

# La médecine scolaire en France en 2021

Académie des sciences morales et politiques

27 septembre 2021

Pierre Bégué

Académie nationale de médecine

# Médecine scolaire et prévention

- La prévention est un volet essentiel de la médecine moderne
- L'École, de la maternelle à l'Université, est le lieu de choix pour aborder dépistage et éducation
- **Nouvelles problématiques** posées aujourd'hui à la santé scolaire:

Violence, harcèlement, maltraitance, tentatives de suicide, grossesses précoces, troubles alimentaires et nutritionnels, conduites à risques, addictions, écrans, absentéisme, décrochage scolaire...

- Et 12,5 millions d'élèves dont **25% en précarité de tous ordres**

## **Les moyens pour la santé scolaire sont-ils à la hauteur?**

Non car il existe

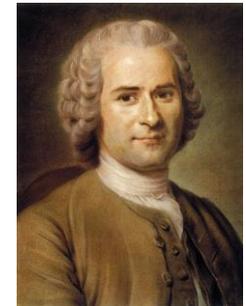
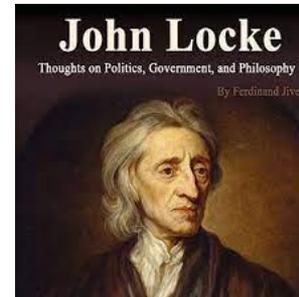
- Une grande hétérogénéité de moyens, aboutissant à des inégalités criantes
- Des dysfonctionnements nombreux et pérennes

# Les rapports et avis sur la médecine scolaire de 2011 à 2021

- Cour des Comptes (1<sup>er</sup> rapport) 2011
- Assemblée nationale : rapport d'information 27/11/2011
- HCSP: avis 2013
- Premier ministre: mission interministérielle (IGAS,IGEN,IGANER) 2015-rapport « confidentiel »2016
- Sénat :avis 24/11/2016
- Académie nationale de médecine :24/11/2017
- Cour des comptes (2<sup>ème</sup> rapport) :2020
- Et.... les rapports des syndicats souvent en désaccord

# la santé scolaire apparaît très tardivement ...

- Au Siècle des Lumières les philosophes s'intéressaient à l'éducation des enfants et à l'hygiène. En 1793, une médecine des écoles fut promulguée par Lakanal et Sieyes, mais les textes ne furent pas appliqués.
- En revanche la notion d'Inspection des écoles qu'ils avaient proposée se précisa sous Napoléon 1<sup>er</sup> et, au fur et à mesure des régimes, s'instaura une surveillance des écoles publiques et privées.



SIEYES



LAKANAL

# La santé scolaire apparait très tardivement à la fin du XIXème siècle .

- On ne parle que peu de la santé des élèves car, dans la loi Falloux de 1850, on ne trouve qu'une seule fois les mots de salubrité et d'hygiène (art.21).
- En 1880, l'école de Jules Ferry fut surtout orientée vers l'hygiène et l'éducation physique des élèves : en quelque sorte l'hygiène, très développée, remplaça la morale dans les programmes.



Alfred de FALLOUX



Jules FERRY

# Le service national de santé scolaire et universitaire est institué en 1945

- Ordonnance du 18 octobre 1945



René Capitant

- Rattachement au ministère de l'éducation nationale
- Associé à un comité d'hygiène scolaire et universitaire
- Un Service social mis en place
- Visites médicales de 6 ans obligatoires (avec le ministère de la santé)
- Création des centres médico-scolaires

# 1964 : transfert au ministère de la santé, une période très active

- Réorganisation : création des DDASS (30-07-1964), Directeur responsable des orientations de la médecine scolaire
- Succession de décrets, circulaires, etc...
- Circulaire de « Bagnolet »(1982) cosignée par les deux ministères : des objectifs modernes et « actuels »:
- la réduction des inégalités,
- Trois bilans de santé(6 -11-et 13-16 ans ) réalisés à 100%
- Des actions d'éducation pour la santé
- Un Recrutement massif de médecins scolaires (230 en 2 ans)
- Les Rôles des médecins et des infirmières très détaillés
- Une Concertation prévue entre Education nationale, DDASS et PMI

# Les changements continuent

- 1984

la santé scolaire retourne au ministère de l'Education nationale

- 1991

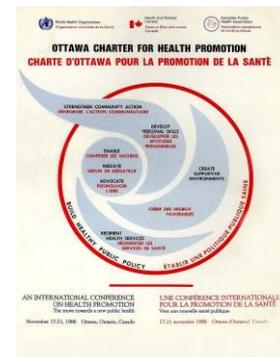
- Le service de la médecine scolaire prend le nom de : **Service de promotion de la santé en faveur des élèves**
- Les médecins scolaires titulaires deviennent **médecins de l'éducation nationale**
- **Réunion** des médecins, infirmières et assistantes sociales en service de promotion de la santé des élèves...**séparation en 2001**

# Ce qu'implique la promotion de la santé pour les élèves

- Formalisée par la **charte d'Ottawa** à l'OMS en 1986,
- Elle implique :  
**éducation, prévention et protection.**
- 2006 : création **des CESC** (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ) qui prévoient:

« L'éducation à la citoyenneté, la prévention de la violence, l'aide aux parents, l'éducation pour la santé, la sexualité et les conduites à risques »

**Fonctionnement très inégal sur le territoire**



# Deux phares de la médecine scolaire: éducation et prévention

- La promotion de la santé en milieu scolaire constitue « l'un des meilleurs leviers pour améliorer **le bien-être et réduire les inégalités**, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie », selon les termes de la circulaire 2016-008 de l'éducation nationale.
- **De nouvelles missions pour médecins, infirmières et psychologues**

# Les deux missions « santé » de l'école d'aujourd'hui, définies dans la loi

- **La promotion de la santé:**

loi de refondation de la république 2013 , article 12:

- la mise en place d'un environnement scolaire favorable
- la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé
- la participation à la politique de prévention sanitaire
- la réalisation d'examens médicaux et de bilans
- la détection précoce des problèmes de santé pouvant entraver la scolarité
- l'accueil, l'écoute l'accompagnement et le suivi des élèves
- la participation à la veille épidémiologique

- **L'éducation pour la santé :**

- **Parcours éducatif de santé:2016**

**Développer des comportements responsables**

**et éduquer à la citoyenneté :**

hygiène de vie, éducation à la sexualité, éducation nutritionnelle, prévention des jeux dangereux, des addictions, du mal-être. Formalisée par le projet d'établissement, et, dans le secondaire, mise en pratique par le **Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) créé en 2006.**

# Quelques remarques à ce stade de 1991

- La médecine scolaire place alors la prévention et le bien-être en première ligne avant le soin classique
- Cette lente évolution est le reflet de l'évolution de la médecine des enfants: amélioration de la santé, consultations fréquentes du pédiatre ou du médecin de famille,
- La pédiatrie « sociale » s'est développée en France après 1950 sous l'influence de Robert Debré et de son école
- Il est reconnu que le développement de l'enfant est triple: somatique, psychologique **et social**



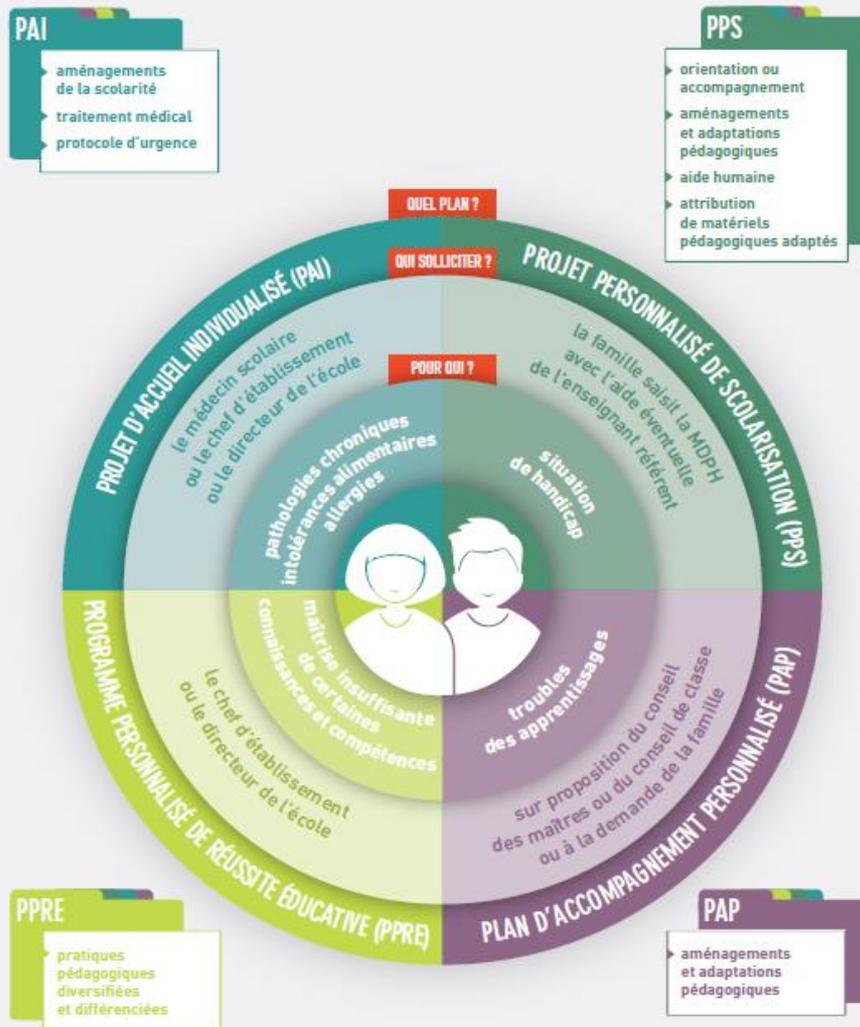
# Les droits de l'enfant ont été affirmés: 3 dates

- **Déclaration de Genève 1924**
- **Déclaration des droits de l'enfant 1959**
- **Convention sur les droits de l'enfant ONU 1989: article 3**
- « **2.** Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les **soins** nécessaires à son **bien-être**, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.
- **3.** Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection **soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.** »

# Une école bienveillante et accueillante = aménagements successifs pour les élèves

- 1993 : projet d'accueil individualisé (**PAI**) > maladies chroniques (asthme, diabète, allergies, etc...) avec un protocole élaboré par le médecin scolaire et l'équipe (infirmière, enseignant, etc..)
- 2005: projet personnalisé de scolarisation (**PPS**) pour élèves en situation de handicap , nécessitant une relation entre médecin scolaire et MDPH :
  - en 2019, **337 585** élèves handicapés scolarisés .
  - Paris : 10 000 PPS pour 370 000 élèves en 2017
- 2015: plan d'accompagnement personnalisé (**PAP**) pour les troubles des apprentissages, en particulier les DYS (dysorthographe, dyslexie, etc...<sup>o</sup>

# Quel plan pour qui ?



Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche / décembre 2014

# Des textes récents et importants concrétisent cette évolution

- 2013: **loi d'orientation** pour la refondation de l'école de la République
- 2016: « **parcours éducatif de santé** » (associant MENJ, DGS ARS et Académie)
- 2019: **loi sur l'école de la confiance** qui introduit le nom **d'école inclusive**
- 2021: **pôles inclusifs d'accompagnement** pour les élèves en situation de handicap.

# Organisation de la « promotion de la santé », ex- médecine scolaire, dans l'Education nationale

## 1. Dans le Ministère de l'Education Nationale

la DGESCO (direction générale de l'enseignement scolaire), comporte un  
bureau « santé et action sociale »

## 2. Les quatre acteurs **ont une relation hiérarchique différente !**

- Médecins MEN : inspection d'académie
- Infirmières IEN : chef d'établissement
- Assistantes sociales: inspection d'académie
- Psychologues de l'EN: recteur

# Médecins scolaires : trois catégories

- **Médecins titulaires** de l'éducation nationale (MEN):
  - Recrutés sur concours,
  - **formation centralisée à l'EHESP** (école des hautes études en santé publique): 8 à 16 semaines et stage
  - **Nombre en décroissance depuis 10 ans !**
- **Vacataires** : 7%, (estimation)
- **Municipaux**:
  - dans 12 grandes villes,
  - pour la maternelle et le primaire uniquement

# Les rôles du médecin scolaire: double expertise

d'après l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (2021)

- Expertise **clinique** pour la réussite scolaire de tous les élèves
- Expertise de **santé publique**
  - Clinicien: examen des élèves, dépistage , prescription
  - Expert médical: aménagement de la scolarité ,situations graves de maltraitance
  - Educateur: élèves et familles (éducation pour la santé)
  - Expert en santé publique: politique de santé pour les facteurs de risques au sein des établissements
  - Formateur: formation du personnel éducatif sur l'impact scolaire des problèmes de santé

Il exerce :

- Dans le centre médico-scolaire (CMS)
- Dans tous les établissements scolaires de son secteur

# Que fait réellement le médecin scolaire en 2021?

## Visites de dépistage obligatoires

(loi: art L541-1 code educ.) des enfants de **6 ans et de 3-4 ans si la PMI est inexistante:**

## Les projets:

- PAI accueil individualisé pour les enfants malades,
- PPS projet personnalisé de solarisation pour les enfants atteints de handicaps,
- PAP projet d'accompagnement personnalisé pour les difficultés scolaires= DYS
- **Visites variées:** suivi des élèves dépistés, interventions à la demande des enseignants ou des infirmières, etc..
- **Urgences:** méningites, maltraitance

- **Recueil épidémiologique** (logiciel Esculape)
- **Réunions** : CESC, ou inopinées pour situations lourdes
- **Avis sur l'orientation et l'aptitude aux travaux réglementés:**

-aptitude au travail en atelier dans les lycées professionnels

**-obligatoire** pour permettre aux élèves mineurs de travailler en situation professionnelle sur des « machines dangereuses. » :

l'usage d'outillages dangereux, mais également le contact avec des matières qui peuvent avoir un impact sur la santé.

**Charge lourde , nécessaire, au détriment des autres actions pour les élèves**

- **ET depuis 2020 la charge de la gestion de la COVID**

# Centres médico-scolaires: une situation en difficulté

- Communes > 5000 habitants (ordonnance de 1945)
- S'y retrouvent :
- **Médecin (s) de secteur**
- **Secrétaire administrative**
- **Infirmières**
- Destination:
  - Pour les visites: élèves et personnel
  - Les activités diverses
  - Réception des familles, de l'équipe enseignante
- **Menace actuelle: moins de secrétaires , locaux mal tenus ou supprimés....**

# L'infirmière de l'éducation nationale (IEN)

- Recrutement : concours au niveau de l'académie
- Formation: 2x3 j par infirmière conseillère technique (textes) et sur les grands sujets
- Pas de formation spécifique à la santé scolaire dans les écoles
- Champ d'action: collèges et lycées ou établissements d'un secteur
- Activités multiples et importantes: écoute, soins, suivi du dépistage, PAI, etc..
- Très proches des missions des médecins
- **Assure la visite obligatoire de dépistage de la 12<sup>ème</sup> année (2015)**
- Conseillère technique des directeurs d'établissements

# Activité des infirmières 1

- **Augmentation des effectifs** de 6950 en 1998 à 8712 en 2018
- Soit **1300 élèves et étudiants / ETP infirmiers**
- Quelques chiffres (données Syndicales du SNICS\*): année 2018-19
- Enquête nationale , **donne un aperçu des tâches et de l'ampleur**
  - 18 461 891 consultations infirmières années 2018,
  - Soit 3 consultations /élève du secondaire :+44% en 8 années
  - 400000 accidents, 250000 dispenses éducation physique
  - Des millions de liaisons vie scolaire, famille, professionnels, etc..
  
- \*syndicat national des infirmières conseillères de santé

# Activité des infirmières (suite)

d'après les données du SNICS

- 7657 consultations : situation de maltraitance.
- 3662 consultations détection de violences sexuelles.
- 14699 consultations pour un événement grave.
- Avec plus de 17 000 demandes par année scolaire, les infirmières de l'Éducation Nationale ont administré 13025 contraceptions d'urgence (dont 77,5% à des élèves mineures).
- 578 281 bilans de santé infirmiers de la 12ème année ont été réalisés soit 89% de cette classe d'âge.
- 400 000 bilans de santé sont réalisés chaque année par les infirmiers en plus des examens obligatoires

# Les psychologues de l'éducation nationale

Corps créé en 2017

Premier degré : psychologues scolaires

Second degré: conseiller d'orientation ,directeur de centre d'information et d'orientation

Recrutés sur concours, bac +5 psychologie

Un an de formation ensuite

Sous l'autorité du recteur

# Assistante de service social en faveur de élèves

- **Missions bien redéfinies en 2017** (BO circulaire du 22 03 2017)
- **Les priorités nationales et académiques sont :**
  - - les collèges des réseaux d'éducation prioritaire et les écoles en Rep+ ;
  - - les collèges du secteur rural accueillant des élèves issus de milieux sociaux défavorisés ;
  - - les collèges avec enseignement général et professionnel adapté (Egpa), unité locale pour l'inclusion scolaire (Ulis), dispositif relais ou unité pédagogique pour élèves allophones arrivants (UPE2A) ;
  - - les lycées professionnels ;
  - - les établissements avec internat.
- **2500 AS recrutées sur Concours sur titres**, organisés par les rectorats pour des candidats ayant leur diplôme d'AS (DEASS)
- **Ecouter, aider, conseiller, accompagner** les élèves et leur famille pour des difficultés :
  - **personnelles** (mal être, isolement, problèmes relationnels, ...)
  - **scolaires** (démotivation, absentéisme, décrochage scolaire, problèmes d'adaptation...)
  - **familiales** (situation conflictuelle, problème de communication, ...)
  - **matérielles et financières** (frais de demi-pension et d'internat, bourses, ...)
  - Les assistantes sociales sont tenues au **secret professionnel**

# En Europe : une seule étude, Pommier J et Jourdan D 2009 (France F, Danemark Dk, Pologne P, Belgique B, Suisse CH, Portugal Pt, Espagne E)

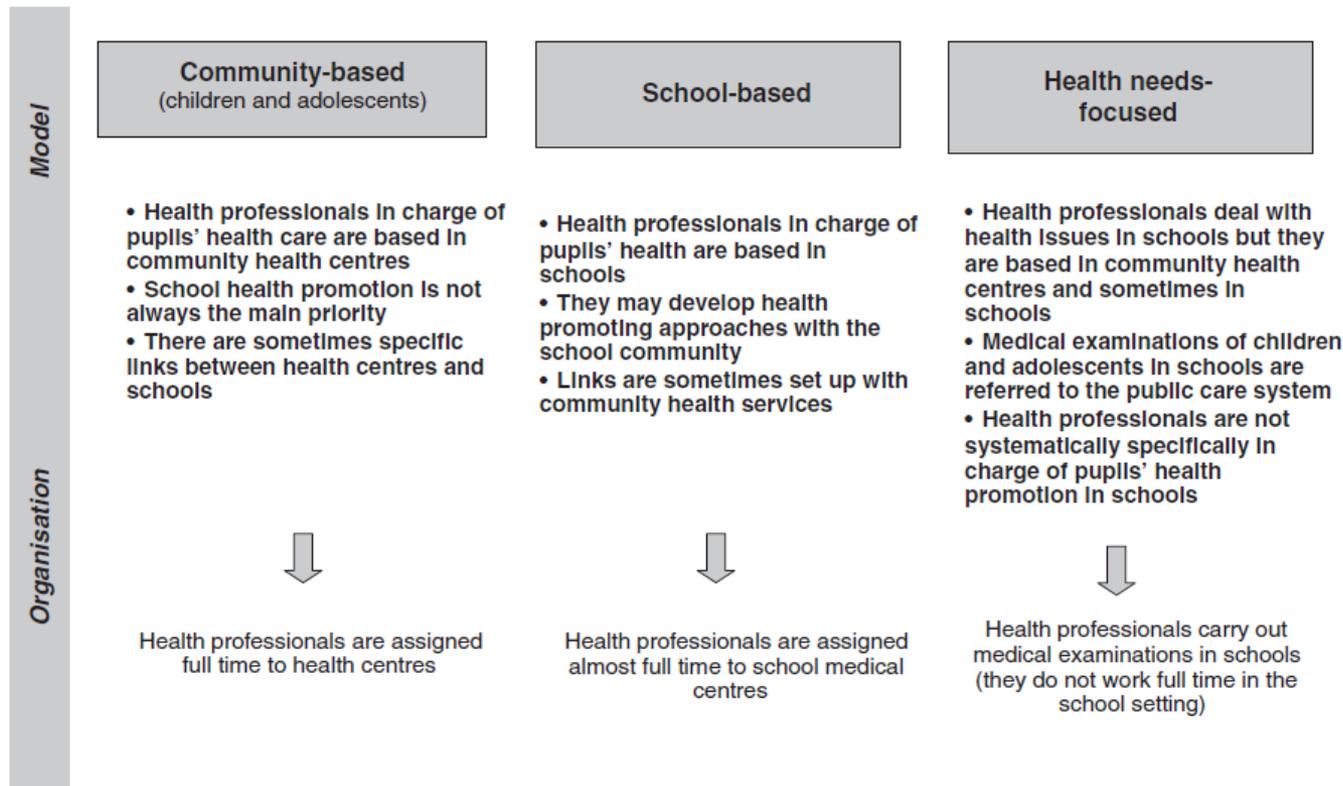


Figure 1 Three models of health provision to improve children's health in schools

Ch,DK,  
E,Pt,Pol

B,F,Dk

CH

# School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries

Jourdan D,PommierJ et al  
EJPEHAA, 2009

**Table 1** Location of health services for young people in school settings and existence of specific school health (SH) personnel according to country

Location of health services	Countries						
	Belgium	Denmark	France	Spain	Switzerland	Poland	Portugal
In the community							
With specific <sup>a</sup> SH teams	Yes Exclusive <sup>b</sup> SH	Yes Not exclusive SH			Yes Exclusive SH but there are exceptions	Yes Not exclusive SH	
Without specific SH teams				Yes Not exclusive SH but there are exceptions			Yes Not exclusive SH
In the schools							
With specific SH teams			Yes Exclusive SH			Yes Exclusive SH	

a: Specificity refers to the fact that there is a team with a specific SH mission

b: Exclusivity refers to the fact that teams work exclusively in SH

# Les difficultés de la santé scolaire

# Gouvernance et pilotage : des zones d'imprécision

- Textes très nombreux
- Priorités d'action mal hiérarchisées
- Convention cadre entre les deux ministères de l'EN et de la Santé  
2016: **pour une coordination entre instances éducatives et de santé.**

# Le cloisonnement des personnels: pas d'équipe de santé scolaire

- La gestion des personnels de santé scolaire est très complexe
- Les liens hiérarchiques sont différents pour tous, médecins, infirmières, psychologues, ASS
- La conséquence en est la difficulté (l'absence) d'un travail d'équipe
- **Médecins et infirmières séparés pour les visites obligatoires depuis 2015:** médecins pour la visite de 6 ans , infirmières pour la visite de 11 ans par le texte de 2015 renouvelé en 2021!
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé en 2015 aux ministres de l'éducation nationale et de la santé de maintenir la visite des enfants de 11 ans par un médecin, sans effet.

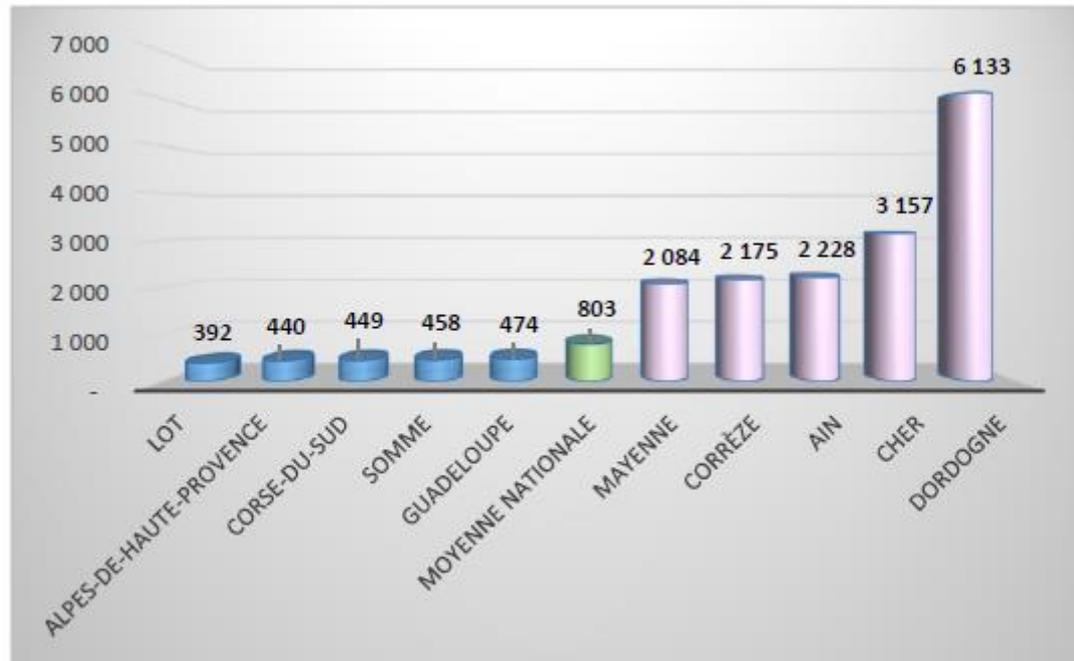
# La santé scolaire souffre d'une carence de l'évaluation : son pilotage est donc difficile

- L'évaluation pour la santé scolaire est **absente des statistiques de l'éducation nationale**.
- Les enquêtes de santé épisodiques (Drees, Inserm) , sont **sans recommandations**, à l'inverse des enquêtes européennes pour les adolescents.
- Les bilans d'activité des médecins et des IEN sont transmis chaque année à la DGESCO. En théorie .
- **Jusqu'à ce jour la visite des 6 ans est la seule évaluation « obligatoire »!**

# La visite médicale à 6 ans est sinistrée

- La visite des enfants de 6 ans est la seule activité évaluée
- **Mais la situation territoriale est très hétérogène** en raison du manque de médecins scolaires , situation encore plus mauvaise dans le secteur privé.
- **Charge par médecin de 400 à 6000!**
- Charge par médecin augmentée de 17% entre 2013 et 2018
- La DGESCO n'a plus de statistiques complètes: manque de personnel ou refus de collecter les données (grève)
- Visites seulement calculées pour secteurs prioritaires (REP)
- On mélange visites médicales et bilan infirmier
- En 2016 **57 % enfants vus par médecin ou infirmier** (enquête SNMSU-UNSA)
- Exception :les 11 villes avec des médecins municipaux > 70% visites

**Graphique n° 3 : charge moyenne de visites médicales de la 6<sup>e</sup> année par ETP de médecin : les 5 taux les plus favorables et les 5 taux les plus dégradés au 30 novembre 2018 hors Indre, Mayotte et Paris**



Source : Calcul Cour des comptes d'après données de la DEPP

# La visite médicale à 6 ans est sinistrée, suite.

Les visites obligatoires ne sont souvent pas réalisées en raison des autres tâches: enfants malades, handicaps, examens à la demande des chefs d'établissement etc..

- Conséquence: **inégalité pour les enfants en situation de précarité, soit 25% de 12 millions d'élèves**
- « *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* » (rapport ANM 2017)

# Les objectifs du parcours de santé ne peuvent pas être réalisés

- La détection des troubles de l'apprentissage (PAP), la prise en charge du handicap (PPS), l'accueil des enfants atteints de maladie chronique (PAI) **ne sont pas évalués malgré leur forte progression**
- **La détection précoce** des troubles (vue, audition, psychologie, etc...) est **aléatoire** à 6 ans, voire à 3-4 ans si PMI insuffisante et **repoussée à la visite infirmière CM2 de 12 ans !**
- **Question de priorité posée aux médecins:**
  - **Dépistage individuel de tous les enfants**
  - **OU**
  - **Dépistage ciblé en 3 temps:**
    - Repérage: parents ou enseignants,
    - Détection: infirmière,
    - Diagnostic: médecin



# Education pour la santé : en retrait!

- Très développée dans les textes officiels
- Avis des CESC recueillis par la DGESCO, pas d'évaluation
- Mais qui la fait réellement?
  - Les enseignants (SVT), les personnels de santé ,
  - Des intervenants extérieurs ?
- Pas de pilotage , pas de programme
- Pas de bilan annuel
- En contradiction avec les objectifs de prévention pour les enfants et les adolescents

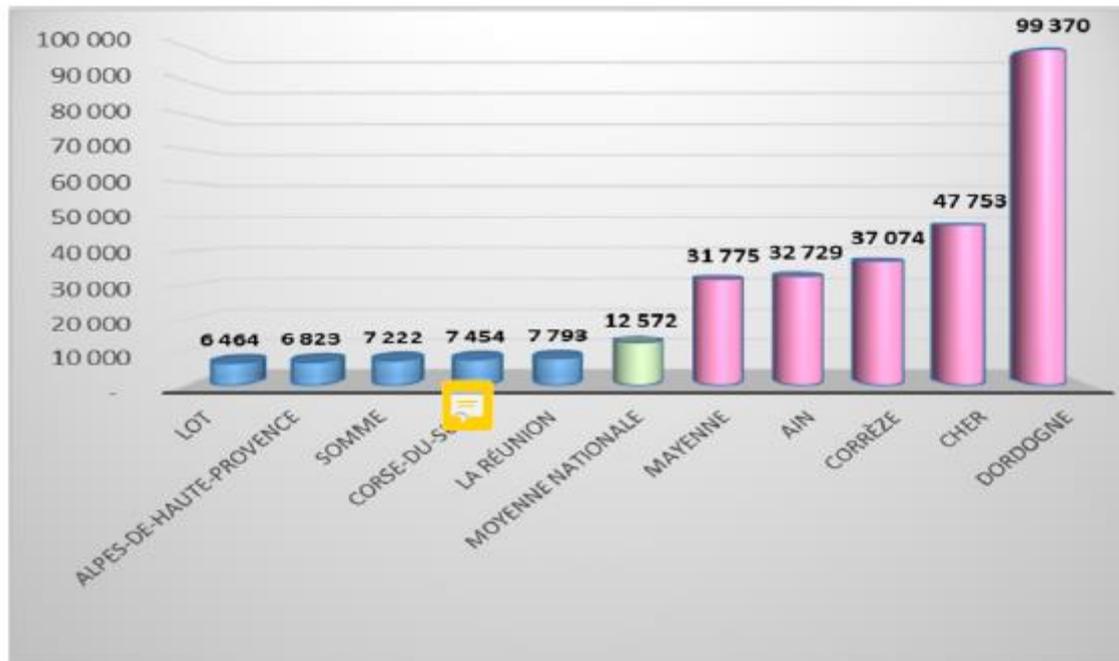
# L'effondrement de la médecine scolaire

- **Deux chiffres** qu'il faut avoir à l'esprit!
- 12,5 millions d'élèves, dont 25 % en précarité
- 800000 visites annuelles ....
- **Le nombre de médecins scolaires**
  - 2006: 1392 MEN et 423 vacataires ETP
  - 2018: 960 MEN , vacataires ? NR
  - 2020 <900 (NR)

**82% ont plus de 50 ans**

- Taux d'encadrement des médecins scolaires pour un secteur:  
(nombre d'élèves pour un MEN):
  - **théorique 1/5000 élèves , en fait autour de 1/7800 avec de grandes disparités territoriales .**

# Nombre d'élèves par ETP de MEN, 5 taux les plus favorables , 5 taux les plus excessifs ,(d'après rapport cour des comptes 2020)



Source : Calcul Cour des comptes d'après données de la DEPP

# 50% des postes offerts au concours de MEN ne sont pas choisis

**Tableau n° 3 : recrutements des médecins par concours depuis 2013  
(hors recrutements réservés)**

<i>Année</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Nb postes offerts</i>	47	47	47	56	150	56	56
<i>Nb postes pourvus</i>	21	18	21	31	18	30	24
<i>% couverture</i>	45 %	38 %	45 %	55 %	12 %	54 %	43 %

*Source : MENJ (DGRH) pour les années 2013 à 2018 ; rapport de jury de concours de médecin de l'éducation nationale pour 2019*

# Pourquoi cette faible attractivité pour la médecine scolaire? Une situation paradoxale

- **Paradoxe** , car les médecins scolaires sont très motivés par leur métier et les jeunes internes sont souvent volontaires, mais abandonnent ...
- Les principales raisons qui dissuadent:
  - Un **salaire** insuffisant
  - Des **conditions matérielles** souvent médiocres (bureau, communication, déplacements )
  - Un sentiment **d'isolement professionnel**: médical et avec les enseignants
  - Un manque de **reconnaissance** de la médecine scolaire comme spécialité

# Les rapports et avis sur la médecine scolaire de 2011 à 2021 sont nombreux

- Cour des Comptes (1<sup>er</sup> rapport) 2011
- Assemblée nationale : rapport d'information 27/11/2011
- HCSP: avis 2013
- Premier ministre: mission interministérielle (IGAS,IGEN,IGANER) 2015-rapport « confidentiel »2016
- Sénat :avis 24/11/2016
- Académie nationale de médecine : 24/11/2017
- Cour des comptes (2<sup>ème</sup> rapport) : 2020
- Et.... les rapports des syndicats, souvent en désaccord entre eux

# Académie de médecine 2017

## Recommandations

Bull.Acad.Ntle.Med.2017;201:957-72.

- Clarifier les priorités pour le pilotage par des indicateurs fiables
- Statut: médecins de prévention dans la fonction publique.
- Assurer la visite 6 ans pour tous les enfants en spécifiant, dans un texte précis, le contenu des missions des médecins et des infirmiers .
- Instaurer une FST universitaire
- Renforcer la convention cadre de 2016
- **Organiser un système de santé scolaire rattaché au Ministère de la santé**

# Recommandations

## Académie de médecine 2017 (fin)

- **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, les psychologues 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...).

# Quelles réponses récentes à ces recommandations ?

- Salaires: **une Revalorisation indiciaire des MEN**

serait-il possible d'envisager un traitement identique aux médecins de santé publique dont ils ont été séparés en 1991? actuellement refusé.

- **Des expertises nouvelles** sur la médecine scolaire produites depuis 5 ans
- Mise en œuvre de la **convention cadre , ARS**
- **Création d'une FST** (formation spécialisée transversale) en 2018, formation universitaire qui améliorerait la reconnaissance et l'attractivité , prélude à la spécialisation.
- **Statut interministériel de médecin de prévention rejeté en 2019 lors du débat sur l'école de la confiance (amendement 807)**

# PRIORITÉ PRÉVENTION

RESTER EN BONNE SANTÉ TOUT AU LONG DE SA VIE



*La prévention doit devenir centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de nos concitoyens*

# Cour des Comptes :

## nouvelles recommandations 2020 (extraits)

- **Une départementalisation de la médecine scolaire:** **Service de santé scolaire** regroupant MEN, IEN, ASS, Psychologues EN, dans les directions départementales des services de l'EN (DSDEN)
- Création d'un **service de pilotage** dans les Rectorats
- **Revaloriser la rémunération** des Médecins de l'éducation nationale
- Revoir **le partage des tâches entre MEN et IEN**, en particulier pour les visites de 6 ans et élèves mineurs de l'enseignement professionnel
- Doter le Ministère de l'EN d'un **Conseil de santé scolaire** avec rapport annuel
- Mobiliser activement **les partenariats : ville, territoires, ARS, SS.**
- **Rénovation des centres médico-scolaires et renforcement du secrétariat**

# Circulaire du premier ministre du 15 janvier 2020: **décentralisation, départementalisation**

- Page 16: projet de décentralisation de la santé scolaire:
- « sur la totalité du champ, médecins et infirmières, y compris donc dans les établissements scolaires, afin **de ne pas introduire une nouvelle dichotomie entre santé scolaire dite de secteur et infirmières des établissements,**
- sur les 1er et 2nd degrés, car un découpage plus ciblé des compétences transférées, centré par exemple sur une délégation du suivi sanitaire scolaire dans les établissements primaires, comporterait des risques non négligeables de dispersion du service de santé scolaire.
- Points d'attention (*extraits*)
  1. **risque d'affaiblissement du lien entre promotion de la santé et les enseignements et actions éducatives**
  2. *Le risque existe qu'une départementalisation de la médecine scolaire augmente les **disparités territoriales** de prise en charge des élèves par rapport aux besoins.*
  3. Une décentralisation qui pourrait ne pas rencontrer l'adhésion des personnels concernés

# Circulaire du premier ministre du 15 janvier 2020

## Réflexions sur les objectifs de la décentralisation de la santé scolaire

### Décentralisation

- *Une décentralisation vers les départements de la médecine scolaire permettrait-elle d'accroître sa performance grâce à un pilotage départemental ? Selon quelles modalités ?*
- *Le transfert des bilans de santé permettrait-il la constitution d'un bloc de compétence « médecine préventive » cohérent au profit des départements ? Sinon, quelles autres actions de prévention individuelle et collective pourraient être décentralisées pour parachever cet ensemble ?*

### Contractualisation

- *Dans quelles conditions la départementalisation de la médecine scolaire pourrait-elle se faire dans le respect de l'équité territoriale ? Une contractualisation État-départements sur des objectifs de résultat est-elle envisageable ?*
- **Des risques discutés également par les syndicats**
- **Pas de suite donnée aujourd'hui à ce projet**

# Il faut d'urgence sauver la santé scolaire en France , un bastion fort de la santé des enfants et des adolescents

- L'intégration de la santé scolaire dans l'éducation nationale est une particularité française pour la réussite et la réalisation personnelle des élèves, facteurs d'égalité et de modernité
- Mais les dysfonctionnements et une hétérogénéité territoriale conjuguée à une **précarité** lourde **bloquent la réalisation des objectifs** de prévention revendiqués, sur les problèmes actuels de violence, harcèlement, maltraitance, tentatives de suicide, grossesses précoces, troubles alimentaires et nutritionnels, conduites à risques, addictions, écrans, absentéisme, décrochage scolaire, toxicomanie.
- Et les recommandations suivantes sont de nouveau proposées

## En manière de Conclusion : les recommandations principales sont

- **Instaurer une évaluation à l'aide d'indicateurs fiables et représentatifs pour clarifier les priorités et le pilotage de la santé scolaire**
- **Remédier d'urgence à la pénurie des médecins de l'éducation nationale de plus en plus préoccupante et réviser leur rémunération**
  - **Leur statut pourrait s'inscrire dans un cadre de médecins de prévention dans la fonction publique**
- **Assurer pour les 800000 enfants de 6 ans un examen de santé, aujourd'hui très insuffisamment réalisé et inégalitaire**
- **Organiser un système de santé scolaire, de la maternelle au lycée, rattaché au Ministère de la santé**
- **Création d'une véritable équipe de santé soudée entre tous les acteurs**
- **Réaliser un maillage extra-scolaire robuste entre les professionnels de santé concernés en ville par l'enfant (PMI, généralistes, pédiatres , pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, services sociaux...).**
- **Réviser le fonctionnement des CESC pour consolider l'éducation pour la santé**