RAPPORT MISSION D'ÉVALUATION 2018





R A P P O R T MISSION D'ÉVALUATION

La médecine scolaire

TABLE DE MATIÈRES

7	1	INTRODUCTION
8	1.1	Objectifs de l'évaluation
9	1.2	Contexte de la mission
10	1.3	Déroulement de la mission
11	1.4	Quelques chiffres sur la population ciblée
13	2	LES CONSTATS
13	2.1	Une connaissance insuffisante des besoins et demandes de santé des élèves
13	2.1.1	L'observatoire polynésien de la santé est demeuré à l'état embryonnaire
15	2.1.2	Les déterminants de santé influent sur la vie de l'enfant
17	2.1.3	Les attentes des citoyens consultés
20	2.2	Une médecine scolaire aux résultats peu efficaces
20	2.2.1	Une mise en oeuvre des objectifs limités à la vaccination obligatoire des enfants
21	2.2.2	Une dilution des objectifs opérationnels de la médecine scolaire au fil de leurs redéfinition
22	2.2.3	Une prédominance des activités de soins courants au détriment du suivi des enfants en
		milieu scolaire
23	2.2.3.1	Une baisse du nombre total d'élèves dépistés
25	2.2.3.2	L'activité consacrée aux actions de prévention est faible et décroissante
27	2.2.3.3	Un besoin accru d'actions de promotion et d'éducation à la santé
27	2.2.3.4	Une baisse de participation aux actions de soutien et de conseil
28	2.3	Des indicateurs alarmants des comportements de santé des élèves
31	2.4	Une insuffisance des effectifs dotés de compétences spécialisées
31	2.4.1	Dans la prise en charge des enfants à besoins particuliers in-situ
33	2.4.2	Dans le réseau santé scolaire éducation-santé
35	2.4.3	Dans le réseau santé scolaire au-delà de la grande zone urbaine
37	2.5	Des objectifs interministériels qui ont tardé à être définis
38	2.6	Une absence de synergie dans la mise en oeuvre des actions réglementées
40	2.7	Des actions non encore évaluées et certaines en attente de l'être
41	2.8	Des missions redondantes et des moyens hétérogènes
43	2.9	Adéquation des coûts et moyens et efficience de la politique de la santé scolaire

45 3 CONCLUSION

47 4 SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DES RAPPORTEURES DE LA MISSION









INTRODUCTION

La commission d'évaluation des politiques publiques (CEPP) de l'Assemblée de la Polynésie française (APF), réunie le 22 septembre 2017¹ a fixé le programme de ses travaux pour l'année 2017. Les membres présents ont alors choisi de mener une mission d'évaluation portant sur la médecine scolaire en Polynésie française. A cet effet, mesdames Armelle MERCERON et Eliane TEVAHITUA ont été désignées en qualité de rapporteures de la mission.

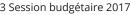
Par courrier du 29 septembre 2017², le président de l'APF a porté à la connaissance du Président de la Polynésie française le sujet d'évaluation qui a été retenu par la CEPP et lui a demandé que le meilleur accueil soit réservé aux rapporteures dans le cadre de cette étude par les services administratifs du pays.

Conformément aux dispositions de l'article 67-10 du règlement intérieur de l'assemblée, le président de l'APF a également procédé à la communication du programme des travaux de la CEPP auprès des représentants en séance plénière le 5 octobre 2017³. Il précisait que le rapport d'évaluation sera présenté par les rapporteurs à ladite commission dans le courant du mois de mars 2018 au plus tard.

La lettre de cadrage sur l'évaluation de la médecine scolaire figurant en annexe¹ a été validée par les membres de la CEPP lors de sa séance du 22 septembre 2017.

Pour faire suite au renouvellement des représentants de l'assemblée intervenu en mai 2018, la CEPP s'est réunie en séance le 27 juin 2018 au cours de laquelle un état des lieux de l'avancement des travaux de la médecine scolaire a été présenté aux membres de ladite commission. Le rapport de diagnostic qui découle de ces travaux, établi au mois d'avril 2018, a été mis à la disposition des membres dans un espace mis en ligne (espace CEPP). A l'unanimité les membres présents ont décidé la poursuite des travaux d'évaluation de la médecine scolaire, l'élargissement du cadre à l'évaluation de la santé des enfants et adolescents scolarisés ainsi que la désignation de Mesdames Eliane TEVAHITUA et Béatrice LUCAS en qualité de co-rapporteures. Madame Armelle MERCERON les accompagnera en sa qualité de personne ressource.

¹ Lettre n° 2491/2017/APF/SG/CEPP du président de la CEPP 2 Lettre n° 2490/2017/APF/SG/CEPP du président de la CEPP 3 Session budgétaire 2017







1.1 Objectifs de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation sont fixés par la lettre de cadrage qui précise que les travaux de la mission doivent permettre :

- « d'évaluer la cohérence des différentes actions menées par les acteurs relevant du réseau de santé scolaire ainsi que leur interaction avec d'autres politiques publiques;
- d'évaluer les résultats des actions menées par la médecine scolaire en rapport de l'évolution de l'état de santé des enfants et des adolescents ;
- d'évaluer les emplois budgétaires engagés et mis à disposition de la Polynésie française par l'Etat par le réseau de la médecine scolaire. »

Or, au démarrage des travaux, il est apparu que les contours de la lettre de cadrage et notamment le périmètre de l'étude, conduisaient inéluctablement la mission à élargir le champ de l'évaluation à la « santé des enfants et adolescents scolarisés ». Le terme de «médecine scolaire » constitue une approche restrictive et il y a lieu d'analyser la santé de l'élève dans le cadre d'une politique de santé globale de laquelle elle ne peut être dissociée. En effet la qualité d'élève est un aspect particulier de la personne de l'enfant. Par ailleurs la santé des élèves est interdépendante de la santé de sa famille et de la population en général.

Ainsi, le préambule de l'Organisation mondiale de la santé jette les fondations des principes permettant « le bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité ». Neuf principes y sont décrits, dont un qui mentionne directement la santé des enfants comme un pilier fondamental à son développement : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La Charte d'Ottawa signée en 1986 formalise la promotion de la santé et préconise de « réorganiser les services de santé en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité. »

La mission a mené ses travaux dans un contexte particulier qu'il convient de rappeler brièvement.

1.2 Contexte de la mission

C'est d'abord le premier exercice d'une prérogative nouvelle de l'assemblée, qui confie à ses représentants le soin d'exercer de façon explicite et dans un cadre règlementaire et administratif spécifiquement dédié, leur rôle de contrôle et d'évaluation d'une politique publique choisie par elle. Cette mission a été mise en place par arrêté n° 25-2017 PR/APF du 23 août 2017.

La mission a été confrontée aux difficultés de recueil ou de transmission de données chiffrées et factuelles de certains services administratifs du Pays.

Elle a pu obtenir de la Direction de la santé (DSP) quelques données mais celles-ci sont éparses et parfois incomplètes. Néanmoins, une consolidation des données issues des rapports d'activité du centre de consultations spécialisées en hygiène et santé scolaire (CCSHSS) a pu être effectuée sur les cinq dernières années.

Dans le cadre de ses travaux, la mission observe que certains projets ou études relatifs à la connaissance des besoins de santé des enfants, l'organisation et la coopération entre le monde de l'éducation et celui de la santé ainsi que la planification touchant le sujet à évaluer sont en cours de réflexion ou d'élaboration à des stades plus ou moins avancés, comme notamment :

- les discussions entre la DSP et la DGEE sur un projet de charte de collaboration pour préciser la répartition de leurs compétences respectives dans la mise en œuvre des actions de promotion et d'éducation à la santé des enfants en milieu scolaire ;
- l'enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans, scolarisés en Polynésie française, menée conjointement par les ministères de la santé et de l'éducation en 2016. Ses résultats rendus en mars 2018 n'ont été validés en conseil des ministres et publiés que le 7 juin 2018 ;

- la phase de validation en cours d'un schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française pour la période 2018-2022. Pour la mise en œuvre, il devrait être complété par des plans d'actions pluriannuels thématiques et par groupes de population;
- un schéma directeur en santé mentale est en cours d'élaboration par la DSP ;
- un schéma⁴ de prévention du surpoids et de l'obésité dont l'élaboration était prévue en 2017, devrait être rédigé en 2018 en collaboration avec les ministères concernés (santé, jeunesse et sport, éducation, agriculture,...);
- un projet innovant « Ecole et Santé Moorea-Maiao » est en phase d'expérimentation dans les écoles primaires de Moorea ;
- un projet de création d'un établissement de santé de soins primaires (ESSP) préconisé par le schéma d'organisation sanitaire (SOS) lequel a été adopté par l'assemblée de la Polynésie française dans sa séance du 16 février 2016. Il a pour objectif d'améliorer la santé primaire dans les archipels en regroupant l'ensemble des unités de la santé publique dont les centres de consultations spécialisées. Trois sites pilotes (Papara, Moorea et Fakarava) ont été identifiés pour une mise en route prévue en 2018.

La mission encourage les services de santé à mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, le dispositif de détection et de suivi des situations de détresse et de violence des femmes enceintes qui a été adopté par notre assemblée le 21 juin 2018. L'objectif étant de viser la responsabilité parentale et la protection de l'enfance par la mise en place de dispositifs de consultation prénatale et le suivi de l'état de santé de la mère et de l'enfant, ce qui permettra de déceler les situations de détresse et de violences, et d'instaurer si besoin un suivi adapté qui peut être poursuivi en post-natal.



⁴ Rapport annuel de performance 2016 et DOB 2018

1.3 Déroulement de la mission

Une analyse critique de la littérature disponible aurait permis aux rapporteures de préparer de façon plus ciblée les rencontres avec les principaux institutions, partenaires et acteurs qui œuvrent dans le champ de la santé des élèves.

Cependant, force est de constater que les documents identifiés et préconisés par la lettre de cadrage, nécessaires aux travaux de la mission d'évaluation, ne sont pas disponibles (car non publiés) ou pour certains, inexistants. De ce fait, il n'a pas été possible de se reposer sur une bibliographie ou d'établir la cartographie des données qui aurait permis l'identification et l'appréciation des mesures mises en œuvre par les acteurs de la promotion de la santé scolaire.

Les auditions conduites dans l'enceinte de l'assemblée ont permis à la mission d'échanger avec 48 personnes invitées selon la liste dressée figurant en annexe. Les séances d'auditions ont débuté le 16 janvier 2018 et se sont prolongées jusqu'au 22 février 2018. Ces entretiens ont été réalisés à partir d'un questionnaire joint en annexe, adressé aux responsables des services de la santé et de l'éducation. De nombreux échanges ont eu également lieu avec les responsables des différentes associations en charge des activités extra-scolaires et des loisirs.

En outre, la mission a organisé une consultation citoyenne par voie numérique auprès des élèves, parents, enseignants, professionnels de santé. Celle-ci s'est faite par la diffusion d'un questionnaire sur la page Facebook de l'assemblée entre le 15 et le 25 mars 2018. Elle a généré 162 réponses des internautes.

En raison des délais contraints des travaux et de la fin de mandat de la précédente assemblée, la mission n'a pas été en mesure d'effectuer des visites d'établissement scolaire et de centre médico-scolaire tant à Tahiti que dans les îles.

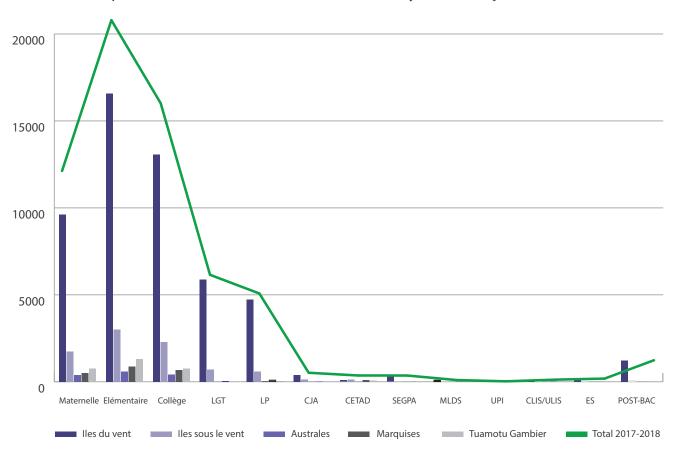


1.4 Quelques chiffres sur la population cible

Rappelons que la lettre de cadrage précisait que notre étude se limiterait à l'évaluation des enfants et adolescents scolarisés dans les établissements de la Polynésie française, excluant par là-même les étudiants inscrits à l'université de la Polynésie française ou une école supérieure post-baccalauréat ainsi que les adolescents déscolarisés avant l'âge de 16 ans (du fait d'un décrochage scolaire).

Sur l'ensemble de la Polynésie française, la DGEE a enregistré l'inscription de 66 340 enfants et jeunes scolarisés (âgés de 3 à 20 ans) dans les établissements scolaires du secteur public et privé depuis la rentrée scolaire 2017-2018. La répartition par archipel et par niveau de scolarisation des effectifs élèves est représentée par le graphique ci-après.

Effectifs élèves écoles publiques et privées enregistrés depuis la rentrée scolaire 2017-2018 en Polynésie française

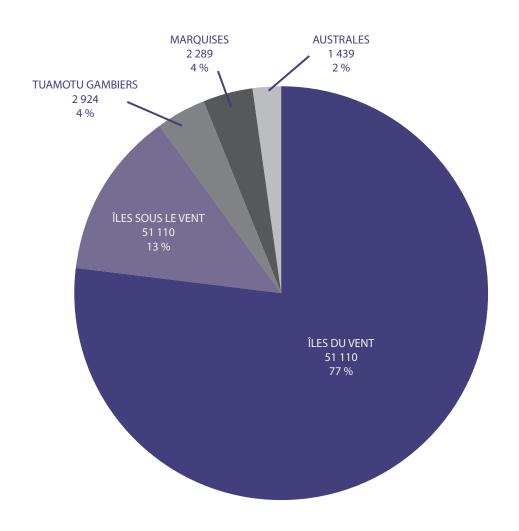




Un peu plus des ¾ des effectifs, soit 77 % de cette population est concentrée à Tahiti. Plus de la moitié (53,3 %) des élèves fréquentent les établissements scolaires du 1er degré tandis que 46,7 % sont dans le second degré (et hors post bac). Dans son rapport annuel⁵ annexé à la Charte de l'éducation, la DGEE indique que les effectifs scolaires globaux ont baissé de 8 714 élèves entre les années 2004 et 2015, soit une baisse de près de 800 élèves par an. Malgré cela les moyens humains (effectif enseignant) n'ont pas fait l'objet d'une diminution en corrélation à la baisse des effectifs scolaires constatés.

En Polynésie française, la population de moins de 20 ans demeure prépondérante, même si la population vieillit globalement. En 2027, ils seront 90 000 et représenteront 28 % de la population⁶.

La répartition des effectifs scolarisés par archipel est représentée par le graphique ci-dessous :



⁵ Rapport annuel de performance 2015-2016 adopté en Conseil des ministres le 26 avril 2017

⁶ ISPF - Points forts n° 3/2009 : projection de population pour la Polynésie française à l'horizon 2027

2 LES CONSTATS

2.1 Une connaissance insuffisante des besoins et demandes de santé des élèves

2.1.1 L'observatoire polynésien de la santé est demeuré à l'état embryonnaire

Pour définir et mener une politique de santé scolaire efficace, les acteurs de la santé et de l'éducation doivent bien cerner les besoins de santé des élèves. Il est donc nécessaire de connaître l'état épidémiologique et les facteurs de vulnérabilité de la population scolaire pour pouvoir apprécier l'utilité et la pertinence des mesures sanitaires mises en œuvre. Ce préalable permet d'établir en amont, des priorités, programmes et politiques de santé pour cette population d'enfants et adolescents en milieu scolaire.

Le rapport de la Chambre territoriale des comptes sur la « mission santé »⁷ indiquait : « L'épidémiologie est au cœur de la définition d'une politique de santé publique car elle va permettre à une veille sanitaire et à des indicateurs décrivant l'état de santé de la population, non seulement de mettre en œuvre des mesures destinées à améliorer cet état de santé, mais aussi à évaluer les résultats des mesures adoptées. »

Il apparaît donc difficile d'évaluer la politique de santé scolaire si en amont les besoins des élèves sont mal connus.

7 Rapport d'observations définitives de la collectivité sur la « mission santé » - exercices 2010 et suivants

Or la mission d'évaluation a pu constater que le pays ne dispose, ni d'un recueil des informations épidémiologiques des enfants et adolescents, ni d'un état de la santé de la population scolaire.

L'observatoire de la santé créé par délibération de l'assemblée le 13 août 1997 est resté « une coquille vide » et la Direction de la santé, par courrier⁸ en date du 7 février 2017 - annexe , informe la mission « qu'elle a pour priorité de réorganiser son système interne d'outils de recueil des données d'activités par les structures sanitaires. »

Pourtant quelques enquêtes ponctuelles et éparses ont été réalisées, mais peu exploitées pour contribuer à élaborer une politique de santé scolaire.

Le service d'hygiène scolaire a réalisé une seule enquête⁹ en 2002. Elle ne concernait cependant qu'une partie de la population scolaire située dans la zone urbaine de Tahiti et avait pour but d'estimer les besoins et demandes de santé des seuls adolescents, scolarisés de la 4ème à la terminale.



⁸ Note de la DSP n° 1029/MSS/DSP du 7 février 2018 sur l'observatoire polynésien de la santé

⁹ Enquête sur les besoins et les demandes dans le domaine de la santé des adolescents scolarisés sur la zone urbaine – service d'hygiène scolaire, avril-mai 2002

L'exploitation des informations contenues dans ce rapport d'enquête aurait pu alerter les instances publiques concernées. Les résultats indiquaient que les élèves (des deux sexes) des classes générales se perçoivent plus souvent « en bonne santé » que ceux des classes techniques (87,6 % versus 76,8 %), que les caractéristiques socio-démographiques de ces deux classes s'opposent nettement : les élèves des classes techniques sont proportionnellement plus nombreux à être issus de famille socialement plus défavorisées que ceux de classes générales, ceux qui ont plus de 18 ans et qui sont encore dans le second degré sont le plus en difficulté sur le plan social.

En 2010, la DSP a réalisé une enquête « Santé 2010 en Polynésie française¹⁰ » en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du 23 août au 15 octobre 2010, sur un échantillon représentatif de la population polynésienne de 3 469 personnes âgées de 18 à 64 ans. Il est noté dans ce rapport, qu'au vu des résultats alarmants de la prévalence de l'obésité (74 % de la population en surpoids dont 39 % de personnes obèses), les autorités sanitaires allaient « développer des actions fortes en direction du secteur de l'éducation pour que l'école soit un modèle en matière d'alimentation et que l'activité physique soit valorisée dans l'emploi du temps des élèves. »

Une étude sur la prévalence du surpoids et de l'obésité infantile a donc été réalisée à l'échelon du pays en 2014 par les autorités sanitaires mais axée uniquement sur des enfants scolarisés de 7 à 9 ans.



Quelques études ciblées et publiées au Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques (BISES) apportent quelques renseignements sur l'état de santé des enfants et adolescents. Il s'agit :

- d'une enquête sur le petit-déjeuner en Polynésie française réalisée sur l'ensemble de la Polynésie française auprès des élèves en classe de SM, maternelle, CE1 et CM2 (BISES, mars 2011);
- d'une étude sur les pratiques addictives des jeunes polynésiens (BISES, juillet 2011);
- d'une évaluation de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Polynésie française (BISES, novembre 2013);
- et d'une étude sur les caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie française, 2005-2010 (BISES, mai 2015).

Il est noté également que l'Institut de la statistique de Polynésie française n'a réalisé aucune enquête de santé de la population scolaire et ne dispose pas de répertoire de données spécifiques à la santé.

¹⁰ Enquête santé 2010 en Polynésie française – surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles selon l'approche STEPwise de l'Organisation mondiale de la santé

2.1.2 Les déterminants de santé influent sur la vie de l'enfant

Au cours de leur audition, les responsables d'établissement scolaire et les professionnels de santé ont alerté la mission, sur les difficultés liées :

- à l'accès aux soins médicaux de certains adolescents en raison de la carence du service public de transport terrestre sur l'île de Tahiti. Le rapport de la Chambre territoriale des comptes¹¹, indique que depuis ces dix dernières années : « Le Pays ne s'est toujours pas donné les moyens d'une véritable politique dans ce domaine. » La mission ne souhaite pas s'attarder sur ce constat qui converge avec les témoignages des personnes auditionnées ;
- aux conditions socio-économiques des familles défavorisées : certains parents ont abandonné ou exercent avec difficultés leurs responsabilités parentales, entraînant de ce fait, des situations de déscolarisation ou de décrochage scolaire de leurs adolescents sans que des occupations supplétives ne soient mises en place, à l'exception de la mission de décrochage scolaire. Les problèmes liés à la promiscuité dans certains foyers, à la violence intra-familiale et à la précarité ont souvent été mis en avant par les acteurs en charge de l'éducation. En outre, ces adolescents se retrouvent avec des problèmes résultant de malnutrition et d'une mauvaise hygiène de vie (caries dentaires, ou plaies ou affections bénignes non soignées, problèmes dermatologiques, d'hygiène vestimentaire, ...). Certains jeunes scolarisés notamment dans l'enseignement professionnel et les centres de jeunes adolescents (CJA) sont en souffrance morale et figurent en bonne place dans les statistiques du centre de consultations spécialisées d'alcoologie et de toxicomanie de la DSP;
- à l'inégalité d'accès à des activités extrascolaires ou de loisirs (activité physique et sportive dans un objectif de santé) des enfants et adolescents issus pour la plupart de familles en situation sociale précaire. Les responsables de fédérations sportives des

établissements de l'enseignement public et privé ont informé la mission du nombre insuffisant d'installations sportives publiques et/ou des difficultés d'accès. Le représentant du ministère en charge des sports a indiqué que celui-ci s'est donné comme priorité d'apporter son soutien à l'éducation, aux actions de prévention et de santé par le sport afin de prévenir la sédentarité et l'obésité particulièrement chez les jeunes. Cette volonté s'affiche dans l'objectif n° 1 – « développer la pratique physique et sportive pour tous » du rapport annuel de performance 2016 de la DGEE. On peut cependant y noter que deux équipements sportifs multisports (sur les 5 programmés) ont été réalisés ;

- aux conditions d'accueil et d'hébergement des enfants dans les internats du pays. La démographie scolaire dans les archipels éloignés représente un peu moins d'un quart (21,1 %) de la population totale scolarisée à la rentrée 2017-2018. 12 % des élèves du second degré sont scolarisés « hors noyau familial », et près de 3 000 élèves sont scolarisés dans 23 internats :
 - 2 aux Australes,
 - 5 au Marquises,
 - 6 au Tuamotu,
 - 3 sur les Îles Sous-le-vent,
 - et 7 sur les Îles du vent.

Des efforts restent encore à faire pour améliorer le confort matériel de ces lieux de vie d'après les témoignages enregistrés des invités lors des auditions. Les programmes de loisirs éducatifs en internat (PLEI), mis en place par l'éducation, pour occuper les élèves durant les vacances scolaires et les week-ends, sont déjà bien accueillis par les familles aux ressources financières limitées et celles dont la résidence principale est éloignée des structures scolaires. Il est cependant trop tôt pour mesurer leur impact sur les enjeux de la politique éducative.

¹¹ Rapport d'observations définitives en date du 5 décembre 2017 relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la Polynésie française (transports terrestres – exercices 2009 à 2017)



La mission constate par ailleurs, qu'il n'y a aucun infirmier scolaire présent dans les CJA, seule une psychologue scolaire y intervient pour un effectif scolaire de 544 jeunes (rentrée 2017-2018).





2.1.3 Les attentes des citoyens consultés

Sur les 162 internautes ayant participé au sondage, le score de réponses est le suivant :

- Les élèves : 4,94% ;

- Les parents d'élèves ou tuteur : 57,41%;

- Les enseignants ou personnel éducatif: 17,90%

- Les professionnels de santé: 17,28%;

- Les autres : 2,47%.

Les réponses aux questionnaires publiés sur la page Facebook de l'assemblée font ressortir que :

- a) Les élèves souhaitent que les repas servis à la cantine soient de meilleure qualité (plus de choix, équilibrés, moins chers);
- b) Les parents (53,76 % ayant répondu à cette question) connaissent le rôle de la médecine scolaire. Ils souhaitent :
- que des visites de dépistage et de prévention soient effectuées régulièrement ;
- plus de communication avec les médecins scolaires.

Seulement 27 % d'entre eux ont répondu que leur enfant aurait dû faire l'objet de recommandations médicales (pour des problèmes de vue, caries dentaires, ORL, auditions, scolioses, psychologiques, car non détectés au cours des visites médicales à l'école). Ils ne souhaitent pas nécessairement être présents aux visites médicales de leur enfant (manquent de temps, font confiance aux médecins). Ceux dont l'enfant fait l'objet d'un suivi médical par la médecine scolaire, souhaitent que leur médecin traitant puisse être destinataire des bilans de santé effectués à l'école.

- c) Les enseignants souhaitent :
- plus d'actions de contrôle des marchands ambulants autour de l'école ;
- plus de présence des médecins et infirmières scolaires dans les établissements scolaires ;
- plus de communications avec les médecins scolaires dès le début de la scolarité de l'enfant.

Pour améliorer la prise en charge des troubles d'apprentissage, les enseignants souhaitent :

- plus d'enseignants spécialisés;
- plus de conseils et d'informations;
- la gratuité des séances d'orthophonie à l'école.

Pour améliorer l'environnement scolaire, les enseignants proposent :

- une infirmerie et du personnel infirmier dans les écoles de plus de 400 élèves ;
- une infirmerie dans chaque école avec la présence d'une infirmière à plein temps ou 2 fois par semaine à minima;
- l'aménagement des espaces adaptés permettant aux élèves de se dépenser physiquement.
- d) Les médecins estiment que le suivi médical des élèves n'est pas suffisant en raison d'un manque de personnel soignant (médecin, infirmier, personnel santé spécialisé). Ils proposent que :
- chaque établissement scolaire soit doté d'un infirmier;
- une visite médicale obligatoire annuelle et une visite paramédicale en milieu d'année puissent être effectuées dans les îles éloignées ;
- une augmentation du nombre de médecins, infirmiers et personnel de santé spécialisé pour un travail en équipe pluridisciplinaire.

Pour améliorer l'environnement scolaire, les médecins proposent :

- l'éviction des roulottes ;
- la suppression du goûter pour le remplacer par un petit déjeuner équilibré ;
 - l'interdiction des buvettes à l'intérieur des écoles;
- que les projets de promotion pour la santé soient mis en place en partenariat avec les parents, enseignants et élèves.



Une enquête de santé au lycée Samuel RAAPOTO, réalisée par une infirmière scolaire et remise au directeur de cet établissement en mai 2017 concluait, en ces termes : « Nous avons pu voir que les phénomènes sont multifactoriels et donc leur résolution le sera aussi. Afin de pouvoir endiguer des phénomènes tels que l'augmentation de la consommation d'alcool ou l'obésité, la simple éducation à la santé au niveau de l'établissement ne suffit plus. Cette dernière ne peut se contenter de moraliser dans un environnement isolé (l'école) si le reste de la société ne fait rien. Il faudrait au niveau national, des politiques de santé qui s'inscrivent dans le temps afin de pouvoir juger de leur efficacité. »







2.2 Une médecine scolaire aux résultats peu efficaces

2.2.1 Une mise en œuvre des objectifs limités à la vaccination obligatoire des enfants

Institué par arrêté du 12 février 1949¹² du gouverneur des Etablissements français de l'Océanie, les activités de prévention de la santé scolaire font parties des plus anciennes missions prioritaires de la santé publique : vaccination contre certaines maladies transmissibles chez l'enfant, bilan de santé systématique de chaque enfant scolarisé et tenue d'un carnet sanitaire individualisé par le centre médico-scolaire créé à cet effet et basé à l'époque dans le quartier de Mamao (commune de Papeete).

Depuis, les autorités du pays ont intégré dans le droit local, le maintien de la couverture vaccinale des enfants qui s'est traduit en un objectif prioritaire de santé publique, en vertu d'une délibération¹³ de l'assemblée votée en 1995. Le bilan des campagnes annuelles de vaccinations dans le cadre de la santé scolaire démontre son efficacité comme en témoigne la couverture vaccinale des vaccins obligatoires en Polynésie française : 95 %¹⁴ des élèves en SP, CE1, 6ème.

La pharmacie d'approvisionnement de la DSP indique que le montant des vaccins importés (produits pour la vaccination obligatoire des enfants) intégralement pris en charge par le budget général du pays, s'élève à 141 millions de francs CFP pour l'année 2017.



¹² Arrêté n° 188 s. portant organisation du contrôle médicoscolaire dans les Etablissements français de l'Océanie et créant un centre médico-scolaire à Papeete

¹³ Délibération n° 95-63 AT du 23 mai 1995 portant réglementation des vaccinations et revaccinations contre certaines maladies transmissibles chez l'enfant

¹⁴ BISES n° 9 du mois de novembre 2013

2.2.2 Une dilution des objectifs opérationnels de la médecine scolaire au fil de leurs redéfinitions

Antérieurement au statut d'autonomie de septembre 1984, le suivi des enfants admis dans un établissement scolaire était réglementé par l'arrêté du gouverneur mentionné supra. Le centre médicoscolaire de Papeete également dispensaire scolaire pour prodiguer les menus soins d'urgence, assurait le contrôle sanitaire des établissements scolaires et de leurs élèves sous la responsabilité du service de santé. Les médecins scolaires devaient visiter régulièrement chaque établissement scolaire en soumettant une fois par an les élèves à un examen médical individuel et à des mensurations. Le texte prévoyait la production d'un rapport périodique par les médecins scolaires au chef du service de santé qui le communiquait ensuite au chef du service de l'instruction publique.

Depuis la loi statutaire de septembre 1984, les compétences de la santé et de l'éducation (jusqu'aux enseignements pré-universitaires) ont été attribuées au Pays. Le service de santé (des armées) de l'époque, est devenu la direction de la santé publique et ses missions ont été précisées par un arrêté¹⁵ en conseil des ministres du 14 mars 1991, lequel a été abrogé et remplacé par un arrêté¹⁶ du 15 avril 2004 en vigueur portant organisation du service de la direction de la santé.

Les missions dédiées à la médecine scolaire ont été attribuées au CCSHSS dans la grande zone urbaine comprise entre Mahina et Punaauia. Les autres formations sanitaires interviennent au-delà de cette zone. En comparant les deux textes, on constate qu'en interne, les missions du « service d'éducation pour la santé » qui avaient pour objectif de promouvoir l'adoption de comportements sains par l'éducation auprès de la population (quel que soit son type), ont été supprimées et transférées au CCSHSS. Ce dernier a pour objectif de promouvoir, protéger et maintenir la santé globale de l'enfant scolarisé et de favoriser ainsi la réussite de l'enfant dans le système éducatif. En sus de ses missions consacrées à la prévention (vaccination obligatoire) et de visites de dépistage systématique, il doit prendre en charge depuis 2004 :

- « des actions éducatives et de promotion de la santé portant plus particulièrement sur le développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire, la formation des professionnels de santé et ceux des autres services concernés par le domaine, la mise en œuvre d'actions de recherche et la participation à l'élaboration de programmes;

- des actions de soutien et de conseil visant à favoriser la réussite de l'enfant dans le système éducatif : participation à l'orientation scolaire de l'enfant, repérage et suivi des enfants présentant des problèmes médicosociaux, aide à l'insertion scolaire des enfants handicapés ou présentant des maladies chroniques. »

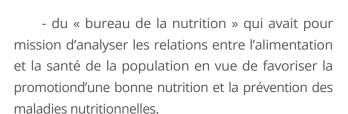
Le 8 mars 1990, a été inauguré le centre de la mère et de l'enfant (CME) à Hamuta situé dans la commune de Pirae où ont été regroupés les services de protection maternelle, infantile, de pédopsychiatrie et d'hygiène scolaire. Depuis 2004, ces services ont acquis les compétences de centre de consultations spécialisés chacun dans leur domaine respectif.

¹⁵ Arrêté n° 301 CM du 14 mars 1991 portant organisation de la Direction de la santé publique 16 Arrêté n° 673 CM du 15 avril 2004 portant organisation du service de la direction de la santé



On constate également la suppression depuis 2004:

- du « bureau d'épidémiologie et de statistiques sanitaires » dont la mission consistait en la mise en place de l'organisation, du contrôle et de l'évaluation du système de surveillance épidémiologique et des statistiques sanitaire du territoire. Ses principales missions ont été dévolues en 2004 au « bureau de la veille sanitaire » qui est chargé entre autres de recueillir et traiter les données sur l'état de santé de la population, de concevoir et gérer les données d'activité de la DSP, d'exploiter et de diffuser des statistiques sanitaires en relation avec l'Observatoire polynésien de la santé en référence à la délibération n° 97-145 APF du 13 août 1997. Or, ce bureau ne dispose d'aucune donnée épidémiologique sur l'état de santé des enfants et adolescents ;





2.2.3 Une prédominance des activités de soins courants au détriment du suivi des enfants en milieu scolaire

L'arrêté n° 673 CM du 15 avril 2004 précise que le CCSHSS assure, « dans la mesure des possibilités », des actions curatives pour le traitement des affections courantes ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Une consolidation des données des cinq dernières années scolaires connues (2011-2012 à 2015-2016) portant sur les activités effectuées par le CCSHSS a été réalisée par la mission. Leur analyse fait apparaître les constats ci-après.



2.2.3.1 Une baisse du nombre total d'élèves dépistés

La zone d'intervention du CCSHSS comprend 72 établissements scolaires du 1er et du 2nd degré (publics et privés) répartis uniquement sur les 6 communes de la côte Nord de l'île de Tahiti, situées de Mahina à Punaauia.

La population desservie par le CCSHSS de 2012 à 2016 se présente de la manière suivante :

David Man david and a security	NB établissements						NB enfants scolaris és se ion anné e scolaire en cours						Don't NB é lèves en classe en sel gnement professionne l, adapté ou intégration scolaire					
Population desservie zone CCSHSS	2012	2013	2014	2015	2016	2012/2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012/2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012/2016
Ni ve au materne lie	27	26	26	27	27	0%	5 664	5 778	4 975	6455	6372	13%						
Ni ve au él émentaire	33	33	41	24	25	-24%	9 913	9 043	7 911	6420	6483	-35%	330	206	179	211	249	-25%
Ni ve au se condaire	22	23	23	23	24	9%	16752	16 718	15 667	15 517	15 639	-7%	4631	4210	4189	4047	4039	-13%
Total	82	82	90	74	76	-7%	32329	31 539	28 553	28 392	28 494	-12%	4961	4416	4368	4258	4288	-14%

Cette population en année scolaire 2011-2012 comprenait 32 329 enfants. A la rentrée scolaire 2015-2016, la population scolaire ne comptait plus que 28 494 élèves (dont 6 372 en maternelle), soit 3 835 élèves à suivre en moins. On peut donc constater que le nombre total d'élèves à suivre en milieu scolaire est globalement à la baisse de 12 %. Celui des enfants scolarisés en classe de maternelle enregistre par contre une hausse de 13 % et inclut les enfants de moins de 3 ans admis dans les classes passerelles créées dans certains quartiers.

En comparaison, le nombre d'enfants scolarisés qui devaient être pris en charge par le service d'hygiène scolaire l'année scolaire 2002-2003 était de 29 100. Soit une baisse de la population cible de 2,08 % (606 élèves en moins) entre les années scolaires 2002-2003 et 2015-2016.

Le nombre total d'enfants scolarisés (hors postbac) sur l'ensemble du territoire en 2015-2016 était de 67 514. On en déduit que 42,2 % de cet effectif devait être pris en charge par le CCSHSS dont un peu plus de la moitié, soit 54,8 % des enfants scolarisés sur Tahiti (51 974 élèves).

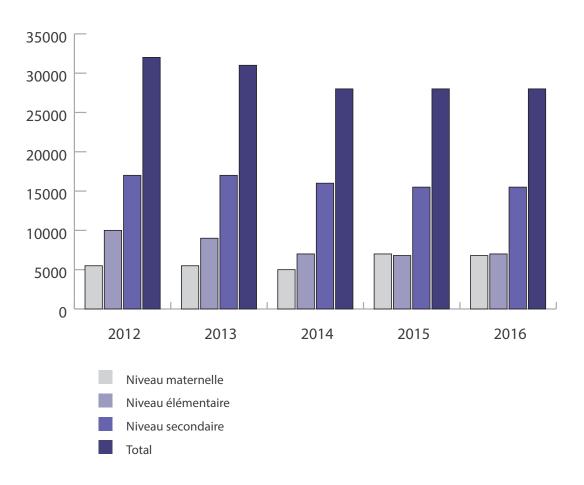
L'équipe médicale comportait 8 médecins en 2002, cet effectif est resté le même durant ces 5 dernières années.





Ci-après une représentation graphique qui illustre cette catégorie de population desservie par le CCSHSS sur ces 5 dernières années.

Nombre d'enfants scolarisés consultés en mileu scolaire





2.2.3.2 L'activité consacrée aux actions de prévention est faible et décroissante

L'annexe présente la consolidation des données quantitatives (nombre d'actes ou consultations délivrés) du CCSHSS se rapportant aux activités de prévention depuis l'année scolaire 2011-2012 à 2015-2016.

Ainsi, l'activité consacrée aux visites médicales systématiques (VMS) est en baisse de 35,4 % durant la période analysée, avec un taux de couverture compris entre 81 % et 98 % de la population cible (uniquement les niveaux SG, CM2 et 3ème). Cette baisse touche le nombre de dépistages des enfants en CM2 pour -10,8 %, ceux en classe de 3ème pour -5,1 % et -0,7 % des enfants en classe de SG. On peut également observer qu'aucune VMS n'a été réalisée depuis l'année scolaire 2012-2013 dans les classes spécialisées ou adaptées ainsi que celles du niveau CP, CE2, 5ème des établissements situés en zone prioritaire bien qu'ils vivent dans un environnement social souvent défavorable.

Pour les mêmes périodes de référence, les visites systématiques par les infirmiers (VIS) se sont réduites dans les classes de CE2 (-5,7 %) et des 5èmes (-11,4%). Le CCSHSS s'est réorganisé afin que les infirmiers puissent effectuer, en appui aux médecins scolaires, des visites de dépistage systématique et ciblée en milieu scolaire depuis la rentrée scolaire 2012-2013.

En ce qui concerne les visites médicales ciblées (VMC), on observe une augmentation de 21,7 % du nombre d'enfants vus au CCSHSS pour orientation ou réorientation dans le 2nd degré alors que tous les autres indicateurs sont à la baisse : -32,4 % du nombre d'enfants vus suite à un dépistage ou un repérage (dont -3,7 % pour les classes spécialisées et adaptées), -41,3 % du nombre total de consultations ciblées par le médecin pour délivrance de certificats médicaux (dont -8,2% pour aptitude pour travaux d'enseignement professionnel ou technique, et -55,9 % pour admission pour une première scolarisation en Polynésie française). Le nombre d'enfants vus suite à un dépistage ou à un repérage par les infirmiers (VIC) est également à la baisse de 47,4 % sur la période observée depuis l'année scolaire 2012-2013. Le CCSHSS a recentré en 2015 ses deux équipes composées de 8 infirmiers au total (une côte Est et l'autre côte Ouest), pour n'en former qu'une seule au sein d'une cellule intitulée « prévention ».





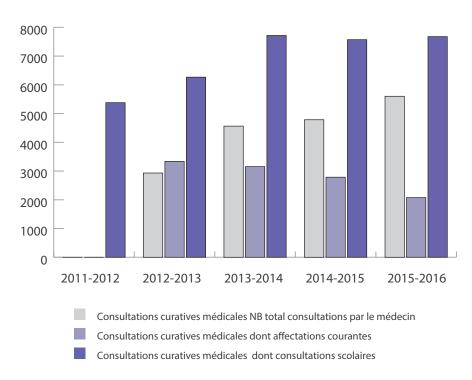
Trois causes majeures auraient participé à l'insuffisance de ces résultats lesquelles ressortent distinctement des rapports d'activité du CCSHSS :

- Malgré la baisse constante des effectifs scolarisés, le nombre de postes budgétaires de médecins généralistes ou scolaires est resté constant au cours de ces 5 dernières années (8 médecins en fonction et 1 poste budgétaire gelé). De plus, la lourdeur administrative des procédures d'embauche gérées par la Direction de la santé constituent un frein au recrutement du personnel soignant.

- Les actions curatives représentent 43 % des activités dédiées aux consultations médicales. Parmi celles-ci, 91 % concourent directement au traitement des affections courantes dites « tout venant ».

Ce qui engendre une baisse du nombre de consultations médicales dédiées aux scolaires de 38 % comme l'indique le graphique ci-après :

Consultations curatives médicales



La prépondérance de l'activité curative par rapport aux actes préventifs peut s'expliquer par la paupérisation financière de la population (difficulté d'avancer le paiement du ticket modérateur des consultations des cabinets libéraux) et surtout l'augmentation significative des pathologies de surcharge pondérale nécessitant un traitement de longue durée (diabète, hypertension artérielle...).

- La prise en charge par le CCSHSS des enfants scolarisés en section des tous petits – STP admis dans les classes passerelles créées à cet effet dans les quartiers défavorisés, alors que cette activité est attribuée règlementairement au centre de consultations spécialisées de protection maternelle et infantile (CCSPMI) du CME. On observe ainsi que dans ce niveau scolaire le nombre de consultations médicales curatives a progressé de 79,6 % entre 2012 et 2016 alors que celui des consultations pour santé scolaire de ces mêmes enfants a baissé de 38,3 % sur cette même période. Les activités consacrées à ces enfants sont détaillées sur le graphique présenté à l'annexe.

2.2.3.3 Un besoin accru d'actions de promotion et d'éducation à la santé

Au titre des actions de promotion et d'éducation à la santé en milieu scolaire, l'équipe « éducation pour la santé » du CCSHSS a été dotée d'un infirmier supplémentaire en 2015 ; ce qui porte leur nombre à seulement 3 infirmiers. Leur taux d'activité a progressé de 53 % durant ces 5 dernières années. Ainsi la mise en œuvre des actions en faveur de « l'éducation à la sexualité » a permis au CCSHSS de toucher un plus grand nombre d'adolescents (780 sur l'année scolaire 2015-2016) contre 454 jeunes scolarisés en 2011-2012, soit un taux d'accroissement de 71,8 % de collégiens et lycéens approchés. Les actions déployées pour le programme « hygiène alimentaire et activités physiques » ont progressé de 329 %, soit 3 277 enfants touchés en 2015-2016 alors qu'en 2013-2014, ils n'étaient que de 763.

On note toutefois que d'autres actions préventives initiées en 2011-2012 n'ont plus fait l'objet de suivi depuis 2013, telles que : la prévention des conduites suicidaires, des conduites toxicomaniaques et promotion de vie saine-poids-santé.

2.2.3.4 Une baisse de participation aux actions de soutien et de conseil

Les activités liées aux actions de soutien et de conseil pour favoriser la réussite de l'enfant dans le système éducatif consistent en la participation du CCSHSS aux réunions techniques (orientation scolaire de l'enfant, suivi des enfants présentant des problèmes médico-sociaux, insertion scolaire des enfants handicapés ou ayant des maladies chroniques) du Comité technique éducation santé (CTES). Le taux de participation à ces activités diminue progressivement accompagnant également une baisse de 17 % du nombre de dossiers traités entre les années scolaires 2011-2012 et 2014-2015. Le CCSHSS participe également aux réunions pour l'aménagement des conditions d'examen avec un nombre de dossiers traités qui progresse continuellement chaque année (167 dossiers traités en 2012-2013 contre 263 en 2015-2016). Pour les CJA, il n'a pas été possible de tirer un bilan de cette activité de conseil en raison de l'absence de données se rapportant au nombre de dossiers traités.





2.3 Des indicateurs alarmants des comportements de santé des élèves

Les bilans d'activité du CCSHSS se limitent à une quantification des activités effectuées au bénéfice de la population cible (données statistiques) mais ils ne donnent aucune indication des résultats obtenus en rapport avec l'impact de leur mise en œuvre et des attentes des enfants scolarisés.

Le CCSHSS n'est pas en capacité d'évaluer ses propres missions en raison d'une gestion archaïque de ses procédures de fonctionnement. Il n'est pas doté d'un système informatisé de gestion des données, lesquelles sont toujours consignées manuellement dans des carnets individuels de santé (carnet rose pour les filles et bleu pour les garçons). Le médecin responsable du CCSHSS ne possède pas non plus de données centralisées des difficultés de santé (somatique, psychologique et sociale) des élèves dépistés. La mission constate donc que la lourdeur administrative du fonctionnement de ce centre ne contribue pas à la connaissance de la situation des élèves de la zone urbaine et à l'efficacité de la définition des axes prioritaires de promotion et d'éducation à la santé par les acteurs de la médecine scolaire.

Pourtant les indicateurs alarmants de l'enquête 2016 sur le comportement de santé des jeunes de 13 à 17 ans sont censés amener les services de l'éducation et la santé à travailler ensemble en vue de proposer une déclinaison de la politique de prévention en faveur des jeunes et des ajustements de l'offre de soins pour une meilleure prise en charge des conduites à risques.

La mission souligne que le conseil des ministres, par voie d'arrêté n° 2072 CM du 16 décembre 2015 créant un comité éducatif santé et citoyenneté (CESC) dans les établissements publics d'enseignement, a donné mission à ce dernier de définir « un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques ». A ce jour, le bilan d'activité de ces comités est inexistant.

Il aurait été intéressant de corréler les indicateurs de l'enquête 2016 avec les enjeux scolaires et sociaux définis par la Charte de l'éducation (organisation, assiduité, réussite, satisfaction et éducation à la santé scolaire). En outre, il est dommage que l'analyse des données de cette enquête n'ait pas porté, par archipel, sur les facteurs de risques de santé propres aux élèves y résidant et permettre ainsi leur comparaison.

De nombreux efforts devront donc être déployés en faveur d'actions qui relèvent de :

- La prévalence du surpoids et de l'obésité :

43,2 % des adolescents âgés de 13 à 17 ans sont en surpoids dont 19,8 % au stade de l'obésité. Depuis 1999, des actions de prévention ont été mises en place via le programme « vie saine et poids santé » afin de lutter contre l'obésité infantile mais son suivi a pris fin en 2013. Au vu de ces résultats inquiétants, on doit s'interroger sur les capacités des acteurs concernés à évaluer l'impact des actions menées et à les inscrire dans le temps.

La mission constate que deux enquêtes isolées ont été menées sur la prise en compte du surpoids et de l'obésité: une en 2014 auprès des enfants de 7 à 9 ans et une autre en 2016 concerne les jeunes de 13 à 17 ans. L'échantillonnage choisi de la population sondée en milieu scolaire étant différent pour les deux enquêtes, il n'est pas possible de mettre en avant une évolution comparative et de bénéficier de données consolidables en vue d'une surveillance efficace des élèves atteints.

Il a été identifié que 45,8 % des adolescents âgés de 13 à 17 ans déclarent boire des sodas gazeux sucrés au moins une fois par jour ; une intense promotion de l'hygiène alimentaire et des activités physiques sont donc des orientations indispensables.

Pourtant l'enquête BISES sur le petit déjeuner en Polynésie française 2010, avait déjà émis des observations et recommandations en vue de favoriser l'équilibre alimentaire des enfants au sein des établissements scolaires, notamment le fait « qu'aucun argument nutritionnel justifie la prise de goûters collectifs systématique à l'école, accès facilité à de l'eau potable et fraîche au lieu et place des distributeurs d'aliments ou de boissons sucrées, vente d'aliments adaptés aux besoins nutritionnels et adaptés à l'âge des enfants ».

L'enquête du service d'hygiène scolaire réalisée en 2002 auprès des élèves des classes de 4ème à la terminale (citée au point 2.1), indiquait déjà que « 74,2% des élèves font du sport en dehors de l'école contre 60,3% dans l'enquête nationale. L'activité sportive extrascolaire est importante, mais plus l'élève doit fournir d'efforts scolaires (élèves des lycées généraux), plus elle baisse. » L'enquête récente de 2016 mentionne que le taux de sédentarité des élèves âgés de 13 à 17 est de 42 %. La mission considère qu'il faut s'interroger sur les raisons de cette désaffection de la pratique d'activités extra-scolaires par cette tranche d'élèves.

- La santé bucco-dentaire :

8 % des adolescents âgés de 13 à 17 ans ont déclaré n'avoir jamais consulté de dentiste de leur vie. L'enquête du service d'hygiène dentaire en 2002 indiquait que 13,8 % des élèves avaient des caries non soignées au jour du sondage dont 18,1 % touchaient les jeunes de plus de 16 ans et 5,3 % les moins de 16 ans, et 46,1 % des élèves souhaiteraient bénéficier d'une surveillance dentaire systématique comme à l'école primaire. Les caries non soignées concernent plus les élèves des classes techniques que ceux des classes générales (21,5% contre 7 %).

Les responsables de certains établissements scolaires reçus en audition ont témoigné de la dégradation de la santé bucco-dentaire des jeunes qui ne bénéficient plus de la surveillance systématique des centres dentaires du secteur public. La cherté des soins dentaires dans le libéral, et l'impossibilité pour certains

élèves de niveau socio-économique faible ou modeste, d'avancer une partie du coût des soins expliquerait également l'état de cette dégradation.

- L'éducation à la sexualité :

3,5 % des filles âgées de 13 à 17 ans interrogées lors de l'enquête déclarent avoir été enceintes au moins une fois.

En 2002, 16 filles ont été enceintes une fois (grossesse précoce). La mission n'a pas obtenu d'éléments d'information permettant de mesurer l'impact de la distribution gratuite des préservatifs dans les établissements scolaires et qui pourrait expliquer ces grossesses précoces. Par contre l'étude récente indique que seulement 9,2 % de ces adolescents se procurent leurs préservatifs à l'infirmerie de leur établissement scolaire.

- Les conduites à risques :

Selon les données de l'enquête la plus récente, la prévalence de la consommation actuelle d'alcool est de 59 % chez les élèves âgés de 16 à 17 ans, elle était de 62 % en 2002.

Pour la consommation du tabac, 65,5 % des élèves âgés de 13 à 17 ans ont déjà fumé. En 2002, ils étaient 51,9 % dont 46 % avait moins de 16 ans et 18 % fumaient chaque jour.

28,6 % des élèves âgés de 13 à 17 ans déclarent avoir consommé au moins une fois dans leur vie de la drogue (marijuana-paka, ice, cocaïne...) dont 37,4 % ont eu leur première expérimentation avant l'âge de 14 ans. En 2002, près d'un élève sur trois avait déjà pris du paka ou une autre drogue interdite et 5 % des adolescents avouaient être des utilisateurs réguliers de drogues.



Le responsable du centre de consultations spécialisées d'alcoologie et de toxicomanie (CCSAT) a fait part à la mission de l'augmentation constante de la consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes enfants scolarisés, motivée pour certains d'entre eux par leurs parents qui en consomment au sein même de la cellule familiale. Ces consommateurs de drogue (en particulier pour le paka) l'utilisent pour se soulager de souffrances morales, de stress ou de peur « de ne pas réussir »

- Le mal-être psychologique :

14,4 % des élèves âgés de 13 à 17 ans ont envisagé sérieusement de se suicider (les filles plus que les garçons). Ils sont 9,9 % d'entre eux à avoir fait au moins une tentative de suicide.

En 2002, ils étaient 13 % à avoir pensé souvent au suicide (20 % des filles dans l'enseignement technique) et 1 élève sur 10 avait déjà fait une tentative de suicide. L'enquête précisait aussi que : « Le décès des parents reste un facteur majeur de déstabilisation de l'adolescent.»

Le BISES de juillet 2011 sur les pratiques addictives des jeunes polynésiens indiquait que parmi les 13 ans et plus : « 41 % des fumeurs quotidiens présentent des signes de dépression contre seulement 25 % des non-fumeurs, 42 % des usagers à problème de paka présentent des signes de dépression contre 27 % des non usagers ou de ceux qui en ont un usage simple et 44 % des buveurs réguliers présentent des signes de dépression contre 26 % des jeunes n'ayant pas bu au cours du mois. »

- Les violences :

30 % des élèves âgés de 13 à 17 ans ont participé au moins une fois à une bagarre (du fait de problèmes relationnels), les garçons plus fréquemment que les filles et les plus jeunes plus fréquemment que leurs aînés.

En 2002, un garçon sur 5 et 1 fille sur 10 ont déclaré avoir souvent participé à des bagarres depuis leur entrée au collège. Un élève sur 10 affirmait avoir été victime souvent de violences verbales intrafamiliales. 3% des élèves ont subi des violences sexuelles et 3 % des relations incestueuses.

La mission en conclut qu'entre 2002 et 2016, les comportements de santé des élèves face à ces facteurs de risques pour leur santé et susceptibles de les mettre en échec scolaire et social, ne se sont pas améliorés au fil de la période étudiée. Pour aller dans ce sens, on peut noter que depuis la mise en place du dispositif « mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS) », on note que le nombre d'élèves suivis par la DGEE ne cesse de progresser entre 2015 et 2017, soit + 66,1 %.

D'autres facteurs ont des impacts sur la santé, le bienêtre des jeunes et leurs chances de réussite scolaire. Ils concernent d'autres politiques publiques : l'action sociale, la famille, la jeunesse, le logement et les transports. En conséquence, la prise en charge des élèves impactés par ces facteurs de risques implique nécessairement une approche transversale des diagnostics, des actions de coordination et de collaboration partagées entre tous les acteurs participant à la définition de la politique de prévention en faveur des élèves.

2.4 Une insuffisance des effectifs dotés de compétences spécialisées

2.4.1 Dans la prise en charge des enfants à besoins particuliers in-situ

Les bilans d'activité du CCSHSS font ressortir que le nombre d'enfants suivis en consultation médicale spécialisée après diagnostic de difficultés d'apprentissage et de développement, ou présentant des troubles invalidant de santé ou un handicap, a augmenté de 41 % sur ces 5 dernières années.

Mais dans le même temps, le nombre de consultations en orthophonie au centre a baissé de 6 % en raison de moyens budgétaires insuffisants et de procédures administratives de recrutement d'orthophonistes très peu efficaces (l'effectif constant est de 2 agents). Le suivi des enfants adressés vers le secteur libéral reste difficile pour certaines familles en raison de la charge financière qu'il représente. Aussi, certains d'entre eux affrontent difficilement leur scolarité engendrant de ce fait une situation de déscolarisation ou d'échec scolaire.

Le coût de la protection sociale généralisée au titre des actes d'orthophonie des assurés âgés entre 3 et 20 ans s'élève à 227 511 366 XPF en 2017. Le coût de la prise en charge des enfants suivis dans le secteur privé est prépondérant: 97,7 % (pour 2 620 enfants) et seulement 2,3 % (pour 107 enfants) dans le secteur public. Le régime de solidarité territoriale prend en charge 14,8 % (428 enfants), celui de la branche des salariés en supporte 78,4 % (2 073 enfants) - annexe

Si, durant la période comprise entre 2012 et 2016, le nombre d'enfants (âgés entre 6 et 11 ans) suivis par les psychomotriciens du CCSHSS est plutôt à la baisse (-51,2%), à l'inverse, on constate que le nombre de consultations subit une forte progression de 122% pour les besoins de diagnostic et de prise en charge thérapeutique de ces enfants. Durant ces 5 dernières années, le CCSHSS comptait entre zéro et 2 psychomotriciens.

Des difficultés de recrutement d'un neuropsychologue ont été mis en avant dans les bilans d'activités du CCSHSS, ce qui n'a pas permis au centre de proposer une prise en charge optimale aux familles dont les enfants présentent des troubles des apprentissages (dysphasie, dyspraxie, THADA, épilepsie, AVC ...). On constate que le nombre de consultations pratiquées entre 2013 et 2016 est en forte progression, soit 731 % (13 actes de consultations en 2013 contre 108 en 2016).

Le dépistage des déficits sensoriels est réalisé au moyen d'un audiogramme au centre par les infirmiers ou par les médecins avec des audiogrammes de dépistages portatifs. Cette activité comparée sur les 5 dernières années est en baisse: 59 %, en raison de l'indisponibilité de crédits budgétaires pour réparer le matériel du centre, resté en panne durant pratiquement une année scolaire (entre 2013-2014 et 2014-2015).

Le travail de collaboration entre le médecin scolaire et l'équipe éducative pour favoriser l'intégration scolaire de ces enfants est évalué par le nombre de projets d'aide individualisée (PAI), de plans d'accompagnement personnalisé (PAP) et de projets personnalisés de scolarisation (PPS), traités par le CCSHSS. La prise en charge des demandes de famille (PAI et PAP) pour adapter la scolarité d'un enfant à son problème de santé est en progression de + 49,7 % entre 2012 et 2016. Elle est notamment importante pour les enfants à partir de 12 ans (352 en 2016 contre 46 en 2012, soit + 665,2 %). Par contre, la délivrance des PPS au bénéfice des enfants porteurs d'une pathologie invalidante ou de handicap est irrégulière durant ces cinq dernières années et la tendance est plutôt à la baisse (-36 % entre 2012 et 2016). Les enfants appartenant à la tranche d'âge des 6-11 ans et supérieur à 12 ans sont les plus concernés.



Le nombre d'élèves porteurs d'un RAA et suivis par le CCSHSS recule de 150 % (12 enfants en 2016 contre 30 en 2012). Le nombre d'injections par élève au centre passe de 275 en 2012 à 37 en 2016, soit -86,5 %. Mais cette baisse d'activité s'explique par le fait qu'une circulaire du 1er septembre 2014 de la Direction de la santé, prévoit que le CCSHSS n'accueille que les élèves porteurs d'un RAA résidant dans la commune de Pirae, les autres sont adressés dans les dispensaires de leur zone de résidence. Or la Caisse de prévoyance sociale (CPS) indique 129 nouveaux cas de RAA déclarés en 2017 chez les enfants âgés entre 3 et 20 ans. Il y a au total 1 109 enfants atteints de cette pathologie en situation de longue maladie - annexe

Le CCSHSS peine à offrir des conditions d'exercice attrayantes à des professionnels spécialisés (orthophoniste, psychologue, neuropsychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, nutritionniste...) lesquels ont une préférence marquée pour le secteur libéral plutôt que le public. Cela explique également les activités limitées du CCSHSS consacrées au suivi médical des élèves in situ car ils les adressent systématiquement vers les professionnels du privé. Pourtant leurs actes ne sont pas gratuits et les parents doivent prendre le relais avec ces derniers, ce qui peut les décourager.

Le CCSHSS éprouve des difficultés à consolider une équipe transdisciplinaire pour assurer et dynamiser ses missions de médecine scolaire engendrant continuellement un report des perspectives qu'il s'est engagé à réaliser pour l'année suivante.





¹⁷ Circulaire n° 8234/MPS/DSP/DPP du 1er septembre 2014 et courrier n° 9420/VP-MSS/DSP du 13 octobre 2014

2.4.2 Dans le réseau santé scolaire éducation-santé

La mission constate le nombre insuffisant d'infirmiers scolaires mis à disposition par l'éducation nationale dans les collèges et lycées en Polynésie française. Et l'on ne compte aucun infirmier scolaire en poste dans les 179 écoles publiques du premier degré et dans les 21 CJA (année scolaire 2015-2016).

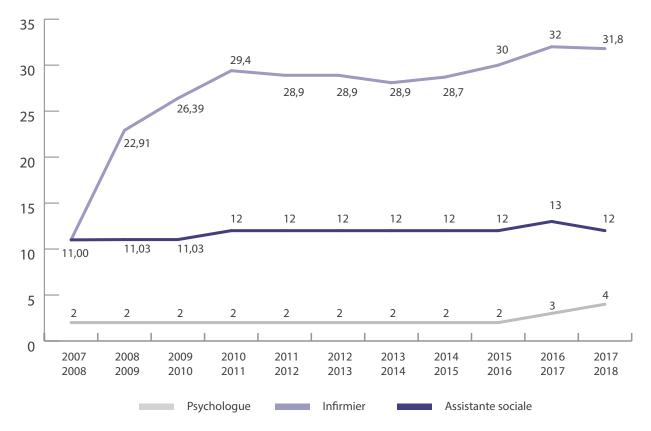
L'évolution des effectifs en personnels de santé et d'action sociale mis à disposition par l'Etat sur les dix dernières années est exprimée par le graphique ci-après:

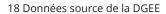
32¹⁸ infirmiers scolaires sont en poste dans les établissements publics du second degré (année scolaire 2017-2018) sur les 36 existants et sont répartis dans :

- 22 collèges : Iles du vent (11), Iles sous le vent (3), Australes (2), Tuamotu (3) et Marquises (3) ;
- 10 lycées : 4 lycées (Aorai, Paul Gauguin, Taravao et Raiatea), 2 lycées polyvalents, 3 lycées professionnels et le lycée hôtelier de Punaauia.

Les collèges de Hitia'a, Faaroa et Tahaa ne sont pas pourvus d'infirmiers scolaires.

Evolution des effectifs personnel santé mis à disposition par l'Etat sur les 10 dernières années Source : DGEE







Les psychologues et une assistante sociale sont pris en charge par le budget du pays durant ces dix années consécutives.

La mission constate que globalement les effectifs du personnel de santé mis à disposition par l'Etat sont restés stables pendant la période, après l'important recrutement des infirmiers scolaires entre les années 2007 et 2010 dont les effectifs ont doublé durant cette période.

Le CCSHSS, pour la seule zone géographique de Mahina à Punaauia, est doté de 9 médecins généralistes dont 1 médecin responsable du centre, 13 infirmiers (2 pour les soins ORL, 8 pour la prévention et 3 pour l'éducation à la santé), 2 orthophonistes, 2 psychomotriciennes, 1 neuropsychologue, 4 auxiliaires de soins et 1 aide-soignante.

Une étude¹⁹ réalisée par la Direction de la santé en 2017 fait apparaître un effectif total de 274 infirmiers affectés dans ses structures de soins dont 39 au centre de la mère et de l'enfant, 30 (dont 24 sur Tahiti) dans les dispensaires, 26 dans les infirmeries et 38 dans les centres médicaux. On peut noter la forte concentration de cette profession paramédicale dans les centres de consultations spécialisées regroupées sur Hamuta – Pirae. Le CCSHSS y concentre un tiers de l'effectif total du CME.





¹⁹ Rapport d'étude sur les besoins en formation pour le recrutement des infirmiers DE, aides-soignants, et sages-femmes en Polynésie française à l'horizon 2020-2021

2.4.3 Dans le réseau santé scolaire au-delà de la grande zone urbaine

L'arrêté n° 625 CM du 15 mai 2001²⁰ fixe les missions de l'échelon central de la Direction de la santé qui sont confiées à ses subdivisions dans chaque archipel.

Au titre de l'hygiène scolaire, ces subdivisions ont la charge de :

- tenir le carnet sanitaire individuel;
- contrôler et réaliser l'exécution des vaccinations;
- assurer les visites et dépistages systématiques;
- assurer les visites d'aptitude;
- assurer le dépistage des otites et moyennes chroniques et leur suivi.

Au titre de l'hygiène dentaire, il s'agit d'assurer auprès des écoles (maternelles et primaires) :

- l'éducation sanitaire bucco-dentaire;
- l'application des mesures d'hygiène et de prophylaxie dentaire;
- les traitements conservatoires précoces systématiques des élèves ;
- les traitements à la demande de tous les enfants scolarisés.

Les auditions menées au cours des mois de janvier et février 2018 auprès des principaux acteurs en charge de la médecine scolaire n'ont pas permis de dégager une évaluation des activités effectuées par les autres formations et subdivisions sanitaires autres que ceux de l'archipel des lles du Vent.

Les témoignages recueillis par la mission lors des auditions du responsable de la formation sanitaire de Tahiti Nui et du chef de projet « réseau inter-îles » de la DSP, révèlent la nécessité d'une meilleure collaboration et coordination des missions des deux directions santé et éducation pour tendre plutôt vers un suivi médical individualisé de l'enfant impliquant les parents et l'équipe éducative en lieu et place d'effectuer systématiquement des visites médicales collectives peu efficaces et jugées chronophages.

20 Arrêté n° 625 CM du 15 mai 2001 définissant les missions des services de l'administration de la Polynésie française confiées, dans chaque archipel, à la circonscription ou aux subdivisions déconcentrées La mission a pu recueillir quelques informations concernant l'échelon déconcentré de l'archipel des lles du Vent pour les formations sanitaires Tahiti Nui (FSTN) et Tahiti Iti (FSTI).

Le Centre médico-scolaire de Taravao, faisant partie de la formation sanitaire Tahiti Iti, consacre une partie de ses activités à la médecine scolaire. Il est doté d'un médecin, d'une infirmière et d'une aide-soignante. La population scolaire suivie est de 6 280 élèves. Pour l'année scolaire 2016-2017, sur 778 élèves convoqués en consultation, le médecin a diagnostiqué 18 enfants porteurs d'une scoliose et 24 autres souffrant de RAA.

En dehors de la zone d'intervention du CCSHSS et de la formation sanitaire Tahiti Iti, il y a 11 dispensaires communaux et territoriaux sur toute l'île de Tahiti qui mettent en œuvre les missions déconcentrées de santé scolaire au sein de la FSTN. Ce sont les dispensaires de : Papeete, Arue, Mahina, Papenoo, Tiarei, Hitiaa, Faaa, Punaauia, Paea, Papara et Mataiea.

En 2017, la population desservie dans la zone de Tahiti Nui est de 17 843 élèves répartis dans 23 écoles maternelles, 24 écoles du premier degré, 6 collèges, 1 lycée général et technique et 6 CJA. En 2018 cette population est en baisse de 20 % par rapport à 2017, soit 3 394 élèves en moins. L'activité consacrée à la médecine scolaire n'a couvert que 25,4% de cette population, soit 4 537 enfants. La couverture vaccinale est de 11,5% de cette population (2 047 vaccins) et 1 200 carnets de santé ouverts. 125 jeunes scolarisés ont été touchés pour des activités de promotion en lien avec l'éducation à la sexualité. La mission n'a cependant relevé aucune indication quant à la mise en œuvre des actions de lutte contre le surpoids et l'obésité ou d'autre programme de prévention.



L'effectif réalisant (à temps plein) les missions de santé scolaire est de 2 médecins, 2 infirmiers DE et 1 auxiliaire de soins.

En sus de ces activités de médecine scolaire, la FSTN a effectué 67 194 consultations (tous âges confondus) in situ, soit 40,4 % du nombre d'habitants résidant dans cette zone, pour des soins curatifs, dépistages de cancer gynécologique, lutte contre la tuberculose, consultations tabacologie et toxicologie.

S'agissant de l'hygiène dentaire, 90 % des élèves du premier degré ont été vus systématiquement en 2017 mais il existe des disparités importantes selon les secteurs en raison de l'absence de dentiste ou d'hygiéniste dentaire (il n'y a pas de dentiste à Makemo par exemple). Les enfants des écoles maternelles et primaires indemnes de caries ont un meilleur taux (66 % à 3 ans, 40 % à 5 ans) que les adolescents dans le 2nd degré.

La mission n'a pas obtenu de plus amples renseignements quant au déploiement des activités dentaires mis en œuvre dans les autres archipels.

L'état du personnel curatif et préventif du CCSHD est joint en annexe. Son responsable a fait part à la mission de la nécessité d'améliorer les plateaux techniques et de renouveler les matériels (caravane dentaire, valise portative, fauteuil dentaire) en raison de leur vétusté avancée.





2.5 Des objectifs interministériels qui ont tardé à être définis

Les activités médico-scolaires ont toujours relevé de la politique de santé depuis son institution et sa mise en œuvre, confiée à la DSP.

Mais une évolution récente est notée puisque le préambule de la convention du 22 octobre 2016,²¹ par laquelle l'Etat contribue à l'exercice des compétences de la Polynésie française en matière d'éducation, précise que : « le ministère en charge de l'éducation conduit également avec le ministère en charge de la santé la politique de santé scolaire qui, en Polynésie française, concerne les actions de prévention et de dépistage, de soutien et de conseil personnalisée en faveur des enfants scolarisés, le pilotage des actions d'éducation et de promotion de la santé, et des actions curatives. »

La politique de promotion de la santé scolaire constitue un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. L'école joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention et l'information. Outre sa mission première, lui sont dévolues des missions d'éducation à la santé des élèves et le suivi de leur santé.

Désormais ces deux acteurs publics ont la charge de mener ensemble la politique de santé scolaire et de mettre en œuvre les actions mentionnées pour aboutir à la réussite scolaire de tous les élèves. L'arrêté n° 795 CM du 24 juillet 1996²² dispose :

- à l'article 8 que : « Les contrôles et les diverses actions à finalité éducatives de la médecine scolaire dont bénéficient les élèves à leur admission et au cours de leur scolarité sont définis en conseil des ministres après présentation conjointe du ministre de l'éducation et du ministre de la santé. » ;
- à l'article 27 que : « L'équipe éducative est composée des personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves. Elle comprend le directeur d'école, le ou les maîtres et les parents concernés, (...) éventuellement le médecin chargé du contrôle médical scolaire, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale et les personnels médicaux ou paramédicaux participant à des actions d'intégration d'enfants handicapés dans l'école. » ;
- dans le cadre de l'élaboration du projet éducatif, le conseil d'école donne son avis et suggestions sur « (...) l'hygiène scolaire, la restauration scolaire (...) »



²¹ Convention n° 99-16 du 22 octobre 2016 relative à l'éducation entre la Polynésie française et l'Etat

²² Arrêté n° 795 CM du 24 juillet 1996 portant organisation et fonctionnement des écoles publiques de la Polynésie française

2.6 Une absence de synergie dans la mise en œuvre des actions réglementées

Depuis l'approbation par le conseil des ministres de l'arrêté du 24 juillet 1996 jusqu'à l'adoption par l'assemblée de la Polynésie française de la charte de l'éducation actualisée, en 2016, la mission n'a eu connaissance d'aucun texte réglementaire sur la définition des actions à finalité éducatives de la médecine scolaire que devaient mener conjointement les ministères de l'éducation et de la santé, ni de la création d'un comité de pilotage interministériel qui aurait eu en charge de déterminer les objectifs stratégiques et opérationnels de la politique de santé scolaire.

L'organisation cloisonnée des services chargés de l'instruction justifierait le manque de synergie entre les acteurs publics chargés de l'application des dispositions réglementaires édictées par le gouvernement, tout comme les participants en ont témoigné à la mission au cours des différentes auditions. La centralisation des services administratifs de l'éducation en une seule direction pourrait être un avantage pour aller dans le sens d'un co-pilotage d'une politique publique de santé plus affirmée et conduite dans le temps.

Ce n'est que récemment, depuis juillet 2016, sous le couvert de la charte de l'éducation actualisée et de la convention (éducation Etat-Pays), qu'une circulaire interministérielle²³ entre les ministères en charge de la santé et de l'éducation a vu le jour le 15 septembre 2016. Elle a pour objet l'aménagement des examens de l'enseignement scolaire (traitement par le médecin de la demande du candidat). Puis une circulaire²⁴ du directeur de l'éducation datée du 16 août 2016 définit les modalités d'organisation et de fonctionnement des dispositifs de scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et second degré (unités localisées pour l'inclusion scolaire – Ulis)).

23 Circulaire interministérielle n° 1225 du 15 septembre 2016 24 Circulaire de la direction générale de l'éducation et des enseignements n° 42198/MEE/DGEE/DIR/mg du 16 août 2016 Ainsi la charte de l'éducation²⁵ modifiée en juillet 2017, a permis l'extension des objectifs généraux de la médecine scolaire à l'évolution du champ de la promotion de la santé à l'école qui participe à la réussite scolaire. Cela devrait se traduire par :

- la définition de programmes (Vie de l'élève programme 230) dont l'un des objectifs est de promouvoir la santé des élèves. L'indicateur de performance pour atteindre cet objectif est le pourcentage d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur 6ème année pour tendre vers les 100 %. Ce bilan de santé a pour but de dépister des enfants à risque de développer des difficultés d'apprentissage. Ce taux est de 98 %²⁶ en 2017, soit + 1 % par rapport à 2016.
- la dynamisation des acteurs (dont les personnels d'éducation, santé et sociaux, la commune et le Tavanau hau de circonscription) composant le CESC qui a en charge la définition des propositions d'actions à mener dans un établissement scolaire dans le domaine de la santé, l'hygiène et la sécurité, et l'organisation d'un partenariat pour leur mise en œuvre ;
- la coordination des activités des infirmiers des établissements scolaires et de la DSP par une infirmière, conseillère technique afin de privilégier une meilleure visibilité des activités croisées en faveur de la santé scolaire;
- la prise en charge des enfants à besoins éducatifs particuliers (enfants présentant un handicap, un trouble de la santé, des difficultés d'apprentissage ou de langage, enfants « DYS ») au moyen des différents dispositifs contractuels : PAI, PAP et PPS.

²⁵ LP n° 2017-15 du 13 juillet 2017 relative à la charte de l'éducation de la Polynésie française

²⁶ Rapport de performance 2015-2017 de la Charte de l'éducation présenté aux membres de la commission de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la jeunesse et des sports le 19 mars 2018

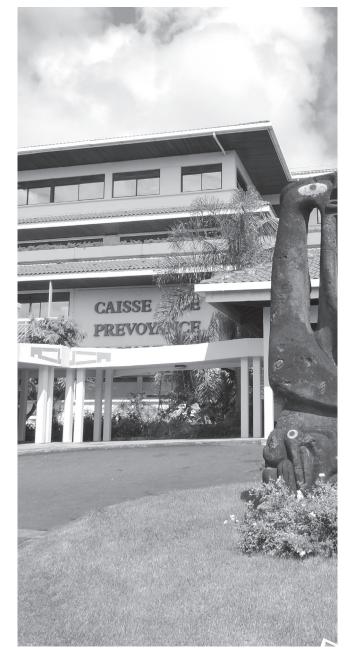
Deux circulaires²⁷ récentes du ministre de l'éducation ont été élaborées sur les dispositifs spécifiques, l'une pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires publics et privés du 1er et 2nd degré (unités localisées pour l'inclusion scolaire - Ulis) et le second, pour la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers dans le 1er degré.

La mission note le bon taux d'accompagnement des élèves reconnus handicapés par les auxiliaires de vie scolaire (AVS): 60 % et concerne 364 élèves. Le taux des effectifs des dispositifs Ulis (unité localisée pour l'inclusion scolaire) est en progression de 53,7 % entre les années scolaires 2011-2012 et 2016-2017 avec une forte augmentation des effectifs dans le second degré en 2017. Pour les élèves présentant une déficience du psychisme, la cellule du suivi des élèves à besoins particuliers de la ASH-DGEE, a fait observer que « les structures de soins interviennent de manière très partielle et l'AVS compense parfois des manques à ce niveau. »

Le remboursement de la CPS aux centres chargés de la prise en charge des enfants handicapés s'élève en 2017 à la somme de 282 763 027 XPF (396 enfants) - annexe coût de la protection sociale généralisé

Afin de réinvestir la prévention et la promotion de la santé en référence à l'axe 4 du schéma d'organisation sanitaire voté par l'assemblée en février 2016, la lutte contre l'obésité a été inscrite dans les perspectives 2017 de la DSP et réitérée dans les généralités du schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2020.

La mission conclut, de ce qui découle, que de nombreux efforts de coordination pour la mise en œuvre de ces missions restent à organiser par les acteurs publics concernés. En l'état de la situation analysée, la mission ne dispose pas de résultats observables et évaluables qui démontrent l'existence d'une cohérence dans la coordination des actions entre les personnels de l'éducation, de la santé et du social dans la mise en œuvre de la politique d'éducation à la santé. En conséquence, il lui est difficile de mesurer son impact sur la santé des élèves en rapport avec les objectifs visés.



²⁷ Circulaires n° 3544/MEE du 31 juillet 2015 et 42198/MEE/ DGEE du 16 août 2016



2.7 Des actions non encore évaluées et certaines en attente de l'être

La coordination des activités des infirmières des établissements scolaires et celles de la DSP est assurée par une infirmière conseillère technique qui n'a été recrutée à mi-temps que depuis le mois de novembre 2017 à la DGEE. Lors de son audition, l'infirmière conseillère technique a indiqué que le rapport partagé d'activité des personnels de santé des établissements scolaires qui doit être communiqué annuellement aux autorités du Pays et de l'Etat par le ministre en charge de l'éducation ne pourra être élaboré que pour la prochaine rentrée scolaire 2018-2019.

La mission n'a pas également obtenu une évaluation de la mise en œuvre des programmes d'actions des CESC, ni les informations se rapportant à la création de « l'observatoire des comportements et des pratiques de prévention » tel que le prévoit la charte de l'éducation actualisée. De même, ni le bilan du « programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques », prévu par l'arrêté n° 2072 CM du 16 décembre 2015 cité supra, ni le bilan (résultat/amélioration/coût des élèves dépistés et leur suivi) du « projet SG » considéré en 2006, comme une priorité du ministère de l'éducation, de lutte contre l'illettrisme, ne lui ont été communiqués.

Un quatrième séminaire d'échanges entre les professionnels de santé de la DSP et de la DGEE intervenant en santé scolaire, a eu lieu durant trois jours, du 5 au 7 décembre 2016. Il avait pour objet de renforcer le partenariat entre ces deux institutions pour promouvoir le développement de l'éducation à la santé en milieu scolaire et aurait dû se traduire par l'écriture en 2017 d'une « charte de collaboration » et d'un référentiel interministériel comportant un programme d'actions (thématiques prioritaires) en vue d'harmoniser leurs pratiques (champ d'intervention de chacun), de coordonner leurs actions (adaptées à la réalité du terrain) et de donner plus de lisibilité et de visibilité à la politique de santé scolaire. Or la mission n'a obtenu qu'un bilan du déroulement du programme des travaux qui ne renseigne en aucune manière sur les objectifs et attentes de ce séminaire. Le projet de cette « charte de collaboration » est donc toujours à l'étape de la réflexion à ce jour.

L'Assemblée de la Polynésie française a adopté le 7 décembre 2017 une délibération qui crée un compte d'affectation spéciale « fonds de prévention sanitaire et sociale » pour financer la politique de prévention et de promotion de la santé en priorisant les efforts sur la lutte contre le surpoids et l'obésité et contre les addictions. Or, des plans d'actions sur ces problématiques doivent être mis en place par la DSP en 2018 et la mission ne peut donc, en l'état actuel des choses, procéder à l'évaluation de l'impact des décisions qui ont été prises par les décideurs.

2.8 Des missions redondantes et des moyens hétérogènes

L'établissement public administratif « Fare Tama Hau (FTH) », créé par une délibération²⁸ de l'assemblée du 12 février 2004 est chargé de coordonner et de mener, en partenariat avec les services et autres établissements de la Polynésie française, toutes actions de prévention et de prise en charge médicale, sociale et pédagogique tendant à protéger et aider les enfants en danger (de la naissance jusqu'à 12 ans) et les adolescents (âgés de 12 à 25 ans) en difficulté. Par arrêté n° 1420 CM du 28 août 2009, ses missions se sont étendues aux familles des enfants et des adolescents en général, et les termes enfants « en danger » et adolescents « en difficulté » ont été supprimés par ledit arrêté.

Pour une catégorie de la population suivie, ses activités sont en doublon avec celles du centre de consultations spécialisées de la protection maternelle et infantile (CCSPMI) lequel a en charge aussi des « actions de repérage des situations à risque et leur prise en charge dans le cadre de la prévention de la maltraitance et de la protection de l'enfant en danger » pour les enfants de leur naissance jusqu'à l'âge de la scolarisation obligatoire.

Des missions similaires au CCSHSS sont également confiées au FTH telles que les consultations médicales, psychologiques, les actions de prévention de dépistage et de prise en charge précoce des dysfonctionnements du lien parents-enfants, des enfants et jeunes qui se présentent dans ses structures.

De plus il faut noter que ces deux acteurs publics exercent la quasi-totalité de leur action dans la même zone géographique du grand Papeete alors que le reste de Tahiti et les autres îles ne bénéficient pas de plateaux techniques aussi complets. Le Fare Tama Hau est doté d'une équipe transdisciplinaire composée de :

- 2 médecins dont 1 médecin coordinateur;
- 5 psychologues cliniciennes;
- 2 infirmiers DE;
- 9 assistants ou éducateurs spécialisés;
- 18 agents sociaux;
- 1 médecin nutritionniste vacataire (62 matinées de consultations en 2017);
- 1 masseur-kinésithérapeute vacataire (90 vacations de 3 heures en 2017).

Les informations contenues dans le rapport d'activité 2017 de cet établissement font apparaître, en résumé, le volume d'activités ci-dessous :

- a) + 15,5 % pour les consultations médicales ;
- b) une activité stable pour les actes infirmiers;
- c) + 21 % de nouveaux adolescents venant pour la première fois ;
 - d) +64 % du nombre d'entretiens (point d'écoute);
- e) 65 % de suivis psychologiques en lien avec des difficultés d'ordre familial ;
- f) une hausse du nombre de signalements au procureur : 17 en 2017 (12 en 2016, 11 en 2015, 6 en 2014);
- g) un travail de partenariat avec 9 établissements scolaires pour développer des points d'écoute auprès de 232 élèves.

Aucun travail de partenariat avec la Direction de la santé n'a été réalisé sauf avec les services de la DGEE (dispositif « école passerelle », accueil et formation de stagiaires des lycées professionnels), les services sociaux de la commune de Punaauia (ateliers nutrition-santé) et l'association des enfants « Dys ».

²⁸ Délibération n° 2004-28 APF du 12 février 2004 portant création d'un établissement public administratif chargé de la prise en charge médico-sociale de l'enfant et de l'adolescent



L'observatoire de l'enfant et de l'adolescent est mis en sommeil depuis 2011 en raison du non-pourvoi du poste d'assistant socio-éducatif, chargé de cette mission.

Depuis la mise en place du FTH en juillet 2004, le rapport d'activité indique l'ouverture de 6 828 dossiers d'adolescents. Son budget annuel 2017 de fonctionnement s'élève à un montant de 308 184 239 XFP. Le coût de la masse salariale représente un peu plus du ¾ du budget global 2017 (233 884 578 XPF), financé à 100 % par des subventions du pays.

A l'identique du CCSHSS, ces informations ne donnent pas d'indication de l'impact en termes d'améliorations des difficultés médico-sociales des enfants et adolescents suivis en rapport avec leur réussite ou leur échec scolaire.





2.9 Adéquation des coûts et moyens et efficience de la politique de la santé scolaire

Le rapport²⁹ annuel de performance de l'exercice 2016 renvoie les stratégies de la politique sanitaire aux contenus des deux documents votés par délibération de l'assemblée le 16 février 2016. Il s'agit des « Orientations stratégiques 2016-2025 » et du « Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 ». Le premier fixe les principes d'action et présente les axes stratégiques de la politique sanitaire tandis que le deuxième constitue la déclinaison opérationnelle à 5 ans des orientations stratégiques prioritaires.

Les priorités ont été données à la lutte contre le surpoids et l'obésité au titre des actions de prévention et à la prise en charge en santé mentale en ce qui concerne l'offre de soins en médecine curative. Les schémas directeurs relatifs à ces deux actions prioritaires sont en cours d'élaboration.

Les récents projets et rapports annuels de performance ne font pas ressortir la santé des enfants et adolescents scolarisés comme étant une orientation stratégique à part entière de la politique sectorielle de la santé. Aussi l'absence de définition d'objectifs stratégiques, de leurs indicateurs de mesure et des moyens budgétaires ne permet pas d'évaluer l'efficience des actions telles qu'elles sont mises en œuvre par les acteurs concernés.

Les comptes de la santé en Polynésie française (2010-2015) fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants pour l'ensemble de la population. On peut tirer quelques éléments intéressants pour ce diagnostic :

- les consommations de soins de psychiatrie en 2015 sont de 1,2 milliards XPF avec une croissance soutenue depuis 2011. Les chiffres de la CPS (annexe 8) indiquent que le coût des consultations psychiatriques en 2017 est de 11 702 049 XPF pour 748 enfants suivis. 547 d'entre

eux sont pris en charge dans le secteur public pour un coût de 7 994 700 XPF, soit 68,3 % du coût global.

- les consommations de soins des orthophonistes en 2015 s'élèvent à + 14 millions XPF, soit une hausse de 2,2 % par rapport à 2014;
- la consommation de soins dentaires baisse de 1,7 % par rapport à 2014 (2,5 milliards XPF);
- la consommation de soins pour la toxicomanie et la santé mentale s'élevant à 53 millions XPF en 2015, a diminué de 66 millions XPF en 2012, en raison du transfert d'une partie de l'offre de ces soins au Centre hospitalier de Polynésie française en mai 2012, alors qu'ils étaient assurés par les centres de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie (CCSAT) et en hygiène mentale infanto-juvénile (CCSHMIJ);

- la consommation de soins en dispensaire et ceux dispensés par la mission inter-îles d'un montant de 2,1 milliards XPF en 2015 diminue de 7,5 % par rapport à 2014 (-15,7 % entre 2013 et 2014) alors qu'elle était en forte augmentation en 2011 (+26 % par rapport à 2010) et en 2013 (+ 22,3 % par rapport à 2012).

Les bilans annuels d'activités établis par le CCSHSS ne sont qu'une énumération des activités pratiquées ne permettant pas d'apprécier si les mesures mises en œuvre sont en adéquation avec les moyens alloués chaque année. L'absence d'outils de mesure efficace et de gestion analytique des dépenses engagées, n'a pas permis à la direction de la santé de communiquer à la mission les coûts affectés aux activités de la santé scolaire. A partir de données éparpillées, elle a pu constituer un tableau récapitulatif des moyens financiers attribués à la médecine scolaire. Ces dépenses qui s'élèvent en 2017 à près de 67,2 millions XPF, n'incluent pas le coût de la masse salariale et les dépenses effectuées par le réseau déconcentré de la santé scolaire.

²⁹ Rapport du Président de la Polynésie française à l'Assemblée de la Polynésie française : tome 2



La mission n'a pas obtenu les coûts budgétaires ni des personnels médicaux et paramédicaux mis à disposition par l'Etat, ni de ceux supportés par le budget du pays. Elle ne connait pas non plus les coûts affectés aux dispositifs d'aide déployés pour la prise en charge et l'accompagnement des élèves à besoins particuliers ou présentant un handicap.



3 CONCLUSION

L'organisation du système de la santé scolaire ainsi que sa mise en œuvre sur les plans sanitaire et socio-éducative n'ont pas évolué concomitamment avec les besoins et attentes des élèves et leurs familles alors que la démographie polynésienne continuait d'augmenter et que le mode de vie transformé de sa population épousait de facto la réalité d'une urbanisation grandissante. Se pose aujourd'hui toute la difficulté de l'adaptation des moyens existants (protection sociale généralisée, offre de soins, pathologies...) à mettre en cohérence avec cette situation de fait.

L'exercice d'évaluation de la médecine scolaire étendue à la santé des enfants et adolescents scolarisés présente un certain nombre de limites :

- c'est une action publique qui n'apparaît pas dans une loi de pays où serait précisée que telle ou telle mesure doit s'y développer en priorité;
- à aucun moment il n'a été posé les modalités de son évaluation ;
- elle ne peut être isolée des autres politiques publiques, ni de la société, lesquelles ont évolué ces dernières années.

La prévention ne peut pas rester l'affaire des seuls soignants, enseignants et agents sociaux, puisqu'elle s'attache à tous les déterminants de santé (économique, éducatif, social, famille, jeunesse et sport, culturel, environnement) et doit s'organiser autour d'une stratégie commune.

Le passage à une culture de résultat et de performance, et d'évaluation publique suppose pour le secteur sanitaire et médico-social de disposer d'une information fiable et précise. Or, ce n'est pas le cas.

Disposer d'informations globalisées, fiables, accessibles et actualisées sur l'état de la santé et les besoins de la population est indispensable voire obligatoire dans le cadre de l'aide à la décision pour le pilotage des politiques publiques. Or, le pays ne dispose pas d'observatoire de la santé. Les systèmes d'information de santé fonctionnent souvent de manière archaïque (tenue manuelle des dossiers) avec des données difficilement accessibles, parcellaires et éparses, plus centrées sur l'activité des agents et les moyens que sur l'analyse des données et la performance des résultats.

L'expérience montre un manque de clarté dans la définition des champs d'intervention des secteurs ressortant du social, du socio-éducatif, du médico-social voire du sanitaire avec le secteur éducatif, situation qui a des effets néfastes sur l'organisation de l'action publique considérée et sur son financement. Ce défaut de lisibilité entraîne, parfois, des chevauchement préjudiciables de compétences ou, bien au contraire, une absence de prise en charge du sujet à traiter au motif qu'il serait situé dans le domaine de compétence de l'autre.

Les répercussions de l'instabilité politique depuis 2004, ont entraîné une défaillance de cohérence de la gouvernance du système éducatif et médico-social, alors que la société polynésienne continuait d'évoluer et que les financements consacrés à la santé (notamment en assurance-maladie) étaient de plus en plus conséquents.



Le diagnostic effectué par la présente mission n'a de sens que dans le cadre d'une association forte de tous les acteurs concernés. Les parties prenantes de cette politique pourront s'appuyer sur ce diagnostic et proposer des leviers à mettre en œuvre pour donner aux actions pour la santé des enfants et adolescents scolarisés une meilleure efficacité. Les participants devront aussi contribuer à hiérarchiser les perspectives d'évolution souhaitables et à les organiser dans le temps pour déboucher sur des contrats d'objectifs et plans d'actions.



4 SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DES RAPPORTEURES DE LA MISSION

Il est rappelé ici que le préambule de l'Organisation mondiale de la santé jette les fondations des principes permettant « le bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité » dont un qui mentionne directement la santé des enfants comme un pilier fondamental à son développement : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La Charte d'Ottawa signée en 1986 formalise la promotion de la santé et préconise de « réorganiser les services de santé en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité. »

Par conséquent une approche transversale de l'organisation des missions santé, éducation, famille, social et sport, s'impose.





PRÉCONISATIONS

01

À l'instar de la vaccination obligatoire, définir et organiser dans une loi de pays les objectifs et priorités de la prise en charge de la santé des enfants et des jeunes scolarisés autour d'une politique de santé globale à laquelle doivent être associées les autres politiques publiques, notamment celle de la famille.

02

Examiner l'intérêt de redéfinir l'organisation et les missions de la médecine scolaire. Harmoniser et mettre en cohérence le rôle et les missions du CCSHSS en lien étroit avec les structures de santé publique et le secteur de l'éducation, et leur donner les moyens de déployer les visites de dépistage, de promotion et de prévention de santé sur l'ensemble du territoire, dans un souci d'égalité de tous les enfants où qu'ils se trouvent.

03

Élaborer les textes d'application de la délibération n° 97-145 APF du 13 août 1997 afin que l'Observatoire polynésien de la santé soit opérationnel rapidement, préalable indispensable à la connaissance de l'état et des besoins de santé de notre population (collecter, analyser, produire, évaluer et valoriser toutes données, informations, études et enquêtes sanitaires à l'échelle locale, régionale et internationale) et en particulier, aux données relatives à la population des enfants et adolescents.

04

Moderniser les outils de gestion et du fonctionnement de la Direction de la santé et de ses structures déconcentrées. Consolider et partager les données de la santé des enfants et adolescents dans le réseau des services chargés de la santé, l'éducation, les solidarités, la famille et l'égalité ainsi que la Caisse de prévoyance sociale.

05

Instaurer un comité technique afin de mettre en synergie les acteurs publics concourant à la bonne santé des enfants et à leur réussite scolaire par le déploiement d'activités mixtes santé-éducation-social-jeunesse et sport en milieu scolaire, en particulier sur le volet de la promotion de la santé des élèves. Il sera le coordinateur de la mise en œuvre de la politique de santé de cette population cible.

06

Veiller à la mise en œuvre complète des recommandations du plan d'orientation stratégique pour une politique publique de la famille, en particulier pour l'éducation à la parentalité en partenariat avec les communes, les associations et les établissements scolaires, conformément à la délibération n° 2016-99 APF du 27 octobre 2016.

07

Compte tenu de la baisse continuelle des effectifs globaux des élèves inscrits, offrir et adapter des soins de meilleure qualité en privilégiant, si possible, un suivi médical individualisé ou personnalisé des élèves plutôt que des consultations regroupées, en lien avec la recommandation n° 2.

80

Offrir une intervention de proximité par la mise en place d'équipes mobiles de professionnels pluridisciplinaires et les doter de moyens nécessaires au plus près des établissements scolaires qui sont excentrés des dispensaires et infirmeries.

Favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux dans les communes et îles dépourvues d'une offre

publique de soins, et réviser la circulaire n° 3722/

MSP/DS/2009 (annexe) du 30 avril 2009, en lien avec

l'application de la recommandations n° 11.

09

Augmenter le nombre d'infirmiers scolaires mis à disposition par l'éducation nationale afin de couvrir les besoins manifestes dans les écoles publiques et privées du 1er et 2nd degré avec une priorité donnée aux établissements de l'enseignement professionnel. Cette augmentation pourrait se faire par la transformation des postes vacants d'enseignants liés à la baisse structurelle des effectifs scolarisés.

14

Former les élèves-infirmiers de l'institut de formation des professions de santé – Mathilde Frébault (IFPS) à la profession d'infirmier scolaire en leur permettant de suivre une formation professionnelle de six mois en complément de leur cursus classique. Ces effectifs seraient prioritairement affectés dans les CJA, MFR (maison familiale rurale) et les établissements d'enseignement du 1er degré.

Rappeler et faire appliquer les dispositions de la circulaire n° 709/MSP du 12 septembre 2013, accompagnée du guide des recommandations (annexe) sur l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, à l'ensemble des responsables d'établissements scolaires publics et privés (1er et 2nd degré) ainsi qu'à ceux des établissements d'enseignement professionnel, CJA, CETAD et MFR.

11

10

Réaliser une étude médico-économique portant sur l'adéquation des coûts, moyens et ressources des professions sanitaires spécialisées (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, chirurgien-dentiste) dans le suivi de la santé des enfants et adolescents. Cette étude comporterait l'examen de la faisabilité de l'instauration d'un tiers payant pour tous les enfants scolarisés.

15

Soutenir financièrement les maires pour qu'ils fournissent des menus diététiques dans les cantines en privilégiant l'achat des produits locaux. Les buvettes et les opérations de levée de fonds ponctuelles dans l'enceinte des établissements scolaires doivent respecter la circulaire n° 709/MSP du 12 septembre 2013 des services de la santé et de l'éducation. Interdire les marchands ambulants dans un rayon de 200 mètres.

12

Retarder au maximum la sortie de leur noyau familial des enfants habitant les îles éloignées, en mettant en place, sans plus tarder, le télé-enseignement tel que prévu par le schéma directeur d'aménagement numérique (SDAN), adopté en juin 2017 par notre assemblée.

16

Évaluer l'efficience des financements publics (bourses et subventions) au regard des priorités d'une politique de la jeunesse et en particulier pour les enfants de familles défavorisés.



LISTE DES ANNEXES

- 1 Lettre de cadrage sur l'évaluation de la médecine scolaire datée du 21 septembre 2017
- 2 Liste des personnes auditionnées
- 3 Deux questionnaires : 1 au responsable du CCSHSS et 1 au directeur de la DGEE et ses collaborateurs
- 4 Questionnaire diffusé sur la page Facebook de l'assemblée pour la consultation citoyenne numérique
- 5 Note de la DSP n° 1029/MSS/DSP du 7 février 2018 sur l'observatoire polynésien de la santé
- 6 Consolidation des données d'activités du CCSHSS depuis l'année scolaire 2011-2012 à 2015-2016 (activité de prévention)
- **7** Représentation graphique du suivi des enfants de moins de 5 ans
- 8 Tableau de la CPS sur les actes d'orthophonie et de psychiatrie des assurés âgés entre 3 et 20 ans en 2017
- **9** Tableau de la CPS sur les longues maladies des assurés âgés entre 3 et 20 ans en 2017
- **10** État du personnel curatif et préventif du CCSHD
- 11 Tableau des remboursements de la CPS aux centres des enfants handicapés en 2017
- 12 Tableau de la répartition des moyens financiers de la médecine scolaire établi par la DSP
- 13 Circulaire n° 3732/MSP/DS/2009 du 30 avril 2009 de la DSP
- 14 Circulaire n° 709/MSP du 12 septembre 2013 des services de la santé et de l'éducation

LETTRE DE CADRAGE SUR L'ÉVALUATION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE DATÉE DU 21 SEPTEMBRE 2017

Papeete, le 21 septembre 2017



des politiques publiques

LETTRE DE CADRAGE SUR L'ÉVALUATION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE

La présente note a pour objet, à partir de l'analyse de données disponibles, de cadrer l'évaluation de la médecine scolaire demandée par la commission d'évaluation des politiques publiques lors de la réunion du 24 août 2017.

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE SCOLAIRE FACE À LA SANTE DE L'ÉLÈVE

I. UN OBJECTIF ASSIGNÉ AU SYSTÈME DE SANTÉ

Evolution historique des objectifs de la médecine scolaire

Institué par arrêté du 12 février 1949¹, les activités de promotion de la santé scolaire font parties des plus anciennes missions prioritaires de la direction de la santé.

A l'origine, la médecine scolaire avait pour principales attributions de contribuer aux actions de prévention de la vaccination², d'effectuer un bilan de santé systématique de chaque enfant scolarisé et d'en assurer un suivi par la tenue d'un carnet sanitaire individualisé conservé par le centre médico-scolaire créé à cet effet.

Dès le départ, la médecine scolaire s'est donc inscrite comme une action publique relevant de la politique de la santé et était assurée par des médecins scolaires assistés, le cas échéant, par des personnels du service social. Toutefois, la fréquence annuelle des visites médicales laissent présumer que la médecine scolaire ne concernait pas uniquement des actions de prévention mais consistait également à mener des actions curatives en l'absence de protection sociale généralisée effective sur le territoire.

¹ Arrêté n° 188 s., portant organisation du contrôle médico-scolaire dans les établissements français de l'Océanie et créant un centre médico-scolaire à Papeete et arrêté n° 250 s. du 11 février 1952

et créant un centre médico-scolaire à Papeete et arrêté n° 250 s. du 11 février 1952 ² Les premières vaccinations ainsi que l'ébauche des dossiers premiers dossiers médico-scolaires avaient lieu au dispensaire de Vaiami

Par la suite, les réorganisations successives des services territoriaux ont maintenu la médecine scolaire sous la tutelle de la direction de la santé au sein du service d'hygiène scolaire transféré en 1990 au centre de la mère et de l'enfant situé à Pirae.

Depuis 2004, le service d'hygiène scolaire relève des centres de consultations spécialisées dont le personnel référent a la charge d'élaborer la programmation ainsi que la coordination des actions et des moyens nécessaires à leur mise en œuvre dans chaque domaine spécialisé⁴.

En Polynésie française, bien que la santé scolaire relève d'actions programmées par la médecine scolaire et soit mise en œuvre depuis son origine par la direction de la santé, la politique de santé scolaire est curieusement définie par la politique éducative figurant au sein de la Charte de l'éducation⁵ et reprise au sein du préambule de la Convention n° 99-16 du 22 octobre 2016 relative à l'éducation entre la Polynésie française⁶ et l'État.

Ainsi, le programme budgétaire relatif à la promotion de la santé des élèves précise que la santé scolaire « induit un processus transversal, interprofessionnel, de portée individuelle, familiale et communautaire, visant à agir sur les déterminants de santé liés au bien-être physique, mental et social de tous les élèves, tout au long de leur parcours scolaire.(...) Elle concerne des actions de prévention et de dépistage, de soutien et de conseils personnalisés en faveur des enfants scolarisés, le pilotage des actions d'éducation et de promotion de la santé, et des actions curatives. »

Selon la Charte de l'Ottawa de 1986 de l'OMS⁸ et le Conseil National d'évaluation du système scolaire (CNESCO)⁹, l'état de santé de l'élève est une composante majeure de leur bien-être. Le développement de connaissances et de comportements favorables à leur santé s'affirme comme des facteurs essentiels à la réussite scolaire des enfants et adolescents mais également dans leurs développements individuel et social.

Selon les principes internationaux, la médecine scolaire relève de la médecine préventive dirigée envers les enfants et les adolescents laquelle ne se limite pas, selon la définition de la santé donnée depuis 1946 par le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé « à constater en une absence de maladies ou d'infirmité » mais s'étend « à un état de complet bien-être physique, mental et social ».

³ Arrêté n° 301 CM du 14 mars 1991 portant organisation de la direction de la santé publique

⁴ Article 9 de l'arrêté n° 673 CM du 15 avril 2004 portant organisation du service de la direction de la santé

⁵ La Charte de l'éducation a été adoptée par la loi du pays n° 2017-15 du 13 juillet 2017

⁶ En vertu des dispositions de la loi statutaire, la répartition des missions entre l'État et la Polynésie française ainsi que le travail commun qui doit être effectué en matière d'éducation est encadrée par convention.

⁷ Voir Programme 230 « Promotion de la santé des élèves » objectif 2 action « Maintenir et accentuer les efforts en matière curative et de médecine préventive »

⁸ Charte de l'Ottawa de 1986 formalise la promotion de la santé et préconise de réorganiser les services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité

⁹ Le Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco) est une instance indépendante créée par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, du 8 juillet 2013. Il mène une évaluation scientifique et indépendante du système scolaire afin d'éclairer les divers acteurs de l'école et le grand public. Voir leur rapport sur la qualité de vie à l'école à paraître en septembre 2017

Emprunt de ces concepts internationaux¹⁰, la médecine scolaire a donc évolué au fil des décennies, justifiant l'évolution progressive des missions qui ont été assignées à cette politique publique : d'abord, un suivi sanitaire des élèves, une démarche de prévention à leur égard, vers l'affirmation d'une mission de promotion de la santé qui s'efforce de prendre l'enfant puis l'adolescent dans sa globalité et de préparer son devenir d'adulte responsable de son bien-être.

Il en va de même en Polynésie française.

L'analyse des missions¹¹ confiées au centre de consultations spécialisées en hygiène scolaire atteste de la même dilution des objectifs essentiels de la médecine scolaire lesquels ne se limitent plus à l'hygiène et à la prévention mais s'étendent à des actions relevant de la promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent contribuant à sa réussite scolaire ainsi qu'à la construction de sa personnalité individuelle.

Sans répondre d'une hiérarchisation particulière, les missions du centre de consultations spécialisées en hygiène scolaire ont ainsi été étendues à des actions :

- curatives comme les actions de cure ambulatoire et de rééducation pour des enfants atteints de déficit sensoriel, moteur ou mental ;
- de dépistage permettant de déceler des troubles spécifiques de l'apprentissage
- éducatives et de promotion de santé;
- d'orientation scolaire de l'enfant par l'apport des conseils personnalisés ;
- d'insertion scolaire des enfants handicapés.

Faute de textes législatifs et règlementaires dédiés à la médecine scolaire ou au statut des centres de consultation spécialisée permettant de mieux appréhender la teneur des missions accomplies, les tâches assignées aux médecins scolaires ¹² confirment l'évolution des activités dévolues à la médecine scolaire. Ces derniers se voient ainsi remplir des missions de plus en plus nombreuses lesquelles ne consistent plus à effectuer des examens médicaux et des bilans de santé aux âges clés de la scolarité mais relèvent d'activités connexes qui s'inscrivent à la croisée des politiques éducative et de santé voire de protection de l'enfance ¹³.

Force est donc de constater que la médecine scolaire témoigne de l'évolution du champ de la santé à l'école.

¹⁰ Selon l'OMS, « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »

¹¹ Arrêté n° 188 s. du 12 février 1949 portant organisation du contrôle médico-scolaire dans les Établissements français de l'Océanie et créant un centre médico-scolaire à Papeete ; arrêté n° 301 CM du 14 mars 1991 portant organisation de la direction de la santé publique ; arrêté n° 673 CM du 15 avril 2004 portant organisation de la direction de la santé.

¹² Voir fiche de poste d'un médecin scolaire relevant de la direction de la santé (mise à jour au 13 avril 2017)

¹³ Voir la déclinaison du programme de protection de l'enfance au sein du projet annuel de performance 2017 dont les objectifs principaux retiennent la prévention des dysfonctionnements en confortant les familles dans leur rôle éducatif et en soutenant la parentalité ainsi que l'amélioration du cadre de prise en charge des risques pour lesquels des actions transversales et interministérielles sollicitent la contribution de la direction de la santé, des établissements scolaires, l'institution judiciaire, le Fare Tama Hau ainsi que la CPS..

Pour autant, et bien que la santé scolaire s'inscrive dans un cadre plus large que la médecine scolaire, le pilotage de sa programmation ainsi que la gestion de ses actions ont toujours relevé du centre de consultations spécialisées en hygiène scolaire placé sous l'égide du ministère de la santé lequel doit répondre à un double enjeu puisqu'il doit à la fois :

- > Contribuer à l'élaboration des programmes en santé scolaire en cohérence avec la politique éducative globale et la politique de santé du Pays
- ➤ Gérer le réseau de santé scolaire afin de garantir un accès optimal à la médecine scolaire à tous les enfants et adolescents scolarisés en Polynésie française sans générer d'iniquités territoriales

II. UN OBJECTIF DÉSORMAIS PARTAGÉ AVEC L'ÉDUCATION

Bien que la politique de santé scolaire s'inscrive à la croisée des politiques de santé et politique éducative globale, les activités de santé scolaire ont toujours relevé de la politique de santé depuis son institution. Pour autant, la politique éducative de la Polynésie française figurant au sein de la Charte de l'éducation ¹⁴ apparaît changer la donne.

En effet, le renforcement du rôle de la santé de l'élève comme un facteur de réussite scolaire se traduit dans la Charte de l'éducation par la mise en place de programmes déclinés en plusieurs actions assortis d'objectifs au sein de ses programmes budgétaires.

Ainsi, le programme du premier degré retient comme objectif « la dynamisation du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans chaque établissement dont une des missions est de définir un programme d'éducation à la santé et à la citoyenneté permettant à l'élève d'être responsable, autonome et acteur de sa prévention ».

Récemment modifiée à cet effet, la règlementation relative à l'organisation administrative et financière des établissements publics territoriaux d'enseignement¹⁵, assigne désormais comme mission au comité de définir « un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques ».

Le programme relatif à la promotion de la santé des élèves préconise la coordination des activités des établissements scolaires et de direction de la santé par une infirmière conseillère technique auprès de la DGEE afin de privilégier une meilleure visibilité des activités croisées en faveur de la santé scolaire.

A cet effet, et comme l'a salué le CESC¹⁶ dans son avis du 31 janvier 2017 plusieurs **partenariats conventionnés** entre les établissements scolaires et les différents services médico-sociaux et sanitaires ont ainsi pu être été initiés sur la base de dispositifs contractuels tels que le projet d'aide individualisé (PAI)¹⁷, le plan d'accompagnement personnalisé

¹⁷ PAI: Elèves malades ayant besoin d'adaptation

¹⁴ Article LP 12 de la loi du pays n° 2017-15 du 13 juillet 2017 relative à la charte de l'éducation

¹⁵ Arrêté n° 732 CM du 17 juin 1987 portant organisation administrative et financière des établissements publics territoriaux d'enseignement

¹⁶ Avis sur le projet de loi du pays relatif à la Charte de l'éducation de la Polynésie française

(PAP)¹⁸ ou le projet personnalisé de scolarisation (PPS)¹⁹ s'agissant des enfants nécessitant un accompagnement particulier.

Sans remettre en cause le pilotage de la médecine scolaire par la direction de la santé, force est de constater que la Charte de l'éducation opère un glissement de la politique de santé scolaire vers une politique de santé éducative²⁰ dont la compétence est aujourd'hui affirmée comme partagée entre le ministère de la santé et de l'éducation ce qui laisse présumer une complexification du pilotage des enjeux assignés aux centre de consultations spécialisées.

Pour autant, aucune disposition de la convention éducation²¹ ne précise le contenu de la santé scolaire par la déclinaison des programmes et d'actions répondant à des objectifs communs prioritaires. L'affirmation de la prééminence de la Polynésie française dans le processus décisionnel apparaît donc préservée.

III. LES PRINCIPALES DONNÉES DISPONIBLES SUR LA MÉDECINE SCOLAIRE

Organisation

D'un point de vue organisationnel, la médecine scolaire est caractérisée par sa complexité liée à l'éclatement géographique de la population compte tenu de l'étendue du territoire ainsi que de sa dispersion.

Pour répondre de ces spécificités géographiques ainsi que du niveau hétérogène de spécialisation en santé scolaire, le centre de consultations spécialisées en hygiène scolaire est chargé, en tant que référent des programmes de santé scolaire, de gérer le réseau de médecine scolaire afin de garantir à tous les enfants et adolescents en âge de scolarité obligatoire²² un accès à une médecine scolaire optimale et adaptée à leurs besoins.

Son organisation se partage sur trois niveaux de structures médico-scolaires :

- Les centres de consultations spécialisées sont des formations sanitaires qui ont une activité dédiée et sont situés au centre de la mère et de l'enfant à Hamuta – Pirae. Le champ d'intervention du CCSHSC est centré sur la zone urbaine de Tahiti (Faa'a à Arue)
- 2. Les centres de santé scolaire polyvalents (type dispensaire) où les activités de médecine scolaire sont mises en œuvre dans le cadre de la déclinaison des programmes de santé publique du Pays (Tahiti, Moorea, Uturoa).

¹⁹ Elèves dont la situation de handicap nécessite des décisions de la CTES

²¹ Convention éducation n° 99-16 du 22 octobre 2016

¹⁸ Elèves présentant des troubles des apprentissages nécessitant des adaptations et aménagements pédagogiques

²⁰ Voir Objectif 2 « promouvoir la santé des élèves » du programme 230 relatif à « Vie de l'élève »

²² Selon l'article LP 2 de la loi du pays n° 2017-15 du 13 juillet 2017 relative à la charte de l'éducation, l'instruction est obligatoire pour tous les enfants de 5 à 16 ans. Bien que l'instruction scolaire soit obligatoire de 5 à 16 ans en Polynésie française, l'élève est consulté dans les faits vers l'âge de 4 ans et ce jusqu'à la fin de sa scolarisation dans le secondaire voire jusqu'à sa majorité mais jamais au-delà de 20 ans.

3. Les centres de santé scolaire polyvalents et en situation d'isolement (Australes, Tuamotu, Marquises, Gambier).

Toutefois, la santé scolaire ne se limite pas à la médecine scolaire, son réseau fait intervenir plusieurs partenaires lesquels relèvent de l'éducation, de la solidarité, du travail ainsi que de l'État pour ce qui concerne la protection de mineurs.

- 4. Au niveau de l'éducation : les personnels des directions de l'enseignement (public comme privé) du premier et du second degré lesquels comprennent notamment les personnels infirmiers diplômés d'État, les assistantes sociales, les conseillers principaux d'éducation, les enseignants du premier et du second degré, les psychologues, les responsables de formation professionnelle, etc.)
- 5. Au niveau de la solidarité: les personnels des établissements médico-éducatifs accueillant la population d'enfant en âge d'être scolarisé ainsi que les personnels médico-sociaux (Fare Tama Hau).
- **6. Au niveau du travail :** les inspecteurs du travail de la direction du travail pour ce qui concerne les cas des demandes de dérogation à l'utilisation des machines dangereuses pour les mineurs.
- 7. Au niveau de la justice (compétence étatique) : La brigade de prévention juvénile, la direction de la sécurité publique, les actions de police administrative relevant de la circulation routière dans le cadre des activités de promotion de la santé en milieu scolaire.

Aucun document formalisé ne permet toutefois d'établir d'une part, s'il existe un lien fonctionnel et/ou conventionnel ainsi qu'une coordination d'actions entre les différentes autorités administratives permettant l'application d'une politique publique identique entre les différentes structures en charge de la mise en œuvre de la médecine scolaire et d'autre part, si des contrats d'objectifs sont envisagés entre la direction générale de l'éducation et la direction de la santé.

Statut juridique/identification des moyens

Placés sous la responsabilité d'un personnel médical, les centres de consultation spécialisée sont des formations sanitaires rattachées administrativement aux subdivisions dont le pilotage relève de la direction de la santé qui désigne un médecin responsable et référent des programmes mis en œuvre par chaque centre. Aucun budget annexe ne permet d'individualiser les informations budgétaires et comptables dédiées aux activités de la médecine scolaire.

La mission santé identifiée au sein du budget primitif de la Polynésie française et telle que présentée par les projets annuels de performance au sein du débat d'orientation budgétaire²³ et

²³ Débat d'orientation budgétaire préalable au vote du budget primitif pour l'exercice 2017 - Tome 2 – Projet annuel de performance

du rapport du Président de la Polynésie française au président de l'assemblée²⁴ n'apparaît pas suffisamment explicite pour identifier l'étendue des missions et les objectifs annuels assignées à la médecine scolaire par le ministère de la santé.

Le centre de consultations spécialisées en hygiène et santé scolaire ne disposant pas davantage de documents publiés relatifs aux différents services proposés ce qui ne contribue pas à valoriser le travail accompli par les différentes formations sanitaires, de connaître et de faire connaître le fonctionnement de la santé scolaire auprès des familles et d'apprécier si les mesures mises en œuvre par le réseau de la médecine scolaire sont en adéquation avec les moyens alloués chaque année.

DEUXIÈME PARTIE I. LE PÉRIMÈTRE DE L'ÉVALUATION

Comme il a été indiqué, l'analyse des missions assignées à la médecine scolaire²⁵, qui pourra être confortée par les investigations menées par la commission d'évaluation des politiques publiques, démontre une extension ainsi qu'une dilution des objectifs généraux assignés à la médecine scolaire lesquels répondent de l'évolution du champ de la promotion de la santé à l'école s'inspirant des politiques publiques éducatives prônées par l'OMS.

Par ailleurs, et comme il a été également souligné, si la politique éducative à la santé s'inscrit à la croisée des politiques de santé et de politique éducative globale, ce mariage nécessaire doit toutefois démontrer une certaine cohérence dans la coordination des actions entre les personnels de l'éducation et de la santé ainsi que son impact sur la santé des élèves selon les différents objectifs visés.

Selon les recherches menées, il n'apparaît pas que des données globales à l'échelle du pays concernant la santé des jeunes et en particulier des enfants et des adolescents scolarisés au collège soient disponibles. Seules quelques études ciblées publiées au bulletin d'information sanitaires, épidémiologiques et statistiques (BISES) font état d'évaluation sectorisée sur les jeunes scolarisés²⁶. Les travaux menés par l'Institut de la statistique en Polynésie française ne faisant pas état d'enquête ou la tenue de répertoire spécifique à la santé.

Pour autant, la Cour des comptes nous indique dans sa contribution à l'évaluation de la médecine scolaire²⁷ que pour être efficace une politique de santé publique doit reposer sur

24 Rapport du président de la Polynésie française à l'assemblée de la Polynésie française pour l'année civile 2016

- Tome 2 - Rapport annuel de performance;

²⁶ BISES n° 9 de novembre 2013 page 1 sur l'évaluation de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Polynésie française; BISES n° 1 Année 2010 p.6 : Corpulence des enfants scolarisés en CP, CM2, et 3^{ème} en Polynésie française, année scolaire 2007-2008

²⁷ Rapport demandé par le président de l'assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques – Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire – Septembre 2011.

Voir notamment arrêté n° 188 s. du 12 février 1949 portant organisation du contrôle médico-scolaire dans les Établissements français de l'Océanie et créant un centre médico-scolaire à Papeete; arrêté n° 301 CM du 14 mars 1991 portant organisation de la direction de la santé publique; arrêté n° 673 CM du 15 avril 2004;

deux piliers : la prévention et un système de soins organisés. Il apparaît donc difficile de d'évaluer la politique de santé scolaire si en amont les besoins des élèves sont mals connus. Par suite, il apparaît donc nécessaire de connaître l'état épidémiologique de la population scolaire pour pouvoir apprécier l'utilité et la pertinence des mesures sanitaires mis en œuvre.

Comme l'indiquait la Chambre territoriale des comptes dans son dernier rapport sur la Mission santé²⁸, l'épidémiologie est au cœur de la définition d'une politique de santé publique car elle va permettre à une veille sanitaire et à des indicateurs décrivant l'état de santé de la population, non seulement de mettre en œuvre des mesures destinées à améliorer cet état de santé, mais aussi à évaluer les résultats des mesures adoptées.

Eu égard à ces préconisations, il est proposé en premier lieu à ce que les travaux de la commission d'évaluation des politiques publiques s'attachent :

- à savoir si un plan stratégique retenant un nombre limité d'objectifs quantifiés a été adopté par le ministère en charge de la santé et le ministère de l'éducation pour la promotion de la santé scolaire;
- à obtenir les programmes et actions de promotion de santé scolaire mis en œuvre par le réseau de la médecine scolaire depuis une période de référence (à définir) dès lors qu'ils ne font l'objet d'aucune information et publication ;
- à obtenir toutes les informations permettant de connaître l'état de santé des élèves et son impact sur la réussite scolaire au sein de chaque archipel sur chaque période de référence retenue.

En second lieu, il est proposé à ce que la cartographie des données collectées puissent, dans la mesure possible et du souhaitable, permettre l'identification des mesures mises en œuvre par les acteurs de la promotion de la santé scolaire envers les jeunes enfants et adolescents concernant les actions plus spécifiquement liées :

- à la constatation de carence de soins pouvant entraver la scolarité ;
- à l'hygiène de vie;
- à la prévention en matière de vaccination ;
- à la santé bucco-dentaire;
- à l'éducation à la sexualité (accès à la contraception, prévention des MST);
- à l'éducation nutritionnelle (obésité et la surcharge pondérale) et la promotion des activités physiques ;
- aux conduites addictives (tabac, alcool, cannabis et autres);
- à la prévention du mal-être (repérage des situations à risque et à leur prise en charge dans le cadre de la prévention de la maltraitance et de la protection de l'enfance en danger);
- à la lutte contre le harcèlement et aux comportements antisociaux (violence infantile);

²⁸ Rapport d'observations définitives de la collectivité sur la « mission santé » – Exercices 2010 et suivants

Cet état des lieux devra être évalué au regard des missions assignées au réseau de médecine scolaire, et autant que faire se peut, ainsi qu'au regard de l'état de santé des enfants et adolescents selon les données que la commission aura pu obtenir.

En tout état de cause, il est proposé à ce que les travaux de la commission permettent :

- d'évaluer la cohérence des différentes actions menées par les acteurs relevant du réseau de santé scolaire ainsi que leur interaction avec d'autres politiques publiques;
- d'évaluer les résultats des actions menées par la médecine scolaire en rapport de l'évolution de l'état de santé des enfants et des adolescents;
- évaluer les emplois budgétaires engagés et mis à disposition de la Polynésie française.

Cette contribution se limitera à l'évaluation des enfants et adolescents âgés de 4 à 18 ans scolarisés dans les établissements de la Polynésie française, excluant par là-même : les étudiants inscrits à l'université de la Polynésie française ou une école supérieure post-baccalauréat ainsi que les adolescents déscolarisés avant l'âge de 16 ans du fait d'un décrochage scolaire.

II.- L'ORGANISATION DES TRAVAUX D'ÉVALUATION

Il est proposé d'initier les travaux de la commission d'évaluation par l'adressage de questionnaires écrits destinés à identifier et appréhender de manière exhaustive toutes les actions menées par la médecine scolaire ainsi qu'à recueillir des informations sur les programmes à venir.

Par la suite, et après retour d'analyse des documents transmis, il est proposé que la commission poursuive ses investigations par l'audition des différents acteurs et parties concernés par le réseau de la médecine scolaire (représentants du ministère de la santé et de l'éducation, responsable de la direction de la santé et de l'éducation, médecins responsable et/ou référents de programme relatif à la santé scolaire, infirmières d'établissements scolaires) et de la santé des enfants et des adolescents (directeur du Fare Tama Hau).

Ces entretiens doivent avoir pour finalité de mieux mesurer l'impact de la médecine scolaire sur la vie des élèves à l'échelle de l'ensemble du territoire de la Polynésie française.

A cet effet, et dans la limite du possible, une attention particulière sera accordée à distinguer les renseignements recueillis auprès des administrations selon les archipels afin de mettre en exergue d'éventuelles iniquités territoriales susceptibles de pouvoir être pris en considération au sein des recommandations proposées par la commission.

La conduite de l'analyse de situation étant essentielle pour l'élaboration de politiques publiques, des visites au sein d'établissements scolaires pourront à ce titre être envisagées après une sélection en fonction de leur diversité et des enjeux éducatifs et sanitaires (école primaire, collège, lycée situés en zone rurale et/ou urbaine, d'enseignement général et/ou professionnel, enseignement en zone prioritaire, etc.).

En effet, une évaluation des réalités des conditions de prises en charge des élèves dans les établissements scolaires permettrait aux rapporteurs de mieux appréhender les besoins et les ressources ainsi que les situations pour être force de proposition à des recommandations.

Une liste de personnes ressources est proposée et pourra être complétée au fur et à mesure de l'avancée des travaux d'évaluation par la commission sur proposition des rapporteurs.

En premier lieu, il apparaît utile de solliciter :

- 1. Les conventions de partenariats et les rapports partagés d'activité des personnels de santé des établissements scolaires communiqués annuellement au ministère en charge de l'éducation et de la santé ainsi qu'au Vice-Rectorat de la Polynésie française.
- 2. Les programmes et les bilans d'activités du centre de consultations spécialisées en hygiène scolaire (et dentaire) depuis les dix derniers exercices
- 3. La couverture de santé des élèves scolarisés en Polynésie française au cours des 10 dernières années
- 4. Les tableaux de répartition des tests de dépistages en santé scolaire selon l'âge de l'enfant
- 5. Le taux de suivi des recommandations émises par la médecine scolaire au sein des carnets de santé scolaire (famille, médecin traitant ou autre)
- 6. Tout document relatif à l'état de santé des jeunes fréquentant les établissements scolaires
- 7. Statistiques relatives à la population scolaire, nombre d'élèves scolarisés par tranche d'âge en Polynésie française croisé avec :
 - le nombre d'élève dépisté présentant des problèmes de santé et d'une pathologie invalidante ;
 - le nombre d'élève concerné par une situation de décrochage scolaire ;
 - le nombre d'élève atteint par un problème d'addiction ;
 - le nombre d'élève ayant commis des actes de violence grave signalés
 - le nombre d'élève ayant connus un début de grossesse chez les adolescentes.
- 8. Identifier les personnels dédiés à l'exercice des missions de la santé scolaire par catégorie et par métier

Au terme de ses investigations, la commission d'évaluation pourraient solliciter la tenue d'une table ronde entre les personnes ressources identifiées afin de confronter les pistes de réflexion proposées.

ANNEXE

PROPOPOSITION DE LISTE DES PERSONNES RESSOURCES

1. Au titre des représentants institutionnels :

- M. Jacques RAYNAL, Ministre des solidarités et de la santé, en charge de la protection sociale généralisée, de la prévention et de la famille
- Mme Tea FROGIER, Ministre du travail, de la formation professionnelle et de l'éducation, en charge de la fonction publique, de la recherche et de l'enseignement supérieur
- M. Philippe COUTURAUD, Vice-recteur de la Polynésie française

2. Au titre de la santé:

- Dr Laurence BONNAC-THÉRON, Directrice de la santé
- Mme Marjorie BOURGES, Responsable du département des programmes de prévention à la direction de la santé
- Dr Vaea TEROROTUA, Responsable du centre de consultations spécialisées en hygiène et santé scolaire Hamuta Pirae
- Dr Jean-François CHAUMEL, Responsable du centre de consultations spécialisées en hygiène dentaire
- Dr Patricia GIRAUD, Responsable du centre de consultations spécialisées en protection maternelle infantile
- Dr Marie-Françoise BRUGIROUX, Responsable du centre de consultations spécialisées d'alcoologie et de toxicomanie.
- Dr Jean-Marie POULAIN, Responsable du centre de consultations spécialisées d'hygiène mentale infanto-juvénile
- Dr Jérôme DEBACRE, Responsable de la formation sanitaire de Tahiti Nui
- Dr Philippe BIARREZ, Responsable de la formation sanitaire de Moorea-Maiao
- Mme Marie-Pierre TEFAAFANA, Responsable de la formation sanitaire de Tahiti Iti (Tarayao)
- Dr Thierry BEYLIER, Responsable de la subdivision des îles sous le Vent
- Mme Véronique TAMARII, Responsable de la subdivision des îles Marquises
- Dr Francis SPAAK, Responsable de la subdivision des îles Tuamotu Gambier
- Mme Patricia ANANIA, Responsable de la subdivision santé des îles Australes
- Dr DUMONT, Directeur du FARE TAMA HAU
- Mme Imine SINJOUX, psychologue au centre de consultations spécialisées en hygiène mentale infanto-juvénile
- Dr Sabrina CHANTEAU, médecin au centre de consultations en protection maternelle et infantile
- Mme Yolande MOU au titre de sa qualité d'ancien responsable du département des programmes de prévention à la direction de la santé

- Mme Tatiana NOUVEAU, psychologue au centre de consultations spécialisées d'alcoologie et de toxicomanie
- Ordre des médecins

3. Au titre de l'éducation

- M. Thierry DELMAS, Directeur général de l'éducation et des enseignements, au titre de la responsabilité du programme 230 « Vie de l'élève »
- M. Philippe KERFOUN, Inspecteur d'éducation nationale, responsable de la cellule technique des élèves à besoins éducatifs particuliers (ASH) à la DGEE
- M. Edgar TETAHIOTUPA, Chef de pôle de l'évaluation des performances des politiques éducatives à la DGEE
- Mme Véronique LELOUEREC, agent affecté à la cellule de la médecine de prévention de la DGEE
- Mme Christine TOROMONA et Mme Riorita TEVENINO, agents affectés à la cellule technique en charge de la mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS) de la DGEE
- Responsable d'établissement scolaire et enseignant sélectionnés par la commission d'évaluation des politiques publiques
- La fédération d'associations de parents d'élèves des écoles publiques

4. Au titre de la solidarité

Mme Christiane AH-SCHA, Directrice des affaires sociales

5. Au titre des finances et de la protection sociale

- -Mme Marie-Laure DENIS, Directrice du budget et des finances
- -M. Yvonnick RAFFIN, Directeur de la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française

6. Au titre des ressources humaines

- M. Bruno LONJON, Directeur général des ressources humaines de la Polynésie française
- Mme Géraldine TARDE, Directrice des ressources humaines du Vice-rectorat en Polynésie française

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

MISSION D'ÉVALUATION SUR LA MÉDECINE SCOLAIRE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

DATE DES AUDITIONS	PERSONNES AUDITIONNÉES
janv-18	
16/01/2018	1- Dr Vaea Terorotua, responsable CCSHSS
22/01/2018	2- M. Thierry Delmas, directeur DGEE
	3- M. Hugues Nivet, responsable DVEE (département de la vie des écoles et des établissements)
	4- Mme Catherine Bolze, IDE conseillère technique
	5- M. Simplicio Lissant, directeur CJA de Punaauia
	6- Mme Sandra Noel, CETAD de Taravao
23/01/2018	7- M. Bruno Cojan, responsable DPP
	8- Dr Laurence Théron, directrice DSP & CTES et ex-responsable du CAMSP
	9- Mme Christine Toromona, en charge de la mission lutte contre le décrochage scolaire
	10- Mme Riorita Tevenino, en charge de la mission lutte contre le décrochage scolaire
	11- Dr François Chaumel, responsable CCSHD
24/01/2018	12- Dr Jérôme Debacre, responsable FSTN
	13- Dr Thierry Beylier, chef projet DSP "réseau inter-îles"
	14- Mme Moea Chaumeil, directrice de la DEC
25/01/2018	15- M. Tepanui Snow, président FAPE enseignement public
	16- M. Teikinui Porlier, président FAPE enseignement libre
	17- Mme Sylvana Klima, membre de la FAPEEP
	18- M. Anthony Tihoni, présidente FAPE enseignement adventiste
	19- M. Yann Atger, directeur de l'enseignement adventiste
	20- M. Joachim Louk, directeur de l'école élémentaire Piafau
	21- M. Vetea Bryant, directeur de l'école publique Erima
26/01/2018	22- M. Thierry Pousset, directeur du collège AMJ Papeete
	23- M. Jimmy Legros, directeur du lycée polyvalent Taaone
	24- Mme Gilberte Mondelice, directrice REP & collège Papara
29/01/2018	25- Mme Claudine Zaghda, présidente de l'association APDYS
	26- Dr Daniel Dumont, directeur Fare Tama Hau
31/01/2018	27- Mme Véronique Lecointre, enseignante au lycée saint Joseph Pirae
	28- Mme Aïsha Tuihani, enseignante au lycée saint Joseph Punaauia
	3

DATE DES AUDITIONS	PERSONNES AUDITIONNÉES			
févr-18				
01/02/2018	29- Mme Christiane Ah-Scha, direction des affaires sociales			
	30- M. Marc Frogier, responsable de la circonscription Taiarapu			
	31- M. Christian Jonc, responsable de la circonscription Papeete et Australes			
	32- Dr Philippe Biarez, responsable FSMM			
	33- Mme Annie Meunier, représentante de l'association SOS Suicide			
	34- Mme Germaine Vanquin David, représentante de l'association SOS Suicide			
02/02/2018	35- M. Philippe Bories, responsable AHS DGEE			
05/02/2018	36- Mme Hélène Tirao, présidente CEMEA			
	37- M. Rodolph Apuarii, président de la fédération tahitienne de va'a	-		
	38- Mme Elise Maamaatuaiahutapu	-		
	39- M. Charles Fong Loi, président AS Dragon			
08/02/2018	40- Mme Françoise Brugiroux, responsable du CCSAT			
09/02/2018	41- Mme Marie-Pierre Tefaafana, infirmière Hôpital Taravao			
	42- Dr Hélène Abisshira, médecin scolaire CCSHSS			
	43- M. Ramon Walker, en charge de la promotion santé CCSHSS			
	44- M. Michaël Retali, directeur de l'USSP			
12/02/2018	45- Dr Maire Tuheiava, responsable CCSPMI			
	46- Dr Jean-Marie Poulain, responsable CCSHMIJ			
22/02/2018	47- M. Anthony Pheu, directeur DJS			

DEUX QUESTIONNAIRES : 1 AU RESPONSABLE DU CCSHSS ET 1 AU DIRECTEUR DE LA DGEE ET SES COLLABORATEURS



Liste de questions susceptibles d'être posées par Mmes Armelle MERCERON et Eliane TEVAHITUA Auditions de :

M. Thierry DELMAS, directeur de la DGEE,

M. Hugues NIVET, responsable du département vie écoles et élèves,

Mme Catherine BOLZE, infirmière DE, conseillère technique

- 1°) Présentation générale et évolution des missions, actions menées par la santé scolaire au sein des diverses établissements d'enseignements relevant du champ de compétence de la DGEE
- 2°) Quelle est la répartition actuelle et à venir des missions entre la DS et DGEE en matière de santé scolaire ?
- 3°) La composition des comités d'éducation à la santé ne retient pas parmi ses membres des autorités ou des personnels de santé hors établissements scolaires quand bien même ce comité a la charge de définir le programme d'éducation à la santé et à la sexualité ainsi qu'en matière de prévention des comportements à risques. Quelles en sont les raisons et motivations ?
- 4°) Quels sont les liens fonctionnels existants entre les différentes structures en charge de la médecine scolaire, de la santé scolaire, de la promotion de la santé scolaire et les parents d'élèves et d'une manière plus générale tout autre acteur en charge de la protection de l'enfance? Quel formalisme permet l'instauration d'un dialogue entre les différentes structures?
- 4°) La médecine scolaire relève d'une politique sanitaire éducative et depuis l'adoption de la charte de l'éducation d'une compétence partagée entre le MSS et le MEE. A défaut de précision, cette nouvelle répartition de compétences ne présente-t-elle pas un risque de divergence et de dilution entre les différents ministères sur la détermination des missions obligatoires de la médecine scolaire ou encore sur l'approche générale de santé scolaire ? Le

pilotage de la programmation de ses actions ne va-t-elle pas être amené à définir une nouvelle répartition des missions entre les professionnels de santé et les personnels d'enseignements ?

- 4°) Selon vous, la médecine scolaire ne doit-elle pas relever d'une autorité médicale à part entière pour être davantage efficiente ? Son pilotage doit-il relever du ministère de la santé ou de l'éducation ou d'une structure commune ? Quelle démarche éducative doit selon vous remplir la médecine scolaire ?
- 5°) Selon le rapport établi par la Cour des comptes en 2011 sur l'évaluation de la médecine scolaire (qui relève d'une politique éducative et non sanitaire), cette dernière devrait être rattachée à une politique relevant d'un cadre de gestion suffisamment **visible et individualisable**, et en tout état de cause non diluée parmi les axes du programme 230- Vie de l'élève même si la santé participe à la réussite de l'élève. Ne craignez-vous pas que la charte de l'éducation adoptée en 2017 retenant une compétence partagée en la matière marginalise la médecine scolaire au sein des autres enjeux des politiques éducatives ?
- 6°) Selon vous quels sont les enjeux auxquels devra répondre la santé scolaire de demain ?

Questions à adresser à Mme Bolze :

- 1) Pourriez-vous nous indiquer le nombre de médecins, infirmiers, psychologues, orthophonistes et autres ? Est-ce que tous les établissements scolaires sont dotés d'une infirmerie ?
- 2) Pourriez-vous nous indiquer comment les enfants sont-ils suivis médicalement en milieu scolaire ?
- 3) Comment s'effectue le « partenariat » entre le personnel médical de la DGEE avec celui de la Direction de la santé?

Liste des productions de documents sollicités

- règlementation applicable à la santé scolaire (définition, missions et modalités d'organisation de la santé scolaire par la direction des enseignements et de l'éducation) et celles notamment déclinées par **circulaire** ou note administrative ;
- identification des missions, actions, et procédures mises en œuvre par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ;
- Identification des actions menées par la DGEE auprès des enfants scolarisés en matière d'éducation nutritionnelle, à la sexualité, à la prévenance de conduite additive, au malêtre, et à la lutte contre les comportements violents et anti-sociaux (violence infantile);
- Identification des programmes et actions menées par les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) en matière d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque ainsi que les bilans d'activités depuis 2015 ;
- Identification des liens fonctionnels existants entre les différentes structures en charge de la médecine scolaire, de la santé scolaire de la promotion de la santé scolaire et les parents d'élèves ou tout autre acteur en charge de la protection de l'enfance ;
- Statistiques relatives à la population scolaire : nombre d'élèves scolarisés par tranche d'âge en Polynésie française recensés par la médecine scolaire croisés avec ceux

présentant des problèmes de santé (en situation d'obésité par exemple), d'une situation de décrochage scolaire, atteints par un problème d'addiction (tabac, drogue, alcool), ayant commis des actes de violences graves signalés, et ayant connu un début de grossesse chez les adolescentes ;

- Identification des personnels dédiés à l'exercice des missions de santé scolaire au sein de la DGEE ;
- Ainsi que ceux demandés par mail le16 janvier 2018 adressé à M. Christian Morhain.

Audition de Mme Vaea Terorotua, responsable du centre de consultation spécialisée (CCSHSS) de la Direction de la santé prévue pour le mardi 16 janvier 2018 à 14 h 00

Sur la mise en œuvre des missions :

- 1) Quels sont les activités que votre centre a en charge dans le cadre des missions qui vous sont attribuées et comment sont-elles organisées et effectuées pour leur mise en œuvre (les visites systématiques, les dépistages intra-muros et à l'école, le ramassage scolaire, les actions de prévention, du curatif, d'éducation et de promotion de la santé)?
- 2) Quelles différences existent-ils entre les actions de dépistage pour les enfants atteints de déficit sensoriel, moteur ou mental (en cure ambulatoire et rééducation) avec les actions curatives, que vous effectuez ?
- 3) A-t-on identifié les besoins des élèves en matière de santé à l'école ?
- 4) Comment s'organise le travail (de coordination, d'échanges, d'apport de compétences « spécialisées ») avec les autres CCS et notamment avec le CCSPMI et le CAMSP ? Avec les formations sanitaires sur les IDV ? et avec ceux des autres archipels ? Quelles seraient les difficultés vécues ? Comment les améliorer ?
- 5) En référence à l'organigramme fonctionnel au 31 décembre 2016 du CCSHSS, on observe 8 médecins et 8 IDE affectés aux activités de la « section prévention en milieu scolaire » alors qu'on y trouve aucun médecin dans la « section offre de soins curatifs » et particulièrement au sein de la « cellule en bilans spécialisés et rééducation ». Pourriez-vous nous expliquer comment cette répartition a-t-elle été faite, est-ce du fait qu'il y aurait une baisse du nombre d'enfants scolarisés qui sont suivis médicalement dans votre service ?
- 6) Y'a-t-il des enfants (qui ont abandonné les bancs de l'école) qui se présentent à vos services pour solliciter une consultation ? Si oui pourriez-vous nous indiquer leur nombre ? Et que leur répondez-vous dans le cas où il n'est pas possible à vos services de les accueillir ?

Sur la définition des programme et politique en matière de santé des élèves :

- 7) Est-ce que la santé des élèves est une priorité pour la DSP et le ministère de la santé ? Si oui, dans quel outil de politique de santé publique a-t-elle été située ?
- 8) Comment participez-vous à la conception des programmes de promotion de la santé avec le DPP ? à son évaluation ?

Sur les moyens déployés pour la mise en œuvre des missions :

9) Comment les moyens humains du centre (notamment le personnel médical et paramédical) sont-ils déployés pour la mise en œuvre de vos missions sur Tahiti ? Et vers les autres îles ? Pouvez-vous nous préciser leur nombre ? Avez-vous besoin de faire appel à du personnel

- médical vacataire pour assurer vos missions (pourquoi, combien sont-ils recrutés durant ces 5 dernières années) ?
- 10) Au vu des rapports annuels d'activité de votre service, pourriez-vous nous transmettre l'identification de tous les acteurs du réseau de santé scolaire (santé éducation prestataires de service) dont vous avez en charge le pilotage ?
- 11) Quel est le budget alloué au service dédié à la médecine scolaire (dépenses de fonctionnement en distinguant les dépenses de personnel) ?
- 12) Pourriez-vous nous éclairer sur la prise en charge des frais d'acte de consultation et de prescription à vos patients : est-ce gratuit ? pour qui ? comment est-elle pratiquée ?

Sur le recueil des données statistiques de santé scolaire :

- 13) Avez-vous un recueil de données épidémiologiques sur la santé des élèves (par tranche d'âge/géographique) ? Comment les échanges ont lieu avec le BVS (statistiques, études épidémiologiques) ?
- 14) Que pensez-vous des premiers indicateurs issus de l'enquête (en cours) sur le comportement de santé des jeunes de 13 à 17 ans ? Avez-vous été associée sur la méthodologie (échantillonnage, questions...) ?

<u>Sur la coordination des actions et de suivi médical avec les partenaires des services de</u> l'éducation :

- 15) De quelle manière travaillez-vous avec le personnel médical de la DGEE (médecin, IDE, psychologue, autres) ? Quel bilan tirez-vous de cette coopération ou collaboration avec eux sur le terrain (s'il y a) ?
- 16) Sur le projet d'écriture de la charte de collaboration entre la DSP et la DGEE, lors d'une réunion interne de la DSP au mois de novembre 2017, il serait question de « supprimer les visites médicales systématiques, autant que possible car le dépistage n'est pas une priorité de santé ». Quelles sont les raisons ? Quelles sont les conséquences sur le suivi de la santé des élèves ? Pourtant c'est une disposition règlementaire fixée par l'article 9 de l'arrêté n° 673 CM du 15/04/2004 (organisation de la DSP) ? A la lecture des documents qui nous ont été communiqués, il y aurait une contradiction avec l'article 3.1 du projet de cette charte qui prévoit ces visites systématiques ?
- 17) Idem avec le souhait de votre service de transférer le « suivi médical ciblé » à la DGEE et en même temps la DSP ne s'oppose pas à garder un pôle de compétence spécifique pour diagnostiquer et suivre les enfants à besoins particuliers. Comment tout cela va s'organiser sur le plan des compétences du personnel médical de la DGEE et de celles de la DSP ? Et quelles sont les incidences (si cela ont été identifiées) sur le suivi du parcours santé de l'élève ?

- 18) Pourriez-vous nous faire part des résultats, attentes, préconisations et autres sur le 4^{ème} séminaire auquel vous y aviez participé les 5, 6 et 7 décembre 2016 ? Il est prévu la mise en place :
 - d'un « référentiel interministériel » dans le cadre de la collaboration entre les 2 services DSP et DGEE, où cela en est-il ?
 - d'un « programme d'actions sur des thématiques prioritaires », pourriez-vous nous en dire davantage ?
 - d'un « observatoire » pour les pistes d'amélioration, a-t-il été mis en place ? Si oui, quelles sont ces pistes qui ont pu être identifiées ?
- 19) Quels bilan et résultats tirez-vous du « projet SG » à aujourd'hui (sur le dépistage ciblé, la prise en charge et le suivi des enfants) ? Pouvez-vous nous dire si les objectifs fixés (lutter contre l'illettrisme) par ce projet ont été atteints par les services de la santé et de l'éducation ?
- 20) Quelle est votre avis s'il est envisagé de transférer la mission de santé scolaire de la DSP vers la DGEE, comme en France ?

QUESTIONNAIRE DIFFUSÉ SUR LA PAGE FACEBOOK DE L'ASSEMBLÉE POUR LA CONSULTATION CITOYENNE NUMÉRIQUE

<u>Propositions de questions susceptibles d'être posées par les rapporteures dans le cadre</u> de la consultation citoyenne

La santé de nos enfants est fondamentale et l'école est un lieu de choix pour la mise en place d'actions en sa faveur.

Afin d'améliorer le système de prévention et de soins en santé scolaire, l'Assemblée de la Polynésie française a mis en place une mission d'évaluation sur la médecine scolaire pour en apprécier le rôle et l'impact sur la préservation de la santé de nos enfants, préalable indispensable à leur réussite scolaire.

Les rapporteures de la mission, Mmes Armelle MERCERON et Eliane TEVAHITUA souhaitent vous donner la parole afin que vous fassiez part de votre expérience ainsi que de vos attentes.

Nous vous invitons à répondre au questionnaire ci-joint et vous remercions pour votre participation.

Proposition de questionnaire

1) Qui êtes-vous ? (Cases à cocher) :

Un élève Un parent d'élève(s) ou personne responsable Un enseignant ou personnel éducatif Un professionnel de santé Autres

> Si réponse 1 (Elève) :

- 1) Dans quelle commune se situe votre établissement scolaire ?
- 2) Dans quelle classe êtes-vous?
- 3) Connaissez-vous le rôle de la médecine scolaire dans votre établissement ? (Case à cocher)

Oui Non

4.1) Est-ce que vous en êtes satisfait ?

Oui Non

- Si Oui : Pourquoi ?
- Si Non: <u>Pourquoi et que souhaiteriez-vous améliorer</u>? (champ libre d'expression)
- 4) Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter à la cantine?
- 5) Quelle activité physique aimeriez-vous pratiquer à l'école après les cours ?
- 6) Si vous étiez directeur de votre école que feriez-vous en faveur de la santé à l'école ?

- Si réponse 2 (Un parent d'élève(s)):
 - 2.1) Où se situe l'établissement scolaire de votre enfant ?
 - 2.2) Dans quelle classe est inscrit votre enfant ? (Réponse libre)
 - 2.3) Connaissez-vous le rôle de la médecine scolaire au sein de l'établissement d'enseignement de votre enfant ? (Case à cocher)

Oui Non

2.3.1) Si réponse Oui : Répond-elle à vos attentes ? (Case à cocher)

Oui

Non

- 2.3.1.1) Si réponse Non : Quelles améliorations souhaiteriez-vous ? (champ libre d'expression)
 - 2.3) Avez-vous déjà fait l'objet de recommandations suite à une visite médicale concernant votre enfant ?

Oui

Non

- > Si réponse Oui :
 - 2.3.1) Avez-vous donné suite à ces avis médicaux ?

Oui

Non

• Si réponse Oui : Comment ?

R1: Vous vous êtres rendu au centre de consultation spécialisée de

HAMUTA ou au centre d'hygiène dentaire

R2: Vous vous êtes rendu chez votre médecin traitant

R3: Vous vous êtes rendu chez un médecin spécialiste

R4: Vous vous êtes rendu dans un dispensaire

R5: CHPF

R6: Autre

• Si réponse Non :

2.3.1.1) Pourquoi?

R1: Pour des raisons financières

R2 : Pour des difficultés de transport

R3: Autres raisons: Lesquelles?: (Réponse champ libre d'expression)

- > Si réponse Non (Votre enfant n'a jamais fait l'objet d'observations par la médecine scolaire):
 - 2.3.2) Estimez-vous que votre enfant aurait du faire l'objet de recommandations médicales ?

Qui

Non

Si réponse Oui :

- 2.3.2.1) Pour quelles causes? (Champ libre d'expression)
- 2.4) En tant que parent ou responsable d'un mineur, souhaiteriez-vous être davantage associé aux examens périodiques de santé dont bénéficie votre enfant à l'école? (Case à cocher)

Oui

Non

2.4.1) Si réponse Non : Pour quelles raisons ?

2.5) Souhaiteriez-vous que votre médecin traitant puisse être destinataire des bilans de santé de votre enfant effectués à l'école ?

Si réponse 3 (Enseignant ou personnel d'éducation) :

- 3.1) Dans quelle commune se situe l'établissement scolaire où vous exercez votre activité professionnelle ?
- 3.2) Dans quelle catégorie d'établissement exercez-vous vos fonctions ?

R1: Ecole maternelle

R2: Ecole élémentaire

R3: Collège

R4: Lycée

R5: Lycée professionnel

R6: Classe spécialisée (CJA, CLIS, SEGPA, UPU, CAN)

- 3.3) La santé scolaire contribue aux actions de médecine curative, préventive et de promotion de la santé. Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter?
- 3.4) La santé scolaire contribue au processus éducatif des élèves en matière de santé. Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter à la prise en charge des troubles de l'apprentissage, du handicap ou encore des conduites à risque?
- 3.5) Les établissements scolaires doivent bénéficier d'un environnement favorable à la santé des enfants et des adolescents. Quelles sont vos propositions d'amélioration? Réponse (champ libre d'expression)

Si réponse 4 (Professionnels de santé)

4.1) Estimez-vous que le suivi médical des élèves effectué dans le cadre de la santé scolaire soit suffisant en termes de fréquence et de contenu des examens de santé ?

Oui

Non

- 4.2) Quelles en sont les raisons ? (champ libre d'expression)
- 4.3) Quelles seraient les améliorations à apporter à la santé scolaire ?
- 4.4) Les établissements scolaires doivent bénéficier d'un environnement favorable à la santé des enfants et des adolescents. Quelles sont vos propositions d'amélioration? (champ libre d'expression)

Si réponse 5 (Autres) :

- 5.1) Quelles sont vos attentes en matière de bonne pratique sur l'alimentation en milieu scolaire ?
- 5.2) Les établissements scolaires doivent bénéficier d'un environnement favorable à la santé des enfants et des adolescents.
- 5.3) Quelles sont vos attentes?
- 5.4) Quelles sont vos propositions d'amélioration ? (champ libre d'expression)

NOTE DE LA DSP N° 1029/MSS/DSP DU 7 FÉVRIER 2018 SUR L'OBSERVATOIRE POLYNÉSIEN DE LA SANTÉ



MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, en charge de la protection sociale généralisée, de la prévention et de la famille

Nº 1029

/ MSS / DSP

DIRECTION DE LA SANTE

Papeete, le

-7 FEV. 2018

La directrice

<u>Affaire suivie par</u> : sanata

Note sur l'observatoire polynésien de la santé rédigée en février 2018

Par la délibération n° 97-145 APF du 13 aout 1997, l'Observatoire Polynésien de la Santé (OPS) est créé en tant que « commission de représentants d'institutions et de services » avec comme mission générale d'exploiter les informations socio-sanitaires utiles à l'élaboration de la politique de santé du pays.

La présidence et le secrétariat de cette commission sont assurés par la direction de la santé publique (DSp). Dans les faits, le secrétariat de l'OPS a été géré par le bureau d'Epidémiologie et de Statistiques sanitaires (EPI/STAT) de la direction de la santé jusqu'en 2003. Cette simple gestion du secrétariat est devenue très vite source de confusion, et par défaut le bureau EPI/STAT a fini par assurer en réalité l'ensemble des missions de collecte des données et d'élaboration des tableaux de bords sur la santé.

Deux éditions sont parues, la première en 1998, la seconde en 2002 qui a d'ailleurs servi à l'élaboration du Plan pour la Santé 2001-2005. Les tableaux de bord étaient conçus selon les mêmes règles qu'en métropole, définies par la FNORS (fédération nationale des observatoires régionaux de santé). Les données et indicateurs, pour lesquels un grand nombre de services extérieurs à la DSp contribuaient à la collecte, concernaient les aspects suivants :

- la situation démographique et sociale, le contexte géographique
- la mortalité et les causes de décès
- la morbidité pour les pathologies surveillées et les maladies fréquentes dans la population
- la santé des groupes de populations particulières (femmes, enfant, handicapés, population âgée...)
 - les facteurs d'exposition liés au mode de vie et à l'environnement
 - les comptes de la santé
 - l'offre et la consommation de soins

La réorganisation de la direction de santé a été menée en 2003 aboutissant à l'arrêté n° 673/CM du 15 avril 2004 dans lequel le bureau EPI/STAT disparaît et remplacé par le bureau de veille sanitaire (BVS) en se voyant toujours attribuer l'exploitation des statistiques socio-sanitaires

en relation avec l'observatoire de la santé. Cette activité est gérée avec difficulté jusqu'en 2007 et aucune publication de l'observatoire de la santé n'a plus vu le jour.

En conclusion l'OPS est resté une coquille vide avec un texte officiel datant de plus de 20 ans qui n'a connu aucune suite concrète dans l'organisation structurelle et fonctionnelle des missions et des relations entre les acteurs concernés. Deux questions antinomiques peuvent être soulevées : La DSp héberge-t-elle l'OPS et réalise-t-elle toutes ses missions et taches (ce qui n'est pas prévu dans les textes) ? <u>OU</u> assure-t-elle uniquement la présidence de la commission de l'OPS (dans ce cas, quelle est la structure qui met en œuvre les missions de l'OPS) ?

Aujourd'hui en 2018, la priorité de la DSp est de réorganiser son système interne d'outils de recueil des données d'activités par les structures sanitaires. Elle va mettre en place dans le cadre de sa prochaine réorganisation un département de l'information de santé (DIS). Celui ci va définir les données statistiques jugées consensuellement pertinentes sans perdre de vue la mise en cohérence et la faisabilité de leur recueil par les services. L'amélioration du système d'information statistique hospitalière (hôpitaux archipélagiques de Moorea, Raiatea, Nuku-Hiva et Taravao) serait le premier chantier de cette restructuration.

e Ministre et par délégation

Dr Laurence BONNAC-THERON

CONSOLIDATION DES DONNÉES D'ACTIVITÉS DU CCSHSS DEPUIS L'ANNÉE SCOLAIRE 2011-2012 A 2015-2016 (ACTIVITÉ DE PRÉVENTION)

Consolidation des données d'activité du CCSHSS depuis l'année scolaire 2011-2012 à 2015-2016 Activité de prévention

					-									-				V-2			Entre 2011-	
	Année scolaire		2011-2012			2012-2	2013			2013-2	014			2014-2	015			2015-20)16	5	2012 et 2015 2016	
Visites médicales systématiques (VMS)	NB de carnets médico-scolaires ouverts NB enfants vus en VMS selon les classes : - classes de SG - classes de CM2 - classes de Jème - classes pécialisée ou adapté - classes de CP, CE2, Sème éts dits prioritaires - autres Total VM5	NB er 1 1 1 1	778 Effect clbk 6601 1 66 2 11 623 1 77 6601 66 698 2 53 289 8 74	couvertur 8 94,3% 6 81,9% 9 95,0% 9 92,6% 0 67,1%	e P	2 492 NB enfant 1 351 1 667 1 535 0 0 0 4 553	Effectif cible 1 492 1 718 1 616 0 0 0 4 826	Taux de couverture 90,5% 97,0% 95,0%		1811 NB enfant 1436 1470 1523 0 0 0 4429	Effectif cible 1 512 1 548 1 548 0 0 0 4 608	Taux de couverture 95,0% 95,0% 98,4%		1349 NB enfant 1487 1522 1649 0 0 0 4658	Effectif cible 1 597 1 599 1 737 0 0 0 4 933	Taux de couverture 93,1% 95,2% 94,9%		548 NB enfant 1 590 1 576 1 541 0 0 0 4 707	Effectif cible 1 606 1 585 1 592 0 0 0 4 783	Taux de couverture 99,0% 99,4% 96,8%	-0,7% -10,8% -5,1%	
Visites médicales ciblées (VMC)	NB d'enfants vus sulte à un dépistage ou un repérage dont closses spécialisées et adantées NB d'enfants vus pour orientation ou ré-orientation dans le second degré NB total de consultations ciblées par le médecin pour certificats médicaux	1	884 - 520 509			4 534 458 1 764 4 984				3 715 456 2 557 4 889				3 929 341 1 909 7 403				3 067 441 1 971 3 232			-32,4% -3,7% 21,7% -41,3%	Entre 2012- 2013 et 2019 2016
	- dont pour aptitude pour travaux d'enseignement professionnel ou technique - dont pour admission pour une 1ère scolarisation en Polynésie françoise Total VMC		357 227 013			759 239 11 282				1240 130 11161			i.	1 786 410 13 241				1246 100 8 270	1 534	95,9%	-8,2% -55,9% 3,2% -5.7%	Entre 2012-
Visites IDE systématiques (VIS)	Classes CE2 Classes Sème Total VIS					1 560 1 657 3 217	1 575 1 763 3 338	99,0% 94,0% 95,4%		1 499 1 596 3 095	1 580 1 709 3 289	94,9% 93,4% 94,1%		1 456 1 665 3 121	1 570 1 740 3 310	92,7% 95,7% 94,3%		1 471 1 468 2 939	1 534 1 590 3 124	95,9% 92,3% 94,1%	-5,7% -11,4% -8,6%	2013 et 2015 2016
Visites IDE ciblées (VIC)	Nb enfants vus suite à un dépistage ou à un repérage Total VIC					1431 1431				1141 1141				475 475				752 752			-47,4%	
Action médico- scolaire spécifique	NB de réunions d'équipes éducatives NB de dossiers traités en équipe éducative		.86 871			198 693				239 851				273 897				216 491			16,1% -43,6%	
	Vaccination (en année civile) par type de vaccins GENHEVAC ROR REVAXIS PENTACOQ BICG IDR TETRAVAC AUTRES REPEVAX Total	3	es 67 21 002 26 1			NB doses nJectées 154 76 1 444 18 4 12 550				NB doses injectées 105 23 421 - - 1223 1			, .	NB doses injectées 123 36 - - - 5 016 3 2 5 180	l			NB doses Injectées 90 29 - - 18 3 090 4 - 3 231			-32,0%	
	Planning familial NB de consultations par le médecin		2			0				2				0				1				
	Promotion de la santé, éducation en milleu scoclaire (thèmes abordés) : Prévention des conduites toxicomaniaques Prévention des conduites suicidaires Convention internationale des droits de l'enfant	64		enfants s scolarisés 523 398	NB heures NB réalisées to	personnes ouchées	dont NB profes- sionnels	dont NB enfants scolarisés	NB heures réalisées	NB personnes touchées	dont NB profes- sionnels	dont NB enfants scolarisés	NB heures réalisées	NB personnes touchées	dont NB profes- sionnels	dont NB enfants scolarisés	NB heures I ré <mark>all</mark> sées	NB personnes touchées	dont NB profes- sionnels	dont NB enfants scolarisés		
Actions liées aux programmes santé enfants en milieu scolaire	Vie saine, poids, santé Education à la sexualité Pathologies infectieuses Formation relais en éducation pour la santé en milleu scolaire Référentiel éducation pour la santé en milieu scolaire	265 1: 156 424 28	75 179 59 !	1 396 454 27 601	200 .	505	15 9	490 0	379 42	848 5	41 5	0	154	1 142	14	1 128	239	809	29	780	76,3%	
	Forum prévention des conduites à risques intervention ponctuelle en milieu scolaire Formation personnel CCSHSS en éducation pour la santé Projet interministériel projet Croix-rouge Enquêtes globales Séminaire Santé/Education Alimentation activités physiques Formation continue toxicomanie				108 57 217 96	864 612 158 69	102 74 158 69	762 538 0 0	42 190 25	1 748 126 795	28 126 32 2	1 151 1 720 - 763	30 48	1 242	15	1 180	761	3 418	191	3 277		

Consolidation des données d'activité du CCSHSS depuis l'année scolaire 2011-2012 à 2015-2016 Activité de prévention

	Année scolaire	2011- 2012		2012-	2013	2013-20	14	2014-20	15	2015-2016		
	Vie sans dépendance Enquête GSHS (jeunes 13 à 17 ans) Autres Total	1276 32324 1	702 30 622	946 2 217	427 1790	808 4732	291 4 441	68 517 124 424 3 3 366	32 485 123 3 243	180 797 200 3 266 144 327 1524 8 617	8 789 38 3 228 5 322 271 8 396	20
	Protection de l'enfance NB de signalements d'enfants scolarisées à la justice pour maltraitance	5		7		9		8		6		20,0
	Activité totale secteur préventif	NB consultations réalisée		NB consultations réalisée		NB consultations réalisée		NB consultations réalisée		NB consultations réalisée		
sultations préventives médicales	Par le médecin	8 573		9 087		8 144		8 587		7 774		-9
ctivité paramédicale	Par le personnel paramédical NB actes de soins hors injections vaccinales	2 413 9 355		4 468		4 236		3 596		3 691		53
ultations ou séances autres professionnels	Par l'orthophoniste Par la psychomotricienne	64		291		0		0		0		-1
de santé	Total	64		291		0		0		0		-1

REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DU SUIVI DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

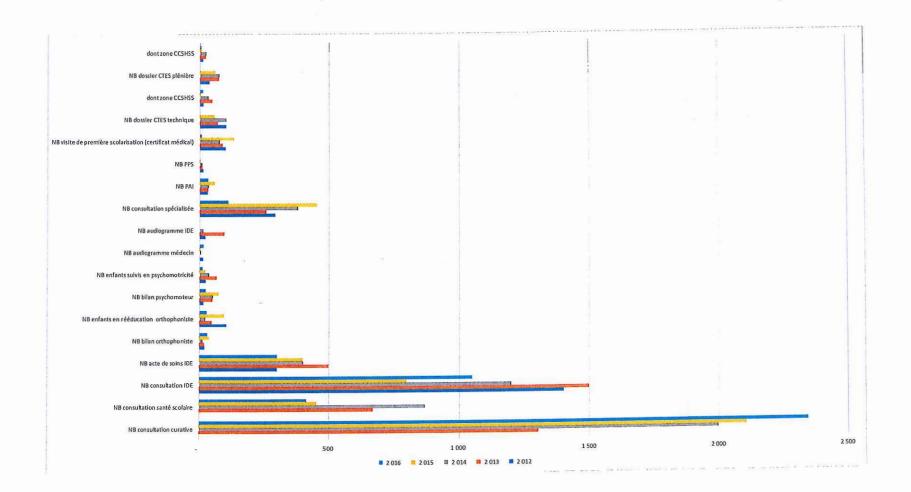


TABLEAU DE LA CPS SUR LES ACTES D'ORTHOPHONIE ET DE PSYCHIATRIE DES ASSURÉS ÂGÉS ENTRE 3 ET 20 ANS EN 2017



Consultations Psychiatre en 2017 des assurés agés entre 3 et 20 ans actes CNP

	RGS		RNS		RST		RSS		PSG		TS REG	
	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant
CHT Hors DGF							43	599 315		· • 3	43	599 315
Dispensaires	346	4 461 966	37	738 234	164	2 794 500	56	1 160 082	547	7 994 700	603	9 154 782
Médecins Psychiatre conventionnés	125	2 943 936	12	151 848	20	337 554	36	680 140	157	3 433 338	193	4 113 478
Hôpital Taravao	17	79 704	2	6 804	21	136 080	4	13 608	40	222 588	44	236 196
Total des 3 à 20 ans	491	7 532 375	51	896 886	206	3 272 788	139	2 453 145	748	11 702 049	887	14 155 194
Poids des reg/Total PSG	65,6%	64,4%	6,8%	7,7%	27,5%	28,0%						

Actes Orthophonie en 2017 des assurés agés entre 3 et 20 ans actes AMO

	RGS		RNS		RST		RSS		PSG		TS REG	
	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant
Dispensaires	65	3 096 359	5	147 855	37	2 030 003	3	334 495	107	5 274 217	110	5 608 712
Orthophonistes conventionnées	2 008	175 292 509	221	15 339 472	391	31 605 168	422	31 387 811	2 620	222 237 149	3 042	253 624 960
Total des 3 à 20 ans	2 073	178 388 868	226	15 487 327	428	33 635 171	425	31 722 306	2 727	227 511 366	3 152	259 233 672
Poids des reg/Total PSG	76,0%	78,4%	8,3%	6,8%	15,7%	14,8%						

TABLEAU DE LA CPS SUR LES LONGUES MALADIES DES ASSURÉS ÂGÉS ENTRE 3 ET 20 ANS EN 2017

Les Longues Maladies des assurés agés entre 3 et 20 ans Un patient peut cumuler plusieurs pathologies

	Nouvea	INCIDENCE ux cas déclarés	en 2017	PREVALENCE Stock en 2017			
Groupe de pathologies	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL	
Affection dermato			-	8	4	12	
Affection digestives NCA		7	1	4	3	7	
Affection ostéoarticulaire	17	2	3	11	12	23	
Affection pulmonaires nca	118	167	285	1 019	1 473	2 492	
Affection rénale	1	7	8	23	35	58	
Affection voies urinaires			-	1	1	2	
Affections congénitales	8	12	20	190	251	441	
Anomalies Neuromotrices		1	1	4	7	11	
Autres maladies cardio-vasculaires				21	20	41	
Diabète sucré	4	2	6	28	15	43	
Déficience des conditions socio-éco et							
psychosocial							
Greffes organes	-		-	10	7	17	
Hypertension artérielle			-		5	.5	
Maladie du système nerveux	12	13	25	158	279	437	
Maladie endocrinienne et autres	4		4	30	23	. 53	
Maladie infectieuse	3	3	6	14	12	26	
Maladie oeil et annexes	2		2	2	1 1	3	
Maladie oreille et mastoide				1		1	
Maladies artère, artérioles et capilaires							
Maladies hématologiques	3	3	6	18	13	31	
Maladies veines et du système lymphatique				1	1 1	2	
Malnutrition et carence							
Obésité et autres apport							
RAA	57	72	129	499	610	1 109	
Séquelles lésions traumatiques ou brulures	3	3	6	10	14	24	
Troubles mentaux et du comportement	18	52	70	73	206	279	
Troubles non précise de appareil respiratoire					11	1	
Tumeur Maligne	7	5	12	40	41	81	
Tumeurs bénignes ou à évolution variables			1	7	2	9	
z.Autres	1	4	5	8	10	18	
TOTAL (non distincts) - 0 à 19 ans	243	347	590	2 180	3 046	5 226	
Nombre de patients distincts - 0 à 19 ans	241	344	585	2 071	2 893	4 964	
Poids/Global	13%	16%	15%	10%	13%	11%	
Nombre de patients distincts / population globale en LM	1 796	2 091	3 887	21 202	22 107	43 309	

ÉTAT DU PERSONNEL CURATIF ET PRÉVENTIF DU CCSHD

Archipels:	Centres Dentaires	Type de personnel	Situation par rapport au centre médical	Personnel (77 agents + 1 communal) :	Evolution personnel (sur 5 ans):	Equipements dentaires
IDV	Mamao	Personnel administratif		1 chirurgien dentiste (responsablel 2 secrétaires 1 réceptionniste - fichiste 1 assistante dentaire coordinatrice 2 gestionnaires (faisant fonction de) 2 chauffeurs (agents polyvalents) 1 femme de service	suppression de postes : - 1 gestionnaire (11/2016) - 1 agent polyvalent (04/2013)	
	Mamao	Personnel clinique	centre dentaire isolé	4 chirurgiens dentistes 4 assistantes dentaires 4 hygiénistes dentaires	suppression de postes : - 1 chirurgien dentiste (11/2013) - 1 coordinatrice des hygiénistes dentaires	5 cabinets "fixes" 2 caravanes dentaires
	Mahina	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire	supression d'1 poste d'hygiéniste dentaire → faisant fonction de gestionnaire à Papeete (11/2016)	1 cabinet fixe 1 caravane dentaire
	Faaa	Personnel clinique	centre dentaire isolé	2 chirurgiens dentistes 2 assistantes dentaires (dont 1 communale) 2 hygiénistes dentaires		2 cabinets fixes 1 caravane dentaire (communale)
	Punaauia	Personnel clinique	centre dentaire isolé	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire 2 aides hygiénistes (pel communal)		1 cabinet fixe
	Paea	Personnel clinique	centre dentaire accolé à la structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygieniste dentaire		1 cabinet fixe
	Papara	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire		1 cabinet fixe
	Teva I Uta	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire 1 femme de service		1 cabinet fixe
	Taravao	Personnel clinique	centre dentaire isolé	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire	supression d'1 poste d'hygiéniste dentaire (09/2014)	1 cabinet fixe 1 caravane dentaire
	Afareaitu-Moorea	Personnel clinique	centre dentaire accolé à la structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygieniste dentaire		cabinet fixe caravane dentaire matériel itinérant (Maiao)

CCSHD

PERSONNEL CURATIF ET PREVENTIF DU CCS D'HYGIENE DENTAIRE

màj 03/04/2018

Archipels:	Centres Dentaires	Type de personnel	Situation par rapport au centre médical	Personnel (77 agents + 1 communal) :	Evolution personnel (sur 5 ans):	Equipements dentaires
SSISLV	Fare-Huahine	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire		1 cabinet fixe 1 caravane dentaire
	Uturoa-Raiatea	Personnel clinique	centre dentaire accolé à la structure médicale	2 chirurgiens dentistes 2 assistantes dentaires	suppression de : - 1 poste d'assistante dentaire (2013) comblé par réaffectation d'un autre poste budgétaire - 2 postes d'hygiénistes (2013)	2 cabinets fixes 1 caravane dentaire + cabinet fixe Maupiti
	Patio- Tahaa	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire		1 cabinet fixe 1 caravane dentaire
	Vaitape-Bora	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire		1 cabinet fixe
Marquises	Taiohae-Nuku Hiva	Personnel clinique	?	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire		1 cabinet fixe + 1 fauteuil fixe à Hatiheu + 1 fauteuil fixe à Ua Huka + matériel itinérant
	Hakahau-Ua Pou	Personnel clinique	?	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire		1 cabinet fixe
	Atuona-Hiva Oa	Personnel clinique	?	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire		1 cabinet fixe + 1 fauteuil fixe à Fatu Hiva + 1 fauteuil fixe à Tahuata + 1 fauteuil fixe à Puamau + matériel itinérant
Australes	Mataura-Tubuai	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale		suppression des postes de chirurgien-dentiste et d'assitante en 2012	1 cabinet fixe + 1 fauteuil à Raivavae + 1 fauteuil à Rapa
	Moerai-Rurutu	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire 1 hygiéniste dentaire		1 cabinet fixe + 1 fauteuil à Rimatara + matériel itinérant
TG	Rangiroa-Tuamotu ouest	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire		1 cabinet fixe + 1 fauteuil à Tiputa + 1 fauteuil fixe à Fakarava + matériel itinérant
	Makemo-Tuamotu centre	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale		suppression des postes de chirurgien-dentiste et d'assitante en 2013	1 cabinet fixe
	Hao-Tuamotu est	Personnel clinique	centre dentaire dans structure médicale	1 chirurgien dentiste 1 assistante dentaire		1 cabinet fixe + 1 fauteuil à Rikitea + matériel itinérant

TABLEAU DES REMBOURSEMENTS DE LA CPS AUX CENTRES DES ENFANTS HANDICAPÉS EN 2017



Remboursements CPS aux Centres Handicapés en 2017

	RGS		RNS		RST		RSS		PSG		TS REG	
	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant	Nb DN	Montant
CENTRE DE LA MISSION DE LA FRATERNÎTE CHRETIENNE (HANDICAPES)	40	36 118 997	4	786 986	39	47 210 009	2	3 212 001	83	84 115 992	85	87 327 993
CENTRE DE PUNAAUIA DE LA FRATERNITE CHRETIENNE (HANDICAPES)	16	30 999 664	3	5 125 520	30	56 079 948	1	869 392	49	92 205 132	50	93 074 524
IIME MISSION - PAPEETE	151	65 082 513	7	1 355 960	106	40 003 430	4	4 714 527	264	106 441 903	268	111 156 430
Total Centres Hanfdicapés	207	132 201 174	14	7 268 466	175	143 293 387	7	8 795 920	396	282 763 027	403	291 558 947
Poids des reg/Total PSG	52,3%	46,8%	3,5%	2,6%	44,2%	50,7%						

TABLEAU DE LA RÉPARTITION DES MOYENS FINANCIERS DE LA MÉDECINE SCOLAIRE ÉTABLI PAR LA DSP

Répartition des moyens financiers dédié à la médecine scolaire hors masse salariale

i i							
	2013	2014	2015	2016	2017		
Centre de Consultation Spécialisée de l'Hygiène Scolaire (CCSHS)	23 365 802	19 582 487	28 914 862	31 126 353	30 315 582		
Côut relatif aux missions du CCSHS (rémunérations d'intermédiaires et honoraires					1		
, les déplacements et missions)	1 321 745	1 617 480	4 824 323	6 429 682	6 617 323		
Produits pharmaceutiques	22 002 109	16 494 613	20 953 657	17 593 208	17 948 693		
Matériel Biomédical	41 948	549 158	261 945	800 937	1 748 337		
Campagnes de prévention	0	921 236	2 874 937	6 302 526	4 001 229		
Centre de Consultation Spécialisée de l'Hygiène Dentaire (CCSHD)	26 458 797	35 340 874	36 106 689	28 962 473	34 357 789		
Côut de fonctionnement	10 937 137	9 788 076	12 596 621	9 220 994	10 588 986		
Produits pharmaceutiques	9 024 570	12 208 744	12 729 703	12 471 934	15 707 860		
Matériel Biomédical	6 230 890	13 030 854	10 780 365	7 067 621	6 763 703		
Campagnes de prévention	266 200	313 200	0	201 924	1 297 240		
Département des programme de prévention		2 436 577	1 941 654	1 807 804	2 478 804		
Campagnes de prévention du RAA	1 405 695	2 436 577	1 941 654	1 807 804	2 478 804		
Montant total	51 230 294	57 359 938	66 963 205	61 896 630	67 152 175		

CIRCULAIRE N° 3732/MSP/DS/2009 DU 30 AVRIL 2009 DE LA DSP

POLYNESIE FRANÇAISE

Nº 3732

/MSP/DS/2009

DIRECTION DE LA SANTE

La directrice

Papeete, le

30 AVR. 2009

à

Madame et Messieurs les responsables des Subdivisions Santé de la Polynésie Française

Objet: Activités des centres dentaires des îles où exercent un chirurgien-dentiste libéral.

P.J.: Extrait de l'arrêté nº 673 CM du 15 avril 2004.

Le développement d'une offre de soins libérale dans certaines îles, qui permet à leur population l'accès à un large éventail de prestations, nécessite une organisation harmonieuse entre formations publiques et privées, au plus grand bénéfice de la santé de chacun.

L'organisation découle des textes en vigueur. Ainsi les missions dévolues aux formations dentaires de la Direction de la santé sont détaillées par l'arrêté 673 CM du 15 avril 2004 d'organisation de la Direction de la santé (cf. P.J.). Il s'agit de :

- la lutte contre les affections bucco-dentaires par des actions épidémiologiques, prophylactiques et thérapeutiques et l'éducation sanitaire bucco-dentaire auprès :
 - des enfants préscolaires ;
 - des enfants scolaires, en milieu scolaire ou dans une formation sanitaire dentaire de la direction de la santé vers laquelle les enfants sont déplacés ;
 - des enfants de mains de 20 ans reconnus handicapés par la commission territoriale d'éducation spécialisée;
- les soins (à l'exclusion des prothèses) à l'ensemble de la population des îles dans lesquelles aucun dentiste du secteur libéral n'est installé.

Ainsi lorsqu'un chirurgien-dentiste libéral est installé, les soins dentaires aux adultes ne sont pas assurés par les agents des centres dentaires de la Direction de la santé, qui ne prennent alors en charge que les enfants pré-scolaires et scolaires ainsi que les handicapés de moins de 20 ans.

Cas particuliers:

- 1 patient hospitalisé : le chirurgien-dentiste de la santé publique doit pouvoir le prendre en charge pendant sa période d'hospitalisation, du fait qu'il ne peut sortir, pour répondre à un besoin de traitement urgent. Il est ensuite réadressé vers le praticien privé ;
- 2 réalisation d'une action de sensibilisation / dépistage : celle-ci peut concerner toute population. Le patient identifié comme nécessitant des soins dentaires est alors orienté vers le chirurgien-dentiste qui a réglementairement le droit d'effectuer ces soins ;
- 3 les adultes non résidents de passage dans une île où exerce un chirurgien-dentiste libéral sont orientés vers ce dernier;

4 - les adultes non résidents de passage dans une île dépourvue de praticien libéral sont pris en charge, en cas d'urgence, par le praticien de la santé publique de l'île et réadressés pour le suivi des soins vers leur praticien traitant.

Par ailleurs, il faut rappeler que depuis la mise en place du conventionnement entre les chirurgiens-dentistes libéraux et la Caisse de Prévoyance Sociale en 2003, les patients ne font pas l'avance du prix des soins, ne réglant que les 20 % restant à leur charge, et certains patients, en particulier ceux atteints d'un RAA, bénéficient même de la gratuité des soins.

L'installation d'un chirurgien-dentiste privé dans les îles favorise la prise en charge de nos populations en proposant une palette de soins plus large. L'établissement d'une complémentarité satisfaisante doit se faire en tenant compte de la règlementation.

Contest) : CCSHD 1

Pour le ministre et par délégation

Docteur Mareva TOURNEUX

Arrêté 673 CM du 15 avril 2004 portant organisation du service de la Direction de la santé JOPF du 22 avril 2004 pp 1431-1432

Chapitre 3 Des formations sanitaires et du centre d'hygiène et de salubrité publique

Article 9.—Les formations sanitaires sont constituées par les hôpitaux relevant de la Direction de la santé, les centres médicaux, les centres dentaires, les dispensaires, les infirmeries, les postes de secours et les centres de consultations spécialisées.

c) Les centres dentaires

Les centres dentaires sont placés sous la responsabilité d'un chirurgien-dentiste.

Chaque centre dentaire comporte un équipement lui permettant d'effectuer des soins préventifs et curatifs conformes aux règles d'exercice de l'art dentaire. Il a vocation à mettre en œuvre, dans le domaine de l'hygiène dentaire, les actions précisées à l'article 9 paragraphe g du présent arrêté.

g) Les centres de consultations spécialisées

Les centres de consultations spécialisées sont des formations sanitaires rattachées administrativement à la subdivision des îles du Vent conformément aux dispositions de l'article 8 du présent arrêté.

Ils sont placés sous la responsabilité d'un personnel médical référent chargé de contribuer, à l'échelle territoriale, à l'élaboration des programmes et à la coordination des actions et des moyens nécessaires à leur mise en œuvre dans leur domaine spécialisé.

Les moyens des centres sont placés, pour emploi, en tant que de besoin, à la disposition des autres subdivisions. Ils participent à la mise en œuvre des actions relevant de leur domaine de compétence dans les autres subdivisions.

Les centres de consultations spécialisées concernent les domaines suivants :

- l'hygiène dentaire pour :

- la lutte contre les affections bucco-dentaires par des actions épidémiologiques, prophylactiques et thérapeutiques et l'éducation sanitaire bucco-dentaire auprès :
 - des enfants préscolaires ;
 - des enfants scolaires, en milieu scolaire ou dans une formation sanitaire dentaire de la direction de la santé vers laquelle les enfants sont déplacés;
 - des enfants de moins de 20 ans reconnus handicapés par la commission territoriale d'éducation spécialisée;
- les soins (à l'exclusion des prothèses) à l'ensemble de la population des îles dans lesquelles aucun dentiste du secteur libéral n'est installé.

CIRCULAIRE N° 709/MSP DU 12 SEPTEMBRE 2013 DES SERVICES DE LA SANTÉ ET DE L'ÉDUCATION



MINISTERE
DE L'EDUCATION,
DE L'ENSEIGNEMEN'T SUPERIEUR,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,
chargé de la vie associative

MINISTERE
DE LA SANTE, DU TRAVAIL,
chargé de la protection sociale généralisée,
de la formation professionnelle,
du dialogue social,
des droits de la femme
et de la lutte contre la toxicomanie

Les ministres

Affaire suivie par : Direction de la Santé No

709 / MSP

Papeete, le 12 septembre 2013

2

Monsieur le Secrétaire Général des Enseignements Secondaires
Monsieur le Directeur de l'Enseignement Primaire
Mesdames et Messieurs les Directeurs des Enseignements Privés
Mesdames et Messieurs les Membres des Corps d'inspection
Mesdames et Messieurs les Chefs d'Etablissements et les Directeurs d'écoles et de CJA
Mesdames et Messieurs les enseignants des 1^{cr} et 2nd degrés publics et privés

CIRCULAIRE

Objet : Amélioration de l'alimentation en milieu scolaire

Ref: - Circulaire scolaire nº 1271 du 1er Août 2011

- Guide « recommandations pour l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire »

Une alimentation saine et la pratique régulière d'une activité physique, sont reconnues comme étant des facteurs indispensables à une bonne santé dès le plus jeune âge.

Ainsi, les établissements scolaires se doivent de proposer aux élèves un environnement favorable à leur santé; d'autant plus que l'école est souvent un modèle de référence pour les enfants et leurs familles.

Par ailleurs, l'apprentissage des principes d'une alimentation équilibrée occupe une large place au sein des programmes scolaires. Il est donc indispensable de mettre en cohérence les notions enseignées en classe et l'environnement immédiat des élèves.

Depuis 2011, les Ministères de l'Education et de la Santé travaillent conjointement pour améliorer l'alimentation en milieu scolaire et ainsi contribuer à la bonne santé des enfants.

Ainsi, chaque responsable de structure doit veiller à ce que l'offre alimentaire proposée au sein de son établissement soit en adéquation avec les recommandations émises par la Direction de la Santé et présentées ci-dessous.

.../..

1- L'organisation de la collation en maternelle

(voir annexe 1: « la collation collective en maternelle » page 8 du guide de recommandations)

La collation proposée lors de la récréation du matin ne présente pas de caractère obligatoire (pour information, cet apport alimentaire a été supprimé en métropole depuis 2004¹). Par ailleurs, une étude réalisée par la Direction de la santé a permis de révéler qu'en moyenne 83% des enfants prennent un petit-déjeuner le matin².

Ainsi, si un goûter est organisé pour les élèves le matin, celui-ci devra être constitué uniquement d'un fruit ou d'un produit laitier et sera distribué à la récréation de 9h au plus tard. L'objectif est de proposer une collation matinale très légère afin de ne pas réduire l'appétit des enfants pour le repas du midi. La collation parfois proposée à 14h, est quant à elle à supprimer, car totalement injustifiée.

Dans un souci de cohérence, il est important de sensibiliser les parents au fait de ne pas glisser de goûter supplémentaire dans le cartable des enfants.

Pour les écoles ne proposant pas de collation organisée collectivement, il est important de sensibiliser les parents au fait de fournir une collation équilibrée à base de fruits ou de produits laitiers en remplacement des biscuits.

Il est par ailleurs conseillé d'ajouter dans le règlement intérieur de l'école un chapitre concernant l'interdiction d'introduire dans l'établissement des boissons sucrées, confiseries, biscuits salés ou très sucrés, etc. Ces aliments ne présentent aucun intérêt nutritionnel pour grandir en bonne santé. Pour plus d'informations, consultez le « guide pour une collation santé » édité par la Direction de la Santé³.

2- La vente d'aliments au sein des établissements scolaires

(voir annexe 2 : « vente d'aliments dans l'enceinte de l'école » pages 9 et 10 du guide de recommandations et annexe 3 : « vente d'aliments dans l'enceinte des établissements du second degré » pages 11 et 12)

Les aliments proposés à la vente dans l'enceinte d'un établissement scolaire doivent présenter un intérêt nutritionnel pour les enfants. Ainsi, les aliments à base de fruits, de légumes, et sans excès de matières grasses et/ou de sucre sont à privilégier.

Les produits vendus au sein de l'établissement scolaire doivent être conformes aux recommandations et respecter la liste des produits indiquée en Annexe 2 du guide pour les établissements du 1^{er} degré, et en Annexe 3 du guide pour les établissements du 2nd degré.

Dans le cas où la vente dans l'enceinte de l'école est organisée par un prestataire, la liste des aliments autorisés à la vente et le respect des règles d'hygiène seront formalisés par une convention, dont un exemple est proposé en annexe 7 « modèle de convention avec un commerçant » (page 19 et 20 du guide de recommandations).

En parallèle des efforts entrepris pour améliorer l'offre alimentaire en milieu scolaire, la Direction de la santé met en oeuvre un programme auprès des snacks et roulottes situés aux abords des établissements scolaires dans les communes pilotes (projet « Tama'a tano noa ») et un projet au sein des cantines scolaires (en partenariat avec le ministère de l'agriculture).

Il s'agit donc d'une approche globale qui intègre l'ensemble des paramètres influençant les consommations alimentaires des jeunes. Il est donc impératif de mettre en application les recommandations des autorités sanitaires afin de participer à une synergie cohérente des actions en faveur de la santé des élèves.

³ Guide disponible sur simple demande auprès de la Direction de la Santé (secretariat,dpp@sante,gov.pf)

Pour plus d'informations : http://eduscol.education.fr/cid47662/la-collation-matinale-a-l-ecole.html

² Enquête sur le petit déjeuner en primaire (rapport disponible sur le site www.dep.pf rubrique Actualité/santé à l'école)

Pour toute information complémentaire ou pour tout accompagnement nécessaire à l'application de cette directive, veuillez contacter les professionnels de santé en charge de la prévention (secretariat.dpp@sante.gov.pf).

Le ministre de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la jeunesse et des sports, chargé de la vie associative et de la politique de la ville

Le ministre
de la santé, du travail,
chargé de la protection sociale généralisée,
de la formation professionnelle,
du dialogue social,
des droits de la femme
et de la Jutte contre la toxicomanie

Ministère de la santé, du travail A B.P. Béatrice CHANSIN, 98713 PAPEETE 161. 47.25.00 Fax. 47.25.32

vnésie fran

3/3



Ministère de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports,

En charge de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la vie asssociative



Ministère de la Santé et de la Solidarité

En charge de la protection sociale généralisée

00000000000000

RECOMMANDATIONS POUR L'AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION EN MILIEU SCOLAIRE

00000000000000

INTRODUCTION

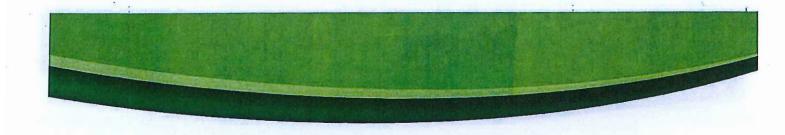
Une alimentation saine et la pratique régulière d'une activité physique sont reconnues comme étant des facteurs indispensables à une bonne santé. De ce fait, ces thématiques mobilisent de nombreux professionnels de santé dans leur pratique quotidienne et sont intégrées dans les programmes scolaires dès la maternelle afin que les comportements favorables à la santé soient acquis dès le plus jeune âge. Le surpoids et l'obésité infantile constituant des préoccupations majeures de santé publique en Polynésie française¹, il apparaît aujourd'hui nécessaire de mettre en cohérence les pratiques en matière de distribution ou de vente d'aliments au sein des établissements scolaires avec les messages de santé dispensés aux élèves.

Un état des lieux mené par la Direction de la Santé a mis en évidence la pluralité d'accès à la nourriture pendant le temps scolaire:

- Au primaire : cantine, buvette ou snack de l'école, goûters collectifs et ventes occasionnelles organisées par les classes
- Dans le secondaire : restaurant scolaire, snack du foyer socio-éducatif, présence de commerçants privés lors des récréations (roulotte, stand ou snack), ventes occasionnelles organisées par les classes, etc.

Il a ainsi été constaté que la plupart des établissements scolaires proposent des produits alimentaires non conformes aux recommandations nutritionnelles en vigueur.

L'école se doit d'être un lieu de référence, un modèle, pour les enfants et leurs familles. Il est donc essentiel que les établissements scolaires donnent l'exemple d'un environnement propice à la santé. C'est pourquoi, chaque responsable de structure doit veiller à ce que l'offre alimentaire proposée au sein de son établissement soit en adéquation avec les recommandations émises par la Direction de la Santé et présentées dans le présent document.



1) L'organisation de la collation en maternelle

(voir annexe 1: « la collation collective en maternelle »)

La collation matinale (servie lors de la récréation de 9h) ne présente pas de caractère obligatoire (cet apport alimentaire a été supprimé en métropole depuis 2004²).

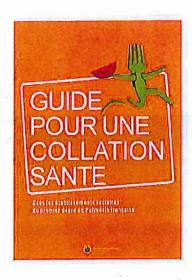
Par ailleurs, une étude réalisée par la Direction de la santé a permis de révéler qu'en moyenne 83% des enfants prennent un petit-déjeuner le matin³.

Ainsi, si une collation est organisée pour les élèves le matin en maternelle, celle-ci devra être constituée uniquement d'un fruit ou un produit laitier. L'objectif étant de proposer une collation matinale très légère afin de ne pas réduire l'appétit des enfants pour le repas du midi.

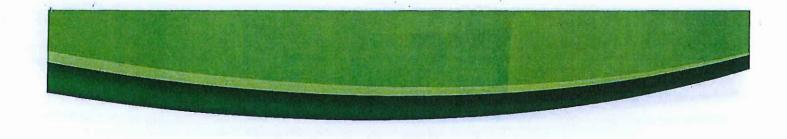
Dans un souci de cohérence, il est important de sensibiliser les parents au fait de ne pas glisser de goûter supplémentaire dans le cartable des enfants.

Pour plus d'informations, il est conseillé de consulter le « guide pour une collation santé » édité par la Direction de la Santé⁴. Une affiche « mon école participe au projet collation santé » est également disponible pour informer les parents des changements mis en place et faciliter l'application des recommandations.

Le goûter parfois proposé à 14h, est quant à lui à supprimer, car totalement injustifié.







2) La vente d'aliments au sein des établissements scolaires

(voir annexe 2 : « vente d'aliments dans l'enceinte de l'école » et annexe 3 : « vente d'aliments dans l'enceinte des établissements du second degré »)

Les aliments proposés à la vente dans l'enceinte d'un établissement scolaire doivent présenter un intérêt nutritionnel pour les enfants. Ainsi, les aliments à base de fruits, de légumes, et sans excès de matières grasses et/ou de sucre sont à privilégier.

Dans le cas où la vente dans l'enceinte de l'école est organisée par un prestataire, la liste des aliments autorisés à la vente et le respect des règles d'hygiène seront formalisés par une convention, dont un exemple est proposé en annexe 7 « modèle de convention avec un commerçant ».

3) La vente occasionnelle d'aliments aux élèves au sein des établissements scolaires

(voir annexe 4 « vente d'aliments pour financer un projet pédagogique »)

Le financement de certains projets pédagogiques fait l'objet de ventes occasionnelles d'aliments aux élèves lors des récréations.

Afin de garantir la cohérence de la démarche et de rester dans l'objectif de favoriser un environnement propice à une bonne santé, les aliments vendus seront choisis parmi les listes présentées en annexes 2 ou 3 en fonction du type d'établissement concerné, ou seront conformes aux propositions de l'annexe 4.

4) La vente occasionnelle d'aliments aux parents

(voir annexe 4 « vente d'aliments pour financer un projet pédagogique »)

Le financement de projets pédagogiques par une vente d'aliments aux parents doit être orienté en faveur d'aliments sains (annexe 4), ou de produits non alimentaires : vente des productions artistiques des élèves (peintures, dessins, cartes de vœux, cartes d'anniversaire, objets divers), vente de plantes, etc.

5) La distribution d'aliments lors d'évènements sportifs ou de sorties culturelles

(voir annexe 5 « que proposer aux élèves lors des sorties culturelles ou sportives?»)

La participation à des activités sportives ou l'organisation de sorties culturelles ne doit pas être l'occasion de consommer des aliments très riches en sucres et/ou en matières grasses.

Ainsi, les aliments distribués aux élèves seront à base de fruit ou de produits laitiers.

6) Distributeurs d'aliments ou de boissons dans l'enceinte des établissements scolaires

Dans un souci de cohérence, seuls sont autorisés au sein des établissements scolaires les distributeurs de bouteilles d'eau (et éventuellement de boissons chaudes pour les collèges et lycées).

Tous les établissements doivent être en mesure de mettre à disposition des élèves de l'eau potable. A défaut d'eau du robinet potable, les établissements pourront se doter de fontaines d'eau filtrée. Celles-ci doivent être facilement accessibles, placées à l'abri du soleil et correctement entretenues.

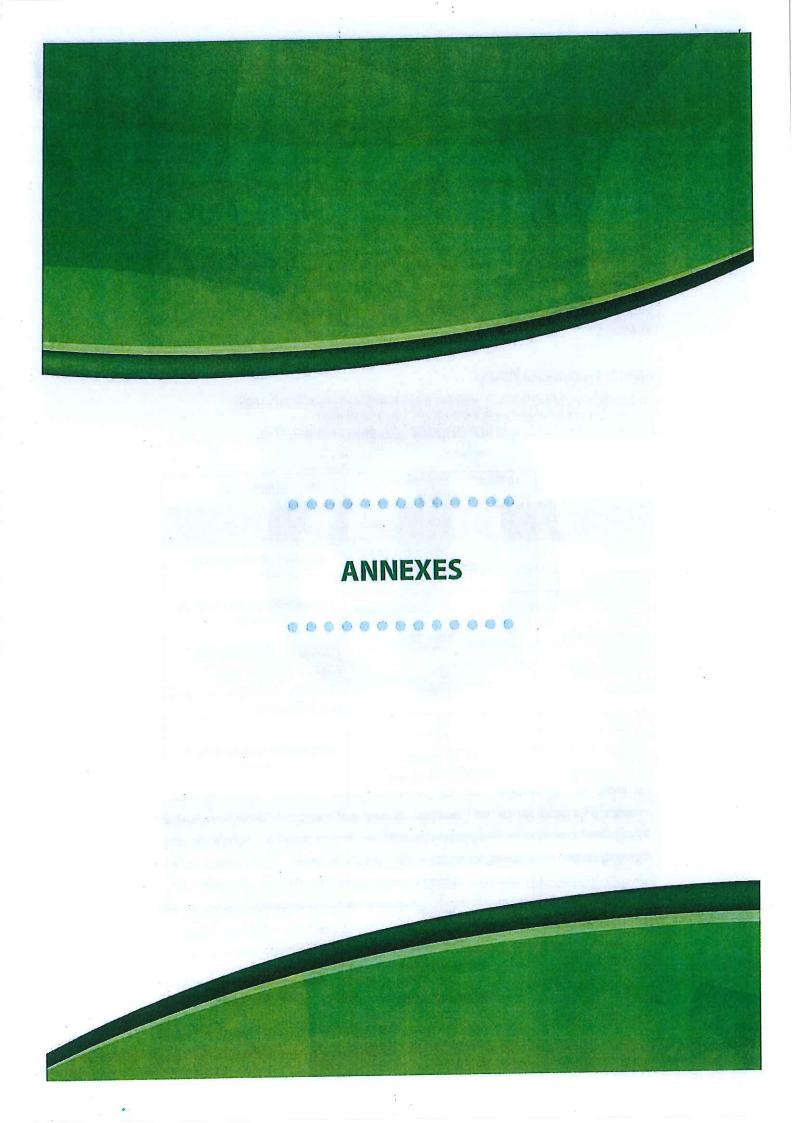
7) Règles d'hygiène

Quel que soit le type d'offre alimentaire proposé, le respect des règles d'hygiène en vigueur est obligatoire. Celles-ci doivent être connues et appliquées par les personnes en charge du transport ou de la manipulation des denrées (voir annexe 6 « les règles d'hygiène »).

En parallèle des efforts entrepris pour améliorer l'offre alimentaire en milieu scolaire, la Direction de la santé met en oeuvre un programme auprès des snacks et roulottes situés aux abords des établissements scolaires (projet « Tama'a tano noa »).



Un travail en concertation avec les communes est en cours et celui-ci aboutira à la création d'un guide de bonnes pratiques destiné aux marchands ambulants installés à proximité des structures d'éducation. Il s'agit donc d'une approche globale qui intègre l'ensemble des paramètres influençant les consommations alimentaires des jeunes. C'est pourquoi il est impératif de mettre en application les recommandations des autorités sanitaires afin de participer à une synergie cohérente des actions en faveur de la santé des élèves.



La collation collective en maternelle

L'organisation d'une collation collective matinale en maternelle ne revêt pas de caractère obligatoire. Cependant, si cet apport alimentaire est maintenu, il sera structuré de façon à privilégier la consommation de fruits et de produits laitiers. Ces aliments, souvent peu plébiscités par les élèves présentent des caractéristiques nutritionnelles intéressantes et possèdent une faible valeur calorique. De ce fait, ils perturbent moins le rythme alimentaire des élèves.

Rappel des recommandations :

- La collation est organisée uniquement à la première récréation du matin
- La collation est composée d'1 fruit ou d'1 produit laitier
- Les portions servies sont adaptées à l'âge des enfants (environ 60g)

	Taille approximative de la portion	Indications	
	Fruits		
Ananas	1 tranche (environ 1 cm d'épaisseur)	Saison : mars-décembre	
Banane rio	1	Disponibles tout au long de	
Banane hamoa	1/2		
Papaye	1/4	l'année	
Pamplemousse	1/8 ou 1/12		
Pastèque	1/16	Saison : septembre à juin	
Orange locale	1/2	Salson : février à août	
Mangue	1 joue	Salsons : décembre à mars puis juillet-août	
Pomme	1/2	F-12 James down	
Poire	1/2	Disponibles tout au long de l'année	
Raisin	10-15 grains		
Fruits au sirop égouttés	2 cuillères à soupe	. rannee	
	Produits Laitiers		
Yaourt	1/2 pot de 125g	Les produits laitiers nature	
Fromage blanc	2 cuillères à soupe ou ½ pot de 125g	pourront être agrémentés d'1/2 cuillère à café de confiture, de miel, etc.	
Petit suisse	1 pot		
Lait ½ écrémé	1 verre	Le verre de lait est suffisant, inutile d'y adjoindre biscuits ou céréales	
Fromage (fromage fondu type Vache qui rit, Chesdale ou Kiri, autres fromages type emmental, brie, etc.)	1 tranche fine ou 1/2 portion individuelle	Peut être proposé sur 1 rondelle de pain	

La vente d'aliments dans l'enceinte de l'école (établissements du premier degré)

L'école est un lieu d'apprentissage des règles de l'équilibre alimentaire dès la maternelle. Dans cette logique, les aliments qui y sont vendus par le snack lors des récréations doivent être en cohérence avec les principes nutritionnels enseignés. Les efforts en ce sens doivent être fournis par tous !

Les personnes responsables de la vente de goûters au sein de l'établissement peuvent choisir les aliments parmi les catégories présentées ci-dessous.

Rappel des recommandations :

- Le snack est ouvert au maximum 3 fois par jour :
 - 1 fois avant l'entrée en classe (petit-déjeuner)
 - 1 fois à la 1^{ère} récréation du matin
 - 1 fois l'après-midi (à la sortie de classe)
- La vente d'eau est obligatoire
- Les aliments proposés à la vente sont peu gras et peu sucrés, à base de fruits ou de lait
- Les portions servies sont adaptées à l'âge des enfants
- Une convention appropriée est mise en place si un commerçant est chargé de la vente (cf « modèle de convention avec un commerçant »)

Au goûter du matin ou de l'après-midi :	Taille approximative. de la portion
A base de fruits	
Fruits frais, entiers ou découpés	100g
Fruits cocktail (si possible au sirop allégé en sucre)	1 pot
Compote de fruits « sans sucre ajouté »	1 pot
Jus de fruits « 100% pur jus » ou « sans sucre ajouté »	1 verre ou 1 briquette
Esquimau élaboré avec du jus de fruits « 100% pur jus » ou « sans sucre ajouté »	1 verre
Crêpes aux fruits (type crêpe banane, peu gras)	1 crêpe
A base de lait	
Lait ½ écrémé nature ou aromatisé	1 verre ou 1 briquette
Yaourt	1 pot
Yaourt à boire	1 petite bouteille
Fromage blanc (si nature, possibilité de le sucrer avec 1 cuil. à café de confiture, de miel, etc.)	1 pot
Lait gélifié (type « Mona »)	1 pot
Petit suisse (type « petit coquin »)	1 pot
Fromage sur 1 rondelle de pain (fromage fondu type « Vache qui rit », « Kiri »ou « Chesdale », autres fromages type gruyère, brie, etc.)	2 rondelles de pain
Far breton aux fruits (à base de lait, d'œuf et de farine, peu sucré)	5x5 cm

Au petit-déjeuner :

Si le commerçant souhaite ouvrir avant la classe, il pourra vendre les types d'aliments cités sur la page précédente (pour le goûter), auxquels il pourra ajouter les aliments spécifiques au petit-déjeuner tels que les produits suivants :

Type de produit	Indications	
Boisson chaude	-lait nature ou chocolaté	
Pain coco	-sans beurre tartiné	
Tartine de pain ou panini ou crêpes légèrement garnies	-beurre, confiture, beurre-confiture -fromage (sans beurre) -chocolat (carrés de chocolat en tablettes ou pâte à tartiner), sans beurre dessous -beurre de cacahuète (sans beurre) -pâté (sans beurre)	
Casse-croûte ou sandwich équilibré, sans sauce à ajouter	-avec crudités -légère couche de mayonnaise ou de beurre -sans frites -viande au choix (jambon, thon, poulet, etc.)	
Céréales	-privilégier les céréales peu sucrées -possibilité de les proposer accompagnées de lait	

La vente d'aliments dans l'enceinte des établissements du second degré

Les règles de l'équilibre alimentaire sont enseignées dans le cadre du programme scolaire depuis la maternelle. Dans cette logique, les aliments qui sont vendus au sein des établissements scolaires doivent être en cohérence avec les principes nutritionnels enseignés. Les efforts en ce sens doivent être fournis par tous I

Les personnes responsables de la vente de goûters au sein de l'établissement peuvent choisir les aliments parmi les catégorles présentées ci-dessous.

Rappel des recommandations :

- La vente d'eau est obligatoire
- Les aliments vendus sont peu gras, peu sucrés, de préférence à base de fruits ou de lait
- Une convention appropriée est mise en place si un commerçant est chargé de la vente (cf « modèle de convention avec un commerçant »)

	Indications		
A base de fruits			
Fruit	-frais, entiers ou découpés, salade de fruits sans sucre ajouté -en conserve, égouttés -en compote « sans sucre ajouté »		
Esquimau « maison » à base de jus de fruits	-jus de fruits « sans sucre ajouté » ou « 100% pur jus »		
Crêpe aux fruits (type crêpe banane)	-de préférence cuites dans peu d'huile		
Tarte aux fruits	-avec une dominante de fruits -pas de crème pâtissière -possibilité de mettre de la compote sous les fruits		
	A base de lait		
Lait ½ écrémé	-au verre ou en briquette		
Milk-shake aux fruits	-à base de lait et de fruit, avec peu ou pas de sucre selon le fruit utilisé -sans ice-cream ni de crème fraîche		
Yaourt	-possibilité d'ajouter de la confiture, du miel, etc. aux yaourts natures (1 cuil à café)		
Fromage blanc	-possibilité d'ajouter de la confiture, du miel, etc. aux fromages blancs natures (1 cuil à café) -possibilité de proposer le fromage blanc nature parsemé de muesli sucré (moins de muesli que de fromage blanc)		
Far breton ou clafoutis aux fruits	-à base de lait, d'œuf et de farine, peu sucré -sans crème fraîche		
Lait gélifié	-du commerce (type « Mona »)		
Tartine de fromage (gratiné possible)	-sans beurre sur le pain -agrémenté de légumes si possible (type rondelle de tomate)		

A base de féculent		
Biscuit sec	-sans crème de nappage ou de fourrage (type petits-beurres, palets coco ou amande, etc.)	
Gâteau ou muffins aux fruits	-privilégier les recettes peu grasses et peu sucrées -sans crème ni chantilly	
Pain coco	-nature	
Pain + carrés de chocolat	-chocolat noir -sans beurre sur le pain	
Panini	-sucré : ne pas mettre de beurre sous le chocolat ou la pâte à tartiner -salé : mettre peu de matière grasse et privilégier les viandes maigres ¹ et les légumes.	
Casse-croûte	-privilégier les viandes maigres -présence obligatoire de crudités² en quantité importante -utiliser peu de matières grasses ou de sauces -sans frites -possibilité de varier les goûts avec des épices et des condiments³	
Pizza	-présence obligatoire de légumes ⁴ et de fromage -sans crème fraîche -sans pomme de terre	
Quiche	-présence obligatoire de légumes -à base d'œuf et de lait, sans crème fraîche	
Burger	-présence obligatoire de crudités -peu de sauce -servi sans frites	
Plats froids en barquette	-présence obligatoire de légumes Ex : salade composée+pain, poisson cru+riz, salade de riz, salade de pâtes, taboulé, rouleaux de printemps, sushis, etc.	
Plats chauds en barquette	-présence obligatoire de légumes -peu de matières grasses de cuisson	

¹Viandes maigres. Exemples : jambon blanc sans couenne, poulet, omelette, steak haché peu gras, etc. L'omelette et le steak haché devront être cuits dans très peu d'hulle.

²Crudités. Exemples : salade, carotte, concombre, tomate, etc.

³Epices et condiments. Exemples : curry, 5 épices, moutarde, herbes aromatiques, etc.

⁴Légumes (à cuire). Exemples : tomate, oignon, champignon, poivron, épinard, carotte, olive, etc.

La vente d'aliments pour financer un projet pédagogique

Pour financer un projet pédagogique, vous avez décidé de vendre des gâteaux. L'école se devant d'être un modèle en matière d'éducation à la santé, les pâtisseries proposées doivent être obligatoirement à base de fruits (frais, en conserve ou surgelés) et ne contenir ni crème (crème au beurre, crème pâtissière, etc.), ni glaçage, ni chantilly.

Quelques suggestions:

Gâteau au yaourt aux fruits

Mélanger 1 pot de yaourt, 3 œufs, 3 pots de farine, 2 pots de sucre, ½ pot d'huile, 1 sachet de levure, fruits au choix.

Mettre au four 30 min.

Tarte aux pommes

Sur une pâte brisée ou sablée, étaler de la compote puis disposer les pommes par dessus (environ 4 pommes coupées en rondelles). Mettre au four 30 min.

Clafoutis aux fruits

Mélanger 3 œufs, ½ verre de sucre,1 verre de farine, 1 verre de lait, 1 sachet de sucre vanillé. Verser sur les fruits et mettre au four 20 min.

Flan aux fruits

Mélanger 3 œufs, 50g de sucre, 100g de farine, ½ litre de lait, 1 sachet de sucre vanillé. Verser sur les fruits et cuire 30 min.

Pour financer un projet pédagogique, il y a d'autres solutions que la vente alimentaire à envisager, comme par exemple la vente de cartes réalisées par les élèves, la vente de plantes ...

Que proposer pendant les sorties culturelles ou sportives ?

L'école est un lieu d'apprentissage des règles de l'équilibre alimentaire. De ce fait, les aliments distribués durant le temps scolaire doivent être en cohérence avec les principes nutritionnels enseignés.

Vous emmenez votre classe en sortie scolaire ? Voici quelques idées de goûter que vous pouvez proposer à vos élèves ...

Boissons

Préférez de l'eau ou une citronnade sans ajouter de sucre, plutôt que des jus ou limonades.

Collation (non obligatoire)

Privilégiez un fruit ou un produit laitier !

Pensez aux fruits entiers, faciles à transporter et qui ne nécessitent pas de préparation : banane, pomme, orange... Les compotes en pot individuel ou à boire conviennent également à un goûter équilibré.

De même, les briquettes de lait nature ou aromatisé, sont faciles à transporter et à conserver.

Evitez les barres chocolatées, biscuits, viennoiseries, paquets de chips, chinoiseries, etc. qui ne sont pas adaptés (trop gras et trop sucrés).

Les règles d'hygiène pour éviter de contaminer les aliments et pour éviter d'intoxiquer les consommateurs

Cette fiche de synthèse a pour objectif d'aider les personnes en charge des goûters à connaître les règles de base permettant d'éviter la contamination des aliments servis aux élèves. Cette fiche sert également de support aux chefs d'établissements pour asseoir les exigences minimales demandées aux commerçants qui vendent des aliments au sein de leur structure scolaire.

Les informations ci-dessous résument les prescriptions réglementaires qui sont plus complexes. Afin de les compléter, vous êtes invités à vous rendre sur le site www.lexpol.pf pour consulter les textes suivants : Arrêté n°746/ER du 05/11/1978, Arrêté n°1116/CM du 06/10/2006, Arrêté n°1750/CM du 14/10/2009, Arrêté n°184/CM du 07/02/2010. Vous pouvez également contacter le Centre d'hygiène et de salubrité publique de Papeete ou l'antenne de votre archipel.

Lorsque je fals mes achats ou lorsque je me fals livrer :

- Je vérifie que :
 - o sur l'étiquetage, la DLC (date limite de consommation) n'est pas dépassée ;
 - les aliments ne sont pas souillés,
 - les emballages sont intacts,
 - o le sous-vide n'est pas fuité
- Pour les aliments congelés, je vérifie en plus :
 - o qu'ils ne sont pas décongelés,
 - qu'i n'y a pas de trace de décongélation-recongélation : déformation des emballages, présence de beaucoup de givre ou glace, prise en bloc des aliments, présence de liquide congelé en partie basse du conditionnement.

Si je constate une anomalie, je n'achète pas les denrées ou je demande au fournisseur de les reprendre.

Lorsque je transporte de la nourriture (juste après l'achat ou en allant sur le lieu de travail) :

- Je respecte la chaîne du froid : je transporte les aliments frais ou congelés dans une glacière avec de la glace ou des pains de glace gelés.
- Je dispose d'un thermomètre pour vérifier que la température est respectée : 0°C à +4°C pour les denrées réfrigérées et -18°C pour les denrées congelées.

Lorsque je range mes denrées :

- Je range d'abord les aliments congelés puis la viande et le poisson puis les autres aliments.
- Je les range en fonction de la température dans mon réfrigérateur => voir notice. S'il s'agit d'un réfrigérateur à froid ventilé, la température est plus homogène.
- Je ne recongèle JAMAIS des denrées décongelées.

- J'enlève les gros emballages avant de stocker les aliments au frais si je ne possède qu'une seule chambre froide, car les gros emballages sont souillés (ils portent des microbes).
- Si je possède plusieurs enceintes froides ou glacières, je range les denrées par niveau de propreté :
 - une enceinte froide « sale »: légumes bruts, fruits, œufs, bouteilles et boîtes de conserves si stockées au froid ;
 - o une enceinte froide « Intermédiaire »: tous les produits en carton ;
 - une enceinte froide « propre »: toutes les denrées stockées filmées, en poche, en boîte.
 - je sépare les matières premières des produits finis, notamment les produits crus des produits cuits pour éviter les contaminations croisées.
- Je protège les aliments nus dans une boîte hermétique ou avec du papier film lorsque je les range au réfrigérateur. Les microbes pourraient être transmis d'un aliment contaminé à un autre dans le réfrigérateur.
- Je garde l'étiquette des aliments (avec DLC, N° de lot, etc.). Je les mets dans les boîtes hermétiques ou dans le papier film.
- Je range les denrées sèches dans un lieu propre, clos, aéré, à l'abri des insectes et des animaux.
- Je vérifie que la température du réfrigérateur est comprise entre 0°C et +4°C et que le congélateur est à -18°C. J'achète un thermomètre pour vérifier la température régulièrement. Si la température n'est pas respectée, je dois régler l'appareil. Sinon, cela signifie qu'il y a une panne : l'appareil est à réparer ou à changer.
- Si j'utilise des glacières pour stocker les aliments, je vérifie que la température est toujours comprise entre 0°C et +4°C. Si elle ne l'est pas, je dois remettre de la glace plus souvent, ou je dois renouveler mes pains de glace gelés.
- Je ne pose pas de denrées à même le sol.

Lorsque j'équipe ma cuisine et/ou ma roulotte :

- Les plans de travail sont constitués de matériaux non-poreux faciles à nettoyer et à désinfecter (de type inox de préférence).
- Je dispose des enceintes froides et/ou chaudes, équipées d'un thermomètre, en nombre suffisant pour y stocker tous les aliments : pas de stockage à température ambiante.
- J'installe un lave-mains à commande non-manuelle (possibilité de se doter de lavemains portatifs pour la roulotte), avec du savon pour les mains et de quoi se sécher les mains de manière hygiénique (essuie-mains à usage unique ou serviettes changées plusieurs fois dans la journée).
- Je raccorde mes lave-mains au réseau de traitement des eaux usées personnel ou communal, ou à défaut je collecte les eaux usées.
- Je possède une ou plusieurs poubelles fermées à commande non-manuelle.
- Je prépare tous les aliments à l'intérieur de la roulotte. Seule exception, je peux cuire les aliments à l'extérieur de la roulotte, au wok et au barbecue.
- Pour la roulotte je peux laver la vaisselle à l'extérieur. Si je n'ai pas d'équipement pour cela ou pas de raccordement à un réseau de traitement des eaux usées, je conserve ma vaisselle sale dans un bac dédié uniquement à cet effet.

Lorsque je prépare la nourriture dans ma cuisine professionnelle :

- Je travaille avec les mains toujours propres : je me lave les mains avec du savon, aussi souvent que nécessaire. Les mains sont mes outils de travail, elles servent à toucher de nombreuses choses et par conséquent, elles peuvent transmettre des microbes d'un endroit à un autre.
- Je me lave les mains avec du savon dès que :
 - o Je commence à travailler
 - o Je sors des toilettes
 - Je reprends le travail après une pause
 - J'ai touché un objet souillé : la poubelle, un carton ou un autre un emballage, le téléphone, l'argent, etc.
 - o Je manipule un aliment à risque : un fruit ou un légume non rincé, des œufs, etc.
 - Je touche: ma bouche, mon nez, mes yeux, mes cheveux, la main d'un ami, etc.
- J'utilise du matériel hygiénique : j'utilise des plats en bon état et facilement lavables (éviter les plats en plastique car ils sont difficiles à nettoyer correctement), je n'utilise pas des cartons ou des bacs de récupération pour poser mes denrées car ils sont souillés.
- Je travaille avec du matériel propre et un plan de travail propre : je lave le matériel (planche, couteau, cuillère, marmite, etc.) et le plan de travail aussi souvent que nécessaire car ils peuvent transmettre des microbes d'un aliment à un autre. J'utilise de l'eau chaude et un détergent pour dégraisser. J'achète de préférence un produit professionnel détergeant et désinfectant car il est plus efficace.

Attention I La javel ne nettole pas. C'est un désinfectant qui n'est efficace que si on l'utilise après avoir nettoyé avec un détergent. Il ne faut pas mélanger la javel avec un autre produit car cela la détruit et cela peut créer des gaz toxiques.

- Je décongèle les aliments en toute sécurité, JAMAIS à température ambiante :
 - soit je décongèle les aliments au réfrigérateur : je sors les aliments du congélateur et les place au réfrigérateur un jour ou deux jours avant de les utiliser.
 - soit je décongèle les aliments directement en les cuisant.
- Il est déconseillé de congeler un aliment acheté frais ou préparé par mes soins sauf si je dispose d'une cellule de refroidissement et de congélation.
- Je ne laisse pas les denrées contenant des produits d'origine animale à température ambiante : je range les denrées au frais (0°C à +4°C) dès que possible après manipulation et je maintiens les plats chauds à plus de +65°C. Lors du service, la température peut remonter jusqu'à +10°C si cela dure moins de 30 minutes.
- Je porte des vêtements propres et une coiffe propre (pour retenir les cheveux). Je m'attache les cheveux s'ils sont longs.
- J'évite de contaminer les aliments avec mes microbes : j'évite de tousser, d'éternuer ou de parler au dessus des aliments, je ne mange pas de chewing-gum, je ne fume pas en cuisine, je ne goûte pas les plats avec les doigts ou avec une cuillère qui a déjà servi à goûter, j'évite de me toucher le visage.

Lorsque je sers les clients :

- Je protège les sauces dans des récipients fermés.
- Je ne laisse pas mes sauces à base de crème ou de lait à température ambiante plus de 30 min. Je les conserve au frais (0°C à +4°C) ou au chaud (+65°C).
- Je ne touche pas les aliments après avoir touché l'argent (utiliser une main pour chaque, ou dédier une personne à l'encaissement).
- Je protège les aliments exposés à température ambiante de la contamination (mouches ou autres insectes, clients).
- J'utilise des pinces ou des pelles pour saisir les aliments.
- Si je stocke des plats prêts à être consommés (à base de denrées animales), je les stocke soit dans un vitrine réfrigérée, soit dans une vitrine chauffante dont je vérifie régulièrement la bonne température.

Lorsque j'ai fini le service :

- Tous les jours :
 - o je nettole et je désinfecte : poubelles, glacières, plan de travail, sol, murs, tables des clients.
 - o je sors les poubelles pour qu'elles soient collectées par la commune.
 - je ne garde pas pour le service du lendemain des aliments qui n'ont pas été stockés dans de bonnes conditions ou qui ont été stockés au chaud durant toute la journée.
 - je nettole avec attention la vaisselle et le petit matériel de cuisine. Une fois lavés, je les stocke à l'abri des contaminations (poussières, insectes, rongeurs, etc.).
- Au moins une fois par semaine, je nettoie et je désinfecte mes réfrigérateurs et mes congélateurs. Je dépoussière régulièrement le radiateur des enceintes froides,

Mon hygiène personnelle :

- J'ai les ongles courts et propres.
- Je soigne et je protège mes plaies avec un pansement et un gant changés régulièrement.
- Je vais chez le médecin lorsque j'ai une angine, la diarrhée, des vomissements ou une plaie infectée : il me dira si je dois cesser temporairement mon activité afin de ne pas contaminer les aliments.
- Chaque année, j'effectue une visite médicale spécifique aux personnes qui manipulent les aliments.

MODELE DE CONVENTION avec un commerçant

Convention
entre représenté par M./Mme
et et
l'école/le collège/le lycée représenté par M./Mme
1. Objet de la convention :
Le milieu scolaire est un cadre de vie où sont enseignées les règles de l'alimentation saine et de protection de l'environnement depuis la maternelle. Les efforts en ce sens doivent être fournis par tous.
Ainsi, la vente d'aliments au sein des établissements scolaires doit être le reflet d'habitude saines en terme de qualité nutritionnelle, de qualité hygiénique, de rythme alimentaire et de quantité.
En outre, les moyens permettant d'assurer la propreté des lieux devront être mis en oeuvre.
2. Formalités administratives
Le commerçant répond aux exigences réglementaires relatives à son commerce alimentaire :
 CCISM : patente n° Centre d'hygiène et de salubrité publique : récépissé ou autorisation d'exploitation n°
(une copie des documents cités ci-dessus sera jointe à cette convention).
3. Nature des aliments proposés à la vente :
La liste des aliments proposés à la vente est discutée entre le/les représentant(s) de l'établissement et le commerçant. Cette liste doit respecter les recommandations établies pa les autorités sanitaires (voir fiches techniques « la vente d'aliments dans les écoles du premier degré » ou « la vente d'aliments dans les établissements scolaires du second degré »).
Le commerçant s'engage à vendre uniquement les denrées alimentaires suivantes : - Eau
~

Les quantités servies devront être adaptées à l'âge des élèves.

4. Fréquence d'ouverture du commerce (si école primaire) :

Le snack sera ouvert au maximum 3 fois par jour :

- le matin avant le début de la classe (7h00)
- à la 1ère récréation du matin (9h)
- à la sortie de classe (15h30)

5. Hygiène des aliments :

Toutes les précautions concernant l'hygiène du personnel, l'hygiène des manipulations, l'hygiène du matériel et l'hygiène des locaux seront mises en œuvre. Elles sont résumées dans la fiche « les règles d'hygiène » élaborée par la Direction de la santé.

6. Propreté des lieux :

Une poubelle propre sera mise à disposition des élèves par le commerçant durant les horaires d'ouverture du snack.

Le commerçant veillera à conserver les abords du local exempts des emballages produits par son activité.

7. Modalités de location :

8. Durée de la convention et dénonciation :

La présence du commerçant au sein de l'établissement scolaire est consentie en contrepartie du versement d'un loyer annuel/mensuel s'élevant à Fcfp. Le commerçant s'engage à maintenir le local propre et en bon état.

La présente convention prend effet le	usqu'auires à tout moment.
M./Mme(commerçant)	Etablissement
	Chef d'établissement

M./Mme

Pour toute information complémentaire ou pour tout accompagnement nécessaire à l'application de ces recommandations, veuillez contacter les professionnels de santé en charge de la prévention.

Département des programmes de prévention Bureau des maladies liées au mode de vie

Tel: 48.82.09 - email: bertrand.solene@sante.gov.pf

Cellule d'éducation pour la santé de l'hygiène scolaire (de Mahina à Faaa)

Tel:50.91.46 - email:rose.rochais@sante.gov.pf

Cellule de promotion de la santé de Tahiti Nui

Tel: 42.66.66 - email: sante.kiosque@mail.pf

Cellule de promotion de la santé de Tahiti Iti

Tel:54.77.74 - email:sylvie.williams@sante.gov.pf

Cellule de promotion de la santé de Mooera-Maiao

Tel:55.22.51 – email:jean-paule.teinaore@sante.gov.pf

Cellule de promotion de la santé des lles-sous-le-vent

Tel: 66.29.15 - email: sylvana.tiatoa@sante.gov.pf

Cellule de promotion de la santé des Australes

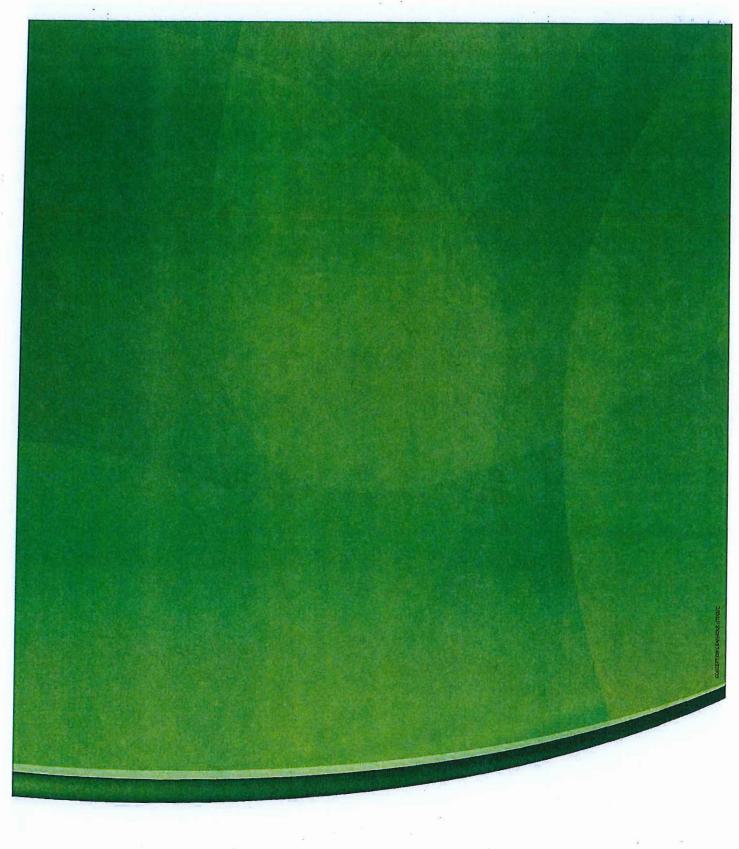
Tel: 93.22.54 - email: patricia.anania@sante.gov.pf

Cellule de promotion de la santé des Marquises

Tel: 92.07.76 - email: raymonde.falchetto@sante.gov.pf

Cellule de promotion de la santé des Tuamotu-Gambier

Tel: 54.32.46 - email: annie.duval@sante.gov.pf



1

m ·

CONCEPTION ÉDITORIALE : SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES, DU CONTRÔLE ET DE L'ÉVALUATION
CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE : SERVICE DE LA COMMUNICATION, DU PROTOCOLE ET DE LA SÉCURITÉ
SERVICE INFORMATIQUE ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION
PHOTOGRAPHIES : DROITS RÉSERVÉS

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE - SEPTEMBRE 2018



R A P P O R T M I S S I O N D'ÉVALUATION

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE



Rue du Docteur Cassiau - BP 28 - 98713 Papeete Tahiti

Téléphone : (00 689) 40 41 63 00 Courriel : bureau_courriers@assemblee.pf Site internet : www.assemblee.pf