



CONSEIL DE L'ENFANCE  
ET DE L'ADOLESCENCE

**LA TRAVERSEE ADOLESCENTE  
DES ANNEES COLLEGE**

**ANNEXE 1**

**BIEN-ETRE, PEDOPSYCHIATRIE,  
SANTE SCOLAIRE**

**Annexe au rapport adopté par  
le Conseil de l'enfance et de l'adolescence  
le 28 mai 2021**

---

## SOMMAIRE

<b>Annexe 1.1 : Bien-être des enfants et parentalité.....</b>	<b>3</b>
<b>Annexe 1.2 : Les années collèges. Regard pédopsychiatrique.....</b>	<b>12</b>
<b>Annexe 1.3 : La santé scolaire .....</b>	<b>19</b>

## ANNEXE 1.1 : BIEN-ETRE DES ENFANTS ET PARENTALITE<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Présentation de l'audition du Pr Claude Martin, directeur de recherche CNRS, Chaire Cnaf-EHESP Enfance, bien-être, parentalité.

# Bien-être des enfants et parentalité

## Éléments de discussion

Claude Martin, directeur de  
recherche CNRS  
Chaire CNAF-EHESP « Enfance,  
bien-être et parentalité »

### Plan de l'intervention

Revenir rapidement sur deux points :

- Premièrement, évoquer la question du bien-être, de ses déterminants et de sa mesure, mais aussi les débats que suscite cette réflexion sur les conditions du bien-être, de la qualité de vie, de la « vie bonne » ou du bonheur.
- Deuxièmement, évoquer rapidement la mesure et les déterminants du bien-être subjectif des enfants et des adolescents.

# I - Bien-être, qualité de vie, bonheur

Un vaste domaine à la mode

## Le bien-être : un enjeu politique, social et de connaissance

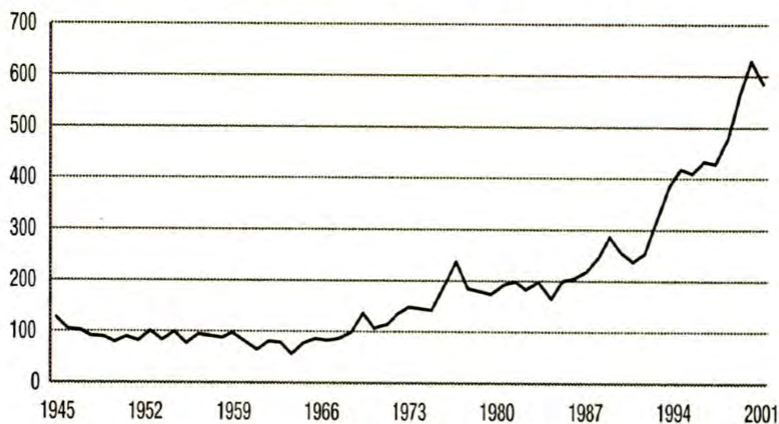
- Une longue tradition depuis les utilitaristes et Welfaristes au 18<sup>ème</sup> siècle
- Premières tentatives de mesure du BE avant la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale
- Progressive distinction entre bien-être objectif (indicateur de santé/morbidité; indicateurs économiques et de niveau de vie) et bien-être subjectif (qualité de vie, satisfaction, bonheur) (années 1960)
- Lien entre bien-être et richesse et ses remises en question (paradoxe d'Easterlin des années 1970)
- De nombreuses définitions adoptées par organisations internationales (OMS, ONU, OCDE)
- Un domaine de recherche en fort développement (économie du bonheur et psychologie positive)

## Les conditions du bonheur de Paul Souriau (1908)

- « L'humanité évolue. **Les conditions de l'existence se modifient, et avec elles les conditions du bonheur.** De nouvelles adaptations s'imposent. **Nous ne pouvons plus être heureux à la façon de nos pères.** Il est donc nécessaire de remanier quelque peu les anciennes théories, qui ne correspondent plus tout à fait à notre mentalité propre et à notre état social actuel. (...) **La morale antique était individualiste. L'homme y était considéré isolément, comme un être indépendant, livré à lui-même, chargé de se procurer par ses propres moyens tout son bonheur. Une conception aussi étroite ne serait plus possible aujourd'hui. Les fait sociaux nous apparaissent dans leur complexité. Nous avons acquis la notion de solidarité humaine.** Une théorie du bonheur, qui ne tiendrait pas compte de ses conditions sociales, ne saurait plus être prise au sérieux »,

La conversion au bonheur (source Remy Pawin, 2013)

### Les publications dédiées au bonheur entre 1945 et 2006



Source : dépôt légal ; unité : nombre de volumes publiés par an dont le titre comprend un ou des termes appartenant au champ sémantique du bonheur.

## Un enjeu politique – sujet à controverses

- Depuis le tournant du siècle, une préoccupation majeure pour les acteurs politiques : « *epidemic of unhappiness* » dans la presse UK (2004-2007)
- David Cameron: « *We have the unhappiest children in the world* » (« Nous avons les enfants les moins heureux du monde ») (2007)
- Une « sémiotique du bonheur » : le bonheur comme problème public (Frawley, 2015)
- Renforce un sentiment d'incertitude voire une crainte du futur qui a pour conséquence une culture de la vulnérabilité
- Paradoxe de cette exigence de bonheur qui conduit les individus à se croire responsables de leur propre bonheur et à vivre mal le fait de n'être jamais à la hauteur des exigences fixées par des « experts en bonheur d'autrui »
- « La question est peut-être moins de savoir pourquoi une société devient soudain moins heureuse, mais pourquoi il devient soudain si central de concevoir les problèmes sociaux dans le langage du bonheur et du malheur » (Frawley)

## Bien-être ou malaise sociétal

- Nouvelles recherches sur qualité et degré d'intégration des sociétés (Aschauer, 2016 ; *Successful societies*, Hall & Lamont, 2009)
- La richesse matérielle, l'offre de soins, ne suffisent pas à elles seules pour expliquer les écarts de niveaux de santé
- Réflexions sur les indicateurs de bien-être sociétal (incluant intégration sociale, reconnaissance sociale, sentiment d'appartenance sociale, confiance, sentiment de justice, etc.)
- Importance de la composante psychosociale (stress, émotions négatives, *feeling of pressure*, etc.)
- Moyen de réfléchir aux effets de la crise financière sur l'intégration européenne ou le sentiment de malaise européen (ressentiment, votes de protestation, Euroscepticisme, retour des nationalismes)
- Sans parler de la crise sanitaire et de ses effets en termes de perte de confiance dans les institutions et les décisions publiques





## II - Le bien-être des enfants : quel est le problème?

### Le bien-être des enfants / adolescents

- La position problématique de la France dans les comparaisons internationales sur le bien-être des enfants :
  - Enquête HBSC '*Health behaviour in school-aged children*' OMS
  - PISA, OCDE
  - enquêtes INNOCENTI, UNICEF
  - Regroupement de ces indicateurs par deux collègues britanniques, Jonathan Bradshaw et Dominic Richardson : *An index of child well-being in Europe* (dès 2009)
  - Un décalage entre niveau d'investissement public (investissement social) et niveau de bien-être déclaré des enfants et des jeunes



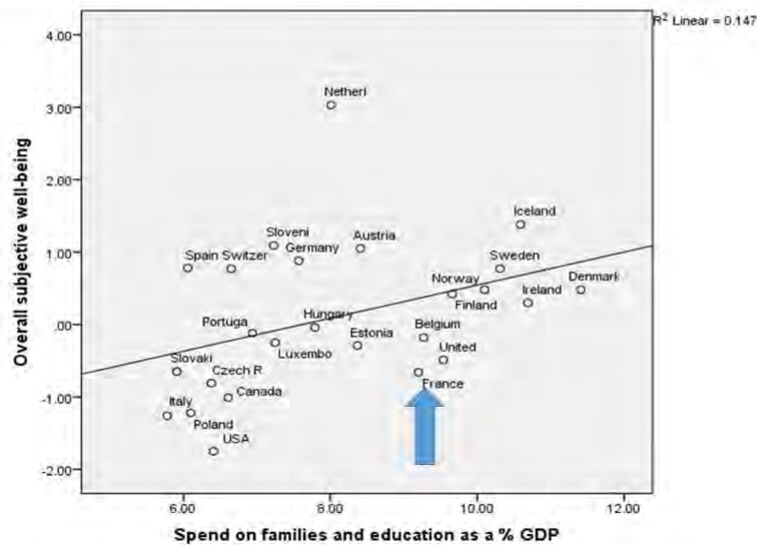
## 2007 rapport UNICEF bien-être des enfants

Dimensions of child well-being	Average ranking position (for all 6 dimensions)	Dimension 1 Material well-being	Dimension 2 Health and safety	Dimension 3 Educational well-being	Dimension 4 Family and peer relationships	Dimension 5 Behaviours and risks	Dimension 6 Subjective well-being
Netherlands	4.2	10	2	6	3	3	1
Sweden	5.0	1	1	5	15	1	7
Denmark	7.2	4	4	8	9	6	12
Finland	7.5	3	3	4	17	7	11
Spain	8.0	12	6	15	8	5	2
Switzerland	8.3	5	9	14	4	12	6
Norway	8.7	2	8	11	10	13	8
Italy	10.0	14	5	20	1	10	10
Ireland	10.2	19	7	7	7	4	5
Belgium	10.7	7	16	1	5	19	16
Germany	11.2	13	11	10	13	11	9
Canada	11.8	6	13	2	18	17	15
Greece	11.8	15	18	16	11	8	3
Poland	12.3	21	15	3	14	2	19
Czech Republic	12.5	11	10	9	19	9	17
France	13.0	9	7	18	12	14	18
Portugal	13.7	16	14	21	2	15	14
Austria	13.8	8	20	19	16	16	4
Hungary	14.5	20	17	13	6	18	13
United States	18.0	17	21	12	20	20	-
United Kingdom	18.2	18	12	17	21	21	20

## 2013 UNICEF Rapport bien-être des enfants

	Material Situation	Health	Education	Behaviour	Housing and environment	Child well-being Index
Netherlands	1	5	1	1	4	2.4
Norway	3	7	6	4	3	4.6
Iceland	4	1	10	3	7	5.0
Finland	2	3	4	12	6	5.4
Sweden	5	2	11	5	8	6.2
Germany	11	12	3	6	13	9.0
Luxembourg	6	4	22	9	5	9.2
Switzerland	9	11	16	11	1	9.6
Belgium	13	13	2	14	14	11.2
Ireland	17	15	17	7	2	11.6
Denmark	12	23	7	2	15	11.8
Slovenia	8	6	5	21	20	12.0
France	10	10	15	13	16	12.8
Czech Republic	16	8	12	22	18	15.2
Portugal	21	14	18	8	17	15.6
United Kingdom	14	16	24	15	10	15.8
Canada	15	27	14	16	11	16.6
Austria	7	26	23	17	12	17.0
Spain	24	9	26	20	9	17.6
Hungary	18	20	8	24	22	18.4
Poland	22	18	9	19	26	18.8
Italy	23	17	25	10	21	19.2
Estonia	19	22	13	26	24	20.8
Slovakia	25	21	21	18	19	20.8
Greece	20	19	28	25	25	23.4
USA	26	25	27	23	23	24.8
Lithuania	27	24	19	29	27	25.2
Latvia	28	28	20	28	28	26.4
Romania	29	29	29	27	29	28.6

Dépenses en matières de famille (prestations et services) et en matière d'éducation en % PIB et niveau du bien-être subjectif



## La communication parents-adolescents

- La communication parents-enfants, pourquoi est-ce si compliqué dans le cas français ?
- Moindre communication, mais pourquoi?
  - Une moindre disponibilité des parents ?
  - Un investissement parental plus faible qu'ailleurs ?
  - Volonté des jeunes français de s'émanciper du point de vue des parents ?
  - Une moindre attention des parents à certains sujets ?
- Lien entre investissement parental et performance à l'école
- Adéquation entre attentes parentales et celles des jeunes sur le futur de ces jeunes
- Souffrance psychique des enfants et des adolescents

## Une composante culturelle de l'investissement parental: *concerted cultivation*

- Annette Lareau, *Unequal childhoods* (2011)
- Le suivi parental des enfants et le lien entre investissement parental et performance à l'école encore accentués par fin de l'ascenseur social
- La valorisation par l'école de certains traits ou répertoires culturels (caractéristiques des classes moyennes et supérieures)
- L'école, le collège, le lycée attendent des parents un investissement fort
- Adéquation entre attentes parentales et celles des jeunes sur le futur de ces jeunes (objet de discussions et de négociations)

## **ANNEXE 1.2 : LES ANNEES COLLEGES. REGARD PEDOPSYCHIATRIQUE<sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup> Présentation de l'audition du docteur Jean Chambry, pédopsychiatre, chef de pôle GHU Psychiatrie Neurosciences Paris, président de la société française de pédopsychiatrie et de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA).



---

## Les années collèges Regard pédopsychiatrique

---

- Dr Jean Chambry
- Pédopsychiatre
- Chef de Pole GHU Psychiatrie Neurosciences Paris
- Président de la SFPEADA
- Copilote du groupe pédopsychiatrie: Commission Nationale de la psychaitrie

## Les années Collèges

- Tranche d'âge: 11- 15ans
- Véritable scotome
- Peu de travaux spécifiques sur cette tranche d'âge
- Une clinique psychopathologique à développer
- Manque de données épidémiologiques spécifiques





## Pédopsychiatrie

- Une discipline médicale spécifique qui croise des données sociologiques, psychologiques, pédiatriques, psychiatriques
- Importance du regard pluridisciplinaire: pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, ...
- Multiples théories du développement (neurodéveloppementale, cognitivo-comportementale, psychanalytique, attachementiste, systémique)
- Notion de développement et de plasticité cérébrale

## Objets de la pédopsychiatrie

- Difficultés de développement
- Troubles neurodéveloppementaux
- Troubles du comportement : trouble oppositionnel, trouble des conduites
- Troubles anxieux, troubles dépressifs

## Spécificités 11-15 ans

- Se confronter au processus pubertaire: Eruption du corps
  - Sollicitation de l'estime de soi, deuil de l'enfance
  - Mobilisation des représentations identitaires, confrontation à l'idéal
  - Enjeux motivationnels
  - Sollicitation du plaisir à penser
  - Au risque des sensations
  - Mobilisation de l'entourage familial
- 
- Dans la suite du développement de l'enfance: se méfier de la notion de crise
  - Difficultés majorées pour les enfants à besoins spécifiques
  - Impossibilité de penser
  - Majoration des troubles anxieux, risque d'effondrement dépressif
  - Recours aux conduites addictives
  - Politique du pire
- 
- Des diagnostics entre l'enfance et l'âge adulte
  - Intérêt et limite du diagnostic à cet âge
  - Risque du diagnostic identitaire





## Des outils spécifiques de prise en charge

- Intérêt de l'hospitalisation
- Intérêt de l'aller- vers : équipe mobile
- Destigmatisation de la souffrance mentale
- Lutter contre la banalisation de la souffrance mentale

## Souffrance scolaire

- Décrochage scolaire: nécessité d'une approche diagnostique
- Trouble des apprentissages: motivation, trouble spécifique des apprentissage, trouble de l'estime de soi
- Difficultés de socialisation, anxiété de séparation
- Situation de harcèlements
- Peur de la pensée, phobie identitaire
- Attention au concept fourre tout

## Quelles réponses possibles?

- Niveau gradué de réponses
- Articulation des dispositifs sur un territoire adapté
- Utilité de la maison de l'adolescent
- Possibilité d'orientation d'aval

## Malaise en pédopsychiatrie

- Approche systémique de la souffrance mentale
- CMP, CMPP: entonnoir des réponses
- Absences de coordinations du niveau, manque de moyens: médecine générale, médecine scolaire, services de protection de l'enfance
- Manque d'accompagnement intensif de la parentalité
- Accès difficiles à une prise en charge psychologique
- Pas de pédopsychiatrie libérale

## Développer des connaissances socles

- Partager des connaissances communes pour les différents professionnels de l'adolescence
- Evaluation pertinente au bon moment
- Repérage précoce et orientation

## Mieux orienter

- **Un guichet unique ou numéro d'appel national paraît peu adapté (du fait de l'hétérogénéité des ressources et des organisations). Il faut organiser territorialement les réponses : Territoire pertinent : le PTSM. Amélioration des parcours par une régulation téléphonique territoriale adaptée (car nécessité d'une connaissance des ressources sur le territoire). Les bonnes personnes aux bons endroits**

## Des réponses rapides

- **Développer des dispositifs de réponses rapides (72h) en pédopsychiatrie : évaluation, orientation, prise en charge à court terme, répartis de façon équitable sur l'ensemble du territoire, véritable alternative à l'hospitalisation (réponses en amont des urgences)**

## Développer des dispositifs d'urgence

- **Mise en place sur un territoire adapté de véritables réponses pédopsychiatriques urgentes : moyens spécifiques (postes de psychologues, d'IDE, de pédopsychiatres) avec une formation adaptée (expériences de la clinique de l'urgence) rattachés aux services de pédopsychiatrie, intégrée aux équipes pédiatriques.**

## Renforcer l'aval

- Augmenter le nombre de lits d'hospitalisation spécifiques pour les mineurs à la fois en médecine d'adolescent et en pédopsychiatrie
- Modifier le fonctionnement des CMP ( cahier des charges): dégager deux missions:
  - **Accueil, Primo-évaluation diagnostique, orientation et de soins de courte durée**
  - **Diagnostic approfondi et soins pour troubles complexes**

## ANNEXE 1.3 : LA SANTE SCOLAIRE<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Note, par Emmanuelle Godeau, médecin de santé publique, enseignante chercheuse à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), responsable de la formation des médecins de l'éducation nationale.

La nécessité de faire bénéficier les enfants et les adolescents de services de santé scolaire au bénéfice de leur santé, leur bien-être et leur vécu à l'école n'est ni nouvelle ni propre à la France.

Après avoir présenté le contexte général dans lequel, du moins en Europe, cette mission de santé scolaire s'inscrit et après avoir rappelé les textes fondateurs de la mission de promotion de la santé à l'école dans notre pays, nous reviendrons sur les métiers qui y contribuent directement, leurs grandes missions et contextes de formation, et terminerons par une présentation des dispositifs existant dont l'objectif affiché est directement celui de la santé des élèves. Une partie contradictoire reviendra, au-delà des textes, sur divers freins constatés à la mise en œuvre de cette politique affichée, illustrée par des exemples. Nous terminerons ce focus sur la santé scolaire par des propositions concrètes de leviers d'actions.

## A. LE CONTEXTE

En 2014, le bureau Europe de l'OMS a publié une synthèse<sup>4</sup> visant à définir les standards applicables aux services de santé scolaire et les compétences minimales requises pour les professionnels qui y exercent, à partir du grand constat désormais largement partagé selon lequel santé et éducation sont intrinsèquement liées, en ce sens qu'une bonne éducation favorise une meilleure santé tout autant qu'une bonne santé est une condition préalable à la réalisation des apprentissages optimums. Globalement, il est recommandé que les services de santé scolaire combinent des approches individuelles, populationnelles et contextuelles. Ils pourront ainsi contribuer à optimiser l'assiduité, la concentration et les progrès de chaque élève en traitant les problèmes médicaux susceptibles d'entraver les apprentissages et en favorisant un environnement scolaire sain (perspective salutogénésique). Les services de santé scolaire doivent être également en mesure d'utiliser les liens existant entre les écoles et les communautés pour accroître l'efficacité des interventions visant à améliorer le développement de l'enfant et à agir sur les déterminants sociaux de la santé afin de réduire les inégalités de santé. On mesure ici combien les services de santé scolaire pourraient avoir une influence considérable sur les chances des jeunes dans la vie, et tout particulièrement pour ceux qui sont le plus défavorisés en termes de recours sanitaire.

En accord avec ces recommandations, les constats opérés dans les différents pays étudiés dans la littérature mobilisée ici<sup>5</sup> sont proches en termes de missions systématiques (dépistages et bilan de santé) et d'actions collectives dans le registre de la promotion de la santé. Par contre on constate des différences autour de l'articulation des personnels et de leurs missions, de la gouvernance et des moyens alloués, qui pour être tous jugés insuffisants, n'en sont pas moins plutôt disparates,

<sup>4</sup> [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf).

<sup>5</sup> Cf. Michaud P.A., Vervoort J.P.M., Visser A., Baltag V., Reijneveld S.A., Kocken P.L., Jansen D., 2021, Organization and activities of school health services among EU countries. *Eur J Public Health*. 2021 Feb 14:ckaa200. doi: 10.1093/eurpub/ckaa200 Epub ahead of print. PMID: 33582798, pour une enquête récente dans les pays de l'UE pour le compte de l'OMS ; mais aussi Jeanneret, O. (2003). Santé à l'école ou Écoles en santé ? [1]. *Santé Publique*, 2(2), 167-180. <https://doi.org/10.3917/spub.032.0167> pour une comparaison franco-suisse ; la « Note sur La médecine scolaire et la santé à l'école » comparant les organisations en Belgique, au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède réalisée pour le Sénat en décembre 2011 ou par exemple pour une présentation récente de l'organisation de la santé scolaire en Suisse l'article de Susanne Stronski cf. <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/sante-et-prevention-chez-les-adolescents-collaboration-entre-pediatres-et-medecins-de-ladolescence-medecins-scolaires-et-ecole/>.



quand on arrive à les chiffrer<sup>6</sup>. Enfin quelques points de vigilance émergent, concernant la pertinence des bilans systématiques de routine, la validité des actions de prévention mises en place et la nécessité de s'adapter aux nouveaux risques sanitaires (surexpositions aux écrans et aux réseaux sociaux et leur impact sur la santé mentale en particulier).

Si donc la France ne dépare globalement pas dans ce paysage européen, quelques spécificités nationales méritent d'être soulignées, notamment présence des infirmier.e.s et des assistant.e.s de service social dans les établissements publics, mais pas dans le privé, médecins avec un exercice unique en milieu scolaire, existence de conseillers principaux d'éducation qui sont une spécificité de notre pays, mais n'exercent que dans les établissements publics du secondaire relevant de l'éducation nationale.

L'histoire de la santé scolaire de notre pays est assez complexe<sup>7</sup> et émaillée de nombreux textes de loi qui en ont périodiquement redéfini les contours, les acteurs, leurs missions et leurs articulations. Sans entrer dans le détail retenons ici que globalement au fil du temps les missions se sont accumulées rendant leur appréhension et leur priorisation difficiles, parfois y compris par les acteurs concernés. La loi d'Orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République de 2013 assigne à la santé scolaire le double objectif de favoriser la réussite scolaire de tous les élèves et de contribuer à la lutte contre les inégalités de santé. Dans son article 6, cette loi stipule que les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale et précise qu'elles sont en priorité assurées par les médecins et personnels infirmiers de l'éducation nationale, ce que rappelle la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Dernière en date, la Loi pour une école de la confiance (26 juillet 2019) a rajouté pour les professionnels de santé de l'éducation nationale la nécessité de s'articuler avec les professionnels de la PMI en charge des visites de 3-4 ans du fait de l'obligation scolaire à partir de 3 ans.

## B. LA MISSION DE PROMOTION DE LA SANTE A L'ECOLE

Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école est défini par l'article L. 541-4-1 du code de l'Éducation, que nous citons ici dans sa dernière version modifiée par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

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** ;
- 2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de **programmes d'éducation à la santé** destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;
- 3° La participation à la **politique de prévention sanitaire** mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;

<sup>6</sup> Cf. van der Pol S., Postma M.J., Jansen DEMC, 2020, School health in Europe: a review of workforce expenditure across five countries. *BMC Health Serv Res.* 2020 Mar 12 ;20(1):206. doi: 10.1186/s12913-020-05077-w. PMID: 32164689 ; PMCID: PMC7068946.

<sup>7</sup> Pour une synthèse de cet historique, on peut se référer par exemple à l'annexe 2 du dernier rapport de la Cour des comptes sur le sujet <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire-annexes.pdf>.

3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;

4° La réalisation des **examens médicaux et des bilans de santé** définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de **scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers** ;

5° La **détection précoce des problèmes de santé physique ou psychique** ou des carences de soin, pouvant entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le **suivi individualisé** des élèves ;

7° La participation à la **veille épidémiologique** par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité **des personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale**, travaillant ensemble de manière coordonnée.

Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médicoéducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.

Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à **rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé** sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

On mesure donc à travers ce texte de loi l'ampleur et l'ambition du champ dévolu à la promotion de la santé à l'école et à ses personnels, et il semble difficile de ne pas souscrire aux grands objectifs assignés concernant la santé au sens large des enfants et des adolescents de notre pays. Voyons maintenant plus en détails les métiers et dispositifs qui sont la condition de la mise en œuvre de cette ambitieuse politique.

### C. LES METIERS

Sur son site, le ministère de l'Éducation présente les différents métiers qui interviennent en son sein, leurs missions, les modes d'accès aux postes, les carrières, les textes de référence, etc.<sup>8</sup>. Nous transcrivons ici les métiers pour lesquels les missions de promotion de la santé et du bien-être des élèves sont centrales (même s'il est évident que tous les personnels de l'école y contribuent, comme tous les textes le rappellent désormais, dans le cadre d'une approche systémique de la santé des élèves, tenant compte de l'ensemble de ses déterminants).

- Les **infirmier.e.s** de l'éducation nationale ont pour tâche de participer aux actions de prévention et d'éducation à la santé auprès des élèves et des étudiants. Ils assurent un accompagnement et un suivi personnalisé des élèves tout au long de leur scolarité. Ils exercent sous l'autorité du chef d'établissement qui est leur supérieur hiérarchique cf. <https://www.education.gouv.fr/etre-infirmiere-de-l-education-nationale-1715>.

<sup>8</sup> <https://www.education.gouv.fr/metiers-de-la-sante-et-du-social-99941> et <https://www.education.gouv.fr/metiers-de-l-enseignement-et-de-l-education-89624>.



- Les **médecins** de l'éducation nationale contribuent à la réussite des élèves et participent à l'accueil et l'accompagnement de chaque élève en fonction de ses besoins spécifiques liés notamment à sa santé physique ou psychique, en apportant leur expertise diagnostique le plus précocement possible. Leur participation à la politique de santé publique dans une démarche de promotion de la santé leur permet d'identifier les besoins et les demandes des publics concernés pour construire et évaluer des actions en milieu scolaire avec l'ensemble de la communauté éducative. Les médecins de l'éducation nationale exercent sous l'autorité du Dasen, et sous l'autorité fonctionnelle de médecins conseillers départementaux. Ils sont soumis au secret médical, comme tous les médecins cf. <https://www.education.gouv.fr/etre-medecin-de-l-education-nationale-7028>.
- Les **assistant.e.s de service social** mettent en œuvre des actions visant à aider les agents, les personnes et les familles connaissant des difficultés sociales ou socioprofessionnelles, en recherchant les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social et en menant toutes les actions susceptibles de prévenir et remédier à ces difficultés. Ces actions prennent la forme d'un accompagnement individuel ou d'interventions collectives. La compétence de l'assistant.e de service social concerne tous les élèves scolarisés y compris ceux du premier degré ; toutefois le niveau collège reste le nœud crucial de l'exercice de leurs compétences, tant cette tranche d'âge est déterminante de l'évolution d'un individu dans tous les domaines de sa vie. Les assistant.e.s de service social ne sont pas rattachés hiérarchiquement au chef d'établissement. Cette spécificité vise à répondre à l'injonction légale d'organiser le service à l'enfance dans « *l'intérêt principal de l'enfant* ». Dès lors, on comprend que cette profession réglementée et rigoureusement soumise au secret professionnel absolu – en sus de l'obligation de réserve et du devoir de discrétion – doive être rattachée à une hiérarchie tierce (Dasen, *via* l'autorité formelle du conseiller technique départemental). cf. <https://www.education.gouv.fr/etre-assistante-de-service-social-11651>.
- Les **psychologues** de l'Éducation nationale, qu'ils soient issus de la spécialité « éducation, développement et apprentissages » pour exercer à l'école en Rased ou de la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » pour travailler en CIO, en collège ou en lycée, contribuent au parcours de réussite des élèves. Ils exercent auprès d'écoliers, de collégiens, de lycéens ou d'étudiants en fonction de leur spécialité (Edda ou Edco). cf. <https://www.education.gouv.fr/etre-psychologue-de-l-education-nationale-psyen-11831>.
- Les **conseillers principaux d'éducation** (CPE) exercent dans le second degré, en collège ou en lycée, uniquement dans le secteur public. Ils sont chargés du bon déroulement de la vie scolaire et contribuent à placer les élèves dans les meilleures conditions d'apprentissage. Ils ne sont pas rattachés aux personnels de la santé et du social, ils participent aux activités éducatives mais sans enseigner, ils exercent leurs fonctions sous la responsabilité du chef d'établissement. Ils demeurent toutefois les interlocuteurs privilégiés des personnels santé sociaux concernant le bien-être des élèves et leur vécu scolaire, notamment pour les élèves en souffrance ou en délicatesse avec le système scolaire. cf. <https://www.education.gouv.fr/conseiller-principal-d-education-11459>.

#### D. LES FORMATIONS POST-CONCOURS

Au-delà du fait que pour les cinq métiers considérés, la réussite au concours ouvre droit au recrutement dans la fonction publique après une année de stage, les exigences en termes de formation sont assez disparates.

Le corps infirmier et celui des assistants de services social ne bénéficient pas d'une formation statutaire, mais relèvent de dispositifs d'adaptation à l'emploi organisés au niveau académique (et pour une petite part mutualisés).

Les médecins bénéficient d'une formation obligatoire nationale organisée par l'école des hautes études en Santé publique (EHESP) et l'institut de l'éducation et de la formation (IH2EF) d'une durée de huit à seize semaines selon leur parcours antérieur, combinée à un exercice tutoré et évalué sur le terrain.

Désormais les Psy-EN bénéficient d'une année de professionnalisation dans l'un des sept centres de France, en articulation avec les INSPE. Ils bénéficient de quelques temps de formation communs avec les CPE.

Les CPE sont nommés conseiller principal d'éducation stagiaire et affectés dans une académie où ils effectuent un stage d'un an dans un établissement. Pendant ce stage, ils bénéficient d'un accompagnement et de périodes de formation organisées au cours de l'année scolaire, en INSPE.

## E. LES DISPOSITIFS AUTOUR DE LA SANTE

En matière de santé scolaire, les rectrices et recteurs, avec l'aide de leurs conseillers santé-sociaux notamment (médecins, infirmier.e.s et assistant.e.s de service social) définissent une politique et des priorités de santé adaptant la politique nationale aux spécificités de leurs académies, et qui sont revues annuellement dans le cadre du dialogue de gestion avec l'administration centrale. Il existe par ailleurs des dispositifs et outils qui contribuent à faire vivre ces orientations sur le terrain.

### 1. Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est une instance de pilotage des établissements scolaires du second degré. C'est une 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 et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Le CESC organise également le partenariat en fonction des problématiques éducatives à traiter localement. Ainsi le CESC permet de donner cohérence et lisibilité à la politique éducative de l'établissement, sur la base des diagnostics de territoires et grâce à une construction des partenariats nécessaires dans une démarche globale et fédératrice.

Le CESC est présidé par le chef d'établissement. Il peut être composé des membres suivants : représentants des personnels enseignants, des parents d'élèves et des élèves désignés par le chef d'établissement sur proposition des membres du conseil d'administration, personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement, représentants de la commune et de la collectivité de rattachement (département ou région), représentants des partenaires institutionnels (police, gendarmerie, service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et associatifs) et représentants de la réserve citoyenne de l'éducation nationale. Les CESC est notamment chargé de définir le programme annuel de l'établissement dans les domaines suivants : éducation à la santé, éducation à la sexualité, prévention des comportements à risques (en particulier conduites addictives).

Il existe aussi des CESC interdegres, des CESC départementaux (CDESC) et académiques (CAESC) pour aider au déploiement des politiques jusqu'au niveau local et à la coordination des

actions sur le territoire (avec une vigilance sur les inégalités territoriales). On notera que les CESC sont plus ou moins actifs selon les établissements.

## 2. Les parcours éducatifs de santé (PES)

De la maternelle au lycée, le parcours éducatif de santé<sup>9</sup> structure la prévention et regroupe les dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence au socle commun et aux programmes scolaires. Il est donc structuré autour de trois axes complémentaires, dans lesquels les professionnels de l'éducation nationale sont plus ou plus moins impliqués selon leur métier, en partenariat :

- ***l'éducation à la santé***, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, afin d'accompagner chaque élève dans la mise en œuvre de choix responsables en matière de santé, les enseignants ont ici un rôle important à jouer ;
- ***la prévention***, ensemble des actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, mais aussi protection de l'enfance par exemple) qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé ;
- ***la protection***, qui intègre des démarches visant à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être de tous les membres de la communauté éducative, et des ressources disponibles pour les élèves et leurs familles en matière de santé comme les visites médicales et de dépistage, etc. C'est le volet le plus « sanitaire » du parcours éducatif de santé et celui dans lequel les personnels de santé ont un rôle spécifique à jouer.

On notera qu'en matière de protection, la protection de l'enfance en danger ou en risque de l'être, n'échappe pas aux devoirs de l'éducation nationale. Les assistants de service social sont les interlocuteurs naturels de la collectivité territoriale (conseil départemental) en charge de cette compétence. La loi sur la protection de l'enfance (qui s'applique à tous et à toutes les institutions, éducatives ou pas), spécifie toutefois clairement que la prévention doit faire partie de la protection.

Le parcours éducatif de santé prépare les élèves à prendre soin d'eux-mêmes et des autres, à devenir des citoyens responsables en matière de santé individuelle et collective. L'égalité entre les filles et les garçons en est un enjeu transversal majeur. L'ensemble des personnels y contribuent, en lien avec les familles. La coordination du parcours éducatif de santé se fait, dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, au sein du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) qui s'assure de la prise en compte des besoins des élèves et des caractéristiques territoriales, définit les actions et met en œuvre les partenariats. Notamment dans le contexte actuel de répartition des compétences entre les collectivités territoriales, l'État et les associations, et la prise en compte de tous les élèves.

<sup>9</sup> Cf. [https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE1621031C.htm?cid\\_bo=105518](https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE1621031C.htm?cid_bo=105518).

### 3. Les écoles promotrices de santé

La démarche « École promotrice de santé » s'adosse à la définition de santé globale de la santé de l'OMS et s'inscrit plus globalement dans le concept « *One Health*, une seule santé humaine, animale et environnementale » introduit à partir des années 2000 par l'organisation des Nations unies (ONU).

Dans une démarche positive et dynamique, l'École promotrice de santé a pour enjeu de valoriser les actions et projets déjà mis en œuvre dans le cadre du parcours éducatif de santé en les fédérant dans le projet d'école ou d'établissement. Dès le plus jeune âge des élèves, les écoles, les collèges et les lycées inscrivent la démarche dans un *continuum* éducatif qui articule les projets de prévention et les activités pédagogiques. Cette approche globale positive et intégrée est mise au service du développement d'une culture commune autour de la promotion de la santé. Elle vise à fédérer et donner du sens et de la visibilité, individuellement et collectivement. Elle permet de coordonner ce qui rassemble autour de la santé et du bien-être de tous dans un établissement d'enseignement scolaire, un *vademecum*<sup>10</sup> est désormais mis à disposition des établissements qui voudraient entrer dans cette dynamique en s'adossant à leur CESC. L'obtention du label « EduSanté » offre plus encore de visibilité et permet d'identifier les membres actifs du réseau.

#### F. EN PRATIQUE AU COLLEGE, QUI FAIT QUOI POUR LA SANTE DES ADOLESCENTS ?

- Les **infirmier.e.s** voient tous les élèves lors de leur 12<sup>e</sup> année (en sixième donc) pour une visite systématique de dépistage infirmier ; reçoivent individuellement et confidentiellement les élèves à la demande dans l'infirmerie du collège pour les écouter, les aider et les soutenir en tant que de besoin ; leur délivrer des consultations de prévention (addictions, sexualité, nutrition, bien-être...) ; et prendre en charge les premiers soins d'urgence. Si besoin ces professionnels peuvent délivrer une contraception d'urgence, renouveler une ordonnance de pilule contraceptive de moins d'un an ou prescrire des substituts nicotiniques pour des sevrages tabagiques. Les infirmier.e.s assurent le suivi des élèves présentant des problèmes de santé chroniques ou en situation de handicap. Enfin ces professionnels mettent en place des actions collectives de prévention et de promotion de la santé.
- Les **médecins** n'ont pas de visite systématique organisée au collège et ils n'y sont pas présents en permanence, au regard de la taille de leurs secteurs. À tout moment de la scolarité, ils peuvent voir en consultation les élèves à besoins particuliers (troubles de la santé évoluant sur une longue période ; situation de handicap ; troubles des apprentissages), pour établir pour eux et avec leurs parents voire les praticiens qui les suivent, divers documents en lien avec leurs besoins (PAI, PAP, aménagements pour le DNB). De même devant des situations préoccupantes ils peuvent effectuer des examens à la demande ; notamment dans le cadre de la protection de l'enfance (signalements à l'autorité compétente, c'est-à-dire le conseil départemental, sous la forme d'un « rapport d'information préoccupante » voire signalement au Procureur). Les médecins ont aussi une approche collective la santé au collège, en participant à la surveillance de l'environnement (pollution, bruit, hygiène, ergonomie...) et en contribuant à l'éducation et la promotion de la santé s'ils en ont la possibilité et le temps. Enfin, ils gèrent les situations d'urgence, notamment en cas de survenue d'évènement grave (décès, accident, attentat...) mais aussi de certaines maladies transmissibles (méningites, toxi-infections alimentaires collectives, gale...).

<sup>10</sup> <file:///C:/Users/Egodeau/AppData/Local/Temp/vm-ecole-promotrice-sante-web-1240087-pdf-1689.pdf>.

- Les **assistant.e.s de service social**, sont pour les élèves les plus en difficulté des interlocuteurs privilégiés qui vont pouvoir leur offrir un statut de « sujet social » à part entière. Dans le bureau de l'assistant.e de service social, l'adolescent ou le préadolescent n'est pas seulement le fils de... ou l'élève de telle ou telle classe. Quel que soit le sujet qu'il confie à l'assistant.e de service social, l'élève bénéficie dès lors du respect de la confidentialité. Les assistant.e.s de service social sont les acteurs naturels de la mise en place de la protection de l'enfance, notamment en organisant des séances collectives de prévention auprès des classes mais aussi auprès des personnels, et en participant voire en initiant certaines des actions du CESC. Ils ont un rôle déterminant dans la gestion du harcèlement entre élèves. Enfin, ils sont également impliqués dans le parcours d'orientation, notamment pour les enfants à besoins éducatifs particuliers. Ils sont aussi l'interface entre des travailleurs sociaux intervenant parfois auprès de la famille (éducateurs spécialisés des services de justice par exemple) et l'école, quand il s'agit de traiter de sujets confidentiels. Idéalement les assistant.e.s de service social peuvent participer à la mission de santé (une seule santé) en préconisant, organisant des actions collectives de prévention ; ou encore en apportant leur expertise sociale aux actions mises en place. Plus prosaïquement, ils sont souvent les acteurs de la lutte contre la précarité qui on le sait, creuse l'inégalité des chances en termes de santé et d'apprentissages.
- Les **psychologues** de la spécialité « éducation, développement et conseil en orientation scolaire et professionnelle » veillent à ce que chaque élève trouve sa place au sein du collège et de sa classe. Ils s'assurent également qu'aucun problème relationnel, familial, social, médical ou encore psychologique ne perturbe le bon déroulement de la scolarité. En d'autres termes, les PsyEN prêtent aussi bien attention aux résultats scolaires qu'au bien-être des élèves. Ils accompagnent les collégiens dans la construction de leur projet d'orientation. Ils sont également là pour favoriser les échanges entre professionnels autour du bien-être de l'adolescent, tout particulièrement pour ce qui concerne les élèves en difficulté (absentéisme, démotivation, handicap, mal-être...). Ils reçoivent individuellement sur rendez-vous, au collège ou au CIO. Ils interviennent en partenariat dans la mise en place et l'animation de cellule de crise ou de groupes de parole lors de la survenue d'évènement graves potentiellement traumatiques en milieu scolaire.
- Les **conseillers principaux d'éducation (CPE)** au collège sont de véritables animateurs de la vie collective de l'établissement. Ils secondent le/la principal.e, avec des responsabilités d'ordre administratif et pédagogique et des tâches variées : organiser l'élection des délégués de classe, gérer l'emploi du temps des assistant.e.s d'éducation qu'ils encadrent, participer aux conseils de classe, s'entretenir avec l'assistant.e de service social ou un professeur lors d'un problème rencontré par un collégien, rédiger un rapport disciplinaire, etc. Ils sont à l'écoute des difficultés scolaires et personnelles des élèves, s'efforcent de les conseiller, et ne sauraient être cantonnés à un rôle de sanction un peu caricatural. Travaillant en étroite collaboration avec les professeurs, ils font le lien entre l'établissement scolaire et les familles, mais aussi avec les personnels santé sociaux. Ils ont un rôle central dans le développement d'un climat scolaire favorable.

## G. DES FREINS DIVERS A LA MISE EN ŒUVRE DES TEXTES

Au-delà des textes définissant des objectifs ambitieux à la santé scolaire et à la mission de promotion de la santé à l'école que nous avons vus, divers décrets et circulaires d'application peuvent venir



brouiller les pistes et notamment complexifier les exercices professionnels en partenariat. C'est particulièrement le cas entre les médecins et les personnels infirmiers<sup>11</sup>.

Ainsi, les rapports et expertises concernant la santé scolaire se sont multipliés ces dix dernières années<sup>12</sup>, témoignant d'une double préoccupation : celle de la santé des jeunes et de leur bien être à l'école bien évidemment mais aussi celle des conditions de leur développement et leur prise en compte au sein de l'éducation nationale, notamment par des acteurs spécialisés.

Plusieurs thématiques sont récurrentes :

- défaut d'attractivité des professions de santé dans l'éducation nationale (notamment pour les médecins) ;
- manque de collaboration entre ces professionnels (notamment entre médecins et personnels infirmiers) ;
- empilement de missions sans réelle priorisation ;
- populations de référence différentes
  - o élèves du public uniquement (personnels infirmiers, CPE), du public et du privé (médecins) ,
  - o élèves du second degré uniquement (CPE, assistant.e.s de service social sauf en REP+), premier OU second degré (psychologues de l'EN selon leur spécialité), premier ET second degré (médecins et personnels infirmiers pour une part) ;
- nombre important d'élèves par professionnel (notamment pour les médecins avec plus de 12 000 élèves en moyenne/médecin, soit un temps moyen estimé de 8 minutes de médecin par élève et par an<sup>13</sup>...) ;
- défaut de gouvernance et d'évaluation ;
- gestion en silo et par des hiérarchies parallèles...

Ces constats qui reviennent dans les différents écrits, semblent finalement peu pris en compte par le politique et permettent de mesurer le risque de conduire à une perte de sens pour les professionnels concernés et donc d'efficacité pour les bénéficiaires, en l'occurrence les élèves, au-delà d'un texte de cadrage semblant au départ tout à fait pertinent et adapté aux défis à relever.

Le dernier rapport de la Cour des comptes sur la santé scolaire<sup>14</sup> propose une analyse de la situation et des préconisations assez poussées, dont nous nous contenterons de reprendre ici la synthèse.

*« Bien qu'il constitue une condition essentielle de la réussite de la politique éducative et une contribution importante à la politique de santé publique, le dispositif de santé scolaire connaît des*

---

<sup>11</sup> On pense ici en particulier à l'arrêté interministériel du 3 novembre 2015 pris en application de la loi de 2013, qui revoit les missions des médecins (<https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517120C.htm>) et des personnels infirmiers (<https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517121C.htm>) de l'éducation nationale.

<sup>12</sup> Rapports de la Cour des comptes en 2011 et en 2020 ; rapport établi par Didier Jourdan en mai 2015 à la demande des ministres de la Santé et de l'Éducation « La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire - Dix mesures pour une politique de santé à l'École à la hauteur des défis de notre temps ; évaluation par une mission d'inspection interministérielle » conduite en 2016 ; rapport de la mission Moro Brison « Bien-être et santé des jeunes » en 2016 ; avis de l'Académie de médecine sur la santé scolaire en 2017 ; avis du CESE « Pour des élèves en meilleure santé » en 2018 ; rapport sur le parcours santé-accueil-éducation en 2019.

<sup>13</sup> <https://theconversation.com/medecins-scolaires-un-role-trop-meconnu-155335>.

<sup>14</sup> <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf> et son rapport annexe <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/51826>.

difficultés endémiques sur lesquelles l'attention des pouvoirs publics est régulièrement appelée. Une **réorganisation complète**, assortie d'une révision des méthodes de travail, s'avère indispensable.

La santé scolaire souffre d'une **pénurie de médecins**, avec un tiers de postes vacants et des prévisions de départs en retraite qui excèdent largement le rythme des recrutements. Les performances en termes de dépistages obligatoires, moments-clés du parcours de santé des élèves, sont très en deçà des objectifs, en raison d'une **organisation défailante**. Les responsables académiques et nationaux ne peuvent évaluer l'activité, l'efficacité et l'efficience de la santé scolaire, en raison d'un boycott des statistiques par certains personnels depuis plusieurs années. Le **cloisonnement des différents métiers**, consacré par le ministère en 2015, contribue à la forte dégradation du service public. »

## H. DES LEVIERS AU BENEFICE DE LA SANTE DES ELEVES

« La Cour recommande de revenir à une **vision globale**, en créant des **services de santé scolaire pour unifier l'intervention des personnels** et collaborer avec les agences régionales de santé et l'assurance maladie. Elle formule au total dix recommandations<sup>15</sup> »

### La Cour formule les recommandations suivantes :

1. Dans les directions départementales des services de l'éducation nationale (DSDEN), regrouper au sein d'un service de santé scolaire les médecins, les personnels infirmiers et d'assistance sociale et les psychologues de l'éducation nationale. Créer un service de pilotage dans les rectorats, sous la direction d'un inspecteur d'académie (MENJ).
2. Créer des comités d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC) de bassin et supprimer le caractère obligatoire des CESC d'établissement (MENJ).
3. Dans le cadre de la réorganisation souhaitée par la Cour, revaloriser la rémunération des médecins de l'éducation nationale (MENJ, MACP/Fonction publique).
4. Transférer la charge budgétaire des psychologues de l'éducation nationale, inscrite aux programmes 140 et 141 vers le programme 230, Vie de l'élève (MENJ).
5. Développer et déployer dans les meilleurs délais les applications métier de la santé scolaire et de DIAPASON (MENJ).
6. Revoir le partage des tâches entre médecins de l'éducation nationale et personnels infirmiers, notamment pour les visites médicales de la 6e année de l'enfant et des élèves mineurs des filières de l'enseignement professionnel (MENJ, MSS).
7. Doter le ministère d'un Conseil de la santé scolaire, publier un rapport annuel sur la santé scolaire (MENJ).
8. Articuler les dépistages obligatoires de la 6e année de l'enfant avec les dépistages réalisés par la médecine de ville ou hospitalière retracés dans le carnet de santé de l'enfant et à l'avenir dans son dossier médical partagé (DMP) (MENJ, MSS).
9. Engager une concertation avec les collectivités territoriales pour la rénovation des centres médico-scolaires, et les doter d'un socle de moyens en personnels de secrétariat (MENJ).
10. Contractualiser au niveau académique avec les institutions partenaires (collectivités territoriales, ARS, assurance maladie) les modes de collaboration avec les services de santé scolaire (MENJ).

<sup>15</sup> Cf. page 75 du rapport.



Dans le cadre de notre rapport, nous pourrions reprendre et développer les préconisations suivantes, qui toutes visent à **permettre les conditions d'un réel travail en partenariat** entre les différents professionnels listés, dans le respect des compétences de chacun et de manière complémentaire, au bénéfice des élèves :

- **créer un service unique en charge de la santé et du bien-être des élèves** qui partagerait un unique objectif de promotion de la santé des élèves, une unique hiérarchie, une unique politique de service, une unique source budgétaire, etc. ;
- **revoir les missions des métiers** et mieux les articuler notamment à l'aune du contexte pandémique actuel d'augmentation des besoins des élèves en termes de santé physique et mentale conjuguée aux difficultés récurrentes de recrutement de certains personnels (médecins) pour permettre des subsidiarités, des délégations de compétences et au minimum des approches complémentaires ;
- **recruter des médecins** dans des conditions qui leur permettent d'être plus présents dans les établissements scolaires du second degré et plus disponibles pour des consultations à la demande et des actions collectives de prévention et de promotion de la santé. Tout particulièrement dans le contexte actuel (augmentation des besoins en termes de santé mentale en lien avec la pandémie Covid 19, libération de la parole autour des violences faites aux enfants et notamment dans les cas d'inceste...) ;
- **développer une culture commune** de ces professionnels intervenant à l'éducation nationale autour du bien-être et la santé des élèves. Cet objectif pourrait être atteint en organisant régulièrement des temps d'échanges structurés autour de thématiques partagées par tous. Pour exemple, l'EHESP, l'INSPE de Bretagne et l'université Rennes 1 ont organisé ensemble en mars 2021 une journée pour leurs apprenants (90 stagiaires médecins, psy-EN et CPE) autour de la circulation et du partage d'informations sensibles concernant les élèves, ce qui a permis d'aborder les missions et modalités d'exercice, les textes législatifs de cadrage notamment des secrets professionnels, dans l'objectif de fluidifier les relations en déconstruisant certaines représentations tenaces, et d'améliorer la prise en charge des élèves ;
- **construire des temps de formation intercatégoriels**, non seulement en formation continue mais aussi et surtout en formation initiale. Pouvoir mettre les différents publics en interaction pendant des temps d'apprentissage partagés semble être un bon gage d'interconnaissance des métiers d'une part, mais aussi de genèse d'une culture de service, prérequis à tout travail collaboratif efficace. La promotion de la santé des élèves, pourrait être un objet idéal, car polymorphe, par définition inter-catégoriel et adossé à des pratiques de terrain renvoyant à des problématiques rencontrées quotidiennement au collège et nécessitant la mise en œuvre d'une démarche projet et d'une approche de l'école comme un milieu de vie favorable à la santé. Cet apprentissage pourrait ensuite irriguer toutes les pratiques et tous les dispositifs que nous avons présentés. Une formation commune et partagée, reposant sur des contenus de haut niveau, modulaires et complémentaires selon les parcours de formation de chacun (approche par compétences) bénéficiant d'innovations pédagogiques<sup>16</sup> et en prise avec les grandes problématiques de santé publique de notre pays, permettrait à l'éducation nationale de se doter de professionnels efficaces et en capacité de réagir aux défis actuels concernant

---

<sup>16</sup> Comme le propose d'ores et déjà l'EHESP : en présentiel, distanciel, hybride, comodal, synchrone ou asynchrone, formation de formateurs, formations régionales...

le développement de la santé des enfants et des adolescents. Ainsi ces véritables acteurs de santé publique pourraient-ils contribuer directement à la lutte contre les inégalités de santé, tout autant qu'à la formation de citoyens responsables en capacité de gérer au mieux leur santé. Deux axes particulièrement importants dans la période pandémique que nous vivons.

En pratique ce travail partenarial, s'exerce déjà au quotidien autour de la résolution de problématiques individuelles (élèves à besoin éducatif particulier, décrocheurs...), voire collectives (lutte contre le harcèlement...) et dans diverses occurrences (conseils de discipline, équipes de suivi, cellules de crise...), mais il pourrait largement être développé dans une vraie perspective de promotion de la santé qui peine encore à émerger (au-delà bien évidemment d'initiatives réussies).

Certains sujets récurrents de santé et de bien-être à l'école au sens large pourraient ainsi mobiliser toute la communauté éducative, et notamment les personnels de santé et sociaux en donnant une place centrale aux collégiens dans le choix des thèmes à prioriser et l'identification de préconisations. Ces sujets sont nombreux, certains sont universels et demeurent problématiques depuis de nombreuses années, malgré des signaux d'alerte périodiques, d'autres sont plus récents ou moins bien identifiés, l'important est que les acteurs les identifient comme une priorité dans leur collège, s'en emparent, et les traitent en partenariat. On peut citer les exemples suivants, qui sont de vraies préoccupations de santé publique, autour desquels les initiatives sont nombreuses mais peinent à réellement se donner à voir à grande échelle : les toilettes (accès, propreté, sécurité, pathologies...), les rythmes (lever/coucher, heure de début des cours, emplois du temps, écrans...), le bruit (en classe, au réfectoire, dans les lieux et temps de circulation, dans l'utilisation des écouteurs...), etc.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

**RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :**  
[www.hcfea.fr](http://www.hcfea.fr)



**Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie ([www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr))**  
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

