https://www.lelaboratoiredelarepublique.fr/

07/10/2025

Réinventer la prévention : l'union sacrée de la santé scolaire et de la santé au travail au service de la santé publique

David Smadja[1,2] et Jean Paul Thonier[3]

1 : Université Paris Cité, Inserm PARCC et Hôpital Européen Georges Pompidou
2 : Responsable du groupe santé du Laboratoire de la république
3 : Président-fondateur du cabinet de conseil en santé Cheers

Résumé :

En France, la prévention en santé est largement sous-financée et négligée : moins de 2 % des dépenses y sont consacrées, contre 8 % au Danemark. Trop souvent centrée sur le soin curatif, notre politique ignore la nécessité d'agir en amont pour préserver la santé tout au long de la vie. Résultat : une espérance de vie en bonne santé qui stagne à seulement 67 ans pour les femmes et 65,6 ans pour les hommes. La santé scolaire et la santé au travail représentent deux leviers majeurs pour inverser cette tendance. La santé scolaire, pilier oublié, doit devenir un véritable filet de sécurité pour nos enfants : protéger, écouter, dépister précocement les troubles et lutter efficacement contre le harcèlement. Son intégration au Ministère de la Santé, un renforcement massif des moyens et une meilleure coordination territoriale sont essentiels pour transformer l'école en un lieu sûr et bienveillant. La santé au travail, quant à elle, couvre la population active durant plus de 40 ans : elle possède un réseau dense, un financement majoritairement privé et un potentiel énorme pour promouvoir une santé préventive, prédictive et connectée. Pour réussir, nous devons décloisonner ces deux sphères et construire un continuum préventif cohérent : accompagner chaque enfant pour qu'il devienne un adulte en bonne santé, et protéger l'adulte pour qu'il reste actif et épanoui.
Il est temps de dépasser les discours : misons sur cette « Union sacrée » pour la prévention, et transformons enfin les constats en actes.

État des lieux - Réinventer la prévention : un impératif collectif

Face aux défis sanitaires croissants, la prévention devrait s'imposer comme notre priorité absolue. Pourtant, la France figure parmi les mauvais élèves de l'Europe : elle consacre moins de 2 % de ses dépenses de santé à la prévention, contre 8 % au Danemark. Ce retard traduit une préférence nationale marquée pour la réaction plutôt que l'anticipation. Dans l'imaginaire collectif, la santé reste synonyme de soins : les débats publics se cristallisent autour de l'hôpital, des médecins, pharmaciens, biologistes — dont le rôle a été central durant la pandémie de COVID-19 —, des infirmiers, et des éternelles querelles entre public et privé, ou entre soins et médico-social. Cette profusion d'acteurs et de perspectives finit par fragmenter la réflexion, empêchant l'émergence d'une vision unifiée et cohérente.

Face à l'urgence des crises, les décisions politiques oscillent, peinant à s'attaquer à un sujet aussi complexe qu'essentiel. Résultat : un patchwork de mesures dispersées, sans cap global, où la santé et l'accès aux soins deviennent des leviers politiques ballottés entre peurs et corporatismes. Michel Crozier résumait parfaitement ce biais en observant notre propension à « se précipiter vers la solution sans avoir pris le temps de poser le problème » (1).

Aujourd'hui, il devient urgent de repenser la santé dans une approche globale, tout au long de la vie, en dépassant la simple logique curative. Il faut passer d'une médecine de la réparation à une médecine de la préservation, renforcer la santé individuelle et mentale, et agir en amont plutôt que de multiplier les interventions tardives et coûteuses. La refonte du système de prévention doit ainsi être totale, ambitieuse et résolument tournée vers l'avenir.

En France, l'espérance de vie atteint 85,4 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes. Pourtant, l'espérance de vie en bonne santé chute drastiquement : 67 ans pour les femmes et 65,6 ans pour les hommes (2). Cet écart frappant pourrait être considérablement réduit grâce à des politiques de prévention et de dépistage mieux structurées, continues et adaptées.

Deux domaines particulièrement négligés cristallisent cette carence : la santé scolaire et la santé au travail.

La santé scolaire constitue un levier stratégique pour assurer la santé globale des enfants et adolescents. Elle devrait s'articuler autour de trois axes fondamentaux : la santé physique, la santé mentale, et la prise en charge précoce des vulnérabilités. Alors que 2025 a été déclarée « Grande cause nationale » pour la santé mentale, repenser la santé scolaire est impératif

pour renforcer sa capacité d'action préventive. Le harcèlement scolaire, qui continue de miner le bien-être des jeunes, en est une illustration dramatique : il révèle la nécessité urgente de dispositifs plus cohérents, intégrés et protecteurs.

La santé au travail, quant à elle, représente un puissant levier pour protéger la santé des actifs, prévenir l'usure professionnelle et promouvoir un environnement de travail épanouissant. À l'heure où la santé mentale des travailleurs se fragilise et où de nouveaux risques émergent (télétravail, hyperconnectivité, précarisation), il est indispensable d'intégrer la prévention dès le milieu professionnel, tout au long de la vie active.

Par ailleurs, en 1994, la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été transférée au ministère chargé de la santé, qui, en coopération avec le ministère de la justice, s'efforce depuis de garantir un égal accès aux soins dans les établissements pénitentiaires (3). Cette évolution, marquée par une consolidation de l'offre de soins et une collaboration renforcée, constitue un exemple de décloisonnement qui pourrait inspirer d'autres secteurs.

Cette note ambitionne de proposer une refonte globale, cohérente et intégrée de la prévention, fondée sur deux piliers essentiels : la santé scolaire et la santé au travail. Ensemble, ils tracent les contours d'une véritable « Union sacrée » pour la prévention, plaçant la santé — dans toutes ses dimensions, physique, mentale et sociale — au cœur du projet collectif.

1- Santé scolaire et santé mentale : répondre aux défis du bien-être des élèves en 2025

La santé mentale des élèves, fragilisée par de multiples pressions sociétale, éducative voire familiale, doit devenir une priorité absolue de la politique éducative et sanitaire. Pourtant, la santé scolaire, premier rempart pour détecter et accompagner ces fragilités, reste aujourd'hui largement sous-dotée et sous-valorisée. Les infirmières scolaires, véritables piliers du système, font un travail remarquable dans des conditions souvent difficiles. Leur présence quotidienne dans les établissements offre aux jeunes un premier point de contact essentiel pour des problèmes de santé variés. Toutefois, malgré leur engagement et leurs efforts constants, les infirmières et l'ensemble des équipes de santé scolaire ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour mener à bien leur mission. Actuellement, avec un médecin scolaire pour 13 000 élèves, un psychologue pour 1 500 et un infirmier pour 1 300, les ressources allouées à la santé scolaire sont largement insuffisantes pour répondre aux besoins, transformant l'école en véritable désert médical (4). Cette insuffisance de personnel réduit la capacité d'intervention en matière de santé mentale, de prévention du harcèlement et de suivi des jeunes en difficulté.

De nombreux rapports convergent sur le même constat alarmant…

Dès 2017, un rapport de l'Académie nationale de médecine dénonçait l'absence de pilotage, de gouvernance et d'évaluation dans ce domaine (5). Il proposait d'universitariser la médecine scolaire en créant un enseignement dédié sous forme de Formation Spécialisée Transversale, d'assurer un examen de santé systématique à l'âge de six ans, d'instaurer un système de santé scolaire intégré sous une gouvernance conjointe entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, et de renforcer l'attractivité du métier grâce à une revalorisation statutaire et à de meilleures conditions d'exercice. En 2020, la Cour des comptes critiquait à son tour un pilotage trop cloisonné, une attractivité insuffisante de la fonction, d'importantes disparités territoriales et un manque d'évaluation des actions menées (6). Elle appelait à renforcer le pilotage central, à améliorer les conditions de travail et la formation continue, et à

développer des partenariats avec la médecine libérale. En 2022, le rapport conjoint IGAS/IGESR dressait une cartographie complète du dispositif de santé scolaire, depuis son histoire jusqu'à la répartition actuelle des effectifs. Il relevait un cadre normatif obsolète, difficilement lisible, et recommandait de redéfinir les missions des personnels et de clarifier leurs statuts. Il soutenait la nécessité d'un changement structurel profond, à condition d'y associer des financements adéquats, des formations solides, et une coordination nationale renforcée (7). En 2023, un rapport d'information de l'Assemblée nationale soulignait déjà l'inefficacité structurelle du dispositif, le manque de professionnels, et la nécessité d'une refondation stratégique. Il plaidait pour une simplification des missions, un renforcement du binôme médecin-infirmier, et une clarification des priorités nationales (8). Un rapport du Sénat publié en 2024 allait plus loin en proposant de transférer la médecine scolaire aux départements volontaires. Cette expérimentation visait à tirer parti des synergies avec les services de PMI, à mutualiser les ressources humaines et à adapter l'organisation aux réalités locales. Le transfert, non obligatoire, serait encadré par convention entre l'État et les départements. À ce jour, 19 départements se sont portés volontaires pour tester ce dispositif (9).

Dans le même temps, une commission de l'Assemblée nationale publiait un rapport d'alerte sur la place centrale mais insuffisamment exploitée de la santé scolaire dans la lutte contre le harcèlement (4). Ce phénomène, qui touche plus de 5 % des élèves, est aggravé par les réseaux sociaux. Les rapporteures appelaient à un renforcement des moyens humains et structurels, à une revalorisation salariale, à la création de postes et à la mise en place d'une visite psychologique obligatoire en classe de 4e. Le rapport rejetait clairement toute décentralisation de la santé scolaire, défendant au contraire un pilotage national renforcé comme garantie d'égalité sur l'ensemble du territoire.

Certaines propositions concrètes formulées dans ces rapports restent inapplicables tant que la santé scolaire et la santé en général relèvent de deux administrations distinctes. L'interopérabilité des logiciels entre les systèmes de santé et ceux de l'Éducation nationale exige une coordination étroite sur les plans technique, juridique et fonctionnel, impossible en l'état actuel. L'intégration des personnels de santé scolaire dans les CPTS, et leur coopération avec les CMP ou les maisons des adolescents, ne peut aboutir sans décloisonnement

institutionnel et gouvernance partagée. Enfin, la création de passerelles professionnelles entre l'hôpital, la médecine de ville et les établissements scolaires implique une vision unifiée de la gestion des carrières. Sans articulation entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, aucune fluidité ni mutualisation des compétences ne peut être envisagée.
Ces constats convergent vers une conclusion claire : la réforme de la santé scolaire nécessite une refonte en profondeur de sa gouvernance, qu'il s'agisse de la mise en place d'une tutelle unique ou d'un pilotage interministériel effectif.

2- Constatation et enjeux : la santé au travail, levier clé pour une prévention intégrée

La loi du 11 octobre 1946 constitue le véritable acte fondateur de la médecine du travail en France (10). Elle a instauré l'obligation pour toutes les entreprises privées de disposer d'un dispositif médical chargé de prévenir la dégradation de la santé des salariés liée à leur activité professionnelle. Cette loi a également posé les bases organisationnelles des services de médecine du travail, confiés à la responsabilité des employeurs et des branches professionnelles. Durant plus de soixante ans, ces services, profondément marqués par une culture médicale centrée sur l'individu, se sont majoritairement limités à une prestation perçue comme unique : la visite médicale d'aptitude. La directive européenne 89/391/CEE du Conseil, adoptée en 1989, a bouleversé cette logique en prônant une approche collective et préventive de la santé au travail. Longtemps perçue comme une contrainte réglementaire, la santé au travail et la prévention des risques professionnels sont désormais des sujets centraux dans le débat public, régulièrement relayés par les médias et intégrés aux priorités managériales et stratégiques des entreprises.

Aujourd'hui, la santé au travail recouvre une large palette de problématiques : le développement rapide des troubles musculo-squelettiques, devenus la principale cause de maladies professionnelles, l'apparition des risques psychosociaux, difficiles à objectiver et à mesurer, ou encore les risques émergents liés aux nouvelles technologies comme les nanomatériaux, les expositions chimiques ou bactériologiques. À cela s'ajoutent l'évolution

des modes d'organisation du travail — auto-entrepreneuriat, télétravail, ubérisation — ainsi que l'allongement de la durée de vie professionnelle, soulevant la question de la pénibilité et du maintien en santé jusqu'à un âge avancé. La crise du COVID-19 a encore renforcé la prise de conscience collective du lien intime entre santé et travail. Les entreprises tendent ainsi à dépasser la vision punitive et purement réglementaire de la santé au travail pour l'intégrer dans une stratégie globale de gestion des risques. Pour certaines, elle s'inscrit désormais dans le cadre plus large de la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) et devient même un facteur différenciant de compétitivité grâce au bien-être des salariés.

Cependant, la santé au travail reste une « révolution permanente », toujours inachevée. Entre 2004 et 2021, quatre réformes majeures ont tenté d'y apporter des réponses : la réforme de 2004 a espacé la visite médicale obligatoire à deux ans et mis l'accent sur la pluridisciplinarité. Celle de 2011-2012 a donné la priorité à la prévention collective en transférant la mission de prévention aux services de santé au travail eux-mêmes, réduisant ainsi le rôle isolé du médecin du travail. La loi El Khomri de 2016 a marqué un tournant en supprimant la visite médicale d'aptitude systématique, remplacée par des visites d'information et de prévention, espacées jusqu'à cinq ans, sauf pour les métiers à risque. La réforme la plus récente, lancée en 2018 par le Premier ministre Édouard Philippe (rapport Lecocq en 2018) (11) avait pour ambition de repenser profondément le système en intégrant tous les acteurs publics et privés. Pourtant, elle n'a finalement concerné que les Services de Santé au Travail Interentreprises, rebaptisés SPSTI. Les autres acteurs, notamment publics, ont été laissés de côté. Malgré des avancées, de nombreuses marges de progression subsistent. Les SPSTI restent 200 structures majoritairement locales, incapables d'offrir une réponse coordonnée aux grandes entreprises multisites ou multi-établissements. Les directions des ressources humaines peinent à piloter une politique cohérente de santé au travail à l'échelle nationale, à mutualiser les données issues des sites, et à déployer des outils numériques ou d'intelligence artificielle pourtant essentiels pour prévenir les risques et orienter les actions. Contrairement à d'autres secteurs, il n'existe pas d'acteurs nationaux structurés, comparables à des organisations comme SOCOTEC ou APAVE dans le domaine de la sécurité.

Enfin, la complexité du pilotage institutionnel, souvent qualifié de « mille-feuille administratif », nuit à la lisibilité et à l'efficacité du système. Entre le ministère du Travail, les partenaires sociaux, la CNAM, l'ANACT ou l'INRS, les missions se chevauchent, parfois doublonnées, au détriment d'une vision unifiée et d'une action cohérente. Un recentrage sur les objectifs de santé publique, fondé sur une gouvernance simplifiée et des partenariats renforcés, apparaît indispensable pour libérer le plein potentiel de la santé au travail et contribuer pleinement à la santé globale de la population active.

Propositions : Osons le changement !

1- **Réinventer la santé scolaire pour en faire un acteur central de la santé publique : un engagement pour la jeunesse et la prévention**

Repenser en profondeur la gouvernance de la santé scolaire

Il est nécessaire de reconnaître pleinement la santé scolaire comme un acteur à part entière du système de santé, et non plus comme un simple dispositif d'appoint limité à l'univers éducatif. Confier la santé scolaire au Ministère de la Santé pourrait insuffler un nouvel élan à cette mission. Ce changement permettrait d'avoir un statut des médecins, des infirmières et des psychologues scolaires comparable à celui de leurs homologues hospitaliers et de valoriser les professionnels existants, d'attirer de nouveaux talents, et d'intégrer de jeunes étudiants en santé dans les établissements.

Faire entrer la jeunesse médicale dans les écoles pour renforcer la prévention

Les élèves bénéficieraient alors de la proximité générationnelle de ces jeunes professionnels, renforçant la confiance et l'ouverture, ce qui est particulièrement précieux pour les discussions sur la santé mentale et le harcèlement. Les étudiants de toutes filières ont témoigné de leur engagement en première ligne durant la crise sanitaire liée au COVID-19, notamment de nombreux étudiants en médecine et en pharmacie qui ont participé activement aux centres de vaccination, assumant ainsi pleinement leur rôle de futurs professionnels de santé publique. Avec une transition vers une gestion par le Ministère de la Santé, ces jeunes pourraient être

impliqués directement dans les écoles, participant à des campagnes de prévention, assurant des suivis réguliers et soutenant les élèves dès les premiers signes de harcèlement ou de mal-être. De plus, en ouvrant comme terrains de stage les écoles aux internes de santé publique, de médecine générale, de pédiatrie, de psychiatrie ou de pharmacie, la santé scolaire pourrait bénéficier de cette jeunesse formée ou en formation, prête à s'investir dans des campagnes de prévention contre le harcèlement et à effectuer des suivis médicaux réguliers auprès des élèves. Aujourd'hui aucun étudiant en santé ou internes de quelconque spécialité ne passe dans une école de la république durant ses études ou sa formation pratique. Ouvrir les écoles aux jeunes professionnels en formation serait un facteur d'attractivité important pour susciter des carrières.

Créer un réseau de santé scolaire coordonné et proche des collectivités territoriales

En réaffirmant leur rôle essentiel d'acteurs de santé publique aux côtés des autres professionnels du territoire, nous replaçons les équipes de santé scolaire au cœur des dynamiques locales, des collectivités et des organisations territoriales. La santé scolaire ne doit plus être perçue comme un service périphérique, mais bien comme un pilier fondamental de la politique de santé publique destinée aux jeunes.

Intégrer pleinement la santé scolaire au sein du Ministère de la Santé permettrait de renforcer et de formaliser les liens avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Maisons des Adolescents, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ainsi qu'avec les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Ce décloisonnement ouvrirait la voie à une approche plus globale et cohérente de la santé des élèves, favorisant une coordination renforcée entre le soin, la prévention, le dépistage et l'accompagnement éducatif.

La constitution d'un véritable réseau intégré de santé publique autour de l'école permettrait de mobiliser l'ensemble des ressources existantes, d'optimiser les parcours de soins, et de garantir aux élèves une prise en charge rapide et adaptée à leurs besoins. Un tel dispositif contribuerait à une action plus concertée, structurée et pérenne au service de la jeunesse, et à la consolidation d'une culture commune de la prévention dès le plus jeune âge.

Il est aujourd'hui essentiel que les conventions entre les centres hospitaliers et les établissements scolaires ne se limitent plus à la seule prise en charge de la traumatologie

d'urgence. Elles doivent évoluer vers une offre de services plus large et ambitieuse, intégrant pleinement le dépistage précoce des troubles, le soutien psychologique, l'accompagnement en santé mentale ainsi qu'une approche éducative favorisant le bien-être global des élèves.

Assurer ce continuum entre éducation et santé, c'est garantir que chaque enfant, chaque adolescent, puisse grandir, apprendre et s'épanouir dans un environnement sécurisé, bienveillant et attentif à ses besoins. C'est aussi investir dans l'avenir de notre société en plaçant la santé scolaire au cœur d'une véritable stratégie nationale de prévention, de soin et d'égalité des chances.

2- **Réinventer la santé au travail pour une prévention efficace, innovante et inclusive**

Repenser en profondeur le pilotage de la santé au travail

Il est nécessaire de reconnaître pleinement la santé au travail comme un acteur à part entière du système de santé, et non plus comme un simple outil réglementaire. Cette évolution suppose de remplacer la tutelle actuelle, aujourd'hui exclusivement exercée par le Ministère du Travail, par une double tutelle partagée avec le Ministère de la Santé. Ce nouveau schéma permettrait de maintenir l'engagement des partenaires sociaux (employeurs et salariés), de justifier leur participation majoritaire au financement du dispositif, tout en intégrant une véritable expertise en santé publique. Il est tout aussi essentiel d'inclure les salariés de la fonction publique, longtemps restés en marge, afin de garantir une équité réelle entre tous les actifs. La tutelle doit également évoluer en profondeur : il faut passer d'une logique tatillonne et centrée sur le contrôle des moyens à une approche plus ambitieuse, fondée sur l'atteinte de résultats concrets et mesurables. Pour y parvenir, il conviendra d'harmoniser les pratiques professionnelles sous l'égide de la Haute Autorité de Santé, et de garantir une cohérence entre les différentes administrations déconcentrées sur le territoire. Enfin, il est urgent d'accélérer l'interopérabilité des systèmes d'information pour assurer une traçabilité fine, un suivi individualisé et une exploitation collective des données, en articulant le Document Unique

d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) et le Dossier Médical en Santé au Travail (DMST) dans un langage commun intégré à l'Espace Numérique de Santé.

Instituer de véritables bilans de santé

Aujourd'hui, les Services de Santé au Travail sont les seuls à suivre régulièrement tous les actifs, de l'entrée dans la vie professionnelle à la retraite, mais la pénurie médicale et la surcharge ont vidé ces visites de leur contenu préventif. Il est donc indispensable de créer un véritable bilan de santé global et régulier, combinant questionnaires en ligne et consultations en présentiel, intégrant les dimensions personnelles et professionnelles, et réalisé en partenariat avec des structures publiques ou privées. L'intelligence artificielle pourrait renforcer ce dispositif en rendant la prévention plus prédictive et personnalisée, tout en l'articulant avec les bilans déjà prévus par la CNAM et le Ministère de la Santé pour éviter les doublons et optimiser les ressources.

Rendre collégiale la décision d'inaptitude

La déclaration d'inaptitude, qui met fin à l'activité d'un salarié, repose aujourd'hui sur la décision d'une seule personne : le médecin du travail. Cette responsabilité unique fragilise la relation entre le salarié, l'employeur et le service de santé au travail, en générant méfiance, tensions et contentieux. Pour restaurer la confiance et renforcer la transparence, il apparaît nécessaire de confier cette décision à une commission collégiale ad hoc. Celle-ci pourrait être composée de plusieurs médecins du service de santé au travail, éventuellement élargie à un médecin-conseil et à des représentants de l'administration (DREETS). Une telle réforme permettrait de partager la responsabilité, d'apaiser les tensions et de recentrer la relation tripartite sur la prévention et l'accompagnement, plutôt que sur la sanction.

3- Faire de l'innovation un pilier stratégique

La santé scolaire et la santé au travail doivent bénéficier d'une gouvernance ouverte et résolument tournée vers l'innovation. Les pouvoirs publics doivent y promouvoir une vision centrée sur les enjeux concrets de santé publique. Le modèle danois constitue une source d'inspiration majeure.

Depuis plus de dix ans, le **Danemark consacre environ 5 % de ses dépenses de santé à la prévention**, avec des résultats probants sur la réduction des maladies infectieuses et l'amélioration de la longévité. Trois leviers structurent ce modèle. D'abord, une organisation territoriale efficace : cinq grandes régions gèrent les hôpitaux, tandis que 98 communes sont responsables de la prévention de proximité, ce qui favorise un pilotage localisé et réduit les inégalités d'accès. Ensuite, une forte culture de la coopération entre acteurs publics, entreprises, associations et citoyens, fondée sur une vision partagée des priorités sanitaires.

Enfin, une digitalisation complète du système de santé (12) : 100 % des ordonnances sont électroniques, 97 % des professionnels ont accès aux dossiers médicaux partagés via Sundhed.dk, et 96 % des citoyens consultent eux-mêmes leurs données. Cette numérisation facilite la coordination des soins, renforce la transparence, et alimente les politiques de prévention ciblées. Le programme *Lighthouse Life Science*, partenariat public-privé de grande ampleur, illustre ce modèle (13). Il mobilise universités, entreprises et collectivités autour de priorités concrètes : prévention de l'obésité ou encore santé mentale.

De plus, la **biologie médicale** pourrait devenir un outil clé de prévention en santé scolaire et au travail. Elle permet de détecter précocement des déséquilibres invisibles comme le stress chronique ou des marqueurs métaboliques silencieux. Ces données permettent de cibler les populations à risque, avant toute expression clinique. Une innovation prometteuse réside dans la création de **biobanques préventives scolaires et professionnelles**, dans le respect du RGPD. Grâce à des échantillons biologiques recueillis avec consentement, il serait possible de suivre les vulnérabilités biologiques dans le temps, de cartographier les fragilités locales, et d'orienter les actions de prévention sur des bases objectives. Intégrées aux bilans de santé existants, ces biobanques favoriseraient une prévention fondée sur des données probantes, adaptables aux contextes locaux et sociaux. Cette approche renforcerait la détection précoce, la personnalisation des parcours, et la coordination entre les acteurs de l'école, de l'entreprise

et du système de santé. Elle permettrait aussi de mieux anticiper les risques dans les territoires confrontés à des tensions médicales.

En France, une initiative nationale structurante pourrait consister à créer un **"Réseau d'Innovation Préventive Territoriale"**, déployé au sein des collectivités locales, des établissements scolaires et des milieux professionnels. Ce réseau aurait pour vocation d'institutionnaliser la prévention comme une mission transversale et intersectorielle, articulée entre santé publique, éducation, travail et numérique.

Il s'organiserait autour de deux piliers concrets :

1. **Des cellules locales de prévention intégrée**, copilotées par les ARS, les collectivités territoriales et les services de santé scolaires et de santé au travail. Ces cellules s'appuieraient sur des indicateurs partagés (santé mentale, stress, troubles fonctionnels, isolement, hygiène de vie) pour mener des actions ciblées, notamment dans les établissements scolaires. Les étudiants en santé (médecine, pharmacie, soins infirmiers, psychologie) y joueraient un rôle actif : encadrés et formés, ils pourraient intervenir dans les écoles, les collèges et les lycées pour réaliser des ateliers de sensibilisation, des dépistages simples, ou participer à l'accompagnement des élèves en difficulté sanitaire. Cela favoriserait leur formation à la prévention de terrain tout en renforçant les équipes locales.
2. **Un Fonds national pour l'innovation en prévention**, dédié au soutien de projets pilotes portés localement : développement de biobanques préventives, innovations numériques citoyennes (applications santé jeunes, alertes bien-être, modules d'éducation à la santé), actions dans les milieux de travail à risque ou précaires. Ce fonds serait accessible via des appels à projets pluri-acteurs (collectivités, établissements de santé, écoles, entreprises, associations, universités) et son financement, sur le modèle du ***Lighthouse Life Science*** Danois serait public et privé.

Ce **Réseau d'Innovation Préventive Territoriale** permettrait à la France de franchir un cap stratégique : passer d'une prévention marginale à une **prévention opérationnelle, territorialisée et participative**, en s'appuyant sur l'énergie des étudiants en santé, les savoirs

locaux et les technologies disponibles. L'innovation en prévention, comme le montre le modèle danois, peut ainsi devenir un **outil structurant contre la désertification médicale**. En combinant gouvernance locale, outils numériques, diagnostics biologiques, et coopération interprofessionnelle, il est possible de soutenir les territoires en difficulté, d'alléger la pression sur la médecine de ville, et de construire une santé publique plus proactive, équitable et durable.

Conclusion

Face à un système de santé encore trop centré sur le curatif, fragmenté et marqué par des logiques corporatistes, la France doit opérer un virage stratégique vers une prévention intégrée, ambitieuse et structurée. La santé scolaire et la santé au travail représentent deux piliers complémentaires de cette transformation, offrant des leviers d'action tout au long de la vie. La santé scolaire, longtemps négligée, doit devenir le socle d'un accompagnement global et précoce, renforçant la santé physique et mentale des enfants et faisant de l'école un lieu sûr, protecteur et attentif au bien-être psychologique. Cela suppose des moyens humains et matériels renforcés, un rattachement au Ministère de la Santé et une prise en charge précoce et continue. Il est urgent de transformer les promesses en actions concrètes pour éradiquer le harcèlement, renforcer la prévention et protéger chaque élève. De son côté, la santé au travail, y compris la santé mentale des actifs, dispose d'un potentiel immense encore sous-exploité. Grâce à son maillage territorial et à son financement assuré par les entreprises, elle peut devenir un levier majeur d'une politique nationale de prévention. Il faut moderniser sa gouvernance, encourager l'innovation et la rapprocher de la santé publique pour dépasser les approches cloisonnées. Alors que l'espérance de vie en bonne santé stagne, il est temps d'articuler pleinement ces deux leviers pour créer un véritable continuum préventif : accompagner l'enfant pour qu'il devienne un adulte en bonne santé, physiquement et mentalement, et protéger l'adulte pour qu'il reste un citoyen actif et épanoui. Ensemble, ces deux piliers tracent les contours d'une « Union sacrée » pour la prévention, une vision ambitieuse qui remet la santé au cœur de notre projet collectif. C'est un pari sur la jeunesse, sur le travail, et avant tout sur la vie. Osons cette refonte audacieuse et passons enfin des constats aux actes.

Références :

1. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Éditions du Seuil. 1977;
2. DREES. État de santé de la population en France: Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022. 2022;
3. LOI no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. 1994;https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000728979.
4. Bourouaha S, Lanlo V. Mission flash sur le rôle de la médecine scolaire dans la lutte contre le harcèlement scolaire. 2024;https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/organes/commissions-permanentes/affaires-culturelles/missions-de-la-commission/mi-flash-medecine-scolaire-harcelement-scolaire.
5. Académie de médecine. La médecine scolaire en France. 2017;https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-m%C3%A9decine-scolaire-rapport-r%C3%A9vis%C3%A9-version-26-octobre-2017.pdf.
6. Cour des comptes. LES MÉDECINS ET LES PERSONNELS DE SANTÉ SCOLAIRE. 2020;https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf.
7. IGAS. Rapport sur le devenir de la médecine scolaire et sur la politique de santé scolaire. 2022;http://www.touteduc.fr/upload/Tome%202%20Annexes%20-%20Santé%20scolaire.pdf.
8. Reda R. rapport d'information de la Commission des finances de l'Assemblée nationale sur la médecine scolaire et la santé à l'école. 2023;https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion_fin/l16b1228_rapport-information.pdf.
9. BONHOMME F, Sénat. rapport de la Commission des lois du Sénat (mars 2024) sur la proposition de loi visant à expérimenter le transfert de la compétence « médecine scolaire » aux départements volontaires. 2024;https://www.senat.fr/rap/l23-414/l23-4141.pdf.
10. LOI n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail. 1946;https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000512418.
11. Rapport de Mme Charlotte Lecocq sur la santé au travail. 2018 Aug 28;https://www.info.gouv.fr/rapport/10452-rapport-de-mme-charlotte-lecocq-sur-la-sante-au-travail.
12. Healthcare Denmark. La digitalisation dans le secteur de la santé au Danemark. :https://healthcaredenmark.dk/media/qtwkcwyg/digitalisation_2024_fr.pdf.
13. Healthcare Denmark. The Lighthouse Life Science is a broad public-private partnership aimed to improve citizens' health and strengthening growth and employment in Denmark. :https://healthcaredenmark.dk/national-strongholds/public-private-partnerships/lighthouse-life-science/.