



CONTRIBUTION A LA REFONDATION DE L'ECOLE Septembre 2012

Une école attentive à la santé des élèves

Réflexion pour une politique de santé à l'école en 2012 Perspectives pour la politique de santé en faveur des élèves

Si la nécessité d'une politique de santé à l'école contribuant à la réussite des élèves fait consensus, la définition, les contours et l'organisation de cette politique de santé des élèves font débat.

La promotion de la santé des élèves est une des fondations de l'édifice de la réussite éducative. Il en découle que la santé des élèves soit reposée pour l'ensemble des élèves et pour ceux ayant des besoins spécifiques. Il s'agit de construire un parcours santé à l'école pour tout jeune et de lutter contre les inégalités de santé en permettant des diagnostics précoces.

La santé des élèves doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique de l'enfant et l'adolescent dont l'école fait partie intégrante soit un parcours de construction, le jeune devant être considéré dans sa globalité. Une définition de la santé à l'école doit être clairement réaffirmée. Les objectifs de cette politique de santé des élèves doivent être définis en s'appuyant sur des indicateurs retenus. La visibilité des axes prioritaires sera un atout pour l'institution mais aussi pour l'ensemble des partenaires intervenant dans ce champ permettant ainsi des articulations plus efficaces.

La santé de quoi parle –on ?

Il convient de s'entendre sur la santé à l'école. L'idée que la santé des élèves se résumerait à des examens médicaux et de l'éducation à la santé serait un retour en arrière de plusieurs décennies. De même, focaliser les médecins et infirmiers sur les seuls bilans de santé serait nuire à la transversalité et à l'approche globale en santé. En 2001, les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves précisait que « la mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectifs essentiels et spécifiques de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. ». Cette mission intégrée dans le processus éducatif visait à :

- favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel,
- détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité,
- agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves,
- accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins,

- développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque,
- contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.

Ces orientations s'appuyaient sur la [charte d'Ottawa \(1986\)](#) qui propose une définition de la promotion de la santé : "La promotion de la santé est un processus qui confère aux [populations](#) les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre [santé](#) et d'améliorer celle-ci".

La promotion de la santé utilise des stratégies permettant d'agir sur la [responsabilité sociale](#) et donc sur différents partenaires permettant d'accroître les capacités communautaires. L'individu reste au centre de la démarche. Elle doit lui permettre, dans et avec sa communauté, d'agir en faveur de sa santé. Il y a donc lieu d'agir sur des déterminants de santé liés à l'épanouissement et le bien-être des individus, ce qu'on peut appeler un environnement sain.

Les déterminants de santé sont très larges et relèvent non seulement de ceux liés à la personne, mais ils sont aussi d'ordre relationnel, environnemental; ils sont liés tant au travail, qu'à la culture, la famille, la société, etc. De nombreuses études montrent l'importance des déterminants sociaux (les inégalités dans l'[instruction](#), la [dévalorisation](#) de soi, les carences affectives, la [discrimination](#) et l'[exclusion](#), l'[isolement](#), l'autonomie, etc.)

La promotion de la santé en direction des enfants et des adolescents vise à leur permettre de se construire, à agir en citoyens responsables, à s'informer, à prendre la parole, à intervenir dans les grands débats de société, à s'investir dans des actions communautaires. **Il s'agit de donner les compétences permettant de décrypter les mécanismes générateurs d'altération de la santé et de s'organiser pour agir. Il s'agit de contribuer à l'acquisition de compétence en vue d'exercer un plus grand contrôle sur sa santé et sur les déterminants de celle-ci.**

Dans cette approche, les politiques publiques ne se résument pas à la seule politique de santé mais bien au sens large à des politiques sociales, éducatives, de l'environnement....Dépister le saturnisme chez l'enfant est justifié, mais on ne saurait se dispenser de promouvoir une politique du logement et lutter contre les logements insalubres. Il en va de même de la santé des élèves en termes de troubles des apprentissages, décrochage scolaire par exemple.

L'ensemble des élèves, tout au long de la scolarité, doit pouvoir bénéficier d'un parcours santé qui devra s'appuyer sur une stratégie de promotion de la santé transversale et interprofessionnelle. Il s'agit d'aider les jeunes à se construire, à agir en citoyens responsables, à s'informer, à prendre la parole, à intervenir dans les grands débats de société, à s'investir dans des actions communautaires. Il s'agit de donner les compétences permettant de décrypter les mécanismes générateurs d'altération de la santé et de s'organiser pour agir. Il s'agit de contribuer à l'acquisition de compétence en vue d'exercer un plus grand contrôle sur sa santé et sur les déterminants de celle-ci. La charte d'Ottawa invite à donner une autre dimension à l'éducation à la santé qui ne peut se résumer en formation et information.

La démarche de santé doit reposer sur des stratégies collectives et individuelles, répondant aux besoins des élèves repérés localement tout en s'inscrivant dans les grands objectifs nationaux. La réflexion sur les bilans de santé et les examens médicaux s'inscrit dans un ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies au cours du développement de l'enfant et l'adolescent (prévention) mais aussi offrir un espace de dialogue individuel avec un jeune et sa famille dans une approche globale.

L'éducation à la santé¹ est un des aspects de cette approche. Il s'agit d'aller vers les personnes qui en ont le plus besoin et qui sont souvent les « dernières » à faire appel aux interlocuteurs de proximité.

¹ L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. » (Nutbeam, OMS, [1998](#))

La communication doit s'adapter aux groupes visés. Et il ne faut pas perdre l'objectif visé qui est de s'approprier et d'accroître ses compétences en matière de santé, d'acquiescer des réflexes de santé positifs. La stratégie doit être globale, prenant en compte la dynamique familiale, scolaire et périscolaire.

La réflexion sur les bilans de santé s'inscrit dans un ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies au cours du développement de l'enfant et de l'adolescent (prévention), mais aussi offrir un espace de dialogue individuel avec un jeune et sa famille dans une approche globale.

La mise en place d'une telle stratégie à l'école nécessite une organisation et une infrastructure de promotion de la santé.

Un constat commun

Les textes en vigueur qui concernent les questions de santé des élèves et les missions des personnels qui en ont la charge sont forts nombreux. S'échelonnant depuis la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, les textes soit de portée générale soit à thématique se sont additionnées sans clarifier ni les objectifs, ni les missions des personnels de l'éducation nationale.

Si l'on s'intéresse aux bilans médicaux systématiques, ils ont été modifiés depuis 2007 dans le code de l'éducation (article L2325 du code de santé publique) en introduisant l'article [L. 541-1](#) « Au cours de leur sixième, neuvième, douzième et quinzièmes années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé. ». Par ailleurs, la circulaire n° 2001-013 des missions des médecins de l'éducation nationale prévoyait déjà des bilans de santé à trois âges de la vie ; au cours de la sixième année, en cycle 3 de l'élémentaire pour les élèves en zone d'éducation prioritaire et en classe de troisième au collège.

L'évaluation des activités des médecins constate une diminution constante depuis quelques années jusqu'à la disparition de ces bilans sur de nombreux territoires. Le bilan de 6 ans connaissait une couverture voisine des 90% en 2002-2003 puis les données 2008-2009 recensent « 65,2% en diminution de 5,5 points par rapport à l'année précédente » qui « s'échelonne de 25 à 90% » suivant les académies. La moyenne de l'enquête intersyndicale de 2010 était à 49%, puis passe à 29,2% des élèves de maternelle allant de 84,6 à 6,52% selon les académies dans l'enquête de 2011.

L'examen médical du cycle 3 en zone d'éducation prioritaire est devenu quasi inexistant.

Entre les années 2000 à 2003, le bilan en classe de troisième au collège intéressait environ 70% de cette tranche d'âge. L'enquête intersyndicale de 2010 montre là aussi une chute de réalisation ; 14% des élèves des secteurs répondants allant de 0,33 à 45% suivant les académies.

La réalisation de l'ensemble de ces bilans de santé témoigne globalement d'une couverture faible sur les populations concernées. En tout état de cause, il existe une iniquité dans l'accès à ces bilans de santé puisqu'ils sont réalisés non pas en direction des populations prioritaires mais là où intervient un médecin de l'éducation nationale.

Par ailleurs, les différentes évaluations retiennent une augmentation constante des actions individuelles en direction des élèves handicapés et porteurs de maladie chronique.

L'activité médicale est centrée sur les élèves signalés par les équipes éducatives et le suivi des élèves dépistés 7,8% des élèves vus sur un secteur avec des variations académiques entre 19,83 à 3,17%.

Les deux enquêtes intersyndicales ont montré de grandes disparités d'actions suivant les académies. Seules les interventions concernant les projets d'accueil individualisé et dans le champ du handicap sont homogènes.

L'analyse des examens médicaux montre que certaines académies réalisent un examen médical pour 20% de leur population alors que d'autres n'atteignent pas les 5% (moyenne nationale 7,8%). Si les pourcentages les plus hauts laissent présager de la persistance d'examens médicaux systématiques à certaines tranches d'âge, les taux les plus bas doivent interroger sur les possibilités d'accès à un examen médical à l'école.

Depuis octobre 2010, les rapports sur la médecine scolaire se succèdent et alertent sur la situation. Le Conseil économique social et environnemental avait émis des premières recommandations. Dernièrement, la Cour des comptes et le Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques se rejoignent sur l'analyse des besoins et sur l'urgence des mesures à prendre pour assurer la pérennité de la médecine scolaire.

Il s'agit, nous dit le CEC, de «...réorganiser le pilotage national et rectoral, mieux considérer les besoins sanitaires dans un cadre de santé publique ». Il préconise de clarifier le contenu de la mission de promotion de la santé à l'école, de mieux intégrer ses objectifs dans le cadre budgétaire, de renforcer la lutte des inégalités de santé par des mesures concrètes.

Concernant l'éducation à la santé à l'école, de nombreuses circulaires et directives ont été rédigées, elle a fait aussi l'objet de nombreuses évaluations notamment l'évaluation conjointe Inspection générale de l'Education nationale, Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche, Inspection générale des affaires sociales de 2004, « Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège » et l'évaluation de l'académie nationale de médecine en 2010 « Éducation pour la santé à l'école » qui ont proposé des recommandations.

« On s'est contenté d'additionner les approches au lieu de redéfinir les buts et d'adapter les moyens » est le constat du rapport de l'académie de médecine.

Certains textes définissent les missions des acteurs sans établir de lien entre eux, comme si chacun, médecin et infirmière scolaire, personnels social, enseignant, etc..., était seul chargé d'éduquer pour la santé. D'autres s'emparent d'une thématique exclusive (tabagisme, alcoolisme, SIDA, éducation sexuelle) comme si elle était la clé unique d'une éducation efficace. Les circulaires n°98-237 et n°2003-210 du 1-12-2003 « programme quinquennal de prévention et d'éducation » s'efforcent de mettre une cohérence dans les objectifs et les priorités. La dernière de 2011 est un catalogue de partenariat et d'outils.

Elaborer une politique de santé des élèves

Si les constats de ces derniers mois, aussi bien par le Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques que par la Cour des comptes se rejoignent sur l'urgence des mesures à prendre pour assurer la pérennité d'une médecine scolaire, les recommandations vont dans le sens d'une démarche concertée sur la santé des enfants et des adolescents dont l'école est partie prenante.

L'élaboration de cette politique de santé à l'école ne peut se résumer aux entités « bilans systématiques » et « éducation à la santé » mais doit reposer sur une véritable méthodologie en santé publique qui en fera sa légitimité et permettra de fédérer les acteurs de l'institution.

On ne peut donc pas faire l'économie de quatre grands axes :

- Identifier les besoins de santé des élèves,
- Définir des priorités de santé à l'école,
- Organiser la politique de santé à l'école,
- Investir dans les personnels de santé à l'école.

➤ **Les besoins de santé des élèves en 2012**

Les besoins de santé des élèves doivent être précisés en s'appuyant sur des données nationales mais aussi régionales en lien avec la dynamique des agences régionales de santé (ARS). L'évaluation de la santé des enfants et adolescents s'appuie sur des indicateurs de santé publique objectifs, des enquêtes et rapports nationaux et internationaux. La connaissance des caractéristiques de la population scolaire est aussi une source évidente d'information et de base de réflexion pour les politiques de santé publique.

L'ensemble des données disponibles devrait permettre de faire consensus sur des priorités de santé à l'école. Ces indicateurs sont de plusieurs ordres : connaissance des populations, des élèves, des questions de santé.

Les enquêtes épidémiologiques témoignent de la « bonne santé de la population » effective et ressentie. L'enfant et l'adolescent sont en devenir et l'école doit participer à cette construction.

La connaissance de cet état de santé de la population des enfants et adolescents d'âge scolaire relève bien d'un partenariat étroit entre le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé, au niveau national mais aussi au niveau régional (ARS).

➤ **La définition des priorités de santé à l'école**

S'appuyant sur un recueil des données de santé de cette population le plus complet possible et sur les états des lieux des services intervenant dans ce champ ainsi que sur l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004, des objectifs nationaux pourraient être définis et devraient s'inscrire visiblement dans une politique de santé publique où l'école serait un partenaire.

Un consensus national est nécessaire pour fixer des objectifs prioritaires ainsi que les plans d'actions nécessaires. Une conférence de consensus ou un comité d'experts pourrait arbitrer ce premier point.

❖ **L'éducation à la santé**

Une multitude de textes a donné régulièrement des orientations. L'exemple de l'éducation à la vie affective et sexuelle témoigne à la fois de la pertinence des textes et de l'ambition de l'école ; malheureusement, l'évaluation de cette politique au cours des années ne retient au mieux que des expériences locales et des stratégies d'information.

Au regard de l'expérience et des enjeux, la démarche serait de se fixer un nombre limité d'objectifs, mais avec une volonté que les équipes s'approprient une démarche de projet sur les territoires permettant à terme de laisser une certaine autonomie dans une véritable démarche de santé publique.

La formation des enseignants a un rôle clé avec un double aspect (y inscrire la santé et acquérir des méthodologies) et devrait les préparer aux enjeux de l'éducation à la santé. Les personnels de santé, et plus particulièrement ceux formés en santé publique, seront à positionner dans le pilotage des projets santé des territoires et comme soutien à la formation des personnels.

Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), outil de pilotage de projet, est à adapter au regard des constats et des enjeux de territoire.

❖ **Les bilans de dépistage, les examens médicaux au sein du parcours santé de l'élève**

L'article [L. 541-1](#) du Code de l'éducation, en fait jamais appliqué depuis sa création en 2007, prévoit une visite médicale au cours de la sixième, neuvième, douzième et quinzième année ; les circulaires n° 2001- 012 à 014 prévoient des bilans de santé au cours de la sixième année, en cycle 3 de l'élémentaire pour les élèves en zone d'éducation prioritaire et en classe de troisième au collège et

des dépistages infirmiers à 6 ans et l'organisation d'un suivi infirmier.

Dans le système de santé français, la démarche privilégiée en santé publique est une action ciblée sur les populations concernées.

La réussite éducative est liée à la prise en considération de l'état de santé de l'élève, de même que l'on sait que l'espérance de vie est augmentée avec le niveau d'éducation. Face aux besoins spécifiques exprimés, il s'agit d'offrir une réponse de santé adaptée et concertée. Au sein d'une offre de soins existante sur les territoires, la priorité est moins dans un dépistage systématique à l'aveugle que dans une analyse ciblée des besoins qu'ils soient territoriaux, collectifs ou individuels. De même qu'il est recherché "un parcours de soins" diversifié, complémentaire et variable selon la gravité de la pathologie, un "parcours de santé" à l'école se justifie dans un réseau interprofessionnel afin d'assurer à l'élève une réponse adaptée et graduée en fonction de son âge, de ses besoins propres en matière de santé physique et mentale. Une réflexion s'appuyant sur le développement de l'enfant et l'adolescent, le parcours scolaire doit permettre de proposer une périodicité des bilans de santé et d'y inscrire son contenu dans une approche interprofessionnelle. L'examen médical auprès d'un médecin de l'éducation nationale serait systématiquement proposable aux élèves à partir de différents besoins identifiés par les membres de l'équipe éducative ou à la demande de l'élève et de sa famille, le médecin intervenant sur les situations relevant de ses compétences propres.

La connaissance de la population scolaire permet d'identifier des élèves qui ont des besoins particuliers en santé. Il conviendrait de préciser clairement les priorités et les missions des personnels de santé à l'intention des élèves ayant des caractéristiques spécifiques (enfants malades, en situation de handicap, élèves en retard scolaire, en ZEP, en Segpa, en période d'orientation, en formation avec possibilités de travaux réglementés, primo arrivants, décrocheurs...).

Une fois l'âge et le contenu définis, les bilans de santé doivent faire l'objet d'un travail de réflexion sur la complémentarité professionnelle entre les différents personnels de l'éducation nationale notamment celle des médecins, des infirmières, des secrétaires médico scolaires et des assistants de service social voire des psychologues scolaires: il s'agit de définir ensemble un parcours de santé de l'élève.

Au cours des différents bilans, le recueil de données sur les priorités retenues permettra d'établir des indicateurs de santé sur un territoire.

Le parcours de santé à l'école (bilans de dépistage, examens médicaux, mais aussi Protocole d'accueil individualisé (PAI), éléments du projet personnalisé de scolarisation en cas de handicap, etc...) doit s'inscrire dans le parcours de soins de l'enfant et l'adolescent, en lien avec le médecin traitant et les services hospitaliers ou tout autre partenaire de santé ayant à prendre en charge le jeune et sa famille. Le dossier médical scolaire, doit bénéficier des avancées du Dossier médical Personnel (DMP) et s'inscrire comme un volet de ce dernier. Dans l'immédiat, la mise en place du DMP au niveau des lycéens à titre expérimental est tout à fait réalisable et présente un intérêt majeur dans le cadre des formations professionnelles.

➤ **L'organisation de la politique de santé à l'école**

Le constat aussi bien du Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques, que de la Cour des comptes retient « un pilotage peu affirmé et tendant à la dilution des enjeux sanitaires » et que « cette organisation par secteurs constitue un facteur de rigidité, de cloisonnement des activités et d'inégalité dans l'offre territoriale ». Ils préconisent plusieurs niveaux de réflexion et conseillent à « inciter à un travail plus étroit entre les médecins, les infirmiers, mais également les assistantes sociales ». Ils rappellent combien « les académies doivent être attentives aux modalités

d'organisation des secrétariats médico scolaires qui jouent un rôle déterminant dans le service rendu aux élèves et leurs familles »

L'organisation de la réponse aux besoins de santé des élèves mérite que l'on s'interroge sur les modes de fonctionnement. Elle doit s'appuyer sur le constat actuel, sur les expériences européennes. Le fonctionnement hiérarchique en silos a montré sa limite.

Une organisation matricielle pourrait être envisagée : dans ce type d'organisation, les personnes ayant des compétences similaires sont regroupées pour la répartition des tâches ; ces pratiques sont mises en place pour aider à la gestion de projets.

Ce type d'organisation peut être réalisé à plusieurs échelles au niveau national ou d'un territoire dans le but de la réalisation d'un programme. Les collaborateurs sont regroupés dans des pôles métier (avec leur responsable hiérarchique) mais leurs travaux sont coordonnés pour la réalisation d'un projet précis faisant intervenir plusieurs métiers.

L'organisation matricielle permettrait un pilotage « politique de santé » et un pilotage fonctionnel par corps.

- Un niveau national identifié comme un pilotage et un animateur des politiques de santé à l'école.

Une collaboration étroite est à préciser avec le ministère de la santé.

Le temps spécifique de la définition des priorités de santé à l'école devra bénéficier d'une expertise élargie puisqu'il faudra faire consensus sur les priorités de santé chez l'enfant et l'adolescent et sur les grandes lignes de la stratégie à mettre en place et des évaluations nécessaires.

Le Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques et la Cour des comptes, suite à leur état des lieux, préconisent une instance interministérielle qui ferait le lien avec le pilotage santé scolaire du ministère de l'éducation nationale, de la Direction générale de la santé et du haut comité de santé publique.

Le niveau national aura à s'interroger sur les contours professionnels du pilotage de la santé scolaire : médecins, infirmiers, assistants de service social, psychologues scolaires...

- Réaffirmer le niveau rectoral en lien avec la politique de santé conduite par les Agences Régionales de Santé.

Le niveau rectoral aura à définir les orientations de la politique de santé des élèves de l'académie, les objectifs, les plans d'actions, à déterminer les organisations territoriales. Ce niveau de décision pourrait être le lieu d'articulation entre le coordinateur de la politique de santé des élèves et les pilotages fonctionnels par corps. La santé des personnels devrait pouvoir bénéficier d'une organisation propre en médecine de prévention, indépendante de la santé des élèves.

- Repenser le niveau territorial

La réponse aux besoins de santé sur un territoire doit bien évidemment s'inscrire dans les orientations nationales mais aussi permettre des identifications spécifiques et donc une adaptabilité de cette politique. Le niveau de cette politique peut être un département mais selon les départements il pourrait être souhaitable d'envisager une organisation fondée sur les bassins de vie.

Cette réflexion doit aussi être portée au sein des comités d'éducation à la de santé et la citoyenneté (CESC) où les personnels techniques « experts » ne doivent pas être facultatifs ou seulement présents au titre de « personnel de l'établissement » alors que là aussi il y a une véritable démarche de santé publique à défendre notamment dans l'identification des besoins et dans l'évaluation.

La réflexion doit porter sur la réponse aux priorités définies. Si l'élémentaire est retenu comme une priorité dans la réussite éducative, le fonctionnement actuel de la santé à l'école est à repenser. Car l'enjeu de promotion de la santé est l'accompagnement de chaque élève vers la réussite de son

parcours personnalisé et cela repose sur une démarche stratégique impliquant l'ensemble des acteurs de la communauté éducative dont les personnels de santé (infirmier, assistant de service social et médecin).

Le suivi de cette politique ne peut se résumer à l'évaluation actuelle de fonctionnement du service de médecine scolaire, au seul indicateur LOLF (bilan de 6 ans réalisé) et aux données statistiques recueillies par le ministère de l'éducation nationale : bilan de 6 ans, projet d'accueil individualisé, protection de l'enfance et formation aux premiers secours.

L'évaluation de cette politique de santé doit se faire à plusieurs niveaux :

- un suivi d'indicateurs de santé de la population,
- des indicateurs de fonctionnement,
- une incitation à des évaluations des programmes de santé territoriaux qui ne se résument pas à une évaluation de participation ou de satisfaction.

➤ **Les enjeux pour les personnels de santé**

Il faut garantir une approche interprofessionnelle en santé aux élèves et cela passe par une réflexion sur le travail en équipe des personnels de santé de l'éducation nationale dans une dimension de complémentarité.

❖ Ces professionnels doivent être inscrits dans les actes de prévention

Les différents actes de dépistage font l'objet d'adressage vers d'autres professionnels de santé. La possibilité de prescriptions du médecin de l'éducation nationale doit être rappelée, la question du remboursement de ces prescriptions par les caisses d'assurance maladie doit être posée. Les préventions primaires et secondaires doivent s'inscrire dans la réflexion sur le travail en réseau et la complémentarité de chacun.

❖ La formation des personnels de santé doit être en adéquation avec les besoins de santé des élèves et les projets développés. Les personnels de santé peuvent également être formateurs pour les personnels enseignants afin de leur permettre de mieux prendre en compte les enjeux de la santé à l'école et de l'éducation à la santé en particulier.

❖ Les différents rapports parlementaires font part de leurs craintes portant sur la pérennité des services rendus en raison de l'insuffisante attractivité des métiers de santé scolaire. Un rapprochement statutaire des médecins de la fonction publique, la reconnaissance au sein des spécialisations existantes de santé publique et médecine générale de l'exercice des médecins de l'éducation nationale, la reconstitution d'un vivier de candidats potentiels aux concours de médecins et d'infirmiers scolaires contribueraient, comme l'évoque le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, à préserver les missions de santé à l'école.



Perspectives pour Ecole attentive à la santé des élèves

- **Inscrire la promotion de la santé dans le code de l'éducation comme une mission à part entière de l'école.**
- **Intégrer la politique de santé des élèves dans une politique globale de santé des enfants et des adolescents.**
- **Etablir des priorités de santé des élèves en faveur de la réussite éducative et répondant aux besoins des élèves en 2012.**
- **Définir un parcours santé des élèves tout au long de leur scolarité**
- **S'appuyer sur des stratégies utilisant l'éducation à la santé et les bilans de santé axés sur du dépistage variant en fonction des âges où l'examen médical est proposable suivant les situations.**
- **Organiser la politique de santé favorisant une dynamique de projet : une organisation matricielle permettrait de regrouper des métiers en coordonnant leurs travaux pour la réalisation d'un projet précis adaptable suivant les territoires.**
- **Adapter en conséquence les modalités du programme budgétaire 230 « Vie de l'élève » et fixer des indicateurs opérationnels.**
- **Assurer la pérennité des services de la santé scolaire en agissant sur l'attractivité offerte à ses professionnels au niveau de la revalorisation statutaire, des plans de carrière et de l'identité professionnelle dans l'institution mais aussi au sein de leurs propres professions.**