

RAPPORT-AVIS

**De la maternelle à l'entrée dans la vie active :
La Santé des jeunes en formation, l'affaire de tous**

Rapporteurs : Catherine DUCARNE, Jean-Luc DEHAENE, Stéphane DORCHIES

Assemblée plénière du 16 mai 2023

Eclairer l'avenir



RESULTATS DE VOTE

Le Conseil Économique, Social et Environnemental Régional Hauts-de-France, réuni en Assemblée Plénière le 16 mai 2023 à Lille, sous la présidence de M. Laurent DEGROOTE, Président,

Vu :

- la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions,
- la loi n° 86-16 du 16 janvier 1986 relative à l'organisation des régions,
- la loi n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République,
- la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales,
- l'article 250 de la loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement (loi Grenelle 2),
- la loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral,
- la loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République,

Vu le projet de rapport-avis élaboré par le groupe de travail « Santé des jeunes en formation »,

Sous la Vice-présidence de Philippe ROLLET et Yvonne TASSOU,

Après avoir entendu Jean-Luc DEHAENE, Stéphane DORCHIES, Catherine DUCARNE, rapporteurs,

Après en avoir délibéré, ADOPTE le présent avis :

Pour : 129

Contre : 1

Abstentions : 1

SOMMAIRE

RESULTATS DE VOTE.....	3
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	5
REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE – LA SANTE DES JEUNES EN FORMATION EN HAUTS-DE-FRANCE : FAITS MAJEURS ET ENJEUX.....	8
1. LES FAITS MAJEURS ET LES DONNEES EN REGION	8
2. LES ENJEUX.....	9
A) Reconnaître le rôle fondamental des parents	9
B) Favoriser l'accès à l'alimentation	10
C) Rendre effective une activité physique suffisante	11
D) Préserver sa santé par un sommeil de qualité.....	12
E) Lutter contre les conduites à risque.....	13
F) Mettre en place un cadre de vie propice au bien-être des jeunes en formation	16
G) Attacher de l'importance à la question d'une vie affective et sexuelle épanouie	19
H) Améliorer l'accueil des élèves en situation de handicap ou à besoins éducatifs particuliers	21
3. LA PREVENTION ET LA POLITIQUE GLOBALE DE SANTE DES JEUNES EN REGION	25
A) Une éducation à la prévention et à la santé.....	25
B) La politique de l'ARS en Hauts-de-France.....	26
DEUXIÈME PARTIE – LA SANTE DES JEUNES EN FORMATION : PRISE EN CHARGE AU FIL DES AGES	29
1. LES ENFANTS : ELEVES DU PREMIER DEGRE (MATERNELLE ET ELEMENTAIRE).....	29
A) Les enjeux spécifiques.....	29
C) Le rôle des acteurs	33
D) Dispositifs et leviers d'action	39
2. LES ADOLESCENTS : ELEVES DU SECOND DEGRE (COLLEGE ET LYCEE).....	43
A) Les enjeux spécifiques du temps de l'adolescence.....	43
B) Le rôle des acteurs.....	50
C) Dispositifs et leviers d'action	64
3. LES JEUNES ADULTES : ETUDIANTS ET APPRENTIS.....	68
A) Les étudiants.....	68
B) Les apprentis.....	91
TROISIÈME PARTIE – PRÉCONISATIONS	94
CONCLUSION	97
ANNEXES	98
RÉFÉRENCES	116
GLOSSAIRE	117
DECLARATIONS DES MEMBRES OU GROUPES DE MEMBRES DU CESER	118

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tarek BAÏS

Xavier BEULENS

Nathalie CHAPITRE

Stéphane DORCHIES, rapporteur

Jean-Luc DEHAENE, rapporteur

Catherine DUCARNE, rapporteure

Jean-Yves GUEANT

Elie PERREY

Geneviève SABBE

Philippe ROLLET

Yvonne TASSOU

Marie-Françoise WITTRANT

REMERCIEMENTS

Agnès ANDRICQ, Directrice recherche, enseignement supérieur et formations sanitaires et sociales, Région Hauts-de-France
Véronique ANFRY, Conseillère principale d'éducation, Chambre de Métiers et de l'Artisanat Hauts-de-France
Patrick BACQUAERT, Médecin chef, IRBMS
Feres BELGHITH, Directeur des études, Observatoire national de la vie étudiante
Sandrine BENAFQUIR, Conseiller technique Etablissement Vie scolaire, Rectorat de Lille
Mohammed BENLAHSEN, Président, UPJV
Jean-Christophe BIGO, Directeur régional, Ligue Hauts-de-France de la Fédération française du sport universitaire
Maryse BURGER, Médecin Conseillère technique, Rectorat d'Amiens
David CACHEUX, Directeur Régional de l'UNSS Amiens et Conseiller Technique auprès de M. le Recteur
Gaëlle CHABAS, Directrice, APESAL
Marie CIETERS, Vice-présidente en charge de l'Education et des Collèges, Département du Nord
Jules COEUILLET, Ancien élu au Conseil de la vie Lycéenne, Académie de Lille
Barbara COEVOET, Vice-présidente en charge de la santé/Prévention, Département du Nord
Nicole CORDIER, Vice-présidente chargée des sports et de la santé, Département de l'Oise
Sabine DAUCHET, Responsable Coordinatrice, Maison des adolescents d'Amiens
Muriel DEHAY, Infirmière Conseillère Technique auprès de Madame le Recteur, Rectorat de Lille
Sabine DUHAMEL, Vice-présidente en charge de la Formation et de la Vie Universitaire, ULCO
Giovanni FRATTINI, Directeur, Association MALCO
Delphine GUERIN, Médecin Responsable du SSU, UPJV
Cécile GUERRAUD, Chargée de mission Santé des jeunes, ARS Hauts-de-France
Stéphane LATOUCHE, Assistant de Barbara COEVOET, Département du Nord
Yohanna LEFEBVRE, infirmière conseillère technique auprès du Recteur, Rectorat d'Amiens
Léontine LELEU, Etudiante Relais Santé, ULCO
Annabelle LEROY-DEROME, Médecin départemental de PMI, Département de l'Oise
Sophie LEVESQUE, Vice-présidente chargée de l'enfance, de la petite-enfance et de la famille, Département de l'Oise
Bernard LIEFOOGHE, Président, APESAL
Manoëlle MARTIN, Vice-présidente Lycées et Orientation, Région Hauts-de-France
Sophie MOREAU, Médecin en charge du Centre de Santé des Etudiants, Université de Lille
Franck PIA, Vice-président chargé de l'éducation, de la jeunesse, de la citoyenneté et des fonds européens, Département de l'Oise
Anne PINON, Vice-présidente Santé et Formations sanitaires et sociales, Région Hauts-de-France
Philippe POITEL, Directeur, Fédération Régionale des Maisons Familiales Rurales Hauts-de-France
Mathis ROUSSEAU, Etudiant Relais Santé, Université de Lille
Patrick SKEHAN, Fondateur, Nightline
Giovanni SORANO, Directeur général adjoint Education et avenir des jeunes, Région Hauts-de-France
Carole STRUGALA, présidente départementale et membre de l'équipe de direction de l'USEP nationale
Gérard THIBAUT, Responsable du service Action éducative et aides individuelles, Région Hauts-de-France
Angélique TROUVE, Référente Santé MALCO Hauts-de-France
Alain TRUGEON, Directeur, OR2S
Guy VANHOVE, président du Comité régional USEP des Hauts-de-France
Elisabeth ZELLER, Médecin à la Direction PMI Prévention santé, Département du Nord

Le CESER insiste régulièrement sur la nécessité d'accentuer les politiques de prévention en matière de santé. La santé des jeunes tout au long de leur formation est avant tout préventive.

Dès 2008, le CESER Picardie¹ publiait un rapport et un avis sur la santé de l'école à l'université, ayant fait l'objet d'un suivi en 2010.

Parallèlement, en 2009, le CESER Nord-Pas de Calais publiait un rapport sur la santé des jeunes de 15 à 25 ans.

Le rapport-avis du CESER Hauts-de-France « Après la crise sanitaire : vers une région attractive, solidaire, bienveillante et prévoyante »² (novembre 2020) souligne les conséquences de cette crise sur l'ensemble des citoyens quelle que soit leur situation, mais plus encore sur les jeunes, quel que soit leur âge, leur niveau ou leur type de formation.

Dans le cadre de l'avis du CESER Hauts-de-France sur la dotation globale de fonctionnement 2021 des établissements d'enseignement, la question de la santé des lycéens a été abordée pour la première fois. En effet, la crise du Covid-19 a mis au premier plan les enjeux sanitaires et les inégalités des jeunes en matière de santé. La question de la coordination entre les acteurs (en particulier entre l'Etat et les collectivités territoriales) et celle des moyens affectés de manière spécifique sur ce thème ont été soulevées.

Le rapport « Santé mentale : un enjeu de société, un engagement pour notre région » (janvier 2022) a mis en exergue lui aussi des difficultés importantes sur la santé des jeunes, dépassant largement le cadre de la médecine scolaire et nous amenant ainsi à élargir notre réflexion.

Les questions soulevées concernent tous les jeunes en formation, de leurs premiers pas à l'école maternelle jusqu'à leur entrée dans la vie active : enfants en maternelle, collégiens, lycéens, apprentis, étudiants.

Les acteurs sont multiples : communauté éducative (parents, personnels des établissements, AESH ou Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap, etc.), associations, PMI (protection maternelle et infantile) collectivités, etc.

Les points de vigilance sont nombreux. Ils concernent par exemple les enfants à besoins éducatifs particuliers, les ruptures dans les parcours qui génèrent des fuites dans la détection des problèmes, problèmes qui émergent parfois à un stade très ou trop avancé.

La santé des jeunes tout au long de leur formation représente un enjeu fort dans leur environnement de formation, quel qu'il soit. Quelles pistes pour améliorer l'organisation, la coordination des acteurs, les ressources et leur mise en œuvre, pour améliorer le parcours de santé des jeunes ?

Ce rapport vise à apporter des réponses rapidement opérationnelles à cette question, réponses d'autant plus nécessaires au vu de l'importance des enjeux en région Hauts-de-France :

- Un enjeu de santé avec l'amélioration de la situation sanitaire des jeunes en formation, et partant, l'amélioration de celle de la population des Hauts-de-France, à court terme et à plus long terme.

- Un enjeu de formation et de réussite citoyenne, scolaire et professionnelle des jeunes, en favorisant l'amélioration des indicateurs socio-économiques de la population des Hauts-de-France (niveau de qualification, qualité de l'emploi).

Les chances dans la vie sont meilleures pour les individus en bonne santé.

¹ Voir références en fin de document.

PREMIÈRE PARTIE – LA SANTE DES JEUNES EN FORMATION EN HAUTS-DE-FRANCE :

FAITS MAJEURS ET ENJEUX

1. Les faits majeurs et les données en région

Avec environ 600 000 élèves dans le premier degré, 570 000 élèves dans le second degré, 256 000 étudiants, 65 000 apprentis et 28 000 jeunes en formation professionnelle, la population qui fait l'objet de ce rapport³ représente 1,5 million de personnes, soit le quart de la population des Hauts-de-France.

- **Indicateurs de santé :**

- De mauvais indicateurs de mortalité.
- Des comportements à risques élevés chez les jeunes de moins de 25 ans : sédentarité, utilisation excessive des écrans, mauvaise alimentation, consommation excessive d'alcool, tabac, drogues, sexualité non protégée (risque d'Infections Sexuellement Transmissibles ou de grossesse précoce) ; prise de risques menant à des accidents de circulation, pratiques sportives extrêmes ou mal gérées, exposition aux nuisances, notamment sonores, etc.
- Un taux de fécondité des jeunes mineures supérieur à la moyenne nationale sur certains territoires malgré les actions menées (Calaisis, Nord-Est, notamment Guise, Hirson et Valenciennois).
- Une montée en charge du mal-être (en particulier pour les jeunes en situation de vulnérabilité, en lien avec les indicateurs socioéconomiques).
- Chez les 15-34 ans, un quart des décès par suicide en région contre un cinquième en France.
- Des taux élevés d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les jeunes, dans toute la région.
- Des éléments qui renvoient à des problématiques de vulnérabilité.

- **Indicateurs socioéconomiques :**

- Un environnement socioéconomique défavorable.
- Un niveau de formation inférieur à la moyenne nationale.
- Un accès retardé à l'emploi.
- Un chômage plus élevé chez les moins de 25 ans.
- Des emplois plus précaires (en lien avec le niveau de qualification).
- Un maintien au domicile parental plus tardif que la moyenne nationale.
- Des spécificités de santé propres à certains jeunes plus particulièrement (mineurs en Protection Judiciaire de la jeunesse, jeunes en insertion ou pas encore en insertion).
- Un impact du Covid sur la santé des jeunes : problématiques alimentaires, de mal-être, d'addiction, violences intra familiales, problématiques en lien avec la scolarité.

Source : Cécile GUERRAUD, Chargée de mission Santé des jeunes à l'ARS. Diagnostic du (PRS) projet régional de santé, enquêtes nationales (conduites addictives, etc.)

Diagnostic territorialisé du PRS : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostic-territorialise-de-sante-de-la-region-des-hauts-de-france>

³ Voir Annexe n°1 – Nombre d'élèves et d'établissements en région Hauts-de-France.

2. Les enjeux

« Un esprit sain dans un corps sain » : tel devrait être l'axiome de base pour tout enfant entrant dans le système éducatif, le but à atteindre en quelque sorte. Pour y parvenir, un certain nombre d'éléments fondamentaux sont nécessaires. Au fil du temps et de l'évolution de notre société, ces fondamentaux sont devenus plus nombreux et plus difficiles à appréhender, à maîtriser.

A) Reconnaître le rôle fondamental des parents

Un rôle fondamental, une influence qui décroît au fil de la scolarité

Les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant : leur comportement, leurs choix de « mode de vie », leur impact en tant que « modèles » et la manière dont ils l'élèvent (règles de vie, suivi, etc.) jouent un rôle déterminant dans la vie de ce dernier. Leur capacité à communiquer avec leur enfant, à « garder le contact » avec lui aux différentes étapes de sa vie, quelles que soient leurs convictions personnelles (culturelles, religieuses...) sont des éléments essentiels à l'épanouissement de ce dernier. Même si au fil de la formation, et de l'autonomisation des enfants, ce rôle est amené à décroître, le rôle des parents est déterminant.

Leur rôle en matière de santé est donc fondamental, et cela dès la conception de l'enfant, puisque la génétique joue en effet un rôle important sur son devenir (maladies dites rares, « terrain » favorisant certains types de cancers, par exemple, modifications épigénétiques induites par l'environnement⁴...).

Tous les parents n'ont cependant pas le même rapport à la santé. Les inégalités de santé qui marquent les adultes se reproduisent elles aussi. Par ailleurs, des études scientifiques montrent que le niveau d'études des parents joue un rôle non négligeable sur la santé de leurs enfants. À cela s'ajoutent ensuite d'autres facteurs de la vie quotidienne : conditions de vie (logement, alimentation, hygiène de vie) souvent liées aux revenus des familles. Le CESER, dans son rapport de 2021 consacré à la lutte contre la pauvreté et les inégalités dans les Hauts-de-France⁵, a souligné le poids des inégalités sociales dans la région et les effets de celles-ci sur la santé de ses habitants.

Les parents sont des acteurs majeurs de la mise en œuvre et du suivi des examens de santé obligatoires – de la petite enfance (PMI) ou durant la scolarité (maternelle, 6^{ème}) – ainsi que du respect du calendrier des vaccinations obligatoires.

Dans les établissements de formation, ils ont donc leur place et un rôle essentiel (individuel et collectif) à jouer, aux différents niveaux de la scolarité. La qualité de l'écoute des parents par les formateurs et les personnels médicaux, mais aussi la formation des parents aux problèmes de santé sont des éléments cruciaux.

Un rôle difficile à tenir

Tous les parents sont en quête du meilleur pour leurs enfants, sont en recherche de repères, de réponses, d'aides concrètes afin de trouver des réponses à leurs doutes, inquiétudes, questions : « Ai-je le droit de dire non à mon enfant ? », « Je sens que la lecture coince, on me dit d'attendre le déclic », « Mon enfant ne s'endort pas avant 23h », etc.

Dans une société en mutation, la cellule familiale est parfois profondément bousculée : précarités, éclatement, divorce, recomposition familiale, monoparentalité, homoparentalité, omniprésence des écrans, etc.

Certaines familles sont confrontées au déracinement, au chômage. Ces difficultés liées à la précarité génèrent une charge mentale importante pour les parents pouvant les déstabiliser dans leur rôle éducatif et dégrader la relation avec leurs enfants, les professeurs de leur enfant, leur environnement au quotidien.

Au quotidien, être parent n'est pas simple ! On peut se sentir seul, mal dans son rôle, ne pas comprendre son enfant, se sentir inquiet, plein de doutes, etc.

⁴ Source : <https://www.inserm.fr/dossier/epigenetique/>

⁵ <https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/combattre-les-inegalites-et-la-pauvrete-en-hauts-de-france-premier-rapport-804>

Beaucoup de parents se sentent démunis face à certains problèmes, et parfois n'osent pas ou ne savent pas formuler leurs demandes. Ils doutent de leurs compétences parentales et ne s'autorisent pas à se faire confiance. Ce manque de confiance ressenti par l'enfant ne permet pas d'instaurer un cadre sécurisant pour qu'il puisse grandir sereinement. Il ne peut y avoir pour l'enfant un développement harmonieux sans une bonne communication avec ses parents.

Par ailleurs, la légitimité des parents, des professeurs, de l'adulte en général, ne va plus de soi.

La relation parent-enfant est bouleversée par les effets d'internet et des réseaux « d'amis ».

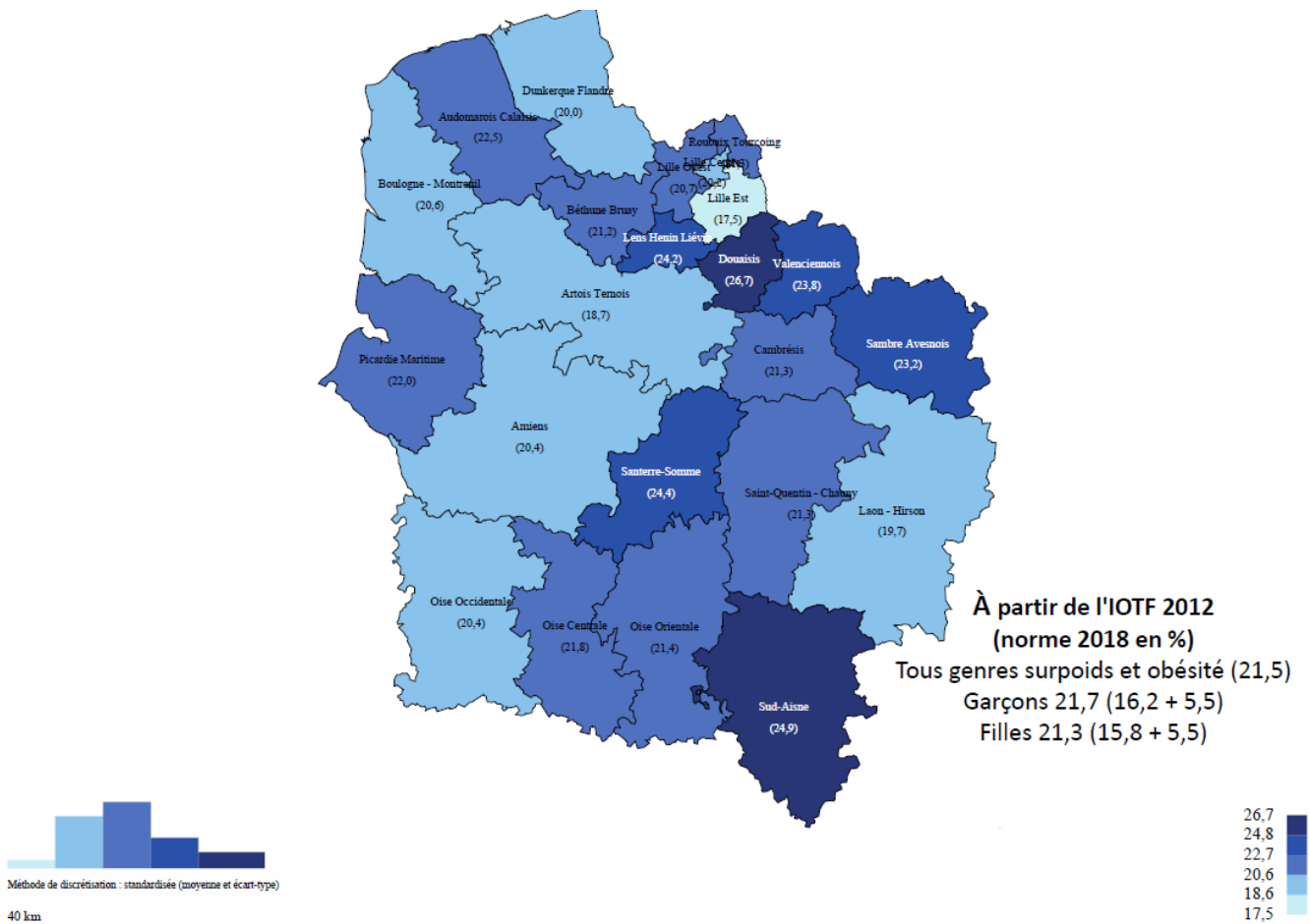
Parfois aussi, la vie familiale et professionnelle est ébranlée pour de nombreuses années par l'arrivée d'un enfant en situation de handicap ou développant des troubles des apprentissages. Les familles peuvent alors traverser des années d'errance médicale, jalonnées de diagnostics erronés ou beaucoup trop tardifs. Pendant ce temps, les problèmes s'aggravent, les difficultés s'additionnent, et leurs retentissements, scolaires, psychologiques, familiaux peuvent conduire à l'échec scolaire, la déscolarisation, l'illettrisme, voire l'exclusion.

Le CESER insiste sur la nécessité de développer une véritable aide à la parentalité pour les familles qui en ont besoin. Tout parent peut vivre une situation le mettant en difficulté.

B) Favoriser l'accès à l'alimentation

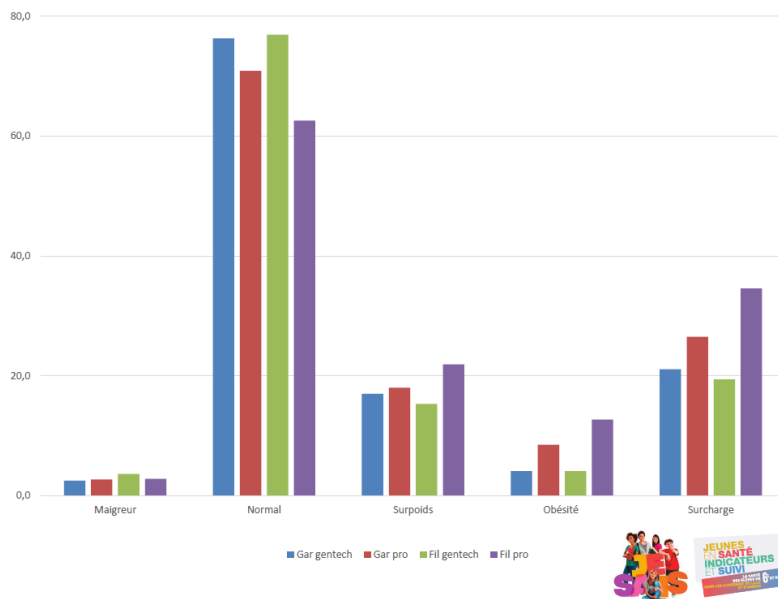
Une alimentation équilibrée participe au premier chef à la construction d'une bonne santé. Les contextes familiaux et éducatifs sont directement concernés, mais dans bien des cas l'école vient compenser les carences familiales. Avec 55,6% de la population régionale en surpoids dont 19,9% en situation d'obésité, selon le Pr Lecerf de l'Institut Pasteur, il est nécessaire d'améliorer la connaissance alimentaire et de développer le goût à l'éducation sensorielle dès le plus jeune âge.

Figure 1. Corpulence en sixième (2018-2021)



Source : OR2S.

Figure 2. Corpulence en sixième (2019-2021)



Source : OR2S.

Légende : « Gar gentech » pour les garçons en établissement général et technologique. « Gar pro » : garçons en enseignement professionnel. Idem pour les filles.

L'OMS (Office Mondial de la Santé) recommande de limiter la consommation de sel à 5g par jour maximum. Quant à celle de sucre, elle ne devrait pas excéder 5% de l'apport énergétique total par jour.

Depuis de nombreuses années, l'OMS mène différentes actions pour lutter contre les maladies non transmissibles dont l'origine est essentiellement due à l'alimentation : obésité, hypertension artérielle, etc.

La déclinaison de ces recommandations au niveau local n'est pas toujours facile compte tenu des enjeux économiques présents. Néanmoins, certaines collectivités telles que la Région, les Départements, les Communes, s'efforcent, en fonction de leurs possibilités, de les mettre en application.

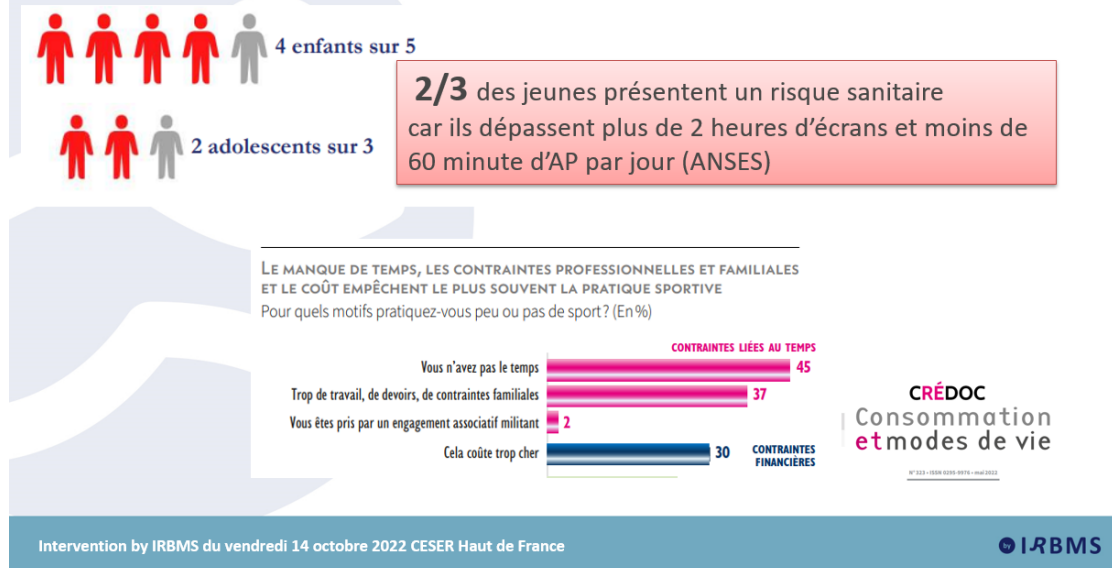
C) Rendre effective une activité physique suffisante

Une activité physique suffisante vient compléter le socle indispensable à une bonne santé. L'OMS préconise 60 minutes d'activité physique par jour pour les jeunes, activité physique qui a de plus la particularité d'améliorer le sommeil de l'enfant et de l'adolescent, leur permettant ainsi de mieux résister à la fatigue et d'améliorer leurs fonctions cognitives.

On connaît les vertus prédictives de l'endurance (Vo2Max) sur la santé et sur l'espérance de vie. Or en 40 ans, les capacités physiques chez les enfants d'âge scolaire ont diminué de 25%. Le temps moyen pour courir 600 mètres est passé de 3 à 4 minutes.

Figure 3. Les jeunes et la sédentarité

La France a une jeunesse sédentaire



Source: Dr Patrick BACQUAERT, IRBMS – RDV CESER novembre 2022

La prévention par le sport permet d'éviter ou de réduire le nombre et la gravité des maladies.

Faire bouger les adolescents permet de réduire le taux de surpoids et d'obésité (22% pour les Hauts-de France soit 5 points au-dessus de la moyenne nationale). Ce taux, rappelons-le, est directement corrélé au taux de diabète, 4^{ème} facteur de décès.

Savoir nager devrait être obligatoire à l'entrée en 6^{ème}, mais l'accès aux piscines, comme aux autres équipements sportifs n'est pas toujours possible – pas seulement pour des raisons de coût, mais aussi pour des raisons logistiques : organisation des transports, des temps familiaux. À cela vient s'ajouter une hausse des prix de l'énergie, conduisant certaines collectivités à baisser la température ce qui altère les conditions de la pratique du sport.

Des collectivités telles que la Métropole Européenne de Lille aident les communes qui accueillent des scolaires dans leur piscine (2,50 € par enfant, prochainement 3 €). Certaines communes, mais pas toutes, viennent compléter cette prise en charge afin que le coût soit nul pour les familles concernées. Cette mesure devrait pouvoir être étendue à l'ensemble de la région.

Cette mesure devrait pouvoir être étendue à l'ensemble de la région.

Force est de constater que si l'offre sportive existe dans le système éducatif, elle n'est pas toujours obligatoire, et donc, moins « consommée » qu'elle ne le devrait au fil de l'avancée dans la formation des jeunes.

D) Préserver sa santé par un sommeil de qualité ⁶

Si le sommeil occupe le tiers de notre vie, ce n'est pas sans raison ! Bien dormir, c'est prioritairement bien vivre : grandir, se construire, apprendre, comprendre, consolider les acquis, « se réparer » ...

À tout âge, le sommeil est important et nécessaire pour réussir et optimiser ses performances.

Le sommeil a un effet bénéfique sur la mémoire : le cerveau trie, ordonne, supprime les informations nocives reçues dans la journée. Il est l'essence de la mémoire à court terme et consolide la mémoire à long terme, ce qui favorise les apprentissages.

⁶ Voir Annexe n°2 – Dossier sur le sommeil.

Le manque de sommeil chez l'enfant et l'adolescent est souvent à l'origine de problèmes de santé : obésité, troubles de l'apprentissage, troubles de l'humeur, d'une variation de la température ou encore d'une baisse de la résistance aux maladies.

Prendre conscience des effets de la privation de sommeil permet d'agir pour la réussite des jeunes en formation. Pour aller plus loin sur ce sujet, un dossier complet sur le sommeil figure en annexe.

E) Lutter contre les conduites à risque

I. Addictions

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, et la poursuite de celui-ci, en dépit de la connaissance de ses conséquences.

Les déterminants du plaisir sont aussi variés que les manières de se les procurer. Ils peuvent être biologiques, sociaux, philosophiques ou culturels.

L'enfant copie les comportements qu'il observe chez les adultes de son entourage. Puis vient l'initiation à l'occasion de fêtes de famille, de sorties entre copains. L'adolescent accepte le premier verre, la première cigarette, la première bouffée de haschich, pour faire comme les autres, pour être comme eux. Chaque addiction commence donc par le plaisir. Très vite s'installent la perte de contrôle et le dérèglement progressif du circuit de la récompense, viennent alors la dépendance, et la diminution du plaisir.

Exposés aux écrans dès le plus jeune âge, les enfants développent des troubles comportementaux, des retards de développement. Tout comme l'alcool, l'addiction aux écrans déclenche l'effet domino :

Captation → fascination → addiction et dépendance

La fascination des écrans chez le bébé freine son développement, notamment par le manque de contact humain, de relation, d'affection. Chez l'adolescent, cela va provoquer agressivité, irritabilité, obésité, perte de sommeil. Selon une étude de l'INSERM réalisée en 2014 sur les conduites addictives chez les adolescents, on a constaté que parmi les joueurs de jeux vidéo, tous types confondus, 23% des adolescents disent avoir rencontré des problèmes avec leurs parents, 26% ont rencontré des problèmes à l'école.

II. Réseaux sociaux

Les réseaux sociaux⁷ (TikTok, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, Google+...) sont devenus, pour une majorité de jeunes et leurs parents, un véritable mode de vie. À l'échelle mondiale, la messagerie WhatsApp a franchi la barre des 2 milliards d'utilisateurs dans le monde en février 2020, soit 500 millions d'usagers en plus en deux ans seulement.

L'Acap - Pôle régional image a porté une étude⁸ à l'échelle des Hauts-de-France inédite par son ampleur, visant à réaliser une photographie de la pratique des écrans par un public-cible né entre 2002 et 2009, donc âgé de 11 à 18 ans au moment de l'étude, en tenant compte dans ses analyses des particularités du territoire régional.

Cette étude montre que les enfants et adolescents des Hauts-de-France sont de fervents utilisateurs des réseaux sociaux : en 2020, 85% des jeunes de Hauts-de-France utilisent Snapchat, 71% Instagram, 39% Twitter, et 36% le

⁷ Sources :

<https://www.acap-cinema.com/wp-content/uploads/2020/10/rapport-complet-etude-ecran.pdf>

<https://www.hautsdefrance.fr/jeunes-ecrans-acap-diagnostic/>

<https://internetsanscrainte.fr/dossiers/reseaux-sociaux>

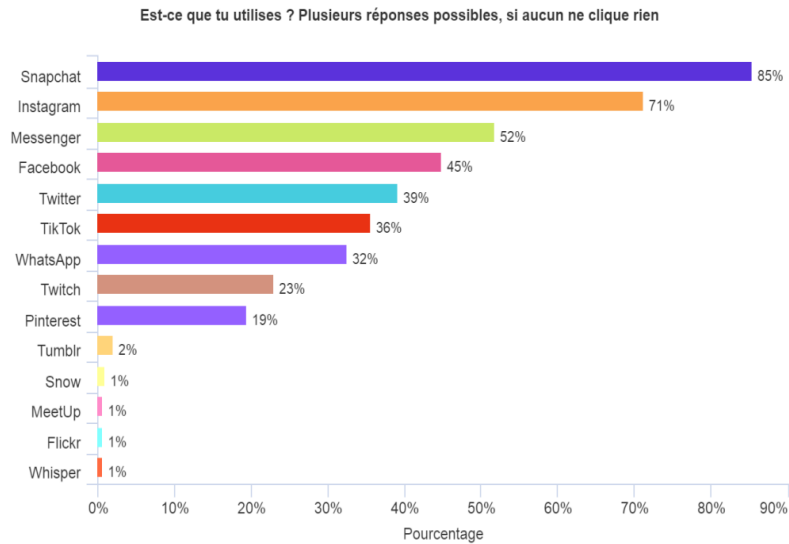
https://isc2.api.tralalere.com/sites/default/files/guide-lesecranslesreseaux-etvosados_interactif.pdf

⁸ Les jeunes et les images, les écrans en Hauts-de-France, Rapport complet Acap, Pôle régional Image, Octobre 2020.

nouveau réseau social TikTok. Or ce dernier n'est arrivé en France qu'en fin d'année 2019, c'est dire sa viralité. 32% des jeunes utilisent WhatsApp.

Figure 4. Réseaux sociaux, données personnelles et contenus choquants

• **Snapchat et Instagram en tête, Facebook détrôné : moins d'1 jeune sur 2 l'utilise**

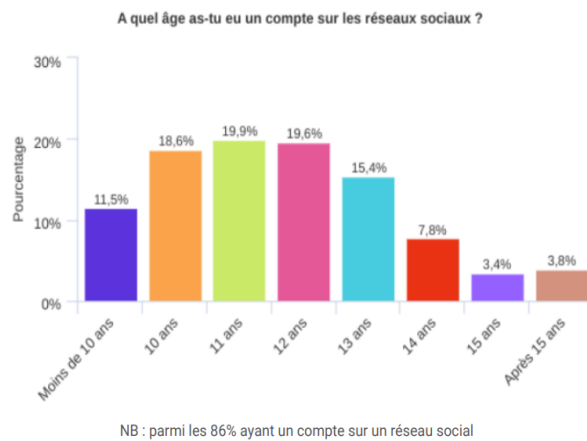


Les jeunes, les images, les écrans en Hauts-de-France | Rapport complet Acap - pôle régional image | Oct. 2020

Cette étude montre également que, alors que les réseaux sociaux sont interdits aux enfants de moins de 13 ans en France, 86% des enfants et adolescents en Hauts-de-France ont un compte sur un réseau social, et que 70% de ces enfants et adolescents l'ont créé avant cet âge légal.

Figure 5. À quel âge les jeunes accèdent-ils aux réseaux sociaux ?

• **70% des adolescents créent un compte sur les réseaux sociaux avant l'âge légal de 13 ans**



Les réseaux sociaux sont interdits aux enfants de moins de 13 ans en France. Or 70% des adolescents en Hauts-de-France qui ont un compte sur les réseaux sociaux l'ont créé avant cet âge légal.

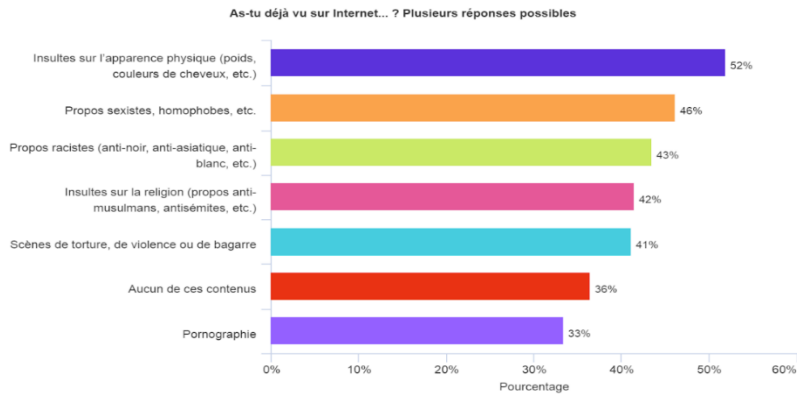
Les jeunes, les images, les écrans en Hauts-de-France | Rapport complet Acap - pôle régional image | Oct. 2020 54

L'existence de règles familiales sur l'usage des écrans n'influence pas au final l'âge de création de compte sur les réseaux sociaux. En effet, 87% des jeunes déclarent que leurs parents sont au courant de leurs comptes sur les réseaux sociaux, 90% pour les filles et 84% des garçons des 13-14 ans.

Or, on ne peut pas protéger les enfants de ce que l'on ignore. Ainsi, en 2020 en Hauts-de-France, observe-t-on des résultats plus élevés en matière d'exposition aux propos choquants chez les jeunes, avec 64% des adolescents dans cette situation.

Figure 6. Proportion de jeunes confrontés à des propos choquants et insulte

• **Propos choquants et insultes : les filles systématiquement plus ciblées que les garçons**



L'Académie de médecine indique que les réseaux sociaux sont les principaux vecteurs sur internet de contenus choquants ou dérangeants.

Figure 7. Aperçu des principaux réseaux sociaux du point de vue de la pornographie

	Utilisateurs	Age	Activités porno	Droit de référence
Facebook	2.7 milliards	65%: >35 ans	Nudité adulte et activité sexuelle: > 36 millions Nudité enfant et exploitation sexuelle: >12 millions	US
Instagram	1.08 milliards	31%:18-24 ans 32%: 25-34 ans	0	US
Twitter	326 millions	63%: 35-65 ans	Abus/harcèlement: 610 000 Exploitation sexuelle infantile: 1043 Nudité sans consentement: 15 500	US
TIKTOK	2 milliards	1/3 < 18 ans	Nudité adulte et contenu sexuel: 30.9% Atteinte à la sécurité des mineurs: 22%	Chine, et Iles Cayman, UK
Snapchat	238 millions	90%: 13-24 ans aux US	Contenu sexuel explicite: 3 200 000 (80%)	US
YouTube	2.2 milliards		Le porno représente 25% du trafic vidéo	US

Source : Rapport de l'Académie de médecine - Accès à la pornographie chez l'enfant et l'adolescent : conséquences et recommandations, 24 Janvier 2023. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/01/Rapport-Acces-pornographie.pdf>

Compte tenu de l'absence ou de l'insuffisance de surveillance et de réglementation de l'espace numérique, le risque existe aussi pour les jeunes de se retrouver face à des informations douteuses ou fallacieuses concernant leur santé.

F) Mettre en place un cadre de vie propice au bien-être des jeunes en formation

La réflexion sur ce sujet doit concerner tous les espaces scolaires, y compris la cour de récréation, de manière à intégrer les enjeux de l'égalité filles-garçons et des relations entre « petits » et « grands ». Elle doit être posée dès le début du projet de construction ou rénovation. Elle doit aussi, comme souligné dans l'avis du CESER sur la dotation aux EPLE 2023, prendre en compte d'urgence la question de la nécessaire rénovation énergétique des bâtiments.

Un cadre de vie propice au développement physique et intellectuel de l'apprenant fait naturellement partie des fondamentaux contribuant à leur santé. Il s'agit de réunir pour les jeunes en formation les conditions d'accueil et de sécurité nécessaires, des dispositifs pour des accueils personnalisés de certains élèves, ainsi qu'un climat scolaire serein.

1. L'importance des conditions d'accueil et de sécurité

Le 6 février 1973, l'incendie du lycée de la rue Pailleron dans le 19^{ème} arrondissement de Paris fait 20 morts dont 16 enfants. La structure métallique de cet établissement avait une résistance au feu de 15 minutes.

Depuis les normes de constructions ont été revues, mais il reste encore en France 57 établissements de type Pailleron qui n'ont été ni reconstruits ni réhabilités. Dans ce cas précis, c'est de la sécurité, et donc de la vie des jeunes qu'il est question.

Par ailleurs, la Stratégie Nationale sur les Perturbateurs Endocriniens⁹ encourage les actions de sensibilisation sur les territoires, notamment dans les établissements accueillant de jeunes enfants, les établissements scolaires, afin de limiter la présence de perturbateurs endocriniens et ainsi de réduire l'exposition de la population.

En matière de santé, la salubrité et l'entretien des locaux posent parfois problème. Il s'agit de mettre à disposition des jeunes un environnement propre et agréable à vivre avec des locaux aérés et adaptés, dénué de substances toxiques comme l'amiante ou les phtalates¹⁰.

L'État doit jouer son rôle par la réglementation, notamment sur l'interdiction ou la substitution de certaines substances¹¹.

Il s'agit aussi de mettre à disposition des jeunes des sanitaires propres leur permettant de satisfaire leurs besoins naturels en toute sécurité et avec l'intimité requise. Les sanitaires sont souvent en première ligne des préoccupations.

Un exemple de la complexité pour parvenir à un équipement « sanitaire acceptable » : Les sanitaires à l'école, un sujet de santé publique

Sanitaires en nombre insuffisant, souvent absents aux étages et fermés en dehors des récréations, non conformes aux besoins des élèves en situation de handicap, n'assurant pas l'intimité des jeunes, parfois dégradés – absence de verrous aux portes des toilettes, absence de consommables (papier toilette, savon, serviettes) manque de poubelles, odeurs désagréables, etc. – ou lieux de harcèlement (notamment des « grands » sur les plus « petits ») trafic, visionnage de films

⁹Source : <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimiques/article/perturbateurs-endocriniens>

¹⁰ Les phtalates sont des substances chimiques présentes dans de nombreux produits de consommation courante (emballages alimentaires, jouets, revêtements de sol en vinyle, produits cosmétiques, produits d'entretien ménagers, peintures, etc.). L'alimentation participerait à 90% de l'exposition totale. Source : Santé publique France.

¹¹ Préconisation du CESE : "Adopter une nouvelle approche du risque pour la décision publique, fondée sur le principe de précaution: passer d'une approche substance par substance, usage par usage, à une approche générique identifiant les dangers à éviter, les plus préoccupants pour la santé humaine ou pour les écosystèmes ».

Source : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2022/FI08_sante_environnement.pdf

pornographiques, voire prostitution, les sanitaires scolaires sont, dans certains établissements scolaires du second degré, le « lieu de tous les dangers ». Ces dernières situations, même si elles restent heureusement marginales, ont clairement été soulignées par des responsables départementaux (Conseil départemental de l'Oise) qui s'attellent à aider les établissements à y remédier.

Cependant, les sanitaires sont trop souvent source d'inconfort et générateurs de problèmes de santé pour les jeunes en formation.

Dans le premier degré, l'enquête menée par les Directions Départementales de l'Éducation nationale (DDEN)¹² présente un bilan précis de la situation en 2022.

Dans le second degré, les comptes rendus des réunions de conseils de la vie collégienne ou lycéenne, ou même des Conseils d'administration des EPLE, mettent en évidence l'importance de la question des toilettes dans la vie quotidienne des élèves, leur bien-être à l'école et, au-delà, leur réussite scolaire. Ceci a d'ailleurs conduit le ministère de l'Éducation nationale à éditer un « *Guide d'accompagnement de projets éducatifs relatifs aux sanitaires au collège et au lycée* », disponible sur Eduscol.

Un problème majeur : Qui surveille les locaux ?

La surveillance des sanitaires dans le premier degré, tout comme celle des enfants, est subordonnée aux différents temps de l'enfant, ceux-ci étant dépendant de la diversité des plannings appliqués dans chaque école. En règle générale : Accueil des élèves avant la classe, récréations, pause méridienne et temps périscolaire.

En maternelle, les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM) assurent la surveillance des sanitaires sur tout le temps scolaire, suivant les besoins des tout-petits. En effet, ces ATSEM (99,6% de femmes), recrutées normalement sur concours mais dans les faits de plus en plus sous statut de contractuelles, ont pour mission d'assister le personnel enseignant pour la réception, l'animation et l'hygiène des très jeunes enfants ainsi que d'assurer la préparation et la mise en état de propreté des locaux et du matériel servant directement à ces enfants.

La tendance est à un sous-effectif puisque la loi n'impose pas une ATSEM par classe à temps complet impliquant une impossibilité de fait d'accomplir toutes les missions de la fiche de poste.

Le CESER souligne le rôle central de ces agents territoriaux au service des plus jeunes enfants.

En élémentaire et primaire, les enseignants assurent la surveillance à l'accueil, pendant les récréations et souvent à la pause méridienne, soit sur 80% de la journée scolaire. Les animateurs assurent la surveillance des sanitaires sur le temps périscolaire des mercredis, et sur le temps périscolaire des écoles qui fonctionnent sur 4 jours et demi.

Dans le second degré, les fonctions de surveillance sont assurées par les Assistants d'Éducation (AED), souvent des étudiants qui financent ainsi leurs études. Pendant les cours, les élèves sont sous la responsabilité des enseignants qui, pour cette raison, hésitent souvent à accéder à leur demande éventuelle de les laisser sortir.

Le nombre et la localisation des différents blocs sanitaires au sein des établissements, ainsi que la possibilité ou non de les surveiller de l'extérieur sont des éléments importants à prendre en compte par les équipes de direction et les services « vie scolaire » des EPLE.

Toilettes mixtes ou pas ?

En général, pour les maternelles, il n'y a pas de blocs filles et de blocs garçons. Cela pose notamment la question du besoin d'intimité de certains enfants. Lorsque cette situation persiste en élémentaire, l'enquête des DDEN (voir en annexe) souligne que 11 à 16% des garçons doivent alors utiliser un bloc sanitaire mixte, « d'où l'existence de phénomènes de blocage ».

Cette persistance dans les années qui suivent, au-delà des phénomènes de stress ou troubles de rétention possibles pour les jeunes, quel que soit leur sexe, interroge aussi tout particulièrement la question de l'hygiène des filles durant leurs règles.

L'émergence de la problématique liée au développement des questions de genre à l'école, et du nombre important de jeunes confrontés à des interrogations quant à leur identité sexuelle, font que le sujet de la mixité des sanitaires s'invite dans les débats sur l'école. Des expériences positives de toilettes mixtes en collège ont été menées en Gironde.

La séparation entre les collégiens ne s'effectue plus en fonction de leur genre, mais de leur âge : d'un côté les sixièmes et cinquièmes, de l'autre les quatrièmes et troisièmes. Au-delà de la sécurité renforcée et des bénéfices en termes de santé (moins d'infections urinaires) les plus jeunes apprécient le fait d'être rassurés « de ne pas croiser de grands », de voir les garçons être plus respectueux de la propreté des lieux (sachant qu'il y a des filles) de voir la surveillance facilitée (pas de contrainte relative à un Assistant d'Éducation femme ou homme) etc.

¹² Voir Annexe n°3 - Focus sur la situation des sanitaires en maternelle et primaire : l'enquête 2022 des Directions Départementales de l'Éducation nationale (DDEN).

Ces expériences sont intéressantes, elles supposent une analyse fine de la situation de l'établissement et de ses ressources, ainsi que l'adhésion de l'ensemble de la communauté éducative, tout particulièrement les élèves et leurs parents.

II. Des dispositifs pour des accueils personnalisés de certains élèves

De nombreux dispositifs ont été mis en place pour aider les élèves dans leur scolarité (PPRE¹³, PPRE passerelle...). Certains d'entre eux sont réservés aux questions de santé.

a. Le PAI, Projet d'Accueil individualisé

Le PAI, Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé, est rédigé par le médecin scolaire ou de PMI (en maternelle) puis signé par le directeur d'école (dans le premier degré) ou le chef d'établissement (dans le second degré) et la famille. Il est élaboré avec le jeune et ses responsables légaux, à leur demande ou en accord avec eux et avec leur participation.

Il concerne des problèmes médicaux ne relevant pas du champ du handicap. Il est notamment utilisé en cas d'allergies, alimentaires par exemple – il sera alors communiqué aux agents en charge de la restauration scolaire – ou de motifs médicaux nécessitant la sortie de cours en dehors du temps des interours. Pour aller plus loin, voir la circulaire MENJS du 10 février 2021 publiée au [Bulletin officiel n°9 du 4 mars 2021](#).

Figure 8. Le processus de demande d'un Projet d'Accueil Individualisé



b. Le PAP, plan d'accompagnement personnalisé

¹³ Programme Personnalisé de Réussite Éducative.

Le PAP est défini à l'article D. 311-13 du code de l'éducation. Il permet à tout élève présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages, de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique (sans besoin de compensation).

Il est établi par le médecin scolaire, au vu de l'examen qu'il réalise et, le cas échéant, des bilans psychologiques et paramédicaux réalisés. Revu et co-signé chaque année par les parents et le chef d'établissement, le PAP est communiqué à l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique de la classe dans laquelle l'élève suit sa scolarité, afin qu'ils aient connaissance des aménagements pédagogiques qu'il leur faudra mettre en œuvre. Il faut noter que, dans la pratique, le PAP est parfois mis en place dans l'attente (souvent longue) des résultats de l'examen par la MDPH de mesures de compensations et la mise en place d'un PPS.

c. Le PPS : projet personnalisé de scolarisation

Le PPS est défini à l'article D. 351-5 du code de l'éducation. Il est élaboré lorsque l'élève a besoin de compensations liées à son parcours de formation. Suite à une demande de la famille, la MDPH s'est prononcée sur sa situation de handicap. Le PPS précise les aménagements et adaptations pédagogiques nécessaires et favorise la cohérence des actions. Il permet à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de prendre les décisions relatives à la scolarisation en matière d'orientation (ULIS, IME, SESSAD, etc.) de matériel pédagogique adapté et d'aide humaine. Il comporte les préconisations utiles à la mise en œuvre de ce projet.

III. Un climat scolaire serein et sans harcèlement

Selon le ministère de l'Éducation nationale, 5 à 6% des élèves seraient victimes de harcèlement scolaire. Protéger et accompagner les jeunes victimes de harcèlement relève autant de l'école que de l'entourage de la personne concernée. Le CESER a édité un dossier complet¹⁴ sur ce sujet en 2022.

G) Attacher de l'importance à la question d'une vie affective et sexuelle épanouie¹⁵

S'il est un sujet que l'on aborde peu, voire pas du tout dans les rapports avis du CESER, c'est bien celui-là. Pourtant, ce thème fait l'objet de nombreuses études, tant au niveau national qu'international, démontrant l'impact d'une sexualité épanouie sur la santé globale des individus. De quoi parle-t-on ? Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les droits humains et droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. »

Il ne s'agit donc pas ici uniquement d'une question de prévention des affections sexuellement transmissibles ou de pratiques contraceptives, mais bien d'une approche globale de la vie affective dans ses dimensions physiques, mentales et sociales. Si sur cette question les parents ont un rôle fondamental à jouer auprès de leurs enfants, l'école, au sens large, doit également se l'approprier, afin de permettre à chaque jeune d'acquérir et de développer les compétences psychosociales nécessaires pour une vie épanouie.

¹⁴ <https://ceser.hautsdefrance.fr/blog/article/harcelement-en-milieu-scolaire-820>

¹⁵ Voir Annexe n°4 – Dossier sur l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Il faut cependant reconnaître que pour aborder cette question, les professionnels du secteur de la formation, aux différents niveaux, sont souvent démunis, alors même que leur quotidien les y confronte, et que « l'éducation à la vie affective et sexuelle » est une des missions de l'école.

En effet, La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception a inscrit l'éducation à la sexualité dans le code de l'éducation et rendu obligatoire trois séances annuelles d'éducation à la sexualité du cours préparatoire aux classes de terminales.

L'objectif principal de cette éducation à la sexualité en milieu scolaire est de contribuer à l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres. Pour cela, il s'agit :

- D'apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques
- D'identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique
- De développer l'exercice de l'esprit critique
- De favoriser des comportements responsables individuels et collectifs (prévention, protection de soi et des autres)
- De faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Qu'en est-il réellement sur le terrain ?

Force est de constater que l'Éducation nationale n'assume pas ses responsabilités en la matière. Des rapports publiés ces dernières années (IGESR¹⁶, Sénat) pointent que l'effectivité des trois séances annuelles minimum d'éducation à la sexualité est "très inégale". D'après de récents sondages, "seules 15 % des personnes âgées de 15 à 24 ans déclarent avoir bénéficié de plus de 6 séances d'éducation à la sexualité dans toute leur scolarité et 17 % n'en avoir jamais reçu".

Pour tenter de remédier à cette situation, le MENJ (Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse) a publié en septembre 2022 une circulaire pour renforcer cet enseignement. Le texte invite les inspecteurs de l'Éducation nationale « IEN », les directeurs d'école et les chefs d'établissement à en "assurer la mise en œuvre effective dès cette année scolaire".

Face aux enjeux et lassés d'attendre, trois organisations (le Planning familial, Sidaction et SOS Homophobie) ont saisi le Tribunal administratif de Paris pour demander l'application de la loi de 2001 relative à l'éducation à la sexualité des élèves, tout au long de leur scolarité. Elles demandent au juge administratif de se prononcer en faveur de :

- "la reconnaissance de la responsabilité de l'État dans le défaut de mise en œuvre de la loi de 2001,
- l'obligation de l'État de mettre sans délai un terme à l'ensemble des carences et de prendre toute mesure utile permettant de respecter ses obligations légales,
- la réparation du préjudice moral qu'elles ont subi".

Les trois associations ont également adressé une mise en demeure le 21 octobre 2022 au ministre de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, qui leur a répondu le 3 janvier 2023, "sans pouvoir toutefois garantir la mise en œuvre effective des trois séances annuelles obligatoires".

¹⁶ IGESR : Inspection générale de l'Éducation, du sport et de la recherche

La suite de ce rapport et la fiche détaillée en annexe permettront d'approfondir les raisons de ce blocage et les solutions possibles pour le lever.

H) Améliorer l'accueil des élèves en situation de handicap ou à besoins éducatifs particuliers

Les éléments présentés ici n'ont pas vocation à traiter de manière exhaustive cette question importante du handicap, qui mériterait à elle seule la rédaction d'un rapport-avis, mais de dégager quelques points essentiels pour mieux comprendre la réalité de la mise en œuvre de la loi de 2005, et le vécu des élèves, parents et personnels des établissements confrontés à cette situation.

I. Cadre général

Pendant de très nombreuses années, la scolarisation des élèves en situation de handicap s'est déroulée dans le cadre de structures séparées des écoles, parfois dans les instituts spécialisés (pour sourds et aveugles, par exemple).

Dans les années 80 se développent des politiques « d'intégration » : il s'agit alors d'intégrer scolairement, par la présence en classe ordinaire (intégration « individuelle ») ou par l'affectation dans des classes spéciales en école primaire ordinaire (intégration « collective ») ou encore par des mesures mixtes, au nom du « décloisonnement » des institutions séparées.

Énoncée au nom de « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », la loi du 11 février 2005 a posé comme principe de base l'accueil en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap.

Cette loi affirme en effet le principe de la formation scolaire pour les enfants handicapés ou présentant un trouble de la santé invalidant. Elle instaure l'obligation d'inscription de ces enfants dans l'établissement scolaire le plus proche du domicile, établissement défini comme « établissement de référence ». Toutefois, leur formation peut être assurée selon des modalités diverses, en fonction du projet personnalisé de scolarisation (PPS).

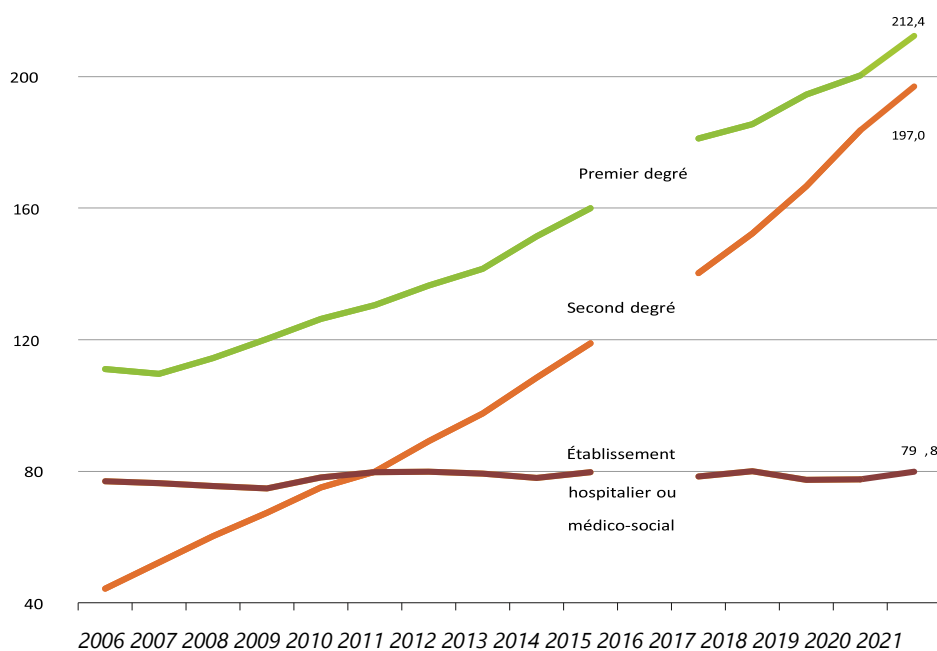
Elle a lieu soit en école ordinaire (et, là encore, soit en classe ordinaire, soit en dispositif dit « d'inclusion scolaire ») soit au sein d'établissements adaptés, y compris médico-éducatifs. Mais la priorité affirmée est celle de l'établissement scolaire destiné à tous.

La notion d'inclusion s'est substituée à la notion d'intégration, et la présence d'enfants « handicapés » a augmenté fortement dans les établissements ordinaires.

La seule augmentation du nombre de jeunes en situation de handicap fréquentant le milieu scolaire ordinaire ne peut cependant suffire. En effet, de nombreux obstacles à une inclusion réelle et réussie subsistent, particulièrement au-delà de l'école primaire. Comme le souligne la FCPE dans sa « note du conseil scientifique » n°25 (avril 2021) « *l'accessibilité ne doit pas être seulement physique, mais éducative au sens large du terme, c'est-à-dire la construction du lien social. Ceci relève d'un engagement de l'ensemble des acteurs scolaires et d'une politique globale d'établissement* ».

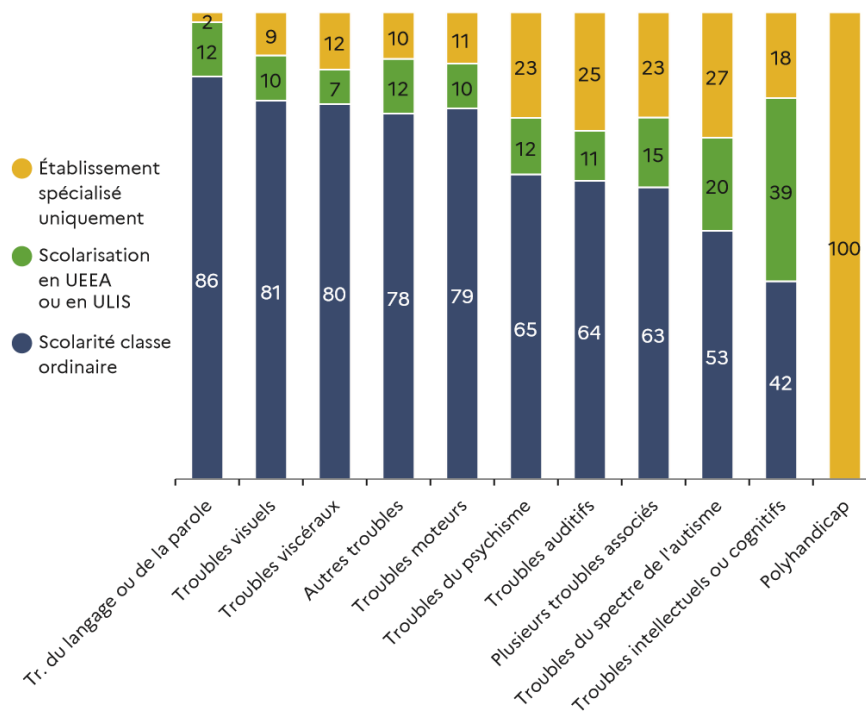
II. État des lieux au niveau national

Figure 9. Évolution de la scolarisation des élèves en situation de handicap entre 2006 et 2022 (en milliers) :



Champ : France métropolitaine + DROM (intégration de Mayotte à partir de 2012), Public et Privé sous et hors contrat

Figure 10. Mode de scolarisation des élèves en situation de handicap selon la nature du trouble en 2021-2022 (en %) :



Champ : France métropolitaine + DROM, Public et Privé sous et hors contrat.
Source : L'État de l'école 2022, publication de la DEPP.

III. La situation dans la région

Dans l'académie de Lille¹⁷, la part des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire est bien plus importante (4,2 % des élèves) qu'en moyenne nationale (3,3%). Cette part ne cesse de progresser. Ce taux était de 3,6 % en 2019-2020 (2,9 % au national) et l'écart au national s'accroît. Ainsi, à la rentrée 2022, 37 366 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire, soit une progression de 12 % par rapport à la rentrée 2021 (+ 4,8 % au niveau national).

Dans l'académie d'Amiens, le total des élèves en situation de handicap s'élève à 13 696.

Ces chiffres recouvrent des handicaps très différents : troubles intellectuels et cognitifs, troubles du psychisme, troubles du langage ou de la parole, troubles auditifs, visuels, viscéraux, moteurs ou autres. Certains jeunes souffrent de plusieurs troubles associés.

Cette diversité pose la question de la gestion individualisée de chaque jeune, avec ses spécificités, au sein d'un groupe classe important (30 élèves en collège, par exemple). Elle pose aussi la question de la formation initiale et continue des personnels et la question du « vivre ensemble », notamment celle des relations entre les élèves.

Au quotidien, les élèves en situation de handicap peuvent être confrontés aux problèmes d'accessibilité (établissements peu ou mal adaptés, escaliers nombreux, absence d'ascenseur, de toilettes spécifiques, etc.). Lors de son audition, le Conseil départemental du Nord a insisté sur les efforts financiers fournis dans ce domaine (12,5M€). Mais certains collèges restent encore en attente (ascenseurs notamment). Héritières d'un parc scolaire parfois vétuste, les collectivités territoriales doivent donc faire face aux exigences, légitimes, d'accueil de tous, quel que soit le handicap, au sein des écoles, collèges et lycées. Au-delà de ces obligations légales, la Région (audition du 14 février 2022) a indiqué avoir lancé un appel à projets pour financer des investissements dans les ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire) publiques et privées.

a. Des avancées, mais encore beaucoup de chemin à parcourir...

Au-delà de l'accessibilité, des avancées ont eu lieu quant au second pilier de la loi de 2005 : la compensation. Divers dispositifs (SDEI, PIAL, Cap école inclusive, automatisation des aménagements d'examens, LPI, etc.) et instances (CDSEI, CNSEI, etc.) ont été mis en place afin d'améliorer et de coordonner les parcours et la formation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes en situation de handicap. Des conventions de partenariat avec les ARS ont été signées, et des moyens budgétaires supplémentaires ont été alloués (emplois d'AESH notamment). Cependant, sur le terrain, comme l'ont montré les échanges dans le groupe de travail, le compte n'y est pas, que ce soit pour :

- Les parents confrontés aux difficultés de leur enfant, aux difficultés du dépistage précis de ses problèmes, à la complexité du système de demande de reconnaissance du handicap (lourdeur du dossier GEVASCO, délais importants entre la demande de compensation et la réponse de la MDPH) ainsi qu'aux difficultés de mise en œuvre effective des notifications MDPH. Les familles sont confrontées également à la difficulté du suivi des adaptations pédagogiques nécessaires à la réussite de leur enfant lors d'un changement d'établissement ou de niveau (de l'école au collège, du collège au lycée, ou encore à l'entrée dans l'enseignement supérieur).
- Les AESH, au statut encore précaire (malgré quelques avancées depuis deux ans) aux conditions de travail difficiles (souvent plusieurs enfants à aider, sur plusieurs établissements, avec une formation parfois très insuffisante) et une reconnaissance de leur place dans la communauté éducative à consolider.
- Les enseignants, soucieux de bien faire mais frustrés de ne pas voir les conditions réunies pour y parvenir, qui ne s'estiment pas assez compétents et manquent de temps pour le devenir.

¹⁷ Le projet académique 2022-2027, disponible sur le site de l'académie, consacre une part importante à la question du Handicap.

- Les élèves, dont le suivi des cours est parfois fortement perturbé par les troubles du comportement de leurs camarades.
- Les élèves en situation de handicap, qui ne sont pas toujours réellement intégrés dans leur établissement, peuvent souffrir d'ostracisme, de moquerie, de harcèlement.

Le contexte inclusif actuel peut donc induire de nombreuses souffrances : pour l'enfant à inclure et ses parents, chez les autres élèves et chez les enseignants qui affrontent ces mutations sans formation et sans moyens supplémentaires. Force est de constater que la prescription louable et légitime d'inclure les élèves en situation de handicap est en inadéquation avec les ressources matérielles et professionnelles disponibles. Tout cela peut même conduire, comme l'a souligné le Conseil départemental de l'Oise, à une véritable maltraitance du jeune en situation de handicap, aux antipodes des principes mêmes de l'école inclusive.

Quelques éléments de l'audition du Conseil départemental de l'Oise

Les représentants du Conseil départemental de l'Oise soulignent que la question du handicap, et notamment celle des troubles autistiques, pose un vrai souci au sein de l'Éducation nationale :

- Problème pour sensibiliser les parents qui sont souvent dans un déni total, malgré les alertes des enseignants.
- Absence de classes d'accueil spécifiques quand les difficultés le nécessitent (à la fois pour l'enfant lui-même, mais aussi pour les enseignants et l'ensemble de la classe). Dans l'Oise par exemple, il manque 350 places en IME.
- Nécessité de gérer ce problème de santé le plus en amont possible.
- Une réponse par le recours aux AESH qui n'apporte pas toujours une solution : se pose en effet le problème de leur formation et de leur domaine de métier.

b. Des obstacles à surmonter

Les déperditions d'effectifs d'élèves en situation de handicap, au fur et à mesure de l'avancée dans les parcours scolaires, montrent la fragilité de la continuité, les obstacles restant encore nombreux au-delà de l'école primaire.

Les types de difficultés présentées par les enfants jouent aussi un rôle important dans leur orientation. Les troubles les plus représentés dans la scolarisation ordinaire (y compris dans les unités ULIS) sont, par ordre décroissant, les troubles intellectuels et cognitifs, les troubles du langage et de la parole, les troubles du psychisme, les troubles du spectre autistique. Viennent seulement ensuite les troubles associés, les troubles moteurs, les troubles auditifs et visuels, les troubles viscéraux. Mais on constate surtout des différences entre les niveaux d'enseignement : dans le second degré, une présence moindre des élèves avec troubles autistiques et une présence plus forte de ceux qui présentent des troubles du langage et de la parole. De plus, les élèves qui présentent un trouble du psychisme sont plus souvent en milieu spécialisé (22 %) alors que ceux qui présentent un trouble du langage et de la parole sont très majoritairement scolarisés en milieu ordinaire (98 %). Quant aux établissements médicosociaux, ils reçoivent essentiellement des enfants avec troubles intellectuels et cognitifs plus sévères (État de l'école, 2018). Des enquêtes ministérielles ont encore montré que les enfants en situation de handicap scolarisés en école ou en collège sont le plus souvent d'origine sociale « défavorisée », quel que soit le trouble constaté.

Parmi les points de mise en application de la loi qui posent problème, on peut notamment, en complément des travaux du groupe de travail, noter :

- La question des enfants restés sans solution d'accueil (ou accueillis en Belgique, surtout pour les enfants avec troubles psychiques)
- Le retard dans les collaborations entre le secteur de l'Éducation nationale et le secteur médico-social.

Le rapport des inspections générales en 2018 sur l'aide aux élèves en situation de handicap souligne l'inégale répartition des services et des aides sur le territoire. De leur côté, les aides humaines de la part des personnels

sous contrat et non enseignants, comme les AVS puis les AESH, ont connu une forte augmentation. En 2018-2019, un total d'environ 49 % d'élèves en situation de handicap sont accompagnés, soit 65 % dans l'enseignement du premier degré et 35 % dans l'enseignement du second degré. Pourtant, ces aides ne répondent pas encore suffisamment aux fortes demandes des parents et des enseignants, aussi bien du point de vue quantitatif que du point de vue qualitatif, c'est-à-dire du point de vue de la qualité de l'aide et de la collaboration avec les professeurs.

Les rapports de la Cour des comptes se multiplient. La santé des jeunes est un sujet essentiel. Après tout, les jeunes d'aujourd'hui ne sont-ils pas les adultes de demain ?

Ces fondamentaux que nous venons d'énumérer sont-ils assurés pour les jeunes des Hauts-de-France ?

3. La prévention et la politique globale de santé des jeunes en région

A) Une éducation à la prévention et à la santé

L'amélioration de la santé des jeunes est une priorité de santé inscrite dans la loi de modernisation du système de santé. La prévention y tient une place fondamentale et s'y intègre par plusieurs voies :

- Le parcours éducatif de santé dans les établissements scolaires.
- La promotion de la santé hors Éducation nationale. Les politiques de santé pour les jeunes sont souvent limitées à des actions d'information et de prévention inscrites dans un cursus scolaire classique. Il faut donc examiner la situation des jeunes suivant une formation professionnelle, et surtout de ceux qui sont en dehors du système scolaire en le quittant prématurément. Les jeunes ne sont donc pas un public homogène et présentent des caractéristiques et des trajectoires variées.
- L'accès des jeunes à la prévention répond par ailleurs à plusieurs démarches : missions des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) choisis par les parents d'un médecin traitant pour les enfants âgés de 0 à 16 ans, renforcement du dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage ou des conduites addictives.

Les enseignants, principalement chargés de l'instruction, ont également une mission fondamentale d'éveil à la santé qui devrait idéalement s'articuler avec celle des parents. En effet, dans le domaine de la prévention et de la santé, éducation et instruction sont étroitement liées, complémentaires et indissociables.

Éduquer, c'est former quelqu'un en développant et en épanouissant sa personnalité, en lui donnant les savoir-être et les savoir-faire utiles à la vie sociale. Les enseignants participent largement à cette mission, dont la responsabilité essentielle incombe aux parents. Instruire, c'est transmettre des connaissances et du savoir. Éducation et instruction relèvent donc prioritairement, pour les jeunes en formation, des parents, des professionnels de santé et des enseignants qui doivent idéalement coopérer et se partager ces deux missions.

La santé s'inscrit dans un parcours de vie qui trouve ses racines dans l'enfance, et les premières années de la vie sont décisives dans la construction du capital santé de l'enfant, dans ses dimensions physique, psychique, affective et sociale. Les inégalités sociales ont très vite des répercussions positives, telles les vaccinations et les dépistages, ou négatives, sur la sédentarité, les comportements alimentaires, puis les diverses addictions.

L'acquisition des compétences psycho-sociales est en jeu et il est capital de favoriser la meilleure trajectoire possible, de neutraliser les risques, y compris pour les jeunes souffrant de maladies chroniques.

Les interventions des différents acteurs doivent cibler les trois objectifs prioritaires qui sont majeurs dans notre région :

- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, car il existe une large corrélation entre indicateurs de santé et indicateurs sociaux. Ces inégalités potentialisent l'écart entre l'état de santé de la population régionale et nationale. La lutte doit s'appuyer sur le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les populations les plus démunies (PRAPS) en développant notamment les démarches intitulées « aller vers » faisant intervenir la médiation en santé et l'accompagnement social. On a vu que le concept d'ambassadeurs mis en place par l'ARS pour promouvoir la vaccination anti-Covid avait été efficace.
- La priorité donnée à la santé des jeunes.
- La prévention des maladies et la promotion des comportements favorables à la santé, avec notamment l'action sur l'environnement (PRSE) et celles qui ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie et de réduire la prévalence des maladies chroniques. Elles doivent cibler les populations en situation de précarité, et notamment les enfants et les jeunes, considérés comme les plus impactés par ces déterminants de santé.

On verra, dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS), que ces enjeux se déclinent dans les sept orientations stratégiques du Cadre d'Orientations Stratégiques (COS) et quelques-uns des 23 objectifs généraux du Schéma Régional de Santé.

B) La politique de l'ARS en Hauts-de-France

À la suite d'un diagnostic régional réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S) qui a mis en exergue, dans la région, des inégalités persistantes malgré une amélioration de l'état de santé de la population, a été élaboré par l'ARS le Projet Régional de Santé (PRS 2) 2018-2028 qui comporte trois documents constitutifs :

- Le COS, Cadre d'orientation stratégique avec sept objectifs stratégiques.
- Le SRS, Schéma régional de santé (cinq ans, période 2018-2023) avec 22 objectifs généraux déclinés en objectifs opérationnels. Le SRS est en cours de révision à l'ARS.
- Le PRAPS, Programme régional relatif à l'accès, à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (2018-2023) avec quatre objectifs opérationnels.

Ces programmes sont cohérents avec la Stratégie Nationale de Santé. Ils sont discutés et validés par le Préfet de Région, les collectivités territoriales, les cinq conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, le conseil de surveillance de l'ARS et la CRSA, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui regroupe, en huit collèges, tous les acteurs de la santé de la région. Le CESER y siège à titre consultatif.

Le SRS a identifié 22 objectifs généraux mais surtout trois enjeux majeurs pour les dix prochaines années :

- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé
- La priorité donnée à la santé des jeunes
- La prévention des maladies et la promotion des comportements favorables à la santé.

Pour le PRS, sept orientations stratégiques ont été définies, parmi lesquelles :

- Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge.
- Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population.

Le PRS 2 actuel termine sa première période quinquennale cette année. Son bilan et son évaluation sont en cours pour aborder la deuxième période quinquennale.

La santé des jeunes et la prévention y occupent une place importante. Les grandes lignes des actions menées dans ce cadre sont décrites dans l'objectif général 3 du SRS intitulé « Promouvoir la santé des jeunes, problématiques prioritaires ».

Il est rappelé que l'amélioration de la santé des jeunes est une priorité de santé inscrite dans la loi de modernisation du système de santé (2016). Les actions proposées se situent dans le parcours éducatif de santé

dans les établissements scolaires, la promotion de santé hors Éducation nationale, et l'accès des jeunes à la prévention. En outre, s'ajoutent :

- Le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes.
- La convention-cadre de 2016 entre les ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et celui des Affaires Sociales et de la Santé.
- Les initiatives nationales de la PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse) et celles régionales des collectivités territoriales.
- Les conventions de partenariat de 2017 entre l'ARS et ses partenaires, Assurance Maladie, Éducation nationale et PJJ.
- Le rôle éminent de très nombreuses associations dont les missions se concentrent sur l'éveil et l'accompagnement des jeunes dans le domaine de la santé et de la prévention.

L'évaluation et le bilan des PRS antérieurs ont servi à déterminer les problématiques prioritaires des enfants de 6 à 11 ans, des adolescents de 11 à 16 ans et des jeunes adultes de 16 à 25 ans :

- Les inégalités sociales et territoriales de santé induisent des difficultés accumulées dès l'enfance, qui perturbent les trajectoires de vie et l'accès aux études supérieures, à un emploi qualifié.
- Une méconnaissance des besoins de ce public et parfois une offre de santé inadaptée.
- Des conduites à risque plus importantes.
- Des pensées suicidaires et des tentatives de suicide plus fréquentes.
- Une coopération et une connaissance insuffisante des multiples dispositifs de santé pourtant très nombreux.

Dans la logique du PRS, cinq objectifs opérationnels ont été définis pour tenter de répondre à ces problèmes :

1. Promouvoir des environnements et comportements favorables au bien-être et au développement physique et mental des jeunes

Il s'agit de développer l'action sur les déterminants de santé en favorisant le développement des compétences psychosociales. L'objectif est que les jeunes fassent des choix responsables et soient incités à des comportements favorables à leur santé et à l'autonomie. Les différentes pistes sont les compétences psychosociales, les programmes en faveur d'une alimentation saine, d'une activité physique régulière, de prévention des addictions et enfin de relais de la stratégie nationale de santé sexuelle. Le renforcement des compétences des professionnels de santé et de l'éducation au contact des jeunes est aussi une priorité pour l'évolution des pratiques et la création d'une culture commune.

On citera enfin l'appropriation des données du PRSE 3 et le respect de ses préconisations.

2. Structurer une offre de prévention accessible et adaptée

L'objectif est ici de dépasser les limites des actions d'information et de prévention à destination des jeunes suivant un cursus scolaire ou universitaire. En effet, les jeunes suivant une formation professionnelle et ceux qui sont en dehors du système scolaire, quelle qu'en soit la raison, ne sont pas forcément pris en charge. Afin de renforcer l'égalité des chances, la LMSS (loi de modernisation du système de Santé) recommande l'implication dans le champ de la santé des acteurs proches des jeunes en marge du système scolaire, et notamment des missions locales. L'amélioration de la santé des étudiants est une priorité et repose sur des actions de promotion de la santé qui sont ciblées, la prévention par les pairs et une offre de soins dans les services de santé universitaires (SSU) en complément des examens périodiques de prévention des SSU. Il ne faut pas méconnaître l'amélioration nécessaire à l'accès aux droits et aux soins des jeunes et étudiants vulnérables.

3. Réduire les comportements à risque chez les jeunes

La jeunesse comprend une période d'engagement dans de nouveaux comportements tels que transformations, tentations, transgressions, prises d'initiative et prises de risque. Il est nécessaire de renforcer les actions de

prévention des conduites addictives et du risque suicidaire, des infections sexuellement transmissibles et du VIH, la promotion du dépistage et des vaccinations.

4. Améliorer la connaissance de l'état de santé des jeunes et de leurs déterminants

Les nombreuses données disponibles sur la santé des jeunes ne sont pas forcément mises en commun et harmonisées. Chaque institution produit ses données, mais elles ne sont pas exploitées en commun dans une démarche territorialisée et interinstitutionnelle. Un système d'information partagé devrait faciliter le pilotage et le suivi des politiques de santé. C'est pour répondre à cet objectif qu'a été faite la proposition de créer un observatoire de la santé des jeunes. Mais quelle est l'efficacité opérationnelle des conclusions des travaux des observatoires ?

5. Renforcer la coordination des acteurs œuvrant en faveur de la santé des jeunes sur les territoires

On distingue dans le développement des jeunes quatre périodes : la petite enfance, l'entrée à l'école, l'adolescence et le passage à la vie adulte. Chacune de ces étapes possède ses particularités et nécessite des approches différentes, donc des politiques plurielles.

Elles sont mises en œuvre par des opérateurs multiples, au moyen de nombreux plans et programmes nationaux et locaux. Il est préconisé d'inclure ces dispositifs dans une démarche territoriale et partenariale sous l'égide de la CCPP (Commission de coordination des politiques publiques).

Si, comme nous venons de le voir, la première tranche quinquennale du PRS vient de s'achever, son bilan et son évaluation débutent à peine, notamment sur l'axe prioritaire de la prévention. La santé des jeunes est une des conditions essentielles pour la réussite de leur parcours de vie. Or, à notre connaissance, les indicateurs de santé ont encore empiré depuis les derniers rapports des CESER Picardie et Nord-Pas-de-Calais parus en 2009 et 2010 sur la santé des jeunes. Est-ce vrai pour l'ensemble des classes d'âge des jeunes en formation ? Quelles sont les prises en charge globales ou spécifiques à chacune d'elles ? C'est ce que nous allons tenter d'explicitier et d'analyser dans la deuxième partie de ce rapport.

DEUXIÈME PARTIE – LA SANTE DES JEUNES EN FORMATION : PRISE EN CHARGE AU FIL DES AGES

La prise en charge de la santé des jeunes en formation se doit d’être différenciée selon la tranche d’âge à laquelle on s’adresse. Les premières années de vie déterminent l’adulte de demain. L’adolescent peut être exposé à des risques sournois (addictions, etc.). L’étudiant sera confronté à la problématique de l’accès aux soins, etc. C’est pourquoi est fait ici le choix de présenter par niveau d’enseignement les enjeux, le rôle des acteurs, et les spécificités propres à chaque âge.

1. Les enfants : élèves du premier degré (Maternelle et élémentaire)

En région Hauts-de-France, 601 000 enfants sont scolarisés en primaire. Ces futurs adultes, en pleine construction d’eux-mêmes, sont la clé de l’état de santé des prochaines générations d’adultes.

Allant contre le déterminisme des années 70, longtemps resté marqué dans les esprits et les pratiques et qui voulait que « tout se joue avant 6 ans » ou même 3 ans, le CESER a entendu les acteurs au plus proche des enfants, en charge du suivi de leur évolution sereine et en bonne santé.

Force est de constater au fil de ces entretiens (Éducation nationale, Départements, association, etc.) que les moyens mis en œuvre sont bien en dessous des enjeux, et relativement éparpillés entre les acteurs.

A) Les enjeux spécifiques

1. Les premières années scolaires

C’est la période des premières vaccinations. Le rapport de la Cour des comptes¹⁸ souligne que la France se situe dans une position moyenne, voire très moyenne, par rapport à d’autres pays comparables concernant la couverture vaccinale. On note que les Hauts-de-France sont dans une situation plutôt favorable concernant la rougeole, tant en matière de vaccination que de nombre de cas déclarés.

Figure 11. Vaccination obligatoire selon l’âge

1 mois	2/4/11 mois (3 injections)	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans
<u>Tuberculose</u> (BCG)*	<u>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite</u> <u>Coqueluche</u> <u>Méningites à Haemophilus influenzae b</u>	<u>Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) : 1^{ère} injection</u>	<u>Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) : 2^{ème} injection</u>	<u>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : rappel</u> <u>Coqueluche : rappel</u>	<u>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : rappel</u> <u>Coqueluche : rappel</u> <u>Pour les filles et les garçons : Infections à Papillomavirus humain (HPV)</u>

¹⁸ <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-des-enfants>, « La santé des enfants. Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. », rapport de la Cour des comptes auprès de la Commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale, décembre 2021.

Méningites,
pneumonies et
septicémies à
pneumocoque
Hépatite B

À 5 mois (avec une 2e injection à 12 mois), et possible jusqu'à 24 ans

- Méningites et septicémies à méningocoque C

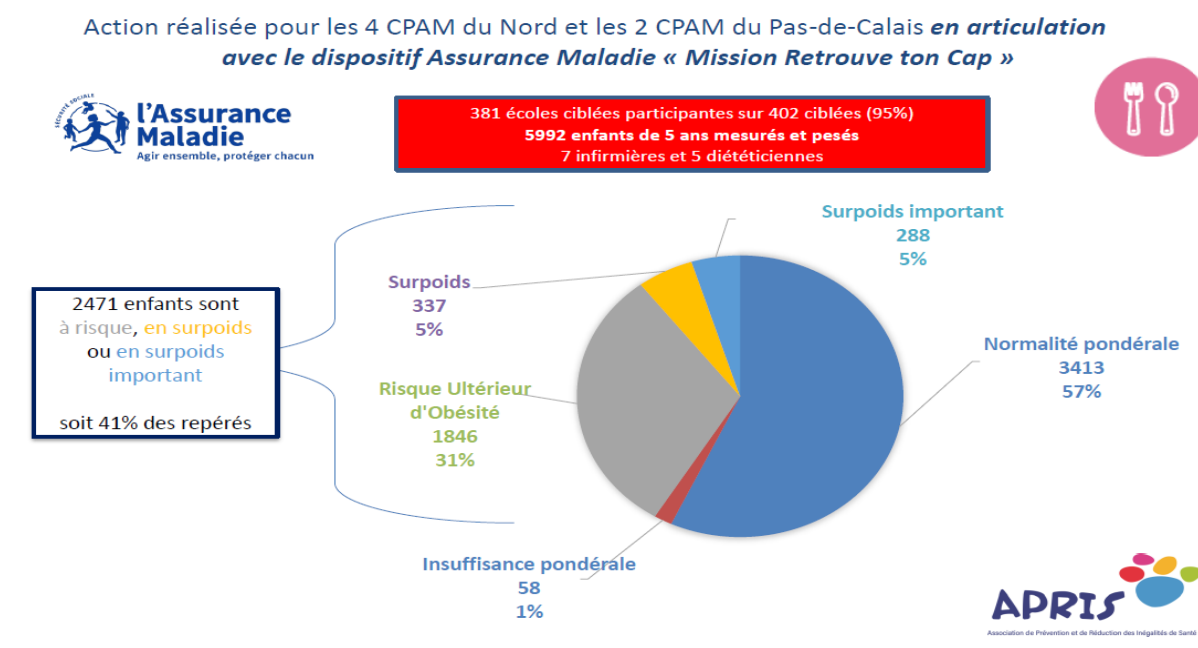
C'est aussi la période des premiers bilans de santé en milieu scolaire. Ils comprennent le bilan de santé de 3-4 ans réalisé par les services de PMI en école maternelle, la visite médicale au cours de la sixième année et le dépistage infirmier au cours de la douzième année. Selon les codes de la santé publique et de l'éducation, tous les enfants doivent bénéficier de ces examens, aux âges prévus. Les taux de réalisation en région de ces bilans scolaires sont détaillés un peu plus loin.

II. L'émergence de problèmes de santé

Un certain nombre de problèmes de santé, qui vont marquer la vie des élèves, apparaissent dès le plus jeune âge : l'insuffisance d'activité physique, l'addiction déjà forte aux écrans et la sédentarité qui en découle, la surconsommation de produits sucrés.

Et de fait, surpoids et obésité commencent très tôt, et cela depuis bien longtemps dans notre région¹⁹. En Hauts-de-France, une étude d'APRIS met en évidence le problème de surpoids des enfants.

Figure 12. Repérage du risque ultérieur d'obésité des enfants de 5 ans dans le Nord et le Pas-de-Calais



On soulignera l'importance des inégalités de santé (en lien avec les inégalités socioéconomiques) et c'est un enjeu en soi que de les résorber. On observe de fortes disparités selon les CSP, en matière de santé buccodentaire par exemple. La Cour des comptes (CDC) souligne aussi que le niveau de langage et le développement psychomoteur des enfants à l'école maternelle « dépendent de l'activité ou non des parents, de leur profession ou de la composition du foyer. Selon l'étude Elfe-PMI décrivant les bilans de santé réalisés en petite ou moyenne section de maternelle dans 30 départements métropolitains, les taux d'enfants présentant des difficultés de langage ou de

¹⁹ <https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/la-sante-des-jeunes-de-15-a-25-ans-en-nord-pas-de-calais-602>

développement psychomoteur à 3 ans et demi sont nettement plus élevés au sein des familles monoparentales et des familles ayant au moins un des parents inactif ».

Les inégalités territoriales existent, mais sont moins marquées, avec une différence forte entre la France métropolitaine et les DTOM.

La CDC souligne que les données sont insuffisantes et bien souvent inexploitable. Des enquêtes apportent des informations utiles, mais leur fréquence est faible et beaucoup de données sont anciennes (Enquêtes de la DREES²⁰ en particulier). C'est une préoccupation pour le CESER, soulignée à plusieurs endroits de ce rapport.

III. La prévention : le maillon faible de la santé scolaire du 1^{er} degré

La prévention est encore le parent pauvre, au-delà de quelques initiatives ciblées d'enseignants et d'associations (alimentation, hygiène, etc.). Même l'Assurance maladie par son opération « M'T dents » reste très centrée sur une problématique de santé, certes importante, mais incomplète. Les auditions menées par le CESER font clairement apparaître un manque de moyens humains et financiers pour mettre en œuvre de manière complète les politiques préconisées.

Le CESER a également bien appréhendé la multiplication d'intervenants (PMI, Éducation nationale, Assurance maladie, etc.) qui n'ont pas forcément la même vision et les mêmes objectifs. Par ailleurs, la CDC remarque que dans les agglomérations, les parents ont tendance à de plus en plus faire reposer sur le médecin traitant la prise en charge des soins et la promotion de la santé pour leurs enfants, cela ajoutant à la dispersion du suivi et à l'incapacité d'évaluer efficacement les résultats de préconisations pourtant essentielles.

La Cour des comptes relève aussi que le carnet de santé papier, cet objet précieux que tout le monde a présenté pendant des années à chaque professionnel de santé rencontré, comme seul outil de suivi individualisé, ne permet pas d'alimenter des études de masse ou des recherches cliniques à proprement parler. Or ces études ou projets pourraient alerter en amont et éviter des réponses parfois au coup par coup.

Les quelques initiatives de l'un ou l'autre intervenant auprès de la petite enfance peuvent porter ce genre de projet pourtant important, mais sur des populations disparates et parfois peu représentatives.

Manque de moyens, acteurs multiples et pas toujours en lien, outils de suivi un peu dépassés et très individualisés, sont autant de critères qui peuvent alerter.

Car si la volonté est là d'avoir une petite enfance en pleine santé, les limites apparaissent vite et risquent de créer de grandes disparités entre les enfants, suivant qu'ils vivent en ville ou à la campagne, dans tel ou tel département, telle ou telle ville, tel ou tel quartier.

Les préconisations du CESER le mentionneront : un travail énorme est nécessaire pour sauvegarder de manière effective un état de santé satisfaisant pour tous les enfants d'aujourd'hui, leur donner les réflexes primaires de promotion de la santé et de prévention, et voir demain des adultes conscients de leur état et en bonne santé.

²⁰ DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IV. L'absence d'une véritable politique partagée de la santé des enfants

La stratégie nationale de santé pour 2018-2022 marque une double rupture en portant l'ambition d'une réduction des inégalités de santé par une intervention plus précoce en matière de prévention, et en consacrant un volet spécifique à la santé de l'enfant.

Le rapport « 1 000 premiers jours » souligne l'importance de cette période de la vie. Une feuille de route a été mise en œuvre par le secrétariat général du ministère des solidarités et de la santé. Il en existe une déclinaison territoriale sous forme d'appels à projets²¹.

Il remarque que la santé des enfants est une priorité identifiée dans le cadre d'orientations stratégiques en Hauts-de-France (voir encadré ci-après).

L'exemple des Hauts-de-France

Afin que les spécificités territoriales soient mieux prises en considération et partagées avec les différents partenaires de chacun des cinq territoires de démocratie sanitaire de la région, les priorités de santé ont été déterminées en cinq phases : publication de diagnostic territorialisé et présentation lors de la réunion d'installation de chaque conférence territoriale de santé (CTS) en janvier 2017 ; rencontre entre l'ARS et les membres du bureau de la CTS pour présenter les spécificités du territoire en mars 2017 ; temps d'appropriation par les membres de la CTS, à partir de recherche d'informations complémentaires, combinées à l'expertise et la connaissance du terrain ; définition de cinq priorités en avril ; puis de mai à novembre 2017, mise en regard des cinq priorités des CTS et des chantiers définis par l'ARS pour aboutir à un PRS cohérent.

L'ARS a croisé les indicateurs sociaux et sanitaires issus de différentes bases de données nationales (CépiDc, Inserm, Cnaf, ministère de l'économie et des finances, Drees, Asip-santé...) pour établir les diagnostics territoriaux et élaborer son programme régional d'accès prioritaire aux soins. Ces éléments ont été complétés par un diagnostic territorialisé, réalisé par l'observatoire régional de la santé et du social des Hauts-de-France.

Source : Rapport « 1000 premiers jours » : <https://1000journspourlasante.fr/la-commission-des-1000-jours-rend-son-rapport/>

Or, la dispersion des actions et des priorités relatives à la santé des enfants parmi les nombreux axes et objectifs rassemblés au sein des projets régionaux de santé (PRS) rend complexe l'identification d'une politique régionale de santé de l'enfant.

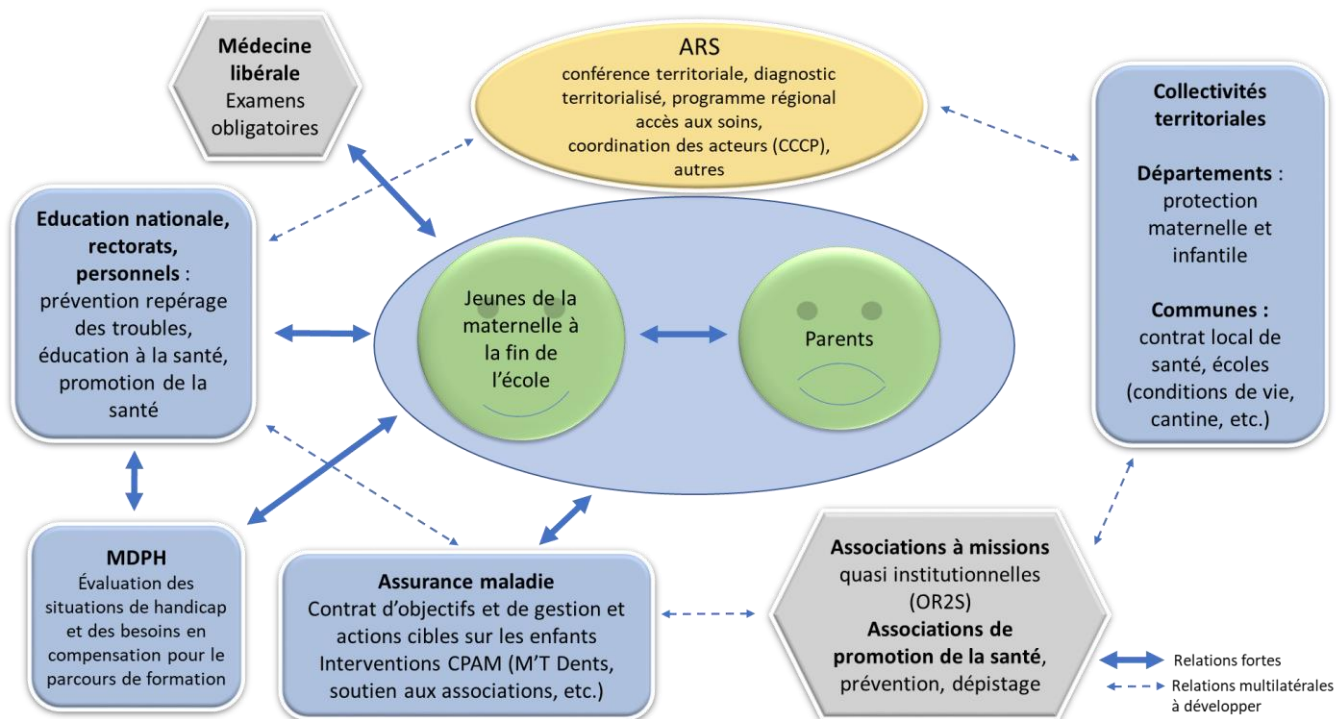
²¹ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/sur-le-terrain/article/appels-a-projets-1000-premiers-jours>.

C) Le rôle des acteurs

Le CESER fait le constat d'un grand nombre d'acteurs, et d'un besoin important de renforcer la cohérence de leurs actions.

- **Vue d'ensemble**

Figure 13. Les principaux acteurs de la santé des enfants en primaire



La promotion et la protection de la santé infantile sont des missions partagées entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Le Ministère de la santé définit la stratégie de prévention et les modalités d'organisation des soins en s'appuyant sur d'autres acteurs :

- Le Ministère de l'Éducation nationale, dont les missions en matière de santé scolaire sont axées sur la prévention et le repérage des troubles susceptibles d'entraver les apprentissages, et sur des actions collectives d'éducation à la santé et de promotion de la santé
- Les collectivités territoriales, et plus particulièrement les départements qui sont chargés de l'organisation des services de la PMI, et certaines communes qui continuent parfois à exercer une compétence en matière de santé des enfants
- L'Assurance maladie, qui développe des actions particulières à destination des enfants comme la promotion de la déclaration du médecin traitant, la sensibilisation sur les soins bucco-dentaires ou des expérimentations de prévention de l'obésité.

A ces acteurs institutionnels chargés de la prévention et de la bonne santé des enfants, il faut ajouter les associations et bien entendu les parents.

- **L'État**

Un comité interministériel pour la santé a été constitué en 2014, mais il ne s'est plus réuni depuis 2019. Un comité pour la santé des enfants et des jeunes (CoSEJ) est devenu l'instance de pilotage unique des politiques concernant

les moins de 25 ans. Pour la Cour des comptes, ce n'est pas un lieu de mise en cohérence des politiques et des actions et de priorisation stratégique.

- **L'Assurance maladie**

Son contrat d'objectif et de gestion (COG) 2018-2022 identifie un ensemble d'actions ciblées sur les enfants. Pour la Cour des comptes, « *il s'agit de promouvoir la déclaration du médecin traitant pour les enfants, de poursuivre les actions de sensibilisation sur les soins bucco-dentaires dans les classes de CP et d'expérimenter plusieurs actions ou programmes de prévention tels que le dépistage précoce des troubles du langage ou de la fonction visuelle ou auditive en milieu scolaire ou la prévention des maladies liées à la nutrition, notamment de l'obésité et du diabète.* »

Les caisses primaires déclinent les priorités nationales, mais pour la Cour, « *sans adaptation aux spécificités des territoires ou de manière limitée, et sans véritable articulation avec le PRS* ». Les CPAM interviennent dans les seules zones d'éducation prioritaire par exemple pour déployer le programme « M'T Dents », mais *indépendamment des territoires identifiés par les ARS.*

- **Les départements et la « protection maternelle et infantile (PMI)**

Les services de PMI constituent un acteur central de la politique publique de santé en faveur des enfants et de réduction des inégalités sociales et territoriales. La Cour rappelle ses missions « *initialement dédiées aux consultations préventives à destination des femmes enceintes, des enfants de la naissance à six ans, des femmes et des jeunes dans le cadre de la planification, son champ d'intervention a été fortement élargi. Elle prend notamment en charge des actions de prévention auprès des mineurs en danger, des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, ou encore des traitements d'informations épidémiologiques* ».

« Les priorités et l'organisation de chaque service relèvent de la responsabilité du président du conseil départemental, en vertu du principe de libre administration des collectivités territoriales ». Les modalités peuvent donc varier d'un département à l'autre, en France et peut-être au sein du territoire régional, ce qui soulève la question de la coordination et des priorités communes.

Les deux auditions avec les conseils départementaux donnent des éclairages sur les PMI.

- **Les rectorats**

La région Hauts-de-France compte deux académies, Lille et Amiens, et donc deux rectorats qui ont fait tous deux l'objet d'auditions par le CESER.

Les rectorats sont des acteurs de la santé des enfants à l'école primaire, au collège et au lycée. Leur organisation et leurs actions sont présentées dans la partie consacrée aux adolescents.

- **Les associations**

Très nombreuses dans le domaine de la santé des jeunes, elles sont nationales, régionales ou départementales et soumises à des autorisations rectorales, préfectorales et/ou de l'ARS pour pouvoir intervenir dans les établissements scolaires. Elles sont également soumises au bon vouloir des établissements ou des enseignants qui ont le choix de les solliciter ou pas.

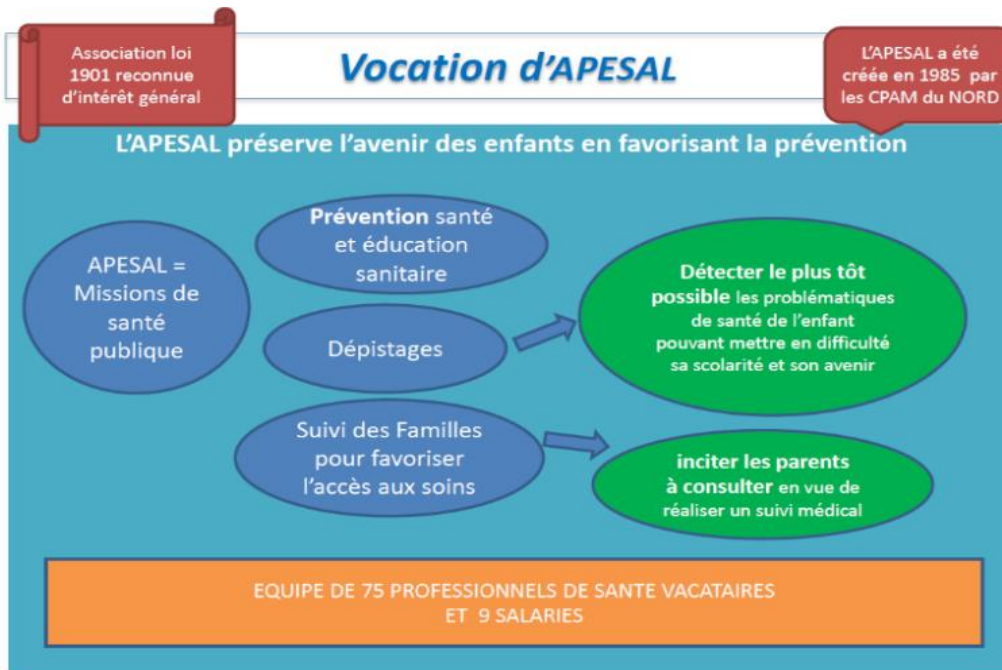
En région Hauts-de-France, on distingue les associations à qui sont confiées des missions quasi-institutionnelles - veille épidémiologique, suivi statistique – comme les observatoires régionaux de santé (ORS) et celles portant des actions de promotion de la santé, de prévention et de dépistage.

Le rapport de la Cour des comptes souligne les difficultés de financement qui obèrent la pérennité et le maintien des compétences de ces associations. En région Hauts-de-France, deux d'entre elles sont particulièrement actives.

- APESAL (Association de Prévention et d'Éducation Sanitaires Actions Locales) :

Grâce au financement des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du département du Nord et avec l'agrément de l'Éducation nationale, cette association créée en 1985 débute dans le dépistage sensoriel en milieu scolaire. D'abord active dans 1 400 écoles maternelles publiques et privées du département du Nord, son action a été élargie pour intervenir auprès des enfants de 2 ans et demi à 11 ans, et court désormais jusqu'à 26 ans avec un public lycéen et étudiant. Cet élargissement permet de décroquer la santé d'un âge à l'autre.

Figure 14. Quelle est la vocation d'APESAL ?



APESAL travaille sur un axe quantitatif (par classe d'âge) et sur un axe qualitatif (l'accès aux soins pour 90% des enfants d'un secteur). Les thématiques prioritaires, pour les élèves du premier degré sont :

- Le dépistage des troubles visuels
- Le repérage des troubles du langage
- Le repérage de risque ultérieur de surpoids
- Le dépistage bucco-dentaire
- Les actions d'éducation à la santé.

APESAL intervient dès la petite section de maternelle, afin de vérifier que l'enfant est bien outillé au niveau sensoriel et physique pour débiter dans les apprentissages. Le travail se fait avec des orthoptistes, des infirmières spécialisées et des outils de dépistage élaborés par des phoniatres et des orthophonistes.

La coopération avec les enseignants est nécessaire et importante. Elle permet sur la durée de déterminer si l'enfant a des difficultés de langage. Ces actions permettent une évaluation dès l'âge de 3 ans, et d'engager très tôt un échange avec les familles et de les orienter, le cas échéant, vers les soins appropriés.

Le dépistage visuel permet de détecter 2 000 anomalies visuelles chaque année chez les tout-petits, soit 8 à 9% des enfants dépistés. Une fiche de liaison entre les familles et les professionnels de santé et un relais au CHU de Lille permettent une priorité de rendez-vous ophtalmologiques pour les enfants dépistés par APESAL.

Ces quelques exemples nous démontrent clairement les bienfaits de l'action menée par APESAL depuis 1985. L'avenir de cette association est pourtant loin d'être aussi évident que ne l'a été son passé récent.

Depuis 2014, l'ARS a repris la compétence du dépistage des troubles sensoriels, obéissant à une stratégie nationale qui consiste à recentrer les actions sur les populations et les territoires ultra prioritaires au détriment des autres, partant du principe que dans les territoires dits « non fragiles » le dépistage peut et doit être organisé par les médecins traitants.

Or ces territoires dits « non fragiles » sont en réalité très hétérogènes. À titre d'exemple, on note qu'entre Lille et Dunkerque, on dénombre 13 écoles en ZEP sur un total de 265 écoles. Les élèves de ces écoles en ZEP ne sont donc plus couverts par l'action d'APESAL.

De plus, il est bon de rappeler que :

- Les troubles sensoriels sont totalement indépendants des catégories sociales,
- Avant d'envoyer un enfant chez un orthophoniste, un examen préalable est moins onéreux s'il est réalisé dans le cadre d'une action de dépistage plutôt que chez le médecin traitant.

La décision de l'ARS en 2019 de localiser son action sur le sud du département du Nord et le bassin minier a conduit APESAL à réduire son champ d'action auprès des plus jeunes, et à se positionner vers les lycéens et les étudiants sur des actions plus spécifiques.

Il n'en demeure pas moins que le dépistage précoce et systématique est absolument nécessaire si l'on veut préserver notre région de différents risques comme l'illettrisme, et améliorer significativement la santé de ses habitants.

- APRIS (Association de Prévention et de Réduction des Inégalités de Santé) :

Association de prévention et d'éducation à la santé créée en 2001, sous l'égide de la mutualité française, APRIS a pour objectif principal de détecter le plus tôt possible les troubles de santé de l'enfant et plus précisément les troubles sensoriels (vue et audition) et du langage, afin d'orienter et d'accompagner les parents vers l'effectivité des soins, tout en assurant une continuité dans le parcours de santé de l'enfant de manière multi partenariale (Éducation nationale, PMI, médecins traitants, professionnels de santé).

Les actions de dépistage menées par APRIS contribuent à améliorer la santé de la population. L'intervention auprès des enfants à un âge très précoce (6 mois- 5 ans) permet d'obtenir des rémissions partielles ou même complètes des troubles grâce aux traitements adaptés et rapides dont peuvent bénéficier les enfants.

L'APRIS est missionnée par l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, et le Département du Pas-de-Calais, pour le développement d'actions de santé publique prioritaires sur le département du Pas-de-Calais.

Dans le cadre de ses actions, APRIS intervient en milieu scolaire et a récemment obtenu l'agrément académique du Rectorat de Lille pour une durée de 5 ans (2019-2024).

Quelle est la vocation d'APRIS ?

Au-delà de l'organisation et de la mise en place des dépistages des troubles de la vue et du langage pour les enfants de 2 ans à 3 ans et demi, APRIS propose aux familles un accompagnement et un suivi vers l'effectivité et

l'accès aux soins. Cela se traduit par la prise de rendez-vous efficace, rapide et au plus proche, auprès des professionnels de santé partenaires (ORL, ophtalmologiste, orthoptiste, orthophoniste). L'objectif est aussi d'éviter les ruptures dans le parcours de santé de l'enfant, tout en assurant un suivi auprès des acteurs de santé qui gravitent autour de l'enfant (médecin de l'Éducation nationale, médecin et/ou puériculteur de PMI, médecins traitants). Ces actions sont en adéquation avec les priorités de santé du territoire (PRS, PRAPS présentés plus haut).

Sur l'année scolaire 2020-2021 (confinement compris) :

- concernant la vue, 216 écoles maternelles ont participé, 4 148 dépistages ont été réalisés. Des anomalies visuelles ont été repérées pour 19,8% des enfants dépistés, dont 68,4% ont consulté un professionnel de santé.

- concernant le langage, 42 écoles maternelles ont participé, 541 dépistages ont été réalisés. 82% des enfants dépistés sont en difficulté langagière ! 90% de ces enfants repérés sont en suivi chez un orthophoniste ou sur liste d'attente. Les 10% restants correspondent à une absence de retour de la part des familles.

- concernant le bilan de 4 ans : APRIS en réalise plus de 15 000 par an. 3 038 enfants sont accompagnés et suivis par l'association. La proportion d'enfants ayant eu recours aux soins ou en cours de suivi est de 43,5% pour la vue, 24,5% pour l'audition, 34% pour le langage, 25% en bucco-dentaire.

APRIS organise également des campagnes de sensibilisation en matière de santé publique et des journées d'échanges de pratique dans le département du Pas-de-Calais, tant auprès des parents que des professionnels de santé.

APRIS mène des ateliers d'éducation à la santé en partenariat avec les collectivités et les structures sanitaires et médico-sociales, sur des thèmes divers comme les écrans, les handicaps invisibles et les troubles dys, l'alimentation, l'activité physique, l'hygiène, etc.

Source : <https://www.apris-62.fr/>

- **Les villes**

La Cour des comptes dans son rapport sur la santé des enfants de décembre 2021 souligne : « La santé des enfants âgés de 0 à 11 ans est au cœur du périmètre d'intervention des communes, responsables en particulier des crèches, des écoles maternelles et élémentaires. L'adoption d'un contrat local de santé leur confère un rôle de catalyseur de l'action publique : au vu d'un diagnostic de territoire, les projets soutiennent des initiatives locales qui peuvent bénéficier d'un financement dans le cadre des orientations du PRS. A minima signés par l'ARS, les communes ou communautés d'agglomérations, et le préfet de département, les contrats locaux de santé peuvent associer la CPAM, une structure de soins, l'Éducation nationale, et le conseil départemental. »

Deux exemples en région :

- La ville de Lille a depuis 2005 déployé au sein de ses 79 écoles et autres lieux d'accueil de la petite enfance (crèches, lieu de restauration scolaire, etc.) un projet éducatif global²², mobilisant les différents partenaires du sport, de la culture et de la santé, et l'Éducation nationale. Ce projet englobe une politique de la réussite, s'appuyant elle-même sur la politique de la ville et portant des objectifs plus ciblés avec les partenaires associatifs. Il a vocation à donner du sens et une cohérence à l'ensemble de l'action éducative, mais aussi à combattre les déterminismes sociaux en luttant contre les inégalités et en mettant en place les conditions d'une égalité réelle pour tous les enfants. Sa quatrième version, votée en 2022, se dote d'un slogan qui veut faire de Lille "une ville à hauteur d'enfant". Véritable feuille de route jusqu'à 2026, ce projet co-construit en concertation avec les Inspecteurs de l'Éducation nationale, les directeurs d'écoles, les parents d'élèves, les associations et les enfants, porte trois ambitions :

²² <https://www.lille.fr/Actualites/Projet-educatif-global-lillois>

- Accompagner les réussites et l'épanouissement de tous les enfants (lutter contre les déterminismes et réduire les inégalités, proposer à chaque enfant un parcours éducatif qui favorise son épanouissement, conforter les adultes de la communauté éducative dans leur rôle auprès des enfants)
 - Agir sur le bien-être des enfants, dans une ville plus durable et plus solidaire (des écoles agréables et de qualité, moteurs des transitions ; favoriser la santé des enfants par une approche globale ; construire une ville bienveillante, solidaire et attentive à chacune et chacun ; promouvoir l'égalité entre les filles et les garçons, et lutter contre les discriminations).
 - Développer le pouvoir d'agir des enfants dans une « ville à hauteur d'enfant » (renforcer le pouvoir d'agir des enfants pour en faire des acteurs de la Cité, une ville plus apaisée, plus adaptée aux enfants).
- En ce qui concerne la ville d'Amiens, l'un des trois axes prioritaires du Projet éducatif global est consacré à la prévention (<https://www.amiens.fr/Grands-projets/Projet-educatif-global>) :
 - Donner aux enfants, aux adolescents et aux jeunes des solutions pour mieux prévenir les multiples risques auxquels ils pourront être confrontés (santé, sécurité routière, drogue...)
 - Développer les actions de prévention liées aux problèmes de santé, d'hygiène, de bien-être
 - Mener des actions de prévention de la délinquance.

La Cour des comptes souligne la complexité de la coordination entre les acteurs :

Les commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP) (animées par les ARS) dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, réunissent les nombreux acteurs contribuant aux PRS afin d'assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions.

« Le bilan de leur fonctionnement est très inégal, notamment en matière de mobilisation des représentants des conseils départementaux. Lorsqu'elles fonctionnent, ces commissions se heurtent à la difficile conciliation des débats politiques et des échanges techniques ».

Toutefois, la Cour des comptes indique que dans les Hauts-de-France, la CCPP constitue un lieu d'échanges et de pilotage. Celle-ci regroupe le directeur général de l'ARS, le Préfet de région, le Recteur de région, 7 directeurs régionaux (DRJSCS, etc.) 11 élus régionaux, départementaux et communaux, et 4 représentants de l'Assurance Maladie.

Faute d'une instance de gouvernance stratégique légitime et efficace, les ARS s'appuient sur des groupes de travail ou comités de pilotage ad hoc. Dans les Hauts-de-France, la commission régionale de la petite enfance a été étendue pour piloter la mise en œuvre du projet santé des enfants. Enfin les différents acteurs passent des conventions entre eux, souvent bilatérales. Par exemple, le rectorat conventionne avec la CPAM indépendamment de sa convention avec l'ARS.

Pour le CESER, il conviendrait de définir un cadre de contractualisation unique entre l'ARS, l'assurance maladie, la PMI et le rectorat, dans le respect des orientations stratégiques de chacun des acteurs.

Après enquête auprès de la DCGDR (coordination de la gestion du risque Assurance maladie) et d'une directrice de CPAM en charge de la prévention, l'Assurance Maladie mène plusieurs actions auprès des jeunes :

- Appels à projets du fonds de lutte contre les addictions (FLCA)
- Formations premiers secours en santé mentale
- Escape Game pour les adolescents pour leur faire découvrir leurs droits
- Dépistage bucco-dentaire
- Examens dans les centres de santé
- Partenariats avec les missions locales.

Mais chaque CPAM a son programme spécifique. Il peut comporter, par exemple, les conventions signées avec certaines écoles techniques, les Écoles de la 2^{ème} chance, pour déclencher les bilans dans les centres d'examen de santé.

La dispersion et la multiplication des actions s'inscrivent dans l'autonomie relative de chaque CPAM et de chaque établissement et contribuent à la richesse du dispositif et à sa complexité.

- **Les parents**

Ils sont bien entendu tous concernés par la bonne santé de leurs enfants. Cependant, ont-ils tous les moyens matériels, de proximité, ou même la connaissance de tous les enjeux et mécanismes mis en place ?

Il est de la plus haute importance de remettre les parents au centre de cette organisation, pour qu'ils aient tous la chance de prendre conscience de l'enjeu, et les moyens de garder leurs enfants en bonne santé dès le plus jeune âge.

Cela passe par le soutien à la parentalité, la communication et l'information sur les bonnes pratiques, sur les solutions et structures utilisables pour garantir à leurs enfants éducation, protection et prévention dans le domaine de la santé.

Le médecin traitant, proche de la plupart des familles, et valorisé par les campagnes de l'Assurance maladie, semble être la porte d'entrée et le pivot d'une telle organisation. Mais la désertification médicale et le manque criant de médecins à certains endroits en région ne marquent-ils pas d'emblée un frein ?

D) Dispositifs et leviers d'action

- **Examens médicaux obligatoires**

Tous les enfants bénéficient de 20 examens médicaux obligatoires, institués dès 1962 et prévus par les articles L. 2132-2 et R. 2132-1 du Code de la santé publique. Ces examens ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychoaffectif et neuro développemental de l'enfant, ainsi que le dépistage précoce des anomalies, de déficiences ou de troubles sensoriels, la pratique et la vérification des vaccinations. Ils permettent aussi depuis 2019 de promouvoir des comportements et environnements favorables à la santé, et depuis 2021 de dépister d'éventuelles contre-indications à la pratique sportive. Le contenu détaillé de ces examens figure dans le carnet de santé, dans lequel les résultats doivent être reportés.

- **Bilans en milieu scolaire**

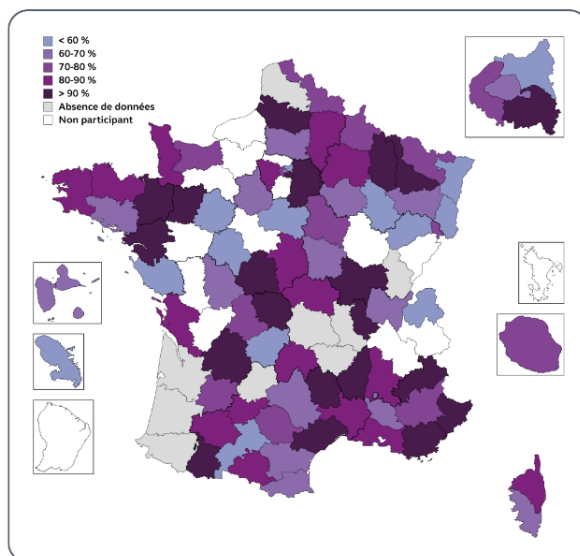
Ils comprennent le bilan de santé de 3-4 ans réalisé par les services de PMI en école maternelle, la visite médicale au cours de la sixième année et le dépistage infirmier au cours de la douzième année. Selon les codes de la santé publique et de l'éducation, tous les enfants doivent bénéficier de ces examens, aux âges prévus.

Le rapport de la Cour des comptes pointe: « L'articulation avec les bilans prévus en milieu scolaire n'est pas claire en raison des professionnels qui les réalisent. En effet, le CSP prévoit que ces 20 examens sont réalisés par des médecins alors que le bilan de santé de 3-4 ans est principalement fait par des infirmiers puériculteurs et celui de la 12ème année exclusivement par les infirmiers scolaires.

« Seul le bilan de santé en école maternelle auprès des enfants de 3-4 ans, prévu à l'article L. 2112-2 du CSP, continue à être réalisé très largement. Ce bilan permet de surveiller le développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, de dépister certaines anomalies ou déficiences et de pratiquer des vaccinations. Depuis la loi du 26 juillet 2019 [...] qui a abaissé l'âge de la scolarité obligatoire à 3 ans, cette visite est organisée à l'école maternelle et effectuée par la PMI, ou à défaut par les professionnels de santé de l'éducation nationale.

En l'absence de remontées d'informations collectées de façon homogène sur l'ensemble du territoire français, la DGS a confié à la fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) une étude relative à la réalisation des bilans de santé de 3-4 ans. En 2017-2018, près de 76 % des enfants concernés ont bénéficié d'un bilan de santé, cette proportion allant de 13,5 % à 100 % en fonction des départements comme l'illustre la carte ci-dessous. »

Figure 15. Part d'enfants de 3-4 ans vus en bilan de santé en 2018 selon le département



Source : Enquête nationale 2018 – bilans de santé des enfants de 3-4 ans (Fnors) rapportés au nombre d'enfants de 4 ans scolarisés (constat de rentrée 2017, DEPP).

Cette carte montre que les départements des Hauts-de-France se situent dans ou au-dessus de la moyenne nationale pour trois d'entre eux, sous la moyenne pour l'Oise, et avec une absence de données pour le Pas-de-Calais.

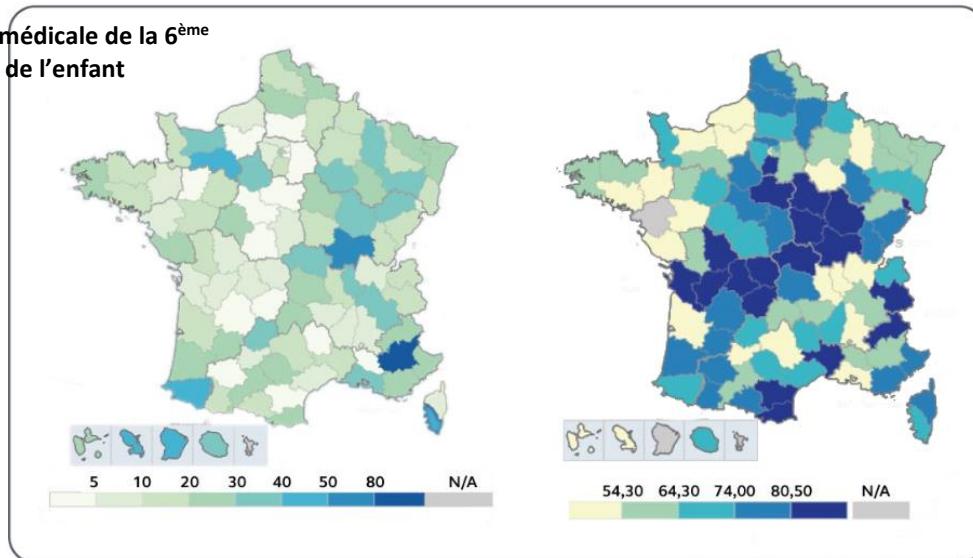
« Depuis la loi du 8 juillet 2013, [...] la visite est obligatoire pour tous les élèves au cours de leur sixième année ». Or « ces visites médicales ont concerné moins d'un enfant sur cinq en 2018 ». Les Hauts-de-France se situent au-delà de cette moyenne nationale avec un taux compris entre 30 et 40%.

La même loi de 2013 a rendu obligatoire le dépistage au cours de la 12^{ème} année. Ce dépistage, pratiqué par les infirmiers, parvient en 2018 à un taux national de 62%, avec là aussi des disparités en Hauts-de-France.

**Taux de réalisation des visites médicales
et des dépistages infirmiers par département en 2018-2019**

**Dépistage infirmier de la
12^{ème} année de l'enfant**

Visite médicale de la 6^{ème} année de l'enfant



Source : données des académies et de la DEPP, calcul 3^{ème} chambre.

Source : données des académies et de la DEPP, calcul 3^{ème} chambre.

Source : DEPP dans rapport de la Cour des comptes sur la santé des enfants, décembre 2021.

Les lois de 2013 et 2016 ont changé fondamentalement les objectifs de la médecine scolaire en élargissant ses missions à une approche collective d'éducation et de promotion de la santé (et en cas de maladie transmissible dans le cadre scolaire par l'apport d'une réponse sanitaire) et à une approche individuelle de prévention et de repérage des troubles pouvant entraver les apprentissages, mais également de suivi des enfants à besoins particuliers. De là et sans moyens humains supplémentaires, ni financiers pour rendre attractifs ces métiers, l'appréciation de la Cour des comptes ne peut être que sévère. « Les examens réalisés par les personnels de l'éducation nationale sont en théorie très complets. Ils doivent faire l'objet d'une saisie dans le dossier médical scolaire de l'enfant et d'un recueil statistique par âge et par année. Cependant, plusieurs rapports ont souligné les immenses difficultés rencontrées par la santé scolaire dans la réalisation de ces examens, et le défaut de remontées statistiques. De trop nombreux paramètres obèrent à moyen terme toute perspective visant à décrire l'état de santé des enfants à partir des données de la médecine scolaire : taux de réalisation des visites insuffisants, absence de données sur les élèves du secteur privé, faible exhaustivité des données, qualité relative des items renseignés, système d'information peu efficace et ne permettant pas de consolider les données issues des visites de la 6^{ème} et de la 12^{ème} année. »

Dans les faits, au fil des années, les examens de prévention ou bilans en 6^{ème} et 12^{ème} année, toujours obligatoires en milieu scolaire, sont de moins en moins pratiqués ou suivis par les parents, et la production d'un certificat médical par un médecin traitant ou un pédiatre suffit à faire sortir un enfant du dispositif mis en place par l'Éducation nationale.

Les moyens humains et financiers des académies sont également une problématique reconnue, qui obligent les autorités à fixer des priorités sectorielles (cf. l'Académie de Lille qui privilégie les zones rurales pour l'intervention des infirmiers et infirmières scolaires, là où les besoins en accès aux soins sont les plus importants).

Cela génère des manières d'agir différentes entre académies (voire au sein d'une académie) des moyens humains hétérogènes et des outils de déclaration et de consolidation des résultats très partiels. La Cour des comptes souligne qu'« aucun indicateur territorial fiable ne peut être produit en routine ».

- **Le carnet de santé**

Reflet de la santé de l'enfant et de son évolution vers l'adolescence et l'âge adulte, le carnet de santé a été un outil primordial pour la prévention et le suivi de générations entières, même s'il n'est resté qu'un outil très individuel.

Plutôt délaissé après les premiers mois et années de l'enfant, ce passeport de la santé, sans date de péremption, a aujourd'hui plutôt tendance à finir dans un tiroir, mais lequel ?

Il manque un véritable outil de suivi de santé dès les premiers examens de l'enfant en milieu scolaire. Certains logiciels existent, comme « Sagesse » pour les infirmiers, mais ils ne peuvent être consultés ou renseignés que sous certaines conditions techniques, et leur évolution (comme « Esculape ») est si complexe et rigide que certains professionnels de santé refusent déjà de les utiliser.

La dématérialisation du carnet de santé et des données concernant la santé des enfants, si elle est à l'ordre du jour, n'est toujours pas en voie d'être effective. Seule la partie concernant les vaccinations est actuellement intégrée au dossier médical partagé (DMP) et devrait pouvoir être accessible sur l'espace numérique de santé – à condition bien entendu d'avoir créé ce dernier.

- **La médecine scolaire et la médecine de ville**

Le CESER, lors des auditions, a pu observer la bonne volonté de mettre en place un suivi des enfants dès leur plus jeune âge. Mais dans les faits, par exemple, aucun lien n'est fait entre l'examen de 6^{ème} année et le précédent à 3 ou 4 ans, ces deux examens étant réalisés par des praticiens différents et avec des objectifs différents.

Le médecin traitant ou le pédiatre est théoriquement averti dans le cas où un problème de santé est repéré chez l'enfant examiné en milieu scolaire, mais par quels moyens et comment ce médecin est-il identifié ? S'agit-il d'un courrier remis aux parents, envoyé par la poste, d'un mail, d'un mot dans le carnet de santé ? Et quel est le suivi quant à une prise en charge effective de l'enfant par le médecin ?

Les réponses ne sont pas précises et varieront suivant le lieu d'habitation, la disponibilité en médecins, l'accès aux soins (limité par l'éducation, les habitudes ou les moyens financiers).

- **La concertation et la coordination**

De nombreux et divers acteurs, avec des objectifs différents, s'occupent sincèrement de la santé des enfants dès leur entrée à l'école.

Des outils d'évaluation ou de constats existent, mais ils sont figés (comme le carnet de santé) ou ils ne sont pas accessibles à d'autres acteurs (outils de suivi de la PMI, Éducation nationale...) ou encore ils ne sont pas représentatifs d'une majorité des enfants évalués.

La coordination de tous ces acteurs et outils semble inexistante, ou sans effet durable, et aucun pilotage sérieux n'est mis en place pour garantir un avenir en bonne santé aux enfants.

Les rapports des CESER Nord-Pas de Calais et Picardie parus en 2008 et 2009 le soulignaient déjà, mais celui de la Cour des comptes lance cette fois un véritable cri d'alarme.

Le CESER Hauts-de-France confirme que pour la santé de ces hommes et femmes en construction, il est grand temps de parvenir à un pilotage garant de la prévention et de l'information. Une structure doit être désignée et/ou mise en place pour assurer le pilotage de cette thématique.

Tous les acteurs énumérés dans ce rapport doivent être partie prenante sans distinction dans cette dynamique : parents, enfants, professionnels de santé scolaire ou de ville, Éducation Nationale, collectivités, associations, etc.

Pour plus de lien, de suivi et de possibilité de travailler avec des outils performants, il faut que les enfants dès le plus jeune âge aient accès à un DMP (Dossier Médical Partagé) consultable par tout professionnel de santé, et/ou tout professionnel reconnu et mandaté (associations de prévention, club sportif, écoles, etc.).

Les moyens d'arriver au résultat recherché par tous – des enfants en bonne santé et qui soient conscients de cela – passent forcément par un décloisonnement des compétences et une interdisciplinarité assumée.

2. Les adolescents : élèves du second degré (collège et lycée)

A) Les enjeux spécifiques du temps de l'adolescence

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'adolescence couvre la tranche d'âge des 10 à 19 ans inclus. C'est donc globalement la période des études dans l'enseignement secondaire, avec deux ruptures importantes : celle du passage du primaire au secondaire, pour tous, et celle, pour une majorité d'entre eux, du passage dans l'enseignement supérieur.

I. Les « années collège » et la préadolescence

Le passage du primaire au secondaire constitue une sorte de « rite de passage » pour les jeunes. Les nouveaux collégiens vont devoir faire face aux exigences et aux cadres du collège, très différents de ceux de l'élémentaire. Ce passage marque ce faisant la sortie de l'enfance du point de vue des interactions avec l'institution scolaire. C'est la période où apparaissent les premiers décrochages scolaires et où les enjeux du rapport aux études et ceux de l'orientation scolaire et professionnelle marquent la fin de cycle.

Comme l'indique le rapport 2021 du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA²³), de 11 à 15 ans, les « années collège » couvrent la période de la prime adolescence « *marquée par le tournant pubertaire, un projet d'autonomisation, et des transformations physiques et psychologiques majeures. Elles ouvrent ainsi des questions spécifiques en matière de santé, mentale et physique. Cette période du développement suscite un remaniement des relations avec la famille et entre pairs. Ainsi, plusieurs enjeux s'entrecroisent durant cette période charnière, qui n'est pourtant pas la plus investie par les politiques publiques.* »

« Il s'agit d'un moment clef et ambigu dont les impacts ne se font justement pas sentir tout de suite, ou à bas bruit, tant sur le bien-être et la santé que sur l'orientation de la personnalité et des trajectoires de formation ».

II. L'importance du « climat scolaire » sur la santé des élèves

Diverses enquêtes (PISA²⁴, DEPP²⁵, etc.) mesurent le ressenti des élèves quant au climat scolaire ainsi que leur sentiment de sécurité et bien-être à l'école, éléments importants quant à leur équilibre et leur santé.

²³ HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_rapportanneescollege.pdf

²⁴ PISA : enquêtes de l'OCDE sur le suivi des acquis des élèves

²⁵ DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'Éducation nationale.

En 2021-2022²⁶, 93 % des collégiens déclarent se sentir « bien » ou « tout à fait bien » dans leur établissement scolaire. Le sentiment de sécurité au collège est élevé dans son enceinte, mais moindre à ses alentours, notamment chez les filles et les élèves de sixième.

L'enquête présente la proportion d'élèves déclarant avoir été victimes au moins une fois durant l'année scolaire de violences au collège ou sur le chemin pour s'y rendre selon le type de violence (en %). Les atteintes les plus fréquentes sont les vols de fournitures scolaires (54,2%) les surnoms désagréables (44,4%) les insultes (42,7%) et les mises à l'écart (42,6%) : chacune d'entre elles a donc concerné au moins une fois plus de quatre collégiens sur dix au cours de l'année scolaire 2021-2022. Autant de situations désagréables qui peuvent avoir un impact sur la santé psychologique des jeunes.

En proportion moindre, mais aux effets indéniables, il faut noter les atteintes sexuelles : 8,5% de voyeurisme, 6,3% de caresses forcées, 3,2% de baiser forcé.

La cyber violence, elle aussi, risque de marquer les jeunes pour de nombreuses années :

- Injure, moquerie, insulte, surnom désagréable, sentiment d'humiliation par téléphone, Internet, 21,1%
- Diffusion de rumeurs, photos ou films humiliants sur Internet, 8,8 %
- Usurpation d'identité, 5,4 %
- Visionnage contre son gré d'images ou de vidéos à caractère sexuel, 4,4 %
- Menace par téléphone ou Internet, 3,6 %
- Happy slapping ou violences filmées avec un téléphone portable, 2,5 %
- Racket par téléphone ou Internet, 0,5 %

Par ailleurs, l'Enquête nationale en Collège et Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS²⁷) permet désormais de suivre les comportements de santé des élèves du collège au lycée. L'enquête de 2018 (avant Covid) permet déjà de constater que globalement et dans leur majorité, les collégiens de notre pays vont plutôt bien, tant pour ce qui concerne leurs comportements de santé et leur bien-être que leur vécu à l'école ou leur entourage relationnel.

Néanmoins certains points nécessitent une vigilance, et notamment en matière d'inégalités entre les sexes. Globalement, les indicateurs mesurés sont dégradés chez les filles comparativement aux garçons. Les comportements de santé et le bien-être mental et social s'altèrent avec l'avancée dans l'adolescence, cette altération étant majorée chez les filles. Les inégalités sociales existent, voire s'accroissent au collège. Tous les indicateurs attestent d'une différence significative entre filles et garçons, en défaveur des premières :

- Moindre perception positive de leur vie (85,5 % chez les filles *versus* 89,9 % chez les garçons)
- Moindre proportion percevant leur santé comme excellente (31 % *versus* 41,5 %) et des taux nettement supérieurs de plaintes récurrentes de santé (49,3 % *versus* 33,7 %)
- Les filles sont également significativement plus fatiguées le matin au réveil que les garçons (au moins une fois par semaine : 53,9 % *versus* 51,0 %).

²⁶ Note d'information de la DEPP N° 23.07, mars 2023.

²⁷ L'enquête EnCLASS est une étude scientifique internationale menée en France sous la responsabilité conjointe du Dr Emmanuelle Godeau, enseignante-chercheuse à l'EHESP (Ecole des Hautes Études de Santé Publique) et Stanislas Spilka, statisticien, responsable de l'unité DATA à l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives) avec notamment le soutien de la DEPP et de l'Inserm. Le texte de ce rapport-avis du CESER reprend les données déjà utilisées par le HCFEA dans son rapport de 2021.

L'enquête souligne un point important : « ces différences entre les garçons et filles sont faibles en sixième, elles culminent en troisième, du fait d'une dégradation chez les filles, là où l'on constate une stabilité chez les garçons. À noter, en cela, les adolescents et les adolescentes de notre pays ne se démarquent pas des autres pays ».

III. La santé mentale et les addictions

Les multiples changements (physiques, émotionnels et sociaux) de l'adolescence peuvent rendre les adolescents vulnérables au plan de leur santé mentale.

Déjà présents avant la crise sanitaire, les troubles psychologiques, pouvant aller jusqu'aux tentatives de suicide, ont augmenté avec les confinements. Le récent rapport du HCFEA consacré à la santé mentale des enfants²⁸ témoigne de l'augmentation chez les jeunes des troubles dépressifs ou de l'humeur, peu ou mal pris en charge faute de psychologues et pédopsychiatres en nombre suffisant – ce que le problème de la démographie médicale ne cesse d'ailleurs d'aggraver, avec une diminution du nombre de pédopsychiatres de 34 % entre 2010 et 2022. Alors même que la santé mentale et le bien-être de l'adolescent font désormais partie intégrante de *la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030)* des Nations-Unies, un manque notoire de réponses adaptées conduit parfois les médecins à prescrire aux jeunes des médicaments réservés aux adultes. Le HCFEA note également une forte progression de la consommation des antidépresseurs et des antipsychotiques chez les moins de 20 ans. « Face à une génération entière marquée par une anxiété sur son avenir cumulant des questions sanitaires, climatiques (éco-anxiété) et sociales, et alors même que les études montrent qu'en termes d'investissement social en santé, les troubles de santé mentale qui apparaissent avant l'âge adulte peuvent imposer un coût de santé jusqu'à dix fois plus élevé que ceux qui apparaissent plus tard dans la vie²⁹ », les réponses apportées restent très insuffisantes.

L'étude EnCLASS de 2018 sur le mal-être des adolescents souligne aussi des différences entre les filles et les garçons.

« Quand ils ne se sentent pas bien, les préadolescents tendent à s'isoler : les filles en écoutant de la musique et les garçons avec les jeux vidéo, puis viennent les amis. Comme le montre également EnCLASS, la dépression touche surtout les filles (deux fois plus) sans que cela ne se traduise par des signes facilement repérables par les parents. Rares sont les préadolescents qui consultent un « psy » (moins de 9 % des filles, et 5 % des garçons) quand 7,8 % des adolescents déclarent une tentative de suicide et 3,7 %, plusieurs. Le HCFEA, reprenant le rapport Moro et Brison, souligne qu'« Une proportion significative de jeunes connaît un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans (entre 15 et 17 % selon les études avec une prédominance féminine)³⁰. D'une manière générale, plus de 50 % des pathologies psychiques débutent avant 14 ans ». Si les résultats des recherches sont encore parcellaires, certains ont le mérite de livrer des constats contre-intuitifs et permettant de dépasser des préjugés : les enfants plus concernés par des états dépressifs sont à la fois ceux qui subissent des insultes dans leurs environnements de vie, les enfants vivant dans un foyer monoparental, et les enfants de familles favorisées (24 % d'entre eux), mais sont aussi corrélés selon les études à des signes de la sphère alimentaire, notamment la prise ou non de petit-déjeuner (73 % contre 39 %). »

²⁸ HCFEA, rapport publié le 13 mars 2023 : « Quand les enfants vont mal, comment les aider ? »

²⁹ Suhrcke M., Pillas D. and Selai C., 2007, Economic Aspects of Mental Health in Children and Adolescents, Background paper, World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/76485/Hbsc_Forum_2007_economic_aspects.pdf?ua=1.

³⁰ La santé pour les adolescents du monde. Une deuxième chance pour la deuxième décennie. Rapport OMS 2014, cité dans Moro et Brison, 2016, op. cit. p.17.

Un récent rapport de la Cour des comptes : « La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser », paru en mars 2023, dresse un constat sévère de l'état de ce secteur :

- Une offre de soins mal adaptée aux besoins
- Une offre de soins qui ne tient pas suffisamment compte de la diversité des troubles et des facteurs de risques.
- Des parcours de soins peu lisibles et en tension, une gradation à concevoir, avec notamment le problème :
 - D'acteurs de la prévention dispersés et peu coordonnés
 - De professionnels de ville jouant imparfaitement leur rôle d'évaluation et d'orientation auprès des familles
 - D'un recours aux urgences qui pallie trop souvent l'absence de prise en charge amont des jeunes et des adolescents
 - D'une activité des centres médico-psychologiques saturés en raison d'une inadéquation entre leurs missions et les moyens dont ils disposent.

Le rapport note cependant que s'il y a eu une augmentation préoccupante des troubles psychiques de la jeunesse française lors de la pandémie de Covid, on constate une fréquence élevée des troubles psychiques des enfants et adolescents dans tous les pays industrialisés et que dans ce domaine, la France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE.

Le CESER alerte néanmoins sur la nécessité de former rapidement le nombre de psychologues et pédopsychiatres nécessaires pour répondre aux besoins.

À la recherche de « paradis artificiels » ...

Le mal-être des adolescents peut les conduire à chercher des solutions dans l'absorption de certaines substances (alcool, tabac, cannabis, etc.). L'étude ESCAPAD de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) dont les premiers chiffres ont été publiés le 9 mars 2023, montre cependant une baisse de la consommation de certains produits depuis 2017 chez les adolescents (à 17 ans) :

- Moins 5 points pour l'alcool, une baisse qui se retrouve aussi bien pour l'usage régulier que pour les alcoolisations ponctuelles.
- Moins 10 points pour le tabac.
- Moins 10 points pour l'expérimentation du cannabis et un usage régulier divisé par deux.

Cette tendance à la baisse se retrouve également pour la consommation d'autres drogues : ecstasy, cocaïne, amphétamines, héroïne et crack : forte diminution de la part des jeunes ayant expérimenté au moins une de ces substances (3,9% en 2022 contre 6,8% en 2017).

Cependant, dans le même temps, d'autres produits voient leur consommation augmenter, comme le poppers³¹ (11% contre 8,8% en 2017) ou le protoxyde d'azote. D'après une étude de l'OFDT de 2021, ce dernier serait même expérimenté par 5,5% des élèves de troisième !

Malgré sa dangerosité, le poppers est de nouveau en vente libre depuis 2013.

Quant au protoxyde d'azote, si une loi du 1^{er} juin 2021 est venue en interdire la vente aux mineurs, dans les faits aucune interdiction n'existe à l'achat sur internet. Pour cela, l'État français doit demander la modification de la réglementation européenne, ce qui n'a pas été fait à ce jour. Le CESER encourage le législateur à mieux réglementer la vente de ces produits.

Les conseils départementaux, depuis longtemps impliqués dans les actions de lutte contre les addictions (exemple EPICEA dans le Nord) se mobilisent contre ces nouvelles formes d'addictions (protoxyde d'azote) mais aussi contre

³¹ Poppers : substances vasodilatatrices (qui dilatent les vaisseaux). Inhalés par le nez, ils ont des effets psychoactifs. Il existe plusieurs types de poppers. Chacun a ses propres effets. L'amyl nitrite est souvent utilisé pour augmenter la sensation de plaisir lors de l'acte sexuel et le butyl nitrite utilisé en club pour améliorer l'expérience de la musique et de la danse.

l'addiction aux écrans qui se développe, devenant, par ses effets néfastes sur la santé, un véritable enjeu de santé publique (voir la première partie de ce rapport).

IV. La sédentarité, l'absence de pratique sportive

La sédentarité nuit à la santé à court, moyen et long termes, tant au niveau mental qu'au niveau physique. Une activité sportive insuffisante et une hausse du temps passé sur les écrans conduisent deux tiers des 11-17 ans à un niveau de risque sanitaire élevé. Le manque de sport et d'exercice physique touche particulièrement les filles. Le temps passé devant les écrans, des garçons en particulier, est une des raisons de cette sédentarité. Or il augmente avec l'âge.

Le rendez-vous du CESER du 28 novembre 2022 consacré au sport scolaire et universitaire a montré que si la pratique d'un sport dans le cadre de l'UNSS (Union Nationale du Sport Scolaire) est assez forte en collège (32% des garçons et 21% des filles dans l'académie d'Amiens) elle décroît en lycée. Divers facteurs expliquent ces chiffres : la contrainte des emplois du temps (existence de cours le mercredi après-midi, demi-journée normalement réservée à l'UNSS, charge de travail des lycéens, mais aussi effets des changements physiologiques intervenant lors de l'adolescence (notamment pour les filles dont le corps change et qui, parfois, redoutent le regard des autres).

D'un point de vue administratif, au niveau du collège, se pose également la question de la validation du socle commun (niveau fin de cycle 3, 6^{ème}). Une attestation de « savoir nager » est nécessaire pour cette validation. Cependant, ce savoir est loin d'être acquis par tous. L'enjeu de l'accès aux piscines (d'autant plus après une période Covid qui n'a pas facilité cet apprentissage en primaire) est donc posé.

a. Des jeunes en surpoids... ou trop maigres ...

L'absence d'activité physique conduit souvent au surpoids, voire à l'obésité (environ 4 % des adolescents). Certaines influences (celles de la mode et des blogueuses par exemple) amènent une partie des jeunes filles à vouloir être très minces, voire maigres. C'est ainsi que ces dix dernières années, la minceur a augmenté chez les filles de 11-14 ans, passant de 4,3 % en 2006 à 19,6 % en 2015³².

b. L'alimentation

La qualité de l'alimentation et des pratiques alimentaires joue un rôle crucial sur le bien-être, le vécu scolaire et la santé des collégiens.

Les chiffres recueillis par Santé publique France montrent une relative dégradation des indicateurs de suivi des recommandations nutrition et santé depuis dix ans. Les enfants entre 10 et 15 ans consomment dans l'ensemble (avec des différences entre filles et garçons selon l'aliment) très peu de fibres surtout pour les filles, peu de fruits et légumes, pas assez de calcium et de produits de la mer, mais trop de sel, de sucres, de lipides, etc.

Soucieuses de la qualité (nutritionnelle, gustative) et de la quantité des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire (parfois le seul repas de la journée pour certains jeunes défavorisés) les collectivités territoriales (Conseils départementaux, Région) investissent fortement cette question. Le Département du Nord

³² Ibidem.

travaille dans le cadre de politiques volontaristes et propose une aide à la demi-pension, avec un repas à 3€ : sur un prix de revient de 8€, 5€ sont pris en charge par le Département. Par ailleurs le Département a instauré le repas à moins de 1€ pour les plus précaires (sur critères sociaux). Les repas servis sont équilibrés, bio ou local, un budget de 70 M€ par an y est consacré. L'augmentation des prix alimentaires reste cependant une préoccupation pour les collèges publics qui ont bénéficié d'une augmentation de leurs dotations. Par ailleurs, le Département a pour volonté d'associer les jeunes aux réflexions menées sur les questions relatives à l'alimentation et à la santé : dans le Nord, le conseil départemental des jeunes (CDJ) comporte un Groupe de Travail spécifique sur ces questions.

Pour la Région Hauts-de-France, les dépenses s'élèvent à 35 M€ par an, pour environ 13 millions de repas servis (surtout le midi). Depuis 2016, la Région s'inscrit dans une dynamique « je mange local » (yaourts, légumes, viandes locales) avec des exigences allant au-delà des lois Egalim³³ 1 et 2, mettant l'accent sur les circuits courts de qualité et la labellisation des lycées fortement impliqués dans la démarche³⁴.

Comme l'a souligné l'avis adopté par le CESER sur la dotation aux EPLE pour 2023³⁵, les collectivités territoriales sont confrontées à la hausse de l'énergie et des produits alimentaires. « À terme, se trouve inévitablement posée la problématique d'une augmentation éventuelle de la contribution des familles aux frais de cantine », avec le risque de voir diminuer le nombre de rationnaires et d'augmenter la précarité alimentaire d'une partie des jeunes de la région.

Un élément important pour la qualité d'un repas réside dans les conditions dans lesquelles il se déroule (locaux, absence de bruits, moment de convivialité, etc.) afin qu'il soit un réel moment de pause pour les élèves. Force est de constater que les contraintes pesant sur la constitution des emplois du temps en lycée (multiplicité des options et spécialités, disponibilité des locaux et des enseignants, horaires d'ouverture de la « cantine », horaires des bus scolaires, etc.) ne permettent pas toujours de garantir une « pause méridienne » suffisante à l'ensemble des lycéens. Le CESER attire l'attention des membres de la communauté éducative sur l'importance de cette question et invite les chefs d'établissements à faire le maximum pour garantir une pause méridienne de qualité pour leurs élèves.

V. L'éducation à la vie sexuelle et affective et la santé sexuelle

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception inscrit l'éducation à la sexualité dans le code de l'éducation et rend obligatoire trois séances annuelles d'éducation à la sexualité du cours préparatoire aux classes de terminales, par groupes d'âge homogène (article L. 312-16 du code de l'éducation). Les circulaires de 2018 et 2022 ont précisé les objectifs et les modalités de mise en œuvre de cette éducation.

Au collège et au lycée, les séances sont organisées en articulation avec les programmes d'enseignement et doivent être organisées dans le cadre des comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE) afin de proposer aux élèves un parcours progressif répondant à leurs besoins et leur maturité. Elles sont également présentées au conseil d'administration. Elles sont prises en charge par une équipe de personnes de l'établissement, formées. Il est en effet important d'insister sur le fait que l'éducation à la sexualité nécessite d'être formé et armé avant d'intervenir, que toute intervention se fait bien souvent en binôme et en inter professionnalité (conseiller principal d'éducation, assistant social, enseignant, infirmier, etc.). La plupart des

³³ <https://agriculture.gouv.fr/tout-comprendre-de-la-loi-egalim-2>

³⁴ Audition du 19 janvier 2023. A. Pinon, VP santé du Conseil régional, et G. Sorano, responsable du pôle Education avenir des jeunes.

³⁵ Avis adopté lors de la plénière du 27 septembre 2022.

personnels de santé qui interviennent dans l'éducation à la sexualité sont formés au niveau académique par les référents et formateurs en éducation à la sexualité.

Les séances peuvent être co-construites avec des partenaires institutionnels et des associations agréées.

Les objectifs de cette éducation :

L'éducation à la sexualité vise à permettre aux élèves de développer des attitudes de responsabilité individuelle et sociale et contribue à la politique publique de protection de l'enfance, dont la prévention des violences sexuelles intrafamiliales. Elle doit permettre aux élèves de :

- Réfléchir sur les relations entre filles et garçons, l'égalité et la mixité, les préjugés sexistes, les violences faites aux femmes, les discriminations liées à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle, les règles de vie en commun, le sens et le respect de la loi, l'importance du respect mutuel et du consentement
- Développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles, des rôles sociaux et des stéréotypes véhiculés par les médias
- D'engager une réflexion sur une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations interpersonnelles
- Renforcer la capacité à s'exprimer et à résister à la pression, notamment des pairs
- D'informer sur les structures d'accueil, d'aide et de soutien
- De mieux percevoir les risques et savoir se protéger.

La mise en œuvre des séances :

En 2021, un rapport de l'Inspection Générale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (IGESR) a dressé un bilan très négatif de la mise en œuvre des textes concernant la vie sexuelle et affective aux différents niveaux d'enseignement :

- Faible effectivité de la mise en œuvre
- Champ très (trop large)
- Comité d'Éducation à la Santé et la Citoyenneté (CESC) dont les compétences ont été étendues aux questions environnementales (CESCE), au risque de marginaliser, voire occulter les questions de l'éducation à la sexualité dans leurs réflexions et plan d'action
- Manque de formation des intervenants (notamment professeurs) et insuffisance de volontaires
- Tissu associatif de partenaires insuffisant.

Le CESER insiste sur les enjeux de cette éducation à la vie sexuelle et affective tout au long de la scolarité. Formation des enseignants, temps effectif pour la préparation des séances en partenariat et leur réalisation, moyens pérennes octroyés aux associations intervenant sur ce champ (planning familial, SOS homophobie, par exemple) sont indispensables. L'État ne peut se contenter de produire textes et circulaires, il doit veiller à leur mise en œuvre effective et accorder les moyens nécessaires pour cela.

Le département de l'Oise a une action importante en matière de santé sexuelle. Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont devenus des centres de santé sexuelle (CSS). Les services de la PMI y mènent des actions collectives d'éducation à la vie affective et sexuelle, réalisées sur sollicitation des infirmiers scolaires. Ces actions se déroulent en collège et lycée, mais parfois aussi en primaire.

Ces interventions mobilisent souvent des sages-femmes ou des médecins, en binômes avec des conseillers en éducation familiale. Tous ces professionnels sont formés et préparés à « accueillir la parole d'enfants qui peuvent avoir des choses à révéler et à recevoir leur demande ». L'audition a souligné que certains établissements s'emparent très bien de ces moyens, d'autres pas du tout, et que l'objectif est donc d'avoir un travail plus continu,

avec un lien plus permanent, avec les établissements, pour assurer le suivi de toutes ces actions. Il faut également que l'Éducation nationale puisse solliciter plus les CSS, en y orientant les jeunes. Dans l'Oise, 23 maisons de solidarité (qui accueillent souvent les CSS) maillent et couvrent tout le territoire.

VI. Une aggravation des problèmes de santé suite au Covid

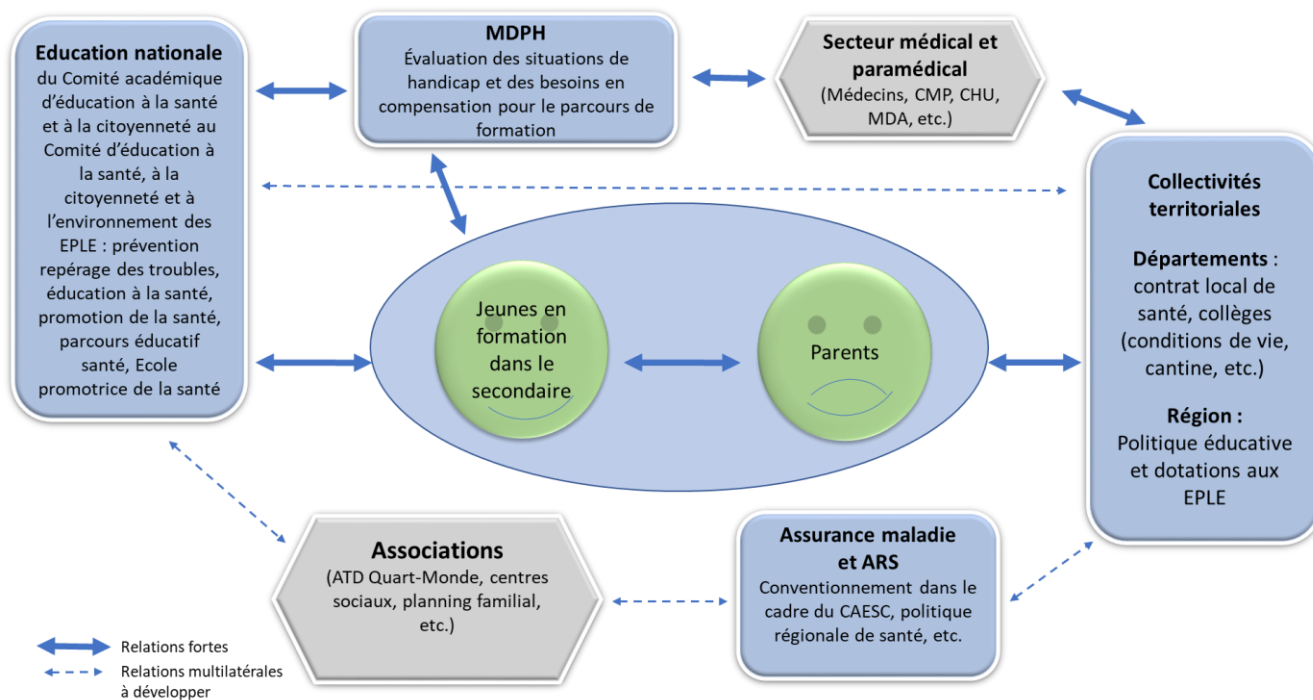
Par ailleurs, plusieurs études et rapports³⁶ soulignent les effets de la crise sanitaire sur la santé des enfants et l'aggravation de leurs difficultés. Pour s'en tenir aux effets sur les enfants et les jeunes non atteints par le virus, outre les effets visibles sur la santé (sédentarité, surpoids) la surcharge sanitaire entraîne des retards diagnostiques, thérapeutiques et de prévention, avec un recul de la pratique vaccinale (hors Covid) et des conséquences sur l'efficacité de la détection, du suivi et du traitement des maladies chroniques et des pathologies graves.

B) Le rôle des acteurs

L'Éducation nationale est bien entendu l'acteur central de la politique de santé des adolescents. Elle doit interagir avec les élèves, qui, avec l'adolescence, deviennent relativement plus autonomes, et leurs familles. Par leurs actions sur les conditions de vie et de travail, l'alimentation à travers la restauration scolaire et d'autres actions les collectivités territoriales jouent un rôle important ; les Départements au niveau des collèges, le Conseil régional au niveau des lycées. Enfin des associations intervenant notamment sur le champ de la vie sexuelle et affective (Planning familial, SOS homophobie, par exemple) ou de l'aide aux parents (ATD Quart monde, centres sociaux, associations spécialisées dans la parentalité, etc.) viennent compléter ponctuellement le travail partenarial mené avec diverses institutions (CAF, Police, PJJ, CMP, CMPP, CHU, etc.).

Figure 16. Les principaux acteurs de la santé des adolescents dans le secondaire

³⁶ Voir Lang T., Saurel-Cubizolles M.-J., 2021, « Inégalités de santé à l'heure de la covid-19 : le cas particulier des enfants » in Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution, *Actualité et dossier en santé publique* n° 113, mars 2021.



I. La communauté Éducation nationale

a. Le pilotage académique

Dans les académies, une politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves est mise en œuvre. Elle est pilotée par un proviseur (ou un inspecteur) et elle réunit les Conseillers techniques du recteur (médecin, infirmier, de service social, psychologue, ASH, etc.). Un Comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CAESC) constitue le dispositif opérationnel d'impulsion et d'animation en direction des établissements d'enseignement. Une cellule académique réunit les différents conseillers techniques des recteurs. Les auditions des services des deux académies ont permis de préciser la nature du pilotage académique.

La politique mise en œuvre ces dernières années dans l'Éducation nationale témoigne d'un changement majeur dans le domaine de la santé, avec la mise en place d'un parcours de santé dont l'élève est acteur, et la volonté de développer un environnement favorable à la santé dans l'établissement. L'Académie de Lille a ainsi choisi de faire de « l'École promotrice de la santé des jeunes » un des axes majeurs de son projet 2022-2025. Comme le souligne ce projet, « malgré la diversité des situations, le rôle de l'école doit demeurer le même : éduquer à la santé, prévenir, dépister, accompagner vers un/des professionnel(s) de santé et assurer, si nécessaire, un suivi. Et, si l'école ne peut se substituer ni aux professionnels de santé ni aux familles, elle joue un rôle de relais fondamental ».

Le schéma d'un CAESC ci-dessous permet d'en mesurer les objectifs, le rôle respectif des différents acteurs et l'articulation des différents niveaux (établissement, département, académie). On y constate que le pilotage académique est en lien fort avec les établissements (et notamment leurs Comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement : CESCE, chargés de définir et de conduire toutes les actions d'éducation et de prévention qui incombent aux établissements scolaires).

Figure 17. CESCE, CDSCE, CAESCE : composition, articulation, et missions, trois schémas explicatifs :

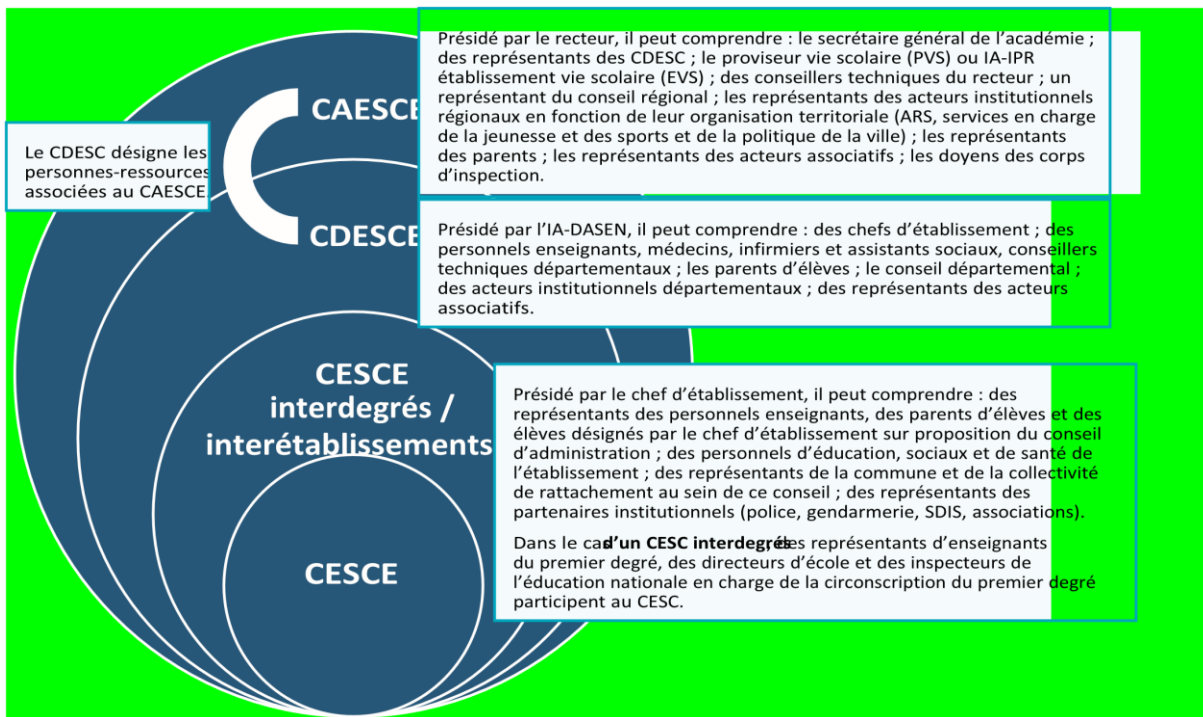
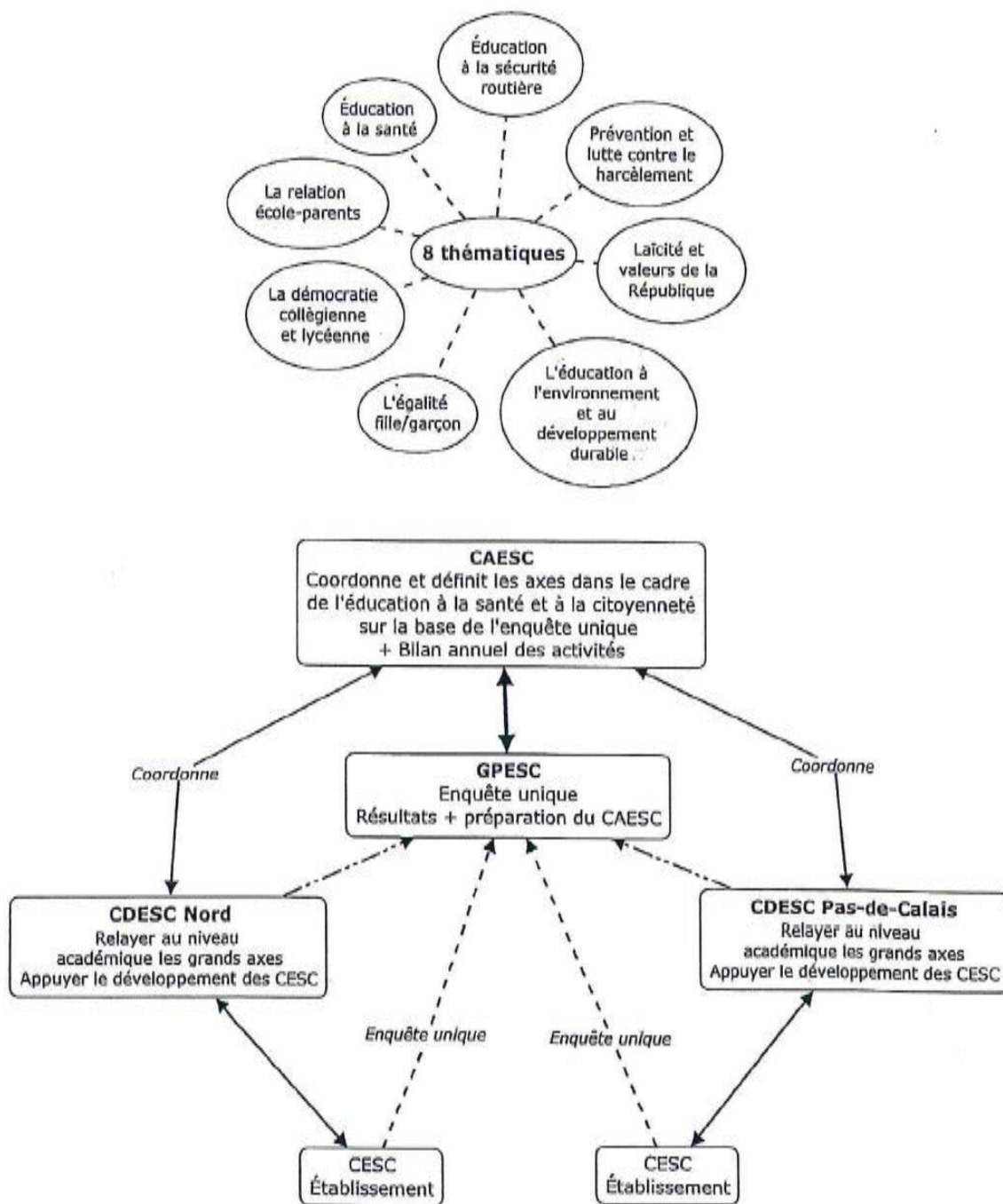
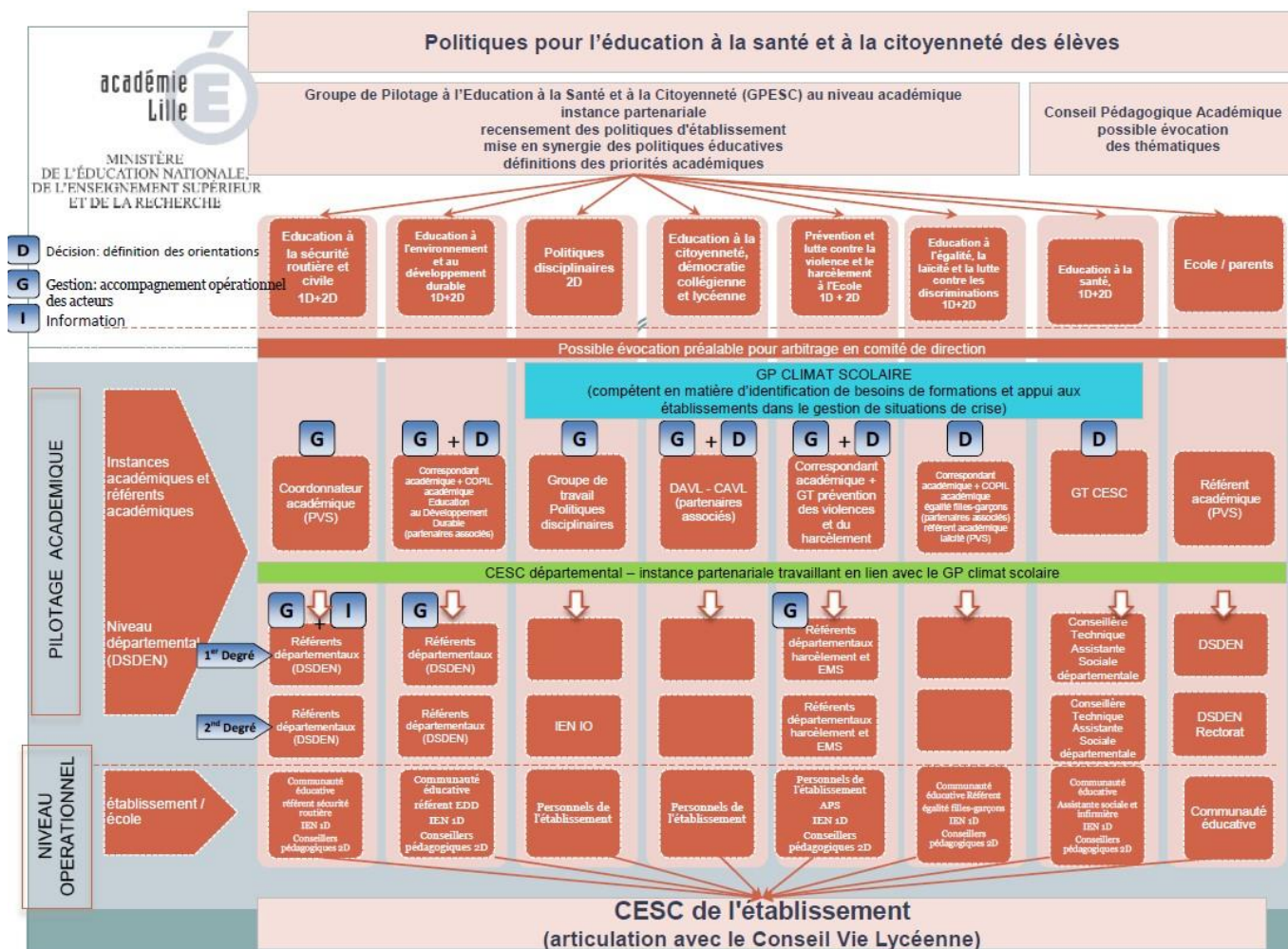


Figure 18. Le Comité académique d'éducation à la santé et à la citoyenneté



Source CAESC Lille

Figure 19. Schéma global des politiques académiques pour l'éducation à la santé et à la citoyenneté des élèves



Source CAESC Lille

Quelques priorités portées par le CAESC de l'Académie de Lille :

- Promouvoir et défendre la citoyenneté et la laïcité - lutter contre les discriminations et le harcèlement
- Développer les compétences santé des élèves : lutte contre les addictions, éducation à la sécurité routière, compétences psychosociales.
- Mettre en œuvre la démarche des « écoles promotrices de santé ».

b. Au sein des établissements

Conseil pédagogique, conseil d'administration, conseil de la vie collégienne ou lycéenne, CESCE, projet d'établissement, contrat d'objectifs... Au sein des établissements scolaires du second degré, acteurs, dispositifs et instances impliquées dans la question de la santé des jeunes scolarisés dans l'EPL sont multiples. Tous ne sont pas spécialistes de la santé et se pose donc la question de la formation (initiale et continue) de ces acteurs à cette question spécifique, du temps dont ils disposent pour la traiter, individuellement et de manière coordonnée (organisation et gestion des emplois du temps, temps de concertation notamment) et des moyens, notamment financiers, affectés à la réalisation de leurs actions. C'est bien le fonctionnement de tout l'établissement qui doit être interrogé pour dépasser les circulaires et les déclarations d'intention, pour réellement mettre en place une « école promotrice de la santé » au service du bien-être et de la réussite de chaque élève.

i. [L'équipe de Direction de l'établissement, collège ou lycée, en charge de la politique de santé](#)

Le chef d'établissement est responsable de la politique de l'établissement et du pilotage de sa mise en œuvre. Dans le domaine de la santé, il a, avec son adjoint, de nombreuses responsabilités.

Président du CESCE (comité d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement) de son EPLE et pilote du « parcours éducatif de santé » (voir point C infra) le chef d'établissement doit, en lien avec ses équipes, élaborer le diagnostic (état des lieux, positionnement de l'établissement au regard des objectifs du parcours, recensement des besoins en formation des personnels - notamment sur la question de l'éducation à la vie sexuelle et affective) mobiliser et engager les différents acteurs dans l'élaboration de ce parcours et sa mise en œuvre, évaluer cette dernière. Ce parcours s'inscrit dans le projet d'établissement. Il est voté en conseil d'administration. La réussite de ce parcours implique non seulement une mobilisation de toute la communauté éducative, mais aussi un travail régulier avec les partenaires « extérieurs » tels que le Département (actions du PEDC³⁷ en collège) la Région (lycées) ou les différents partenaires intervenant dans la mise en œuvre des actions « santé » proposées aux élèves de l'établissement.

Dans cette mission « santé », le chef d'établissement est tout particulièrement aidé, en plus du service vie scolaire, par l'infirmier, l'assistant social et le psychologue de l'Éducation nationale qui apportent leur expertise et aident au développement des relations avec les partenaires extérieurs.

L'adjoint gestionnaire seconde le chef d'établissement dans ses fonctions de gestion matérielle, financière et administrative. Il est chargé de la tenue des registres et documents relatifs à l'hygiène et à la sécurité. En charge notamment de la gestion des locaux et de l'organisation du travail des agents territoriaux, son action est déterminante quant à la qualité de vie dans l'établissement.

Responsable du service restauration, il établit les menus (en lien notamment avec l'infirmier) assure les approvisionnements, encadre la préparation et la distribution des repas dans le respect des règles d'hygiène et de diététique. De ce fait, il peut être associé ou initiateur d'actions en lien avec l'éducation à l'alimentation.

ii. [Le service « vie scolaire »](#)

Ce service sous la direction du conseiller principal d'éducation (CPE) assume trois missions : la politique éducative de l'établissement, le suivi des élèves et l'organisation de la vie scolaire (circulaire n° 2015-139 du 10-8-2015).

Dans le cadre du conseil pédagogique et du CESCE, les CPE prennent part au diagnostic de la vie éducative de l'établissement ainsi qu'à l'élaboration et à l'animation des actions que ces instances proposent. Par ailleurs, ils conseillent le chef d'établissement et les membres de la communauté éducative pour organiser les partenariats avec les autres services de l'État, les collectivités territoriales, les associations complémentaires de l'école, assurant ainsi une fonction importante dans le cadre de la mise en œuvre d'actions en faveur de la santé des jeunes en formation. Les CPE ont l'avantage d'être des interlocuteurs privilégiés des élèves et de leurs conditions de vie, permettant une connaissance approfondie de ceux-ci. Avec leur équipe du service de la « vie scolaire », les observations et « remontées » des assistants d'éducation (AED) ils apportent des éléments importants quant à la situation des jeunes dans et hors établissement.

³⁷ PEDC : Projet Éducatif Départemental du Collégien.

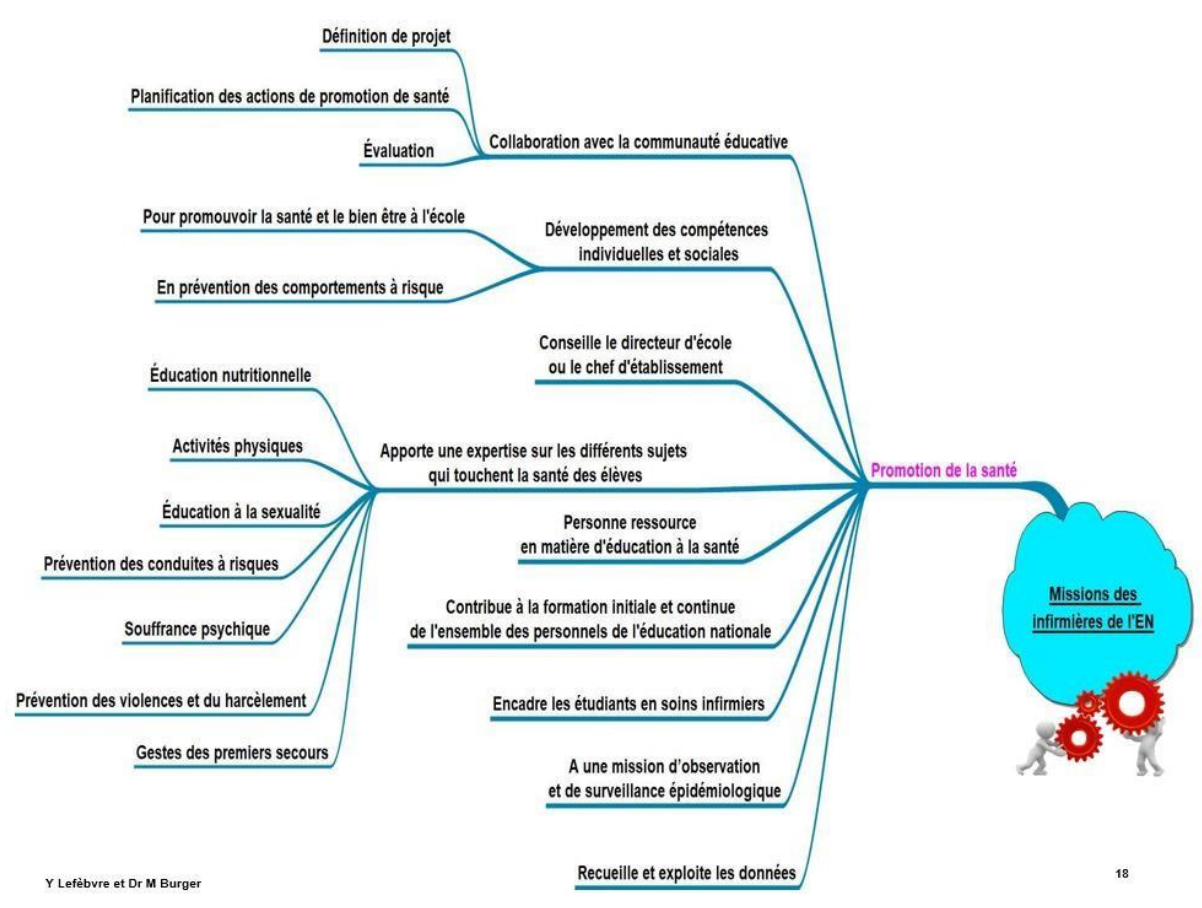
Les AED assurent la surveillance et l'encadrement des élèves durant le temps scolaire. Leur vigilance ainsi que leurs qualités d'écoute et d'observation en font des acteurs majeurs du repérage du vécu des élèves. De la surveillance des toilettes et de la cour de récréation avec leurs problèmes spécifiques (comportements inadaptés, risque de harcèlement, utilisation dangereuse du téléphone portable, etc.) à la surveillance de la restauration scolaire (anorexie, etc.) ils sont souvent les confidents de jeunes en mal-être et de précieux atouts pour le dépistage des situations à risque.

iii. Les services de santé

Les infirmiers de l'Éducation nationale

Le corps des infirmiers de l'Éducation nationale est très majoritairement féminin (96,1 %). Actrice majeure de la santé dans les EPLE, l'infirmière doit assumer de multiples missions. Le schéma suivant les présente. On ne peut que s'interroger sur le caractère réaliste de la mise en œuvre d'un tel schéma, et sur la capacité, quelles que soient les qualités personnelles des infirmiers, à porter un tel ensemble de responsabilités, aussi variées, d'autant que les infirmiers en poste ne sont pas, et de loin, en nombre suffisant.

Figure 20. Les missions des infirmiers et infirmières de l'Éducation nationale



Source Audition Académie Amiens

De plus, face au manque de médecins scolaires, les infirmiers prennent souvent en charge l'élaboration et le suivi des Projets d'accueil individualisés (PAI) et ce sont eux qui assurent effectivement les dépistages obligatoires à 12 ans, en classe de sixième. Ces dépistages ont pour objectif de repérer les besoins de soin éventuels, en particulier la vision, l'audition, le développement staturo-pondéral, les vaccins, et évoquer la puberté. À cela pourrait bientôt

s'ajouter (déclaration du Président de la République, mars 2023) la vaccination de l'ensemble des élèves de 5^{ème} contre le papillomavirus. Ponctuellement, les infirmiers participent également à l'accueil des étudiants en santé et à la passation de l'enquête « JeSais³⁸ ». Il est important de noter le rôle essentiel des infirmiers en matière « d'écoute ». Le « petit bobo » qui conduit à l'infirmerie, à répétition, peut, en effet, être symptomatique de quelque chose de beaucoup plus grave, etc.

Le médecin scolaire

Il joue en principe un rôle important, notamment en matière de suivi individuel des élèves. Comme l'a souligné l'audition du Rectorat d'Amiens, le médecin de l'Éducation nationale réalise des visites médicales afin de mettre en place des actes de prévention nécessaires au suivi des élèves, qui ont pour objectifs principaux :

- Le diagnostic médical des difficultés susceptibles d'entraver la scolarité des élèves
- L'adaptation de la scolarité aux besoins des élèves, avec des aménagements concertés avec l'équipe éducative
- Le suivi des élèves ayant des besoins spécifiques
- Le lien entre la famille, l'école et le monde médical
- Le recueil de données épidémiologiques permettant une meilleure connaissance de la population concernée
- L'identification des besoins de santé prioritaires de leur secteur.

Ces actions se déroulent à certains moments identifiés (le bilan de sixième année, la visite médicale de capacité de l'élève à effectuer les travaux réglementés, préalable à l'affectation de l'élève mineur en lycée professionnel, ou les examens médicaux, à tout moment dans la scolarité, pour les élèves à besoins éducatifs particuliers (PPS, les élèves présentant des troubles des apprentissages – PAP, ACE, etc.) les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période (PAI). Le médecin intervient également à la demande des parents lors de situations préoccupantes, notamment pour des élèves en difficulté (chute des résultats scolaires, difficultés d'apprentissage, comportements inappropriés – absentéisme, manifestations de violence, repli, isolement, conduites à risques, etc.). Il a également une mission de protection de l'enfance.

Par ailleurs, le médecin intervient en matière de promotion de la santé.

Cependant, face à toutes ces missions, les médecins sont très peu présents en établissement, en raison d'un nombre très insuffisant de postes (les médecins sont recrutés sur la base d'un concours national) et de la difficulté à les pourvoir (déficit global de médecins en France, niveau trop bas des salaires dans l'Éducation nationale, manque d'attractivité d'un métier devenu fortement administratif au détriment du contact direct avec les patients, etc.). Il reste cependant au cœur de la relation avec les familles sur les questions de santé, principalement en cas de handicap.

Des personnels de santé fortement sollicités mais en nombre insuffisant

- **Un nombre d'emplois insuffisant qui se traduit par un nombre très élevé d'élèves à suivre**

Les données fournies lors des auditions pour les deux académies de la région sont particulièrement parlantes, et illustrent à la fois l'importance de l'activité des personnels de santé de l'Éducation nationale et l'insuffisance du nombre des emplois.

³⁸ Voir Annexe 5 – Enquête « JeSais » de l'OR2S.

On dispose également des données fournies par la Cour des comptes, présentées ici. Au-delà de ces chiffres qui traduisent l'impossibilité de remplir toutes les missions confiées par l'État et d'assurer un suivi qualitatif et, pour les élèves qui en ont le plus besoin, un peu personnalisé, il faut noter qu'en plus les infirmières de collège doivent se partager entre un EPLE et plusieurs écoles primaires.

Le tableau ci-dessous détaille le nombre d'élèves du 1^{er} et du 2nd degré publics par ETP infirmier et médecin en 2018. Les deux académies de la région sont équivalentes entre elles et par rapport au niveau national en termes de nombre d'élèves par ETP infirmier ou médecin.

En revanche, d'importantes disparités existent d'un département à l'autre de la région concernant les ETP médecins, allant de « seulement » 7 000 élèves par ETP médecin dans la Somme à plus de 22 000 élèves dans l'Aisne, par ailleurs fortement touchée par la désertification médicale.

Figure 21. Nombre d'élèves du 1^{er} et 2nd degré public par Équivalent Temps Plein infirmier (ETP) et médecin en 2018 :

	Nombre d'élèves par ETP Infirmier	Nombre d'élèves par ETP Médecin
Académie d'Amiens	1 186	12 291
Aisne	1 051	22 293
Oise	1 307	13 348
Somme	1 157	7 222
Académie de Lille	1 157	11 849
Nord	1 134	10 328
Pas-de-Calais	1 196	16 246
Métropole + DOM	1 300	12 572

Source : « les médecins et les personnels de santé scolaire », rapport de la Cour des comptes, avril 2020

- **Mais une activité importante dans les deux académies**

Les deux documents qui suivent montrent le volume et l'importance de l'activité dans les deux académies de la région.

Figure 22. Données de santé chiffrées des élèves de l'académie d'Amiens, année 2021-2022 :

Passages/ généralités

- 203 831 passages à l'infirmier sur un total de 287 221 élèves dans le public.
- Dont 1000 urgences de jour
- Dont 841 urgences de nuit
- 10% de retours vers les familles
- Moins de 1% vers l'hôpital
- 5633 accidents scolaires pris en charge
- 726 accidents du travail
- 53 530 élèves suivis (21%) dont 22 940 dans le premier degré
- 6% d'élèves suivis en maternelle
- 56% d'élèves suivis en CP
- 20% suivis en CE1 et CE2
- 18% suivis au collège
- 39% suivis au lycée

Santé mentale

- 10 064 élèves vus en consultation pour souffrances psychiques

Santé sexuelle

- 192 demandes de contraception d'urgence
- 119 délivrées par l'IDE
- 261 tests de grossesse réalisés
- 85 grossesses accompagnées
- 51 IVG

Source : Rectorat d'Amiens

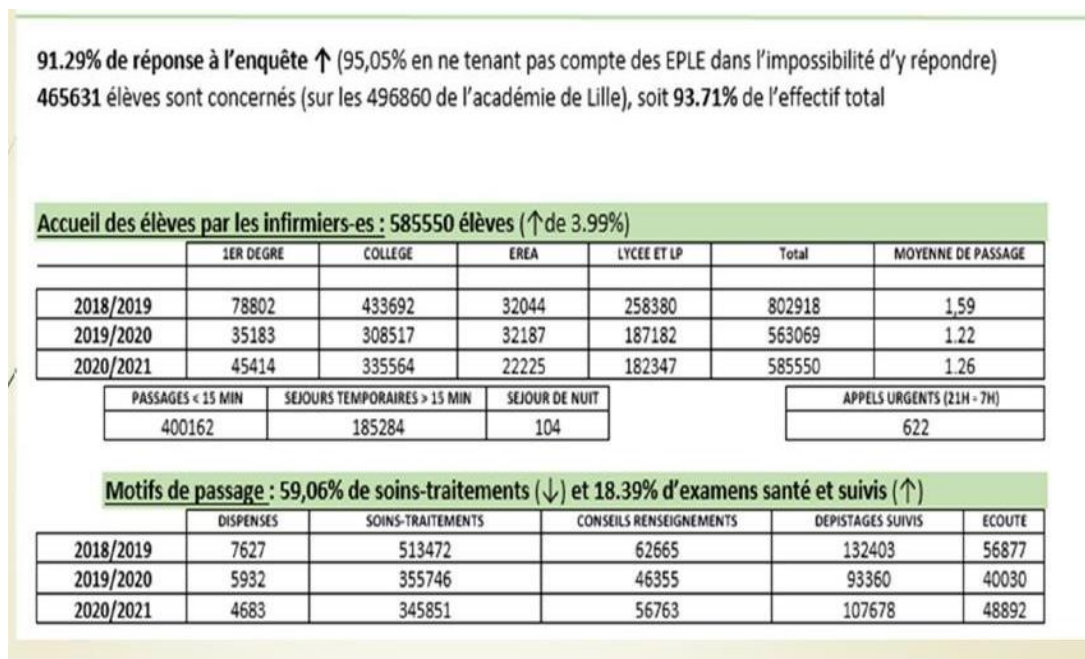


Figure 23. Données de santé pour les élèves de l'académie de Lille, année scolaire 2020/2021

Dispenses =dispenses ponctuelles / obligation de suivre les cours d'EPS.

Le nombre de passages à l'infirmier dans l'académie de Lille augmente, mais n'a pas encore rattrapé celui de l'avant Covid.

Des personnels qui doivent se coordonner

Afin de faciliter le suivi des élèves, infirmiers et médecins doivent impérativement se concerter, régulièrement. Pour ce faire, des moyens ont été dégagés. L'audition de l'Académie d'Amiens a notamment permis de mettre le focus sur les « réseaux coordonnés des personnels de santé » qui permettent, dans un même lieu, avec l'appui d'une secrétaire, de suivre le dossier des élèves concernés par un problème de santé.

iv. [Les autres personnels](#)

L'assistant de service social (AS)

Son écoute des familles et des élèves et l'aide qu'il leur apporte, notamment dans le cadre des « cellules de veille » (cf. ci-dessous) sont primordiales compte tenu de l'importance déjà soulignée de la situation familiale (dont le niveau d'études, les revenus et la CSP) sur la santé des enfants. Comme le souligne en effet le rapport de la Cour des comptes cité précédemment, le poids des facteurs socio-économiques familiaux comme les revenus du foyer ou le niveau de diplôme de la mère est déterminant sur la plupart des événements de santé des enfants. Par ailleurs, les parcours de santé des enfants se caractérisent par des différences de recours aux professionnels et aux structures de santé en fonction du gradient social des familles et de leur lieu de résidence.

Le/la psychologue de l'Éducation nationale

Le psychologue de l'Éducation nationale (PsyEN) conseiller du chef d'établissement sur les questions d'orientation des élèves, est un acteur privilégié de l'écoute nécessaire des jeunes en établissement. Il est par ailleurs incontournable lorsqu'il s'agit d'effectuer des tests pour la détection de certains handicaps et la constitution de dossier d'orientation en filière ou établissement spécialisés. Il participe aux actions de prévention, d'intervention et de remédiation du décrochage et des ruptures scolaires.

Les enseignants

Comme l'indique le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation et à la circulaire n° 2015-057 du 29 avril 2015, les enseignants contribuent, entre autres, à assurer le bien-être des élèves, à identifier tout signe de comportement à risque et participer à sa résolution. Dans le cadre de l'enseignement de leur discipline et leur investissement dans la réalisation du « parcours éducatif de santé », ils contribuent tous (même si les enseignants d'EPS ou de SVT sont en première ligne sur cette question) à l'éducation à la santé de leurs élèves.

Au cœur de la mise en œuvre des mesures pédagogiques adaptées (PAP, PPS, etc.) ils sont confrontés chaque jour à la difficulté de l'individualisation des modalités d'enseignement pour des publics aux exigences et besoins de plus en plus divers. Ils travaillent au quotidien avec les AESH qui accompagnent les élèves en situation de handicap pendant leurs cours.

Un outil important de coordination entre personnels de l'établissement consiste en la réunion régulière des « cellules de veille » (GPDS : groupe de prévention du décrochage scolaire). Réunissant les personnels de direction, CPE, PsyEN, AS, professeurs principaux concernés et, autant que de besoin, d'autres intervenants (Éducateur ASE, CMP, enseignant en hôpital...) elles permettent de suivre les cas particuliers d'élèves nécessitant une attention spécifique (problème de santé, mal-être, harcèlement, risque de décrochage, etc.) et de réfléchir collectivement à ce qu'il faut mettre en œuvre pour les aider.

Les agents territoriaux

Parmi tous ces acteurs, principalement en collège, il ne faut pas oublier les agents territoriaux, proches des élèves au quotidien, et tous particulièrement les agents en charge de la restauration scolaire.

v. [Les intervenants extérieurs](#)

Les actions mises en place en matière de santé nécessitent souvent l'intervention de partenaires extérieurs à l'établissement. C'est notamment le cas des séances consacrées à la vie sexuelle et affective auxquelles apportent souvent leur concours des associations telles que le planning familial ou SOS homophobie, mais aussi des actions de lutte contre les addictions faisant appel à des institutions telles que la police ou la justice. La gendarmerie, par exemple, a formé des personnels spécialisés dans les interventions en milieu scolaire (addictions, rappel à la loi, etc.). Les étudiants en santé, dans le cadre de leurs études, peuvent également mettre en œuvre un de leurs projets (apprentissage des gestes qui sauvent, par exemple) au sein des établissements scolaires.

Des personnels du secteur médical ou paramédical interviennent fréquemment dans les EPLE. C'est notamment le cas pour les élèves en situation de handicap qui peuvent bénéficier de l'aide de personnels spécialisés qui interviennent auprès d'eux de manière individualisée sur des créneaux réservés pour eux dans l'emploi du temps de ces élèves.

Des relations existent entre les personnels de santé et les médecins libéraux. Ces derniers peuvent d'ailleurs parfois assurer des fonctions de médecin scolaire pour une partie de leur temps d'exercice.

L'EPLE doit toujours être vigilant quant au choix de ces intervenants (continu, qualité des interventions) afin de développer un réel travail partenarial et éviter toute dérive. Le travail du ministère et des académies qui ont dressé la liste des associations reconnues susceptibles d'intervenir et conclu des partenariats avec elles les aide en cela.

vi. [Les parents](#)

Premiers éducateurs de leurs enfants, les choix qu'ils effectuent en matière de comportement et mode de vie, leur impact en tant que « modèle » pour leur enfant et la manière dont ils l'élèvent (règles de vie, suivi, etc.) jouent un rôle déterminant dans la vie de ce dernier.

Leur lien plus ou moins étroit avec l'établissement scolaire où leur enfant poursuit ses études, leur réactivité face à un éventuel mal-être ou modification de comportement de celui-ci, sont également des éléments importants de la réussite scolaire de leur enfant.

De plus, leur investissement, quand cela leur est possible, dans la vie de cet établissement (participation aux différentes structures dans lesquelles les parents sont représentés : conseils de classe, commission cantine, CVC ou CVL, CESCE, CA, etc.) sont essentiels au bon fonctionnement de ces instances et à la prise en compte de l'ensemble des membres de la communauté éducative dans les choix qui y sont effectués.

Afin de permettre des relations de qualité avec l'ensemble des parents et faire en sorte que leur représentation ne soit pas assurée que par des parents enseignants ou de CSP supérieures, les personnels des établissements devront avoir à cœur de ne pas oublier les « plus éloignés de l'école ». Pour cela, le CESER Hauts-de-France préconise notamment de travailler étroitement avec les associations pouvant les aider dans cette démarche (ATD Quart monde, centres sociaux, associations spécialisées dans le soutien et l'aide à la parentalité, par exemple).

vii. [Les élèves](#)

À titre individuel, dans leurs choix quotidiens (voir notamment la partie sur les addictions) ou comme représentants des élèves (délégués de classe, éco-délégués, membres des différentes instances de

l'établissement, etc.), les élèves sont les premiers acteurs et bénéficiaires des questions de santé en EPLE³⁹. Savoir les impliquer et développer la prévention sur ces questions est un enjeu majeur pour l'école.

Le CESER rappelle l'importance d'associer les élèves et leurs représentants à l'organisation des EPLE, notamment en ce qui concerne la réflexion sur la qualité de vie dans l'établissement et à la mise en œuvre des mesures s'y rapportant. Former des citoyens acteurs du vivre ensemble est une des missions premières de l'école.

II. Les collectivités territoriales

Le CESER a procédé à l'audition de collectivités territoriales (Départements du Nord et de l'Oise, Région). Elles n'ont pas de responsabilités directes en matière de santé des jeunes collégiens et lycéens, mais elles interviennent sur les conditions de vie avec leur responsabilité en matière de bâtiment, en matière de restauration scolaire. D'autres actions sont aussi menées, notamment en termes de prévention. Sans reprendre de manière exhaustive le contenu de ces auditions, ce rapport met en exergue, au fil des points traités, certains de leurs apports. Il est important de noter que, bien que les questions de santé ne relèvent pas de leur champ de compétences premier, les collectivités territoriales ont néanmoins une action forte et volontariste sur nombre de points qui s'y rapportent : alimentation, vie sexuelle et affective, prévention, notamment par rapport aux addictions, etc. Les départements se servent notamment de l'outil PEDC (projet éducatif du collégien) qui permet de financer des actions dans chaque établissement (sur appel à projet et demande de financement spécifique du collège) pour financer des actions relatives à la santé. De même, l'aide à la réussite du collégien destinée aux familles les plus en difficulté (boursiers de taux 3) peut être utilisée pour des dépenses de santé (orthophoniste par exemple).

La Région Hauts-de-France a développé une politique de santé avec l'élaboration d'une feuille de route 2023 - 2027. La Région participe notamment à l'observation de la santé des jeunes en région en finançant l'OR2S (Enquête « Je Sais »⁴⁰). Dans le cadre des politiques éducatives de la Région, quatre actions en lien avec la santé sont mises en œuvre :

- L'opération « Après-midi du zapping », pour la promotion de comportements adaptés face aux risques liés à la sexualité » (partenaire : Solidarité Sida). Cette opération existe depuis longtemps, pour tous les lycées et les CFA de la région.
- Pour les jeunes malades et les jeunes filles enceintes, la Région a mis en place un accompagnement pédagogique, soit à la maison soit à l'hôpital, jusqu'au retour en classe. Dans le cadre de cet accompagnement, l'accent est mis sur le maintien d'un contact avec un professeur, afin d'éviter la rupture scolaire.
- Une convention avec le planning familial du Nord (Nord, Pas-de-Calais, Aisne) a été signée, pour développer des actions envers les jeunes : informations contradictoires, libre vie sexuelle et affective basée sur le respect du consentement, de soi et des individus.
- Des distributions de protections périodiques dans les établissements publics : 193 établissements ont ainsi été dotés et plus de 2 millions de protections périodiques déjà distribuées, pour un montant de 300 000€. Objectif : hygiène, limitation du risque sanitaire causé par les protections inadaptées, limitation du risque d'absentéisme et de la mise à l'écart.

Pour la Région, la question des partenariats avec les deux rectorats académiques et les départements est essentielle. La Direction de la santé et la Direction des politiques éducatives de la Région sont en contact permanent avec les infirmières conseillères techniques des deux académies de Lille et Amiens, et les services de la DRAF. Un point est fait avec elles au minimum une fois par an. Le contact est facile et peut avoir lieu dès que

³⁹ Établissements Publics Locaux d'Enseignement.

⁴⁰ Voir Annexe n°5 - Dispositif « JeSais » de l'OR2S (Observatoire régional de la Santé et du social).

besoin. La nomination d'un secrétaire général de Région académique a permis de renforcer la coopération, via notamment un échange quotidien de ce dernier avec le Directeur général adjoint « Éducation et avenir des jeunes » de la Région. Des échanges réguliers ont aussi lieu avec les Départements, ce qui évite des doublons ou des « trous » dans les actions menées par la Région. Mais le maillage reste parfois difficile (exemple avec le planning familial).

Les collectivités territoriales sont également attentives à la situation des établissements en matière de personnels. C'est ainsi que Le conseil départemental du Nord a pour sa part souligné son inquiétude relative aux problèmes de l'encadrement des collèges. Certains collèges n'ont pas de psychologue, d'infirmière ou de médecin, ce qui freine la prise en charge de la santé des élèves. Le DASEN en est conscient. Le problème et ses causes sont bien connus (voir supra) mais il n'a pas de solution à ce jour.

Sur ces questions de personnel, elles sont actuellement fortement interpellées sur les suites de la loi 4D et de la question du passage des personnels de santé sous tutelle du Département ou de la Région. Cette question du transfert fait actuellement l'objet d'un travail de la Cour des comptes (rapport prévu en 2023), avec des consultations des régions. La question des statuts des personnels est posée, de même que celle des moyens financiers et humains accompagnant un éventuel transfert, aucun financement n'étant prévu actuellement dans la loi 4D.

Le CESER insiste sur la nécessité de maintenir les personnels de santé dans les établissements scolaires. Leur proximité au quotidien avec les élèves et leurs familles (voir point sur les infirmiers notamment) est un atout majeur en matière de prévention et de suivi de la santé des jeunes.

Un exemple à suivre, soutenir, développer : les Maisons des Ados

Lors de son audition en juin 2022, Sabine DAUCHET, responsable de la Maison des Adolescents d'Amiens et Déléguée régionale des Maisons des adolescents, a présenté ce dispositif.

Figure 24. Présentation de la Maison des Ados de la Somme



Qu'est-ce que les Maisons des Ados (MDA) ?

Une MDA est un lieu dans lequel différents professionnels et diverses institutions, par le croisement de leurs regards et de leurs compétences sur l'adolescence, travaillent au service des jeunes et de leurs parents. Pluri professionnel (social, éducatif, santé) pluri institutionnel (EN, PJJ, collectivités territoriales, CHU, ARS, CAF...) et pluri partenarial, c'est un lieu axé sur la prévention de la santé globale qui remplit diverses fonctions auprès des adolescents :

- Lieu d'accueil, d'écoute, d'information, d'orientation
- Lieu d'évaluation des situations, avec des personnels formés à différents sujets : récits de vie crise suicidaire, transidentité, radicalisation...
- Lieu d'accompagnement médical, psychologique, éducatif, social et juridique.

Les services de la MDA sont gratuits. Les professionnels sont mis à disposition par les institutions qui les financent majoritairement : départements dans les Hauts-de-France, villes dans l'Est, ARS et hôpitaux dans le Sud de la France. Mais aussi de manière plus ponctuelle par différents partenaires. Ainsi, la MDA d'Amiens bénéficie de l'intervention d'un pédopsychiatre à temps partiel salarié du CHU d'Amiens et d'une psychologue de l'Éducation nationale accompagnant (en lien avec le micro collège et le micro lycée) une demi-journée par semaine, des jeunes déscolarisés vers un retour en formation.

L'accueil des jeunes est assuré à partir de l'âge de 11 ans, jusqu'à 21 (Amiens) voire 25 ans (Lille). Ces jeunes peuvent venir seuls ou accompagnés de leurs parents (66% à Amiens). Le suivi des ados dure en général un trimestre (trois ou quatre rendez-vous individuels d'environ une heure), mais peut s'étendre sur plusieurs années si nécessaire (jusqu'à 8 ou 9 ans).

Il existe une centaine de MDA en France, créées à partir d'un cahier des charges national.

La MDA accueille également des professionnels, pour leur formation sur certains thèmes ou pour des échanges et conseils par rapport à des situations complexes rencontrées dans l'exercice de leur métier.

La dimension « recherche » peut également y être présente : à Amiens, par exemple, une doctorante mère (sur une durée de trois ans) une recherche-action sur le parcours des adolescents.

En Hauts-de-France, les MDA sont fortement soutenues par les cinq Départements.

C) Dispositifs et leviers d'action

I. Le dépistage

Pour 2021-2022, dans l'académie de Lille, le taux de dépistage infirmier en 6^{ème} est de 84%. Dans l'académie d'Amiens, 81% des élèves de 6^{ème} ont été dépistés. Les forts pourcentages d'élèves non dépistés (16 et 19%) posent question, notamment celle du rôle des parents, lorsqu'un problème (vue, ouïe, etc.) a été dépisté et que rien n'assure qu'un suivi ultérieur (médecin, spécialistes divers) sera mis en place par la famille.

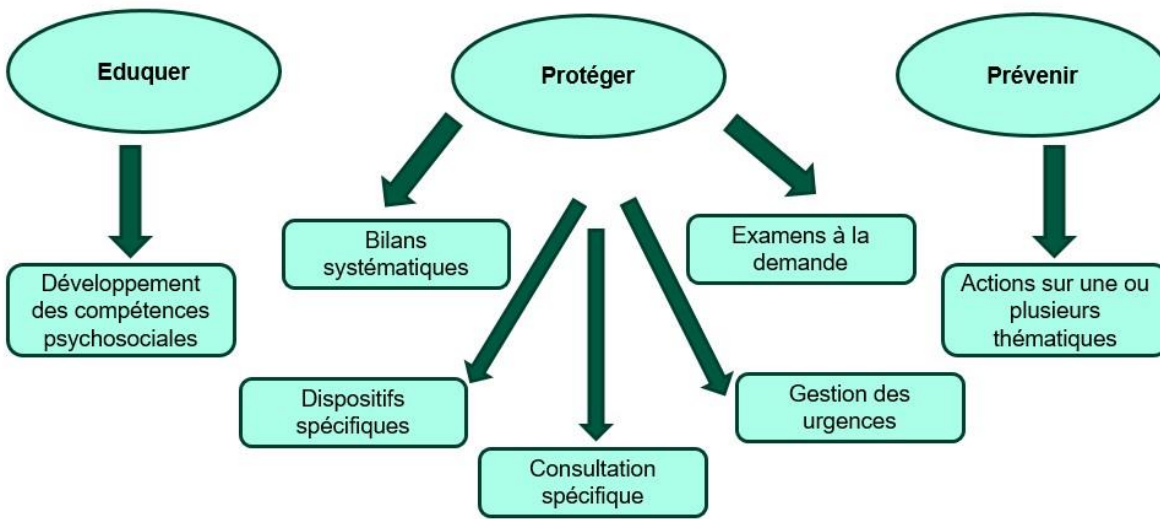
Le CESER s'interroge sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'un suivi effectif des dépistages soit mis en place pour les élèves en ayant besoin. Le lien médecine scolaire – médecine de ville et le rôle des parents en la matière sont à réinterroger.

II. Le parcours éducatif de santé

Le parcours éducatif de santé a été créé par la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République et réaffirmé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Recouvrant tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée, le parcours éducatif de santé vise à mieux structurer les dispositifs relatifs à la protection de la santé des élèves, les

activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en œuvre dans le cadre des enseignements.

Figure 25. Les trois axes de la promotion de la santé



Les trois axes du parcours éducatif de santé

III. Vers une École Promotrice de la Santé

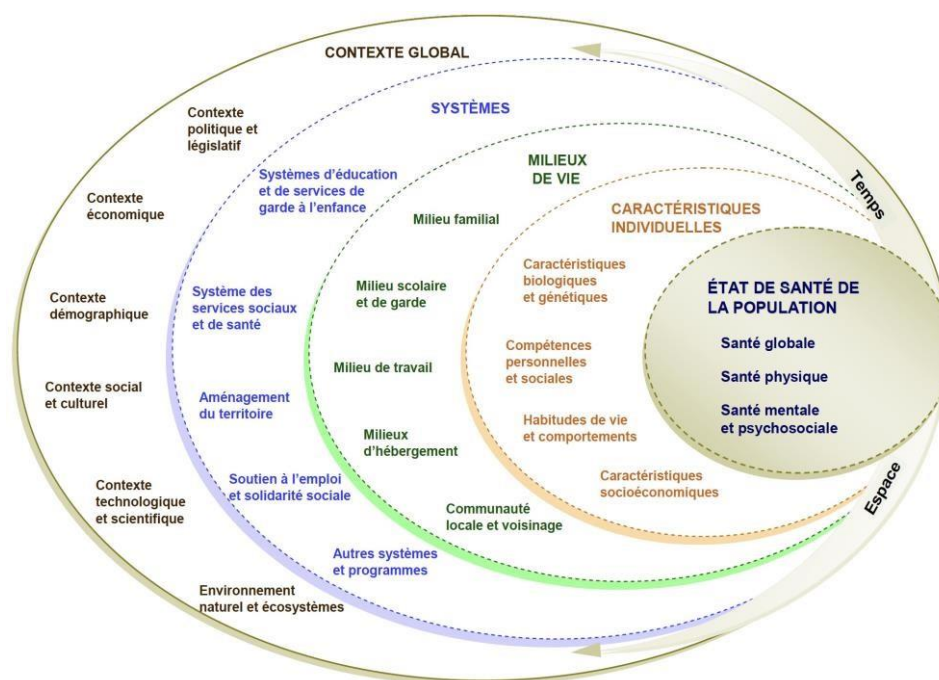
La démarche de l'École Promotrice de Santé (EPS) vise à dépasser les approches traditionnelles consacrées à l'éducation à la santé et qui reposent essentiellement sur la transmission d'informations, sans agir en profondeur sur les comportements et les habitudes, même si des actions s'inscrivent dans cette perspective. Elle s'inscrit 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).

Trois éléments caractérisent cette approche :

- Elle part de l'idée que qu'il y a de bonnes raisons de penser (documentées par plusieurs études scientifiques) que les attitudes les croyances, et les comportements acquis au cours des premières années sont déterminantes pour la vie d'adulte, mais aussi pour le bien-être et la réussite scolaire. L'école est donc naturellement le lieu pour promouvoir de bonnes habitudes. Tous les enfants, ou presque, sont scolarisés et passent plus de 40 % de leur temps d'éveil à l'école.
- Située au cœur des milieux de vie de l'élève, l'école est ainsi un milieu privilégié pour mettre en œuvre des actions promotrices de santé, sur plusieurs années et s'inscrivant donc dans la durée, et dans une vision globale décrite par le schéma suivant. Les conditions de la santé et du bien-être dépendent de plusieurs facteurs individuels, collectifs, socioéconomiques et environnementaux appelés déterminants de santé. Les circonstances dans lesquelles les individus naissent, vivent et grandissent et les systèmes mis en place pour faire face à la maladie sont constitutifs de ces déterminants sociaux de santé. Toute action ciblant les déterminants de la santé est une stratégie efficace pour diminuer les inégalités sociales de santé qui se manifestent très tôt dans l'enfance⁴¹. L'engagement dans une démarche d'École promotrice de santé est inscrite dans un projet d'école et d'établissement. Elle coordonne et pérennise les trois axes de la promotion de la santé : éducation, prévention, protection.

⁴¹ Thibaut de Saint-Pol, « Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 31, p.333-338.

Figure 26. Les déterminants de la santé de la population



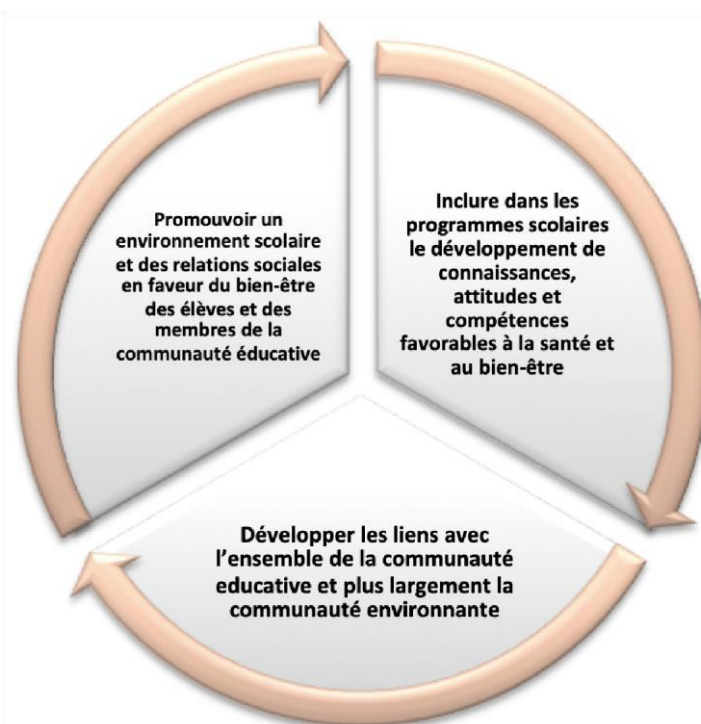
Source : Vadémécum MEN

Pour une démarche pertinente, efficace et acceptable par les communautés concernées (élèves, familles, personnels enseignants et autres) il est important de partir de leurs demandes et de les associer, pour déterminer les besoins et les priorités locales, sachant que ceux-ci sont différents d'un établissement à un autre, d'un territoire à un autre. Comme le souligne le vadémécum de l'Éducation nationale, « *L'école constitue donc également un pivot dans les collaborations entre tous les membres de la communauté éducative, un lieu de rencontre entre différents acteurs impliqués dans le développement de la santé, du bien-être et de la réussite scolaire de tous les élèves. L'école est interpellée à deux niveaux et en deux temps : d'une part, pour contribuer à l'amélioration de la réussite des élèves, ce qui constitue un facteur de protection pour leur vie future avec un bénéfice secondaire sur leur santé future ; d'autre part, pour contribuer, dans le présent, à améliorer leur santé, ce qui favorise les apprentissages et plus largement la réussite scolaire.*⁴² » L'École promotrice de santé concerne ainsi l'ensemble des membres de la communauté éducative et permet de favoriser une synergie des acteurs dans une démarche de projet.

L'approche se veut donc ainsi à la fois holistique et spécifique à chaque établissement (schéma suivant) avec trois objectifs : renforcer la coordination de l'ensemble des actions de promotion de la santé ; améliorer les conditions environnementales de la scolarité ; favoriser les comportements favorables à la santé des élèves en développant la prévention dès le plus jeune âge.

⁴² L'école promotrice de santé, vadémécum de l'Éducation nationale.

Figure 27. Promouvoir la santé à l'école



Source Vadémécum, d'après une présentation de l'OMS

La démarche est promue par l'Éducation nationale avec les objectifs suivants :

- Améliorer les conditions de de vie quotidienne au sein d'une école et d'un établissement en portant une attention particulière aux espaces de vie
- Porter une attention particulière aux relations interpersonnelles et sociales
- Soutenir les valeurs fondamentales de la démarche École promotrice de la santé, dont l'équité, l'inclusion, la non-discrimination et la justice sociale
- Contribuer à la réussite et faciliter les apprentissages
- Intégrer la santé dans les activités courantes de l'école, dans le cursus scolaire et dans les critères d'évaluation des projets pédagogiques et des actions éducatives en faveur de la santé
- Promouvoir la participation des élèves
- Impliquer l'élève dans les projets et actions de l'École promotrice de santé, le rendre acteur et responsable en favorisant sa réflexion face aux enjeux de la santé individuelle, collective et environnementale.

L'établissement peut être labellisé et obtenir le label Édusanté. L'académie de Lille a inscrit cette démarche dans son projet académique 2022-2025. Le label Édusanté est proposé depuis la rentrée 2022, sur la base d'un appel à projets. La démarche devra être portée par les écoles et les EPLE et devra s'appuyer sur les CESCE et différents partenariats. L'académie d'Amiens promeut aussi cette approche.

Le CESER Hauts-de-France est satisfait qu'une telle démarche soit proposée. Il insiste pour qu'un bilan soit fait des actions qui seront menées par les établissements des Hauts-de-France. Il insiste aussi pour que dès à présent une démarche d'évaluation soit mise en œuvre. Si des études ont souligné l'impact positif de ces démarches d'école promotrice de la santé, il importe de voir si elles apportent dans la Région des Hauts-de-France des améliorations en termes de santé.

Les élèves volontaires peuvent s'engager dans la démarche d'école promotrice de santé en devenant des ambassadeurs santé de leur école ou de leur établissement.

3. Les jeunes adultes : étudiants et apprentis

A) Les étudiants

I. Les enjeux spécifiques

Bien que la population étudiante soit jeune, et donc a priori moins consommatrice de soins, elle fait face à des difficultés particulières, perçues de longue date, lesquelles ont été mises en exergue mais aussi renforcées par la crise sanitaire. La crise économique actuelle, par sa dimension de choc de grande ampleur, s'inscrivant probablement dans la durée, est de nature à renforcer les fragilités constatées. Cette question de la santé étudiante est devenue un point de vigilance, au-delà des établissements d'enseignement supérieur et de leurs tutelles ministérielles. Un rapport du Sénat de juillet 2021 traite ainsi de l'accompagnement des étudiants (« Accompagnement des étudiants : une priorité et un enjeu d'avenir pour l'État et les collectivités ») et consacre des développements importants à la santé (partie intitulée « Rester en bonne santé »). Le rapport annuel de la Cour des comptes 2022 consacre un chapitre à l'accompagnement des étudiants avec une attention particulière aux problèmes de santé. Un rapport de l'IGESR (Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche) traite de la réforme des services de santé universitaire.

Malgré tout, l'état des lieux est fort mal connu. Le rapport du Sénat souligne bien la connaissance très insuffisante de l'état de santé des étudiants. Le rapport de la Cour des comptes, qui traite de la précarité étudiante, est plus sévère encore, en pointant que les études de l'Insee datent et ne sont pas régulières, que celles de l'OVE (Observatoire de la Vie Étudiante) le sont davantage mais restent incomplètes sur les volets sur la précarité, que *la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) ne s'appuie pas sur des enquêtes représentatives et sur pour évaluer l'efficacité et l'impact global de la politique menée en faveur de la vie étudiante* ». Dans son premier rapport sur les inégalités en Hauts-de-France, le CESER avait souligné avec force l'absence de données régulières sur tous les aspects des inégalités. L'élaboration régulière d'un état des lieux en Hauts-de-France est impérative.

On dispose toutefois de quelques indicateurs qui permettent un premier éclairage. Les enquêtes de l'OVE sont menées tous les trois ans auprès de 20 000 étudiants, avec des éclairages sur la santé, sur les conditions de vie des étudiants. La dernière enquête porte sur l'année 2020 et donne des éclairages utiles, avec quelques focus sur les questions de la santé et de l'alimentation. On va y revenir. Ces enquêtes sont complétées par des rapports thématiques ; un rapport sur la santé des étudiants a mobilisé l'OVE et des universitaires ; ce dernier est paru à la Documentation française ; il fournit des analyses détaillées mais il date sur le plan factuel puisqu'il a été mené en parallèle avec l'enquête 2016. La MGEN produit depuis 2019 une enquête sur la santé dans le monde universitaire avec un focus fort sur les étudiants. Les établissements ont des observatoires de la vie étudiante qui produisent des analyses et des enquêtes (l'UPJV a produit ainsi en janvier 2021⁴³ une étude remarquable et remarquée sur la santé mentale des étudiants) et on gagnerait sans doute à ce que les établissements se coordonnent pour produire régulièrement un état des lieux en Hauts-de-France ; ils ne peuvent le faire seuls et cela fait l'objet d'une préconisation.

Ce que l'on sait, sur la base de ces enquêtes et sur la base du témoignage des acteurs (Services de santé universitaires, vice-président(e)s en charge de la vie étudiante, etc.) c'est que les principales difficultés relèvent de l'alimentation, de l'accès aux soins et de la santé psychologique. Ce que l'on sait aussi, et qui ne surprend pas,

⁴³ Enquête sur la santé mentale des étudiants de l'Université Picardie Jules Verne (UPJV) - Service de Santé Universitaire – décembre 2020.

Service de Santé Universitaire – décembre 2020- Alexandre LUCAS, étudiant en médecine (6ème année) et master ingénierie de la santé, et Dr. Delphine GUERIN, directrice du SSU. ssu@u-picardie.fr

c'est la forte corrélation entre les situations de vulnérabilité et les problèmes de santé. L'état de santé d'un nombre important d'étudiants est préoccupant.

a. L'alimentation

Les données de la MGEN montrent qu'un quart des étudiants saute un repas au moins une fois par semaine, qu'un quart ne mange pas à sa faim au moins une fois par mois, et que 11% recourent aux associations (par exemple les épiceries solidaires) au moins une fois par mois. 40% n'ont pas l'impression d'avoir une alimentation saine et équilibrée.

Une étude récente menée par Let's Food et le RESES⁴⁴, s'appuie sur l'expertise et les expériences de structures diverses impliquées dans la lutte contre la précarité alimentaire étudiante⁴⁵. Elle fournit une analyse très détaillée et complète, dont on va rappeler maintenant quelques points principaux. Comme le CESER, elle fait un certain nombre de préconisations.

Le constat de la MGEN (mais aussi d'autres études comme celles menées par l'OVE) est juste, mais il faut aller plus loin et s'intéresser à la qualité de l'alimentation des étudiants. Celle-ci peut être bien éloignée des recommandations du Programme National Nutrition. Ainsi « 24% des étudiants interrogés déclarent ne manger aucun fruit, 35% aucun légume et 14% ni fruits ni légumes au quotidien. Or les fruits et légumes constituent des sources de fibres, vitamines et minéraux, essentielles au bon fonctionnement de l'organisme ». Qui plus est « les restrictions budgétaires de certains étudiants impliquent l'achat de denrées à faible coût plus rassasiantes mais moins nutritives (produits transformés, féculents, etc.). La consommation de produits ultra transformés, riches en énergie, graisse saturée, sucre et sel est de fait très présente chez les personnes précaires et d'autant plus chez les jeunes générations. Ainsi en 2009, plus d'un tiers des étudiants de 18-25 ans vivant seuls ont une alimentation caractérisée par une forte consommation de produits transformés, prêts à consommer, au détriment des aliments bruts et frais ». De même, soulignant les résultats d'un travail de l'Anses l'étude rappelle que « la fréquentation des établissements de restauration rapide est également plus élevée chez les étudiants que chez les actifs : 30% disent les fréquenter régulièrement (plus d'une fois par semaine) contre 18,1% pour la population active globale (ANSES, 2021. Consommations alimentaires et apports nutritionnels dans la restauration hors foyer en France).

Les effets durables sur la santé sont importants. Une mauvaise alimentation affecte le développement physique et cognitif. Les étudiants mal alimentés en subissent les conséquences pendant leurs études, et surtout les subiront toute leur vie.

La question de l'accès à une alimentation saine et équilibrée se pose. Le rôle des CROUS est ici essentiel et ces derniers offrent sur les campus la possibilité de repas de grande qualité (le temps de la malbouffe universitaire est de ce point de vue révolu) et équilibrés. Les CROUS sont tenus de respecter le plan « Nutrition Santé » et la loi Egalim. Mais las, l'offre est devenue insuffisante sur beaucoup de campus, et les files d'attente au moment des

⁴⁴ « En 2022, en France, les étudiants ont encore faim »

(https://www.letsfood.fr/_files/ugd/c96d90_93b26038a80a474ea9edb8c10749691f.pdf). Depuis 2007, le RESES est un réseau national composé de 150 associations étudiantes qui mènent des projets liés aux enjeux écologiques et solidaires tels que l'alimentation, la biodiversité, le climat, les déchets, etc. Le RESES est une association de loi 1901.

⁴⁵ L'Association Nationale de Développement des Épiceries Solidaires (ANDES), le Collectif de Solidarité Étudiante, le ThinkTank étudiants Déclis, la Fédération française des banques alimentaires, OuiShare, Résolis, les Restos du Cœur, l'association Sillages, l'association vrac) l'association Sillages, l'association VRAC. L'ensemble de ces structures participe au comité des partenaires.

repas, notamment de la pause méridienne, s'allongent et contraignent bon nombre d'étudiants à trouver des solutions alternatives de restauration rapide, sur et en dehors des campus, mais elles n'offrent pas les mêmes garanties d'alimentation saine et équilibrée.

Les CROUS sont des établissements publics créés en 1955 et placés sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche. Leur mission est d'accompagner les étudiants avec :

- des lieux de restauration (restaurants, brasseries et cafétérias, Crous Truck, etc.)
- des logements (en résidences universitaires)
- des aides financières (bourses sur critères sociaux, aides spécifiques, etc.)
- des dispositifs d'accompagnement social et de santé (psychologues, assistants sociaux, etc.)
- des activités culturelles, artistiques et sportives pour animer la vie de campus (concours de création étudiante).

Deux CROUS existent en Hauts-de-France, l'un sur l'académie d'Amiens et l'autre sur l'académie de Lille.

Sur les campus, des initiatives ont été portées par les CROUS, ou par des associations. Tout le problème de l'accès à l'alimentation se pose de plus en plus et avec de plus en plus d'acuité. Au moment de l'écriture de ce rapport, bon nombre d'articles de presse soulignent ce problème. Les causes de cette insuffisance de l'offre tiennent d'abord au fait que les CROUS fournissent une offre de qualité avec un prix raisonnable, particulièrement intéressante et attractive pour un public étudiant dont le pouvoir d'achat est affecté par la crise— rappelons que le budget mensuel alimentaire moyen des personnes vivant seules représente 211,50€, et qu'il est seulement de 170€ par mois pour les étudiants, second poste de consommation après le logement. S'ajoute le fait qu'en région certains étudiants boursiers peuvent bénéficier de repas gratuits ce qui constitue une avancée notable. Un autre facteur est lié à l'organisation des enseignements. La pause méridienne s'étend sur un créneau horaire limité (fin de matinée jusqu'au début d'après-midi) ce qui facilite les phénomènes d'engorgement. Il reste que les surfaces de restauration sont insuffisantes à bon nombre d'endroits. Il faut toutefois du temps et des financements pour augmenter les surfaces de restauration, et une difficulté est de d'apprécier le caractère véritablement durable de cette situation de pénurie.

L'aide à la restauration apportée aux étudiants boursiers

Le conseil régional des Hauts-de-France en partenariat avec le CROUS a mis en place une aide à la restauration. 100 repas gratuits en restos U par année universitaire et par personne sont offerts aux étudiants boursiers des échelons les plus élevés (3, 4, 5, 6, 7) et âgés de moins de 35 ans (limite d'âge non applicable aux étudiants en situation de handicap). Cette aide s'applique seulement à la formule sociale (repas à 3,30 € au resto U ou en cafétéria).

Le CESER souligne avec force que les CROUS ne peuvent pas aujourd'hui mailler tout le territoire régional et que cela constitue une difficulté et un problème à traiter. Ce problème est d'autant plus crucial que certains campus sont fort éloignés des centres-villes, et que l'accès à une offre alimentaire de qualité est du coup très complexe, notamment le soir.

La crise sanitaire a aggravé la situation des plus précaires (étudiants isolés, étudiants salariés ayant perdu leur emploi, étudiants étrangers) et amené des étudiants à basculer dans cette situation (néo-précarité). La crise actuelle malheureusement les affectera de façon durable, peut-être même pendant la durée de leurs études.

Bien entendu l'ajustement se fait aussi sur le budget consacré à l'alimentation. Les étudiants se sont tournés vers les dispositifs mis en place par des associations étudiantes (voir encadré ci-dessous) et les universités, ou vers des banques alimentaires (Restos du Cœur, Secours populaire) dont certaines sont abritées sur les campus dans le cadre de partenariats avec les universités.

Les AGORAé

Le réseau FAGE (Fédération des Associations Générales Etudiantes) a mis en place les AGORAé. « *Ce sont des espaces d'échanges et de solidarité qui se composent d'un lieu de vie ouvert à tous et d'une épicerie solidaire accessible sur critères sociaux. Portées et gérées par des jeunes pour des jeunes, les AGORAé sont des lieux non stigmatisant, œuvrant pour l'égalité des chances d'accès et de réussite dans l'enseignement supérieur.* »

Ces AGORAé font intervenir des volontaires en service civique. Ils veulent être aussi des lieux favorisant l'accès aux droits, aux soins, au logement, etc.

Il y a aujourd'hui une trentaine d'AGORAé. Ils sont implantés à Lille, Amiens, Valenciennes et devraient l'être à Arras à l'université d'Artois.

(<https://www.fage.org/innovation-sociale/solidarite-etudiante/agorae-fage/>).

Permettre l'accès des étudiants à une alimentation saine et équilibrée est un impératif. Cela passe par l'extension de l'offre de restauration portée par les CROUS, qui porte et doit porter pour l'essentiel cette mission de telle sorte que les étudiants, quel que soit leur lieu d'étude puissent accéder à une alimentation saine et financièrement acceptable. Cela passe aussi par un soutien aux étudiants. Un projet de loi récent, qui n'a pas abouti, préconisait de rendre gratuits les repas dans les restaurants universitaires. Pour le CESER il convient qu'une telle disposition soit systématique pour tous les étudiants boursiers des échelons les plus élevés, mais aussi pour ceux qui sont en situation de vulnérabilité financière.

b. L'accès aux soins

Les chiffres présentés par la MGEN en mars 2021 sont éloquentes. 86 % des étudiants déclarent bénéficier d'une mutuelle (la leur pour 30%, ou celle de leurs parents, pour 56%), 8% déclarent ne pas en avoir, ce qui n'est pas un chiffre si faible que cela, et 6% ne savent pas (et donc s'ils en bénéficient, n'y ont pas forcément recours). Ces chiffres sont proches de ceux présentés par l'OVE. 70% des étudiants n'ont jamais fréquenté le service de santé de leur école ou de leur université, 81% en connaissent l'existence. La face très sombre de ces statistiques est que 41% des étudiants (ce chiffre est corroboré par plusieurs enquêtes⁴⁶) ont renoncé à se soigner ou à consulter dans l'année précédant l'enquête, parmi eux 38% l'ont fait pour des raisons financières, 31% pour des raisons liées à la difficulté d'obtenir rapidement des rendez-vous.

L'étude citée du RESES identifie les causes suivantes :

- Frais à avancer si l'étudiant n'est plus couvert par sa mutuelle, ou dans le cas de la consultation de certains spécialistes ;
- Déserts médicaux sur certains territoires : de nombreux praticiens ne reçoivent plus de nouveaux patients, alors même que les étudiants sont amenés à déménager régulièrement au gré de leur cursus universitaire ;
- Manque d'information et démarches administratives décourageantes pour certains étudiants qui préfèrent alors ne pas consulter ;
- Peur de l'arrêt de travail pour les étudiants contraints d'exercer un emploi rémunéré pour subvenir à leurs besoins ;
- Manque de temps.

Le rapport du Sénat précise que sont particulièrement concernés les soins dentaires, les consultations de spécialistes et les soins optiques. Il avance comme autre cause possible le fait que l'offre de soins portée par les

⁴⁶ Le Sénat cite l'étude de cohorte menée depuis 2013 auprès de 20 000 étudiants francophones, représentant plus de 80 universités. L'étude i-Share est portée par l'université de Bordeaux. Le chiffre de ceux qui n'ont pas consulté alors que cela était nécessaire est de 46%.

services universitaires (les SSU) est relativement limitée et hétérogène. On y reviendra dans la seconde partie de cette fiche.

Le rapport de l'IGESR⁴⁷ souligne aussi la dimension territoriale de l'accès aux soins. « En analysant la situation de sites universitaires aussi divers que ceux d'Avignon, Aix-Marseille, Paris Créteil, La Rochelle, Lyon, Lille ou Toulouse, la mission a rencontré des configurations fortement différenciées en matière d'offre de soins au niveau non seulement des sites principaux mais aussi des sites secondaires. La situation d'un étudiant qui réside par exemple à Toulouse n'est pas similaire à celle de celui qui réside dans une ville universitaire « d'équilibre » (Albi, Castres, Tarbes, etc.). Dans certains sites, les étudiants sont confrontés à un « désert médical » faute d'offre, dans d'autres, c'est la saturation d'une offre pourtant dense qui ne permet pas de trouver un médecin référent ».

Insuffisance de l'alimentation et de l'accès aux soins se cumulent pour les étudiants les plus précaires.

Favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble des étudiants est aussi un impératif. Tous ne peuvent pas bénéficier de la médecine libérale, soit parce que leurs études les ont amenés loin de leurs familles, et que la médecine libérale est déjà saturée sur leurs lieux d'étude, et cela même dans de grandes villes universitaires, ou parce que par choix ou par contrainte ils sont devenus autonomes.

c. [La santé mentale](#)

Dans une tribune récente du journal Le Monde (« *Santé mentale des étudiants, nous appelons à une mobilisation collective au gouvernement comme au parlement* », 14 juin 2022) des présidents et vice-présidents d'université, des médecins et des professionnels de la santé des étudiants, des associations tirent la sonnette d'alarme sur la santé mentale des étudiants. Les chiffres avancés, tirés notamment des enquêtes OVE, ne peuvent plus laisser indifférents : 43 % d'entre eux seraient en détresse psychologique contre 29%, chiffre déjà élevé, avant la pandémie, 4% d'entre eux seulement ont pu consulter leur service de santé universitaire ou un bureau d'aide psychologique universitaire et un nombre extrêmement limité avaient pu faire usage des « chèques psy » débloqués par le Gouvernement.

L'OVE, par son Enquête sur la Santé des Étudiants (ESE) menée en 2016, avait déjà montré que 20% des étudiants français présentaient les signes d'une détresse psychologique, 15 % « les critères cliniques d'un épisode dépressif caractérisé avec retentissement sur les activités habituelles (12 derniers mois) » et enfin 8% déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. À l'évidence, le phénomène s'aggrave et il devient une préoccupation majeure de santé publique !

Le rapport du Sénat souligne avec vigueur le fait que les difficultés mentales sont très prégnantes pour les étudiants et déterminantes pour leur santé et leur construction psychologique sur le long terme. Pour saisir les enjeux de santé publique, le mieux est de reprendre ce que déclarait le Pr Ch. Tzourio devant la commission sénatoriale : « *À cet âge, les problèmes de santé mentale sont très fréquents et évoluent dans le temps. Nos jeunes sont soumis à de très fortes pressions qui aboutissent à des troubles du sommeil, du stress ou, pour certains des symptômes dépressifs. C'est aussi avec l'éloignement du cocon familial le début des addictions, qui servent parfois au lâcher prise : binge drinking, consommation de cannabis ou de benzodiazépines — 20% des étudiants en consomment régulièrement, ce qui explique en partie la surconsommation de ces produits dans la population française par rapport au reste du monde. C'est à cet âge qu'apparaissent les maladies psychiatriques,*

⁴⁷ « Des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé vers des services de santé étudiante » (octobre 21)

indépendamment du mal-être psychique, qui est courant. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes après les accidents de circulation ».

Une étude de l'UPJV⁴⁸ permet de préciser le diagnostic dans cette université des Hauts-de-France. Le SSU cherche à estimer la prévalence de la détresse psychologique, des troubles anxieux et dépressifs, ainsi que de l'idéation suicidaire des étudiants de l'UPJV. Un questionnaire a été mis en ligne entre le 26 novembre et le 05 décembre 2020 (fin de deuxième période de confinement national). Sur cette courte période de dix jours, 3 609 étudiants ont au moins ouvert le questionnaire, et 3 139 questionnaires complets ont pu être analysés. L'étude permet d'aller plus loin que les constats habituellement publiés, en évaluant différentes dimensions de la santé mentale. Ses principaux résultats sont les suivants.

- **La détresse psychologique**

C'est une dimension de la santé mentale mesurée par des indicateurs non spécifiques, qui indiquent une probabilité accrue d'avoir un trouble anxieux ou dépressif sans que l'on puisse conclure au diagnostic. Évaluée dans les 4 semaines précédant l'enquête, elle concernait 72,4 % des étudiants, mais davantage les étudiantes (1 634 étudiantes, soit 74,3 % des répondantes, et 544 étudiants, soit 59,5 % des répondants).

- **La symptomatologie anxieuse et dépressive**

1 040 étudiants ont été interrogés. Un tiers (33,1%) est concerné par cette symptomatologie dépressive qui touche à peu près également étudiantes et étudiants (747 étudiantes, soit 33,8 %, et 290 étudiants, soit 31,7%). La prévalence de l'anxiété concerne 54% des répondants, et le phénomène est plus marqué pour les femmes (59,6 % contre 40%).

- **Les idées suicidaires**

Les idées suicidaires au cours des douze derniers mois ont été retrouvées chez 603 étudiants (19,2 %), de façon légèrement plus marquée pour les étudiantes. Parmi les étudiants ayant pensé à se suicider, plus de 72 % d'entre eux évoquent leurs études comme facteur causal. Suivent ensuite la vie sentimentale (42%), la vie familiale (42%) et la santé (20 %). D'autres causes sont mentionnées dans plus de 27 % des cas. Parmi les étudiants ayant pensé au suicide, 66% ont scénarisé leur passage à l'acte.

Ces données concernent la période de fin de confinement. Ce qui a été dit plus haut sur l'aggravation de la santé mentale doit convaincre de faire de cette question une priorité nationale et régionale. Pour le CESER la prise en charge des étudiants et étudiantes en situation de fragilité psychique doit être améliorée ; on verra dans la seconde partie que les services universitaires de santé, quelles que soient leur efficacité et leur organisation, n'ont pas la capacité d'agir seuls. En matière de santé mentale, ils butent d'ailleurs sur l'insuffisance de moyens. L'accompagnement de l'État doit être absolument renforcé.

d. Placer l'étudiant ou l'étudiante dans un continuum de santé, de l'école au supérieur

Tout au long de ce rapport la nécessité d'assurer un continuum de santé tout au long de la formation a été fortement soulignée. Il s'agit de s'assurer que l'ensemble des droits dont bénéficient les jeunes en matière de santé ont été et sont toujours bien accessibles, et de donner des informations sur le dossier médical et leur état de santé. Le dossier médical partagé en est l'outil indispensable.

⁴⁸ Enquête sur la santé mentale des étudiants de l'UPJV- Service de Santé Universitaire – décembre 2020.

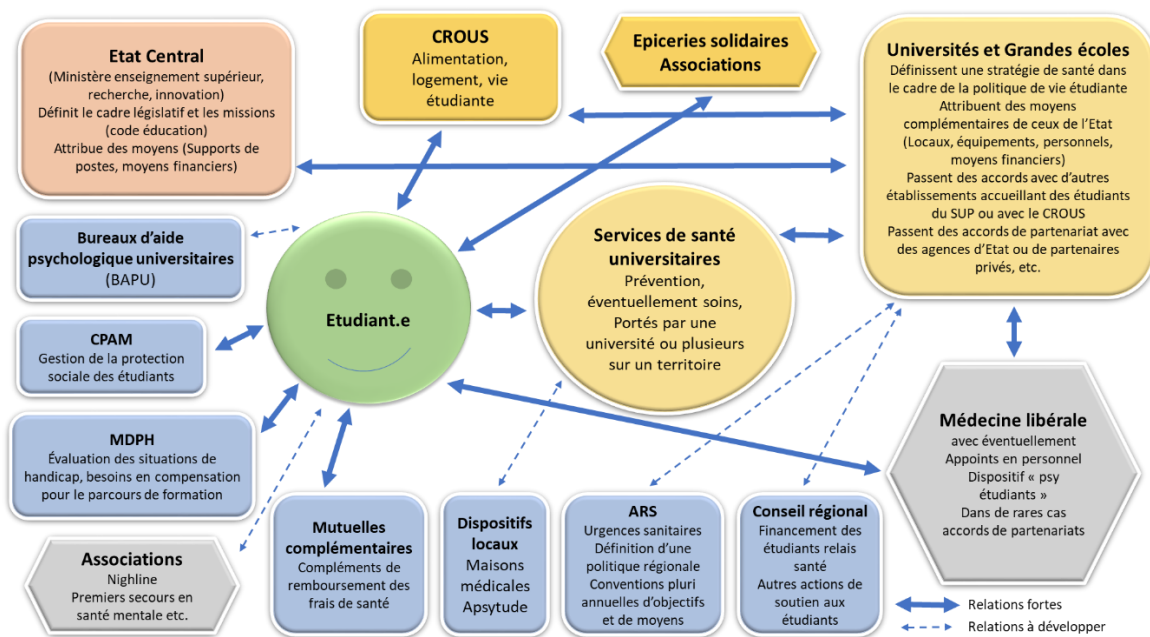
L'entrée dans l'enseignement supérieur peut constituer une rupture pour diverses raisons : les étudiants adultes deviennent autonomes, ils font leurs études souvent à distance de leur domicile familial, ils changent de formation (en licence à un endroit, à Amiens par exemple, un master à un autre (Grenoble par exemple) et un doctorat dans un troisième et ils sont amenés à une mobilité qui peut être importante sur le territoire national. Étudiants ils peuvent rencontrer des problèmes de santé spécifique, que l'on vient de voir. Il importe donc de s'assurer qu'il n'y a pas de rupture. Le dossier médical partagé doit être connu des services de santé des étudiants, ce qui facilite les dépistages et la prise en charge. À défaut de ce document, il faut penser coupler la carte d'étudiant et la carte santé (à préciser sans doute). Une visite médicale obligatoire doit être impérativement assurée au plus vite dans l'entrée dans l'enseignement supérieur.

II. Le rôle des acteurs

Les acteurs de la santé étudiante sont essentiellement l'État qui définit le cadre législatif, et qui attribue les moyens aux universités. Et ces dernières qui s'appuient sur les Services de santé universitaire, lesquels jouent et doivent continuer à jouer un rôle majeur.

Le schéma suivant montre aussi que d'autres acteurs interviennent : le CROUS dont le CESER a souligné le rôle en matière d'alimentation, mais qui par son offre de logement influence aussi les conditions de vie et de travail des étudiants, mais aussi des acteurs publics (Conseil régional, CPAM) ou des associations sur certains sujets.

Figure 28. Les principaux acteurs de la santé des étudiants



Le rapport de l'IGAEN cité plus haut traite assez longuement des partenariats entre ces différents acteurs. Il plaide pour un renforcement de ces partenariats. Il distingue trois catégories de partenaires et de partenariats avec les services de santé universitaire : avec les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS), avec les autres établissements d'enseignement supérieur du territoire et avec les acteurs de santé de ce même territoire.

a. Le partenariat avec les CROUS

Pour le rapport les missions dévolues aux universités en matière de santé étudiante doivent nécessairement être coordonnées avec celles relatives à l'intervention sociale qui relèvent des CROUS. La situation de l'étudiant nécessite, en effet, d'être appréciée dans sa globalité et sa prise en charge d'être organisée selon une logique de continuum médico-social. Le CESER partage et met en avant cette logique de continuum de santé. Il souligne néanmoins que les universités et les écoles ont mis en œuvre, selon des modalités très diverses, des politiques d'accompagnement de la vie étudiante (vie associative, sport, accompagnement des étudiants en situation de précarité) et qu'il serait manichéen de considérer que le social ne relève que du CROUS.

b. Le partenariat avec les autres établissements d'enseignement supérieur du territoire

Le cadre légal permet des coopérations interuniversitaires, et les auditions ont souligné cette coopération entre les SSU. On doit ajouter que les politiques de site (trois en Région) sont un instrument idéal pour porter des coopérations renforcées ; au sein de ces sites les coopérations entre les grandes écoles et les universités doivent être renforcées en matière de santé.

L'intérêt du rapport de l'IGESR réside aussi dans le focus mis sur d'autres établissements d'enseignement supérieur ou sur ceux qui accueillent des formations post bac (classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE) et sections de techniciens supérieurs (STS)). Bon nombre des élèves de ces établissements n'ont pas accès à des services de santé dédiés. Un chiffre parfois cité est qu'actuellement seuls 60 % des étudiants du supérieur ont accès à des services de santé universitaire. C'est un problème à régler et on verra que la solution apportée par le ministère est d'augmenter leur champ d'intervention...mais sans rien dire de précis sur les moyens

Pour les grandes écoles, le rapport pointe que « *Si certains de ces établissements ont conclu des conventions avec des universités, beaucoup d'autres sont contraints de trouver des alternatives (conventions avec des médecins libéraux ou d'autres professionnels de santé) plus ou moins satisfaisantes* ».

S'agissant des étudiants inscrits en CPGE « *ils devraient pouvoir, en raison de leur inscription obligatoire à l'université, accéder au SSU. Cette possibilité reste néanmoins théorique dans la mesure où ces étudiants ne fréquentent guère l'université dans laquelle ils sont formellement inscrits ou peuvent s'en trouver très éloignés du point de vue géographique* ».

Les élèves de STS sont soumis au régime scolaire et relèvent, en principe, de la médecine scolaire. Pour l'IGAENR cette situation n'est guère satisfaisante car la médecine scolaire (qui a ses propres contraintes et limites) n'est pas adaptée à la prise en charge de jeunes adultes dont les besoins et les attentes en termes d'accès aux soins et de prévention ou promotion de la santé sont plus assimilables à ceux des autres étudiants que ceux des lycéens.

Le CESER partage ce diagnostic et la préconisation portée par l'IGESR « *de faire évoluer les services de santé universitaires en services de santé étudiante* », et d'affirmer ainsi que tous les étudiants, quel que soit leur établissement d'affectation, doivent pouvoir avoir accès à l'offre de santé dans ces services ou dans d'autres structures dans le cadre de partenariats portés par les établissements d'enseignement supérieur concernés.

Pour le CESER cet objectif est essentiel. Les politiques de site universitaire — Université de Lille, Alliance A2U (UPJV, Artois, ULCO) et Alliance UPHF-Université catholique — sont le lieu approprié pour définir des politiques de santé inclusives, et de veiller aux équilibres territoriaux. Elles regroupent des formations facultaires et des grandes écoles. Mais il convient de ne pas laisser seuls les établissements d'enseignement supérieur ; l'accompagnement de l'État et des collectivités territoriales est nécessaire.

c. Le partenariat avec les autres acteurs de santé du territoire

Le rapport de l'inspection générale fournit aussi une analyse intéressante de la coopération avec d'autres acteurs de santé du territoire et insiste sur l'importance de la dimension territoriale. La politique de santé étudiante doit s'inscrire dans le cadre national et doit être déclinée « au plus près des usagers, de leurs besoins et du contexte local, qu'il convient d'inscrire la politique de santé étudiante. Les SSU, en tant qu'ils sont chargés de mettre en œuvre cette politique, doivent pouvoir être reconnus comme des acteurs de santé du territoire à part entière ». Le CESER fait sienne cette analyse.

i. L'ARS

L'ARS est bien entendu un élément majeur de cette cohérence entre le national et le territorial. Des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) sont en principe mises en place entre les ARS et les universités. Le rapport pointe qu'elle ont presque toutes un objet limité au financement d'actions de prévention ou de promotion de la santé et que cela « est d'ailleurs cohérent avec les dispositions de l'article L. 831-1 du code de l'éducation qui prévoient que les établissements auxquels les SSU sont rattachés concluent une convention avec les ARS « pour concourir à la mise en œuvre des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé que comporte le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique ».

Il y a donc des marges de progrès, pour intégrer la dimension d'accès aux soins. Lors de ses auditions le CESER n'a pas ressenti que l'on avançait suffisamment dans cette voie en Hauts-de-France. Il souhaite donc que l'ARS affirme plus nettement l'importance d'une politique de santé étudiante en Hauts-de-France, intégrant la dimension de l'accès aux soins, et en fasse un élément structurant des COM avec les établissements d'enseignement supérieur⁴⁹.

ii. Les CPAM

S'agissant des relations entre les universités et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), le rapport de l'inspection générale note qu'elles se structurent depuis peu (à la faveur de l'entrée des étudiants dans le régime de droit commun de l'assurance maladie à compter de la rentrée universitaire 2018) et à partir du niveau national (cf. convention-cadre de partenariat évoquée supra). L'IGESR a constaté l'existence de contacts de plus en plus réguliers entre des universités et des CPAM *mais, à sa connaissance, aucune convention-cadre n'a, pour l'heure, été conclue. Cette perspective est pourtant favorablement envisagée par le directeur accompagnement des publics jeunes de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) afin de traiter des sujets liés à l'accès aux droits, la promotion et la prévention.*

Le CESER est bien entendu sur cette ligne. Il souligne néanmoins qu'en Région Hauts-de-France, et ailleurs, les CPAM sont nombreuses (onze en Hauts-de-France) et que cela ne facilite pas du tout la mise en œuvre de conventions cadres à l'échelle des trois sites qui structurent actuellement l'ESR régional.

⁴⁹ L'inspection générale souligne qu'en France le bilan d'activité 2018-2019 des SSU établi par la DGESIP indique que seulement 20% des établissements intégrant un SSU ont signé un CPOM avec l'ARS de leur ressort territorial.

iii. Les professionnels de santé

Les services de santé universitaire des Hauts-de-France ont été amenés à développer des relations avec les professionnels de santé, en complément de leurs actions ou pour répondre à des besoins qu'ils ne pouvaient pas satisfaire avec leurs moyens (dans le domaine de la santé mentale en particulier). Mais partant du constat que bon nombre d'étudiants n'ont pas d'accès aux soins, certains, le rapport de l'IGAENSR en particulier, préconise un recours beaucoup plus systématique à la médecine de ville. Est-elle bien une solution ?

Le rapport de l'IGESR rappelle ainsi que tous types de SSU confondus, 46 % des étudiants les fréquentent pour un bilan de santé, 26,3 % pour une consultation de médecine générale, 26,1 % pour un certificat médical, un conseil ou un aménagement d'examen, 17,4 % pour une consultation spécialisée, 13,2 % pour une vaccination, 7,8 % pour un soin infirmier, 6,5 % pour rencontrer une assistante sociale. 62 % des étudiants qui n'ont jamais fréquenté un SSU « ne savaient pas que le service existait ou ne connaissait pas les services qu'il proposait » et 17 % ont plutôt consulté un médecin de ville.

À lire ces lignes on a le sentiment, et c'est bien l'objectif, que ces chiffres ne seraient pas suffisants. C'est à la fois vrai (mais en termes relatifs quand on regarde les %) et faux (quand on regarde le nombre d'étudiants). Compte tenu de l'importance de la population étudiante le nombre d'étudiants qui recourent aux services de santé est considérable, et cela même si des progrès importants sont nécessaires ! Pour les trois établissements que nous avons auditionnés (150 000 étudiants), un petit calcul de coin de table en appliquant ces pourcentages à leur effectif conduit à dire que près de 40 000 étudiants fréquentent les SSU pour une consultation de médecine générale, près de 12 000 pour un soin infirmier, 26 000 pour une consultation spécialisée. Et il est possible que les pourcentages soient plus élevés en Hauts-de-France. Ce n'est donc pas rien, loin de là, et cela suppose un travail très important et une très forte implication pour les personnels des SSE.

Sur la base de ce constat, mais sans traiter très précisément la question des moyens, le rapport de l'IGAENSR considère que la solution doit être cherchée du côté de la médecine de ville et que la montée en puissance des centres de soin n'est pas une priorité. : il écrit ainsi « *sans sous-estimer l'intérêt que présente la structuration des SSU en centre de soins il convient de garder à l'esprit que certaines universités comme celles récemment engagées dans la construction de leur propre SSU ne sont tout simplement pas pour l'heure en mesure d'envisager la mise en place d'un centre de soins* ». D'autres ont fait un choix délibéré (cf. l'exemple de l'université Paris-Est- Créteil-Val-de-Marne⁵⁰) d'organiser leur offre de soins, sans transformer leur SSU en centre de santé, considérant la disponibilité de leurs ressources, les spécificités de la structuration de leur établissement (notamment multi sites) et de celle de l'offre globale de santé du territoire.

Le CESER Hauts-de-France a sur cette question une conception très différente, et pour tout dire opposée. Sans nier l'utilité de partenariats avec la médecine de ville, il pense que le recours plus important à cette dernière relève d'une fausse bonne solution. L'expérience montre que les conditions territoriales sont essentielles. La réalité des Hauts-de-France, c'est la prégnance d'une insuffisance de l'offre libérale dans de nombreuses spécialités, avec des délais d'attente considérables, des personnes qui n'accèdent plus aux soins, et cela concerne de plus en plus la médecine généraliste. Même les grandes métropoles de notre région n'échappent pas à cette triste et dure réalité. Le CESER pense qu'il est donc préférable d'accroître l'offre de soin universitaire, en proximité avec la population étudiante. C'est en fait une question de curseur et il faut sans doute à la fois porter, la création

⁵⁰ « L'université Paris-Est-Créteil-Val-de-Marne (UPEC), de plus de 38 000 étudiants, implantée en Île-de-France sur trois départements et dix-sept campus a fait le choix, en créant le réseau « Rhésus+ », de travailler avec les médecins de ville (qui se sont engagés à pouvoir être le médecin référent des étudiants qui les contacte et de répondre dans un délai inférieur à 48 heures et sans surcoût) plutôt que de constituer un centre de santé ».

de centres de santé, proposant des consultations médicales, de façon privilégiée, et des partenariats avec la médecine de ville. L'ULCO a souligné cette piste. L'expérience de l'Université Paris-Est rappelée par l'IGSESR est intéressante ; mais jusqu'où peut-elle être réellement portée en Hauts-de-France ?

III. Dispositifs et leviers d'actions

a. Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) en Hauts-de-France

▪ **Leurs missions définies par la loi (Code de l'éducation)**

Un décret de mars 2023 (<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf>) a redéfini les missions exercées par les services universitaires et interuniversitaires de santé étudiante. On verra plus loin les changements apportés et l'avis du CESER sur ces derniers. Ces missions sont au nombre de trois:

- 1- Mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en lien avec les priorités fixées par la conférence de prévention étudiante prévue par le code de la sécurité sociale ;
- 2- Contribuer à favoriser l'accès aux soins de premier recours des étudiants ;
- 3- Organiser une veille sanitaire.

Ce décret décrit précisément les actions dont ils sont chargés (voir encadré ci-dessous) et qui du point de vue du CESER vont au-delà des actions d'information et de prévention. Elles sont fort nombreuses et supposent donc une organisation efficace, du temps et du personnel. Les appellations des services de santé ont évolué : les SSE aujourd'hui, les SSU (Services de santé universitaire) ou les SUMPPS (Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) hier. Pour simplifier on utilisera l'appellation actuelle.

Quelles sont les missions des SSE ?

Les SSE se doivent :

- D'effectuer au moins un examen de santé, intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale, au cours de la scolarité dans l'enseignement supérieur pour tous les étudiants et, de manière prioritaire, auprès des étudiants en situation de handicap, des étudiants étrangers, des étudiants dont le cursus les expose à des risques particuliers et des étudiants soumis à des risques de rupture dans les parcours de soins ;
- D'impulser et de coordonner des programmes de prévention et des actions d'éducation à la santé, de jouer un rôle de conseil et de relais avec les partenaires, notamment dans le cadre du plan régional défini par le code de la santé publique ;
- D'assurer soit une visite médicale sur site, soit une téléconsultation à tous les étudiants exposés à des risques particuliers durant leur cursus ;
- De contribuer au dispositif d'accompagnement et d'intégration des étudiants en situation de handicap dans l'établissement ;
- D'assurer le suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers conformément à l'article L. 422-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- De développer la promotion de la santé mentale, la prévention et le repérage des troubles psychiques,
- D'assurer, le cas échéant, une prise en charge directe de ces troubles et de favoriser l'orientation des étudiants vers une prise en charge en santé mentale adaptée ;
- De prévenir les conduites addictives ;
- D'assurer la prescription d'un traitement de substitution nicotinique ;
- De promouvoir l'équilibre alimentaire ;
- De prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical de l'étudiant
- De contribuer à assurer la surveillance médicale particulière des étudiants inscrits dans des formations spécialement aménagées en vue de la pratique sportive de ces étudiants conformément aux dispositions de l'article R. 831-2 ;
- D'assurer la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence auprès des étudiantes
- D'assurer la prévention des risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé. À ce titre, ils peuvent prescrire des préservatifs et tout autre moyen de contraception, un dépistage de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites, orienter vers

des professionnels de santé pour une prise en charge adaptée, prescrire un dépistage des infections sexuellement transmissibles et, le cas échéant, leur traitement ambulatoire ;

- D'assurer la prescription et la réalisation de la vaccination dans le respect du calendrier des vaccinations en vigueur
- D'assurer la prescription d'une radiographie du thorax ;
- De développer des programmes d'études et de recherches sur la santé des étudiants avec les différents acteurs de la vie universitaire et notamment des études épidémiologiques ;
- De participer aux instances de régulation de l'hygiène et sécurité.

Un point essentiel est que les services de santé étudiante peuvent aussi se constituer en centres de santé médicaux, dentaires et infirmiers. Ceux-ci permettent aux étudiants de bénéficier de consultations médicales et de soins en médecine générale, avec la possibilité de délivrance d'ordonnances. Le tiers payant y est pratiqué. La consultation est prise en charge à 70 % par la Sécurité sociale, avec éventuellement une complémentaire apportée par une mutuelle. La question de l'accès des étudiants les plus vulnérables sur le plan financier se pose. Les étudiants peuvent déclarer un des médecins du centre de santé comme médecin traitant, mais cela dépend du nombre de médecins du SSE.

▪ Les SSE en Hauts-de-France

Toutes les universités ont un service commun dédié à la médecine. L'Université catholique de Lille abrite un centre polyvalent de santé universitaire. Seule l'université de Lille dispose de centres de santé à même de réaliser des consultations. Les autres universités font aussi du suivi individuel, mais renvoient à la médecine libérale si des consultations approfondies sont nécessaires.

Les SSE sont en étroite relation avec les services de la vie étudiante et les bureaux Handicap. C'est un point important, et les services de santé s'intègrent ainsi dans les politiques d'accompagnement des étudiants développées par les établissements. Un lien avec les composantes (facultés, écoles) est assuré. Il y a systématiquement une coopération avec les assistantes sociales du CROUS. Cette intégration différencie les SSE de la médecine libérale.

Le CESER a procédé à l'audition de trois services de santé (voir encadré). Son appréciation est celle d'une organisation souple et efficace, qui malgré un manque flagrant de moyens humains, assure un service de santé de très grande qualité. Le CESER considère donc que relever le défi de la santé des jeunes en formation supérieur doit passer par le développement de ces services sur le territoire régional.

Les moyens des trois centres de santé auditionnés

On constate que les moyens sont limités au regard des missions, de l'importance de la population étudiante, avec toutefois des différences sensibles entre les services de santé. On constate aussi que seule l'Université de Lille est en capacité de mettre en place des centres de santé, et que de ce fait les autres universités se consacrent essentiellement à la prévention et à la promotion de la santé.

1- Le SSE de l'Université de Lille

L'Université de Lille accueille 78 000 étudiants dans ses composantes facultaires et 3 830 dans les établissements composantes (Sciences Po, ESJ, Ensait, École d'architecture). Pour la santé étudiante, ces derniers sont liés à l'établissement principal par une convention.

Le SUMPPS est un service commun de l'Université « stricto sensu ». Il est rattaché à la Direction générale déléguée Vie universitaire (Vie étudiante, santé, sports, culture, développement durable et responsabilité sociale). Il intègre trois centres de santé et deux antennes. Des conventions lient les quatre établissements composantes.

L'équipe comporte 1 médecin directrice (santé publique), 1 responsable administrative et financière, 1 assistante administrative et financière, 9 médecins généralistes (dont 1 médecin compétent en gynécologie : planification familiale), 13 infirmières dont 1 conseillère conjugale (planification familiale), 5 psychologues, 5 assistantes sociales.

23 étudiants relais santé (ERS) viennent en accompagnement.
Le service est également Centre de santé.

2- Le SSE de l'ULCO

L'université accueille 10 000 étudiants répartis sur quatre sites (Dunkerque, Calais, Boulogne, Saint-Omer).
L'équipe médicale comporte 8 personnes assistées de trois secrétaires : 1 médecin chef, 3 infirmières, 1 psy, 3 assistantes sociales, 3 secrétaires. S'y ajoutent les Étudiants Relais Santé (5 à 7 ERS par an), une assistante sociale CROUS, un psychologue sur Boulogne (3h par semaine), un psychologue sur Calais (4h tous les 15 jours)

3- Le SSE de l'UPJV

L'université accueille 33 000 étudiants dont 28 000 sur Amiens.
L'équipe comporte 4 médecins (mais 2,2 ETP), 4 infirmiers, 7 psychologues (mais 4,7 ETP), 1 conseillère conjugale et familiale (0,7 ETP) ; 1 diététicien (0,4 ETP), un sophrologue vacataire (0,4ETP), 1 orthophoniste (0,2 ETP), 1 assistante administrative, 1 agent d'accueil et 1 chargé de projets.
Il y a 24 ERS, et 27 étudiants en Service sanitaire en santé.
L'université n'est pas Centre de santé, mais souhaiterait l'être.

b. Les actions des SSE

i. Les actions de prévention et de santé

Ces missions sont essentielles, en accord avec celles prévues par la loi, et elles sont menées par tous les SSE. Elles sont conduites tout au long de l'année avec un certain nombre de temps forts spécifiques. Les entretiens ont montré la diversité de ces actions. Beaucoup d'actions sont de même type, mais les établissements ont développé des actions spécifiques, autour des thèmes suivants :

- Accès aux droits et aux soins
- Vie affective et sexuelle : information, dépistages, prévention des violences, IST, remise d'autotests VIH, distribution de kits de prévention risques festifs, etc.
- Lutte contre les addictions : produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis, etc.) addictions sans substances
- Risques festifs (attestations « soirées responsables »)
- Santé mentale, bien-être psychique, ateliers de gestion du stress
- Alimentation et activité physique
- Santé bucco-dentaire
- Actions contre la précarité menstruelle, mise à disposition de protections hygiéniques
- Campagnes de vaccination (Covid en lien avec l'ARS, distribution d'autotests Covid)
- Ou thèmes repérés par les professionnels (LGBT phobies) ou les étudiants.

Ces actions mobilisent tous les professionnels du service, avec le concours des étudiants relais santé, dispositif soutenu par le Conseil régional Hauts-de-France.

Les étudiants relais santé (ERS)

Les étudiants « Relais Santé » sont en charge de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé auprès de leurs camarades. Cela concerne l'accès aux droits et aux soins, la promotion de l'équilibre alimentaire et l'activité physique, la prévention des addictions, la vie affective et sexuelle, la prévention du mal-être, le dépistage régulier et le suivi vaccinal.

Depuis la rentrée 2018, sept établissements d'enseignement supérieur des Hauts-de-France en lien avec leur service de santé universitaire ont élaboré un projet afin de mettre en œuvre le dispositif « Étudiants Relais Santé ». L'objectif est concret : sensibiliser les étudiants à la santé par des camarades formés.

Il y a 23 ERS en 2021-2022 à Lille, 5 à 7 sur le littoral, 24 à Amiens.

La Région apporte une aide financière aux établissements d'enseignement supérieur qui ont mis en place le dispositif « Étudiants Relais Santé ». Sur le territoire sept établissements l'ont déployé dans leur enceinte. Il complète les politiques publiques déjà existantes dans ce domaine, en permettant aux jeunes de s'informer en matière de droits, de soins et de les sensibiliser quant aux comportements à adopter et prévenir des situations à risque. L'objectif est d'employer des jeunes, afin qu'ils fassent l'intermédiaire entre les professionnels de santé et les étudiants, sous la responsabilité des services de santé universitaires qui définissent leurs missions et les modalités de réalisation.

La Région prend en charge les formations continues en direction des étudiants « Relais Santé » organisées par l'ensemble des services de santé universitaire. Cela comprend des connaissances théoriques et des méthodologies de comportements à adopter face à des problèmes. Tous les étudiants suivent des formations avant de commencer à travailler.

Mathis ROUSSEAU, étudiant relais-santé depuis un an, étudiant en M1 de droit, a fait part de son expérience. Il a débuté pendant le confinement. Les ERS sont issus de toutes disciplines, et pas forcément en santé. Ils font la promotion du SUMPPS dans leur formation, mais n'interviennent pas sur les sujets de santé des étudiants. Les ERS occupent leur mission en fonction de leur agenda, il n'y a pas de temps imposé. Cette mission est rémunérée sur un financement 100% Région. Les équipes sont régulières et travaillent en actions collectives, pas de contacts individuels. Une demande individuelle est immédiatement orientée vers le SSU. Les professionnels de santé du SSU ont été filmés par les ERS. Les vidéos sont sur la page : Les ERS s'appuient sur les réseaux sociaux étudiants.

https://www.facebook.com/centresanteunivlille/videos/?ref=page_internal

ii. L'accompagnement individuel des étudiants

Toutes les universités ont une démarche de prise en charge individuelle, avec notamment le bilan de santé pour tous les primo-entrants, le suivi des étudiants en situation de handicap pour l'aménagement de leurs études, et toutes proposent des rendez-vous à la demande, avec une réorientation vers les structures adaptées si besoin est (CMP / médecine générale / psychologue). Toutes participent aux campagnes de vaccination.

Mais les centres de soin vont au-delà de la prévention avec des consultations de médecine générale, de gynécologie. C'est le cas du SSE de l'université de Lille avec ses trois centres de soin. Ils s'appuient sur 6 secrétaires médicales. Ils dispensent des consultations de médecine générale sans avance de frais (soins courants, traumatologie, suivi de maladies chroniques, santé mentale (15 à 20 %), médecine du sport et des consultations de gynécologie (médecins généralistes ; Centre de Planification et d'Éducation Familiale avec 1 médecin et 1 conseillère conjugale ; consultations de contraception et suivi gynécologique de prévention par une sage-femme).

Développer l'implantation de centres de soins sur l'ensemble du territoire est donc une proposition de bon sens, compte tenu des problèmes de santé rencontrés par les étudiants. Le paradoxe est que les étudiants fréquentent relativement peu (ce qui ne signifie pas qu'ils ne sont pas nombreux) les SSE, mais ces derniers souffrent bien évidemment d'un manque de personnels et de locaux, ce qui ne facilite pas l'accès des étudiants. Ce sont des obstacles forts que l'UPJV, qui souhaiterait développer des centres de soin, a mis en avant. Renforcer les moyens faciliterait sans doute l'accès des étudiants.

Les auditions ont souligné le fait que l'écart entre les besoins et les moyens est énorme et va croissant. De nouvelles missions ont été confiées, leur liste décrite par le décret de mars 2023 est impressionnante, le nombre d'étudiants inscrits dans les universités a augmenté sans que les moyens suivent. Les besoins sont en même temps de plus en plus manifestes pour les soins de médecine générale, gynécologie, la contraception, dépistage ; la santé

mentale, l'écoute, suivi psychologique ; les soins dentaires, et l'ophtalmologie, la médiation (conflits familiaux, harcèlement), les consommations à risque. Aujourd'hui les universités disposent de moyens de l'État (Postes d'enseignants chercheurs et de personnes techniques et administratifs, dotation globale de fonctionnement), qui sont déjà insuffisants pour assurer leurs missions fondamentales de formation, de recherche et de transfert et donc leur cœur de métier. Dès lors qu'elles souhaitent développer des actions dans le domaine de la vie étudiante et de la santé étudiante elles doivent utiliser une partie de ces moyens et procéder à des arbitrages. Ce n'est pas satisfaisant. Le CESER plaide pour que des moyens spécifiques soient attribués aux universités par l'État en matière de santé.

Certains étudiants sont plus exposés que d'autres : les étudiants internationaux loin de chez eux, avec des habitudes culturelles différentes — il a été souligné lors des entretiens que le suivi sanitaire de ces étudiants a été transféré de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) et comme il se doit sans moyens supplémentaires — les étudiants en situation de handicap, de plus en plus nombreux, les étudiants en situation de précarité (notamment des étudiants internationaux mais pas seulement).

Les échanges ont mis en avant l'importance de ne pas dissocier les soins (centres de santé) et la prévention. La prévention doit être intégrée aux soins. L'importance d'une prise en charge « globale », médico-psycho-sociale a été soulignée. Là encore les Services de santé sont les mieux à même de porter cette exigence.

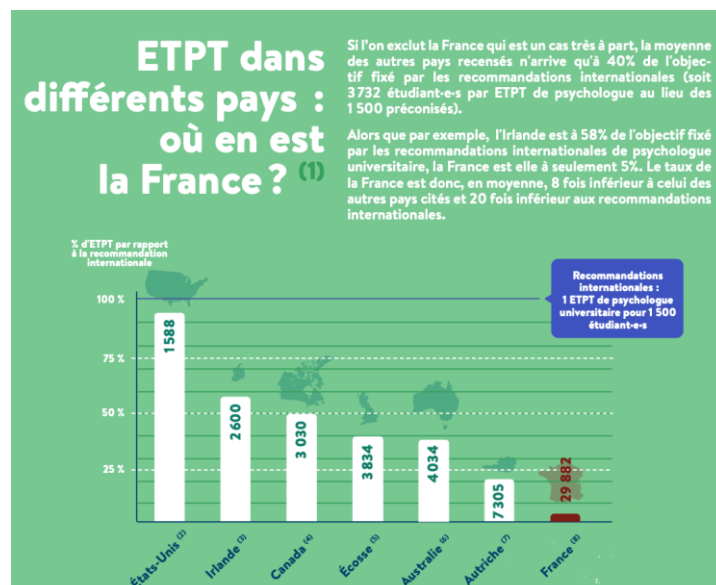
Une réforme des SUMPPS a été engagée, il conviendra de l'apprécier au regard de ces éléments. On y reviendra plus loin.

iii. Focus sur la santé mentale

Les universités sont soumises à une demande importante, en hausse depuis les débuts de la crise sanitaire, et en même temps elles ne peuvent y faire face par leurs propres moyens !

Une étude de l'association « Nightline » identifie de façon très claire ce manque de psychologues universitaires. Alors qu'une norme internationale vise 1 500 étudiants par psychologue (en équivalents temps plein), la France n'atteint que 40% de cet objectif avec 3 732 étudiants. Certes la norme est très ambitieuse, mais il reste que la France reste loin derrière d'autres pays européens. Des postes de psychologues ont été récemment créés par l'État, mais cela ne comble qu'une petite partie des besoins et sans une démarche volontariste de moyen terme, le problème demeurera. On y reviendra dans le point traitant des réformes des SSE.

Figure 29. Le retard français d'après une étude de l'association Nightline



On va voir que les universités font beaucoup, et qu'elles mobilisent de nombreux partenaires.

c. Les actions des universités, dans un cadre partenarial

i. Université de Lille

Elle réalise 2 500 à 3 000 consultations psychologiques par an.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place en coopération avec le CROUS ou des associations spécialisées.

Le Conseil de santé mentale des étudiants. Il repose sur un partenariat entre Université de Lille, le CROUS, et l'établissement de santé mentale de Lille (EPSM). Il mobilise le financement du CVEC⁵¹ Ses objectifs : créer un espace d'échanges et de coopérations avec acteurs du milieu universitaire et acteurs de la santé mentale ; fluidifier les parcours des étudiants en souffrance psychique. Il structure donc son activité autour des missions suivantes : formation avec PSSM (Premiers secours en santé mentale France), sensibilisation à la santé mentale, prévention (déstigmatisation, prévention du suicide, éco anxiété), animation de réseaux.

Ce conseil a mis en place en mai 2021 une démarche originale avec l'équipe de soins et d'orientation de psychiatrie pour les étudiants (ESOPE).

ESOPE est une équipe pluridisciplinaire (2 psychiatres, huit infirmiers de psychiatrie et une cadre de santé). ESOPE est financée par le CVEC (215 000 € moitié Université, moitié CROUS) et un financement du ministère de la Santé via le FIOP, fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (258 645 € soit 55%). Le financement FIOP est versé à l'établissement de santé mentale de Lille, porteur du projet, ainsi que le financement université/Crous (par convention).

Les étudiants de l'Université de Lille peuvent rencontrer les équipes mobiles au SSE ou dans les résidences universitaires du CROUS. Dans les trois centres de santé du SSE, des consultations sur rendez-vous sont ainsi assurées tous les jours de la semaine (sauf le mardi). À noter que toute demande de prise en charge doit d'abord passer par le SSE ; une évaluation des besoins sera alors réalisée par une infirmière ou un médecin. Dans les résidences universitaires du CROUS, des permanences sans rendez-vous ont lieu du lundi au vendredi de 17h à 19h. Réalisées par un infirmier, elles ont pour objectifs d'établir un premier contact, d'évaluer le besoin en santé et d'orienter éventuellement vers un suivi en fonction de la situation.

Des coopérations avec les centres médico sociaux. Notamment avec le centre de St-André qui couvre le territoire de Villeneuve d'Ascq et donc les campus. Une équipe mobile de santé mentale financée par l'ARS permet un relais et une concertation dans des cellules pluridisciplinaires avec les professionnels de santé.

Une Coopération avec l'établissement de santé mentale de Lille (<https://proximite.mgen.fr/192-etablissement-de-sante-mentale-de-lille>). L'établissement de santé mentale de Lille est un établissement de santé privé d'intérêt collectif. Il propose depuis 1978 une prise en charge médicale et un accompagnement à toute personne majeure en souffrance psychique, quel que soit son régime d'assurance maladie. Il comprend un hôpital de jour, une unité

⁵¹ La CVEC est la Contribution de vie étudiante et de campus. La loi prévoit qu'elle est collectée par les Crous. D'un montant de 95 € en 2022/23, on peut y être assujéti ou en être exonéré en fonction des cas. Elle concerne les étudiants inscrits en formation initiale dans un établissement d'enseignement supérieur en France ; elle est destinée à favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants et à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention » (article L. 841-5 du code de l'éducation).

de consultations ambulatoire, un département de réhabilitation psychosociale et une maison des usagers. Il est porté par le groupe MGEN qui propose un réseau national coordonné, avec une offre complète couvrant l'ensemble du champ de la santé mentale. L'établissement a une capacité de 33 places pour son hôpital de jour.

Malgré tout il est difficile de faire face. Les files d'attente devenaient si longues qu'il a fallu les fermer et développer des conventions avec les autres universités pour mutualiser les prestations de psychologues. De mars 2021 à mars 2022, 1 000 étudiants ont été orientés via le « chéquier psy » (voir infra point d ii), qui ouvre droit à 8 consultations !

ii. UPJV

La démarche de l'UPJV est fort contrainte par l'insuffisance de personnels. Elle est centrée sur l'accueil des étudiants par les infirmières, une première fois sous 48 heures avec un vrai travail préalable appelé entretien « pré-psy ». Les étudiants sont orientés en tant que de besoin vers d'autres structures ou la médecine libérale. Toutefois, le SUMPPS a bien souligné que les délais de rendez-vous avec un psychologue libéral sont de 2 mois, ce qui ne correspond pas aux besoins. Le SSU collabore donc avec les médecins généralistes, et l'établissement de santé mentale de la Somme.

Le dispositif « Santé psy » (voir infra) est mobilisé, mais les effectifs de psychologues sur le versant sud de la région ne permettent pas de l'appliquer. Les ERS sont formés 30 heures en août sur les dispositifs. Les retours sont très positifs.

Un Conseil en santé mentale est en cours de structuration.

Un partenariat avec Nightline (voir infra) est développé.

iii. ULCO

Elle a les mêmes contraintes et, s'efforce donc de développer des partenariats avec les psychologues libéraux dans le cadre du dispositif psy étudiants.

L'ULCO a recruté en mars 2022 un psychologue à mi-temps, pour l'accompagnement psychologique des étudiants (Dunkerque et Saint-Omer), mais aussi pour la cellule discrimination-harcèlement-VSS et la cellule RPS de l'ULCO.

L'ULCO a développé des liens avec « Apsytude » (Association de Psychologues pour les études, <https://www.apsytude.com/fr/apsytude/qui-sommes-nous/>), une Société Coopérative et Participative (SCOP) maintenant implantée dans une quarantaine de villes en France.

Cette société propose des stands de sensibilisation pour lever les freins à la rencontre de psychologues, des ateliers de prévention en groupe (gestion du stress, addiction), des formations à usage des professionnels travaillant au contact des étudiants. Elle propose aussi deux dispositifs de consultation : « Hapsy Hours », pour rencontrer un psychologue (rendez-vous d'une trentaine de minutes, suivi) et « Hapsy Line » pour des consultations en ligne, aussi sur rendez-vous. Apsytude permet aux étudiants de rencontrer un psychologue à Boulogne (3h/semaine), ou à Calais (4h/tous les 15 jours). Apsytude est promue par le MESRI sur son site destiné aux étudiants ayant un besoin de consultation pédagogique.

L'ULCO a développé aussi des partenariats avec l'Association « Sportons-nous bien » : ateliers de gestion du stress, psychologie positive et Nightline (écoute téléphonique de nuit avec orientation vers des services d'accompagnement adaptés).

d. [Les actions des autres acteurs de la santé mentale sur le territoire des Hauts-de-France](#)

L'État propose en ligne des informations aux étudiants qui ont besoin d'une aide psychologique (<https://www.etudiant.gouv.fr/fr/besoin-d-une-aide-psychologique-1297>).

Il oriente vers les BAPU, le dispositif « Santé Psy Étudiants », les services de santé universitaire et différentes associations (notamment Apsytude, Nightline, etc.).

i. [Les BAPU](#)

Les BAPU (Bureaux d'aide psychologique universitaires) sont des centres de consultation ouverts à tous les étudiants qui souhaitent une aide psychologique. Leurs équipes sont composées de psychothérapeutes (psychiatres et psychologues), d'assistants sociaux et d'un service administratif. Localement, d'autres professionnels peuvent également proposer leur aide dans le cadre du BAPU. Ces consultations sont prises en charge à 100% par la Sécurité sociale et les mutuelles. Il n'y a pas d'avance de frais pour les étudiants qui sollicitent cette aide. Le nombre de séances n'est pas limité, le suivi est assuré tant que l'étudiant en ressent le besoin.

En Région Hauts-de-France, il y a un BAPU, situé à Lille. Une demande a été portée pour une implantation d'un BAPU à Amiens. Le CESER regrette le manque d'information sur l'activité du BAPU.

ii. [Le dispositif Santé Psy étudiants](#)

Ce dispositif permet à tout étudiant de bénéficier gratuitement de consultations psychologiques (six dans les débuts, huit maintenant) et cela jusque fin 2022. Il s'inspire en fait du dispositif général « Mon Psy » porté par la CNAM et il sera peut-être intégré dans celui-ci. L'étudiant doit d'abord passer par le service de santé de l'université ou un médecin généraliste.

Le dispositif est confronté aux difficultés de mobiliser les psychologues libéraux sur certains territoires. On notera aussi que la consultation d'orientation préalable à ces séances est également gratuite lorsqu'elle a lieu dans un Service de santé universitaire qui n'est pas un centre de santé, autrement dit un service de médecine préventive. En revanche, lorsque la consultation d'orientation préalable à ces séances est effectuée au sein d'un Service de santé universitaire qui est centre de santé, ou d'un médecin, elle est payante et prise en charge comme toute consultation de ce type par la Sécurité sociale et la mutuelle. Cela peut constituer un obstacle pour certains étudiants.

Ceci explique sans doute l'impact relativement faible que certaines études ont constaté. L'Association Nightline souligne que moins de 1% des étudiants ont pu en bénéficier. Le possible basculement vers le dispositif « Mon Psy » doit être questionné.

iii. [Le dispositif « Premiers secours en santé mentale \(PSSM France\)](#)

C'est une association à but non lucratif fondée en 2018 par l'Infipp (organisme de formation en santé mentale), la fédération Santé Mentale France et l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) dans une dynamique partenariale. PSSM France s'attache à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques, qui constitue un frein puissant à l'accès aux soins, au rétablissement, à

l'inclusion sociale et professionnelle. Elle le fait via une équipe de formateurs et l'intervention de secouristes en santé mentale. <https://pssmfrance.fr/qui-sommes-nous/#nos-co-fondateurs>.

L'association porte l'ingénierie pédagogique de la formation (élaboration et mise à jour de la formation et du manuel) ; elle assure la veille scientifique et le développement de nouveaux modules de formation. Elle assure le lien à la fois avec les pouvoirs publics français et avec le programme MHFA (Mental Health First Aid) qui au niveau international, forme et accrédite les formateurs et garantit l'évaluation de la qualité des formations.

PSSM France poursuit son développement en adaptant les premiers secours en santé mentale à deux publics particulièrement exposés : les adolescents et les personnes âgées.

L'association intègre désormais l'enseignement supérieur. En 2019, 4 universités pilote ont mis en place le programme PSSM : Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lorraine et Paris-Sorbonne. Depuis, le déploiement de la formation dans les universités s'est étendu, désormais ce sont 23 universités et 5 écoles qui accueillent le programme de formation. La Direction Générale de la Santé a mis en place en janvier 2021 le comité de pilotage du programme des premiers secours en santé mentale en associant notamment la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGSIP) la Conférence des présidents d'université, la CNAM, Santé Publique France et des représentants des ARS. Ce comité a notamment en charge de faire l'état des lieux du déploiement du programme en milieu étudiant.

iv. [L'association Nightline](#)

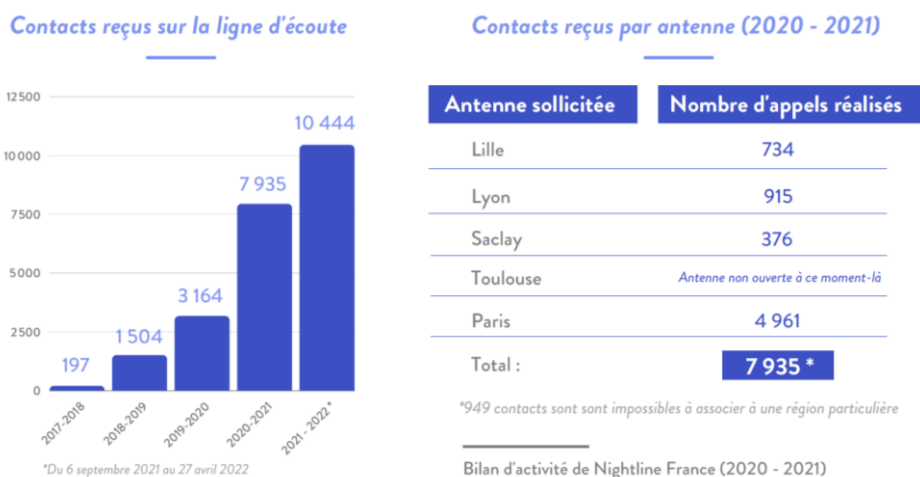
Nightline France est présidée par Patrick SKEHAN auditionné le 28 avril 2022. Elle a été créée en 2016 à partir du constat du peu de soutien des étudiants en France en ce qui concerne la santé mentale, comparativement à ce qui se fait dans d'autres pays, notamment de l'UE. Elle s'inspire du bénévolat entre pairs pratiqué à Dublin. Cette association se donne pour mission d'améliorer la santé mentale des étudiants en agissant à l'échelle individuelle, collective et sur l'environnement de l'étudiant(e).

Elle met en avant trois objectifs :

- Permettre à chaque étudiant de prendre soin de sa santé mentale : ouvrir la parole, informer.
- Favoriser le soutien par les pairs
- Améliorer le système de santé mentale étudiante en France.

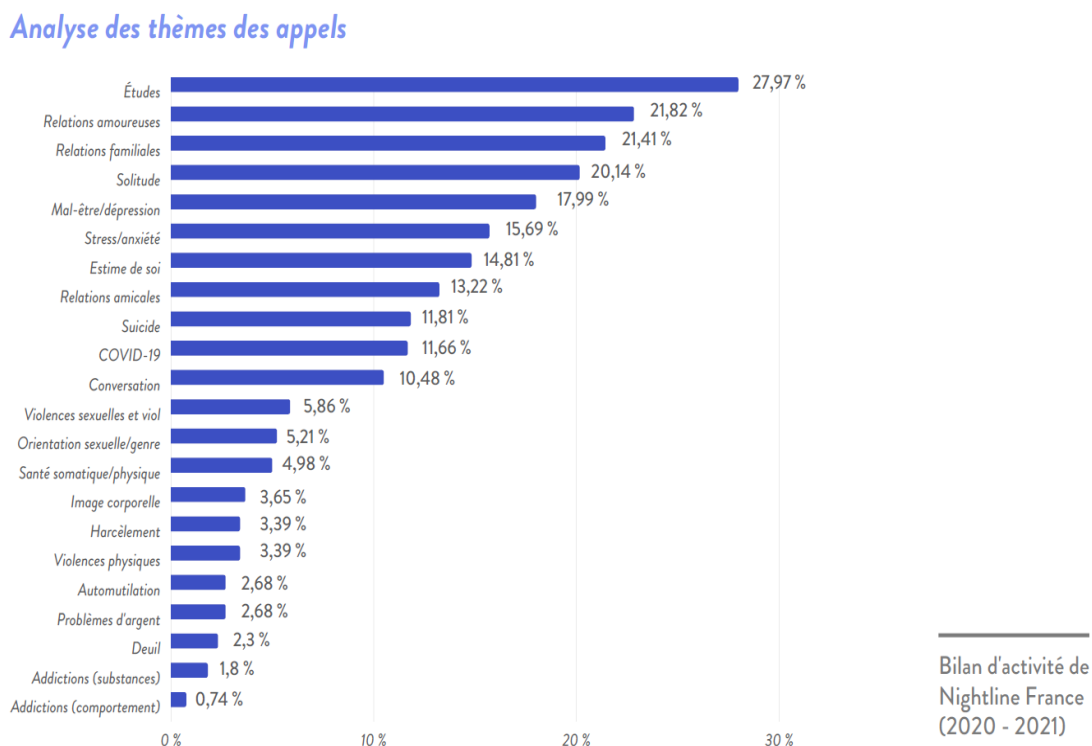
Nightline est d'abord une ligne d'écoute animée par des étudiants bénévoles à destination de leurs pairs. 4 principes : l'appel est anonyme, confidentiel, non directif et sans jugement. Il s'agit d'abord d'écouter, puis de proposer une orientation. Les écoutants ne sont pas des professionnels de la santé mentale. On constate une forte progression des contacts ; il y avait un besoin et l'écoute par les pairs est appréciée.

Figure 30. Les contacts reçus par l'association Nightline en France



Les raisons des appels sont très variées, avec un point important sur le vécu des études et des relations personnelles. 12% des appels concernent le suicide. Le phénomène inquiétant est l'augmentation très forte des appels suicidaires à risque immédiat. 1% l'année dernière, 8% cette année. Cette tendance se retrouve à l'échelle nationale.

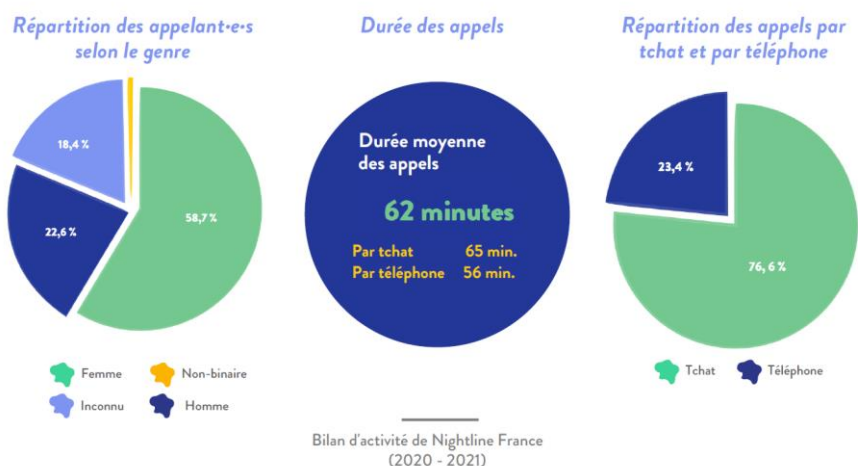
Figure 31. Répartition des appels reçus par Nightline selon les thèmes



La plateforme est ouverte de 21h à 2h30 du matin, créneau où la plupart des autres services sont fermés et où les étudiants ont tendance à se retrouver seuls chez eux sans personne à qui parler. Le tchat se développe beaucoup avec cette génération, de moins en moins à l'aise avec le téléphone. Les femmes sont plus représentées que les

hommes. Elles sont plus fréquemment touchées par un problème de santé mentale, et aussi plus enclines que les hommes à demander de l'aide.

Figure 32. Répartition des appels reçus par Nightline selon le genre, la durée et le type de contact



Nightline France a progressivement développé les actions de prévention : déstigmatisation, sensibilisation pour lever l'énorme tabou des soucis de santé mentale. On soulignera que cette activité est de même nature que celle d'autres associations et institutions. Cette évolution vers la prévention s'explique par le fait qu'en France il n'y a pas la même offre de services en matière d'orientation pour la population étudiante que celle dans les autres pays où Nightline intervient.

On note des actions spécifiques pour les classes préparatoires où il règne une pression importante avec très peu de soutien, les classes prépa étant entre l'Éducation nationale et l'Enseignement supérieur, donc perdues de vue. Bientôt aussi pour les BTS.

Figure 33. Les actions de prévention proposées par Nightline

En complément de la ligne d'écoute, Nightline développe des actions sur le terrain au plus proche de la réalité étudiante afin de déstigmatiser la santé mentale et prévenir la détresse psychologique.

- Des stands de sensibilisation à la santé mentale
- Des interventions en classe prépa (et bientôt BTS !)
- Un annuaire interactif des soutiens psychologiques gratuits
- Des formations de soutien par les pairs
- Une boîte à outils interactive pour prendre soin de sa santé mentale
- Des actions de déstigmatisation sur les réseaux sociaux
- Des campagnes annuelles autour de la santé mentale
- Un podcast "Vide Ton Sac" pour libérer la parole



Source : Nightline.

Enfin Nightline a développé une activité d'analyse de la situation de la santé mentale et une activité de lobbying.

e. La réforme récente des services de santé universitaire

En octobre 2022, la ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation a lancé la réforme des services de santé universitaire. Ceux-ci ont désormais vocation à suivre tous les étudiants et pas seulement ceux des universités. Ils sont donc devenus des SSE (Services de santé étudiante). Les principales orientations présentées par la ministre (référence site ministère) sont les suivantes.

Une augmentation des moyens pour améliorer les actions de prévention et de soin des étudiants. Une enveloppe de 8,2 M€ est consacrée à la mise en œuvre de la réforme dans le PLF 2023 ; 1, 8 doivent permettre de revaloriser des fonctions de direction, et 6,4 M€ seront mobilisés pour les ressources humaines ou pour porter des projets. Cette enveloppe nationale est somme toute très modeste (pour un emploi chargé d'un médecin de l'ordre de 150 ou 200 K€ par an on pourrait au mieux augmenter le potentiel de médecine universitaire de 30 à 40 personnes !). Pour le CESER il faut aller beaucoup plus loin. Prendre à corps la question de la santé des étudiants, comme celle de tous les jeunes en formation, est un enjeu majeur. L'augmentation substantielle des emplois est un enjeu de santé public, pour aujourd'hui, et pour ses conséquences tout au long de la vie des jeunes passés par l'enseignement supérieur. Former des jeunes très qualifiés et en bonne santé est un enjeu évident du point de vue économique, social et humain.

Le nouveau décret élargit le champ d'action à l'ensemble des étudiants du supérieur (et pas seulement à ceux qui relèvent de l'université organisatrice d'un SSE), ce qui est une bonne chose puisqu'actuellement (voir point A) des étudiants du supérieur sont de fait exclus. Mais la mise en œuvre concrète nécessite des conventionnements entre établissements et pose la question des moyens.

Il redéfinit des missions des services de santé. Pour le CESER les points importants sont la fin des visites obligatoires en premier cycle, lesquelles ne seraient pas suffisamment honorées par les étudiants ; la priorisation des visites pour des catégories spécifiques d'étudiants (les étudiants en situation de handicap ; les étudiants étrangers ; les étudiants dont le cursus les expose à des risques particuliers ; les étudiants soumis à des risques de rupture dans les parcours de soins"). Pour le CESER cette suppression de l'examen médical obligatoire au début du cycle universitaire qui existait jusqu'avant la promulgation du nouveau décret ne va pas de soi dans la vision d'un continuum de santé de l'école au supérieur dont on a vu tout au long de ce rapport, d'importantes failles. Le décret prévoit bien un examen de santé, intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale, au cours de la scolarité dans l'enseignement supérieur pour tous les étudiants , mais on oublie que les étudiants sont mobiles au long de leurs études (une licence préparée dans un établissement, un master dans un autre, un doctorat dans un troisième ou une classe prépa, à tel endroit, une école ou une université ailleurs etc.) et que cela rend compliquée l'organisation effective de cet examen obligatoire. L'accent mis sur les publics prioritaires ne doit pas non plus faire oublier les consultations médicales sont un besoin qui dépasse largement ces publics prioritaires et que le problème de l'accès au soin est à la fois important et bien identifié (voir supra, point A).

Il définit des thématiques de santé prioritaires : la santé mentale, la santé sexuelle, les conduites addictives et la nutrition et l'activité physique adaptée. Si ces thèmes sont essentiels la question de l'accès aux soins est beaucoup plus large, elle concerne aussi les soins dentaires, les consultations de spécialistes et les soins optiques (voir infra A).

La ministre a marqué une volonté de développer une approche territoriale : en plus de l'offre nationale proposée aux étudiants, une offre propre aux territoires devrait être également proposée. Elle serait fondée sur une étude des besoins en santé du terrain, en partenariat avec les Agences régionales de santé et les CPAM, qui pourront

donc répondre de façon coordonnée, et mieux ciblée, aux besoins des étudiants. Le CESER ne peut qu'approuver cette orientation. Il note toutefois que le décret ne traite cette dimension territoriale qu'à travers une mission confiée au directeur du service de santé étudiante qui « *élabore les orientations du service de santé étudiante en lien avec l'analyse des données et les besoins de santé du territoire. Il soumet ces orientations pour avis au conseil de service et pour approbation à la commission de la formation et de la vie universitaire du conseil académique de l'université ou de l'université de rattachement.* » Le CESER considère que l'analyse des besoins de santé du territoire ne peut être de la responsabilité seule des SSE, et qu'elle doit être partagée par l'ARS⁵².

⁵² Source : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/les-services-de-sante-universitaires-ssu-deviennent-des-services-de-sante-etudiants-sse-82-millions-87514>

B) Les apprentis

Avec la valorisation de l'apprentissage et la création facilitée de CFA notamment depuis 2018, se pose la question du suivi médical des apprentis. Chambres de Commerce et Chambres des Métiers ont mis en place des dispositifs corrélés à leur capacité d'accueil des apprentis.

Toutefois la question de la santé des jeunes en apprentissage est loin d'être résolue, surtout lorsque les centres de formation se situent dans des zones de déserts médicaux comme c'est le cas de certaines Maisons Familiales Rurales, ou dans certains territoires reculés de notre région comme la Thiérache ou l'Avesnois. Les déserts médicaux ne s'arrêtent pas à la porte des CFA.

La vérification d'une compatibilité de la santé du jeune avec son choix de parcours de formation est parfois impossible à réaliser faute d'une offre de soin suffisante. La visite d'embauche par la médecine du travail d'un jeune apprenti est parfois aussi inexistante faute de médecin du travail.

Enfin si l'ARS finance des actions ciblées envers les jeunes en CFA, celles-ci le sont à l'initiative des acteurs concernés, ce qui suppose l'établissement d'un dossier parfois complexe.

Nonobstant, Chambres des Métiers, Chambres de Commerce et Maisons Familiales Rurales restent des acteurs majeurs de la formation des apprentis, nous décrivons dans les encadrés ci-après les initiatives en matière de santé des jeunes prises par deux de ces organismes.

Avec bientôt 50 000 apprentis dans les CFA régionaux, la **Chambre des Métiers et de l'Artisanat (CMA)** a souhaité que soit mieux pris en charge l'aspect santé des jeunes en apprentissage. Elle a donc mis en place une veille active sur les problèmes de santé des jeunes après un terrible constat d'absence de soins chez certains jeunes.

De plus le fonctionnement d'un CFA est totalement différent de celui d'un établissement scolaire ordinaire, comme précisé ci-dessous.

Les principales spécificités d'un centre de formation

Les apprentis :

En dehors des risques de santé communs à tous les élèves, les apprentis sont confrontés à des risques liés à l'exercice régulier de fonctions chez un employeur :

- Risques physiques : liés aux postures de travail, à l'équipement, au port de charges, etc.
- Risques d'isolement : liés aux contraintes du métier (travail le week-end, horaires décalés) qui conduisent à une rupture avec les amis d'école, ou à l'impossibilité de pratiquer une activité sportive, par exemple.

30% des accidents du travail concernent les salariés ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise. Un des objectifs du PRST4 2021-2025 est de sensibiliser les apprentis à la prévention des risques professionnels et soutenir les équipes enseignantes et les maîtres d'apprentissage dans les actions de prévention.

L'encadrement sanitaire :

À contrario d'un établissement scolaire, il n'y a pas d'obligation d'avoir un professionnel de santé dans les CFA, seul le référent handicap est obligatoire. La Chambre des métiers Hauts-de-France a souhaité mettre à disposition de ses CFA des intervenantes sociales, présentes sur site et pouvant intervenir pour les problèmes de santé, mais aussi sociaux ou administratifs.

Un fonds d'aide permet de développer des enveloppes financières afin de résoudre des difficultés de logement ou de transport, facilitant ainsi la poursuite du parcours d'apprentissage.

Les partenariats :

- La répartition du parcours d'apprentissage des jeunes, entre formation initiale et formation en entreprise, nécessite une hygiène de vie et une bonne santé favorisant l'exercice de leur métier dans de bonnes conditions. Pour ce faire, la CMA a mis en place un certain nombre de partenariats afin de sensibiliser les apprentis aux :

- Problèmes d'audition avec l'IRP Auto
- Troubles et allergies pulmonaires avec AG2R
- Troubles alimentaires et questions de nutrition
- Maladies bucco dentaires avec l'institut bucco-dentaire.

MALCO : un partenariat à développer dans tous les CFA de la CMA

MALCO est la première association d'apprentis de la région Hauts-de-France. Née du constat de l'absence de relais dans le cadre du suivi des apprentis et de leur accompagnement, son but est de créer, à l'instar de l'université, une « maison des apprentis ». L'idée est d'améliorer l'accompagnement social et sanitaire des apprentis. MALCO fait à la CMA plusieurs propositions pour les apprentis. L'expérience, d'abord tentée à Boulogne-sur-Mer, a trouvé l'aval du ministère pour une extension en Hauts-de-France en 2022, et un rayonnement national qui démarrera en 2023.

Le pack santé :

- Un **village santé** voit le jour, sur une journée au cours de laquelle les jeunes vont suivre un parcours santé qui les conduira aux stands des différents partenaires présents : Maison des adolescents, centre de santé au travail, centres de dépistages, associations de luttres contre les violences, etc.
- Des séances d'échanges et d'information à la santé (**SEIS**) sont organisées. Elles permettent l'intervention en classe sur des sujets bien spécifiques comme par exemple le stress).
- Des **permanences santé** sont programmées au sein des CFA. Elles peuvent aboutir à une orientation vers un spécialiste.
- Des **partenariats** : avec notamment la médecine du travail qui s'inscrivent en soutien y compris avec des financements.

Le questionnaire de santé :

Anonyme, ce questionnaire a révélé une situation globale plutôt inquiétante :

- 32 % ont besoin d'un logement/hébergement durant la formation
- 45 % des apprenti-e-s n'ont pas passé de VIP (Visites d'information et de prévention initiale) à la signature du contrat
- 24 % consomment des produits illicites dont 7,5 % conduisent sous l'emprise de stupéfiants 52 % consomment de l'alcool
- 39 % fument
- 43 % ont des troubles alimentaires
- 32 % sont stressés
- 9 % ont des difficultés financières
- 7 % ne sont pas vaccinés
- 62 % ne pratiquent pas d'activités physique
- 21% sont victimes d'harcèlement

24/02/2022 10:34

MFR : Les Maisons Familiales Rurales

Les MFR comptent 22 établissements dans la Région Hauts-de-France, forment 300 jeunes en formation initiale et 1 300 apprentis.

Partant du constat que l'enseignement traditionnel ne formait pas d'agriculteurs mais poussait plutôt les jeunes ruraux à abandonner trop tôt leurs études, les fondateurs du mouvement des Maisons Familiales Rurales adoptèrent dès le départ les trois grands principes de base qui ont fait le succès des MFR et qui perdurent encore aujourd'hui à savoir :

- Permettre aux familles d'exercer pleinement leurs responsabilités éducatives.
- Contribuer à l'évolution rurale du territoire.
- Préparer les jeunes à s'intéresser et à être acteurs dans la société.

Pour ce faire, des modalités précises ont été mises en place :

- Associer les parents à l'enseignement.
- Adopter le système pédagogique de l'alternance.
- Organiser la vie des élèves en petits groupes et en internats.

Les résultats positifs obtenus par les Maisons Familiales Rurales dans les formations agricoles conduisent à appliquer les mêmes principes aux métiers artisanaux puis plus généralement dans les métiers non agricoles du monde rural.

La vie en résidence dans un climat familial a un impact bénéfique sur la santé des jeunes, qui peuvent en toute confiance confier leurs préoccupations aux maîtres et maîtresses de maison présents dans l'établissement.

Le moniteur qui encadre le jeune en formation a une vision globale de sa situation tant soit au niveau de ses études que de sa santé. S'il n'y a pas d'infirmière ni d'infirmier scolaire dans les établissements, le suivi médical s'appuie sur l'offre de soins de la commune d'implantation. Cette situation renvoie à la problématique des déserts médicaux et aux difficultés à obtenir des visites auprès de la médecine du travail pour les jeunes en apprentissage notamment, pour qui la visite médicale est obligatoire.

Le jeune est donc au centre d'un triangle attentif à son bien-être et son évolution, triangle constitué par ses parents, moniteurs/maitres de maison et maître de stage et d'apprentissage. Triangle au milieu duquel il évolue librement et qui lui procure équilibre et bien être facteurs essentiels à la diminution des troubles psychiques.

Néanmoins les difficultés financières dans le milieu rural ont conduit à la mise en place d'aides régionales par le biais notamment de bourses afin d'éviter le non recours aux soins. Enfin les MFR réfléchissent à la mise en place de permanences psychologiques, et une chargée de mission au sein du mouvement des MFR s'est vu confier la recherche de solutions pour les jeunes présentant des troubles ou des besoins éducatifs particuliers.

Au cours de ses travaux, le CESER a fait le constat de carences importantes dans le parcours de santé des jeunes en formation. Ces carences concernent toutes les compétences nécessaires autour des jeunes en formation qu'il s'agisse de personnels éducatif, accompagnant (AESH), médical ou para médical.

Le renforcement de l'attractivité des métiers des secteurs médicaux et para médicaux au service de la santé scolaire nous paraît primordial. Qu'il s'agisse de médecins, de psychologues, d'infirmiers ou d'AESH, la découverte, la connaissance et la revalorisation des carrières et des rémunérations sont des préalables indispensables à l'amélioration de la santé des jeunes en formation et donc à la santé de nos adultes de demain.

Une autre évidence s'est rapidement fait jour pendant ces travaux : les ruptures de parcours de santé. Passer de l'état de lycéen à celui d'étudiant ou d'apprenti entraîne un changement de statut au niveau de la prise en charge des soins. Afin d'éviter ces ruptures, le CESER préconise d'associer carte vitale et carte d'étudiant avec une éthique comparable à celle du dossier médical partagé (DMP). Cela permettrait de s'assurer que le jeune concerné bénéficie bien d'un parcours de soin attentionné.

➤ **Systematiser les dépistages et la prévention**

Préconisation - 1. Assurer un dépistage exhaustif de tous les jeunes à chaque étape charnière de leur formation et sur l'ensemble du territoire pour que cessent les diagnostics et prises en charge tardifs qui impactent leur parcours. Les défaillances de dépistages coûtent beaucoup plus cher que le dépistage systématique tant financièrement qu'en termes de risques sanitaires et sociaux. Compte-tenu du rôle essentiel des associations en matière de dépistages, celles-ci doivent être financièrement soutenues.

Préconisation - 2. Amplifier la prévention en matière de harcèlement, de cyber harcèlement ou d'hameçonnage.

➤ **Promouvoir la santé et l'éducation à la santé, améliorer l'accès aux soins**

Préconisation - 3. Le CESER Hauts-de-France est satisfait que les deux académies de la région s'inscrivent dans la démarche de labellisation « Édusanté ». Si des études ont souligné l'impact positif de ces démarches d'école promotrice de la santé, il importe de voir si elles apportent des améliorations en région. Le CESER insiste pour qu'un bilan des actions menées par les établissements soit réalisé. Il insiste aussi pour que dès à présent une démarche d'évaluation soit mise en œuvre.

Préconisation - 4. Il est impératif d'assurer rapidement l'examen médical d'embauche des apprentis pour ne pas retarder leur recrutement. Le CESER préconise d'affecter davantage de temps médical de la médecine du travail en direction des apprentis.

Préconisation - 5. Développer et accompagner les services de santé étudiante : Le CESER préconise que les services de santé des étudiants soient organisés à l'échelle des trois sites structurant l'enseignement supérieur et la recherche en Hauts-de-France. Ils doivent impérativement intégrer des centres de santé. Il est donc indispensable que les moyens humains et financiers dont disposent actuellement les SSE soient augmentés de façon très substantielle. La médecine libérale ne pouvant pas être une solution, l'État, qui attribue les moyens, doit assumer sa responsabilité en matière de santé publique. Les Contrats d'objectifs et de moyens pilotés par l'ARS peuvent programmer une montée en puissance volontariste. Il importe aussi de revaloriser toutes les fonctions et les carrières de la santé universitaire, pour attirer des jeunes médecins et infirmiers.

Préconisation - 6. Le CESER préconise qu'en Hauts-de-France un état des lieux (faits, analyses, état des besoins) soit élaboré tous les quatre ans, et qu'un tableau de bord reprenant des indicateurs de la santé étudiante, et leur suivi, soit réalisé chaque année. L'ARS doit en être en charge, en coopération avec les établissements d'enseignement supérieur et leurs SSE, le Conseil régional, du fait de sa compétence en matière d'ESR et de sa politique de santé et d'autres acteurs de la santé universitaire.

➤ **Rendre effective l'éducation à la « vie affective et sexuelle »**

Préconisation - 7. S'assurer de l'effectivité et de la continuité de la formation à la vie sexuelle et affective de la maternelle à l'enseignement supérieur en donnant notamment les moyens aux associations partenaires et en associant tous les acteurs (communauté éducative - parents, enseignants, ... -, professionnels de santé, etc.).

➤ **Prendre en compte la santé mentale**

En matière de santé mentale, le CESER Hauts-de-France a fait un certain nombre de préconisations dans le rapport-avis « Santé mentale : un enjeu de société, un engagement pour notre région ». Il convient de les mettre en œuvre.

Préconisation - 8. L'importance des problèmes de santé mentale dès le plus jeune âge suppose que l'on prenne ces questions en amont et à bras-le-corps. Le CESER préconise :

- d'augmenter le nombre d'étudiants en formation de psychologie et pédopsychiatrie
- de renforcer les moyens des centres médico psychologiques (CMP)
- et d'agir sur les causes de la souffrance psychique de ces jeunes, en finançant la recherche sur ce sujet.

➤ **Aller plus loin en matière de prise en charge du handicap**

Préconisation - 9. Si un certain nombre de mesures ont déjà été prises en matière de handicap, il est néanmoins nécessaire d'aller plus loin encore dans les actions :

- Alléger les procédures administratives de constitution des divers dossiers.
- Améliorer la coordination des acteurs.
- Former plus massivement les enseignants à cette problématique.

➤ **Augmenter le nombre de professionnels de santé**

Préconisation - 10. La politique de santé en région bute sur l'insuffisance des moyens qui débouche sur des déserts médicaux plus nombreux que dans d'autres régions de France. Le CESER préconise :

- D'augmenter les dotations de la Région en compensation de la part de l'État pour les formations sanitaires et sociales, pour augmenter le nombre de personnes formées au vu de l'augmentation des besoins.
- De revoir les modalités de recrutement des élèves infirmiers.
- De promouvoir une autre répartition des tâches dès la formation des médecins, notamment en coordination avec les IPA (infirmiers en pratique avancée).
- De prendre réellement en compte les territoires ruraux sous-dotés et éloignés des dispositifs.

➤ **Renforcer la place du sport**

Préconisation - 11. Accorder une place plus importante aux activités physiques et sportives dans toute leur diversité en se reposant notamment sur le tissu associatif et mettre en œuvre effectivement les dispositions réglementaires existantes ; assurer les conditions d'un réel apprentissage de la natation (transports, financements, accompagnements, etc.).

Préconisation - 12. Promouvoir l'expérience ICAPS (Intervention auprès des Collégiens, centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité). Le CESER recommande la promotion de cette expérience soutenue via le PRS 2 par l'ARS et l'Éducation nationale, validée par l'OMS et basée sur une approche socio-écologique. Elle requiert la participation des parents, enseignants, éducateurs, et s'appuie sur son environnement physique et institutionnel.

➤ **Améliorer l'état des locaux**

Préconisation - 13. Pour toute rénovation ou construction nouvelle d'établissement scolaire, établir un cahier des charges qui garantisse dans chaque établissement des sanitaires pourvus des équipements adaptés aux publics accueillis (différentes morphologies, éventuels handicaps, etc.), propres, en nombre suffisant, et répartis dans les locaux, pour que tous les élèves, filles et garçons, puissent s'y rendre facilement. Ce cahier des charges devra également veiller à ce que la surveillance et l'entretien de ces locaux en soit facilités.

➤ **Coordonner l'action des différents acteurs**

Préconisation - 14. Le CESER :

- rappelle l'importance d'associer les élèves des écoles et des EPLE ainsi que leurs parents, quels qu'ils soient, à l'organisation, à la réflexion sur la qualité de vie dans l'établissement, et à la mise en œuvre des mesures s'y rapportant. Former des citoyens acteurs du vivre ensemble est une des missions premières de l'école
- insiste sur la nécessité de développer une véritable aide à la parentalité, en particulier pour les familles qui en ont le plus besoin.

Préconisation - 15. Renforcer de façon importante la coordination des acteurs de la santé des jeunes en formation paraît absolument indispensable au CESER en développant par exemple des conventions multilatérales plutôt que bilatérales qui sont actuellement la règle. Réunir les acteurs autour des bilans partagés de la santé des jeunes en formation permettant de disposer d'une vision commune des orientations et actions au plus près de la réalité du terrain, s'inspirer de la démarche des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour la santé des jeunes en formation.

Préconisation - 16. Le CESER souligne l'intérêt des actions mises en œuvre par les Maisons des adolescents (MDA). Il préconise la création de MDA sur l'ensemble du territoire régional et insiste sur la nécessité de les pérenniser, à travers des financements consolidés ou du co-financement d'actions.

➤ **Favoriser une meilleure alimentation**

Préconisation - 17. Améliorer, de façon volontariste et substantielle, l'accès à une alimentation saine et équilibrée de la maternelle à l'enseignement supérieur :

- Par une action sur la tarification en restauration scolaire et universitaire pour les publics les plus défavorisés.
- En systématisant le recours aux circuits courts et de qualité.

CONCLUSION

Ce rapport du CESER souligne combien l'enjeu d'une bonne santé des jeunes est essentiel, en particulier dans notre région Hauts-de-France où les indicateurs de santé sont préoccupants, et doivent faire l'objet d'une attention particulière dès le plus jeune âge.

La maternelle, l'école, le collège, les lycées, les établissements d'enseignement supérieur sont des lieux privilégiés pour former, prévenir, favoriser l'accès aux soins. C'est un enjeu reconnu et prioritaire pour l'État et sa représentation en région, via l'Agence Régionale de Santé, un enjeu qui mobilise de très nombreux acteurs : l'Éducation nationale, les collectivités territoriales (Communes, Départements, Région), l'Assurance maladie, les structures associatives, mais aussi les parents et les élèves, qui doivent être des acteurs informés et responsables de leur santé. Le CESER pense que des améliorations sont nécessaires, et c'est le sens de ses 17 préconisations.

Quelques éléments lui paraissent particulièrement importants.

Assurer le suivi tout au long de la formation, à tous les âges — l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte — sans discontinuité dans la transmission de l'information sur l'état de santé du jeune, de façon à repérer rapidement les problèmes et y remédier. C'est possible, et rapidement!

Avoir une vision globale de la santé : les conditions de vie (le sommeil, l'alimentation) les conditions matérielles de la scolarité (les sanitaires, la qualité des locaux) sont déterminantes pour la santé. C'est possible !

Assurer l'effectivité des missions qui sont confiées en matière de santé aux acteurs de la formation, de la maternelle à l'enseignement supérieur. C'est possible ! mais cela prendra quelques années !

La question des moyens, notamment humains, se pose avec acuité, et de nombreux dispositifs et actions, pertinents et utiles, butent sur le terrain du fait de l'insuffisance notoire d'infirmiers et infirmières, de médecins, de psychiatres... Traiter le problème suppose une ambition forte, et doit mobiliser l'État en premier lieu, mais aussi, en accompagnement, les collectivités territoriales.

Créer des emplois ne suffit pas si en amont on n'a pas formé en nombre suffisant des personnels de santé, et si les fonctions de médecine scolaire et universitaire ne sont pas suffisamment valorisées et attractives.

De nombreuses associations interviennent de façon efficace, utile et complémentaire aux acteurs institutionnels. Mais se pose aussi la question de leurs moyens et de leur pérennité si on veut que leurs actions perdurent, et que ne se créent pas de nouveaux trous dans la raquette. C'est aussi possible d'avancer sur ce point !

Reconnaître et faciliter le rôle essentiel des parents, en particulier pendant l'enfance et l'adolescence. C'est possible !

De nombreuses actions existent déjà, mais il faut aller plus loin. Les parents doivent être davantage mobilisés, et pour cela, formés et informés. On sait que tous les parents ne sont pas égaux et que les conditions de vie, les situations économiques et sociales, les différences culturelles sont importantes, et elles doivent faire l'objet d'une attention particulière. Les inégalités d'accès aux soins se transmettent, quasiment de génération en génération et il faut casser cette logique.

Enfin, si de nombreux acteurs interviennent et que des partenariats se développent, c'est souvent sur une base bilatérale (un organisme de formation et une CPAM, ou l'ARS par exemple). Il faut promouvoir des approches multilatérales (l'ARS et l'ensemble des établissements d'enseignement supérieur par exemple). C'est possible !

La coordination des acteurs, notamment institutionnels, autour d'objectifs et de bilans partagés, c'est aussi nécessaire et possible !

Former les jeunes et veiller à leur santé vont finalement de pair. Mais cela ne suffit pas, et le CESER veut rappeler que fondamentalement, beaucoup dépend aussi de la situation générale d'accès aux soins sur les territoires. Les déserts médicaux sont une réalité forte en région, et c'est un facteur aggravant de la santé des jeunes. Cela renforce paradoxalement le rôle que jouent les institutions de formation, qui peuvent pallier certaines insuffisances.

Dans ce rapport, le CESER a voulu mettre l'accent sur une réalité prégnante pour les adultes de demain, réalité qui a certes été exacerbée par la crise sanitaire que nous avons connue ces dernières années, mais qui perdure depuis des décennies, alors que comme le démontrent nos préconisations ci-après, il suffirait de peu de chose pour voir apparaître les signes d'une amélioration durable de la santé des jeunes en formation.

ANNEXES

Annexe n°1 – Nombre d'élèves et d'établissements en région Hauts-de-France

Annexe n°2 – Dossier sur le sommeil

Annexe n°3 – Focus sur la situation des sanitaires en maternelle et primaire : l'enquête 2022 des DDEN

Annexe n°4 – Santé affective et sexuelle

Annexe n°5 – Dispositif « JeSais » de l'OR2S (Observatoire régional de la Santé et du social)

Annexe n°1 – Nombre d'élèves et d'établissements en région Hauts-de-France

1^{er} degré : Maternelles et élémentaires

1^{er} degré - Effectifs élèves Année scolaire 2022-2023 :

	Académie de Lille	Académie d'Amiens	Total HDF
Effectif total	415 219	185 895	601 114
- Maternelles	153 239	66 401	219 640
- Élémentaires et ULIS	261 980	119 494	381 474

1^{er} degré – Nombre d'établissements Année scolaire 2022-2023 :

	Académie de Lille	Académie d'Amiens	Total HDF
Effectif total	3 127	1 853	4 980
- Maternelles	855	430	1 285
- Élémentaires	2 272	1 423	3 695

Source: Rectorats de Lille et Amiens.

2nd degré : Collèges et lycées

2nd degré - Effectifs élèves Année scolaire 2022-2023 :

	Académie de Lille	Académie d'Amiens	Total HDF
Effectif total	394 030	176 514	570 544
- Collèges + SEGPA	216 057	99 739	315 796
- Lycées gén et pro	145 019	65 139	210 158
- Post-bac en lycée	32 954	11 636	44 590

2nd degré – Nombre d'établissements Année scolaire 2022-2023 :

	Académie de Lille	Académie d'Amiens	Total HDF
Effectif total	673	341	1 014
- Collèges	439	217	656
- EREA	6	2	8
- Lycées pro	84	54	138
- Lycées GT	144	68	212

Source: Rectorats de Lille et Amiens.

Enseignement supérieur, formation professionnelle et apprentissage

Apprentis (rentrée 2021) :

	Académie de Lille	Académie d'Amiens	Total HDF
Effectif total d'apprentis	45 635	19 211	64 846

Source: Rectorats de Lille et Amiens.

Effectifs dans l'enseignement supérieur (rentrée 2021) :

	Académie de Lille	Académie d'Amiens	Total HDF
Effectif total	201 835	54 191	256 026

Source: Rectorats de Lille et Amiens.

Effectifs de jeunes en formation en région

En 2020-2021, environ 106 000 demandeurs d'emploi ont bénéficié d'une formation professionnelle :

- 60 000 dans le cadre de parcours du programme régional de formation (PRF)
- 25 000 dans le cadre de parcours financés par Pôle emploi
- 277 dans le cadre de parcours financés par d'autres acteurs
- 21 500 dans le cadre des Comptes personnels de formation.

Les jeunes de moins de 26 ans représentent environ 1/3 des parcours pris en charge par le PRF et par Pôle emploi (soit 28 000 personnes) dont 54% de jeunes de niveau infra-bac pour le PRF et 40% pour Pôle emploi.

Source Diagnostic partagé du CPRDFOP 2021-2027

Annexe n°2 – Dossier sur le sommeil

Dormir... À quoi ça sert ?

Il n'est pas rare d'entendre une jeune, un adulte dire : « il y a tant de choses à faire qu'il me faudrait des journées de 48 heures ! ».

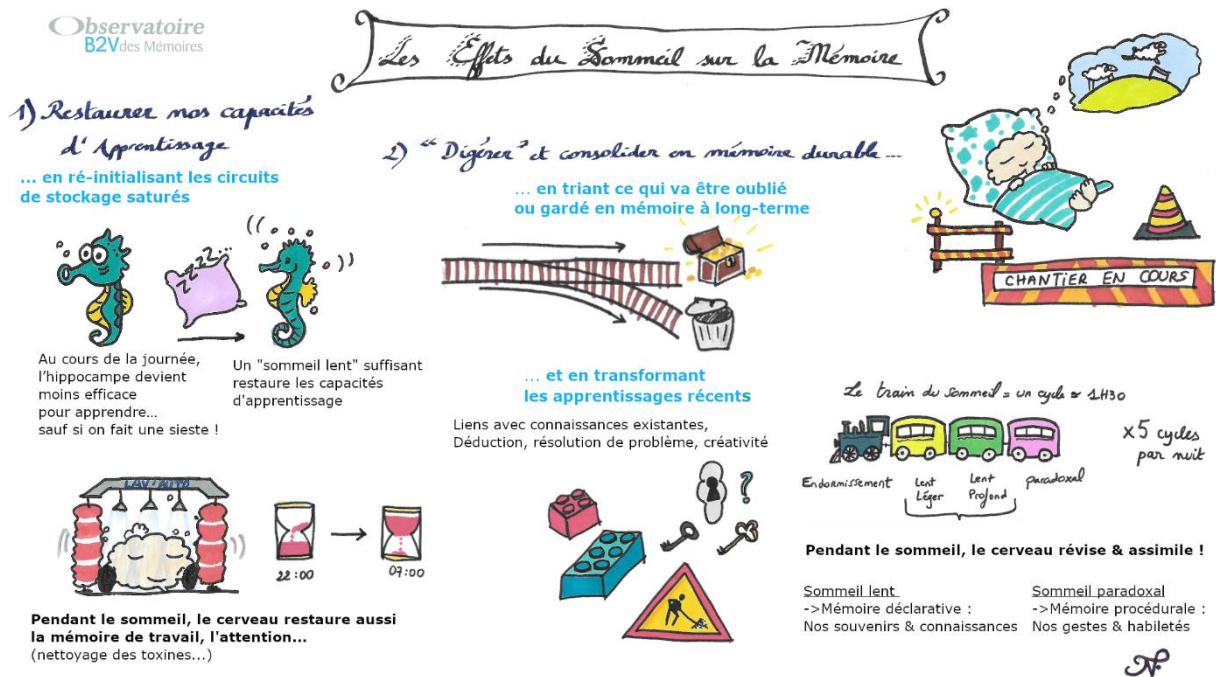
Si le sommeil occupe le tiers de notre vie, ce n'est pas sans raison ! Bien dormir c'est prioritairement bien vivre : grandir, se construire, apprendre, comprendre, consolider les acquis, « se réparer » ...

Il se dit également que « tout se joue avant six ans » ? En réalité, le cerveau atteint sa maturité vers l'âge de 25ans et bénéficie d'une flexibilité mentale qui lui permet de s'adapter, de compenser. Nous apprenons tout au long de notre vie, il n'est jamais trop tard.

À tout âge le sommeil est important. Dormir au bon moment et en quantité suffisante, sont les étapes nécessaires pour réussir et optimiser ses performances.

Les effets du sommeil sur la mémoire :

Le cerveau trie, ordonne, supprime les informations nocives accumulées pendant la journée. Il est l'essence de la mémoire à court terme ou mémoire de travail et consolide la mémoire à long terme, ce qui favorise les apprentissages, à évacuer la fatigue mentale accumulée dans la journée et aide à réguler les émotions par les rêves. L'activité cérébrale est intense, mais paradoxalement (d'où ce nom de sommeil paradoxal), votre corps est complètement inerte

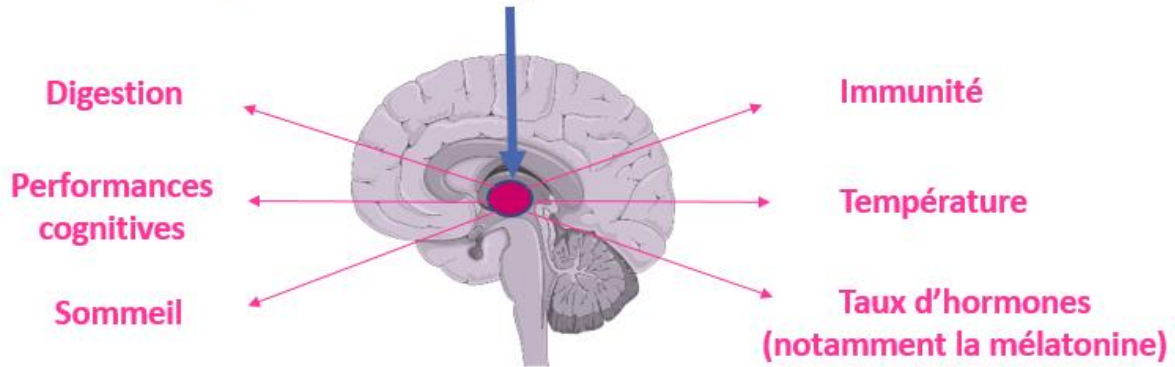


Source : <https://www.observatoireb2vdesmemoires.fr/memoire-et-sommeil>

Le sommeil, Un enjeu de santé ?

L'organisme est soumis à des rythmes biologiques qui sont coordonnés par l'horloge biologique ou horloge interne située dans le cerveau (réseau de neurones). Elle est essentielle, c'est elle qui permet au cerveau et au corps de se reposer et de se régénérer. C'est un phare dans la croissance, le développement physique et mental. En effet, les manques de sommeil chez les enfants, les adolescents sont à l'origine des problèmes de santé tels que l'obésité, les troubles des apprentissages, les troubles de l'humeur, température mais également une baisse de la résistance aux maladies.

Réseau de neurones (noyaux suprachiasmatiques) qui contrôlent les rythmes circadiens



Source : <https://www.achacunsonsommeil.fr/conseils/troubles/sommeil-ecrans>

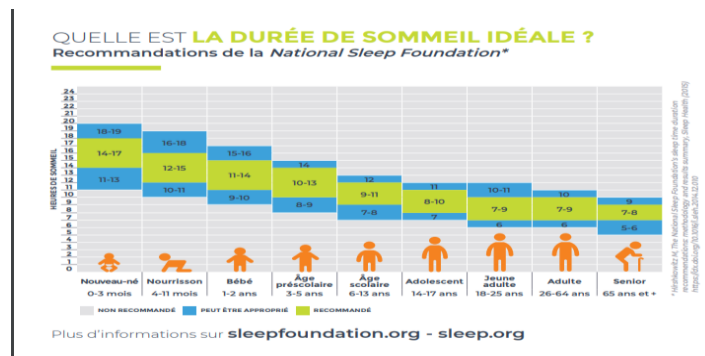
Ce régulateur permet aussi de restaurer la vigilance, ce qui évite « coups de pompe » et baisse de régime dans la journée. Il est propre à chacun, doit être connu et vu comme une vigie.

Cette fonction vitale joue un rôle de régulateur et réparateur doit respecter chacun des cycles suivants :

- **Sommeil lent léger** = de l'endormissement au sommeil confirmé, profond a un rôle majeur dans la récupération physique, la restauration de l'énergie, l'adaptation à l'environnement et les sécrétions hormonales. À ce stade de sommeil :
 - L'hormone de croissance, qui participe à la régénération et à la croissance de l'organisme, et l'insuline qui permet de réguler le taux de sucre dans le sang, permettant l'optimisation du métabolisme sont secrétées
 - Le système immunitaire est également très actif : déchets et toxines sont éliminés du corps au cours du sommeil
- **Sommeil lent profond** = sommeil récupérateur, a un rôle majeur dans la récupération physique, la restauration de l'énergie, l'adaptation à l'environnement et les sécrétions hormonales
- **Sommeil paradoxal** = période pendant laquelle nos rêves sont les plus riches et abondants, plus orienté vers les processus psychologiques et cognitifs, représente environ un quart du temps de sommeil, tout comme le sommeil lent profond.

La nuit est une succession de 5 à 6 cycles de sommeil, d'environ 90 minutes, qui contiennent tous du sommeil lent léger, du sommeil lent profond, et du sommeil paradoxal, en quantité variable selon l'avancée de la nuit.

Les besoins en sommeil :



De la naissance à la fin de l'adolescence, la durée moyenne de sommeil et sa structure évolue.

À chacun son sommeil !

- Le petit dormeur a des petits besoins de sommeil (il est de celui qui dort moins de 6 heures à l'âge adulte), et le gros dormeur, qui a besoin de plus de 9 heures par nuit.
- Le bon dormeur, qui garde un sommeil de qualité en toutes circonstances, et le mauvais dormeur, qui lui est sensible à tout changement dans son sommeil (rythmes, environnement...).
- Le très matinal, qui se couche tôt et pourra se lever à l'aube, et l'oiseau de nuit, qui aimera veiller tard, mais aura bien du mal à se lever tôt.

Ces tendances sont génétiquement déterminées, on ne les choisit pas !

Il est important de respecter l'horloge biologique propre à chacun.

Il est important de veiller à ce que les jeunes obtiennent suffisamment de sommeil pour maintenir une bonne santé physique et mentale.

Et l'adolescent ?

- Il a encore des besoins de sommeil importants, pour être en forme, 9 heures de sommeil en moyenne lui sont nécessaires.
- En dessous de 8 heures de sommeil, il sera bien souvent en privation de sommeil.
- Il a une tendance naturelle, pendant quelques années, à être plus du soir.
- À partir de 17 ou 18 ans, cette moyenne passe à 7h30 ou 8h de sommeil par nuit.

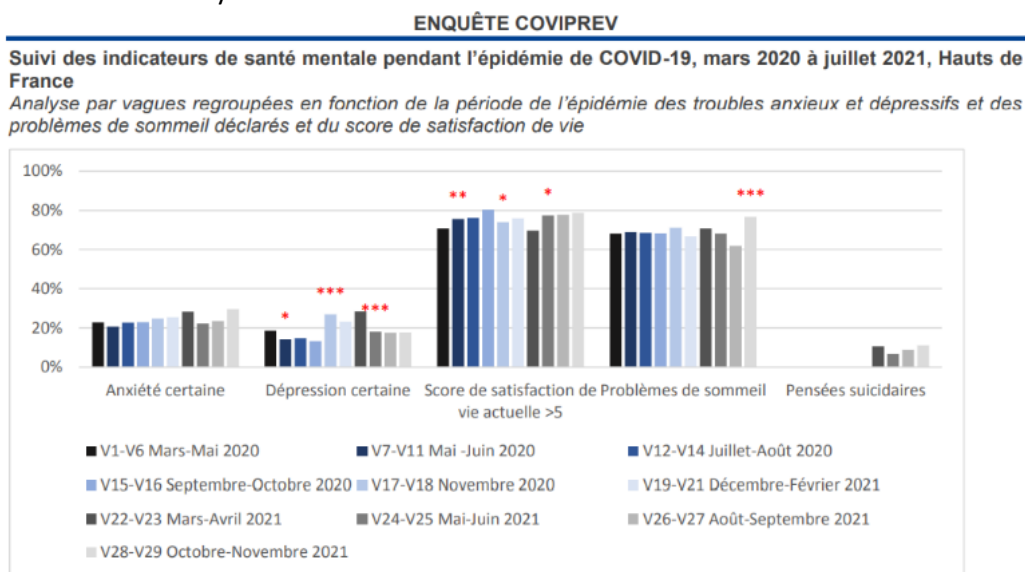
Prendre conscience des effets de la privation de sommeil, c'est agir pour la réussite des jeunes en formation !

- Les **performances physiques** ou **intellectuelles** sont en priorité touchées : Somnolence et endormissements inopinés, baisse de la concentration, chute des résultats scolaires, manque de capacités de réflexion ou d'imagination, mémorisation difficile, prise de décisions plus difficile, troubles du jugement...
- **L'humeur**: Le manque de sommeil rend irritable, susceptible et agressif, et peut risquer de modifier le moral, au point d'entraîner une dépression. Les conséquences sur le corps peuvent être importantes.
- Réduire son temps de sommeil nécessaire peut favoriser une prise de poids et faire baisser les défenses immunitaires.
- Sans oublier une fatigue permanente, les possibles malaises et maladies.

Les bénéfices de la sieste : Si le manque de sommeil détériore l'appétence et attention aux études, à son poste de travail la sieste a plusieurs bénéfices, même si elle est courte. Elle redynamise la capacité à mobiliser l'attention, à apprendre et permet de consolider les connaissances

Le sommeil de qualité pour tous ?

La crise sanitaire a bouleversé le rythme « veille - sommeil ».



(Source : Enquête CoviPrev 2020-2021, vagues 1 à 26)

Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2021/sante-mentale-en-region-hauts-de-france.-point-epidemiologique-bimestriel-du-22-decembre-2021>

La crise est venue éclairer les difficultés de sommeil connues chez les enfants. Celles-ci concernent :

- 22 % des nourrissons,
- 25 % des enfants d'âge préscolaire,
- 30 % des enfants d'âge primaire
- Jusqu'à 70 % des collégiens.

Selon Santé Publique France, 70% de la population déclarait souffrir de problème de sommeil.

Si les enfants sont en privation de sommeil, les parents le sont également.

Si les parents récupèrent le week-end, les enfants aussi ; les parents se couchent tard, les enfants aussi

L'éducation au bien dormir est essentielle pour les enfants et les parents, en rappelant des habitudes de vie quotidiennes simples :

Le sommeil ne survient pas sur commande :

Le moment idéal pour s'endormir est très personnel.

Il dépend à la fois de son rythme biologique et de la pression de sommeil accumulée.

Plus longtemps est l'éveil et plus le corps fabrique de véritables « somnifères » naturels au fur et à mesure de la journée.

Le cerveau possède une horloge biologique à connaître, à respecter et réglée sur environ 24 heures, qui régule tous les rythmes : mobilisation de l'attention et de la vigilance, sécrétions des hormones, cycle de la température interne...

L'organisme n'a pas la capacité d'obtenir un sommeil de qualité à n'importe quel moment des 24 heures.

Chacun peut le constater lors d'un changement d'heures ou lors d'un voyage à l'étranger en changeant le fuseau horaire.

Récupérer le manque de sommeil accumulé la semaine par de longues grasses matinées le week-end ne permet pas de « se défatiguer » car il accentue la difficulté à s'endormir à une heure correcte ; être en forme le lundi matin sera donc mission impossible. Il vous faudra 2 ou 3 jours pour vous remettre du week-end !

Les siestes de fin d'après-midi sont à éviter

Les amis du sommeil chez un jeune en formation

Optimiser le réveil pour mieux aborder la nuit

Plus le réveil sera dynamique, plus l'horloge biologique sera bien entraînée, et meilleurs seront les signaux de sommeil le soir.

Se mettre en condition

Ouverture des rideaux ou des volets et lumière, une douche chaude, sans négliger le petit-déjeuner qui est essentiel. Ensuite une petite marche pour aller en cours ou au travail, c'est excellent pour aborder une nouvelle journée.

L'environnement de sommeil, il est important d'avoir un endroit consacré exclusivement au sommeil.

Il doit être calme, aéré, ni trop chaud ni trop froid (entre 18 et 20°C).

Une ambiance agréable est le point de départ d'un bon sommeil.

Éloigner les distracteurs : télévision, musique, portable (ou mettez-le en mode avion),

La régularité des horaires au quotidien va également contribuer à un endormissement rapide, un sommeil de qualité.

Mélatonine « l'hormone de l'horloge biologique » secrétée naturellement



Production de mélatonine
En absence de lumière



Grâce à la mélatonine, le cerveau comprend qu'il peut passer en **phase d'endormissement**

<https://www.achacunsonsommeil.fr/conseils/troubles/sommeil-ecrans>

Les ennemis du sommeil

Les grasses matinées à rallonge le week-end ne sont absolument pas rentables et met en péril les performances de début de semaine.

Les excitants : café, boissons énergisantes et tabac sont des stimulants et attisent la vigilance. Les consommer après 14h risque de retarder le moment le sommeil.

Les sédatifs : alcool, cannabis et somnifères ont des conséquences immédiates sur la vigilance, diminuant le temps de réaction.

Le sommeil et l'usage des écrans ?

Une étude réalisée par l'ACAP auprès de 6000 jeunes des Hauts-de-France, âgés de 11 à 18 ans ainsi en lumière le fait que le temps de sommeil n'est plus sacré pour 58% des jeunes qui dorment avec leur smartphone. Et *révèlent de nombreux contrastes.*

« Les adolescents des Hauts-de-France, entre 11 et 18 ans, ont des attitudes excessives quand nous les questionnons sur le temps qu'ils passent devant les écrans. 65% passent au minimum 3 heures par jour sur un écran en semaine et pour 43% d'entre eux jusqu'à 6 heures le week-end", explique Dorien Papousek, chargée de mission Observatoire et Émergence à l'ACAP »

La qualité et quantité du sommeil des jeunes et les écrans

- 2 jeunes sur 3 ont accès à internet la nuit
- 58% des jeunes dorment avec leur smartphone
- 25% consultent les écrans la nuit

Parmi ceux dormant avec leur Smartphone à côté d'eux,

- 18% le consultent systématiquement et 25% le consultent souvent, soit 43% au total.
- 23% des jeunes dormant avec leur Smartphone ne le consultent pas ou rarement
- 33% le consultent exceptionnellement.

Les 13-14 ans sont les plus enclins à consulter systématiquement leur téléphone la nuit (28% contre 18% en moyenne).

Les écrans - ennemis du lâcher-prise : pour un sommeil de qualité, il faut couper tout contact avec le monde extérieur. La nuit, exit de votre lit : réseaux sociaux et textos.

Ces usages nocturnes des écrans ne sont évidemment pas sans conséquence quant au temps de sommeil et à sa qualité.

Une utilisation appropriée des écrans est donc favorable pour un sommeil de qualité, à tout âge et plus particulièrement chez les enfants chez qui le sommeil représente une phase de croissance importante.

Conseils d'utilisation des écrans pour un sommeil de qualité



S'éloigner des écrans 2h avant l'heure du coucher



Utiliser des filtres anti lumière bleue ou des lunettes



Respecter une distance de plusieurs mètres



Eviter les écrans dans la chambre à coucher

- 2 jeunes sur 3 ont accès à internet la nuit.
- 58% des jeunes dorment avec leur smartphone
- 25% consultent les écrans la nuit

Pour bien dormir

Pour optimiser la qualité du sommeil et des journées, les parents jouent un rôle important dans l'éducation au sommeil de leur enfant, la fratrie et à eux-mêmes

- En établissant des routines de sommeil réguliers
 - 🚦 En maintenant des horaires de lever et de coucher les plus réguliers possible.
- En enseignant des comportements sains liés au sommeil
 - 🚦 Porter une attention particulière à l'environnement de son sommeil (litière, température de la chambre, obscurité...).

- ✚ Avoir une alimentation régulière en favorisant un repas consistant et riche en protides avant de travailler, et plus léger le soir.
- ✚ Se faire plaisir en famille ou seul pour évacuer la pression
- ✚ Pratiquer une activité physique régulière avant 20h améliore la qualité du sommeil et aide à évacuer les tensions de la journée
- ✚ Prendre une douche fraîche le soir pour faire baisser la température du corps et favoriser ainsi l'endormissement
- ✚ Rester zen : L'ambiance à la maison est importante pour le sommeil de tous ; les sujets qui fâchent le soir sont à éviter. Les adultes et jeunes sont confrontés à des préoccupations, stress, pressions... qui peuvent nuire à leur sommeil.
- ✚ Enfin pour s'endormir vite, il faut connaître, repérer et accepter d'écouter les signaux de sommeil : yeux qui se ferment tout seuls, bâillements, frissons. Pour ne pas rater le train ou phase du sommeil
- ✚ Le lit est réservé au sommeil et à l'intimité (le téléphone portable n'est pas un ami intime la nuit, un doudou ...)

Conseils

- ✓ Une période de transition avant l'extinction des feux permet d'être accessible au sommeil : lumière tamisée, extinction des écrans, activité de détente
- ✓ Éteindre dans les 2 heures avant l'endormissement.

Sources :

- <https://institut-sommeil-vigilance.org/comment-le-sommeil-evolue-avec-lage/>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2021/sante-mentale-en-region-hauts-de-france.-point-epidemiologique-bimestriel-du-22-decembre-2021>
- <https://www.cofrade.org/blog>
- <https://www.observatoireb2vdesmemoires.fr/memoire-et-sommeil>
- SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES DE L'IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE, LES ADDICTIONS ET LES TROUBLES DU SOMMEIL PARMIS LES ACTIFS OCCUPÉS jan 2023 (PJ)
- https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/ASTEN_depliant-sommeil_INSV.pdf
- <https://mallettedesparents.education.gouv.fr/parents/ID181/les-bienfaits-du-sommeil-pour-les-enfants>

Annexe n°3 – Focus sur la situation des sanitaires en maternelle et primaire : l'enquête 2022 des DDEN

Qu'est-ce qu'un DDEN ? La fédération des DDEN est une association 1901 reconnue d'utilité publique, association éducative complémentaire de l'enseignement public, association nationale de jeunesse et d'éducation populaire et association ambassadrice de la Réserve citoyenne de l'Éducation nationale. Elle compte plus de 16.000 adhérents. Leur fonction et leur mission sont d'œuvrer dans et pour les écoles préélémentaires et élémentaires. Le DDEN a un regard croisé sur l'école puisqu'il connaît celle-ci à la fois de l'intérieur dans ses fonctionnements et de l'extérieur dans son environnement social et local. Nommé pour quatre ans (renouvelables) par le Directeur académique des services de l'Éducation nationale (DASEN) après avis consultatif du Conseil Départemental de l'Éducation nationale (CDEN), le DDEN siège au conseil d'école et exerce sa fonction à titre individuel dans la ou les écoles qui lui sont attribuées et dont il a la charge. Il s'intéresse aux conditions d'accueil, en ayant pour but de travailler pour le mieux-être et l'intérêt des enfants.

La fédération des délégués départementaux de l'Éducation Nationale (DDEN) a demandé à ses membres de mener une enquête in situ sur l'équipement et les caractéristiques des sanitaires scolaires.

Cette enquête, nationale et fondée sur l'observation du terrain, a été menée par les DDEN en lien avec les Directeurs d'école entre le 4 avril 2022 et le 7 juillet 2022 dans toutes les structures de l'enseignement du premier degré. Elle a permis de faire le point sur 4149 écoles. Elle fait suite à celle de 2006, dont le bilan était le suivant : « *Ce qui existe partout en matière d'hygiène dans tous les lieux de travail et dans tous les lieux publics est absent dans nombre d'écoles... ce qui serait intolérable pour des adultes est trop souvent accepté pour des enfants.* ». Et depuis ? Rien n'a changé.

Le constat des élèves mais aussi celui des enseignants et des parents d'élèves, relève périodiquement l'état de vétusté et d'inconfort des sanitaires voire même l'existence d'expositions dangereuses. C'est notamment le cas des écoles construites entre 1945 et 1999, avec présence de matériaux désormais interdits et n'ayant pas (ou peu) été rénovées. Si l'état des toilettes dépend de divers facteurs, l'ancienneté des locaux en est un majeur.

Si les toilettes sont jugées « propres » (66 à 76% des répondants), leur ventilation est insuffisante et des odeurs désagréables (plus de 50% des réponses) « poussent à la réticence à aller aux toilettes ».

Autre point important, le personnel, en nombre suffisant ou non. Plus de la moitié des classes maternelles visitées par les DDEN n'ont pas leur ATSEM, alors même que l'entrée en école maternelle dès 2/3 ans demande une assistance complémentaire pour les enseignants et des réponses sanitaires accrues. La FDDEN fixe comme objectif aux collectivités territoriales d'atteindre un ATSEM par classe de maternelle. **Autre point négatif majeur : l'insuffisance de toilettes aux normes « handicap », surtout chez les filles.**

La FDDEN insiste sur le fait que « *dans sa mission d'éducation à l'hygiène, à la propreté et au respect d'autrui, l'école doit pouvoir offrir des toilettes propres lors de l'accueil des élèves (...). Puisqu'il touche au respect des enfants et à leur bien-être, il serait souhaitable que ce sujet soit abordé en Conseil d'école, au sein de la communauté éducative, parce que c'est un sujet de santé publique* ». Par ailleurs, un cadre législatif et des normes précises devraient être instaurées pour éviter les grandes inégalités actuellement constatées selon les territoires.

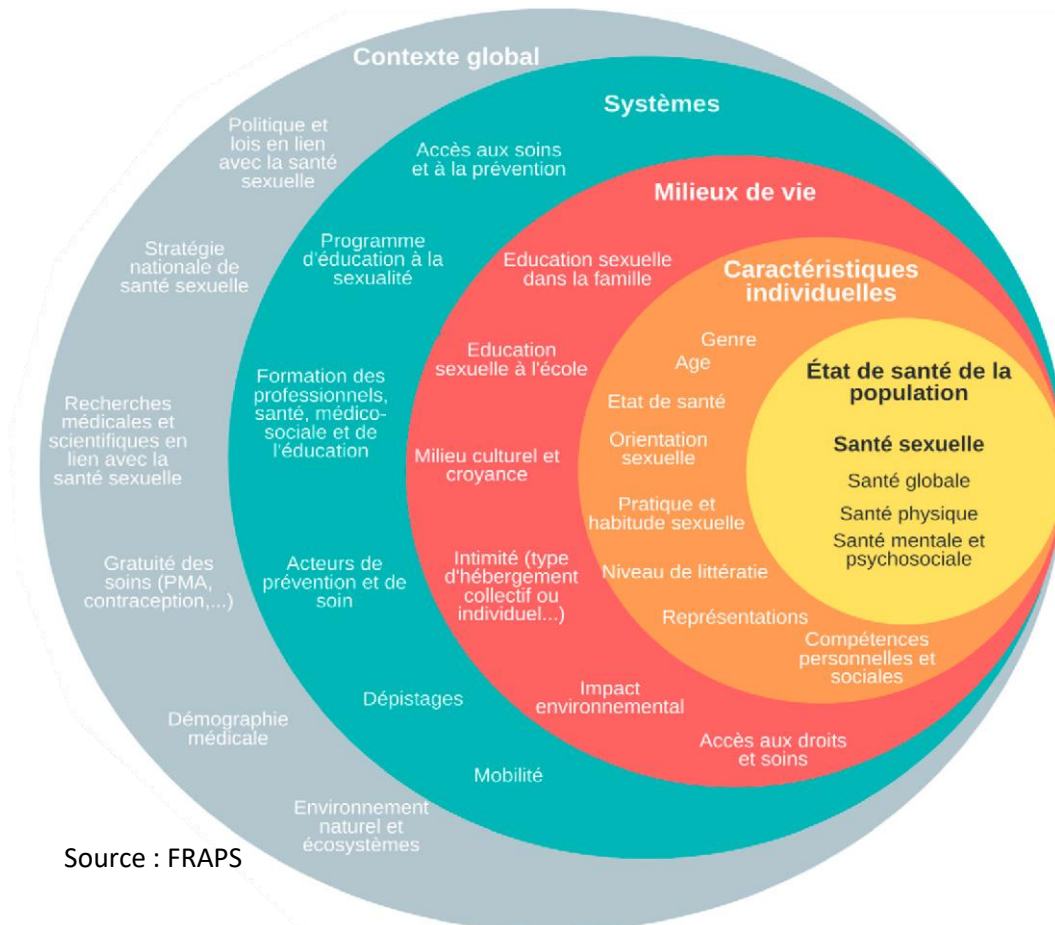
Pour aller plus loin :

Hors-série de la revue *Le délégué de l'Éducation nationale* N°272 de septembre 2022. CPPAP : 0725G86913. Questionnaire détaillé consultable gratuitement sur le site <http://www.dden-fed.org/>

Annexe n°4 – Santé affective et sexuelle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les droits humains et droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. »

Comme le souligne la revue de la Fédération Régionale des Acteurs en Prévention de la Santé (FRAPS) du Centre Val de Loire (Numéro 7 de Septembre 2021), la notion de santé sexuelle est une notion large. « Ce n'est pas simplement une question de prévention d'infections sexuellement transmissibles ou de pratiques contraceptives. Elle recouvre les différentes dimensions physiques, mentales et sociales de la vie affective, de la sexualité et de la reproduction. Elle s'inscrit dans une approche résolument positive de la santé mettant en avant les ressources des personnes, leur capacité d'agir (« empowerment ») et la multiplicité des leviers d'actions possibles (individuels, relationnels, organisationnels et sociaux). » L'enjeu est important, pour le bien être de chacun tout au long de sa vie ainsi que pour le respect effectif de plusieurs droits humains fondamentaux. Parmi eux, le droit à l'égalité filles-garçons, femmes-hommes.



« La définition et la mise en œuvre d'une politique de santé nationale dédiée (stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030), sa déclinaison au niveau régional, témoignent de la prise de conscience de l'importance de la santé sexuelle. (...) Relevant de la sphère privée et de l'intime, tout en étant traversées de normes sociales plurielles et évolutives, la vie affective, la sexualité et la reproduction présentent une forte charge émotionnelle et symbolique source de non-dit et de dénis ou à l'inverse de débats intenses voir de conflits. L'actualité est ainsi « riche » des difficultés rencontrées et des atteintes portées aux droits des personnes. »

Pour aborder cette question, les professionnels du secteur de la formation, aux différents niveaux, sont souvent démunis, alors même que leur quotidien les y confronte, et que « l'éducation à la vie affective et sexuelle » est une des missions de l'école.

Une éducation qui relève en premier lieu des parents, mais qui ne peut être laissée à leur seule responsabilité. En effet, il est important que les jeunes reçoivent une éducation à la sexualité en dehors de celle qui leur est donnée dans le milieu familial.

Divers éléments justifient ce choix :

- Les relations intrafamiliales ne facilitent pas toujours la communication entre le jeune et ses parents, certaines périodes du développement de l'enfant étant plus « conflictuelles » que d'autres (à l'adolescence, par exemple, moment où par ailleurs le jeune privilégie d'autres moyens d'information).
- Certains parents ne sont pas à l'aise pour discuter de ce sujet avec leur enfant.
- De manière générale, les parents n'abordent pas tous les sujets, ce qui peut amener les jeunes à manquer d'information, ce qui les rend plus vulnérables face à certaines situations. Ou, à contrario, la multiplication des canaux par lesquels les jeunes reçoivent de l'information (internet, autres jeunes influents et souvent mal informés, adultes mal intentionnés...) qui les confrontent à des informations de qualité et de fiabilité parfois douteuses, voire dangereuses.
- L'école, qui rassemble dans un même lieu l'ensemble des jeunes d'une génération, offre la garantie d'une information de qualité et d'une parole réfléchie et harmonisée.
- Au-delà, la possibilité d'éducation à la sexualité en milieu « scolaire » et la possibilité de lieux de parole et d'échanges sur cette question permet également parfois de découvrir l'existence de pratiques déviantes dans certaines familles. Elle permet notamment à chaque jeune concerné de reconnaître une situation d'agression et de demander de l'aide. Pour rappel, selon une étude de 2017, 6% des femmes et 1,4% des hommes ont déclaré avoir été forcés à subir ou à faire des attouchements sexuels, ou ont été forcés à avoir des rapports sexuels contre leur volonté avant l'âge de 15 ans. Les violences sexuelles envers les enfants sont commises à 94% par des proches et des personnes connues, des hommes très majoritairement (dont 24% de mineurs), dans 52% des cas ces violences ont lieu dans le cadre familial (violences sexuelles incestueuses), et elles sont commises dans tous les milieux socio-culturels.

Afin d'aider les personnels à gérer ces problématiques et les accompagner dans l'exercice de leurs missions, un vade-mecum « Violences sexuelles intrafamiliales : comprendre, prévenir, repérer et agir » a été élaboré dans le cadre du plan d'action gouvernemental de lutte contre les violences sexuelles intrafamiliales (2021). Destiné à l'ensemble des personnels, l'objectif de ce vade-mecum est triple :

- **Améliorer la connaissance et la compréhension des violences sexuelles intrafamiliales.**
- **Outiller les personnels afin de favoriser la libération de la parole et le repérage des élèves victimes.**
- **Renforcer les actions de prévention notamment en éducation à la sexualité.**

Vademecum : <https://eduscol.education.fr/2959/focus-prevention-des-violences-sexuelles-intrafamiliales-l-ecole>

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire ne se substitue toutefois pas à la responsabilité des parents et des familles. Il est donc essentiel de donner également aux parents les outils adéquats pour aborder cette thématique avec leurs enfants. D'autant plus qu'ils sont souvent démunis face aux dangers liés à la diffusion d'images pornographiques, au cyber harcèlement ou d'autres questions telle les problématiques liées au transgenre.

Tout au long de ses temps de formation, il est important de permettre à chaque jeune d'acquérir et de développer les compétences psychosociales nécessaires à une vie épanouie.

L'approche autour des compétences psychosociales permet de créer les conditions facilitées pour aborder l'éducation à la sexualité.

Elle favorise, dès le plus jeune âge, le développement des compétences leur permettant d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative.

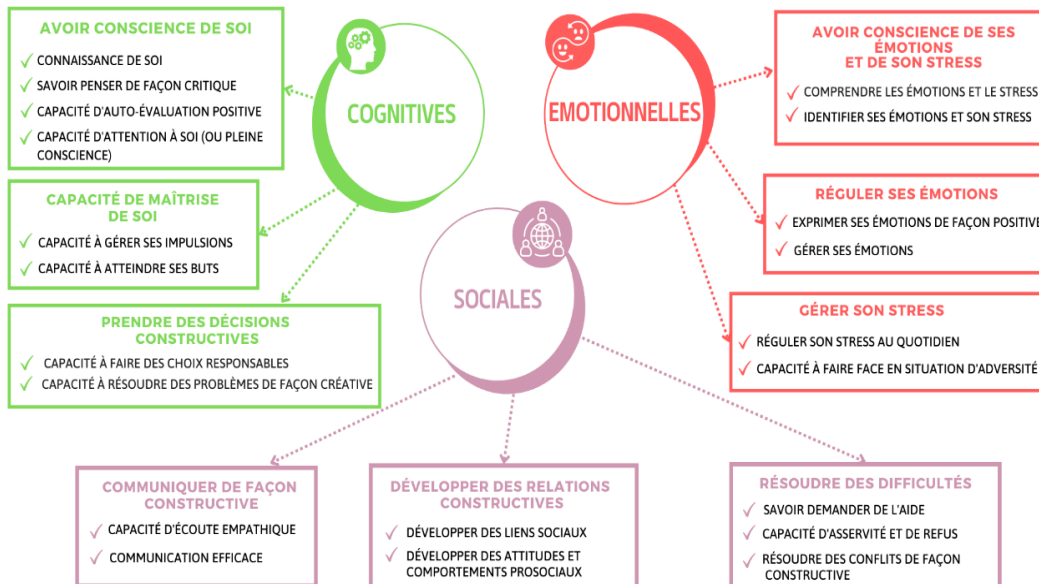
Schéma classification des CPS

Contact



LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES auprès des enfants et des jeunes

SYNTHÈSE ACTUALISÉE
PAR SANTÉ PUBLIQUE
FRANCE - 2022*



Grâce à des outils appropriés, les enfants pourront donc notamment :

- Mieux se connaître et développer une image positive de leur corps,
- Devenir autonomes et responsables de leur corps (hygiène, santé, sécurité, besoins et sensations),
- Reconnaître et respecter leurs limites et celles des autres. Reconnaître et respecter leurs différences,
- Être moins vulnérables et mieux outillés pour dénoncer un abus ou un mauvais traitement,
- Réfléchir aux modèles masculins et féminins et, peu à peu, définir leur propre identité. Établir des liens harmonieux et égaux entre les sexes.

En agissant tôt, on favorise l'autonomie des personnes pour une meilleure qualité de relation.

Des apprentissages qui commencent dès le plus jeune âge et qui doivent permettre de développer les compétences psychosociales indispensables tout au long de la vie :



L'éducation à la sexualité en établissement scolaire

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception inscrit l'éducation à la sexualité dans le code de l'éducation et rend obligatoire trois séances annuelles d'éducation à la sexualité du cours préparatoire aux classes de terminales, par groupes d'âge homogène » (article L. 312-16 du code de l'éducation). Les circulaires de 2018 et 2022 ont précisé les objectifs et les modalités de mise en œuvre de cette éducation.

Du CP au CM2, les professeurs des écoles doivent mettre en œuvre les séances d'éducation à la sexualité dans le cadre de l'ensemble des enseignements. Au-delà des sciences et technologie et de l'EMC qui constituent des enseignements privilégiés pour développer l'éducation à la sexualité, tous les enseignements sont concernés. Il est possible de travailler en français sur l'expression des sentiments et des émotions dans les relations interpersonnelles, de repérer et d'identifier les stéréotypes de sexe dans des énoncés de problèmes en mathématiques ou encore d'apprendre le respect de son corps et celui d'autrui en éducation physique et sportive. Les modalités retenues pour la mise en œuvre de ces séances dédiées sont énoncées lors du conseil d'école et portées à la connaissance des parents d'élèves lors de la réunion de la rentrée, dans le cadre de la présentation des enseignements.

Au collège et au lycée, les séances sont organisées en articulation avec les programmes d'enseignement et doivent être organisées dans le cadre des comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement (CESCE) afin de proposer aux élèves un parcours progressif répondant à leurs besoins et leur maturité. Elles sont également présentées au conseil d'administration. Elles sont prises en charge par une équipe de personnes de l'établissement, formées. Il est en effet important d'insister sur le fait que l'éducation à la sexualité nécessite d'être formé et armé avant d'intervenir, que toute intervention se fait bien souvent en binôme et en inter professionnalité (conseiller principal d'éducation, assistant social, enseignant, infirmier, etc.). La plupart des personnels de santé qui interviennent dans l'éducation à la sexualité sont formés au niveau académique par les référents et formateurs en éducation à la sexualité

De l'école élémentaire au lycée, ces séances peuvent être co-construites avec des partenaires institutionnels et des associations agréées

Les objectifs :

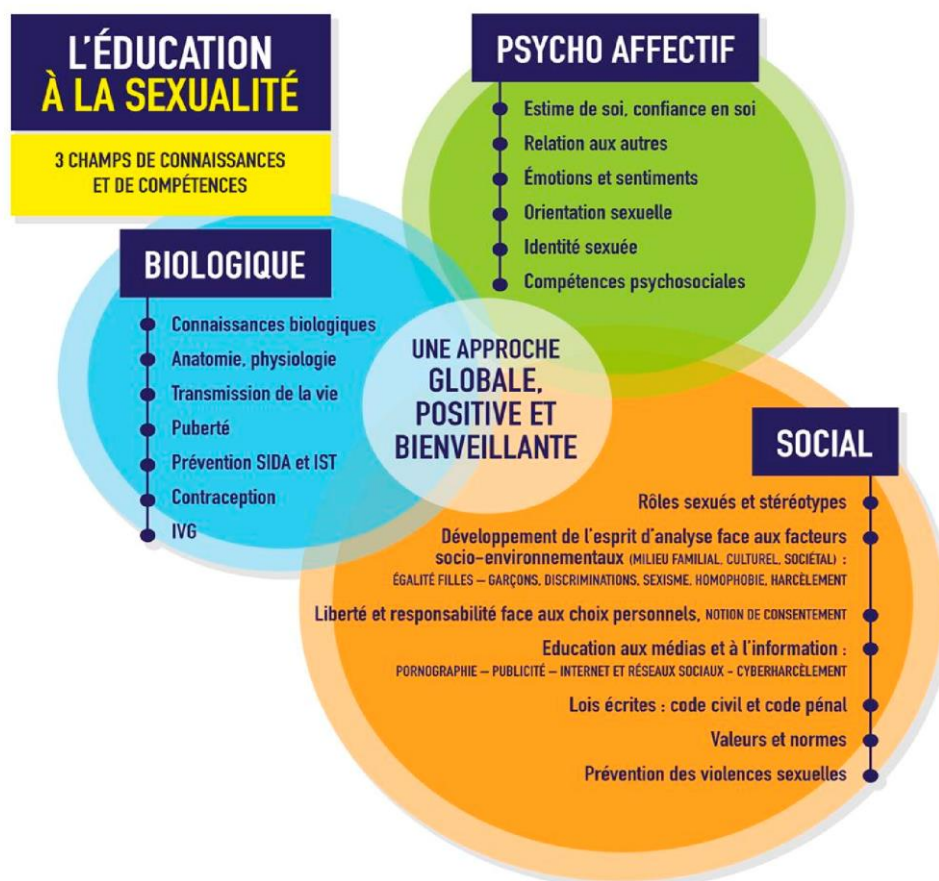
L'éducation à la sexualité vise à permettre aux élèves de développer des attitudes de responsabilité individuelle et sociale et contribue à la politique publique de protection de l'enfance, dont la prévention des violences sexuelles intrafamiliales. Elle doit permettre aux élèves de :

- Réfléchir sur les relations entre filles et garçons, l'égalité et la mixité, les préjugés sexistes, les violences faites aux femmes, les discriminations liées à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle, les règles de vie en commun, le sens et le respect de la loi, l'importance du respect mutuel et du consentement.
- Développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles, des rôles sociaux et des stéréotypes véhiculés par les médias.
- D'engager une réflexion sur une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations interpersonnelles.
- Renforcer la capacité à s'exprimer et à résister à la pression, notamment des pairs ;
- D'informer sur les structures d'accueil, d'aide et de soutien.
- De mieux percevoir les risques et savoir se protéger.

L'éducation à la sexualité est donc une démarche éducative qui vise à :

- Apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques ;
- Identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique.
- Développer l'exercice de l'esprit critique.
- Favoriser des comportements responsables individuels et collectifs (prévention, protection de soi et des autres).
- Faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Les trois champs de connaissances et de compétences à l'éducation à la sexualité (source : MEN)



En 2021, un rapport de l'Inspection

de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (IGESR) a dressé un bilan très négatif de la mise en œuvre des textes concernant la vie sexuelle et affective aux différents niveaux d'enseignement :

- Faible effectivité de la mise en œuvre.

- Champ très (trop large).
- Comité d'Éducation à la Santé et la Citoyenneté (CESC) dont les compétences ont été étendues aux questions environnementales (CESCE), au risque de marginaliser, voire occulter les questions de l'éducation à la sexualité dans leurs réflexions et plan d'action.
- Manque de formation des intervenants (notamment professeurs). Insuffisance de volontaires.
- Tissus associatif de partenaires insuffisant.

Pour approfondir :

- Rapport IGESR : Éducation à la sexualité en milieu scolaire, N° 2021-149, Juillet 2021
- Circulaires du MEN : N° 2018-111 du 12 septembre 2018 et circulaire du 30/09/2022.
- Fiches pratiques du MEN sur l'éducation à la sexualité :
 - Cadre juridique et principes éthiques
 - Le pilotage
 - Ancrage dans les programmes de collège
 - Construire des séances
 - Mobiliser et associer les partenaires institutionnels et associatifs.

Annexe n°5 : Dispositif « JeSais » de l'OR2S (Observatoire régional de la Santé et du social)

Objectifs :

- Aider les établissements scolaires et les personnels en charge de la santé des élèves, notamment dans leur mission de prévention et d'éducation à la santé en leur proposant des outils adaptés de recueil et de restitution des résultats.
- Santé publique : Prioriser les choix d'action, au sein de l'Éducation nationale mais aussi pour l'ARS, le conseil régional et, de façon plus large, ceux qui engagent des projets auprès des jeunes.

Dispositif expérimenté : Enquête réalisée auprès des élèves de sixième qui par ailleurs font l'objet d'un bilan infirmier, et de seconde scolarisés dans les établissements publics des académies d'Amiens et de Lille.

Une implication des personnels de l'Éducation nationale, et, tout particulièrement, des infirmier(ère)s qui ont un rôle capital dans la mise à disposition de l'information et des responsables des établissements, mais aussi des parents et... bien sûr des élèves.

Contexte du RGPD : compliqué. Plus de difficultés à récupérer des réels accords, déperdition de certains publics et notamment des plus défavorisés.

Protocole : Tirage au sort aléatoire des classes pour obtenir un échantillon d'au moins un quart pour les élèves de sixième et de seconde en section générale et technologique ou professionnelle des établissements publics, pouvant être étendu à l'ensemble des élèves pour permettre une parfaite connaissance au sein de l'établissement.

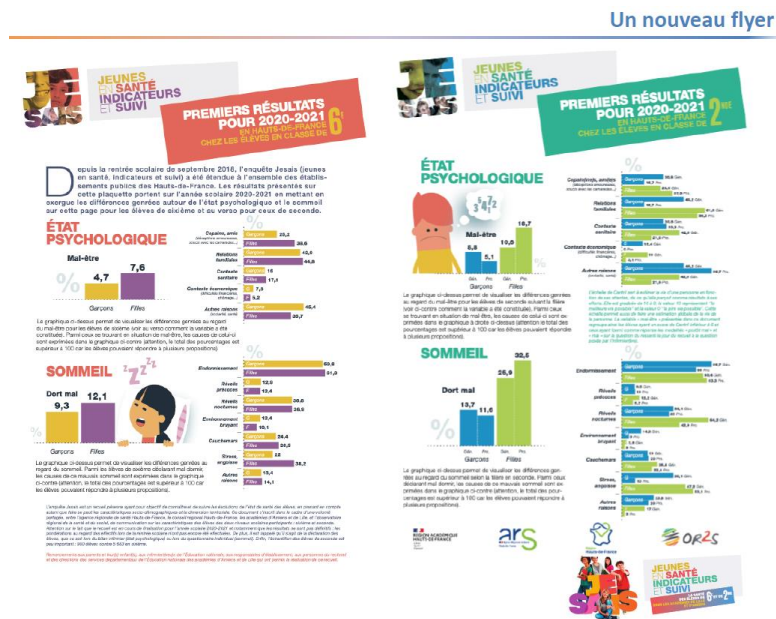
En deux parties :

- Bilan infirmier réalisé par l'infirmier(ère) de l'établissement
- Questionnaire individuel renseigné par l'élève seul ou avec l'infirmier(ère).

L'outil de restitution est une application en ligne avec un accès infirmier et un accès élève.

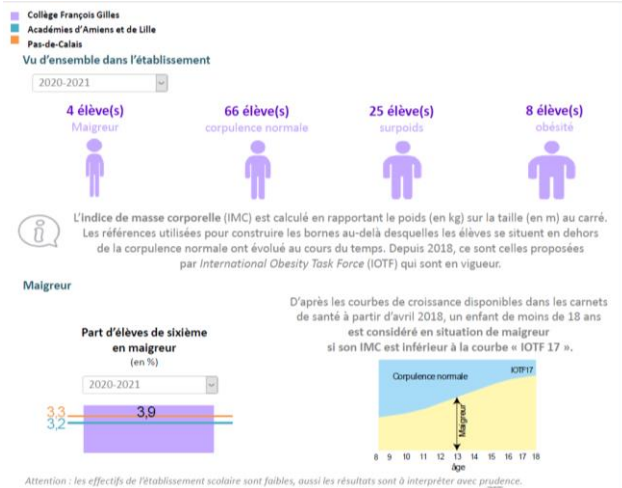
L'application permet d'accéder aux productions : plaquettes, flyers...

Exemples :



L'application permet d'accéder à différents résultats. Outil utile par exemple pour les chefs d'établissement où le poste d'infirmier de l'EN n'est pas pourvu : ils peuvent tout de même disposer des données pour son établissement et de comparer avec les autres établissements ou le département ou la région. Exemple :

- + IDENTIFICATION, SCOLARITÉ & COMPORTEMENT LORS DE L'ENTRETIEN
- + MOYEN(S) DE LOCOMOTION POUR SE RENDRE DANS L'ÉTABLISSEMENT
- + VIE FAMILIALE
- + LOISIRS (hors activités sportives)
- + ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES
- + CORPULENCE
- + HABITUDES ALIMENTAIRES
- + ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL & PRISE(S) EN CHARGE (médicale ou sociale)
- + VACCINATION
- + VISION & AUDITION
- + HYGIÈNE CORPORELLE & ÉTAT BUCCO-DENTAIRE
- + HYGIÈNE DE VIE
- + ÉCRANS
- + CONDUITES ADDICTIVES (tabac, alcool)
- + ACTIONS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À LA CITOYENNETÉ



RÉFÉRENCES

Observatoire de la vie étudiante : <http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/09/OVE-INFOS-42-La-vie-etudiante-au-temps-du-COVID-19.pdf>

Fédération AG Étudiants /IPSOS= https://www.fage.org/ressources/documents/3/6294-DP_13-07-20_Enquete_FAGE-IPSOS_Les-.pdf

Enquête parlementaire : <https://www.vie-publique.fr/rapport/278002-les-effets-de-la-crise-du-covid-19-sur-enfants-et-jeunesse>

Mission d'information du Sénat sur les conditions de vie étudiante (audition santé étudiante et santé psychologique des étudiants) : http://www.senat.fr/commission/missions/conditions_de_la_vie_etudiante_en_france.html

Enquête sur la santé mentale étudiante réalisée par l'UPJV : https://www.u-picardie.fr/medias/fichier/sante-mentale-des-e-tudiants-de-l-upjv_1614867635924-pdf?ID_FICHE=251311

Mission Santé Jeunes : Pour une culture de la promotion de la santé des jeunes en France : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_nyadanu_-_martinot.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000318e04ce808fe5b609eb7bfa55eeeb670548bdda61ea1d70b2b1704538fd7771080d2500c9143000f8b11415e81cdc68fd8ca35adab279b6fb11722f51e83ec5a194815db26a14fb6802467c12668d63b2b9339b2e5c8a89

Vade-mecum école promotrice de la santé : https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/84/2/VM_EcolePromotriceSante_1240842.pdf

Rapport Des SUMPPS vers les SSE : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/rapport-igesr-2021-179-17153.pdf>

Rapport de la Cour des Comptes : La santé des enfants – Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58724>

- Publications des CESER en lien avec le sujet :

<https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/la-sante-mentale-un-enjeu-de-societe-un-engagement-pour-notre-region-818>

<https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/concevoir-autrement-les-futures-planifications-en-sante-environnement-et-agir-ensemble-744>

<https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/la-sante-de-l-ecole-a-l-universite-pour-une-meilleure-reussite-en-picardie-634>

<https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/la-sante-de-l-ecole-a-l-universite-568>

¹

¹ <https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/apres-la-crise-sanitaire-en-hauts-de-france-vers-une-region-attractive-solidaire-bienveillante-et-prevoyante-794>

¹ <https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/avis-sur-les-dotations-des-eple-pour-2021-790>

- CESER Hauts-de-France, 2016 : <https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-236>

Rapporteur : Jean-Luc DEHAENE.

- CESER Nord-Pas de Calais, 2013 : <https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/integration-des-personnes-handicapees-en-milieu-ordinaire-leurre-ou-realite-396>

- CESER Nord-Pas de Calais, 2009 : <https://ceser.hautsdefrance.fr/rapports/article/la-sante-des-jeunes-de-15-a-25-ans-en-nord-pas-de-calais-602>

Rapporteur : Stéphane DORCHIES.

GLOSSAIRE

AESH (ex AVS) : Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap

ARS :

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDSEI / CNSEI : Comité départemental (ou national) de suivi de l'école inclusive

CNAM :

CPAM :

CROUS : Comité Régional des Œuvres Universitaires

DASEN : Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale

DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale

GEVASCO : Guide d'Évaluation Scolaire

IGESR

LPI : Livret de parcours inclusif

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OVE : Observatoire de la Vie Étudiante

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PIAL : Le PIAL est une organisation collective de la gestion des besoins d'accompagnement des élèves en situation de handicap sur un territoire défini par l'IA-DASEN. Il répartit les moyens en accompagnement humain (AESH) dont il dispose pour mettre en œuvre les notifications de la CDAPH

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

SDEI : Service départemental de l'école inclusive

SSE :

SSU : Service de Santé Universitaire

SUMPPS : Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire. Les ULIS existent à chaque niveau d'enseignement : ULIS école, collège, lycée.



Rapport-avis « *De la maternelle à l'entrée dans la vie active : la santé des jeunes en formation, l'affaire de tous.* »

Déclaration du groupe CGT

Le groupe CGT félicite la Commission 1 et la Commission 3, les rapporteurs et les chargés de mission pour avoir démontré avec force les enjeux d'une bonne santé des jeunes en formation : « Les premières années de vie déterminent l'adulte de demain ».

Le droit à la santé est un droit fondamental ; le système de santé et de Sécurité Sociale doivent permettre à tous et toutes de se soigner. Pour la CGT, il est urgent de sortir du constat et d'agir sur tous les déterminants de santé.

D'après les données de l'Observatoire Régional de Santé HDF, la population subit une surmortalité de 20 % par rapport au reste de la France et une espérance de vie à la naissance largement en deçà des seuils nationaux. Ces indicateurs inquiétants ne reflètent pourtant que partiellement la réalité régionale: l'accès à la prévention et aux soins rendus difficiles par l'état de délabrement profond de notre système de santé. L'hôpital est sous tension avec un fonctionnement dégradé et la fermeture de services dans les hôpitaux de proximité. Le nombre de médecins généralistes ne cesse de baisser avec 6,5 millions de Français sans médecin traitant.

Ce rapport-avis rappelle le rôle fondamental des parents qui sont les premiers éducateurs de leur enfant. Le parent ne saurait toutefois être tenu seul responsable de la santé des enfants. L'école est un instrument pour accompagner, prévenir et combattre les inégalités: former les enfants, c'est former les parents de demain.

La CGT partage le constat du rapport concernant la nécessité de revaloriser les carrières et les rémunérations des acteurs de la santé dans l'Éducation Nationale. L'enjeu de former, prévenir et favoriser l'accès aux soins est reconnu et prioritaire pour l'État. Le constat glaçant est pourtant bien là: un médecin pour 12000 élèves, un infirmier pour 1650 élèves (donc moins d'un infirmier par établissement).

La CGT rappelle que le budget du ministère de l'Éducation Nationale n'augmentera que de 6,5 % en 2023, principalement pour revaloriser les salaires, de façon insuffisante et bien en deçà de l'inflation de ces 20 dernières années.

La CGT considère enfin que la prévention doit aussi être abordée sous l'angle de la santé au travail. En 2018, l'OIT précisait que les jeunes en Europe ont une probabilité 40 % plus élevée de subir un accident du travail que les travailleurs plus âgés. Le groupe CGT voit dans l'éducation un vecteur de prévention estimant que les jeunes devraient apprendre des notions de sécurité et de santé au travail dans le cadre de leur formation, avant d'entrer dans la vie active. Pourtant, la réforme des lycées professionnels annoncée en octobre 2022 ne va pas dans ce sens puisque le temps de présence en entreprise est doublé au détriment du temps pédagogique.

Le CGT votera favorablement le rapport-avis.



**Assemblée plénière du CESER Hauts-de-France
du 16 mai 2023**
**Rapport-avis « De la maternelle à l'entrée dans la vie
active : la santé des jeunes en formation, l'affaire de
tous. »**



Déclaration du groupe de concertation UNSA/CFE-CGC

La santé des jeunes en formation, y compris en situation de handicap, est un sujet important qui conditionne l'attractivité et le bien vivre dans la Région des Hauts de France.

Oui, les problématiques de santé impactent leurs parcours éducatifs et leurs avenir.

Alimentation appropriée saine et équilibrée, activité physique régulière, bonnes pratiques d'hygiène et sommeil suffisant sont les ingrédients de base sains qu'il faut renforcer par des ressources de soutien en santé mentale, au travers d'accès à des conseillers scolaires ou des thérapeutes.

Avec un tel régime, les jeunes en formation amélioreraient leur mémoire, leur énergie, leur humeur, leur concentration et leur pratique sociale.

Ces éléments indispensables à la réduction de leur stress et des risques de maladie sont au bénéfice de la réussite de leurs études et de ce que sera leur vie sociétale en général.

Les comportements à risque tels que la consommation d'alcool, de drogues, des formations pouvant les soumettre à des niveaux élevés de stress, la pression des études engendrée par une vie sociale inadaptée ou mal organisée par leur entourage familial, nécessite une aide psychologique pour les aider à faire face.

Les jeunes en formation doivent bénéficier d'un accès aux services de santé, y compris avec des dépistages réguliers. Les établissements de formations doivent leur offrir des programmes de prévention de la santé pour les sensibiliser aux risques potentiels et leur fournir des informations sur la façon de se maintenir en bonne santé, conditions essentielles pour mettre en œuvre une vraie politique de prévention et de dépistage, au bénéfice également des responsables légaux et des équipes éducatives, sous réserve d'un personnel en nombre suffisant.

Le suivi médical des étudiants est également un aspect important de leur bien-être. Ils ne sont pas exempts de rencontrer des problèmes de santé mentale ou physique qui peuvent affecter leur capacité à étudier et à réussir leurs études, ce qui, sans aide, aurait un impact sur leur vie d'adulte. Ces services doivent comprendre des consultations médicales, des conseils en matière de santé mentale, des tests de dépistage, des vaccinations et d'autres services préventifs.

L'étudiant doit également pouvoir bénéficier de soins médicaux en cas de besoin et donc d'une couverture assurantielle complémentaire complète.

Pour ce faire, la politique gouvernementale sur la santé et l'Enseignement doit évoluer vers du mieux disant, ce qui n'est pas le cas actuellement.

La prise en compte des préconisations du rapport par nos élus favorisera une amélioration de la santé chez les jeunes en formation, leur permettant de réussir dans leurs études, dans leur vie en général, ils pourront à leur tour en faire bénéficier leur descendance, ce qui reviendrait au bénéfice des Hauts de France.

Au-delà, notre Groupe de Concertation milite pour la mise en place d'un véritable statut de l'apprenant.



**Assemblée plénière du CESER Hauts-de-France
du 16 mai 2023**

Rapport-avis « De la maternelle à l'entrée dans la vie active : la santé des jeunes en formation, l'affaire de tous. »

Déclaration du groupe de concertation FO

Face à la dégradation de la santé de sa population en formation (1,5 millions de personnes) liée en partie à de mauvaises conditions de vie, l'ARS des HDF lance un Projet Régional de Santé 2018 – 2028 qui vise la promotion et l'amélioration de la santé de tous, de la maternelle à la vie active.

FO relève que les conditions d'accueil sont loin d'être optimales, plusieurs établissements dans la région, ne se conforment pas aux normes de sécurité. Les manquements liés aux sanitaires qui ont fait l'objet d'un développement dans ce rapport nous interrogent. Pour FO, des moyens doivent être débloqués pour permettre la réhabilitation de ce type d'établissements sur notre région. La prévention doit rester une priorité tout au long de la vie.

FO encourage l'élargissement des champs d'intervention des pratiques de prévention afin que toutes les tranches d'âge puissent bénéficier d'une éducation à la santé. Même si un accent doit être mis sur les zones fragilisées (déserts médicaux), il ne faut négliger aucune population.

Le système éducatif, en contact direct avec les jeunes et leur famille, offre un champ d'action encore insuffisamment exploité. Le rôle des parents est crucial. Il est important de les aider et les accompagner dans cette démarche. Les dispositifs tels qu'Ecole promotrice de la santé, la mise en place d'une labellisation « edusanté » dans le secondaire ou « Etudiants Relais Santé » dans le supérieur doivent être valorisés.

L'éducation à l'hygiène n'est pas directement abordée dans ce rapport. Pour FO, cette problématique doit être placée au cœur de l'action de la communauté éducative au même titre que l'éducation à la sexualité qui reste encore quasi-inexistante dans nos établissements.

La gratuité des repas en milieu scolaire pourrait aussi contribuer à prévenir les maladies et carences causées par une mauvaise alimentation, et donc participer à la réussite scolaire des jeunes.

L'amélioration de la santé passe également par la nécessité d'élaborer un parcours de santé pour chaque individu. Il faut mutualiser les efforts et les moyens des différents acteurs pour concevoir un véritable outil efficace, le carnet de santé étant devenu obsolète.

Ce rapport met également l'accent sur l'importance de favoriser l'inclusion des individus à besoins particuliers ou en situation de handicap. FO s'en félicite. Néanmoins, il est urgent de former davantage les enseignants face à des individus dont ils méconnaissent les besoins, de leur donner les moyens humains et matériels afin de les accueillir dans de bonnes conditions.

La population étudiante fait également face à des difficultés, renonce à se soigner. Les pouvoirs publics doivent tout mettre en œuvre pour favoriser l'accès aux soins à l'ensemble des étudiants, de même, la question de la santé des jeunes en apprentissage n'est pas non plus résolue.

Pour FO il est important de renforcer la médecine du travail et ses acteurs.

FO VOTERA LE RAPPORT AVIS.

**Assemblée plénière du CESER Hauts-de-France
du 16 mai 2023**

**Rapport-avis « De la maternelle à l'entrée dans la vie active :
la santé des jeunes en formation, l'affaire de tous. »**

Déclaration du groupe de concertation TES

Le GC TES tient à féliciter les rapporteurs, la Commission 1 « Formation pour tous et orientation, tout au long de la vie » et la Commission 3 « Santé, Sport, Lien social, Cadre de vie » et les chargés de mission pour ce travail.

Ce rapport est le résultat de nombreux échanges avec un grand nombre d'acteurs éducatifs, institutionnels ou associatifs impliqués dans les problématiques de santé et de jeunesse. Il révèle un véritable enjeu de santé pour les jeunes en Hauts de France. Le groupe TES redit que l'objectif d'amélioration de la situation sanitaire des jeunes en formation passe aussi par l'amélioration de celle de la population des Hauts-de-France en général, à court terme et à plus long terme.

Le GC TES souhaite compléter ce rapport en s'exprimant sur les enjeux de santé environnement chez les jeunes notamment en évoquant l'incontournable accompagnement et la nécessaire information des jeunes sur cet enjeu que ce soit dans les établissements qu'ils fréquentent ou chez eux.

Le GC TES tient à rappeler qu'en France, 3 enfants sur 4 respirent un air toxique, d'après les données communiquées par l'OMS en 2018. Pour le GC TES, il est indispensable de mettre en place des campagnes de prévention majeures :

- en s'appuyant notamment sur les réseaux sociaux et via les influenceurs,
- en ciblant des actions concrètes comme la réfection de l'habitat insalubre pour les jeunes et les étudiants,
- en visant la renaturation des villes, des zones d'activités et des établissements scolaires,
- en organisant des conférences autour de la qualité de l'air et de l'eau, des perturbateurs endocriniens,
- en accompagnant psychologiquement et médicalement l'éco-anxiété des jeunes, etc.

Toutes ces actions apparaissent comme des enjeux fondamentaux et de générations.

Aujourd'hui 60 % des déterminants de santé relèvent de facteurs environnementaux, physiques, sociaux ou économiques. Pour le GC TES, nous considérons qu'il est important que soit mise en œuvre une communication ciblée à destination des jeunes, pour les sensibiliser sur les risques que représente un environnement dégradé.

Fort de ces remarques le GC TES votera l'avis.



**Assemblée plénière du CESER Hauts-de-France
du 16 mai 2023**

Rapport-avis « *De la maternelle à l'entrée dans la vie active : la santé des jeunes en formation, l'affaire de tous.* »

Déclaration du groupe de concertation CFDT

La Cfdt remercie toutes celles et ceux qui ont participé au travail sur ce rapport avis et ont permis la production d'un rapport concret et de qualité.

La santé constitue un enjeu essentiel en matière de lutte contre les inégalités, tout au long de la vie, et une condition nécessaire de la réussite des jeunes en formation. Mettre la Prévention au cœur de l'Education est indispensable. Veiller à l'équilibre psychologique et émotionnel de chaque jeune, c'est non seulement veiller à sa santé physique et à la qualité de ses relations aux autres, mais aussi veiller au respect effectif de ses droits.

Tout au long de son parcours scolaire, de la maternelle à l'entrée dans la vie professionnelle, un jeune est entouré par des acteurs multiples : parents, enseignants, personnels de santé scolaire ou libéraux, associations diverses... Améliorer le lien entre ces acteurs est une condition sine qua non de progrès. Donner les moyens pour une médecine scolaire (« premier désert médical de France ») et universitaire en est une autre.

La Cfdt insiste sur l'importance de l'inclusion des jeunes en situation de handicap. Leur accompagnement par les AESH et la formation spécifique des enseignants à ces problématiques doivent être renforcés.

Les difficultés environnementales et climatiques, les conflits, ne permettent pas aux jeunes, et notamment les jeunes filles, de se projeter sur leur avenir. Au niveau national, 71% des jeunes de 15-17 ans sont dans l'éco-anxiété. Au niveau régional, les indicateurs tant de santé qu'au niveau socio-économique amplifient et fragilisent l'avenir des jeunes et peuvent les conduire à l'exclusion.

La Région doit prendre en compte cette détresse sociétale et contribuer à apporter des solutions.

Par ailleurs, d'un point de vue éducatif, il faut favoriser la pratique sportive et s'assurer notamment que le « savoir nager », soit organisé sur l'ensemble du territoire, sans coût supplémentaire pour les familles. Il faut de même s'assurer que les jeunes bénéficient d'une alimentation correcte, en favorisant les circuits courts et de qualité. Une attention particulière doit être portée aux élèves et étudiants en situation précaire.

La Cfdt appelle à la vigilance. Nous devons continuer à nous battre contre la montée de l'intégrisme, religieux ou politique, qui limite la liberté d'expression et la mise en œuvre de l'éducation à la vie affective et sexuelle. Au-delà de pouvoir continuer à lutter contre le développement des MST, de permettre à chacune de connaître ses droits (notamment le droit à l'avortement), cet enseignement concourt à permettre une vie épanouie pour tous.

La Cfdt reste également vigilante sur le suivi de la santé des apprentis, ainsi qu'aux risques physiques et psychiques auxquels ils sont confrontés, et veille aux actions de prévention mises en place chez les employeurs.

La Cfdt approuve les recommandations de ce rapport-avis.

**Assemblée plénière du CESER Hauts-de-France
du 16 mai 2023**

Rapport-avis « *De la maternelle à l'entrée dans la vie active : la santé des jeunes en formation, l'affaire de tous.* »

Déclaration du groupe de concertation ADC

Le GC ADC remercie la C1 et la C3, leurs présidents respectifs, les 3 co-rapporteurs, les membres du GT mixte et les deux chargés de mission, pour la rédaction du rapport-avis, les éclairages, analyses et commentaires, que nous partageons dans la globalité.

Il est vrai que ce thème passe bien souvent, selon l'expression, sous les écrans radars et, de fait, n'est pas suffisamment pris en compte aux différents âges de la vie d'enfant, d'adolescent puis de jeune adulte, pourtant sensibles et déterminants pour l'avenir de chacun.

C'est de cette manière qu'apparaissent des carences de diverses natures, préjudiciables aux jeunes eux-mêmes et peuvent, le cas échéant, créer des ruptures dans les parcours, avec l'absence de passerelles et de transmission d'informations importantes entre les acteurs de la santé.

Les préconisations émises sont pragmatiques et reposent sur les principes de prévention, d'information accrue et de coordination des acteurs, toujours indispensable.

Le rapport a fait l'objet d'une approche bien détaillée et documentée, mais rendant parfois la lecture assez complexe et technique.

Sur le plan méthodologique, nous avons une interrogation, relativement à la place et l'expression du public lui-même, directement concerné par les sujets abordés.

Nous avons seulement identifié, dans la liste des auditions, deux étudiants et un ancien élu au conseil de vie lycéenne.

On aurait pu envisager davantage de sollicitation du côté des jeunes, filles et garçons, dans leur diversité et leurs parcours de formation car, et même si cela n'est pas simple du tout, la santé est l'affaire de tous, à commencer par eux-mêmes.

Recueillir directement leurs avis, remarques et propositions pourrait enrichir encore la démarche engagée.

Un lien est en cours avec le Forum Jeunes du CESER, notamment pour la prochaine rencontre du mois de juin prochain, et il n'y a pas à douter qu'il y aura de la matière à exploiter sur ce plan, en particulier sur les questions de santé mentale, de harcèlement scolaire, d'éco-anxiété.

D'autres instances ou lieux d'expression des jeunes existent, et il serait toujours intéressant de les solliciter afin d'entendre leurs ressentis.

De même, le rapport évoque le rôle fondamental des parents dans l'éducation des enfants, particulièrement pour leur santé, en pointant les difficultés inhérentes, de nature diverse ; l'audition de représentants d'associations concernées aurait pu être aussi mise en perspective.

La problématique des situations de handicap est évoquée dans le rapport, ce qui constitue un aspect positif ; nous avons également entendu qu'une proposition de futur rapport a été émise, pour la prochaine mandature, qui portera sur le champ du handicap.

Considérant le contexte tendu lié à l'application de la loi de 2005, et le positionnement de bon nombre d'associations concernées, cela nous semble être une perspective pertinente que nous encourageons.

Le GC ADC votera le rapport-avis.

**Assemblée plénière du CESER Hauts-de-France
du 16 mai 2023**

Rapport-avis « De la maternelle à l'entrée dans la vie active : la santé des jeunes en formation, l'affaire de tous. »

Déclaration du groupe de concertation CFTC

Le groupe CFTC remercie les rapporteurs, le groupe de travail et les commissions pour la qualité et la précision de ce rapport très complet.

Il faut malheureusement constater que la santé des jeunes en France, et encore plus en Hauts de France, pose un véritable problème.

Que ce soit en matière de formation, d'environnement socio-économique, de chômage, de mal-être, d'activité physique, d'obésité, de sommeil, la santé de nos jeunes est préoccupante.

Comme le rapport le précise, les 3 axes de la promotion de la santé « Éduquer, Protéger, Prévenir » ont pleinement leur raison d'être, même si la prévention reste le parent pauvre.

Il est donc indispensable de :

- Renforcer la cohérence des actions,
- Donner des réflexes aux enfants dès le plus jeune âge en matière de prévention,
- Rappeler aux parents leur rôle fondamental en matière de santé même s'il devient difficile à exercer à l'adolescence quand les réseaux sociaux deviennent, malheureusement pour beaucoup d'entre eux, leur source et leur repère.

Il est certain aussi que l'épisode COVID a laissé des traces et qu'il faudra encore un peu de temps pour en gommer les effets négatifs, des habitudes ayant été prises.

Le Plan Régional de Santé (PRS2), quant à lui, reste très vague en ce qui concerne la promotion de la santé des jeunes et des moyens nécessaires pour y parvenir.

Les préconisations présentées sont intéressantes, en particulier :

- L'association carte vitale / carte étudiant pour un parcours de soin suivi,
- La prise en compte de la santé mentale davantage mise en œuvre,
- L'allègement des procédures administratives pour la prise en charge du handicap,
- L'augmentation du nombre de professionnels de santé,
- La place plus importante à consacrer aux activités physiques,
- Une meilleure alimentation à promouvoir.

Mettre en place une politique ambitieuse de la santé dès le plus jeune âge contribuera évidemment à aller vers une société d'adultes en meilleure santé à tous niveaux et ainsi à baisser sensiblement les dépenses de santé à moyen et long terme.

Le groupe CFTC votera favorablement le Rapport-Avis

**Assemblée plénière du CESER Hauts-de-France
du 16 mai 2023**

Rapport-avis « De la maternelle à l'entrée dans la vie active : la santé des jeunes en formation, l'affaire de tous. »

Déclaration des groupes de concertation « Milieux économiques », « Artisanat - Professions libérales », « Agriculture, Ruralité, Pêche » et « Innovations économiques et sociales »

La santé des jeunes en formation est une question aussi ancienne et pertinente que la santé à l'école de La République. Elle est essentielle pour assurer non seulement un bon départ dans la vie active mais aussi pour garantir la santé de nos concitoyens.

Remettre à jour nos connaissances à ce sujet est indispensable car la société et les pratiques évoluent rapidement. Par exemple, les parents comme les enfants d'aujourd'hui sont nés dans un monde où le numérique a pris une place prépondérante. Si les comportements à risque ou le harcèlement des adolescents ne sont pas une nouveauté, leur diffusion rapide via les portables et les réseaux sociaux, les rendent d'autant plus dangereux et impactant. Il est donc important de mobiliser toute notre énergie pour que, dès le plus jeune âge, ils adoptent des comportements permettant de maintenir leur santé.

Ce rapport, dont nous félicitons les rapporteurs et les chargés de mission nous éclaire sur les modifications de stratégie à opérer pour qu'ils puissent gérer au mieux leur capital santé.

Nous notons en effet que l'activité physique est en net recul notamment depuis les confinements de 2020 et 2021 et qu'un effort particulier est à réaliser dans ce domaine. Cette éducation physique à la santé ne peut être la variable d'ajustement dans nos politiques de formation. L'enjeu est trop important dans ce monde où les écrans dominent.

Ce rapport identifie de nouvelles problématiques avec la formation à plus grande échelle des apprentis.

Il nous montre que nous devons préparer nos jeunes à acquérir les compétences individuelles pour faire face aux risques psychosociaux du monde du travail.

L'enjeu de la santé des jeunes est de taille surtout dans notre région où un manque de professionnels qualifiés se fait ressentir et où les indicateurs de santé nous placent en dernière position des territoires métropolitains. Il est donc primordial que nos politiques de prévention soient efficaces tout d'abord pour la santé générale des citoyens mais aussi pour éviter l'encombrement de nos services de médecine déjà surchargés avec des patients jeunes.

Enfin, nous remercions les commissions 1 et 3 pour ce travail de recensement des besoins de notre population en matière santé en faveur des jeunes.

Les milieux économiques voteront favorablement ce rapport avis.

