool et les poly-toxicomanies), l'interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants. La perspective est aussi de développer l'éducation nutritionnelle et, en accord avec les collectivités, de favoriser l'amélioration de l'offre alimentaire collective en n'oubliant pas la promotion de l'activité physique et l'adaptation des activités physiques pour tous les jeunes.

Sur les plans meso et micro contextuel, la question est bien plus complexe puisque l'enjeu consiste à opérationnaliser de façon efficace les actions, en veillant au respect des partenaires et de leurs cultures différentes, de l'équité à maintenir et des fortes disparités en présence. L'expérience du « passeport-santé » qui a été menée de concert entre l'IUFM devenue ESPé et le Rectorat est à la fois un exemple de réussite de coordination et une illustration des difficultés à étendre et pérenniser les dispositifs. Le « passeport-santé » a fait l'objet d'un travail de trois années d'expérimentation qui a abouti à la publication d'un support commun (deux livrets pédagogiques) au service des acteurs et des établissements du 1er degré. Les résultats de cette expérimentation ont souligné la dimension structurante du dispositif et l'accueil très positif qui lui a été réservé par les enseignants, mais aussi et surtout par les familles qui y ont vu un moyen de mieux comprendre l'école et de se sentir accompagnées sur des questions qu'ils jugent

difficiles à aborder avec leurs enfants (réduire les apports de produits sucrés, parler de son mal-être, de ses relations avec les autres, entre filles et garçons…etc.). Mais le passeport-santé est aussi ce qui souligne de nouveau les enjeux fondamentaux de la formation des acteurs, en prenant le temps nécessaire à cette entreprise et en y octroyant d'importants moyens humains plus que matériels (Balcou-Debussche, 2014). Les outils pédagogiques qui ont été créés ne peuvent pas faire fi de l'accompagnement des enseignants et c'est pourquoi, depuis 2008, l'éducation à la santé a été introduite systématiquement dans la formation de tous les futurs professeurs des écoles et des Conseillers Principaux d'Education à l'IUFM-ESPé, à raison de 18 heures dispensées au cours de la dernière année de formation. Ces temps de formation, certes insuffisants, constituent un premier levier considérable qui permet d'outiller les enseignants pour penser l'éducation à la santé en présence d'élèves vulnérabilisés (pour au moins une moitié d'entre eux) et la mettre en œuvre à travers des situations qui intègrent la transversalité, la continuité des apprentissages et les liens qu'il y a lieu d'établir entre les pratiques scolaires et les pratiques sociales, en tenant compte des atouts et des contraintes des environnements. Le cadre théorique dans lequel nous situons notre propos est donc celui d'une conception de l'éducation à la santé comme étant au cœur de l'éducation de la personne et du citoyen (WHO, 1997, 1999), dans la perspective d'un apprentissage du « vivre ensemble » appelant à une vision systémique plus qu'à une transmission réductrice de préceptes normatifs (Tones et Tilford, 1994). Sur le plan épistémologique, les personnes concernées par l'intervention éducative en éducation à la santé ne sont donc pas pensées à travers la seule vulnérabilité ontologique liée à leur relative fragilité, mais à travers une inscription dans un cadre plus large qui envisage la vulnérabilité des personnes selon le prisme du lien social (Chatel & Roy, 2008). C'est à travers ce prisme que nous souhaiterions maintenant envisager quelques perspectives prenant appui sur les données scientifiques disponibles ainsi que sur notre expérience de formatrice auprès des enseignants et des soignants.

Ouvertures et perspectives

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013 souligne que si de nombreux dispositifs d'accompagnement des personnes en difficulté existent, ils manquent souvent de lisibilité pour les usagers (diagnostic territorial, 2013). On observe aussi que les manques et les excès se côtoient parfois sur les mêmes espaces : dans certains quartiers, certains enfants sont bénéficiaires d'une vingtaine de dispositifs différents alors que d'autres sont en absence totale de prise en charge éducative et sociale. Les diagnostics micro-territoriaux devraient donc se poursuivre dans la perspective des Ateliers Santé Ville (ASV) tels que plusieurs d'entre eux fonctionnent déjà à la Réunion. Un tel travail suppose une capacité des acteurs à s'identifier, à connaître leurs spécificités et leurs façons de travailler, en vue de la construction de développements de connaissances sur le corps, de compétences psychosociales et d'esprits critiques permettant de mieux faire face à des sollicitations souvent contradictoires de l'environnement (Jourdan, 2004, 2010). Dans l'espace scolaire et du côté de la santé des élèves, il conviendrait de réaliser les bilans de tous les élèves aux moments clés de leur développement. Au cours de l'année 2012-2013, 79% des élèves ont bénéficié du bilan de santé de la 6ème année. L'académie de la Réunion souffre aussi des difficultés de recrutements des personnels médicaux : de 2010 à 2013, la densité des médecins généralistes n'a pas augmenté et elle reste toujours inférieure à celle observée en métropole en 2012, à savoir 148 omnipraticiens pour 100 000 habitants (ORS, 2014). Les examens réalisés en milieu scolaire sont pourtant des occasions privilégiées de dépistages de pathologies chroniques, de pathologies rares, mais aussi de troubles visuels, auditifs, cognitifs : il sont donc à organiser sur le lieu où tous les enfants de la société réunionnaise travaillent et grandissent. Enfin, la formation des enseignants à l'éducation à la santé devrait se poursuivre et s'amplifier pour permettre la prise de conscience du rôle majeur que chaque acteur peut jouer en matière d'éducation à la santé. Cette éducation à la santé ne doit pas seulement comprendre un volet connaissances : elle doit aussi et surtout être un lieu de construction de praticiens réflexifs (Berger,

2004) capables de repérer les principaux troubles qui font obstacle aux apprentissages fondamentaux, d'articuler les outils théoriques avec le développement de situations d'enseignement-apprentissage intégratives, de gérer la diversité des élèves et des publics comme une ressource et non pas comme un problème, de veiller à l'accueil des élèves et à la prise en compte de leurs vulnérabilités, de considérer les familles et les partenaires extérieurs comme de véritables acteurs qui peuvent travailler de concert avec le monde scolaire. En relation avec la construction d'un socle commun de connaissances et de compétences, le travail sur les compétences psychosociales s'inscrit dès lors comme un élément incontournable de la formation. Les mémoires de master que nos étudiants soutiennent depuis plusieurs années ne cessent de souligner la faible implication des enseignants dans l'éducation à la santé du fait essentiel d'un manque de formation à l'appui. Malgré les moyens qui sont octroyés, le Rectorat de La Réunion souligne régulièrement les difficultés à mobiliser l'ensemble de la communauté enseignante sur la santé et la sécurité des élèves, à promouvoir le dossier « apprendre à porter secours » dans les écoles, à dynamiser les CESC, à prévenir les exclusions et les écueils liés à la sexualité et aux relations évolutives entre filles et garçons. Des efforts importants sont donc encore à réaliser de ce point de vue, tant du côté des travaux scientifiques à poursuivre que du côté de la formation des acteurs et de leurs capacités à intervenir sur différents terrains en veillant aux principes de respect et d'équité, dans un mouvement qui doit s'efforcer de mobiliser bien plus le collectif que les responsabilisations individuelles.

Bibliographie

BALCOU-DEBUSSCHE M. (2014). « Promoting health education in a context of strong social and cultural heterogeneity : the case of Reunion island ». In *Schools for Health and Sustainability*, *Learning and Achievement,* Springer (sous presse).

BALCOU-DEBUSSCHE M. (2013). « Inscription sociale de l'ETP. Hétérogénéité et vulnérabilité des personnes. Analyse de résultats obtenus en contexte pluriel, à Mayotte». *Education Thérapeutique du Patient / Therepeutic Patient Education.* 5(1), pp. 113-121.

BALCOU-DEBUSSCHE M., RASTAMI J., RAMLATI A., SAID M., SOLET J-L, DEBUSSCHE X. (2012). « Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social. Premiers enseignements à partir de données récoltées auprès de personnes diabétiques ou obèses », *Médecine des maladies Métaboliques*, *vol 6, n° 5*.

BALCOU-DEBUSSCHE M. (2010). « Manger et se soigner : entre manques et excès », in *La Réunion : une société en mutations*, Wolff E. & Watin M.. (dir), Univers créoles 7, Paris, Anthropos-Économica.

Diagnostic territorial (2013). Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté lors du Comité interministériel contre les exclusions. Préfet de la région Réunion. 67 p. http://www.reunion.pref.gouv.fr/IMG/pdf/Diagnostic_territorial_cle067261.pdf

BERGER D. (2004). « La formation des acteurs de l'éducation à la santé : vers des praticiens réflexifs », in D. Jourdan (Dir.) : *La Formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse, France : Éditions universitaires du Sud, pp. 375-394.

CHATEL V. & ROY S. (2008). *Penser la vulnérabilité : Visages de la fragilisation du social. Coll. Problèmes sociaux et interventions sociales*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

JOURDAN D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 160 p.

JOURDAN D. (2004). La Formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire, Éditions universitaires du Sud.

POULAIN J.P. & TIBÈRE L. (2000). Mondialisation, métissage et créolisation alimentaire. De l'intérêt du

« laboratoire » réunionnais. *Bastidiana, Cuisine, alimentation, métissages*, 31-32.

SOLET J-L., BAROUX N., POCHET M., BENOÎT-CATTIN T., DE MONTERA A-M., SISSOKO D., FAVIER F., FAGOT-CAMPAGNA A. (2011). Prevalence of type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in Mayotte in 2008 : The MAYDIA Study. Diabetes & Metabolism ; 37 : 201-207.

TIBÈRE L. (2009). *L'alimentation dans le « vivre ensemble » multiculturel. L'exemple de La Réunion*. Paris : L'Harmattan.

TRUGEON A., THOMAS N., MICHELOT F., & LÉMERY B. (2010). *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton.* Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson, Collection Abrégés.

TONES K. & TILFORD S. (1994). *Health education, effectiveness, efficiency and equity*. London : Chapman and Hill.

Observatoire Régional de la Santé. (2014). TB « Petite enfance, enfance et adolescence à La Réunion ». En ligne : http://www.ors-reunion.org/IMG/pdf/TB_EPE_2014.pdf

Observatoire Régional de la Santé. (2014). TB « Indicateurs : autour de la grossesse à Mayotte ». En ligne : http://www.ors-reunion.org/IMG/pdf/TDB_Perinat_Mayotte_2014.pdf

WHO. (1999). *Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination : an important responsibility of health promoting schools*. WHO information series on scholl health. Geneva : WHO editor.

WOLFF, E. & WATIN, M. (2010). *La Réunion : une société en mutation*. *Univers créoles 7*. Paris: Anthropos-Économica.

CONTRIBUTION 3 : La promotion de la santé à l'Ecole à la Martinique par Mme Line-Rose Arrouvel (ESPE de la Martinique)

L'état de santé de la population martiniquaise présente d'importants paradoxes. L'état de santé en Martinique s'est amélioré depuis les années 60 et est actuellement l'un des meilleurs de la Caraïbe. Si l'espérance de vie chez les femmes (84.6 ans) et pour les hommes (76.2 ans) est supérieure à la moyenne française, la prévalence de certains problèmes de santé reste importante : hypertension artérielle, diabète, accidents vasculaires cérébraux, conduites addictives à l'alcool et au crack… De plus, la Martinique comme les autres départements d'outre-mer, présente des indicateurs de périnatalité toujours préoccupants.

Comme toutes les régions françaises, la Martinique a élaboré un Plan Stratégique Régional (PRS) et a donc inscrit dans ses priorités la promotion des habitudes saines pendant l'enfance, l'adolescence et le très jeune âge 16-25 ans pour mieux les protéger contre les risques de santé et prévenir les problèmes de santé à l'âge adulte mais également pour favoriser l'insertion en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap.

Le Schéma régional de prévention (SRP) privilégiera, conformément aux recommandations nationales, la promotion des programmes qui prennent en compte l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent et agissent simultanément à plusieurs niveaux : famille, école, quartier…

Il faut souligner que l'école, deuxième milieu de vie le plus influent après la famille, sera le lieu d'ancrage privilégié de ces programmes. Il s'agit d'une démarche de promotion de la santé qui permet à la fois l'acquisition de compétences favorables à la santé et la création d'un environnement propice à leur mise en pratique. Les risques auxquels les enfants, adolescents et jeunes sont le plus confrontés concernent : la santé mentale, les toxicomanies, les comportements violents, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires et la santé sexuelle.

Quelles sont les principales pathologies qui mobilisent la santé publique ?

Les maladies cardio-vasculaires sont la 1ère cause de décès, 1/5 –la prévalence de l'hypertension artérielle chez les 16 ans et plus est de 22%, les cancers en 2nde position – 1 décès sur 4 -, puis c'est le diabète , 8% et donc ensuite vient la santé mentale et les conduites addictives.

Quelles sont les priorités de santé ?

En Martinique, le programme développe 9 axes stratégiques déclinés autour de 13 thématiques de santé prioritaires.

Pour **la petite enfance**, il convient d'améliorer la prise en compte des problèmes liés à l'environnement comme l'asthme, mais aussi de renforcer la mise en place des bilans de santé des 3-4 ans. Ces bilans permettent le repérage voir le dépistage de plusieurs problèmes : handicap sensoriels ou autres, bucco dentaires, psychologiques et comportementaux, développement du langage, surpoids et obésité.

Le schéma de prévention encouragera la mise en place de programmes d'intervention précoce, pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité, pour favoriser l'acquisition de facteurs de protections et de compétences psychosociales. Dans une dynamique de projet régional de santé, des contrats locaux de santé pourraient être envisagés entre la PMI, les Ateliers santé ville, les pôles de compétence régionaux d'éducation pour la santé.

Pour les enfants, adolescents et jeunes de 16 à 25 ans

La plupart des jeunes sont en bonne santé. Cependant, chez les enfants et les jeunes, on rencontre les problèmes suivants :

- Près **d'1 enfant sur 4 (24%)** et plus d'un adulte sur 2 (53%) sont en **surcharge pondérale**

- La prévalence de l'**asthme** est de 17% en Martinique contre 9,8% en France métropolitaine, près de 1% des enfants de moins de 5 ans sont hospitalisés pour asthme.

- Des taux d'IVG en baisse, mais qui sont supérieurs par rapport à la Métropole et notamment pour les moins de 18 ans

- De nombreux problèmes de santé mentale comme l'anxiété, la dépression, les troubles alimentaires et d'autres comportements à risque liés à la vie sexuelle, aux toxicomanies ou à la violence, apparaissent à la fin de l'enfance et au début de l'adolescence. La première consommation de crack a lieu en moyenne à 24 ans, près de 15 % étaient mineurs lors de cette première consommation

- Il existe une grande corrélation entre le risque d'infection par le VIH chez les jeunes et l'âge des premiers rapports sexuels

L'adolescence est un âge opportun pour forger de saines habitudes alimentaires et sportives apportant des bienfaits physiques et psychologiques et réduisant le risque de maladies chroniques liées à l'alimentation à l'âge adulte. La promotion des modes de vie sains est également fondamentale pour mettre un terme à la progression rapide de « l'épidémie » d'obésité.

Compte tenu des enjeux de santé publique, il était important que l'école s'implique dans ces dispositifs et ainsi que l'éducation à la santé soit une priorité dans nos régions. Dans le 1er degré, des priorités de circonscription ont été mises en œuvre

- **Elaboration d'un état des lieux spécifiques** par secteur permettant le recueil des indicateurs, d'établir des questionnaires…
- **Développer la promotion de l'activité physique** en favorisant la prévention du surpoids et de l'obésité, ce qui implique un apprentissage concernant les apports et les dépenses énergétiques. (Cours EPS)
- **Recommandations concernant les collations et goûters** (règlement intérieur de l'école)
- **L'apprentissage d'un comportement responsable** dans le respect de soi et des autres (sexualité en milieu scolaire.

Ce qui se traduit par cycle :

Cycle 1 –	Actions par secteurs en partenariat avec la CGSS, les infirmières, les PMI et les	**Enjeux** : donner aux élèves les éléments nécessaires à une bonne hygiène pour une

Lutte contre l'obésité hygiène bucco-dentaire hygiène du sommeil hygiène corporelle Lutte contre les allergies	enseignants, Animations itinérantes de l'eau	population en meilleure santé - Faire diminuer le surpoids et l'obésité - Sensibiliser au chikungunya
Cycle 2 – Prévention de l'obésité Prévention contre le chikungunya Sensibilisation aux gestes de secours	Actions nutrition en partenariat avec « les écoles carambole » le carbet des sciences et cap nord et un programme nutrition, et EPS avec une association de parents PSP « objectif prévention Martinique », les infirmières et les enseignants Découvrir les jardins créoles	**Enjeux** : - Former les élèves aux comportements responsables favorisant leur bien-être et leur épanouissement. Fonder des relations solides entre l'école et le milieu familial Développer la prévention et la lutte contre le moustique Initiation à l'apprentissage des gestes de secours
Cycle 3 – Education à la vie affective et sexuelle Apprendre les gestes de secours Prévention contre l'obésité et le surpoids	Séances d'information sur la puberté pour tous les élèves du CM2 Travail autour de la mixité et de l'égalité fille /garçon Réflexion autour du SIDA et des conditions de vie des malades En collaboration avec l'AMIOF Travail en relation avec les associations	**Enjeux : -** Apporter aux élèves des connaissances scientifiques sur leurs représentations liées à la sexualité - Lutter contre l'obésité et le surpoids

Lors des mises en place, il est organisé des expositions, et parfois des ateliers santé ou des parcours santé. Il est aussi recommandé par les inspecteurs du 1er degré que les personnels soient formés :

- Formation à l'égalité fille garçon
- Formation à l'éducation affective et sexuelle (projet EVAS)
- Formation sur les compétences psycho-sociales
- Formation apprendre à porter secours

Dans le cadre de **l'évaluation des projets** plusieurs critères sont pris en compte :

- Le nombre de programmes développés en faveur de la santé à l'école ;
- Le nombre de manifestations encourageant la responsabilité collective et individuelle ;
- Le nombre de personnels enseignants engagés dans des actions de formation ;
- Le nombre de classes de la circonscription impliquées dans des projets ou action en faveur de la promotion de la santé ;
- La participation active des élèves
- L'implication des parents dans l'encadrement des activités
- Les fiches de suivi des actions ;

En conclusion dans le premier degré en Martinique beaucoup de projets sont mis en place dans les 3 cycles et 80% des classes bénéficient d'actions d'éducation à la santé et des apprentissages nécessaires pour construire leur santé et développer les compétences dans ce domaine. Les problèmes de santé publique sont pris en compte dès le cycle 1, car l'éducation nationale est membre du COPIL ainsi que plusieurs associations, ce qui favorisent les actions communes et génèrent du sens et du lien dans celle-ci. Pour que ces actions fonctionnent, le travail d'équipe est essentiel avec des partenaires motivés.

Cependant, l'école devrait être encore plus promotrice de santé en développant des actions obligatoires et clairement inscrites dans les programmes car sa transversalité laisse planer des doutes. Un programme plus ciblé par cycle permettrait que l'éducation à la santé soit mieux prise en compte, avec plus de liens et de sens et donc plus de cohérence.

CONTRIBUTION 4 : Une démarche de Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté par Mme Danièle Dugué (collège Jean Moulin du Pecq)

Les actions de promotion de la santé et de la citoyenneté s'inscrivent dans la politique de la réussite éducative et chaque établissement est tenu sous la responsabilité du chef d'établissement de mettre en place une éducation à la santé et à la citoyenneté dans le cadre du CESC. (code de l'EN Article l.421.8).

Cette politique relève d'une démarche collective qui s'appuie sur les personnels de la santé scolaire, les personnels sociaux, la communauté éducative et les partenaires extérieurs incluant tous les aspects de la vie dans l'établissement et du climat scolaire. Elle s'inscrit dans le projet d'établissement et a pour objectifs de répondre aux besoins spécifiques des élèves en tenant compte des caractéristiques particulières du type d'établissement (3) et de la répartition sociale des familles.

Le collège Jean Moulin du Pecq offre un cadre de vie agréable, implanté en bord de Seine, il scolarise 342 enfants des communes de Port-Marly et du Pecq mais il reste très atypique sur le bassin de Saint Germain en Laye en terme de catégories socioprofessionnelles et de difficultés scolaires et sociales. Il offre également une ULIS pour élèves déficients visuels qui sont en inclusion complète dans les classes et participent, à leur manière, à créer un climat propice au respect de la différence.

Le service de l'Ulis est un point d'appui pour apporter de l'aide à d'autres élèves ne relevant pas du handicap mais connaissant des difficultés scolaires ou d'adaptation.

Forte hétérogénéité sociale par rapport aux établissements proches, le taux d'élèves ayant déjà un an de retard à l'entrée en 6ème est de 11,1% pour 8,3% pour le département, le pourcentage de familles monoparentales est également supérieur à la moyenne du département et les catégories sociales regroupent 50,9% d'employés et d'ouvriers pour 41,3 % pour les Yvelines. On peut ajouter les dysfonctionnements familiaux de plus en plus nombreux et une certaine précarité dans un bassin très privilégié.

Sur la base de ce constat qui se renforce ces dernières années, le CESC du collège s'est orienté sur des actions qui traitent de la problématique santé et adolescence au travers des conduites addictives (prévention drogues, tabac, alcool, jeux en ligne…), du mal-être et de l'acquisition de comportements positifs et responsables en matière de santé et de citoyenneté et de la communication avec les familles.

Principaux axes :

- **Le climat scolaire** : il a fait l'objet de toutes les attentions dans le projet d'établissement et le collège est actuellement reconnu de tous, élèves, parents, professeurs, élus locaux comme un établissement assurant un cadre serein et bienveillant. Une conférence (Thomas d'Ansembourg) et un stage de CNV pour le personnel (Communication Non Violente) ont été organisés dans ce sens.

- **une culture commune** : favorable à la réussite des élèves en installant de la bienveillance éducative dans et hors la classe (respect des codes de politesse, actions citations, forum des métiers avec des parents, Portes Ouvertes avec café des parents, chorale dynamique choisie pour la fête de la musique à L'Elysée…..)

- **Savoir prendre soin de soi** en apprenant à mieux connaître son corps et les comportements favorables à la santé (professeurs d'EPS nommés professeurs principaux en 6ème)

- **Apprendre à savoir faire des choix éclairés et responsables** (ce que dit la loi et les connaissances scientifiques sur la santé, ce que je ressens, ce que j'exprime, ce que je refuse malgré la pression des pairs)

- **établir une relation de confiance avec les parents en** les faisant pleinement participer au bien vivre au collège.

Les actions du CESC sont présentées dans le tableau récapitulatif joint en annexe et sont le reflet d'une partie de l'éducation à la santé et à la citoyenneté au collège mais il est primordial d'expliquer que leur efficacité s'appuie sur la mobilisation de tous, partenaires de santé, professeurs, parents, pour les préparer , les prolonger et donner du sens auprès des élèves.

Donner du sens à l'éducation à la santé et à la citoyenneté au travers de l'exemple de l'action de solidarité « **Vaincre la mucoviscidose** ». Une course autour du collège avec en préalable une vraie préparation, des informations sur la maladie avec des intervenants de l'association, une organisation de la course avec les professeurs des deux niveaux concernés, un suivi des dons, une exploitation en mathématiques, un suivi en SVT, un compte-rendu sur le passeport (virtuel) culturel et citoyen. Au final le collège est l'établissement scolaire qui rassemble le plus grand don avec 5400 euros pour 180 élèves !

Les thèmes et intervenants sont choisis :

- **par niveau** pour prendre en compte les différences de réceptivité en fonction des âges. Ainsi, sur les années collège, entre l'enfant de 6ème réceptif et passeur du message en famille et l'adolescent de 3ème, ancré dans son opposition à l'adulte, fragile, car en pleine construction, il est fondamental de sortir du discours moralisateur pour une meilleure approche visant à renforcer la confiance, l'autonomie et la responsabilisation de l'élève.

- **dans la durée** pour asseoir une vraie éducation prévention et assurer la continuité éducative.

- **en CESC de réseau** pour certaines actions communes qui visent une harmonisation de la politique de santé et de citoyenneté sur les 10 établissements (4 lycées et 6 collèges).

L'existence d'un CESC en réseau sur les communes de Saint Germain en Laye, le Pecq et Chambourcy permet à partir d'une analyse des besoins :

- de mieux cibler les actions à mettre en place,

- d'ouvrir sur un plus grand nombre de partenaires en recensant les acteurs locaux

- de mettre en commun les financements pour les actions vers les élèves, les formations d'adultes et les cycles de conférence aux parents et aux équipes éducatives.

L'ouverture sur le premier degré l'an prochain de ce CESC en réseau permettra de travailler sur la continuité pédagogique avec « le dispositif Ecole Santé et Territoire ». Il est mis en place sur les établissements du secteur (18 écoles pour commencer puis dans certains collèges l'an prochain) et il est au cœur de cette une nouvelle approche pour améliorer le climat scolaire, le bien-être à l'école et lutter contre les inégalités scolaires, sociales et de santé.

Pour conclure, quelques réflexions visant chercher à améliorer la politique autour de la santé et de

la citoyenneté.

Le repérage et la prise en charge précoce des enfants présentant des inégalités sociales de santé dés la maternelle.

Le continuum inter degré est primordial et pourra être assuré lors du conseil école collège jusqu'au lycée.

La création d'une relation de confiance avec les familles afin d'assurer une cohérence précoce dans la prise en charge des élèves, la prévention de l'obésité et de la sédentarité en sont un exemple.

La formation de tous les enseignants en formation initiale et continue afin d'assurer une véritable interdisciplinarité comme c'est le cas actuellement pour l'épreuve d'histoire des arts au DNB.

Le renforcement du travail en partenariat permettrait de bénéficier d'un appui méthodologique pour monter des projets qui relèvent pour le moment de la politique « des petits pas », de mieux faire connaitre les structures et les réseaux de professionnels de santé et du social afin de veiller à la meilleure adéquation en terme de besoins et d'actions.

Un réseau d'appui **pour tous les élèves** prenant en charge rapidement et de façon égalitaire les enfants repérés en souffrance physique ou psychologique car force est de constater que la prise en charge est parfois longue voire inexistante pour les familles socialement défavorisées.

Actions du collège Jean Moulin dans le cadre du comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)

Indicateur de l'action	**Intitulé de l'action**	**Description de l'action**	**Public**	**Nombre**
Principale, Professeurs d'Eps, SVT, Mathématiques	« vaincre la Mucoviscidose » Récolte de dons pour l'association « vaincre la Mucoviscidose »	Sensibilisation par une déléguée de l'association. Course effectuée par les élèves autour du collège. Dons récoltés 5400€ !	Toutes les classes de 6ème et 5ème Octobre 2013	171
Principale et professeurs principaux, service social et médical, CPE	Atelier d'écoute avec un psychologue Mme Eschapasse, responsable de l'association « Mot de Passe, arcréation »	Groupe de parole par demi-groupe de filles et de garçons en 2 séances. Apprendre à exprimer ses émotions. Repérer le mal-être	Toutes les classes de 4ème En cours	93
Mme Aubineau, professeur de SVT	Mme Amiet, conseillère conjugale de l'association coupe et famille. Mme Aubineau se charge de prendre contact avec elle	Intervention de 2 heures par classe sur l'éducation à la vie affective et sexuelle (MST, SIDA, contraception)	3ème trimestre Toutes les classes de 3ème	71
Professeur de SVT, gestionnaire		« opération fruits verts » : Repas bio et végétarien offerts au self	Tous les demi-pensionnaires	303

	Education à la nutrition	« Opération fruits »	Tous les demi-pensionnaires	303
Mme Aubineau, professeur de SVT, CPE	« opération petit-déjeuner » 2 Avril 2014 à 8h30	Les élèves déjeunent avec leur professeur principal, l'infirmière et le professeur de SVT .	2ème trimestre Toutes les classes de 6ème	87
Professeur et CPE	ASSR	Examen passé en classe avec un professeur	Toutes les classes de 5ème (ASSR1) et de 3ème (ASSR2)	160
Action du CESC du bassin avec E.enfance	Dangers d'internet et jeux vidéo Association e-enfance	Intervention de l'association sur les dangers d'internet et jeux vidéo	3ème trimestre Classes de 4ème	92
Assistante sociale	Relations filles/garçons	Respect filles-garçons dans le cadre d'échanges individuels ou en petits groupes	Tous les élèves qui en relèveraient.	
Conseil pédagogique	Action citations par affichage hall. Affichage à la manière de Ben dans le collège sur le sens de l'école, le respect, les valeurs citoyennes	Une citation par mois à porter sur le carnet de correspondance et commentée par un professeur volontaire	Toute l'année Toutes les classes	335
Principale, gestionnaire, professeurs, vie scolaire	Opération citoyenne	Opération pour responsabiliser à la propreté dans le collège et au respect des agents avant chaque période de vacances	Toutes les classes	335
Professeurs	La déclaration des droits de l'homme et du citoyen	Affichée dans toutes les salles de classe et commentée chaque année avant la 6ème semaine de rentrée avant les élections des délégués d'élèves	Septembre Toutes les classes	335
Arts Plastiques	Agir contre le harcèlement à l'école	Création d'affiches contre le harcèlement et exposition dans le collège.	Janvier-février Toutes les classes de 4ème	93
Partenaires du CLSPD, mairie, police, justice	Le CLSPD (comité local de sécurité et de prévention de la délinquance)	Chacun des partenaires s'engage dans une politique de prévention au niveau local	2 réunions par an Pas de réunion cette année	335
CESC de bassin Professeurs d'histoire	Programmes JADE du défenseur des enfants	Interventions préparées avec les professeurs d'histoire sur les droits de l'enfant au programme d'éducation civique en 6ème, ces interventions sont assurées par les jeunes ambassadeurs des droites de l'enfant (2 séances) en janvier	Janvier Toutes les classes de 6ème	
Assistante sociale Mme Caradant	Aide à la reprise de confiance des élèves en grande difficulté	Entretiens personnalisés réguliers Estime de soi	Tous niveaux	82

ULIS/SIAM	Sensibilisation au handicap visuel	2 heures de sensibilisation	Septembre-octobre 3 classes de 6ème	62
Mme Caradant Assistance sociale, M Géraut professeur, CPE, Parents	Organisation du forum des formations et de métiers, exposition de photos des métiers, expositions des travaux des élèves	Samedi 18 janvier 2014 forum des professions lors de la journée Portes-ouvertes. Livret d'orientation à remplir. Les parents sont acteurs en présentant certains métiers. Café parents.	18 janvier 2014 3 classes 3A 9h30 3B 10h30 3C 11h30 information à tous les niveaux	71 élèves de 3 ème + invitation des élèves des autres niveaux
Tous les professeurs, documentaliste, CPE	Passeport culturel et citoyen	Recensement sur le passeport numérique des sorties, des conférences et des actualités de 6ème jusqu'en 3ème .	Toute l'année Toutes les classes	335

Indicateur de l'action	Intitulé de l'action	Description de l'action	Public	Nombre
Principale, Professeurs d'Eps, SVT, Mathématiques	« vaincre la Mucoviscidose » Récolte de dons pour l'association « vaincre la Mucoviscidose »	Sensibilisation par une déléguée de l'association. Course effectuée par les élèves autour du collège. Dons récoltés 5400€ !	Toutes les classes de 6ème et 5ème Octobre 2013	171
Principale et professeurs principaux, service social et médical, CPE	Atelier d'écoute avec un psychologue Mme Eschapasse, responsable de l'association « Mot de Passe, arcréation »	Groupe de parole par demi-groupe de filles et de garçons en 2 séances. Apprendre à exprimer ses émotions. Repérer le mal-être	Toutes les classes de 4ème En cours	93
Mme Aubineau, professeur de SVT	Mme Amiet, conseillère conjugale de l'association coupe et famille. Mme Aubineau se charge de prendre contact avec elle	Intervention de 2 heures par classe sur l'éducation à la vie affective et sexuelle (MST, SIDA, contraception)	3ème trimestre Toutes les classes de 3ème	71
Professeur de SVT, gestionnaire	Education à la nutrition	« opération fruits verts » : Repas bio et végétarien offerts au self	Tous les demi-pensionnaires	303
		« Opération fruits »	Tous les demi-pensionnaires	303
Mme Aubineau, professeur de SVT, CPE	« opération petit-déjeuner » 2 Avril 2014 à 8h30	Les élèves déjeunent avec leur professeur principal, l'infirmière et le professeur de SVT .	2ème trimestre Toutes les classes de 6ème	87
Professeur et CPE	ASSR	Examen passé en classe avec un professeur	Toutes les classes de 5ème (ASSR1) et de 3ème (ASSR2)	160
Action du CESC du bassin avec E.enfance	Dangers d'internet et jeux vidéo Association e-enfance	Intervention de l'association sur les dangers d'internet et jeux vidéo	3ème trimestre Classes de 4ème	92
Assistante sociale	Relations filles/garçons	Respect filles-garçons dans le cadre d'échanges individuels ou en petits groupes	Tous les élèves qui en relèveraient.	
Conseil pédagogique	Action citations par affichage hall. Affichage à la manière de Ben dans le collège sur le sens de l'école, le respect, les valeurs citoyennes	Une citation par mois à porter sur le carnet de correspondance et commentée par un professeur volontaire	Toute l'année Toutes les classes	335
Principale, gestionnaire, professeurs, vie scolaire	Opération citoyenne	Opération pour responsabiliser à la propreté dans le collège et au respect des agents avant chaque période de vacances	Toutes les classes	335
Professeurs	La déclaration des droits de	Affichée dans toutes les salles de classe et commentée	Septembre	335

	l'homme et du citoyen	chaque année avant la 6ème semaine de rentrée avant les élections des délégués d'élèves	Toutes les classes	
Arts Plastiques	Agir contre le harcèlement à l'école	Création d'affiches contre le harcèlement et exposition dans le collège.	Janvier-février Toutes les classes de 4ème	93
Partenaires du CLSPD, mairie, police, justice	Le CLSPD (comité local de sécurité et de prévention de la délinquance)	Chacun des partenaires s'engage dans une politique de prévention au niveau local	2 réunions par an Pas de réunion cette année	335
CESC de bassin Professeurs d'histoire	Programmes JADE du défenseur des enfants	Interventions préparées avec les professeurs d'histoire sur les droits de l'enfant au programme d'éducation civique en 6ème, ces interventions sont assurées par les jeunes ambassadeurs des droites de l'enfant (2 séances) en janvier	Janvier Toutes les classes de 6ème	
Assistante sociale Mme Caradant	Aide à la reprise de confiance des élèves en grande difficulté	Entretiens personnalisés réguliers Estime de soi	Tous niveaux	82
ULIS/SIAM	Sensibilisation au handicap visuel	2 heures de sensibilisation	Septembre-octobre 3 classes de 6ème	62
Mme Caradant Assistance sociale, M Géraut professeur, CPE, Parents	Organisation du forum des formations et de métiers, exposition de photos des métiers, expositions des travaux des élèves	Samedi 18 janvier 2014 forum des professions lors de la journée Portes-ouvertes. Livret d'orientation à remplir. Les parents sont acteurs en présentant certains métiers. Café parents.	18 janvier 2014 3 classes 3A 9h30 3B 10h30 3C 11h30 information à tous les niveaux	71 élèves de 3 ème + invitation des élèves des autres niveaux
Tous les professeurs, documentaliste, CPE	Passeport culturel et citoyen	Recensement sur le passeport numérique des sorties, des conférences et des actualités de 6ème jusqu'en 3ème .	Toute l'année Toutes les classes	335

CONTRIBUTION 5 : La formation des personnels de santé de l'éducation nationale par Mme Agnès Ducros (EHESP)

CR d'entretien avec le Docteur Agnès DUCROS, responsable de la formation des médecins de l'éducation nationale.

Le Dr Ducros se félicite des évolutions récentes des textes et notamment des ambitions de la loi de refondation et de programmation de l'école, qui ancre la promotion de la santé dans les missions du système scolaire. Elle regrette que le service de santé scolaire n'ait pas bénéficié de la même attention, figeant les missions des médecins et des infirmières dans des rôles favorisant l'action individuelle : qui doivent évoluer, caricaturalement dépister pour les uns, écouter pour les autres, alors qu'inscrire leur action en promotion de la santé doit nécessairement faire évoluer leurs missions vers une véritable prise en compte de la santé des élèves de façon collective et communautaire.

Il est naturellement important que les médecins dépistent tout trouble, somatique ou psychique, susceptible d'interférer avec les apprentissages. L'école peut être un filet de rattrapage pour les enfants qui échappent à un suivi médical de qualité ; à l'inverse, l'école n'est pas seule à pouvoir assurer cette fonction dont on peut penser qu'elle pourrait être assumée solidairement par l'ensemble des acteurs médicaux d'un territoire (au prix d'un minimum d'organisation).

L'objectif de palliatif des difficultés d'accès aux soins de certains enfants peut suggérer la nécessité de renforcer les moyens de la médecine scolaire dans les territoires fragiles (éducation prioritaires), mais la médecine scolaire ne devrait doit pas perdre sa vocation universelle pour autant. Certains problèmes de santé des enfants, s'ils sont plus fréquents dans les milieux modestes, n'ont pas une stratification sociale si nette et la concentration des moyens sur certaines zones risquerait de priver certains enfants d'une vigilance médicale nécessaire, qu'il s'agisse de protection de l'enfance vis-à-vis de la maltraitance (Tursz, 2013) ou de souffrance psychique. Pour cette dernière, on peut même faire l'hypothèse d'un gradient social inversé, les enfants de milieux favorisés scolarisés dans des établissements compétitifs étant soumis à une course à « l'excellence » qui peut en épuiser certains avec des conséquences immédiates (risque suicidaire) et différées (Tursz, 2013) . Ces considérations soulignent l'importance d'un travail en partenariat et intersectoriel sur des territoires identifiés correspondant aux lieux de vie des enfants et adolescents. Importance de structures « bas seuil » comme les Maisons Départementales des Adolescents pour ces derniers, peu consommateurs de soins et parfois méfiants vis-à-vis d'un médecin traitant considéré comme « allié de la famille / des parents ».

Les missions des infirmières nécessitent elles-mêmes d'être confortées. Elles bénéficieraient grandement de la définition d'un référentiel métier et d'un référentiel de formation. En l'absence de référentiel métier, les infirmières agissent plus en réponse à la demande pour répondre aux problèmes de santé ponctuels des élèves sous la responsabilité directe des chefs d'établissements secondaires qui les emploient. Cette dépendance hiérarchique ne facilite pas leur intervention dans les écoles primaires alors que l'intervention aux âges précoces de la vie doit être renforcée ainsi que le travail coordonné entre infirmières et médecins de l'EN. Ces derniers (qui sont eux sous la

responsabilité de l'inspecteur d'académie-DSDEN) interviennent trop souvent de façon isolée dans le premier degré. Ceci ne facilite pas non plus un travail hors de l'établissement que ce soit pour apprécier les besoins de santé des enfants de leur territoire ou pour nouer des partenariats dans une démarche de prévention collective. L'absence de référentiel de formation renforce le caractère opératoire de ce qui relève le plus souvent d'une adaptation à l'emploi lors des 10 jours proposés au moment du recrutement : pas de formation de santé publique (diagnostic de l'état de santé et des besoins sur un territoire, pratiques cliniques préventives et éducation à la santé).

Il serait souhaitable de prendre en compte les recommandations de l'UIEPES pour la réorientation des services de santé scolaire.

Les questions de gouvernance semblent également majeures, comme l'ont souligné les rapports parlementaires ou de la Cour des Comptes :

- L'expertise santé est numériquement très limitée au niveau des services centraux ;

- Les modalités d'évaluation du service scolaire au niveau d'une académie sont également pauvres et se limitent (LOLF) au taux de réalisation des bilans de 6 ans, ce qui ne permet pas de valoriser l'investissement en promotion de la santé.

CONTRIBUTION 6 : La santé des élèves, un axe fort de la politique éducative conduite par le ministère en charge de l'agriculture par Mme Joëlle Guyot (sous-direction des politiques de Formation et d'Education de la Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche)

L'enseignement agricole accueille environ 170 000 élèves et étudiants depuis la classe de 4ème jusqu'au BTSA.

C'est un dispositif éducatif à part entière, piloté par le ministère chargé de l'agriculture au niveau national et les DRAAF, autorités académiques au niveau régional. Il est partie prenante du service public de l'éducation.

La santé des élèves et étudiants constitue un axe fort de la politique éducative conduite par le ministère en charge de l'agriculture.

L'approche privilégiée considère le jeune dans sa globalité, à la fois d'adolescent en construction, de futur professionnel, d'élève ou d'étudiant évoluant au sein d'une communauté, celle de son établissement, en relation avec ses pairs et avec des adultes référents, enfin sous l'angle de sa santé en terme de santé physique.

Cette approche fait ainsi largement appel aux capacités d'initiative, de travail en équipe autour de projets et à l'autonomie des établissements et s'adressent à des équipes pluridisciplinaires, (CPE, infirmières, enseignants, personnels de direction, organismes extérieurs tels que la MSA). Elle privilégie des actions qui facilitent l'expression et la réflexion des adolescents, qui les mettent en situation d'acteurs, qui mobilise leur créativité, leur autonomie. Elle amène un travail de l'adolescent sur la connaissance de soi, et le développement d'un esprit critique, et d'une pensée positive et créative.

Si le thème de la santé est intégré dans les référentiels de diplôme, dans les modules de formation, il dépasse cependant l'entrée strictement de la classe pour investir le champ de la vie scolaire. Les établissements accueillent un nombre élevé d'internes. Les temps de présence hors classe sont mis à profit pour encadrer, conduire des projets dans une perspective éducative visant le bien être et la construction du jeune en tant qu'individu, citoyen, dans un esprit de tolérance et d'ouverture sur le monde, et la société d'aujourd'hui.

La thématique santé est déclinée selon deux volets :

→ L'éducation à la santé

→ La prévention santé / sécurité des risques professionnels.

L'éducation à la santé fait l'objet de conventions cadres avec la DGS et avec la MILDECA. Ces conventions permettent de soutenir RESEDA, réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent, réseau pluridisciplinaire qui compte plus de 600 participants, membres volontaires de la communauté éducative de l'enseignement agricole.

Il vise à favoriser l'échange et la mutualisation des expériences et des outils de promotion de la santé. Il vise aussi à accompagner les équipes dans leurs initiatives et leurs projets santé. Reseda assure par une plate-forme d'échanges, une veille informatique, met à la disposition des équipes différentes ressources et relaie une offre de formation en lien avec les besoins exprimés par les acteurs de terrain.

La prévention santé sécurité constitue un volet également très fort de la politique de santé envers les élèves notamment dans les filières professionnelles. Les secteurs couverts par l'enseignement agricole comportent des travaux dangereux, à risque d'accident élevé et qui peuvent s'avérer très graves. La formation des jeunes à la prévention et à la santé, sécurité au travail est essentielle. Elle est inscrite dans les référentiels de diplôme. Elle bénéficie du concours de la CCMSA à travers une convention cadre qui se décline dans les régions et les établissements permettant l'appui et l'expertise des conseillers prévention dans les domaines agriculture, élevage...

Au delà de ces aspects de prévention et d'éducation, la question des visites médicales demeure un sujet de préoccupation pour l'ensemble du dispositif de l'enseignement agricole.

Au nombre insuffisant de médecins scolaires se cumule à l'heure actuelle une pénurie de médecins du travail au sein de la CCMSA, qui assurait une partie de ces visites.

C'est un volet de la politique de santé, imposé par la réglementation du travail et qu'il conviendra d'aborder dans une gouvernance renouvelée, au niveau national et régional.

CONTRIBUTION 7 : Références pour un parcours d'éducation à la santé par Mme Sandrine Broussouloux et Mme Paule Deutsch (INPES)

L'INPES a établi un cadre de référence en éducation à la santé pour le milieu scolaire dont il a mis une version préliminaire à la disposition du groupe de travail (document du 28 février 2014).

« Le cadre de référence est un document synthétique qui a pour vocation de poser les bases du développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire en réaffirmant la place centrale des compétences psychosociales. Ces dernières constituent en effet le pivot autour duquel articuler ce développement et relier les enseignements à l'éducation à la santé.

Destiné en premier lieu aux enseignants, ce document peut être également utile à tous ceux qui apportent leur concours à la mise en œuvre de l'éducation à la santé à l'école, qu'il s'agisse des membres de la communauté éducative ou des partenaires de l'éducation nationale.

Ce cadre de référence concerne toute la scolarité obligatoire des élèves. Il va même au-delà puisqu'il s'adresse à tous les enseignants, de la maternelle au lycée. En effet, les compétences sur lesquelles se fondent l'éducation à la santé se construisent tout au long du parcours scolaire des enfants. Elles accompagnent avec bénéfice les évolutions et les maturations cognitives, physiologiques, affectives et conatives des élèves. Aussi, l'acquisition de ces compétences se construit progressivement, se renouvelle et s'enrichit à chaque âge, et à chaque niveau de classe.

Ce document comporte quatre parties articulées autour des compétences psychosociales :

- La première partie présente de façon synthétique les cinq couples de compétences psychosociales définis par l'OMS;

- La deuxième partie identifie les pistes qui permettent de créer des liens entre la démarche d'enseignement, la vie de l'établissement et le développement des compétences psychosociales ;

- La troisième partie illustre synthétiquement la manière dont les disciplines scolaires contribuent à ce développement ;

- La quatrième partie est constituée de fiches relatives aux thématiques de santé. Cette partie montre comment ces thématiques de santé sont prises en compte tout au long de la scolarité des élèves dans les disciplines scolaires et comment le développement des compétences sociales participe à la prévention et à la promotion de la santé des élèves.

Nous citons ci-dessous le contenu des 2ème et 3ème parties.

Développement transversal des compétences psychosociales dans la vie de l'établissement et des classes

1) **Les compétences psychosociales dans le projet d'éducation à la santé de l'établissement**

Développement des CPS dans les actions du projet d'établissement

Dans le cadre d'une éducation à la santé globale, de nombreuses actions mises en œuvre au sein des établissements scolaires participent au développement des compétences psychosociales. Les projets pédagogiques qui associent différentes disciplines sont l'occasion pour les élèves d'expérimenter de nouvelles formes de travail, d'autres relations avec le professeur et les élèves, riches sur le plan éducatif. Les différents clubs proposés par l'équipe éducative offrent des espaces qui enrichissent la personnalité des élèves et développent leurs centres d'intérêts. Les actions qui impliquent les élèves dans la promotion du mieux vivre ensemble, dans la diminution des tensions et des violences verbales ou physiques, sont d'une grande richesse par la maîtrise émotionnelle et affective qu'elles engagent. Dans ces différents temps, en classe ou hors classe, les élèves, placés sous la responsabilité des enseignants ou du personnel de vie scolaire, peuvent renforcer leurs compétences personnelles et sociales.

Enrichir le projet d'éducation à la santé en identifiant le travail sur les CPS

L'identification des compétences psychosociales qui sont travaillées dans ces moments-là est une étape importante pour la définition du projet d'éducation à la santé de l'établissement. Cet engagement de fond des équipes, dans le quotidien de l'établissement, contribue bien d'avantage à l'éducation à la santé qu'une formation passagère et ponctuelle sur une problématique de santé. Il peut devenir un axe important du projet éducation santé (BOEN n° 46 du 15 décembre 2011) défini au Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (BOEN n° 45 du 7 décembre 2006) ou au projet d'école, compte tenu de cet apport sur les CPS.

Un projet d'éducation à la santé basé sur trois volets complémentaires

Dans un projet fondé sur une analyse du contexte qui répond à une problématique de santé identifiée au sein de l'EPLE ou de l'école, le développement des CPS s'articule en complémentarité aux autres volets. L'apport de connaissances réalisé par le personnel médical, par des partenaires ou lors des enseignements disciplinaires représente une autre entrée fondamentale. L'organisation d'actions plus ponctuelles comme les débats, les jeux de rôles, visant à enrichir les représentations des élèves, à leur faire éprouver symboliquement et entre pairs les enjeux des situations à risque, peut venir compléter avec bénéfice le projet. Centrée sur une thématique de santé, cette triple assise, développement des CPS, apport de connaissances, mise en situation des élèves, présente de multiples intérêts.

Le développement des CPS, un axe pérenne, transversal et intégré du projet d'éducation à la santé

Il s'intègre à la vie de l'établissement tout au long de l'année en s'appuyant sur le travail quotidien et les compétences des différents personnels. Il valorise les actions en leur donnant une nouvelle finalité, fondamentale dans les enjeux éducatifs actuels. Il fédère autour de cet objectif de santé

différents projets que rien ne relie a priori. Plus particulièrement pour le développement des CPS, cette démarche permet de reconnaître dans les pratiques un travail souvent peu pris en compte. La phase d'identification rendant ensuite possible une réflexion visant à adapter et à enrichir ces contenus éducatifs. Plus fondamentalement, l'objectif commun que l'on s'assigne dans ce type de projet et les moyens mis en œuvre sont en mesure de répondre aux enjeux transversaux de la politique éducative de l'école et de l'EPLE (LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013). La mobilisation intercatégorielle nécessaire à sa réussite contribue avant tout au mieux vivre ensemble, à une cohérence entre les actions de chacun, pour une perception peut être moins morcelée du temps et du milieu scolaire par les élèves, au profit d'une éducation à la santé pérenne et intégrée.

2) Les CPS, dans le cadre de la pratique de classe

L'acquisition des compétences psychosociales par les élèves se fonde sur la diversité des savoirs proposés dans les programmes disciplinaires. Les conditions d'appropriation des compétences dépendent étroitement de la démarche d'enseignement mise en œuvre en classe. Le principe de liberté pédagogique (loi n°2013-595 du 08 juillet 2013) qui régit le choix des modalités d'enseignement par le professeur définit ce cadre d'exercice, « la liberté pédagogique de l'enseignant s'exerce dans le respect des programmes et des instructions du ministre chargé de l'Éducation nationale ». L'analyse des différents textes qui encadrent le métier de professeur dans la perspective d'un développement des cinq couples de compétences psychosociales constitue une ressource fondamentale pour l'éducation à la santé en milieu scolaire. Les paragraphes suivant proposent, sans recherche d'exhaustivité, une lecture analytique de ces documents sous cet angle.

Implication et participation des élèves

L'implication et la participation des élèves aux différentes phases d'une séance d'enseignement représentent un enjeu important pour le développement des compétences psychosociales. De nombreuses démarches d'enseignement existent lorsqu'il s'agit de faire acquérir un nouveau savoir aux élèves. Elles dépendent entre autre des disciplines, de l'âge des élèves et des contextes de classe. Favoriser l'implication des élèves en les amenant à construire tout ou partie du savoir dans des situations problèmes, en stimulant leur réflexion est à même de développer la pensée critique, la capacité à résoudre des problèmes et à prendre des décisions. En les rendant acteur de la construction de leurs savoirs et de leurs compétences, l'enseignant rend possible la dévolution de son projet d'enseignement en un projet d'apprentissage propre à chaque élève. Le temps d'exploitation qui suit ces phases de recherche est propice à la prise de parole individuelle ou au débat argumenté. La valorisation par l'enseignant des interactions entre pairs à ce moment-là pour valider, réfuter, opposer, approfondir, enrichir, etc., constitue des moments forts pour développer une communication efficace et gérer le stress induit par la focalisation du groupe sur le locuteur. Dans ce processus, l'erreur n'est plus associée à la validation binaire, juste/faux, mais devient le fondement de l'argumentation dans la perspective d'une réelle appropriation et compréhension des enjeux de savoir. Cette activité du professeur s'inscrit dans les compétences définies par le référentiel professionnel (BO du 25 juillet 2013) :

- Aider les élèves à développer leur esprit critique, à distinguer les savoirs des opinions ou des croyances, à savoir argumenter et à respecter la pensée des autres.

- Se mobiliser et mobiliser les élèves contre les stéréotypes et les discriminations de tout ordre, promouvoir l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes.

Elle est également développée dans de nombreuses disciplines comme en sciences autour de la démarche d'investigation, en langues vivantes étrangères ou en français. Ces temps de classe renvoient par ailleurs à la double mission de l'enseignant, « instruire et éduquer ». La position qu'il adopte pour rendre possible la confrontation des opinions permet à la fois de guider le groupe classe vers le savoir à acquérir en créant les conditions de son appropriation et de promouvoir les attitudes citoyennes qui sont aussi nécessaires en éducation à la santé.

Les travaux de groupe

Le travail en groupe d'élèves restreint présente un intérêt majeur pour la construction de l'ensemble des compétences psychosociales. La capacité à prendre des décisions collectives dans une situation d'apprentissage qui place les élèves face à un problème de recueil, de synthèse, d'analyse ou de raisonnement est sollicitée par ce dispositif. Les choix à opérer amènent nécessairement une confrontation d'idées et de propositions qui stimulent l'esprit critique. Selon la situation, la créativité des élèves peut être particulièrement valorisée, là encore encouragée par les échanges entre pairs. Le cadrage de la tâche collective conduit en principe à des échéances de présentation ou de remise de travaux à l'enseignant. Cette exigence de production amène une tension, plus ou moins perceptible, dans les relations entre élèves. Les rôles, parfois implicites et fluctuants qu'ils s'assignent, entre digression, distraction et travail, doivent trouver leur équilibre pour le maintien et la cohérence de la production du groupe. Ainsi, ce dispositif, dans la mesure où le groupe assume l'objectif de production, place les élèves en situation de stress, sans connotation négative, de gestion de leurs émotions, qu'elles soient liées au plaisir de l'échange ou à la frustration (avancée du travail, prise en compte de son point de vue, etc.). Les habiletés relationnelles et communicationnelles apparaissent donc comme une compétence centrale dans les travaux de groupe, elles se renforcent dans ce dispositif. L'échange et la confrontation intellectuelle avec autrui renseignent aussi l'élève sur lui-même. La réaction des autres face à la pertinence de leur propos, à la qualité de leur réflexion, à leur implication construisent leur perception, leur représentation d'eux-mêmes dans le jeu social. La conscience de soi dans la relation aux autres est ainsi accentuée. Corolairement, la proximité physique, affective et cognitive qu'engendrent les travaux de groupe est à même de renforcer l'empathie des uns vis-à-vis des autres. La démarche qui consiste à proposer un travail de groupe aux élèves est donc particulièrement adaptée au développement de l'ensemble des compétences psychosociales. Elle répond aux objectifs de socialisation, de responsabilisation et d'autonomie définis dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture (loi du 25 avril 2005) et représente une des compétences définies dans le référentiel de compétences des enseignants (BO du 25 juillet 2013) :

« Organiser et assurer un mode de fonctionnement du groupe favorisant l'apprentissage et la socialisation des élèves : Favoriser la participation et l'implication de tous les élèves et créer une

dynamique d'échanges et de collaboration entre pairs ».

Mettre en œuvre le travail en groupe dès la maternelle, le poursuivre dans toutes les classes, du collège au lycée, quelle que soit la discipline d'enseignement représente un moyen d'acquisition de compétences transversales fondamentales pour la vie en société en général et pour l'éducation à la santé en particulier.

Evaluation des élèves

L'exigence de l'accompagnement collectif d'un groupe classe dans l'acquisition des apprentissages s'accompagne de la nécessité d'une évaluation individuelle formative renseignant chaque élève sur l'état de ses connaissances. La mise en œuvre du socle commun de connaissances, de compétences et de culture et du processus d'évaluation envisagé dans le livret personnel de compétences (LPC, grilles de référence, janvier 2011, LPC simplifié, septembre 2012) offrent l'opportunité de donner à l'élève des repères clairs et précis lors des situations de classe ordinaire :

« Les pratiques de classe offrent des occasions privilégiées d'évaluation diversifiée permettant de varier les capacités mises en jeu. L'évaluation à l'oral permet de lever certains obstacles comme l'impossibilité pour certains élèves d'entrer dans un processus de rédaction alors qu'ils sont tout à fait capables de raisonner et d'expliquer oralement leur raisonnement ».

Contrairement aux évaluations ponctuelles écrites qui visent généralement des connaissances précises provenant des programmes et se concrétisent par une note puis une moyenne, l'évaluation par compétence réalisée au fil des séances peut donner à l'élève une plus grande conscience de ses acquis, de ses points forts et faibles. Elle l'inscrit dans un parcours individuel de formation et plus seulement dans une logique trimestrielle liée au passage en classe supérieure. L'information donnée est davantage globale que parcellaire, la visée plus formative que sommative, l'absence de note et la formulation autour d'acquis renvoient à l'élève une information sur lui-même sans la référer nécessairement à une hiérarchisation implicite du groupe. Dans ce sens, l'évaluation par compétence peut enrichir la connaissance et la conscience de soi de l'élève, par la clarification et la reconnaissance institutionnelle du degré de maîtrise des apprentissages envisagés tout en préservant l'élève des effets induits par les évaluations ponctuelles chiffrées. L'accompagnement des élèves par l'enseignant dans l'affirmation de leur capacité d'auto-évaluation et dans la perspective d'un projet d'orientation (fin du collège, lycée) répond aux mêmes objectifs. Le référentiel de compétences des enseignants (BO du 25 juillet 2013) précise à ce sujet :

- Faire comprendre aux élèves les principes de l'évaluation afin de développer leurs capacités d'auto-évaluation.

- Inscrire l'évaluation des progrès et des acquis des élèves dans une perspective de réussite de leur projet d'orientation.

L'évaluation des élèves dans la perspective d'un enseignement contribuant aux principes de la promotion de la santé s'inscrit pleinement dans cette visée formative, globale, centrée sur la mise en valeur des acquis et des progrès. Elle correspond par ailleurs aux orientations définies par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République (LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013) : « Les modalités de la notation des élèves doivent évoluer pour éviter une «

notation-sanction » à faible valeur pédagogique et privilégier une évaluation positive, simple et lisible, valorisant les progrès, encourageant les initiatives et compréhensible par les familles. En tout état de cause, l'évaluation doit permettre de mesurer le degré d'acquisition des connaissances et des compétences ainsi que la progression de l'élève ».

Disciplines scolaires et développement des compétences psychosociales

Cette partie du document se propose d'expliciter les liens qui existent entre les compétences développées dans le cadre de l'enseignement des disciplines scolaires et le développement des compétences psychosociales, aussi bien pour le primaire que pour le secondaire. On se situe donc au niveau de la didactique des disciplines. En contexte scolaire, si des séances spécifiques sur le développement des compétences psychosociales peuvent être proposées ponctuellement par exemple dans le cadre de la venue d'un intervenant extérieur, les études montrent qu'elles sont développées de manière plus efficace et durable si elles sont également sollicitées, expérimentées et travaillées dans le contexte de l'apprentissage des disciplines scolaires, c'est-à-dire pendant la pratique de classe.

La présentation adoptée pour les programmes de l'école primaire diffère de celle du secondaire (collège et lycée voie générale et voie technologique) en raison de l'organisation spécifique de l'enseignement des disciplines pour chacun de ces niveaux (monovalence ou bivalence vs polyvalence). Aussi pour le primaire, la présentation se fait par les compétences, pour le secondaire l'entrée se fait par les disciplines scolaires.

Enfin, pour le lycée en particulier, n'ont été retenues que les disciplines obligatoires (communes et spécifiques), les enseignements optionnels ne sont pas présentés dans ce document compte tenu de leur nombre trop important.

Afin de faciliter la lecture, l'accent est mis à chaque fois sur une compétence. Il est cependant nécessaire de considérer chaque couple de compétence comme interdépendant. La partie « définition des compétences psychosociales » illustre cette relation forte entre les différentes compétences. »

CONTRIBUTION 8 : Le partenariat ARS Pays de la Loire – Académie de Nantes pour promouvoir la santé à l'école par M. Daniel Rivière (ARS des Pays de la Loire)

Dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, l'ARS et l'Académie de Nantes ont construit des liens privilégiés pour promouvoir la santé en milieu scolaire. Un contrat de partenariat a été signé le 29 mai 2012 entre la directrice générale de l'ARS et le recteur d'académie.

Ce contrat s'appuie d'une part :

- sur la politique éducative de santé et de prévention en faveur des élèves de l'Académie. Cette politique s'inscrit dans le projet académique; elle «contribue aux cotés des familles à la construction de l'élève, en tant que personne et citoyen dans un double objectif du respect de soi et des autres ». Cette politique est intégrée aux projets d'école et d'établissements, elle est en cohérence avec la politique nationale de santé et elle s'attache à renforcer les partenariats locaux aux différents échelons. « La politique éducative de santé constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité ». (Circulaire n°2011-216 du 2-12-2011 : Politique éducative de santé dans les territoires)

et d'autre part

- sur le projet régional de santé de l'ARS, notamment son schéma régional de prévention qui a pour objet de permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles (objectif 1) et en ciblant les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie et en particulier les enfants, les adolescents et les jeunes adultes scolarisés.

Des thématiques et des objectifs communs entre le Rectorat et l'Agence Régionale de Santé ont été définis en s'appuyant sur les orientations nationales et régionales, ainsi que sur l'état des lieux établi dans le cadre du projet régional de santé.

Ainsi sept thématiques prioritaires ont été sélectionnées :

- l'hygiène de vie, l'éducation nutritionnelle et les activités physiques
- le bien-être affectif et sexuel
- les conduites à risques
- le mal être
- la santé liée à l'environnement
- la couverture vaccinale
- la veille et la sécurité sanitaire

Un engagement réciproque des deux parties conduit :

- le Rectorat à accompagner la mise en œuvre de ce contrat au sein des services académiques et des établissements scolaires, en termes d'orientations, de communication, d'échanges de pratiques, de remontée d'informations et d'évaluation, et de favoriser la formation continue des personnels de l'Education Nationale, véritables acteurs de prévention auprès des élèves, autour des thèmes prioritaires identifiés

- l'ARS à soutenir la réalisation des objectifs fixés par le financement des actions proposées par les associations et à communiquer les résultats des évaluations des actions et des programmes

Par ailleurs, il est convenu pour chacun de conduire une réflexion commune sur l'élaboration d'une modalité de recensement des actions mises en place sur le terrain et à s'informer mutuellement des actions qui pourraient être initiées dans leur propre institution

Concernant les modalités de gouvernance, un comité régional de pilotage a été constitué, composé de représentants du Rectorat (médecin conseil, infirmière conseil, conseillère sociale auprès du Recteur) de l'Agence Régionale de Santé (département promotion de la santé et prévention) et du Conseil Régional (pôle santé et qualité de vie). Ce comité peut faire appel, en tant que de besoin, aux associations compétentes et aux experts reconnus. Il se réunit au moins 2 fois par an

Ce comité a notamment pour rôle de définir des zones d'interventions prioritaires, sur proposition des comités techniques départementaux, de synthétiser les bilans départementaux des actions réalisées, d'élaborer, au cours du 1er trimestre calendaire de chaque année, un programme régional d'actions de l'année scolaire à venir, et de favoriser la mutualisation des outils et des pratiques

Par ailleurs, des comités techniques départementaux ont été mis en place avec une co-animation assurée par la délégation territoriale de l'ARS (DT-ARS) et la direction des services départementaux de l'Education nationale (DASEN). Sont associées les collectivités territoriale (Conseil général, les villes notamment celles concernées par les contrats locaux de santé). A noter que la ville de Nantes est la seule commune de la région disposant d'un service de santé scolaire. Sont également invités les représentants de l'enseignement catholique, après accord de l'union régionale des directeurs diocésains (URADEL).

Ces comités départementaux ont pour objectif de proposer au comité de pilotage régional des zones d'interventions prioritaires, en fonction des spécificités territoriales connues par les acteurs de proximité, et de définir des programmes d'action de l'année scolaire à venir. Par ailleurs, ils émettent un avis sur les demandes de subvention concernant des établissements scolaires déposées dans le cadre de l'appel à projets lancé annuellement par l'Agence Régionale de Santé. Ces comités techniques départementaux peuvent s'appuyer sur les établissements à travers les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, des intervenants extérieurs, issus préférentiellement d'associations ayant reçu l'agrément national ou académique, les associations subventionnées directement par l'Agence Régionale de Santé, les principes figurant dans la charte régionale «

éducation à la santé en milieu scolaire ».

Deux années après la signature du contrat, le comité régional s'est effectivement réuni au moins deux fois par an. Les comités départementaux se sont mis en place en 2013, leur organisation et leur niveau d'investissement sont sensiblement différents d'un département à l'autre. Ces différences sont généralement liées aux moyens humains disponibles, en particulier au sein des DSDEN.

En ce qui concerne la concrétisation d'actions régionales, un accord entre les deux services statistiques fin 2013 permettra l'exploitation des données d'examen des grandes sections de maternelle et de sixième afin de définir une cartographie infra-départementale, notamment l'indice de masse corporelle qui est un bon indicateur des inégalités sociales de santé. Cette enquête permettra d'orienter et d'évaluer à terme les actions de prévention et de promotion de la santé menés dans les territoires prioritaires. Par ailleurs, un projet de Charte d'éducation pour la santé en milieu scolaire est en cours d'élaboration. Ce document cite les ressources mobilisables dans la région (liens vers les outils de l'Instance régionale d'éducation pour la santé, du centre régional de documentation pédagogique, du pôle régional de compétence en éducation pour la santé…) pour mener des actions d'éducation pour la santé et formule des principes d'intervention dont le respect pourra faire l'objet d'une charte d'engagement entre l'école, ou l'établissement scolaire et la structure intervenante. En outre, un projet régional consiste à lancer dès 2014 un déploiement du programme développement des compétences psychosociales des enfants d'une classe d'âge, nécessitant une forte articulation entre l'ARS et les services académiques. Enfin, les comités départementaux ont montré leur opérationnalité par l'examen conjoint des demandes de subvention autour de l'appel à projet régional en prévention et en faisant la promotion de l'outil Oscars (observation et suivi cartographique des actions régionales de santé).

Des efforts sont à poursuivre pour maintenir et renforcer cette dynamique partenariale qui a prouvé son tout son intérêt.

CONTRIBUTION 9 : La fédération des conseils de parents d'élèves

La FCPE est, depuis sa création, très sensible aux questions relevant de la santé à l'Ecole. Parce que la bonne santé des élèves est l'une des conditions leur permettant de s'épanouir. Outre la présence ou le statut des personnels de santé à l'intérieur des établissements scolaires qui revêtent une grande importance, le débat qui anime la communauté éducative doit être plus vaste. Les questions de santé touchent autant au nombre de professionnels qu'a la question du poids des cartables, aux rythmes des élèves, à la restauration scolaire, à l'hygiène dans les toilettes mais aussi aux programmes de prévention.

C'est à l'Ecole de se soucier de la santé des élèves, cela fait partie de ses responsabilités. Pour y parvenir, l'Education nationale doit instituer une visite médicale annuelle, entièrement gratuite et obligatoire dans le cadre d'un protocole spécifique en fonction de l'âge. Elle doit respecter les règles de confidentialité. Il faut pouvoir détecter et prévenir tout problème de santé afin que tous les élèves puissent effectuer leur scolarité dans les meilleures conditions.

La prise en charge des problèmes de santé d'une population passe par l'information. La FCPE souhaite que cette information soit dispensée auprès des élèves dès le plus jeune âge et prévue dans les programmes scolaires. La FCPE insiste notamment sur l'information et l'éducation à la sexualité, à la contraception et au respect l'autre et de soi-même.

Les questions de sécurité des usagers du service public d'éducation, d'hygiène dans les locaux (en particulier dans les sanitaires) sont importantes. Les parents et les élèves doivent être associés à la réflexion sur ces questions et directement impliqués dans leur gestion quotidienne notamment à travers les CVL et les CHSCT. C'est cette volonté de coéducation qui doit prévaloir. Les personnels de santé doivent être intégrés aux équipes éducatives afin que ceux-ci puissent, le cas échéant, faire part de données pouvant affecter les apprentissages des élèves. De la même façon, cette intégration doit permettre de réunir toutes les conditions pour que les élèves en situation de handicap puissent suivre leur scolarité normale au sein de l'Ecole inclusive.

La santé des élèves passe également par l'alimentation. Aujourd'hui, encore, il y a des enfants et des jeunes pour qui le repas du midi à la cantine sera le seul de la journée. C'est pourquoi tous les élèves doivent avoir accès au restaurant scolaire, afin que tous puissent bénéficier d'un repas de qualité. Les cas de malnutrition sont malheureusement encore trop fréquents. Si la résolution de cette question d'accès à la cantine se fait à l'échelon municipal bien souvent, il n'en demeure pas moins qu'il faut une parole forte et engagée de l'Etat afin de rendre cet impératif concret.

Il est également nécessaire de rendre le plus accessible possible les moyens de contraception et de protection vis-à-vis des MST. Il est du ressort de l'école d'informer les jeunes sur la sexualité et les moyens de contraception et de protection doivent pouvoir être disponibles au sein des établissements afin que les jeunes puissent se les procurer de manière facile. Ils doivent aussi pouvoir passer la porte du médecin ou de l'infirmier en sachant qu'il pourra trouver une écoute

attentive et bienveillante.

Plus largement, il faut une véritable éducation à la sexualité et à la vie affective, loin des fantasmes de certains. Cette éducation doit se faire au sein de l'école avec toujours ce principe de coéducation. Ces questions doivent être abordées et sont indissociables des notions de respect de l'autre et de soi.

La santé à l'Ecole passe aussi par la prévention. La FCPE a toujours été attachée à ce que la prévention ne soit jamais moralisatrice. Elle doit être bienveillante et développée sur tout le territoire. Il faut un vrai programme de prévention à l'échelle nationale sur les conduites à risques afin que tous les élèves soient sensibilisés et informés.

La FCPE défend également la création d'un CHSCT dans chaque établissement afin que celui-ci puisse prendre des décisions concernant la santé des élèves ainsi que dans l'aménagement des locaux.

Afin que tout adulte présent dans l'établissement puisse intervenir en cas de problème, la FCPE propose que chaque adulte bénéficie d'une formation diplômante de premiers secours dans la formation initiale ou complémentaire. Plus généralement, il est nécessaire de travailler en amont avec les futurs enseignants, dans les ESPE, sur les thématiques de la santé à l'Ecole afin qu'ils aient le maximum d'informations pour pouvoir répondre aux sollicitations de leurs élèves.

Enfin, la FCPE défend depuis longtemps la vision d'une école bienveillante. La question de la santé à l'Ecole doit être un des piliers de celle-ci. Seule une politique volontariste prenant en compte tous les aspects de la vie des élèves, contribuera à la construction d'un climat scolaire serein dans lequel les élèves trouveront les conditions optimales de travail et d'épanouissement.

CONTRIBUTION 10 : Le Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé

Préambule.

La promotion de la santé des élèves fait partie intégrante de la mission centrale de l'Ecole qui est la réussite scolaire de tous les élèves. L'Ecole au service des élèves doit réussir l'accueil, lutter contre l'exclusion scolaire, favoriser l'intégration de tous et en particulier des enfants et adolescents handicapés ou fragilisés, donner à chacun des jeunes les moyens qui lui permettront d'avoir accès aux savoirs mais aussi à l'éducation et contribuer à son équilibre et à son épanouissement.

Promouvoir la santé physique et mentale en faveur de tous les jeunes et prévenir toutes les agressions ou conduites pouvant mettre en danger la santé des élèves, doit être une préoccupation constante pour les parents et pour l'équipe éducative des établissements, en concertation permanente avec les réseaux extérieurs.

La santé n'est plus perçue aujourd'hui comme une absence de maladie ou d'infirmité mais comme un état de bien-être physique, mental et social. Tous les acteurs de l'Ecole doivent donc participer en fonction de leur spécificité, mais aussi par le biais des complémentarités, à améliorer les capacités des élèves et étudiants à mettre en valeur leur propre santé par des choix de comportements libres et éclairés devant le problème auquel ils sont confrontés.

Quelles sont les interventions de promotion de la santé pertinentes qu'il convient de prioriser, selon les âges ?

En premier lieu, les interventions de promotion de la santé trouvent leur pertinence, si elles répondent aux besoins de santé des élèves, tels qu'ils s'expriment aux différentes étapes de la scolarité.

Pour ce qui concerne les élèves scolarisés dans le premier degré la loi de refondation de l'Ecole a réaffirmé la nécessité d'un dépistage médical précoce (article L 541-1) afin de dépister toute pathologie ou handicap qui entrave la scolarité.

Cette visite médicale s'inscrit dans la continuité du suivi médical réalisé en amont par la PMI. Pour rendre efficace la réalisation de ce dépistage, un suivi doit être mis en place en concertation avec les familles, les enseignants et les personnels de santé dans l'école et hors de l'école, selon la prise en charge définie à l'issue de la visite médicale de la 6ème année.

Pendant la période de latence, l'élève reste sous le regard permanent de l'adulte (parents, enseignants). Les interventions de promotion de la santé peuvent s'intégrer dans les apprentissages en lien avec les familles. Les personnels de santé ont une responsabilité particulière pour répondre également à toutes les sollicitations de la part des enseignants au cours de cette période.

Ce contexte va progressivement évoluer avec l'entrée dans l'adolescence au cours de laquelle, l'élève rentre dans un processus d'individuation. Il s'éloigne peu à peu de la tutelle parentale et réinterroge à sa façon les modèles qui lui étaient proposés jusque là. Cette évolution coïncide avec une nouvelle organisation des enseignements qui l'éloigne aussi, de fait, du regard permanent de l'adulte. Ce passage qui structure les apprentissages dans l'Ecole accompagne cette nouvelle étape du développement vers plus d'autonomie de la part des élèves.

Durant la période de l'adolescence, les indicateurs classiques de morbidité sont bien connus. Depuis plusieurs années des indicateurs de type épidémiologiques sont également disponibles, tels que ceux concernant la prévalence de l'obésité, du diabète, des déficiences auditives et visuelles.

Cependant, le lien entre les problèmes de santé réellement perçus par ces élèves, mais également les interrogations que leurs comportements en matière de santé font porter aux adultes et à la société, sont assez éloignés de cette approche épidémiologique classique.

Personne ne peut ignorer que 80% des adolescents vont bien, au regard de ces critères, et cependant le suicide et le mal être est la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge.

De très nombreux adolescents avouent leur mal être, leurs interrogations déstabilisantes, pour eux, quant à leur sexualité, sans parler des « essais » autour de conduites comportementales pouvant devenir très vite addictives.

Personne ne peut nier que ce sont ces problématiques là qui impactent le plus fortement les capacités de réussite scolaire et conduisent à des décrochages chez les élèves. Sans nier cependant l'impact que peuvent avoir les « pathologies » et déficiences classiquement identifiées pour lesquelles des espaces de résolutions éprouvés existent.

C'est donc bien, si on veut répondre tant aux demandes qu'aux besoins de ces élèves, à partir de cette problématique et des moyens de résolutions tant individuels que collectifs que les dispositifs doivent être élaborés à partir des équipes qui travaillent et oeuvrent, au quotidien, à la réussite scolaire des élèves.

En ce sens, la récente étude de l'ordre infirmier du Quebec sur la santé scolaire vient interroger l'orientation classique « santé scolaire » que certains prônent. En effet, cette étude plaide pour une autre approche dans laquelle nous nous retrouvons pleinement. Celle d'une approche de la santé à l'école sous la responsabilité de l'école, avec des acteurs de santé, les infirmières, comme une composante intégrale des équipes pédagogiques des établissements scolaires et dotées d'une formation universitaire supérieure à celles des infirmières habituelles.

C'est à partir de ces deux données nouvelles que l'éducation nationale doit proposer des réponses capables d'assurer sa mission de promotion de la santé en lien avec la réussite scolaire de tous les élèves. Si les approches individuelles et collectives de promotion de la santé vont se combiner quelque soit le niveau de la scolarité, le rôle des acteurs concernés par la mise en œuvre de cette mission de promotion sera différente, selon l'évolution des besoins tels qu'ils s'expriment aux différentes étapes de la scolarité.

Quelles stratégies et modalités de mise en œuvre, notamment avec quels acteurs ?

Afin d'avoir une action efficace auprès des élèves, il est impératif de respecter le périmètre de compétences de chaque métier et profession, ce qui ne contredit pas, bien sûr, le travail au sein de l'équipe éducative et pédagogique, en concertation avec les partenaires de l'école.

Les actions de promotion de la santé, pour faire sens dans l'Ecole, renvoient à une structuration de la profession infirmière qui s'intègre naturellement à la structuration de l'Ecole. Elles sont également la conséquence d'une impulsion politique conduite par le Ministre de l'Education nationale, la santé étant une condition indispensable à la réussite scolaire.

S'il s'agit de prioriser les actions, la loi de refondation de l'Ecole, a déjà répondu au niveau de l'enseignement primaire, en réaffirmant la nécessité d'une visite médicale pour tous les enfants de 6 ans qui doivent être réalisées par des médecins.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les infirmières de l'Education nationale.

Compte tenu de l'analyse des besoins des élèves et des compétences spécifiques que les infirmières peuvent mettre au service de ces besoins, la mise en œuvre locale se fait au niveau des établissements scolaires avec deux niveaux de responsabilité en complémentarité :

Une réponse infirmière au quotidien :

Pour protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des jeunes en leur apportant des réponses individualisées et adaptées à leurs problématiques de santé pendant le temps scolaire : un accompagnement et un suivi nécessaire pour répondre aux besoins de santé des jeunes leur permettant également de suivre la classe dans les meilleures conditions possibles pendant toute leur scolarité.

Cette réponse individuelle se combine à une réponse collective comportant plusieurs entrées :

- Une équipe de suivi à géométrie variable pour faire face aux situations d'échec scolaire dont les causes sont souvent plurifactorielles : mise en commun des compétences des personnels qualifiés (CPE, professeurs principaux ou enseignants, infirmières, co-psy, assistantes sociales, médecins…) et de leurs observations pour répondre de la meilleure façon aux difficultés des jeunes à l'interne mais aussi, si nécessaire, en partenariat avec les réseaux d'aide extérieurs et avec les parents.
- Dans le cadre des enseignements, les enseignants peuvent travailler en partenariat avec les personnels de santé dans le cadre de l'éducation à la santé.
- Dans le cadre du projet d'établissement et d'école, des actions éducatives et préventives de portée générale ou sélective en rapport avec les besoins recensés par l'équipe éducative et pédagogique notamment les infirmières, par les partenaires du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté, etc. et avec les attentes des jeunes, ceux-ci étant eux mêmes acteurs des projets.

Améliorer l'état de santé des jeunes qui en ont le plus besoin ne sera possible que si tous les acteurs se mobilisent. Le rôle de chacun d'eux doit, par conséquent, être mieux affiché et les liens avec l'ensemble des partenaires, comme avec ceux d'autres services publics de l'Etat, des associations reconnues et les systèmes de soins, doivent faire l'objet de conventions. Ces conventions doivent

être signées sous la responsabilité des différents échelons de l'Institution Education nationale puisqu'elles répondent aux objectifs spécifiques de la santé à l'Ecole.

Le volet évaluation de la politique de Santé à l'Ecole.

L'évaluation de la Santé à l'Ecole doit connaître sa véritable place au sein des politiques éducatives. C'est le point faible qu'il convient d'améliorer de façon volontariste.

Il est temps de tirer partie du travail des acteurs qui participent à la promotion de la santé des élèves en le rendant plus visible.

Deux outils existent en ce qui concerne les professions de santé à l'Education nationale. Le logiciel SAGESSE et le logiciel MEDSI

Les infirmières de l'éducation nationale renseignent au quotidien ce logiciel SAGESSE. Cet outil est une source importante de connaissances des besoins qui s'expriment mais il permet d'étudier les facteurs, notamment, qui peuvent affecter le comportement des élèves au cours de la scolarité. Cet outil doit être analysé en croisant d'autres données de santé en dehors de l'institution mais également, à partir de données propres à l'institution Education Nationale (absentéisme, décrochage, orientation….).

Cette analyse, pour être utile à l'institution, doit être portée à la connaissance des instances représentatives aux différents niveaux (CTM, CTA, CA). Elle permettra d'adapter les réponses futures au plus près des préoccupations de l'ensemble des acteurs de l'école et doit être au service de l'amélioration de la réussite scolaire des tous les élèves.

Le « *travailler ensemble* » nécessite que chacun puisse apporter ses indicateurs et analyses au collectif, d'une part, mais également à celui qui est investi de responsabilité politique.

En ce sens nous pensons que l'école doit avoir, à la fois à sa disposition, non seulement les indicateurs spécifiques que les « soignants » de l'école renseignent, mais également ceux que les autres opérateurs possèdent, afin de les mettre en miroir avec les indicateurs de réussite scolaire et ceux de la vie scolaire.

L'évolution de cet outil, spécifique aux infirmières de l'éducation nationale, doit être pensée en concertation avec leurs représentants.

Elle doit s'adapter à l'évolution de la formation d'adaptation à l'emploi des infirmières qui doit être universitarisée au niveau Master, sous la double tutelle Université et Ministère de la Santé.

Il s'agit d'investir très concrètement le domaine de la recherche universitaire, car ce champ très précis répond à un triple enjeu : l'amélioration de la santé des élèves, de leur réussite scolaire, mais au-delà de leurs capacités à devenir des adultes pouvant faire des choix au service de leur bien être et de leur épanouissement.

CONTRIBUTION 11 : Le Syndicat National des Infirmiers-ères Educateurs-trices de Santé

Redéfinir le contenu des visites médicales

La santé des élèves et des étudiants doit être prise en charge dans sa globalité.
Des consultations infirmières systématiques sont à réaliser à différents niveaux pour une éventuelle orientation, pour faciliter l'accès aux soins, améliorer la couverture vaccinale, intégrer les élèves handicapés ou porteurs de troubles de la santé. Tous les élèves d'une tranche d'âge définie doivent bénéficier d'une consultation infirmière, 1er degré et collège (5ème :11/12 ans), lycée (2de : 15/16 ans), et lors de l'admission à l'université.
Le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire sous la responsabilité de la DRESS démontre l'importance des dépistages précoces des problèmes de santé très importants pour le développement de l'enfant et sa scolarité.
Article L541-1 du code de l'éducation modifié par la loi n° 2013-095 ...des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social... ».

Pour le SNIES UNSA Education, les consultations infirmières doivent s'inscrire dans une continuité des actions, par un même personnel infirmier intervenant dans le 1er degré du secteur de son collège de rattachement. Une répartition horaire définie par arrêté du Ministre de l'Education Nationale doit permettre une quotité également répartie (50/50) afin d'assurer la qualité des actions entreprises.
Ils favorisent les dépistages précoces des freins aux apprentissages. Les infirmiers assurent un suivi, donnent des indicateurs pour l'accès aux soins et mettent en place les mesures nécessaires à l'adaptation au collège. Ils participent à la liaison CM2/6ème en apportant leur connaissance des élèves suivis depuis le début de la scolarité.
Pour les SNIES UNSA Education, le dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage prévu par la loi de refondation pour l'école (article 6) ne relève pas de la consultation infirmière.
Le parcours santé de l'élève est à poursuivre par une liaison collège/lycée.
Chaque membre de la communauté éducative doit pouvoir solliciter autant que de besoin le personnel infirmier, pour toute situation jugée inquiétante.

Les consultations infirmières comprennent entre autre les mesures staturo-pondérales, de l'acuité visuelle et auditive, de la pression artérielle et pulsations, l'entretien avec l'élève, et sa famille si besoin, sur son environnement familial, social, économique, culturel, scolaire dans le cadre des compétences du rôle propre infirmer défini par le code de la santé publique (article R4311-3).
La consultation du préadolescent comptera également une approche des modifications pubertaires.
Le SNIES UNSA Education refuse tout recentrage des missions sur une aide à apporter aux médecins pour effectuer les visites médicales. Cependant, le partenariat reste indispensable.

Lors de la mise en place du Dossier Médical Personnel, pour le SNIES UNSA Education, les personnels infirmiers de l'Education Nationale doivent pouvoir accéder aux données autorisés par les responsables légaux des mineurs, Entre autre seraient nécessaire les antécédents, les allergies, les intolérances, les vaccinations, les bilans biologiques, les comptes-rendus d'actes thérapeutiques et les hospitalisations, les pathologies, les traitements. Le logiciel « SAGESSE » utilisé par toutes les infirmières de l'Education Nationale doit s'adapter à la lecture du DMP, doit correspondre aux données obtenues lors des consultations et répondre aux besoins épidémiologiques.

L'accroissement de la demande de soins, l'évolution des besoins de la population, la pénurie constatée de professionnels de santé, la nécessité de maîtriser les dépenses de santé entraînent à repenser et réorganiser l'offre de soins. Le personnel infirmier de l'Education Nationale accueille les élèves et les personnels « pour quelque motif que ce soit » représentant souvent le premier acteur de santé de proximité. Il s'appuie sur son diagnostic infirmier pour adapter les réponses qui s'imposent. Ces réponses sont au regard des actes définis dans le code de santé publique (articles R4311-1 à 4311-15-1). Une évolution vers des pratiques avancées, au même titre que les spécialités en milieu hospitalier (IADE, IBODE…) justifient une poursuite de la formation vers un MASTER.

La formation continue est indispensable tout au long de la carrière et obligatoire pour la profession (décret 2011-2114). Elle doit être dispensée sur le temps de travail, adaptée au secteur professionnel, et prise en charge financièrement par l'administration. Elle doit être innovante et de qualité en adéquation avec les besoins identifiés et les évolutions. Le SNIES demande la prise en compte de ces formations en formations diplômantes.

Pour le SNIES UNSA Education, les missions des infirmières ne doivent pas être orientées uniquement vers des missions de santé publique mais répondre à la réussite éducative de tous élèves et étudiants.

Article L541-1 du code de l'éducation

Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistages obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.

Développer les actions de promotion de la santé

Il s'agit de mettre en œuvre des actions visant à un environnement et un climat scolaire bienveillant, de faire acquérir des comportements responsables vis-à-vis de son capital santé, d'accompagner dans la construction de la personnalité individuelle et collective, d'appliquer la loi de 2001 sur l'éducation à la sexualité.

Comme exemple, dans les écoles primaires, des attitudes adaptées sont à acquérir en matière de nutrition, sommeil, hygiène avec une implication des familles. Puis, en fin du cycle du premier degré, les élèves apprendront à préserver leur capital santé en développant leurs compétences psychosociales.

Les personnels infirmiers de l'Education Nationale interviennent en promotion de la santé individuelle ou collective. Le SNIES UNSA Education reste attaché à une politique nationale impulsée

par l'Education Nationale définissant des axes prioritaires à décliner dans les académies par les Recteurs puis par les DASEN, avec l'expertise des conseillers techniques de santé et sociaux.

En parallèle de la structure Education Nationale, la politique de santé territoriale définit les priorités à destination des jeunes publics. Education Nationale et santé publique interviennent donc sur une même population dans un objectif partagé. Un lien entre territoire et établissements scolaires est à créer avec la participation des infirmières conseillères techniques chargées d'évaluer la faisabilité à l'Education Nationale.

Si la volonté politique de développement est bien présente, les difficultés rencontrées restent un frein important.
Les personnels de l'Education Nationale n'ont pas de culture collective et ne s'impliquent donc pas au même niveau. Des formations communes seraient nécessaires.
Les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) sont trop souvent des « chambres d'enregistrement d'actions déjà mises en place ». L'article 57 de la loi la refondation pour l'école a créé un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté commun au collège et aux écoles concernées. La création de ce conseil donne toute son importance aux postes inter-degrés (postes mixtes) défendus par le SNIES UNSA Education. Des cellules de veille permettant d'évaluer l'opportunité de la poursuite des actions ou la réadaptation des axes prioritaires.
Un réel partenariat au sein des équipes éducatives pluridisciplinaires doit être institutionnalisé. Des créneaux horaires de concertation sont à prévoir.
L'éducation à la santé et à la citoyenneté pourrait porter sur l'apprentissage à communiquer « le savoir être», dès le plus jeune âge, le développement de la bientraitance au quotidien, la formation des élèves délégués (respect et valorisation de leurs rôles), l'éducation à la non violence le développement de l'estime de soi dans les champs didactiques et non didactiques, le renforcement des liens entre l'école et la famille...

Le SNIES UNSA Education demande l'association en amont des personnels infirmiers lors de la mise en place des campagnes nationales de prévention initiées par le Ministère de la Santé via l'INPES afin d'être de réels vecteurs de transmissions des messages dans les établissements scolaires.

L'éducation à la santé collective doit se poursuivre tout au long de la scolarité, être intégrée dans le socle commun des connaissances d'où une inscription dans l'emploi du temps des élèves, demandant également un renforcement des personnels de santé et sociaux de l'Education Nationale, et mobiliser des moyens matériels et financiers.

Pour le SNIES UNSA Education, chaque enfant, chaque adolescent, chaque jeune doit pouvoir bénéficier de la présence d'une infirmière, quelque soit son lieu de scolarisation, en ne privilégiant pas à moyens constants uniquement l'éducation prioritaire.

CONTRIBUTION 12 : Le Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires

MEDECINE SCOLAIRE ET LUTTE CONTRE LES INEGALITES DE SANTE

La médecine scolaire est un levier essentiel de la lutte contre les inégalités sociales et de santé car :

- Elle est une médecine de proximité concernant toute la population des enfants et adolescents scolarisés et intervenant souvent avant même le médecin traitant.
- Elle est organisée pour couvrir l'ensemble du territoire français.
- Elle a pour mission la promotion de la santé au sein de la population scolarisée et doit mettre en œuvre le parcours de santé à l'école, conformément à la loi de Refondation de l'école.
- Elle agit tout particulièrement dans les zones urbaines sensibles et les zones rurales.
- Elle est en responsabilité tant au niveau territorial (secteurs, bassins de vie, DSDEN, Académies) qu'au niveau individuel (consultations médicales, dépistage infirmier et entretien sociaux) et des populations (planification à laquelle les médecins de l'éducation nationale ont été formés à l'EHESP après concours d'entrée dans le corps)
- Elle intervient auprès des populations d'enfants les plus vulnérables : jeunes porteurs d'une maladie chronique et pouvant bénéficier d'un projet d'accueil individualisé (PAI), élèves scolarisés en SEGPA (ces élèves en difficultés d'apprentissage cumulent la plupart du temps les problèmes dans le champ du social et du sanitaire), élèves non francophones ou les nouveaux arrivants, élèves relevant des pathologies psychiques, public en zone d'éducation prioritaire, élèves ayant un retard scolaire de deux ans et plus à l'entrée en 6ème, absentéistes, les décrocheurs, ceux relevant d'un conseil de discipline, élèves en classes ou modules relais, jeunes filles mineures en demande de contraception, enfants en situation de risque de maltraitance…
- Elle est gratuite et accessible, bien placée pour compenser le non recours au système usuel de santé: le professionnel de santé peut aller au devant de l'enfant en cas de besoin identifié, y compris en l'absence de demande spontanée.
- Elle a développé son activité en faveur du jeune en situation de handicap à l'école et est à l'interface de l'école, le médico-social, le soin.
- Elle facilite le recours aux soins.
- Elle a pour mission formation et recherche, même si celles ci restent à développer : les enquêtes épidémiologiques menées par les professionnels de santé peuvent couvrir des cohortes d'envergure considérable. La médecine scolaire fournit beaucoup de données à la DRESS. Son rôle à jouer au sein du cursus de formation médicale reste à développer.

Lutter contre les inégalités sociales de santé suppose d'avoir une médecine scolaire en mesure de répondre aux besoins spécifiques des jeunes scolarisés car c'est dès le plus jeune âge qu'il convient de prévenir, éduquer et accompagner vers les structures de soins si besoin. La stratégie de prévention pour la jeunesse favorisant la réussite éducative doit être coordonnée à la stratégie

nationale de santé pour la jeunesse et adaptée aux spécificités des territoires, en respectant les compétences et complémentarité des acteurs territoriaux (ARS = population générale, EN = population scolaire).

La santé scolaire doit être pilote pour les élèves dans cadre d'une politique éducative et de santé générale

Il convient de tenir compte des récents rapports parlementaires sur la médecine scolaire, du Comité de Contrôle des politiques publiques, de la Cour des Comptes et de la Récente loi de Refondation de l'Ecole, notamment dans ses articles 6 et 12.

LES PROPOSITIONS

1. **Identifier les besoins des jeunes sur les différents territoires** en s'appuyant sur des données
   - nationales (DGESCO, DGOS)
   - régionales en lien avec la dynamique des agences régionales de santé et sur les Observatoires régionaux de santé (indicateurs de santé de la population scolaire et suivi, permettant une évaluation indépendante de l'Education nationale)
   - des bassins d'éducation (niveau départemental ou infra-départemental), des comités d'éducation et citoyenneté des établissements (CESC).
2. **Combler les déserts médicaux scolaires**
   a. **en agissant de façon urgente sur l'attractivité offerte aux professionnels de santé au niveau de la revalorisation statutaire, des plans de carrière et de l'identité professionnelle dans l'institution mais aussi au sein de la profession médicale**

      - Reconnaître la médecine scolaire au sein des spécialisations lors des exercices poursuivis en santé scolaire (médecine générale, santé publique).

      - Revaloriser la profession de médecin de l'éducation nationale à la hauteur des autres activités salariées de la profession médicale : modification indiciaire avec regroupement interministériel des médecins de prévention et de santé publique avec gestion ministérielle et/ou alignement sur la grille des praticiens hospitaliers.

      - En attendant une action globale de la Fonction publique, améliorer le déroulé de carrière des médecins au sein de l'éducation nationale (régime indemnitaire et ratio promus/promouvables au grade de 1ere classe).

      - Appliquer le principe de mobilité au sein de la Fonction publique en reconnaissant l'ancienneté de l'exercice à l'éducation nationale lors du reclassement après concours sur la grille de PH.

   b. **réinstaurer un vivier de professionnels en intégrant la médecine scolaire dans le**

cursus universitaire des études de médecine afin de développer formation et recherche

- -Inscrire un module « médecine scolaire » dans le cursus universitaire.
- Développer l'accueil par les médecins de l'éducation nationale, maîtres de stage universitaire d'internes en médecine générale et/ou santé publique dans les services de médecine scolaire.
- Valoriser les avantages de la médecine scolaire auprès des jeunes médecins et engager une campagne de communication.
- Favoriser la participation des médecins en tant que formateurs aux ESPE.
- Développer les actions de recherche.

3. **<u>Assurer une équité territoriale en santé scolaire</u> grâce à un budget dédié (à la santé scolaire) dans les rectorats**
   Les crédits ainsi non réduits systématiquement dans le cadre de la fongibilité permettront

   - Le recrutement de médecins, le maintien des budgets à destination des postes médicaux (supports budgétaires d'ETP à préserver dans les rectorats pour permettre le recrutement de médecins contractuels qui pourvoiront les postes vacants et permettront la création du vivier).
   - La présence de secrétaires médico-scolaires.
   - Le fonctionnement des centres médico-scolaires.

« Il faut que la médecine scolaire dispose d'une certaine autonomie des moyens dont elle dispose et que ses structures de direction soient dotées des instruments nécessaires à un vrai pilotage » CECp101

4. **<u>Organiser le pilotage national de la DGESCO</u> : une expertise médicale renforcée est nécessaire conformément aux préconisations du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques : un staff médical auprès du DGESCO est souhaitable**
   Il s'agit d'inscrire la santé des élèves dans une dynamique de transversalité au sein de l'éducation nationale et en lien avec le ministère de la santé. Cette instance aura à impulser une dynamique dans les académies et à soutenir les plus en difficultés.

5. **<u>Améliorer l'organisation territoriale</u> :**
   Conforter une organisation interne à l'éducation nationale en établissant des liens avec les instances nationales de santé et les agences régionales de santé.

   a. Renforcer la collaboration ARS/ Rectorat
   b. Développer les projets d'éducation à la santé (l'éducation à la sexualité, nutrition, santé mentale…) conjointement aux projets régionaux de santé.
   c. Développer la Commission de prévention et de coordination avec la santé scolaire

en comptant sur la participation des syndicats de professionnels de santé de l'éducation nationale représentatifs ; permettre la participation aux professionnels de santé de l'éducation nationale aux collèges professionnels.

6. **Travailler en transversalité avec les collectivités territoriales**
   - **a.** Au niveau départemental : en fonction des dimensions du territoire, des effectifs scolaires, le département ou le bassin peut être territoire de santé de référence. Le médecin est référent santé des territoires (en lien avec contrats locaux de santé, contrats éducatifs de territoire, ateliers santé ville etc…), l'infirmier est référent de l'établissement du 1er et second degré.
   - **b.** Au niveau régional : la formation et l'apprentissage sont à mettre en lien avec les approches de médecine du travail réalisées par les médecins de l'éducation nationale.
   - **c.** Au niveau municipalités :
     Santé scolaire / Contrat local de santé, atelier ville

     Les rythmes scolaires et les comités de suivis

     Les municipalités de plus de 5000 habitants doivent assurer le fonctionnement des centres médico scolaires. Il serait bienvenu de le rappeler aux villes et agglomérations en permettant un matériel actuel : téléphones portables, ordinateurs, lieu équipé de consultation etc…Une aide en temps de secrétariat répondrait aux besoins de dégager spécifiquement du temps médical pour les élèves

7. **Répondre de façon adaptée et individualisée aux besoins des élèves sur les différents territoires en établissant des priorités de santé des élèves en faveur de la réussite éducative puis en redéfinissant les missions des personnels de santé à l'éducation nationale afin de**

   - **a.** Mettre en place le parcours santé à l'école tout au long de la scolarité en favorisant une dynamique rationnelle et interprofessionnelle de complémentarité :
     comportant des actions individuelles et collectives : programmes et projets d'éducation à la santé avec participation de l'élève, bilans de santé axés sur des dépistages où l'examen médical scolaire est proposable selon les situations, avec si besoin élaboration d'un PAI[49], PPS[50], des visites médicales scolaires liées au handicap, des réunions de l'équipe éducative dans les champs du social, de la santé physique et psychologique. Le parcours de santé organise le suivi de santé des élèves à besoins spécifiques (enfants atteints de maladie chronique, handicap,

[49] Projet d'accueil individualisé

[50] Projet Personnel de scolarisation

troubles des apprentissages, retards scolaires élèves de SEGPA, zone éducation prioritaire, décrocheurs, jeune en souffrance psychologique, atteint de pathologie mentale ou en difficulté sociale, situation de maltraitance, jeune fille en demande de contraception etc…)

La continuité du parcours de santé sur la scolarité, le lien avec l'organisation de prévention sanitaire et le parcours de soins, le secret professionnel sont à garantir par le médecin de l'éducation nationale aidé dans ces tâches par un secrétariat.

b. Inclure dans le futur socle commun des compétences de promotion de la santé à l'école par les différents acteurs éducatifs.

c. Mobiliser l'ensemble des acteurs éducatifs sur la promotion de la santé programmes d'enseignement et projets d'éducation à la santé, repérage des difficultés des élèves. Les établissements scolaires du 1er et second degré réaliseront les programmes et projets d'éducation à la santé (CESC + interdegré)

d. Mettre en lien les systèmes de prévention par le suivi du dossier médical (PMI, parcours santé à l'école, dossier médical universitaire, dossier médical personnel à partir de 16 ans) avec informatisation progressive.

e. Positionner le médecin en référent santé des territoires scolaires (en lien avec contrats locaux de santé, contrats éducatifs de territoire, ateliers santé ville etc…), et l'infirmier en référent santé de l'établissement du 1er et second degré.

Le médecin praticien de l'éducation nationale, est garant du parcours de santé, et référent santé sur un territoire scolaire

- **clinicien :** consultations médicales en cas de difficultés, prescriptions dans le cadre des actes de prévention (PAI, tr apprentissages, handicap…)
- **référent santé publique sur le territoire scolaire et en inter-degré de l'équipe éducative** (éducation santé, veille sanitaire, épidémiologie)
- **formateur :** maitre de stage des internes en médecine générale et de santé publique, formateur pour les personnels de l'éducation nationale
- **organisateur au niveau du territoire scolaire des mesures sanitaires**

Les grands axes des missions des professionnels santé, sociaux et psychologues de l'éducation nationale sont à définir au regard du parcours santé des élèves et des priorités retenues ; des groupes de travail métiers sont attendus au sein de notre ministère.

8. **Rembourser uniformément sur l'ensemble du territoire les prescriptions liées aux actes de prévention effectués notamment pour la population précaire dans le cadre de la médecine scolaire** (vaccination, orthophonie, contraception dans un premier temps, actes en relation avec l'aptitude au travail)
   Ainsi cesseraient les inégalités de remboursement aujourd'hui constatées

9. **Evaluer la politique de santé des élèves et déterminer des indicateurs**

La construction de cette politique de santé en faveur des élèves doit pouvoir être évaluée sur les actions dont ont bénéficié les élèves, sur des critères de santé (Indicateurs de bien être ressenti, indicateurs de santé). Les missions des personnels doivent faire aussi l'objet d'un suivi avec des indicateurs de fonctionnement. L'évaluation est à mettre en place en particulier à l'échelon régional et national.

10. **Développer la communication entre réseaux de professionnels éducatifs et de santé sur les territoires :**

Favoriser le lien PMI(Conseil général) / santé scolaire (Education nationale) ,

Mais aussi santé scolaire et Université grâce au dossier médical personnel mis en place par l'agence des systèmes d'informatisation partagés des professionnels de santé (ASIP).

CONTRIBUTION 13 : L'ASsociation des COnseillers Médicaux de l'EDucation Nationale

Enjeux : Faciliter la construction individuelle et sociale des jeunes scolaires afin de leur permettre de devenir des adultes responsables en capacité de prendre toute leur place dans la vie civique, sociale et économique de notre pays.

Etat des lieux : La santé des enfants et des adolescents relève prioritairement de la famille. Mais, l'Ecole, en partenariat avec les autres acteurs des bassins de vie, a un rôle important aussi, notamment pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dont on connaît les liens avec la réussite scolaire.

L'article 6 de la loi pour la refondation de l'Ecole de la République inscrit la promotion de la santé dans les missions de l'Ecole, ce qui est un engagement majeur.

Au delà de la référence faite à des « actions » susceptibles d'y contribuer, il serait essentiel que ce concept irrigue pleinement tous les champs de la vie des écoles et des établissements, tant au niveau des élèves que des personnels.

Pour ce faire, l'implication de tous les acteurs de l'école - dont les enseignants - et pas seulement des personnels de santé, est nécessaire. Si leur participation à la réussite scolaire est évidente, leur contribution à l'action éducative ainsi qu'à un climat scolaire favorable à la fois aux apprentissages et au bien-être est tout autant légitime.

Propositions :

- Définition de priorités politiques, spécifiques et inscrites dans le temps répondant aux ambitions affichées dans le socle commun de connaissances et de compétences d'une part, et à la prise en compte des besoins de santé des élèves d'autre part. Elles devront dès lors s'appuyer sur des objectifs clairs et réalistes, à décliner dans les projets académiques.

- Mise en place d'une véritable gouvernance avec un pilotage clair aux différents niveaux : direction inter-ministérielle à l'échelon national,

    - Co-pilotage ARS- Rectorat pour la définition des orientations stratégiques régionales

    - Impulsion d'un travail en réseau pluri-disciplinaire au niveau des territoires.

- Impulsion politique forte pour inscrire dans la formation initiale et continue des cadres (ESENESR) et des personnels enseignants (ESPE) des problématiques telles que la construction d'un climat scolaire bien traitant, la réponse à apporter aux comportements inappropriés des élèves, la prise en compte des troubles des apprentissages, l'accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers et en situation de handicap…

- Organisation synergique impérative des différents professionnels de santé et d'action sociale de l'Ecole, dans le souci du respect de leurs compétences et de l'efficacité de leurs interventions, avec une priorité accordée à l'école élémentaire dans une logique de prévention tout au long de la scolarité.

- Proposition d'un véritable parcours-santé en prévention pour l'élève visant à développer les compétences psycho-sociales, et inscrit dans un continuum éducatif incluant les activités péri-scolaires.

- Association des parents à la vie de l'école (mallette des parents, salle des parents, rencontres éducatives...) voire accompagnement dans leur rôle éducatif de ceux qui en ont besoin (guidance parentale précoce, groupes de parole,...) le tout dans le souci de la cohérence des adultes autour des jeunes.

- Amélioration de la formation en promotion de la santé et en prévention des professionnels de santé exerçant dans le domaine des soins.

Conclusion

En complémentarité avec la loi du 8 juillet 2013, La Stratégie Nationale de Santé en cours d'élaboration pourrait donner une impulsion décisive à une véritable politique de santé à l'Ecole, et par conséquent à une politique en faveur de la jeunesse destinée à valoriser ses compétences et ses ressources, à développer les facteurs de protection, plutôt qu'à lutter contre ses « déviances ».

CONTRIBUTION 14 : La Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé

Présents dans 26 régions de métropole et d'outre-mer, les Ireps sont fortement impliquées dans l'ensemble des programmes de santé. Elles interviennent le plus souvent auprès des élus, responsables, professionnels ou bénévoles qui sont au contact des habitants dans leurs milieux de vie, avec des approches diversifiées par population, par thème ou par milieu : santé des jeunes, santé des personnes placées sous main de justice, maladies chroniques, nutrition santé, santé environnement, santé au travail et santé à l'école…

Les Ireps comptent environ 600 salariés de formations et de métiers divers : médecins, psychologues, sociologues, diététiciens, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs, chargés de communication, documentalistes. Ils sont diplômés en santé publique, sciences humaines et sociales, sciences de l'éducation, éducation pour la santé. Ces salariés sont engagés depuis plusieurs années dans une démarche qualité qui garantit une amélioration continue de leurs procédures de travail.

La diversité des formations et des métiers disponibles dans les Ireps permet d'assurer un large éventail de missions :

Contribuer aux politiques de santé publique : Les Ireps participent dans leur domaine de compétence à la définition, l'accompagnement et l'évaluation des politiques de santé publique. Elles participent aux instances de démocratie participative (conférence régionale de la santé et de l'autonomie, conférences territoriales de santé). Elles inscrivent leurs actions dans le Projet régional de santé conduit par l'Agence régionale de santé (ARS). Leur positionnement entre institutions publiques, professionnels et populations rend les Ireps particulièrement réactives à l'évolution des politiques publiques.

Former : Les Ireps contribuent au développement des compétences en éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient et promotion de la santé. Elles participent à la formation initiale et continue des professionnels de la santé, de l'éducation, du secteur social… Ces formations insistent sur la nécessité de prendre en compte tous les facteurs qui influencent la santé, l'ensemble des politiques publiques (éducation, emploi, logement, transports, loisirs…) mais aussi la participation des populations concernées.

Conseiller et accompagner les acteurs locaux : Les Ireps apportent un soutien méthodologique aux acteurs locaux élus, professionnels, bénévoles pour développer, gérer ou évaluer leurs projets de promotion de la santé, d'éducation pour la santé oo de prévention collective.

Documenter et communiquer : Les Ireps produisent des données contribuant à l'analyse des besoins locaux de santé et au repérage des leviers d'action et des ressources disponibles. Leurs centres de ressources documentaires mettent à disposition des professionnels, des bénévoles, des étudiants et des chercheurs, de la documentation scientifique (ouvrages, revues, rapports) et des

outils d'intervention (vidéos, mallettes pédagogiques, outils d'animation…). Elles relaient les campagnes de communication nationales et locales.

Développer la recherche interventionnelle : De plus en plus, les Ireps développent des partenariats universitaires pour participer à des recherches interventionnelles contribuant à produire des références en promotion de la santé.

Le partenariat est le mode d'action privilégié des Ireps : Leur vocation généraliste, leur présence sur les territoires, l'ouverture aux partenaires de leurs conseils d'administration a donné aux Ireps l'habitude de privilégier le partenariat avec l'ensemble des acteurs de l'éducation pour la santé, de la santé communautaire et de la prévention collective qui se reconnaissent dans les stratégies et les valeurs de la promotion de la santé. Dans la plupart des régions, les Ireps animent les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé, dispositifs de mutualisation de ressources et de services à disposition des porteurs de projets soutenus et financés par l'Inpes.

CONTRIBUTION 15 : La Société Française de Santé Publique

« Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé » Propositions de la Société française de santé publique « Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé ».

La France se situe dans une position défavorable par rapport à la moyenne européenne pour de nombreux facteurs de risque et pour certains états de santé. Cette situation est en grande partie attribuable à l'absence de politique structurée de prévention en France. Pour la première fois, avec la stratégie nationale de santé, la complémentarité entre interventions sur les conditions de vie et de travail, acquisition de compétences personnelles et recours à des pratiques cliniques de prévention est reconnue. L'objectif de ce document est de soutenir la mise en œuvre de cette ambition à travers cinq propositions structurantes. Cette note n'aborde pas les aspects de crise, veille et sécurité sanitaire.

Proposition 1 – Une stratégie de prévention articulant « la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives.

La prévention a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé, ceci en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé. La SFSP propose de définir une stratégie explicite de prévention soutenant conjointement les trois modalités d'action que sont la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé de proximité alliant éducation pour la santé, mobilisation sociale et création d'environnements favorables à la santé et enfin, les pratiques cliniques préventives (ou prévention dite médicalisée). Le service public territorial de santé proposé dans le cadre de la SNS, doit intégrer les acteurs du dispositif de santé publique et contribuer à la coordination entre les trois modalités d'action.

Proposition 2 – Adopter une stratégie explicite de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Il est nécessaire de sensibiliser la population et les décideurs aux déterminants de la santé aujourd'hui mal appréhendés. Il s'agit ensuite de mettre en œuvre des leviers connus comme efficaces dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, leviers par nature intersectoriels. Il s'agit principalement des études d'impact sur la santé et des politiques sociales et éducatives de la petite enfance. La stratégie proposée repose sur 5 axes :

- sensibiliser aux déterminants de la santé, les décideurs, les professionnels et la population ;

- objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants ;

- évaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé des politiques publiques ;

- faire de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dès l'enfance une priorité, à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives ;

- et rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux, dont font partie les soins, la prévention, la protection sociale et les mesures intersectorielles en direction des plus vulnérables.

Proposition 3 – Soutenir la promotion de la santé dans les milieux de vie

La SFSP propose que la promotion de la santé et les activités d'éducation pour la santé, de prévention collective et de santé communautaire qui s'y réfèrent soient reconnues en tant que missions d'intérêt général ou de service public au même titre que le soin, et ce dans toutes les approches populationnelles. Elle propose une reconnaissance du rôle majeur des collectivités territoriales et autres structures locales, notamment associatives, dans ce champ, en lien avec les services déconcentrés de l'Etat (ex : l'éducation nationale et la santé scolaire s'agissant du milieu de vie de l'Ecole et de la promotion de la santé en faveur des élèves).

Cela suppose de définir des modalités d'organisation, d'accompagnement et de financement appropriées et d'inciter les communautés de vie à s'engager dans ces stratégies. Ainsi, 54 axes sont proposés :

- inciter un plus grand nombre de communautés de vie à s'engager dans des stratégies de promotion de la santé ;

- développer les interventions de première ligne visant particulièrement à réduire les inégalités de santé et à combler les besoins de santé de groupes plus vulnérables, du fait de leurs conditions et modes de vie ou de leur situation de handicap ;

- organiser en région des modalités durables d'accompagnement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de promotion de la santé ;

- instituer un financement à la hauteur des enjeux et sécurisé destiné aux activités d'accompagnement et d'intervention en promotion de la santé et prévention collective ;

- agir sur les déterminants environnementaux et liés au travail.

Proposition 4 – Améliorer l'efficacité et l'efficience des pratiques cliniques préventives

Il s'agit de mettre en œuvre un ensemble de mesures permettant d'améliorer l'accessibilité à la prévention et son efficacité tout en en renforçant l'efficience. Ceci passe entre autres par une meilleure organisation territoriale, autour du médecin traitant, et par des mesures d'accompagnement des professionnels et des patients. Cette proposition comporte 6 axes :

- accompagner les professionnels pour améliorer les pratiques cliniques préventives ;

- améliorer l'efficience des pratiques cliniques préventives ;

- rationaliser l'offre en termes de bilans de santé et de consultations de prévention ;

- accompagner la population afin d'améliorer sa capacité de choix ;

- prendre en compte la problématique des inégalités d'accès aux pratiques cliniques préventives ;

- élaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention des événements indésirables associés aux soins [Le détail de cette mesures figure dans une note spécifique] ;

- faire du système de soin un acteur de la promotion de la santé.

Proposition 5 – Définir une nouvelle gouvernance

Il s'agit d'abord de clarifier le pilotage national des politiques de santé et des politiques intersectorielles pouvant avoir un impact sur la santé. Une stratégie explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé doit être portée au niveau du gouvernement. Le rôle des collectivités territoriales – acteurs majeurs d'action sur les déterminants de la santé – doit être renforcé et soutenu. Les contrats locaux de santé doivent être un outil au service de cette ambition. Enfin, quel qu'en soit le niveau, la décision doit être fondée sur les connaissances scientifiques articulées avec l'expérience des acteurs et les aspirations de la population. Il s'agit donc d'une part de soutenir la recherche interventionnelle en santé des populations et d'autre part de mettre en place un processus structuré de transfert des connaissances favorisant les échanges entre chercheurs, acteurs et décideurs. Cette proposition comprend trois axes :

- renforcer la recherche, l'expertise et le transfert de connaissance;

- développer le débat public sur la santé et élargir le champ de la démocratie sanitaire ;

- clarifier le pilotage des politiques intersectorielles et le pilotage concernant le secteur de la santé ;

- donner une place plus importante au niveau local.

Détail de la proposition 4

4.2.4 Faire de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dès l'enfance une priorité, à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives

Agir dès l'enfance en articulant politique de santé et politiques sociales est particulièrement important : les inégalités de santé dans l'enfance sont particulièrement intolérables, non seulement parce qu'elles ont des conséquences immédiates, mais aussi parce qu'elles entraînent des effets néfastes à long terme sur la durée et la qualité de vie des personnes devenues adultes, et ensuite sur

les générations suivantes. Ce sont des actions efficientes au vu du nombre d'années de vie en bonne santé qu'elles peuvent épargner pour un investissement modéré s'il est précoce. De plus, ces inégalités dépendent de facteurs qui échappent à toute responsabilité individuelle et représentent pour cela une injustice sociale supplémentaire.

Quelques grands principes d'action sont à fixer pour orienter la construction de cette stratégie sociale et de santé en faveur de l'enfance. A l'instar des préconisations de l'OCDE ou de l'UNICEF, s'il n'est pas souhaitable de renoncer au principe d'universalisme de l'action publique, quand il s'agit d'assurer des services et des prestations devant bénéficier à tous les enfants, quel que soit leur milieu d'origine, cet universalisme doit pouvoir être proportionné en fonction des besoins différents des enfants et de leurs familles. Certains milieux et certains temps de la vie exigent en effet des interventions renforcées et/ou qualitativement adaptées à leur situation économique, sociale et culturelle, particulière.

Un exemple emblématique en est la politique concernant les **modes d'accueil des enfants** : comme le montrent des expériences étrangères, les modes d'accueil collectif des enfants peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Or, cette préoccupation n'est pas suffisamment prise en compte, l'objectif prioritaire étant de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle. Le résultat en est une approche essentiellement quantitative, profitant d'abord aux catégories sociales plus favorisées. Ainsi, les modes d'accueil du jeune enfant devraient bénéficier davantage aux familles les plus défavorisées, ne serait-ce que parce qu'ils offriraient l'opportunité d'un environnement socialisé propice à l'épanouissement des enfants concernés ou parce qu'ils permettraient de soulager des parents en difficulté sociale et familiale. Afin d'avoir un effet sur la santé des enfants issus de milieux défavorisés, il conviendrait certainement de favoriser leur accueil dans des dispositifs d'accueil collectifs. Cela pourrait être une priorité figurant dans les contrats enfant jeunesse.

Par ailleurs, les modes d'accueil collectif devraient proposer des solutions souples, diversifiées, accordant une importance plus grande aux activités d'éveil et de stimulation des capacités cognitives de certains enfants, tout en restant vigilant quant au stress qui pourrait en découler et aux risques de disqualification parentale. Des activités de développement/renforcement des compétences parentales pourraient être également proposées dans ces lieux d'accueil. Certaines familles pour lesquelles un accueil dans une crèche serait particulièrement bénéfique pour l'enfant, pourraient se le voir proposer dès la grossesse. Le dispositif d'information et d'inscription devrait être facilité en concevant notamment un guichet unique entre les différentes autorités publiques compétentes auxquelles les parents s'adressent.

De la même façon, tout en maintenant une orientation de la PMI ou des **services de santé scolaire** ouverts à l'ensemble des publics concernés, il s'agit de les intensifier et de porter une attention renforcée aux suites données aux actions menées au profit de populations d'enfants issus de milieux défavorisés ou présentant des risques de santé plus élevés : entretien prénatal précoce, visites à domicile, guidance parentale dans le respect de l'autonomie et des compétences des personnes, repérage et prise en charge précoce des troubles sensoriels, de l'apprentissage du langage et psychomoteurs… en passant des conventions avec les organismes d'assurance maladie pour permettre aux familles les plus modestes un recours facilité à des prises en charge dont

certaines sont hors nomenclature (consultations psychologiques, psychomotricité, orthophonie). Autrement dit, il s'agit de développer une prévention « prévenante ». Enfin, l'École a la responsabilité particulière, en liaison avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser leur développement harmonieux. Elle participe également à la promotion de la santé en assurant aux élèves une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par-là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. En matière de santé, le rôle de l'École est ainsi d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté et de la responsabilité, en leur donnant les moyens de décider par eux-mêmes. Rendre opérationnels ces principes nécessite de clarifier les missions de l'école en matière de santé et de construire une politique de promotion de la santé et de pratiques cliniques préventives coordonnée avec les autres acteurs de santé au niveau national, régional et local.