



ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, RUE BONAPARTE - 75272 PARIS CEDEX 06

TÉL : 01 42 34 57 70 - FAX : 01 40 46 87 55

www.academie-medecine.fr

RAPPORT

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie saisie dans sa séance du mardi 24 octobre 2017, a adopté le texte de ce rapport avec 70 voix pour, 4 voix contre et 4 abstentions.

La médecine scolaire en France

School Medicine in France

MOTS-CLÉS: MÉDECINE SCOLAIRE, SANTÉ PUBLIQUE, ENFANT, ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.

KEY WORDS: SCHOOL HEALTH, CHILD, PUBLIC HEALTH, HEALTH EDUCATION.

Pierre BÉGUÉ (Rapporteur) * au nom d'un groupe de travail ** rattaché à la Commission XIV (Déterminants de santé – Prévention - Environnement)

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article

RÉSUMÉ

La médecine scolaire concerne plus de 12 millions d'élèves en France et elle est sous l'égide du Ministère de l'Éducation nationale (EN). Elle a été organisée en France en 1945, par la mise en place d'un service d'hygiène scolaire qui instaura un examen médical d'entrée à 6 ans et des examens de santé réguliers. En 1946 les postes de médecins et d'infirmières scolaires sont créés. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves a été créé au sein du Ministère de l'EN en 1991. Les tâches des personnels de santé se sont étendues par la prise en charge des élèves ayant une maladie chronique (1993), l'aide aux élèves atteints de handicap (2005) ou celle des enfants ayant des difficultés d'apprentissage (2015). On déplore cependant le manque de pilotage, d'évaluation et de clarté pour la gouvernance, en

* Membre de l'Académie nationale de médecine.

** « Médecine scolaire en France » de la Commission XIV de l'Académie nationale de médecine : Mmes Brugère-Picoux Gangeot-Keros, Hermange et Pourcelot, MM. Bégué (rapporteur), Bréard, Cabanis, G. Dubois, Dreux, Dubousset, Duhamel, Gérard, Giudicelli, Gobert, Gonthier, Lévi, Michel, Molina, Plouin, Roques, Salle, Tamraz, Toutou, Trivin, Vacheron, Vigneron, Wémeau.

particulier pour les missions des médecins et des infirmières. Les objectifs pour la santé des élèves se sont multipliés, mais le nombre de médecins scolaires est en diminution constante passant de 1400 Médecins de l'éducation nationale (MEN) en 2006 à 1000 en 2016. L'attractivité pour la médecine scolaire est médiocre en raison de sa faible reconnaissance professionnelle et des mauvaises conditions matérielles. La répartition des MEN en France est très hétérogène, allant de 2000 à 46000 élèves pour un seul MEN. Le taux des visites pour les élèves de 6 ans varie selon les régions de 0 à 90% : en moyenne 57% des enfants ont eu un examen de santé pratiqué par un médecin ou par une infirmière en 2015. La carence en MEN menace la qualité et l'égalité du dépistage précoce et de la prévention, en particulier pour les grands problèmes de l'adolescence: échec scolaire, addictions, obésité, troubles neuropsychiques.

L'Académie de médecine recommande de remédier d'urgence à la pénurie des MEN, de recadrer leur activité dans un statut de médecins de la prévention, d'assurer l'examen de santé pour tous les enfants de 6 ans, de réviser la gouvernance par la création d'un comité exécutif entre les ministères de l'EN et de la Santé, d'instaurer un enseignement universitaire de la médecine scolaire sous la forme d'une formation spécialisée transversale, et de mettre en place un système de santé scolaire organisé basé sur les personnels de la santé scolaire et les enseignants formés à cet effet.

SUMMARY

School medicine concerns more than 12 million pupils in France and is under the aegis of the Ministry of National Education. It was organized in France in 1945 by the establishment of a school hygiene service which instituted a medical examination of entry at 6 years and regular health examinations. In 1946, the positions of doctors and school nurses were created. The health promotion service for pupils was set up within the Ministry of National education in 1991. The tasks of the health workforce were extended by the care of pupils with a chronic disease (1993), assistance for students with disabilities (2005) or children with learning disabilities (2015). However, there is a lack of steering, evaluation and clarity for governance, particularly for the missions of doctors and nurses. The goals for pupils' health have multiplied but the number of school doctors is steadily decreasing from 1400 school doctors in 2006 to 1 000 in 2016. The attractiveness of school medicine is poor because of its low level of professional recognition and the poor material conditions. The distribution of school doctors in France is very heterogeneous, ranging from 2000 to 46000 pupils for a single doctor. The rate of visits for the 6-year-olds varies by region from 0 to 90%: on

average 57% of children has had a doctor or nurse's health examination in 2015. School doctors deficiency in France threatens quality and equality of early detection and prevention, especially for the big problems of adolescence: school failure, addictions, obesity, neuropsychic disorders.

The Academy of Medicine of France recommends urgently remedying the shortage of school doctors, refocusing their activities as prevention practitioners, ensuring the health examination for all 6-year-olds, reviewing governance by setting up an executive committee between the Ministries of National education and Health, to institute university education in school medicine in the form of transversal specialized training and to set up a school health organized system based on both school health personnel and trained teachers.

I. OBJECTIFS DU RAPPORT ET SITUATION ACTUELLE DU PROBLÈME

La prévention de la santé des enfants et des adolescents est aujourd'hui fondamentale dans le monde. Le gouvernement vient tout récemment de l'affirmer avec force en faisant une priorité d'action de santé. La prévention des grands fléaux tels que tabagisme, obésité, alcoolisme ou addictions diverses doit s'établir dès le plus jeune âge. L'école est un des lieux de choix pour la mise en place des actions de dépistage et d'éducation pour la santé. La médecine scolaire constitue pour cela un domaine d'action primordial mais son organisation actuelle est loin d'être satisfaisante. L'objectif de ce rapport est d'attirer l'attention sur la situation alarmante de la médecine scolaire en France, qui met en grande difficulté les actions éducatives fondamentales en matière de prévention pour les enfants et les adolescents scolarisés. Cette démarche s'inscrit dans la continuité des rapports précédents de l'Académie de médecine sur la prévention [1] et sur l'éducation pour la santé à l'école [2], dont on rappelle les termes: « La prévention des troubles sanitaires et psycho-comportementaux des adolescents devrait commencer dès l'école maternelle puis à l'école primaire et secondaire ». Les alertes issues des autorités de notre pays ne manquent pas : un rapport de la Cour des Comptes, établi à la demande de l'Assemblée nationale en 2011, a permis aux parlementaires de produire des recommandations parfaitement étayées [3,4]. Un rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a repris une partie de leurs arguments en 2013, mais sans retentissement [5]. Tout récemment, en novembre 2016, un rapport du Sénat sur l'école fait état de la gravité de la situation de la médecine scolaire véritablement sinistrée [6]. Les syndicats de médecins scolaires et d'infirmiers scolaires ont également informé les autorités

ces dernières années sur les difficultés rencontrées dans la réalisation des projets concernant la santé scolaire [7].

La santé des écoliers, collégiens et des lycéens est une priorité, en raison de la nécessaire cohérence dans la prévention et l'éducation pour la santé au sein de la promotion pour la santé édictée dans la loi.

L'Académie nationale de médecine se propose donc d'examiner le fonctionnement actuel des services de santé scolaire, leurs difficultés ou leurs dysfonctionnements, et de faire des propositions pour remédier à la situation actuelle.

II. LA MEDECINE SCOLAIRE EN FRANCE

La médecine scolaire, qui concerne plus de 12 millions d'élèves, est un maillon essentiel de la politique de prévention. Son organisation en France doit être considérée avec la plus grande attention.

1. Les textes qui régissent le fonctionnement

L'école de Jules Ferry fut surtout orientée vers l'hygiène et l'éducation physique des élèves. C'est seulement en 1946 qu'une ordonnance posa les bases d'un service national scolaire et universitaire. Le **service de promotion de la santé en faveur des élèves** rattaché au Ministère de l'EN lui succéda en 1991. Le concept de « médecine » scolaire a évolué vers celui de « santé » scolaire, selon les 7 axes de promotion de la santé à l'école de la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013 (annexe 1) [8]. Le **parcours éducatif de santé** a été mis en place en 2016 [9]. La circulaire décrit ce qui est offert aux élèves en matière de santé à l'échelon de l'école, de la circonscription et de l'établissement scolaire en articulation étroite avec leur territoire, comme on peut le lire dans les extraits cités en annexe 2.

Le Comité « éducation pour la santé et citoyenneté (CESC) » a été créé en 2005 dans les établissements du second degré. Il a pour mission de « contribuer à l'éducation à la citoyenneté, de préparer le plan de prévention de la violence, de proposer des actions pour aider les parents en difficulté, de définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention de conduites à risques ». Le médecin de l'Education nationale (MEN) fait partie de ce comité [10]. La politique de santé en faveur des élèves est organisée à tous les niveaux de l'institution scolaire: national, académique, départemental et local. La tutelle de la mission de promotion de la santé est exercée au Ministère de l'Education nationale par la Sous-Direction de la vie scolaire (Direction générale de l'enseignement scolaire, DGESCO).

Pour mieux intégrer la santé au sein de l'éducation nationale une **convention-cadre de partenariat en santé publique** a été signée le 29 novembre 2016 à l'Élysée par les deux ministres chargés de la Santé et de l'Éducation nationale. Son objectif est de renforcer l'engagement des pouvoirs publics afin de promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des étudiants. Elle définit des domaines d'action, ainsi que des modalités de travail. Ses travaux sont en cours et un comité de pilotage interministériel en assure le suivi [11]. Un résumé de cette convention figure dans l'annexe 3.

2. Les personnels chargés de la santé scolaire

La promotion de la santé en faveur des élèves repose sur quatre acteurs: le médecin scolaire, l'infirmier(ère), l'assistante sociale et le chef d'établissement. Elle est en priorité assurée par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale (article 6 de la loi de 2013).

3. Les médecins scolaires

Le Conseil national de l'ordre des médecins a enregistré en 2015 1770 praticiens exerçant la médecine scolaire (titulaires et non titulaires confondus). Il existe plusieurs « catégories » de médecins « scolaires » :

Les médecins de l'Éducation nationale » (MEN) : leur corps a été créé par un décret de 1991 et ils sont recrutés par un concours. Les candidats admis reçoivent, en tant que stagiaires, une formation théorique à l'École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes (EHESP), dont la durée varie de 8 à 16 semaines selon leur expérience professionnelle. Les MEN sont tous sous l'autorité hiérarchique de l'Inspection d'académie mais gardent leur indépendance professionnelle. Les MEN, qui représentent la plus grande partie des médecins scolaires, sont répartis dans les « secteurs » pour un territoire comprenant théoriquement entre 5000 et 7000 élèves. Chacun est rattaché administrativement à *un centre médico-scolaire* sur son secteur géographique, avec une *secrétaire administrative scolaire* et des infirmières de l'EN. Une centaine de MEN sont médecins conseillers techniques: un médecin à la DGESCO, un médecin dans chaque académie et un médecin dans chaque département.

Des médecins vacataires et des médecins contractuels sont recrutés sans concours pour combler les déficits, mais leur recrutement est actuellement très faible (7,2% des médecins scolaires).

Des médecins scolaires « municipaux » sont recrutés sans concours, par les municipalités d'une douzaine de villes importantes, à Paris, à Lyon, à Nantes, par exemple. Leur nombre n'est pas connu avec précision mais ils ne sont affectés qu'aux écoles maternelles et élémentaires. Leurs missions sont celles définies par les textes en vigueur.

L'activité du médecin scolaire est très étendue car les missions et les tâches se sont *accumulées* au fur et à mesure des années, ainsi que les circulaires et textes le définissant.

On peut ainsi sommairement les résumer :

- **Les visites de dépistage des élèves**

Les visites médicales et de dépistage **obligatoires** prévues à l'article L. 541-1 du Code de l'éducation ont lieu au cours de la sixième année et de la douzième année de l'enfant. Les missions des médecins et celles des infirmières sont définies par un arrêté de 2015 [12], qui précise que les visites obligatoires des enfants 6 ans sont faites par les médecins et celle des enfants de 12 ans par l'infirmier (consultable en annexe 4).

- **L'avis médical sur l'orientation et l'aptitude aux travaux réglementés** des élèves de 15 à 18 ans appartient au médecin de l'EN. Il s'agit d'une charge très lourde et indispensable pour l'orientation en école professionnelle.

- **Le projet d'accueil individualisé (PAI)**, créé en 1993, concerne les enfants ayant une maladie chronique. Il est rédigé à la demande des parents à partir des prescriptions du médecin traitant et mis en place avec l'équipe par le médecin scolaire [13].

- **Le projet personnalisé de scolarisation en milieu scolaire ordinaire des élèves en situation de handicap (PPS)** a été défini par une loi de 2005 [14]. Il nécessite l'établissement de relations entre le médecin scolaire et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). On compte 279000 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire en 2016. Pour l'Académie de Paris 10000 PPS sont réalisés pour les 370 000 élèves de l'académie (3%). Ces demandes sont en progression constante, provenant des MDPH mais aussi des parents.

- **Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP)** a été créé en 2015 pour les élèves ayant des troubles des apprentissages et des difficultés scolaires durables. Le médecin scolaire en vérifie la nature, en particulier pour les élèves atteints de « DYS »: dyslexies, dysorthographe, dyspraxie, etc... Le protocole proposé par l'équipe d'enseignement doit être validé par le médecin scolaire et révisé annuellement en collaboration avec l'équipe pédagogique ;

- **Les urgences**, très mobilisatrices d'énergie, par exemple la gestion des cas de méningites ou la maltraitance lorsqu'elle nécessite un placement.

- **De nombreuses visites s'ajoutent**: le suivi des élèves dépistés, l'enseignement adapté, les classes relais lors d'un décrochage scolaire, l'affectation prioritaire des élèves porteurs de handicap au lycée, les certificats médicaux en cas d'assistance

pédagogique à domicile, et **surtout les visites régulières à la demande** de plus en plus nombreuses, répondant aux appels des enseignants ou des infirmiers (ères).

Enfin, le MEN est aussi référent d'enseignement de la médecine scolaire et a un rôle pour la surveillance épidémiologique des indicateurs de santé et pour l'évaluation de son bilan d'activité.

Nous reverrons plus loin que toutes ces tâches, bien que statutaires, sont grandement amputées par le déficit actuel du nombre de MEN.

4. Les infirmiers(ères) scolaires

Les infirmières scolaires titulaires, infirmières de l'EN, sont au nombre de 7594 (données 2015 révisées 2017). Il est prévu une infirmière pour 598 élèves du secondaire. Elles dépendent hiérarchiquement du chef d'établissement et non du médecin scolaire. Elles sont recrutées par des concours organisés par les Académies: 246 postes ouverts en 2017. Après admission elles reçoivent une formation de deux fois trois jours faite par l'infirmier(ère) conseiller(ère) technique du Rectorat, portant sur les textes officiels.. Une formation continue sur les grands sujets est organisée par les conseillers techniques, **mais il n'existe pas de formation spécialisée prolongée** sur les problématiques sociales et environnementales de la médecine scolaire dans les structures d'enseignement. L'infirmière exerce son activité dans un établissement secondaire (collège ou lycée) ou comme infirmière de secteur qui regroupe maternelles, primaires et collèges. Elle est sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement dont elle est le conseiller technique et de santé publique. Ses missions ont été redéfinies par l'arrêté du 3 novembre 2015 [12]. Chargée de l'accueil et de l'écoute des élèves du secondaire, elle organise les actions de promotion de la santé individuelle et collective. Elle doit présenter un rapport d'activité et un rapport statistique annuel. On sait ainsi que 15 millions de passages ont été réalisés dans les infirmeries en 2011. Elle assure les soins aux élèves, participe aux prescriptions des Projets d'accueil individualisés, assure la coordination pour les élèves atteints de handicaps avec la MDPH, suit les enfants repérés en CP par le dépistage de 6 ans, intervient pour les urgences: accidents, constat avec le médecin scolaire pour la maltraitance, les situations difficiles. Dans la pratique, sa collaboration avec le médecin scolaire est importante, en particulier pour bilan de la 6^{ème} année, mais elle dépend des situations locales.

5. Les assistantes de service social

Une circulaire de 2017 a redéfini les missions du service social en faveur des élèves [15]. Les assistantes de service social dépendent de l'Inspecteur d'académie de l'EN. Elles

interviennent dans les établissements primaires des réseaux d'éducation prioritaires et dans tous les établissements du second degré.

III. CONSTATS SUR LES DIFFICULTÉS DE LA MÉDECINE SCOLAIRE

Plusieurs causes de dysfonctionnement sont responsables des difficultés actuelles: une gouvernance imprécise avec l'absence d'évaluation et de priorités d'action, les visites médicales obligatoires en péril, le nombre de médecins scolaires en diminution inquiétante, l'absence d'équipe de santé scolaire et un manque de reconnaissance de la médecine scolaire moderne.

- **Un défaut d'évaluation pour le pilotage de la santé scolaire**

Faute d'évaluation organisée on a peu de moyens pour piloter les diverses missions de santé. Les enquêtes sont partielles et trop épisodiques. Les dernières enquêtes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont porté sur la santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 et sur celle des élèves de CM2 en 2015 [16,17]. Les études statistiques du Ministère de l'EN portent *uniquement sur la visite des enfants de 6 ans, qui est l'indicateur d'activité actuellement retenu*. En revanche, il n'existe pas de d'évaluation pour les troubles d'apprentissage et du langage, la prise en charge du handicap ou l'accueil individualisé des enfants atteints de maladies chroniques, alors qu'ils se sont considérablement accrus ces dernières années.

- **Les visites médicales des enfants scolarisés ne sont plus assurées régulièrement**

Le taux des visites pour les élèves de 6 ans est estimé à **71%** d'après des enquêtes récentes du Ministère de l'EN, où sont comptabilisés ensemble les visites médicales et le bilan infirmier. Une enquête pratiquée par l'Association des médecins scolaires du SNMSU-UNSA en 2015-2016 rapporte que **57%** des enfants auraient bénéficié d'un dépistage infirmier et/ou d'un examen médical. En réalité, selon les départements, **ces chiffres varient de 0 à 90% !** *Une telle carence pénalise les élèves issus de milieux défavorisés qui n'ont pas d'accès régulier à un médecin généraliste ou à un pédiatre. Ceci va totalement à l'encontre des objectifs du parcours éducatif de santé et certains médecins scolaires se posent la question de la priorité entre le dépistage individuel de tous les enfants ou le dépistage ciblé mais homogène et efficace.*

- **La diminution du nombre de médecins scolaires est dramatique, mettant en péril la prévention en santé scolaire**

Tous les rapports s'accordent depuis plusieurs années à constater que les missions ne font que se multiplier alors que le **nombre de médecins scolaires ne fait que décroître**. Dans son rapport sur la loi de finances de février 2017 le rapporteur du Sénat déclare: « *Le corps des médecins scolaires connaît une situation critique : 1 035 médecins étaient en fonction au 1^{er} juin 2016, dont 1 027 en Académies, soit un effondrement des effectifs de l'ordre de 20 % depuis 2008. La pyramide d'âge du corps des MEN est également extrêmement défavorable, puisque l'âge moyen est de 54,8 ans : une quarantaine de médecins ont plus de 65 ans et 240 ont entre 60 et 65 ans, ce qui laisse présager d'un nombre très important de départs à la retraite dans les années qui viennent* » [6]. L'effectif souhaitable de médecins scolaires pour un secteur est difficile à connaître par les textes officiels. En 2004 on retenait un taux d'encadrement de 5 660 élèves par médecin, allant de 4 900 à 6 300 sur le territoire national. En 2016, le taux moyen d'encadrement variait de 2 000 à 46 000 élèves par médecin selon l'enquête syndicale de 2015-2016, sachant que certains départements n'ont plus de médecins, d'après une enquête récente du SNMSU-UNSA éducation.

- **L'attractivité pour la profession de médecin scolaire s'est fortement dégradée**

Les raisons en sont, les mauvaises conditions matérielles, le manque de reconnaissance et l'absence d'équipe de santé scolaire bien individualisée,

En premier lieu, les MEN sont les moins bien rémunérés des médecins de la fonction publique. Une revalorisation justifierait un mode de budgétisation particulier, éventuellement réparti entre les ministères de la solidarité et de la santé et le ministère de l'EN, au besoin dans le cadre plus large de médecins de prévention.

En second lieu l'expertise des MEN est peu valorisée: ils sont considérés par l'administration comme « sans spécialité ». **Or, la spécificité de leur profession justifie la reconnaissance d'une formation universitaire de santé scolaire, telle qu'une FST** (formation spécialisée transversale). Elle donnerait une meilleure visibilité à la médecine scolaire et, de ce fait, clarifierait le statut des MEN.

En dernier lieu, il n'existe pas d'équipe de « santé scolaire » stricto sensu organisée autour des enfants et des adolescents, donnant souvent au médecin une impression de solitude ou d'abandon. L'équipe concernée par la santé scolaire est fragmentée et dispersée. Les rapports hiérarchiques sont différents pour les médecins, les infirmières, les assistantes sociales et les psychologues. La coopération médecins-infirmières n'est pas évidente, au contraire. Les textes les plus récents séparent d'ailleurs les visites obligatoires du médecin et de l'infirmière, consacrant les premiers à l'école primaire et les secondes au collège et au lycée, ce qui rend bien plus aléatoire la visite des enfants de 6 ans en grande section de

maternelle. En 2015 le Conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé aux ministres de l'Education nationale et de la Santé de maintenir la visite des enfants de 11 ans par un médecin [18]. Il est difficilement concevable d'envisager comment 1 000 MEN pourraient assumer seuls la visite de près de 800000 élèves. Le fonctionnement de l'équipe n'est pas défini dans les textes alors qu'une **réorganisation de ce fonctionnement entre toutes ces professions de santé** serait nécessaire. Pour pallier la carence actuelle des médecins et renforcer la notion d'équipe il est **souhaitable que les infirmières reçoivent un enseignement spécifique** suffisamment long (2 à 6 mois) avec une valence sociétale et environnementale.

Une telle situation dissuade les plus jeunes médecins de choisir aujourd'hui la médecine scolaire, même s'ils sont très intéressés par ce mode d'exercice.

Devant cette carence grave une évaluation de la médecine scolaire a été demandée en avril 2015 par le Premier ministre au Ministre de l'EN. La lettre de mission s'accompagnait d'une **fiche de cadrage très détaillée** sur les principales difficultés rencontrées. L'évaluation a été confiée à trois inspections générales : Education nationale, Affaires sociales et Administration de l'éducation nationale et de la recherche [19]. Or, les résultats du comité d'évaluation ne sont toujours pas connus à ce jour. Le Sénateur rapporteur de la loi de finances 2017 sur l'enseignement invite le ministère « à publier ce rapport et à en suivre les recommandations », en particulier celles visant à « garantir des modes de travail coopératifs entre médecins et infirmiers » et à « porter les effectifs réels des médecins scolaires à hauteur des effectifs budgétaires grâce à des mesures d'attractivité renforcées ».

IV. RECOMMANDATIONS DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Depuis les années 2000 la médecine scolaire se trouve confrontée à des orientations nouvelles et essentielles : la promotion de la santé scolaire pour tous les enfants, la scolarisation des enfants atteints de handicaps ou de maladies chroniques, le dépistage des troubles de l'apprentissage ou du langage. Ces orientations se sont ajoutées aux missions antérieures, dont les visites de dépistage ne sont plus qu'une des nombreuses tâches imparties à la médecine scolaire. Cette dernière connaît aujourd'hui de grandes difficultés qui requièrent une réforme profonde si l'on veut répondre efficacement aux impératifs de prévention chez les enfants et chez les adolescents.

L'Académie nationale de médecine fait, pour ces raisons, les recommandations suivantes :

1. **Instaurer une évaluation à l'aide d'indicateurs fiables et représentatifs pour clarifier les priorités et le pilotage de la santé scolaire.**
2. **Remédier d'urgence à la pénurie des médecins de l'éducation nationale de plus en plus préoccupante : un millier seulement pour 12 millions d'élèves. Leur statut pourrait s'inscrire dans un cadre de médecins de prévention dans la fonction publique,** pour améliorer leur nombre et leurs conditions matérielles, actuellement peu attractives pour les jeunes médecins désireux de suivre la filière de la médecine scolaire.
3. **Assurer pour les 800000 enfants de 6 ans un examen de santé, aujourd'hui très insuffisamment réalisé et inégalitaire,** en spécifiant, dans un texte précis, le contenu de la mission des médecins et celui des infirmiers (ères).
4. **Instaurer un enseignement universitaire de la médecine scolaire** dans toutes les Facultés de médecine sous la forme d'une Formation spécialisée transversale de médecine scolaire et **développer un enseignement spécifique pour les infirmières scolaires,** suffisamment long et comportant une formation sociétale et environnementale.
5. **Renforcer la place de la prévention et de la santé au sein des instances de l'Education nationale** en déployant et en renforçant la convention-cadre de 2016.
6. **Organiser un système de santé scolaire,** de la maternelle au lycée, **rattaché au Ministère de la santé** qui assure, d'une part, la création d'une véritable équipe de santé entre les médecins, les infirmiers(ères), les assistantes sociales et les enseignants ayant reçu une formation spécifique, et, d'autre part, un maillage extra-scolaire robuste entre les professionnels de santé concernés par l'enfant (PMI, généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, services sociaux...).

Personnalités auditionnées :

Dr Jocelyne GROUSSET, MEN (Académie de Créteil), Secrétaire générale adjointe du Syndicat des médecins scolaires de l'UNSA

Docteur Marianne BARRÉ, MEN à Montargis, Secrétaire générale du Syndicat des médecins scolaires de l'UNSA

Docteur Ivan CARTACHEFF, MEN Conseiller technique du Directeur de l'Académie de Paris

Dr Brigitte MOLTRECHT, MEN conseillère technique à la DGESCO.

Dr Caroline GENET, MEN, Gironde, Académie de Bordeaux

Dr Marianne LENOIR, MEN, Macon

Dr Patricia COLSON. MEN, Paris, Secrétaire générale du SNAMSPEN Sgen CFDT.

Madame Claire Emmanuelle GUINOISEAU, Infirmière EN, Chalons en Champagne
Professeur Odile KREMP. Cheffe du bureau SP1 « Santé des populations et Politique vaccinale » Direction générale de la santé

Nous remercions pour leur contribution :

Monsieur le Docteur Bernard FALIU, Bureau SP1, Direction générale de la santé

Madame le Docteur J.MANTZ, pédiatre (Strasbourg)

Le Professeur Dominique BERTRAND, CNOM.

Liste des sigles utilisés

ARS Agence régionale de santé

CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CMS : centre médico-scolaire

CNED : Centre National d'enseignement à distance

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

DGESCO : direction générale de l'enseignement scolaire

DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

DGS : Direction générale de la Santé

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

EHESP : école des hautes études en santé publique

EN: Education nationale

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MEN : médecin de l'Education nationale

PAI : projet d'accueil individualisé

PAP : Plan d'accompagnement personnalisé

PMI : protection maternelle et infantile

PPS : projet personnalisé de scolarisation

SAGESSE : système automatisé gestion santé établissement

SNMSU-UNSA : Syndicat national des médecins scolaires et universitaires Union nationale
dessyndicats autonomes

RÉFÉRENCES

- [1] Dreux. C. La prévention en santé chez les adolescents. Rapport. *Bull. Acad. Natle. Med.* 2014; 198: 1197-1241.
- [2] Tubiana. M. Education pour la santé à l'école. Rapport. *Bull. Acad. Natle. Med.* 2010; 194: 647-661.
- [3] Cour des Comptes. Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire. Rapport 2011. [//www.ccomptes.fr/fr/recherche?search=medecine+scolaire+rapp](http://www.ccomptes.fr/fr/recherche?search=medecine+scolaire+rapp) 2011.
- [4] Assemblée nationale. N°3968. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire. Rapport d'information. 27 novembre 2011.
- [5] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la santé scolaire. 27 février 2013.
- [6] Sénat. N° 144. Avis du 24 novembre 2016. Avis au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication sur le projet de loi de finances pour 2017, adopté par l'assemblée nationale. Tome III : enseignement scolaire. Pages 46-49. <https://www.senat.fr/rap/a16-144-3/a16-144-31.pdf>
- [7] SNMSU-UNSA éducation. Audition à l'Assemblée nationale le mardi 2 décembre 2014 concernant la politique de santé en milieu scolaire dans le cadre des travaux sur le texte du projet de loi relatif à la santé. http://snmsu.unsaeducation.org/Audition_assemblee_2014-12-02.pdf
- [8] LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. Journal Officiel de la République Française N° 0157 du 9 juillet 2013. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [9] Ministère de l'EN. Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. Circulaire MENE01601852 C, N° 2016-008, du 28-1-2016. MENESR - DGESCO B3-1
- [10] Ministère de l'EN. CESC. Circulaire n° 2006-197 du 30-11-2006. B.O 2006. N° 45. MENE0602019c. www.education.fr
- [11] Direction Générale de la Santé. Projet stratégique 2017-2019 p.14. http://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_strategique_dgs.pdf
- [12] Ministère de l'Education Nationale. Missions des médecins de l'éducation nationale NOR : MENE1517120C circulaire n° 2015 118 du 10 11 2015 MENESR DGESCO. http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91583
- [13] Accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. NOR : mene0300417c rlr : 501-5 ; 960-0 circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003. B.O. 2003 N°34.
- [14] Code de l'éducation. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) Article L112-1.
- [15] Missions du service social en faveur des élèves NOR : MENE1709191C circulaire n° 2017-055 du 22-3-2017 MENESR - DGESCO B3-1 ; Bull. officiel de l'éducation nationale 2017, N°12.
- [16] DREES. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Etudes et résultats*. Février 2017.N°0993.
- [17] DREES. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013: des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Etudes et résultats*. Juin 2015.N° 0920.
- [18] Ordre national des médecins. Le conseil national de l'ordre des médecins demande que les visites médicales des enfants de 11 ans continuent d'être confiées aux médecins scolaires. Communiqué de presse. 2 juillet 2015. www.conseil-national.medecin.fr
- [19] Premier ministre et Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique. Evaluation de la médecine scolaire. 30 avril 2015. http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_medecine-scolaire_lettres-mission.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1

LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

SECTION 3 : L'éducation à la santé et à la citoyenneté, article L. 121-4-1 :

Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :

- « 1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
 - « 2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres
 - « 3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental;
 - « 4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers;
 - « 5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité;
 - « 6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves;
 - « 7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.
- « La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale. »

ANNEXE 2

Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

NOR : MENE1601852C circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 MENESR - DGESCO B3-1

Extraits du texte ; Le parcours éducatif de santé est organisé autour de trois axes.

Un axe d'éducation à la santé

Basé sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et les programmes scolaires, cet axe d'éducation à la santé décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité afin de permettre à chaque futur citoyen de faire des choix éclairés en matière de santé. Dès la maternelle et pour chaque cycle sont décrites les acquisitions visées et les activités de classe effectuées par les enseignants.

Un axe de prévention

Les démarches de prévention mises en place à l'échelle de l'école et de l'établissement, associant les acteurs locaux en référence aux priorités de santé publique (agences régionales de santé, collectivités territoriales, associations, etc.), sont décrites. Cet axe de prévention présente les actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple). Les démarches de prévention mobilisent les familles et les acteurs locaux. Elles peuvent donner lieu à des temps forts qui s'inscrivent dans la vie des écoles et des établissements.

Un axe de protection de la santé

Cet axe de protection de la santé, que la loi de modernisation du système de santé nomme « parcours de santé » en lien avec le médecin traitant, intègre des démarches liées à la protection de la santé des élèves mises en œuvre dans l'école et l'établissement dans le but d'offrir aux élèves l'environnement le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être. Ces démarches comprennent notamment :

- des actions visant à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être de tous les membres de la communauté éducative ;
- des démarches centrées sur l'amélioration de l'environnement de l'établissement, de la restauration scolaire à l'ergonomie et à la qualité de l'entretien des locaux, en lien avec les collectivités territoriales ; la question des sanitaires devra faire l'objet d'une réflexion - associant dans le second degré conseils de la vie collégienne (CVC), conseils de la vie lycéenne (CVL) - pour répondre aux besoins de santé de tous les élèves ;», « Le cadre national de référence du parcours éducatif de santé est élaboré par la direction générale de l'enseignement scolaire en lien avec les priorités de la politique de santé. La promotion de la santé à l'école est une politique intégrée au cœur de la mission de l'École, en cohérence avec d'autres politiques publiques (de santé, sociale, familiale et de la ville). Elle fait l'objet d'une évaluation.

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé s'appuie sur des partenariats nationaux, notamment avec le ministère chargé de la santé représenté par la direction générale de la santé et avec l'agence nationale de santé publique (ANSP) dans le cadre des conventions qui les lient à la direction générale de l'enseignement scolaire, et sur des partenariats académiques.

L'échelon académique (circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011) a en charge l'accompagnement opérationnel des établissements, des circonscriptions et des écoles. Cet accompagnement est assuré par la cellule académique, prévue dans la circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014, pilotée et coordonnée par le proviseur vie scolaire (PVS) ou par l'inspecteur

d'académie-inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire, et réunissant les différents conseillers techniques des recteurs. »

ANNEXE 3

Convention-cadre de partenariat en santé publique

Pour mieux intégrer la santé au sein de l'éducation nationale une **convention-cadre de partenariat en santé publique** a été signée le 29 novembre 2016 à l'Elysée par les deux ministres chargées de la Santé et de l'Education nationale. Son objectif est de renforcer l'engagement des pouvoirs publics afin de promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des étudiants, notamment les plus fragiles. Elle définit des domaines d'action, ainsi que des modalités de travail favorisant une collaboration pérenne au niveau national, régional et territorial, pour :

- déterminants de santé
- faire de l'école un environnement favorable à la santé et aux apprentissages.
- renforcer la fluidité du parcours entre l'école et la ville, en particulier pour les familles et les jeunes les plus éloignés du système de santé.
- conforter l'accès aux soins et le parcours de santé des étudiants- mettre en œuvre des modalités de travail pérennes au niveau national et accompagner les agences régionales de santé (ARS), les rectorats et les universités pour décliner les actions prioritaires sur leurs territoires en prenant en compte les spécificités locales. A cet effet un **comité de pilotage interministériel** est mis en place avec les trois directions : DGESCO, DGS et DGESIP (Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle)

ANNEXE 4

Arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoire prévu à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Arrêtent :

Article 1

Les visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ont lieu au cours de la sixième année et de la douzième année de l'enfant.

Au cours de la sixième année, la visite comprend un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage.

Article 2

Les contenus de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont définis à l'annexe I du présent arrêté pour celles réalisées lors de la sixième année de l'enfant par les médecins, à l'annexe II pour celles qui le sont lors de sa douzième année par les infirmiers de l'éducation nationale.

Article 3

Les résultats de ces visites médicales et de dépistage obligatoires sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant par les professionnels de santé qui les ont effectuées, de façon à être utilisés pour le suivi de l'élève.

Article 4

Ces visites médicales et de dépistage obligatoires peuvent donner lieu, en tant que de besoin, à une collecte de données permettant le suivi épidémiologique de la santé des enfants, dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur.

Article 5

Sont mis à disposition, sur les sites internet des ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé, des outils scientifiquement validés et des guides d'accompagnement à destination des professionnels de santé qui réalisent ces visites médicales et de dépistage obligatoires.

Article 6

La directrice générale de l'enseignement scolaire et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Pour copie certifiée conforme

Professeur Daniel COUTURIER