

J. GROUSSET^{1,2}, C. VAILLANT¹, C. GINIOUX¹, F. RANCINAN¹, S. BRUNHES-PEREZ¹, P. COLSON¹

¹Médecin de l'éducation nationale

²Pilote du groupe de travail de médecins de l'éducation nationale, enquête sur les années 2009-2010 et 2010-2011

Cette nouvelle enquête s'inscrit dans la continuité de l'enquête de 2009-2010 sur les missions des médecins de l'éducation nationale qui couvrait la période de septembre 2009 à juin 2010. Le SNMSU-UNSA Education¹ et le SNAMSPEN-UCMSF² avaient engagé une véritable réflexion sur la circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves et la circulaire n°2001-013 des missions des médecins. La première enquête s'inscrivait dans la nécessité d'un état des lieux sur l'activité des médecins pour enrichir la réflexion sur les orientations d'une politique de santé en faveur des élèves. Au cours de l'année 2010-2011, de nombreuses auditions auprès de l'Assemblée nationale, du Sénat, de la Cour des comptes ont eu lieu et ont abouti à différents rapports qui sont venus enrichir l'analyse sur la médecine scolaire³. Les résultats de l'enquête 2010 sur les missions des médecins de l'éducation nationale ont été un véritable atout pour appuyer les discussions.

Par contre, le constat est que le groupe de travail sur les missions, piloté par le ministère de l'éducation nationale, n'a pas vraiment évolué. La DGESCO a proposé en mai 2011 un recueil d'activités des médecins sur les mêmes items que l'année précédente (bilan de 6 ans, projet d'accueil individualisé, protection de l'enfance et formation aux premiers secours).

Si la démarche initiale était de faire lever sur notre ministère de tutelle pour un véritable diagnostic sur la santé des élèves et l'offre de santé à l'éducation nationale, elle n'a abouti qu'à la publication de «Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves – données chiffrées 2008-2009» en février 2011 sur Eduscol.

Devant les sollicitations des médecins de l'éducation nationale et des partenaires, le groupe de pilotage a opté pour la reconduction de l'enquête sur l'année scolaire 2010-2011.

La méthodologie

La méthode retenue s'inscrit dans la continuité de celle de l'année précédente ; elle consiste en une enquête quantitative à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins de l'éducation nationale. Ce questionnaire, réalisé sur un fichier de format Excel, comporte à nouveau trois parties : le secteur médicoscolaire du médecin, les actions en direction de l'ensemble des élèves et les actions spécifiques. Il a cependant fait l'objet de certaines modifications, notamment concernant les bilans de santé systématiques qui n'apparaissent plus de façon individualisée mais globalisée avec les «examens à la demande». Cette décision a été prise au regard des résultats de l'enquête 2010 ; les bilans médicaux systématiques étant inférieurs à 50% au niveau national et présentant une forte inégalité territoriale. Ces bilans médicaux font l'objet de stratégies très variées. L'intérêt en termes de santé publique et d'efficacité de couverture adaptée aux besoins est de réfléchir à une organisation permettant un examen médical systématiquement proposable aux élèves de certaines tranches d'âges en s'appuyant sur une complémentarité d'actions des personnels. Il apparaît légitime sur cette question de ne pas rester dans le registre quantitatif, mais de s'intéres-

¹Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires-UNSA Éducation

²Syndicat National Autonome des Médecins de Santé Publique de l'Éducation Nationale-Union Confédérale des Médecins Salariés de France

³Rapport d'information, Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire, 17/11/2011

ser aux expériences territoriales, donc à une approche qualitative et d'évaluation des politiques mises en place localement.

Comme dans l'enquête précédente, le renseignement du questionnaire a été basé sur le volontariat des médecins de l'éducation nationale.

Les questionnaires remplis devaient être retournés par courriel au syndicat de leur choix, les médecins pouvant joindre un commentaire sur leur pratique. Ils ont été centralisés, puis anonymisés avant traitement.

Les résultats

1. La participation

Il a été retourné 572 questionnaires, dont 560 exploitables. Cela représente un taux de participation de 36,6% pour les médecins titulaires, avec des écarts importants entre académies (5,6% à 100%) dont 8 rectorats avec des taux supérieurs à 50%. Les répondants sont des titulaires dans 80,2% des cas.

L'effectif scolaire représenté par cette enquête est de 3 769 779 élèves pour un effectif total d'élèves en 2010-2011 de 12 568 896 dont 9 984 869 dans les premier et second degrés publics. L'enquête concerne donc environ 37,76% des élèves.

2. Le secteur

Le nombre d'élèves par secteur que les médecins de l'éducation nationale ont en charge est en moyenne de 7 900 élèves pour un équivalent temps plein (ETP), mais s'élève à 8 640 avec les secteurs confiés. On trouve 5,7% des médecins avec un secteur supérieur à 10 000 élèves, majoritairement des titulaires dont 59% avec un secteur vacant confié en plus. Le secteur le plus important est de... 33 355 élèves !

Au niveau national, 31% des médecins ont un secteur vacant confié, mais il existe des disparités qui se creusent, puisque dans certaines académies 85% des collègues ont un secteur supplémentaire.

Les variations académiques sont notables pour l'ensemble de ces données.

3. Les actions en direction de l'ensemble des élèves

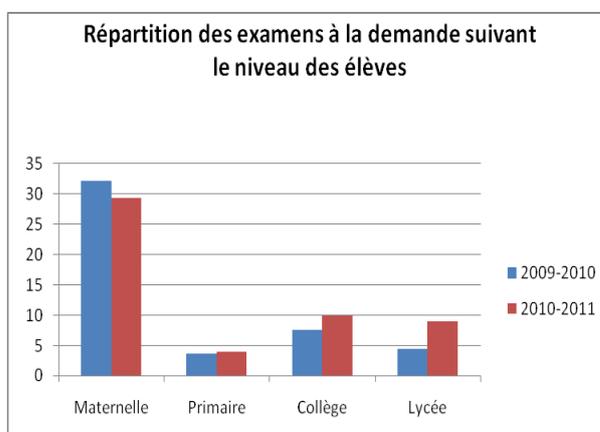
- Les bilans médicaux systématiques
Cette nouvelle version de l'enquête ne recensait plus les bilans systématiques. Sur les tranches d'âges intéressées par un bilan systématique, les examens reposaient sur des repérages préalables, il s'agit d'une certaine forme d'examen à la demande. Ils ont donc été comptabilisés comme tels.

- L'éducation à la santé
Les médecins de l'éducation nationale participent pour 49,5% des répondants aux projets d'éducation à la santé, soit comme pilote d'un ou plusieurs projets d'éducation à la santé, soit aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), soit à la réalisation d'actions d'éducation à la santé avec en moyenne 5,8 interventions tous types confondus par médecin.

4. Les actions spécifiques

a) Les élèves signalés et le suivi des élèves (examens à la demande)

Ces examens n'incluent pas les projets d'accueil individualisé (PAI), le champ du handicap, la protection de l'enfance et les travaux réglementés par l'article D4153-43 du code du travail. Ils représentent 7,8% des élèves vus sur un secteur. Les variations académiques s'établissent entre 19,83 à 3,17%.



Les élèves en maternelle bénéficient pour 29,2% d'entre eux au niveau national d'un examen médical.

On constate une différence académique nette sur le pré élémentaire allant de 84,6 à 6,52%. Les taux élevés s'expliquent par :

- une stratégie persistante de bilans médicaux sur la tranche d'âge des 6 ans dans certaines académies,
- un effectif sur certains territoires qui ne comprend que les grandes sections du fait d'une intervention systématique de la PMI pour les moins de 6 ans.

b) Les élèves porteurs de pathologies chroniques

Les PAI concernent 78 059 élèves, soit 2,07% de l'effectif scolaire représenté dans l'enquête. Le nombre de nouveaux PAI par rapport au total des PAI s'élève à 41,7%. Un ETP a en moyenne 177 PAI sur son secteur. Ces chiffres sont homogènes sur l'ensemble des académies.

c) Les élèves handicapés

Les élèves ayant un dossier à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sont au nombre de 54 209, soit 1,44% de la population enquêtée. Un médecin suit en moyenne 92 élèves ayant un dossier MDPH (soit 116 pour un ETP).

Ces élèves ont bénéficié pour 59% d'un examen médical en 2010-2011.

Le médecin a participé à une équipe de suivi de scolarité pour 81% des dossiers.

En moyenne, un ETP a instruit 37 dossiers d'aménagements d'examen.

La participation aux équipes de MDPH comme médecin désigné par l'inspecteur d'académie n'avait pas été prise en compte dans l'enquête précédente. En 2010-2011, elle représente 2 061 demi-journées. On constate que cela concerne uniquement certains départements ; 37 départements parmi les répondants participent aux équipes MDPH avec des temps allant de 2 à 297 demi-journées. Dans ces départements, soit tous les médecins semblent participer à cette mission, soit elle ne concerne que certains médecins. Au total, 127 médecins participent aux MDPH, ce qui représente en moyenne 16 demi-journées par médecin concerné. Pour 31 départements, aucun des médecins répondants ne participe à ces commissions.

d) Les élèves des lycées professionnels

L'enquête a recensé les examens médicaux permettant de délivrer l'avis médical permettant d'obtenir la dérogation aux travaux réglementés prévue par l'article D4153-43 du code du travail pour les moins de 18 ans ; 61 603 élèves ont bénéficié de cette visite médicale, ce qui représente une couverture voisine de 98,5% des élèves devant bénéficier de cette dérogation.

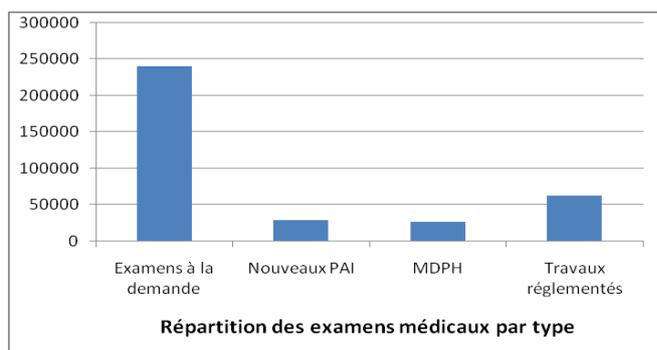
e) Les maladies transmissibles concernent tous les médecins avec des proportions variables suivant les territoires

On note 54 situations d'infections à méningocoque, 216 de tuberculose et 3 984 situations de tous types (TIAC, gale, teigne, etc.) où le médecin scolaire est intervenu au cours de l'année 2010-2011.

f) L'enfance en danger

3 365 enfants ont eu une visite médicale pour suspicion d'enfant en danger. Chaque équivalent temps plein de médecin traite en moyenne 9 situations d'enfant en danger. Parmi ces situations, 40,4% font l'objet d'un signalement au conseil général et 27,6% au procureur.

En moyenne, un équivalent temps plein de médecin voit 934 élèves de son secteur, soit 11,8% de l'effectif de son secteur ; les situations complexes peuvent nécessiter plusieurs entretiens, des entretiens différés avec les familles, des contacts avec les partenaires, la réalisation de courriers. La part de ces différents examens médicaux apparaît dans le schéma ci-dessous.



Analyse

La participation nationale à cette nouvelle enquête est en légère progression, soit 36,6% pour 34,5% l'an passé au niveau des médecins titulaires, soit plus d'un tiers de l'effectif des médecins titulaires. Cela montre l'intérêt des médecins pour un recueil de données sur leurs activités. Il faut garder une certaine prudence quand à l'interprétation de ces résultats. Le comité de pilotage a analysé ces données nationales en s'appuyant sur les résultats des académies ayant un fort taux de participation, ainsi qu'en interrogeant les territoires sur leurs pratiques.

La comparaison de ces données a été faite avec les chiffres de :

- l'enquête précédente 2009-2010,
- « bilans des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistant(e)s de service social, les infirm(ière)s et les médecins » des années 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003 bilan chiffré des synthèses académiques publié par la direction de l'enseignement scolaire sous direction des établissements et de la vie scolaire, bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention,
- « Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves – Quelques données chiffrées année 2008-2009 » février 2011, Éduscol.

1. Des disparités territoriales qui se creusent

a - Les effectifs des médecins en baisse continue

Le nombre de médecins de l'éducation nationale continue de diminuer. Le ministère recense, au 1^{er} octobre 2010, 1 371 médecins titulaires, dont 143 en détachement, en disponibilité, en congé longue durée, etc. Ce qui représente 1 228 médecins directement en activité auprès des élèves. Le secteur moyen théorique serait donc de 8 131 élèves en considérant que tous les médecins sont à temps plein et sans prendre en compte la part de médecins vacataires ou contractuels. Ce chiffre est en adéquation avec les résultats de l'enquête qui situe 7 900 élèves pour un équivalent temps plein (ETP) mais s'élève à 8 640

avec les secteurs confiés. En 2004, on obtenait 2 121,6 ETP de médecins pour un effectif scolaire de 10 232 103 élèves, soit 4 823 élèves par secteur. Le secteur moyen d'un médecin de l'éducation nationale a augmenté de 68% depuis 2004. L'enquête précédente avait noté déjà une augmentation de 38% entre 2004 et 2009-2010. Il existe en fait une augmentation de l'effectif par médecin de 22% par rapport à l'année dernière, alors que l'effectif scolaire est resté stable.

b - Une couverture du territoire de plus en plus hétérogène

Si l'enquête montre une nouvelle augmentation du secteur moyen d'un médecin de 7 800 élèves en 2009-2010 à 8 640 en 2010-2011, il existe en parallèle une diminution du nombre de médecins qui se voient confier un secteur : 48,66% en 2009-2010 contre 31,2% des collègues ont un secteur vacant confié. Ces moyennes nationales cachent une très forte disparité. Sept rectorats sont au dessus de cette moyenne nationale sur les secteurs vacants confiés. Le pourcentage de médecins ayant un secteur confié varie de 6,7% à 85% des collègues. Trois rectorats connaissent une très forte progression depuis l'année dernière pouvant aller de 50 à 85%. Si le nombre de secteurs vacants confiés « diminue » sur certaines académies, cette baisse s'explique par la redistribution de secteur sur un territoire avec majoration du nombre d'élèves donnés en responsabilité par médecin. Cela explique les augmentations d'effectifs par secteurs. Par contre, d'autres rectorats connaissent une chute du nombre de secteurs vacants qui s'explique non pas par l'arrivée de médecins mais par un nouveau type d'organisation que le questionnaire ne permettait pas de renseigner. Certains départements ont mis en place un travail en « réseau » sur des missions prioritaires, les territoires vacants n'ayant plus de médecins nommés, mais pouvant bénéficier de l'intervention d'un médecin lors d'une demande relevant du champ de priorités définies par l'inspection académique.

D'autre part, certains départements ne sont plus représentés dans l'enquête, ils correspondent à des départements qui ont connu une chute spectaculaire du nombre de médecins allant jusqu'à une perte de plus de 50%

de l'effectif initial, parfois même jusqu'à un médecin pour tout le département comme en témoigne le secteur de plus de 30 000 élèves. Le questionnaire n'est certainement pas adapté à ces nouvelles situations. Les interrogations sur les perspectives d'exercice des missions de ces médecins ne les ont pas motivé à participer à cette enquête.

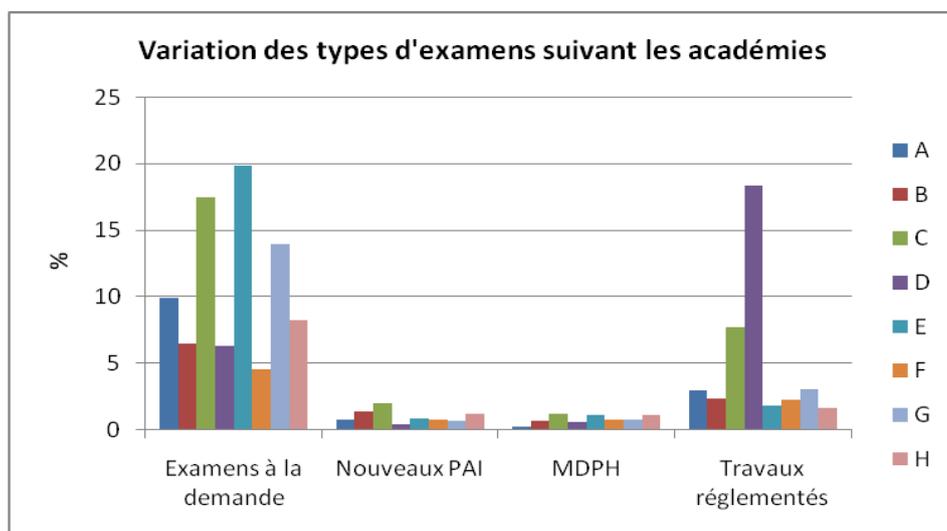
c - Des missions de plus en plus différentes suivant les territoires et des contrastes à approfondir

L'analyse des motifs d'examens médicaux sur les huit académies les plus représentatives témoignent de grandes disparités d'actions. Seules les interventions concernant les PAI et dans le champ du handicap sont homogènes.

des élèves sachant que cette étude porte sur des secteurs affectés à un médecin et ne met pas en évidence les secteurs vacants ou à intervention priorisée.

- ❖ Seules deux actions spécifiques demeurent stables et homogènes : les PAI et l'accompagnement à la scolarité des élèves handicapés.

Le pourcentage de PAI par rapport à la population reste stable : 2,07% pour 2,03% l'an passé. Le nombre de nouveaux PAI passe de 45% à 41,9% sur les deux enquêtes et est de 44,8% dans les données « Éduscol » de 2008-2009.



L'item « examen à la demande » 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.

L'exemple de l'académie D montre un pic en lycée professionnel ce qui préjuge d'une priorisation sur cette population.

Par contre, les académies B, F et, dans une moindre mesure H, connaissent un pourcentage inférieur ; on peut donc supposer qu'il existe une difficulté à répondre aux besoins

Un ETP connaît une légère augmentation de son nombre de PAI de 164 à 177 PAI, ce qui est à mettre en lien avec l'augmentation de l'effectif des secteurs.

Après une forte progression de 2000 à 2005, les deux enquêtes montrent une légère augmentation de 0,9% à 1,44% des élèves ayant un dossier MDPH et suivis par un médecin de l'éducation nationale par rapport à l'effectif scolaire de cette enquête. Ces données sont à comparer avec les 187 500 enfants scolarisés relevant du handicap, soit environ 1,8% de la population scolaire (ministère de l'éducation nationale). La différence de pourcentage laisse entrevoir une part de cette population non suivie par les médecins scolaires qu'il conviendrait d'explorer.

❖ Les bilans médicaux systématiques

La diminution constante depuis quelques années se confirme et entérine 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 2010 était à 49%. On constate que, globalisé avec les examens à la demande, cela concerne 29,2% des élèves de maternelle allant de 84,6 à 6,52% selon les académies.

❖ Les élèves signalés et le suivi des élèves dépistés sont en progression au niveau national à 7,8%

Ces examens représentaient 3,1% l'an passé auxquels il faut ajouter les autres examens obligatoires, soit 6,93%. Les variations académiques sont importantes allant de 19,8% à 3,17%. Ces visites médicales s'adressaient à des publics spécifiques comme les élèves fréquentant des établissements dispensant des enseignements généraux et professionnels adaptés (EREA et SEGPA), des dispositifs pour non francophones. On peut donc s'inquiéter sur l'accès à ces visites pour ces populations vulnérables.

❖ Les travaux réglementés

La réalisation des visites médicales pour donner un avis sur la dérogation apparaissait comme la priorité d'intervention sur l'ensemble du territoire dans l'enquête précédente avec une homogénéité académique. L'enquête 2010-2011 montre un léger infléchissement dans la couverture, mais témoigne cette fois d'une grande disparité territoriale allant de 100% à 40%.

L'interprétation de ce chiffre est cependant difficile, car des médecins indiquent des visites médicales assurées, alors qu'ils ne mentionnent pas d'effectifs d'élèves en lycée professionnel sur leur secteur : cela témoigne d'une mise en réseau de l'activité médicale pour assurer les avis de dérogation témoignant donc encore d'une priorité institutionnelle.

2. Un travail centré sur les actions spécifiques

a - Une part importante du travail des médecins de l'éducation nationale est centrée dans le champ du handicap et de la pathologie chronique

Le suivi de ces élèves (examen médical) et la participation à une équipe de suivi de scolarité restent stables.

Les dossiers d'aménagements d'examen n'avaient pas été pris en compte l'an dernier ; 37 situations sont recensées par ETP.

La participation des médecins de l'éducation nationale aux équipes de MDPH comme médecins désignés par l'inspecteur d'académie est très disparate, ce qui s'explique par les conventions signées entre les conseils généraux et les services de l'État, dont l'éducation nationale. Cela représente 2 031 demi-journées pour les médecins répondants. Cette participation est, dans certains départements, majeure puisqu'elle peut représenter un ou plusieurs ETP de médecins, alors même que ces départements connaissent une pénurie de médecins de l'éducation nationale.

La montée en puissance de l'intégration individuelle et collective se fait notamment grâce à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. L'accueil de ces enfants à l'école représente pour le médecin scolaire différents temps :

- une prise de connaissance de la situation de l'enfant avec la famille qui peut comporter une visite médicale ainsi que son évolution au cours de la scolarité,
- un lien avec le médecin traitant, la PMI, les différentes personnes qui suivent l'enfant,
- une rencontre avec les intervenants de l'école,
- en l'absence de suivi, l'orientation vers les services hospitaliers en vue d'un diagnostic médical, voire d'une prise en charge thérapeutique,
- la participation à au moins une réunion de suivi de scolarisation (trois sont obligatoires chaque année),
- d'un compte rendu médical adressé au médecin de la MDPH.

b - Une augmentation notable de l'intervention des médecins de l'éducation nationale dans les maladies transmissibles

L'intervention des médecins de l'éducation nationale a doublé lors des situations d'infections à méningocoque, ainsi que pour l'ensemble des situations de maladies transmissibles (TIAC, gale, teigne, etc.) et a été multipliée par 4 pour la tuberculose.

L'analyse des données épidémiologiques disponibles⁴ retient :

- les infections à méningocoques sont en diminution d'environ 18% avec 628 cas en 2009 et 519 en 2010 (confirmation pour les 1 à 19 ans avec 319 puis 254 cas),

- la tuberculose a diminué entre 2008 et 2009, il ne semble pas exister de données accessibles plus récentes,

- les TIAC sont stables.

Par contre, on constate une augmentation de la gale⁵ avec une recrudescence des épisodes signalés en collectivités, ainsi qu'une ascension des ventes des produits scabicides. Il est retenu comme facteur favorisant le retard au diagnostic parfois associé à des difficultés financières et de compréhension des prescriptions. Les problématiques de la teigne sont assez similaires.

Ce phénomène d'augmentation d'intervention des médecins de l'éducation nationale interroge. Est-ce que suite à la campagne de vaccination contre la grippe A de 2009-2010, les médecins de l'éducation nationale apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés dans ce champ davantage dévolu auparavant aux ex-DDASS ? La question du rôle du médecin de l'éducation nationale dans la veille sanitaire en lien avec les ARS mérite d'être précisée.

Conclusion

Cette enquête confirme les éclairages sur la réalisation des missions des médecins de l'éducation nationale. Si on peut estimer qu'elle a rencontré une bonne adhésion auprès des médecins, elle présente toujours la difficulté

de n'être pas systématique et donc de ne pas couvrir l'ensemble du territoire. Il apparaît dommageable que l'éducation nationale n'ait pas mis en place les outils nécessaires à une évaluation de sa politique de santé en faveur des élèves, aussi bien qualitatifs que quantitatifs.

Les disparités territoriales, signalées l'an passé, aussi bien dans la réalisation des missions que dans les effectifs d'élèves confiés, se creusent. Si les bilans médicaux obligatoires prévus dans le suivi des élèves sont en complète perte de vitesse, la réponse aux demandes d'exams médicaux ne semble plus possible sur l'ensemble du territoire. Les résultats mettent en relation directe les diminutions globales des examens médicaux dont bénéficient les élèves avec l'augmentation des secteurs, c'est-à-dire la diminution du nombre des médecins de l'éducation nationale.

Elle objective l'évolution de l'activité des médecins en direction de publics spécifiques, accueil des élèves relevant du handicap ou porteurs de maladie chronique.

La définition des priorités est très variable sur le territoire national. Seules les dérogations aux travaux réglementés des élèves mineurs apparaissent faire consensus. On peut émettre l'hypothèse que ce bon résultat est obtenu par la convergence des exigences légales et institutionnelles.

Cette enquête témoigne de la persistance de l'investissement des médecins aux stratégies de promotion de la santé des élèves pour favoriser leur autonomie et leur responsabilisation vis-à-vis de leur propre santé : éducation à la santé, démarche de projet...

Cette enquête, dans la continuité de la précédente, témoigne des pratiques nouvelles de la médecine scolaire, très différentes des priorités inscrites dans les missions de 2001.

Elle confirme les disparités territoriales qui traduisent, soit des choix académiques d'intervention, soit des priorisations à des niveaux variables tant individuel que de l'inspection académique et qui relèvent parfois uniquement de la réponse aux urgences.

⁴Données InVS

⁵La gale est-elle en augmentation en France ? État des lieux à partir de diverses enquêtes régionales et nationales 2008-2010, Institut de veille sanitaire, 2011

L'analyse de cette enquête invite à s'interroger sur les examens médicaux périodiques au cours de la scolarité. Si des tranches d'âges ont été définies par le législateur (6, 9, 12, 15 ans), l'organisation de ces examens systématiques n'a jamais été accompagnée des moyens financiers et humains⁶. Pour autant, la question du suivi sanitaire à l'école est pertinente et semble faire consensus dans une démarche globale de promotion de la santé. L'examen médical doit être proposable aux élèves dans une stratégie de repérage et de dépistage s'appuyant sur une organisation et une approche pluriprofessionnelle, variable en fonction de l'âge. Des modalités particulières d'accès à ces examens médicaux doivent être proposées pour les zones socialement défavorisées (ancienne zone d'éducation prioritaire, établissements ECLAIR⁷ par exemple), à des publics scolaires comme les classes non francophones, les SEGPA, ...

La sollicitation des médecins de l'éducation nationale pour les « urgences » sanitaires telles que : les cellules de crise, les méningites, les cas de tuberculose, coqueluche, rougeole, vaccination contre la grippe A... demeure. Le rôle de la médecine scolaire dans l'ensemble de ces champs mérite une évaluation des besoins sanitaires et de sa coordination avec les politiques publiques.

L'enquête apporte confirmation des élargissements des secteurs des médecins. La dégradation par rapport à l'enquête de l'an dernier est objectivée avec une moindre accessibilité à la visite médicale pour les élèves. Le médecin de l'éducation nationale est et doit rester un médecin de première ligne, de proximité qui doit permettre des diagnostics précoces, des orientations et une prise en charge adaptées si nécessaire. Il doit rester accessible à tous les élèves et à leur famille.

Le rapport du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques confirme la responsabilité de l'école à l'égard de la santé

des élèves scolarisés avec pour différentes missions de :

- dépister les problèmes de santé susceptibles d'entraver leur scolarité,
- faciliter l'insertion des enfants souffrant d'une maladie ou d'un handicap,
- rendre les enfants autonomes et responsables à l'égard de leur propre santé.

Il repositionne l'école comme « un acteur à part entière des politiques de santé menées par l'État » et les personnels de santé comme des « acteurs indispensables ».

Dans un éditorial de 1989, le professeur Jean-Pierre Deschamps s'était écrié « Oui, il faut sauver la médecine scolaire ». Deux ans plus tard était créé le corps des médecins de l'éducation nationale. Aujourd'hui, pour le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, il s'agit à nouveau de la "sauver" : il préconise une médecine scolaire renforcée et renouvelée et propose des mesures concrètes. Les mesures statutaires et de pilotage préconisées par le Comité d'évaluation et contrôle des politiques publiques et la Cour des comptes pourraient, si elles sont suivies dans des délais brefs, permettre une couverture territoriale et une inscription des questions de santé en direction des enfants et adolescents scolarisés.

Les médecins de l'éducation nationale, inscrits dans les politiques publiques, souhaitent pouvoir continuer à travailler dans une approche globale et transversale de santé à l'école.

⁶Rapport du Comité d'Evaluation et de Contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire, novembre 2011.

⁷Écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite