

## Réflexions sur la profession de médecin de l'éducation nationale

Depuis longtemps, l'école s'intéresse à la santé des élèves qui lui sont confiés. La question de la santé à l'école s'est échaufadée au cours des années pour aboutir à une politique de promotion de la santé en faveur des élèves. Cet objectif repose sur l'implication de tous les personnels, membres de la communauté éducative, et plus particulièrement sur un travail en équipe associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmiers, les psychologues et conseillers d'orientation psychologues, les médecins, les assistants de services sociaux... Chacun apporte ses compétences dans le champ global de la promotion de la santé à l'école, les médecins et les infirmiers ayant cependant une mission particulière en tant que professionnels de santé.

La circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves précise 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 ». Les circulaires n°2001-013 et n°2001-014 définissent les missions des médecins et des personnels infirmiers de l'éducation nationale qui participent à ces orientations.

A l'heure actuelle, dans un contexte de baisse continue de la démographie médicale, de fonctionnements départementaux très disparates, la question des objectifs de santé auprès des élèves mérite d'être reposée à plusieurs niveaux :

- un paysage réglementaire sur la santé qui s'est fortement modifié depuis 2001,
- des besoins de santé des élèves qui sont à reconsidérer,
- le travail en équipe avec des cloisonnements de services et de niveaux,
- une pénurie de médecins qui se creuse d'année en année pour diverses raisons.

Le groupe de travail proposé par le ministère de l'éducation nationale aura à s'interroger sur ces différents items en s'appuyant sur un recensement des textes en lien avec la santé des élèves, sur l'évaluation de fonctionnement des services de santé scolaire qui ne peut pas se résumer au seul indicateur LOLF (pourcentage d'élèves ayant bénéficié d'un bilan de santé à 6 ans) et bien évidemment sur les besoins de santé des jeunes prioritaires en concordance avec les objectifs retenus dans la future loi de santé publique.

### ***Un écart entre les missions inscrites dans la circulaire sur les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves et la réglementation actuelle***

➤ *Les missions des médecins (circulaire n°2001-013) se déclinent ainsi :*

#### Des actions en direction de l'ensemble des élèves

- Le médecin de l'éducation nationale réalise des bilans de santé au cours :
  - de la sixième année : organiser la détection précoce des difficultés d'apprentissage lors de la visite médicale obligatoire (Article L2325-1 du code de santé publique et L541-1 du code de l'éducation),

- du cycle 3 en zone d'éducation prioritaire,
- de la classe de troisième au collège.
  - L'éducation à la santé.

#### Des actions spécifiques

- Le suivi des élèves dépistés ou la prise en charge d'élèves signalés.
- Les élèves porteurs d'une pathologie chronique.
- Les élèves handicapés.
- Les élèves présentant une inaptitude au sport.
- Les événements graves survenant dans la communauté scolaire.
- Les maladies transmissibles survenant en milieu scolaire.
- Les interventions en urgence auprès d'enfants ou d'adolescents en danger, victimes de maltraitance ou de violences sexuelles.
- Le suivi des élèves des établissements d'enseignement technique et professionnel.
- Actions de formation et actions de recherche.

#### ➤ *Un ensemble de textes introduit de nouvelles orientations à propos de la santé des enfants et adolescents :*

Ce sont essentiellement les lois de santé publique du 9 août 2004, de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005, pour l'égalité des droits et des chances du 11 février 2005, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et celles du 7 mars 2007 relatives à la protection de l'enfance et à la prévention de la délinquance. Elles ont largement modifié les priorités, les stratégies et les organisations de fonctionnement en direction de ces populations. Dernièrement, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) intègre des approches curatives et préventives dans un cadre d'actions qui devraient permettre le développement de la promotion de la santé notamment en direction des enfants et des adolescents.

Le constat est la quasi absence d'indications par l'institution quant à la place de la promotion de la santé des élèves et de celle des missions des médecins de l'éducation nationale. Ce fait aboutit soit à des sollicitations multiples (certificat d'aptitude au stage en milieu professionnel, évaluation d'une situation sociale dans le cadre des informations préoccupantes...) ou à l'inverse à une absence de demandes d'avis techniques (orientation en SEGPA...).

Ce contexte explique les difficultés actuelles :

- dans la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé des élèves,
- dans la lisibilité des missions des personnels de santé de l'éducation nationale au sein de l'institution au niveau du conseil technique (IEN, Chef d'établissement, équipe pédagogique...),
- mais aussi, dans la reconnaissance d'une nécessaire complémentarité des services intra institutionnels (médecin, infirmier, assistant social, psychologue et conseiller d'orientation psychologue),
- ainsi qu'avec les partenaires extérieurs, notamment collectivités territoriales (PMI, services municipaux,...) et les services de soins (hospitalier, médecine libérale).

A cette opacité, se surajoutent les disparités d'interprétations d'un département à l'autre. Le fonctionnement actuel s'appuie sur les modalités d'actions antérieures et les partenariats existants. Ainsi, si de récentes lois ont affirmé le pilotage par les conseils généraux de plusieurs champs de travail, on constate que de nombreuses tâches restent à la charge du

service de promotion de la santé en faveur des élève,s comme par exemple le champ du handicap.

### ***Les besoins de santé des élèves***

Les missions des médecins doivent-elles concerner l'ensemble des élèves ou être orientées vers un public ciblé ? Faut-il aussi s'intéresser à l'approche individuelle ou collective, à la part du travail pour les examens de santé et celle dans le développement des projets de santé ? Si l'évaluation des objectifs fixés dans la circulaire de 2001 ne semble pas disponible, de nombreux rapports sur la santé des jeunes, sur l'éducation à la santé permettent tout de même d'enrichir ce débat.

#### ***La question des bilans de santé « systématiques » et « obligatoires »***

Globalement, le système français a évolué depuis les années 1950 passant d'une série d'examens de santé généralistes à la coexistence de multiples dépistages en fonction de pathologies. Ces examens généralistes sont en perte de mobilisation du fait d'une application partielle de ces mesures par l'absence de couverture sur certains territoires notamment, mais aussi par l'absence d'autres bilans aux autres âges de la vie - enfants et adolescents au-delà de 6 ans- mais aussi du fait des coûts et des moyens liés à une telle stratégie.

Actuellement, la couverture du bilan de 6 ans est de plus en plus partielle et le suivi des situations identifiées devient difficile. La baisse démographique en médecins de l'éducation nationale incite plutôt à un repérage des enfants devant bénéficier prioritairement d'un bilan de santé.

Au regard de ces éléments, la stratégie des bilans de santé doit donc interroger :

- la population concernée allant de systématique à ciblée,
- le contenu de cette visite (généralisé ou centré sur des objectifs) et des tests à utiliser,
- les possibilités diagnostiques et de prises en charge thérapeutiques,
- la continuité dans la prise en charge.

Un véritable travail de concertation doit avoir lieu au plan national sur les besoins des populations et la faisabilité d'objectifs définis en terme de moyens. Les bilans de santé doivent faire l'objet d'un travail de réflexion sur la complémentarité professionnelle entre les médecins et les infirmières notamment.

La question de l'accès aux soins est une problématique à prendre en compte. Les avis émis par les médecins de l'éducation nationale passent par les médecins généralistes qui prescrivent par exemple, les bilans et séances d'orthophonie, les vaccinations. Ce cheminement complexifie l'accès aux soins, alors que dans nos missions de 2001, il était prévu une possibilité de « prescrire les aides adéquates et d'assurer le suivi, dans le cadre du diagnostic médical devant les difficultés d'apprentissage ». Il apparaît légitime de réinterroger la possibilité de prescription des médecins de l'éducation nationale dans le cadre des bilans systématiques et/ou dans certains champs de la prévention.

#### ***L'organisation d'un suivi de santé au cours de la scolarité des élèves***

Dans la même dynamique de réflexion et de prévention, la question du suivi de santé lors de la scolarité doit être clairement posée. La loi de protection de l'enfance de 2007 a introduit la systématisation de bilan de santé aux autres âges (9, 12, 15 ans). Les questions posées au

paragraphe précédent sur le bilan de 6 ans sont identiques et renvoient inévitablement aux interrogations sur le coût et les moyens d'une telle stratégie. Il est à noter que le bilan systématique en classe de troisième a été complètement abandonné depuis plusieurs années pour n'être proposé qu'à la demande ou pour les élèves souhaitant une orientation vers des filières exposant aux « travaux dangereux ».

La question du suivi interroge le fonctionnement du service de santé au sens large sur deux aspects :

- la coordination du travail des médecins avec :
  - les missions des secrétaires,
  - les missions des infirmières dont l'intervention doit être contextualisée au parcours de l'élève.
- le dossier médical de l'élève, outil incontournable du suivi de l'élève.

*Des missions très diverses qui requièrent des compétences variées mais confirmées*

- L'aptitude au travail sur machines dangereuses
- Les maladies chroniques

Le nombre de PAI a plus que doublé depuis 2000 avec chaque année un nombre important de nouveaux PAI (environ 50%).

- La protection de l'enfance

Le recentrage des médecins de l'éducation nationale sur les certificats médicaux descriptifs accompagnés d'une première rencontre avec la famille, conforté par la loi de 2007, a provoqué une diminution de notre activité dans ce champ. Cependant, l'évaluation sociale des situations, antérieurement dévolue à notre service, devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge par des services sociaux de l'éducation nationale en préélémentaire et élémentaire.

La cellule de recueil de l'information préoccupante a amélioré la lisibilité des situations et leur suivi. Malgré tout, une forte proportion reste sans suite, du fait de l'absence d'une évaluation ou d'une concertation interne pluriprofessionnelle. Cette cellule n'a pas encore été mise en place dans tous les départements.

- L'éducation à la santé

L'évaluation statistique des activités des médecins de l'éducation nationale ne permet pas de mesurer la place de ces professionnels ni dans les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), ni dans les actions portées par ces personnels. Formés en santé publique et médecine sociale et ayant développé des compétences en démarche de projet, de nombreux médecins continuent à investir ce champ.

- Les maladies transmissibles

Si le MEN apparaît comme un interlocuteur des services compétents, son rôle n'est pas précisé notamment dans la prise en charge des populations (à l'exception des méningites à méningocoques).

Les collègues sont souvent mobilisés dans l'investigation d'une situation, la mise en place des protocoles de soins, voire parfois plus. Or, cette mission peut s'avérer très envahissante dans leurs pratiques comme cela a été le cas cette année avec la participation à la vaccination contre la grippe A.

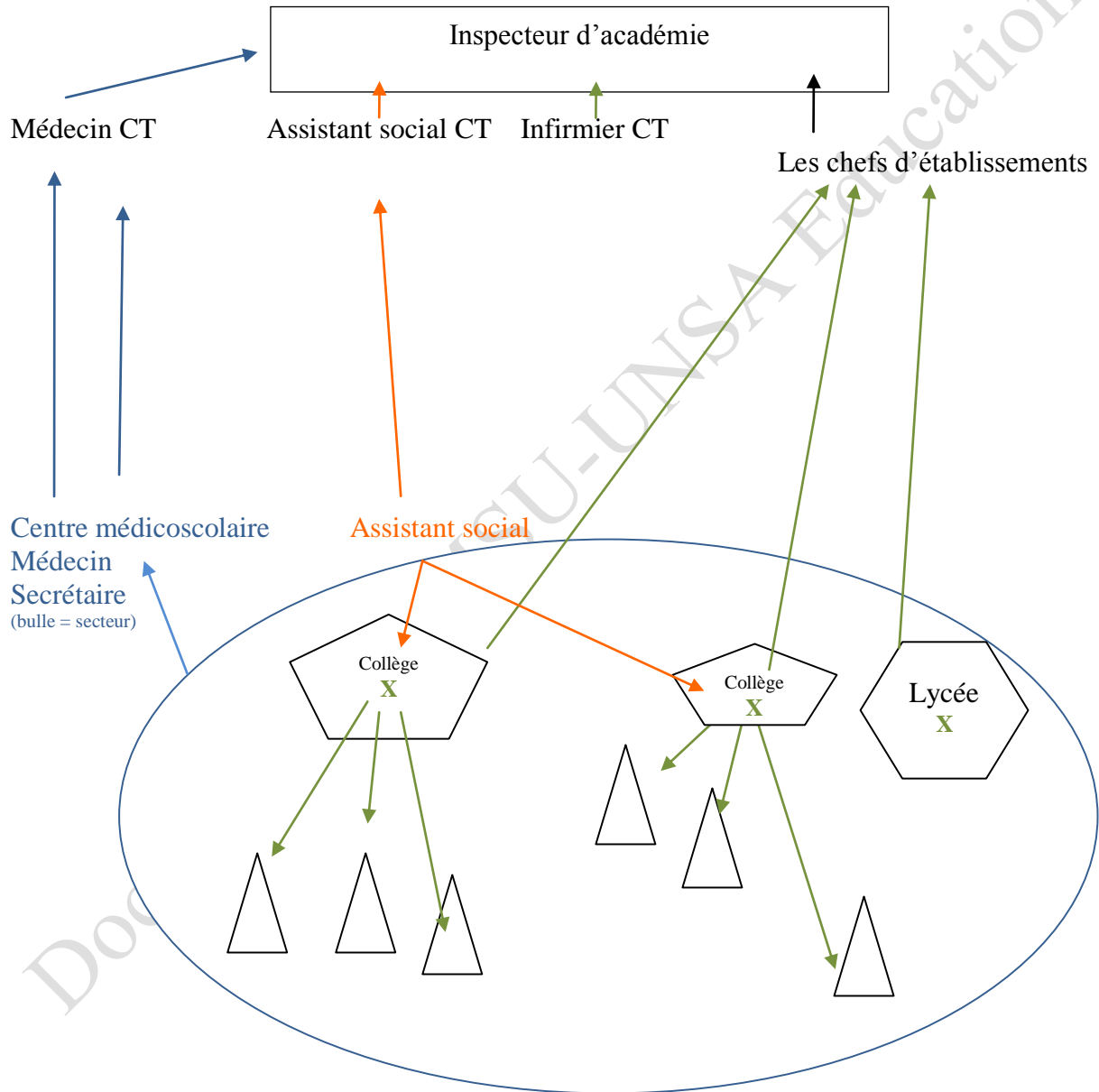
## ***Le travail pluri professionnel***

### ***Un travail d'équipe***

Le travail en équipe est nécessaire pour permettre la réalisation d'objectifs de santé pour les élèves. Au sein de l'institution, le travail en équipe interroge deux aspects :

- le projet départemental de santé des élèves clairement décliné qui garantit les plans d'action aux différents niveaux de la scolarité,
- l'organisation des services des personnels de santé et leurs articulations hiérarchiques entre corps professionnels.

Ce schéma donne un aperçu de l'organisation actuelle avec seulement les médecins, les secrétaires des centres médico scolaires, les infirmiers et les assistants de services sociaux. Il peut se complexifier en ajoutant les psychologues scolaires et les conseillers d'orientation psychologues. A la lecture de ce schéma, on peut aisément imaginer les freins au travail en équipe d'un point de vue des territoires d'intervention, mais aussi des filières hiérarchiques.



△ Etablissement du premier degré  
 X : personnel infirmier

### *Le travail en réseau avec les partenaires :*

- La PMI.

Le bilan de 6 ans doit s'inscrire dans la continuité et le suivi du bilan de 4 ans, et non pas comme un bilan indépendant avec une simple passation de dossier d'un service à l'autre.

Les missions (PAI, Handicap et protection de l'enfance) auprès des enfants de moins de 6 ans scolarisés méritent aussi d'être clarifiées notamment avec la MDPH et la CRIP.

- La MDPH.

- Le secteur hospitalier notamment de pédiatrie, de psychiatrie (CMP), mais aussi les différentes structures s'intéressant à l'enfant et l'adolescent comme les centres du langage, les maisons des adolescents...

- Le secteur libéral.

- Les différents partenaires associatifs intervenant notamment dans la prévention.

### *Une articulation cohérente avec la politique de santé et les instances qui la pilotent à l'échelon national mais aussi régional.*

Jusqu'alors, la participation de l'éducation nationale était inscrite au sein des GRSP et des SROS. La mise en place des ARS doit clairement prendre en compte la santé des élèves. Les projets rectoraux de santé des élèves doivent pouvoir être en interaction avec les plans régionaux de santé publique aussi bien dans la dynamique promotion de la santé que dans les versants d'accès aux soins. Les médecins de l'éducation nationale doivent être en connaissance des priorités retenues et des budgets affectés afin de pouvoir en faire bénéficier leur territoire, le médecin de secteur devant être repositionné comme un cadre et expert en santé publique, notamment au sein des CESC. Un nécessaire va et vient entre les personnels de proximité et le niveau rectoral doit permettre à la fois de faire remonter les besoins des territoires en s'appuyant sur des indicateurs pertinents et la déclinaison des réponses retenues comme prioritaires sur les secteurs.

### ***Etre médecin de l'éducation nationale***

#### *Une profession toujours en quête de reconnaissance*

Depuis 1994, date du premier concours de recrutement, les médecins de l'éducation nationale ont bénéficié d'une formation adaptée à l'EHESP. Si cette formation a fait l'objet d'un travail écrit de fin de stage, aucun diplôme ni validation n'est acquis. Pour autant, de nombreux médecins ont étayé leur expérience professionnelle de diplômes universitaires ou ont même validé la spécialité « santé publique et médecine sociale ». A la fois, l'absence de validation mais aussi de cursus universitaire correspondant à la médecine scolaire laisse le médecin de l'éducation nationale dans un entredeux ; problématique toujours vive puisque les collègues ne se voient pas reconnus au sein de la spécialité médecine générale. Pourtant, dans leur pratique quotidienne, les médecins ont pu établir des relations partenariales de qualité dans lesquelles ils sont reconnus et peuvent investir leur champ de conseiller technique. De plus, il persiste une fragilité induite par l'augmentation de la taille des secteurs, le départ récurrent des médecins et s'installent des craintes de plus en plus vives sur les perspectives du service de santé scolaire.

#### *Un marasme statutaire qui se creuse*

Si les médecins de l'éducation nationale partent massivement en détachement soit dans le corps des médecins territoriaux, soit dans celui des MISP (médecins inspecteurs de santé publique), soit sur des pratiques autres en direction des enfants ou adolescents. On doit s'interroger sur l'impossibilité de recrutement, alors même que les passerelles étaient prévues

dans les textes de 1991. La campagne de vaccination contre la grippe A a témoigné une nouvelle fois du décalage indemnitaire entre les médecins de l'éducation nationale et les autres médecins de la fonction publique.

Cette fuite constante des médecins de l'éducation nationale et le peu d'entrées malgré les postes proposés s'expliquent à plusieurs niveaux :

- un métier peu connu et peu reconnu,
- un métier avec des aspects techniques propres concernant une population spécifique (le jeune en posture d'élève),
- une rémunération peu attractive,
- un plan de carrière peu diversifié,
- le défaut d'accès à une formation médicale continue.

## **Conclusion :**

Les constats sur la profession de médecin de l'éducation nationale mettent en avant l'inadéquation actuelle entre les missions et les moyens attribués. Ce document tente d'expliquer l'importance de redéfinir des objectifs prioritaires aux personnels de santé de l'éducation nationale au regard des besoins des élèves, des nouvelles attributions des services et dans une dimension d'approche pluridisciplinaire.

Cette première analyse conduit aux propositions suivantes :

⇒ Exercice professionnel auprès de l'enfant ou l'adolescent scolarisé

- Les bilans de santé : définir clairement une stratégie de bilan de santé (systématique/ciblage de la population) et en préciser le contenu.

Ces bilans et leur suivi doivent s'inscrire dans une dynamique de travail d'équipe et de partenariat clairement défini.

Le médecin aurait en charge le diagnostic et l'orientation thérapeutique, ainsi que la possibilité de prescrire des actes de prévention (orthophonie, vaccination, contraception).

- Les projets d'accueil individualisé (PAI) : la réalisation des PAI doit clairement établir la place des médecins et les possibilités ou non de délégation de compétences. L'articulation avec la PMI et les municipalités (cantine, centres de loisirs) doit aussi être clairement re-posée en terme d'attribution. L'éducation thérapeutique doit être prise en compte.

- Le handicap : les missions des médecins de l'éducation nationale dans leur participation à l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation et des collaborations avec la MDPH doivent être précisées et faire l'objet de réelle évaluation notamment en terme de quotité de travail. Actuellement, dans les faits, les médecins de l'éducation nationale restent l'interface entre le service de soins et l'école, accompagnant les familles dans la démarche d'intégration. Dans l'élaboration et la mise en place des PPS, leur expertise est largement sollicitée notamment avec les avis à émettre auprès de la MDPH comme en témoigne la fréquente participation aux équipes pluridisciplinaires et commission d'autonomie.

Les circulaires n°2006-126 relative à la mise en oeuvre et au suivi du projet personnalisé de scolarisation et n°2006-119 relative à la scolarisation des élèves handicapés, préparation de la rentrée 2006 précisent la place des professionnels de santé dans la participation facultative « selon les cas » aux équipes de suivi de scolarisation pour la mise en oeuvre et le suivi du

PPS et l'aménagement des conditions de passation d'examens ou concours de l'enseignement supérieur.

- La promotion de la santé, l'éducation à la santé : repositionner le médecin en conseiller technique et coordonnateur de réseaux de prévention dans une démarche de projet de santé. Il devrait être un des relais de l'articulation incontournable du projet santé rectoral. Les médecins de l'éducation nationale, les médecins conseillers techniques départementaux et surtout rectoraux devraient être placés en coordinateurs de référence avec les ARS.

- Les missions spécifiques et les publics prioritaires doivent être reprecisés. Depuis 2001, les besoins des élèves et les attributions des services ont évolués.

Il convient donc de s'interroger sur :

-- l'avis médical pour les dérogations aux travaux dangereux

- associer la visite médicale à une prévention individuelle et collective sur les risques professionnels,
- permettre aux médecins de l'éducation nationale d'actualiser leurs connaissances sur la médecine du travail.

-- les actions spécifiques en direction des publics des ZEP, des SEGPA...

-- les missions pour la pratique de l'éducation physique et sportive,

-- la protection de l'enfance, la place du médecin de l'éducation nationale doit être reprecisée.

-- Les maladies transmissibles : la surveillance et la gestion par les médecins de l'éducation nationale de nombreuses situations interrogent souvent les liens avec les services de la santé.

-- les questions environnementales...

- Les actions de formation et de recherche

-- Le médecin de l'éducation nationale doit être un interlocuteur pour la formation des membres de l'institution (développement de l'enfant et de l'adolescent, éducation à la santé, champ du handicap), ainsi que pour d'autres personnels.

-- les actions de recherche doivent être sollicitées, favorisées et validées, ainsi que les publications des médecins de l'éducation nationale.

⇒ Garantir une approche pluridisciplinaire en santé aux élèves

- Aborder une réflexion sur le travail en équipe des personnels de santé de l'éducation nationale dans une dimension de complémentarité.

- Maintenir les secrétariats médico-scolaires permettant le respect du secret professionnel, l'articulation des professionnels et la gestion des dossiers médicaux.

⇒ Formation et recrutement

- Permettre aux médecins de l'éducation nationale d'accéder à la reconnaissance d'une spécialité.

- Compléter la formation statutaire initiale à l'EHESP par des modules permettant une qualification en santé publique reconnue.

- Former au management les médecins CT.

- S'articuler avec les universités de médecine afin d'accueillir des étudiants stagiaires pour qu'ils découvrent durant leur cursus, l'aspect santé à l'école au même titre que la santé au travail.



⇒ Attractivité

- Revaloriser la carrière en s'inscrivant dans les négociations de la fonction publique pour la catégorie A avec possibilité de création d'un grade fonctionnel et opportunité de revisiter l'accès au hors échelle A et B, hors passage par la fonction de conseiller technique.
- Harmoniser le traitement statutaire des différents corps de médecins de la fonction publique : cette hypothèse semble envisageable dans le cadre d'un corps interministériel selon la DGAFP.
- Dans l'attente de ce travail de fond, le régime indemnitaire doit être révisé à brève échéance.
- Dynamiser et créer des passerelles professionnelles (MISP, Médecins territoriaux, Médecins universitaires, Médecins de Prévention).
- Proposer aux candidats du concours de médecins de l'éducation nationale des postes à un niveau déconcentré.

Document SNMSU-UNSA Education