



## Santé des élèves et médecine scolaire Académie de médecine Audition du SNMSU-UNSA Éducation février 2017

La santé des élèves et la médecine scolaire font toujours débat avec un décalage constant entre besoins des élèves et objectifs de santé à l'école, entre connaissances médicales et actions mises en place.

Depuis la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, la promotion de la santé en faveur des élèves est inscrite comme une mission de l'école. Cette loi a décliné le champ de la promotion de la santé en 7 axes et a introduit **un parcours santé dans le système éducatif** (articles L541-1<sup>1</sup> et L121-4-1<sup>2</sup> du code de l'éducation).

---

<sup>1</sup> Article L541-1

Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article [L. 121-4-1](#). Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.

Les visites médicales et de dépistage obligatoires ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.

Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de leur état de santé physique et psychologique a été assuré par un professionnel de santé de leur choix.

Au cours de la sixième année, une visite comprenant un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisée. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.

Les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé déterminent conjointement, par voie réglementaire, pour les visites médicales et les dépistages obligatoires, la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage, ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article [L. 162-5-3](#) du code de la sécurité sociale.

Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social.

<sup>2</sup> Article L121-4-1

I.-Au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie. Les enseignements mentionnés à l'article L. 312-15 et les actions engagées dans le cadre du comité prévu à l'article L. 421-8 relèvent de cette mission.

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

1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;

2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;

3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;

3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;

4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;

5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisés des élèves ;

7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.

Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.

Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

Le SNMSU-UNSA Éducation a salué les avancées de la loi qui a clairement défini la mission de promotion de la santé en faveur des élèves à l'école, jusqu'alors définie par simple circulaire notamment dans les missions des personnels de santé.

Le SNMSU-UNSA Éducation soutient que la promotion de la santé des élèves participe à leur réussite éducative. Il en résulte que l'école se doit de proposer, donc d'organiser des actions de promotion de la santé à l'ensemble des élèves, y compris bien sûr ceux qui ont des besoins spécifiques. Il s'agit de construire un parcours santé à l'école pour tous et de lutter contre les inégalités de santé en permettant des diagnostics précoces et l'accès à la promotion de la santé dès le premier degré. 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. Les objectifs de cette politique de santé des élèves doivent être clairement définis et évalués. 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.

Le SNMSU-UNSA Éducation n'a cessé de dénoncer la méthodologie de travail lors de la déclinaison de cette loi qui s'est effectuée au sein du groupe de travail 12 (GT12) à partir de février 2014.

Une évaluation de la médecine scolaire, prévue dans le cadre de la Modernisation de l'action publique (MAP), a été engagée en juin 2015 par le Premier ministre alors que le groupe métier des personnels santé-sociaux (le GT12) arrivait à la fin de ses travaux. Les auditions en lien avec cette évaluation ont eu lieu alors que l'arrêté sur la périodicité et le contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ainsi que les circulaires « Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves », « Missions des médecins de l'éducation nationale » et « Missions des infirmiers-ières de l'éducation nationale »<sup>3</sup> étaient déjà parus. A ce jour, le rapport a bien été présenté aux Ministres concernés, mais il n'a toujours pas été publié.

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé est venue compléter le parcours santé dans le système scolaire avec un parcours éducatif de santé. L'Éducation nationale avait décliné ce dernier avant même la publication de la loi, réduisant ainsi le parcours santé à une approche éducative.

Après avoir dressé ce contexte général, le SNMSU-UNSA Éducation souhaiterait profiter de cette audition pour approfondir certains points précis.

---

<sup>3</sup> Circulaire n° 2015-117 du 10-11-2015 « Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves »

NOR : MENE1517117C

[http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91598](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91598)

Circulaire n° 2015-118 du 10-11-2015 « Missions des médecins de l'éducation nationale »

NOR : MENE1517120C

[http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91583](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91583)

Circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015 « Missions des infirmiers-ières de l'éducation nationale »

NOR : MENE1517121C

[http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91584](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91584)

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

JORF n°0258 du 6 novembre 2015 page 20733

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031425153&categorieLien=id>

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

Les besoins de santé des élèves sont peu investigués par la DGESCO ou, quand ils le sont, la vision n'est jamais globale, mais toujours avec une entrée thématique, voire à la demande d'un groupe de pression.

Ces besoins devraient 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 par les personnels de santé de l'Éducation nationale devrait, à l'évidence, être aussi une source d'informations et une base de réflexion pour les politiques de santé publique.

Les données dont nous disposons pour les élèves sont de plusieurs ordres : celles des enfants et des adolescents en général, celles des élèves, celles plus spécifiques des enfants ayant des problèmes de santé.

On peut lister notamment :

- La mortalité à différents âges et ses causes.
  
- La morbidité
  - Le taux des affections de longue durée (ALD) en fonction du sexe et de l'âge.
  - Le taux de naissances prématurées et de nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2500g.
  - Le taux de couverture vaccinale au 24<sup>ème</sup> mois de l'enfant, ...
  - Les déclarations de grossesse : incidence des grossesses de l'adolescente.
  - Les maladies transmissibles à déclaration obligatoire (infection invasive à méningocoques, rougeole, TIAC, tuberculose).
  
- Les différentes enquêtes sur la santé des jeunes portant sur les modes de vie, les usages des produits psycho actifs et les modes de consommation, la vie affective et sexuelle, ....
  - Les Baromètres santé de l'INPES existent depuis 1992 et enquêtent sur les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé et de nutrition.
  - La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).
  - L'enquête déclarative ESCAPAD mise en œuvre par l'OFDT depuis 2000 en partenariat avec la Direction du service national qui propose un questionnaire à l'ensemble des jeunes présents lors d'une Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD).
  - Les enquêtes de la DREES<sup>4</sup> sur la santé des jeunes en milieu scolaire qui se sont intéressées à la couverture vaccinale, aux maladies chroniques, au surpoids, à l'hygiène bucco-dentaire en classe de grande section de maternelle, CM2 et troisième. Depuis 2009, ces recueils d'informations sont rendus difficilement réalisables (poursuite des enquêtes finalisées par la DREES sur la santé des enfants de 6 ans et de troisième à partir des données recueillies par la santé scolaire) du fait du faible nombre de bilans médicaux systématiques réalisés à ces âges en raison des nombreux postes vacants en médecins.
  - L'édition 2012 de PISA où la France est 18<sup>ème</sup> sur les 34 pays membres de l'OCDE, loin derrière ceux qui lui ressemblent en termes de niveau de vie et de richesse économique. Et elle ne figure qu'au 33<sup>ème</sup> rang si on ne tient compte que des performances des élèves issus de milieux sociaux défavorisés.

---

4 Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

- Des rapports, notamment :
  - La conférence biennale sur « la santé des jeunes » du 29 octobre 2009. Le dossier thématique sur la santé des jeunes de 16 à 25 ans, coordonné par la DREES, en collaboration avec l'InVS, l'INPES et l'OFDT, rassemble les dernières données disponibles sur des thématiques variées à partir d'enquêtes en population générale ou spécifiquement adressées aux jeunes.
  - Les expertises collectives de l'INSERM dont l'obésité chez l'enfant, les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, la déficience cognitive...
  - Des apports de la littérature médicale où l'on peut trouver la prévalence et l'incidence dans la population, par exemple des troubles du langage (estimés à 5%), des troubles mentaux (environ 12% des enfants et adolescents).
  - L'étude des besoins de santé des enfants et adolescents réalisée dans le cadre de la préparation de la loi de santé publique de 2004 qui avait permis de définir des objectifs (100 objectifs annexés à la loi).
  - Le rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent : « l'enfant et l'adolescent ; un enjeu de société, une priorité du système de santé », octobre 2006, Pr. D. Sommelet.
  - Le rapport « Mission bien-être et santé des jeunes », novembre 2016, Pr MR. Moro et JL. Brison.
  
- Une connaissance des caractéristiques de la population scolaire par les personnels de santé de l'éducation nationale.

Le médecin de l'éducation nationale peut apporter des éléments objectifs recueillis lors de sa pratique pour une connaissance locale d'un territoire, ou pour des besoins épidémiologiques. De nombreux travaux épidémiologiques (mémoires de formation à l'EHESP des médecins de l'éducation nationale, publications thématiques - obésité, trouble des apprentissages -, rapports rectoraux ou départementaux) concernant les caractéristiques de certaines populations existent. Pour la plupart, ils s'appuient sur des analyses territoriales qui pourraient être généralisées.

**Sources évidentes d'information et base de réflexion pour les politiques de santé publique des jeunes, ces données présentent cependant des manques, notamment pour des problématiques en lien direct avec l'école, comme par exemple les troubles des apprentissages pour lesquels il n'existe pas, à proprement parler, de données récentes et exhaustives.**

Si l'on s'en tient aux enquêtes épidémiologiques qui témoignent de la « bonne santé de la population » effective et ressentie, on pourrait s'en tenir à centrer l'action de l'école sur la construction de l'individu en contribuant à l'acquisition de compétences en vue d'exercer un plus grand contrôle sur sa santé et sur les déterminants de celle-ci.

Mais la connaissance de l'état de santé de la population des enfants et des adolescents d'âge scolaire doit attirer notre attention sur des problématiques spécifiques :

- Les troubles des apprentissages.

Les différentes données de la littérature retiennent que les principaux troubles spécifiques des apprentissages (la dyslexie, les troubles d'acquisition des coordinations, la dyscalculie, la dysphasie, les troubles de l'attention, et autres) concernent 6 à 10 % d'une tranche d'âge et que ces troubles sont durables, mais que leur prise en charge permet d'améliorer et/ou de compenser les fonctions déficientes. Au regard de leur forte incidence dans la population scolaire et de leurs conséquences sociales, les troubles des apprentissages devraient être une priorité de santé publique et donc un axe prioritaire de promotion de la santé à l'école. Les connaissances en neuropédiatrie et en cognosciences se sont enrichies ces dernières années de stratégies de repérage, mais aussi de diagnostic et de prises en charge avec des outils de remédiation. Malheureusement l'effondrement du nombre de visites médicales de 6 ans réalisées, dont un des objectifs prioritaires est le dépistage des

troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage, et l'absence de recherche de solutions alternatives à ce dépistage par l'école sont des éléments de forte préoccupation sur l'évolution de la scolarité des 6 à 10% des élèves concernés.

#### - La prématurité

La proportion de naissances prématurées et de nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 2500 grammes varie de 4,6% à 8,0% sur les territoires, variation en lien notamment avec la catégorie socio-professionnelle de la mère. L'enquête EPIPAGE montre que près de 40% des anciens grands prématurés présentent une déficience motrice, sensorielle ou cognitive, les taux de déficience sévère, modérée et légère s'élevant respectivement à 5%, 9% et 25%. D'autres enquêtes retiennent qu'un tiers de la population des prématurés a des difficultés scolaires, notamment des retards de langage oral et écrit ainsi qu'un score anormal d'hyperactivité (19 %). Les préconisations actuelles insistent sur la nécessité d'un suivi annuel jusqu'à 7-8 ans. Le diagnostic précoce de l'ensemble des troubles évoqués ci-dessus est un enjeu majeur pour la réussite scolaire de ces enfants prématurés.

#### - Le décrochage scolaire

Le décrochage est dû à un enchevêtrement de facteurs plus ou moins liés les uns aux autres dont font partie la précarité ou la fragilité sociale, les difficultés d'accès aux soins, une méconnaissance de l'institution et des aménagements possibles de la scolarité.

Le repérage de clignotants et le diagnostic précoce (absentéisme, troubles du comportement, inhibition dans la relation, événement grave...) sont des atouts pour une prise en charge efficiente. Le rapport sur « le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire », publié en janvier 2014, propose une personnalisation du parcours scolaire de l'élève, mais évoque seulement le temps étiologique en précisant « une coopération renforcée avec les autres professionnels que sont les médecins de l'éducation nationale, les psychologues et les enseignants spécialisés pour analyser et comprendre chacune de ces situations. ». L'école doit être en capacité de se donner le temps d'un diagnostic pluri professionnel : dépistages, examen médical, bilan psychologique en sont des outils. Mais pour organiser une prévention primaire, il faudrait avoir une connaissance des publics qui composent les « décrocheurs ». On peut, en s'appuyant sur l'expérience des médecins de l'éducation nationale, énoncer quelques grandes catégories :

- ceux qui ont un parcours scolaire émaillé de difficultés scolaires avec redoublement sans véritable diagnostic et souvent sans prise en charge pérenne,
- ceux ayant connu un événement grave perturbant la scolarité ou créant des ruptures de liens sociaux comme la grossesse chez l'adolescente, le décès d'un parent, la perte du logement familial,...
- ceux entrant dans la maladie, notamment les phobies scolaires, les psychoses, certaines pathologies organiques, ...
- ceux présentant des troubles du comportement et des conduites masquant la réalité d'autres situations comme par exemple l'addiction aux écrans...

L'étude épidémiologique des élèves décrocheurs permettrait de comprendre les situations et de mettre en place les outils adaptés à la prévention.

**Ces trois exemples sont développés pour illustrer la nécessité de connaître la population scolaire. Ils pointent aussi la nécessité de définir des priorités de santé à l'école. Ils permettent aussi de mesurer l'incohérence entre d'une part l'existence d'un trouble fréquent qui impacte fortement la réussite scolaire et d'autre part l'absence de politique de prévention organisée par l'école, avec une stratégie de type repérage/dépistage/diagnostic/prise en charge et adaptation pédagogique.**

**Les médecins de l'éducation nationale en sont majoritairement réduits à faire de la prévention tertiaire (prise en charge des décrocheurs, examen à la demande des élèves les plus bruyants) alors que prévention primaire et promotion de la santé devraient être la règle.**

## **Evaluation des politiques conduites**

La politique de santé à l'école s'est construite depuis de nombreuses années avec une entrée dans la promotion de la santé dans les années 1990.

Au fil des ans, les textes concernant la santé à l'école se sont multipliés, s'additionnant, donnant en fait peu de visibilité et d'efficacité à l'action et à l'organisation de la promotion de la santé à l'école. Certains textes définissent les missions des acteurs sans établir de lien entre eux. Comme si médecins et infirmier(ère) scolaires, personnels du service social, enseignants, psychologues etc., étaient seuls chargés d'éduquer à la santé. D'autres textes s'emparent d'une thématique exclusive (tabagisme, alcoolisme, SIDA, éducation sexuelle) ou d'une structure (circulaire CESC) comme clé unique d'une éducation à la santé efficace.

S'appuyant sur les travaux sur la refondation de l'école, la loi de refondation de l'école du 8 juillet 2013 reconnaît la promotion de la santé comme une mission de l'école.

C'est une étape clé, mais qui est restée symbolique, car la déclinaison des articles cités en préambule demeure très partielle.

Si avant 2012 on peut trouver certaines évaluations, même parcellaires, des politiques engagées et/ou des actions conduites, il n'y a jamais eu d'évaluation de leurs impacts sur la santé des élèves.

Ainsi les seules évaluations à notre disposition sont :

- Des rapports d'évaluation sur les stratégies d'éducation à la santé (Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, 2004, inspection générale de l'éducation nationale, inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche, inspection générale des affaires sociales, Education pour la santé à l'école, Académie nationale de médecine, Maurice TUBIANA, 2010).
- Les « bilans des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistant(e)s de service social, les infirmier(ière)s et les médecins » établis depuis 2000 qui sont le rapport chiffré des synthèses académiques publié par la direction de l'enseignement scolaire. Puis en février 2011 « Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves – Quelques données chiffrées année 2008-2009 » et « 2011-2013 » font suite.
- L'indicateur « visite médicale obligatoire de la sixième année » dans le PLF.

Les rapports de la Cour des comptes, du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques et du Haut Conseil de santé publique donnent des éléments d'analyse et des recommandations. Ils préconisent « de construire un ensemble d'indicateurs d'évaluation adaptés au milieu scolaire », « des indicateurs en vue d'un pilotage de santé scolaire ».

Le SNMSU-UNSA Éducation a largement participé à certains travaux, notamment avec les enquêtes intersyndicales de 2010 et 2011. Il partage le constat et un grand nombre de préconisations des rapports sus cités, notamment celles de la Cour des comptes.

Depuis 2012, mais surtout après 2015, les données d'évaluation publiées sont inexistantes.

Les circulaires de novembre 2015 (note de bas de page 2) prévoient l'évaluation des politiques engagées, mais à ce jour, aucun travail d'élaboration n'est amorcé, malgré les engagements de la DGESCO.

Le SNMSU-UNSA Éducation a organisé et publié une enquête sur les activités des médecins de l'éducation nationale au cours de l'année 2015-2016 (voir en annexe). Il s'apprête à la renouveler pour l'année 2016-2017 devant l'absence totale d'évaluation organisée par la DGESCO.

L'indicateur de suivi « proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur sixième année » du PLF 2017 est de nouveau le seul indicateur disponible. Il fait état de 71,7% de bilans

réalisés en 2014-2015, comptabilisant ensemble les visites médicales et les bilans infirmiers! De plus, le ministère reconnaît que ce constat est établi « sur la base de données incomplètes qui en relativise la représentativité (absence de remontées d'enquête d'un tiers des académies et données partielles pour six autres académies) ». L'enquête sur l'activité des médecins de l'éducation nationale (MEN) au cours de l'année 2015-2016, réalisée par le SNMSU, témoigne d'une toute autre réalité avec environ 57% des élèves ayant bénéficié d'un dépistage infirmier et/ou d'un examen médical et des variations majeures selon les départements, allant de 0% à 90% de l'effectif concerné.

Nous demandons l'instauration d'une évaluation des politiques de santé conduites à l'école, et pas uniquement le recueil d'indicateurs de certaines activités des personnels de santé.

Nous dénonçons l'instrumentalisation du taux de réalisation des visites médicales obligatoires de la sixième année (qui, rappelons le, doit comprendre un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages).

Le ministère montre une progression de ce taux depuis 2010 et annonce comme objectif en 2014 une réalisation de ces bilans à hauteur de 83%, puis de 90% en 2017. En réalité, le ministère comptabilise ensemble les visites médicales et les bilans infirmiers sans se préoccuper du contenu.

Or, en 2011-2012, seuls 46,7% des élèves de 6 ans ont eu une visite médicale, et ce pourcentage a même diminué de 5,5% l'année suivante. Par ailleurs, l'objectif de dépistage des troubles des apprentissages est lui aussi en forte chute avec 48% de dépistage des troubles des apprentissages, alors qu'il y en avait eu 74% en 2008. De plus, la question de la disparité territoriale n'est absolument pas évoquée, alors qu'elle était majeure en 2008 allant de 25% à 90% de visites médicales réalisées selon les académies.

Cette absence d'indicateurs fiables nuit aux populations spécifiques : précarité, handicap, maladie chronique. Le SNMSU-UNSA Éducation a dénoncé le refus du ministère d'admettre le nombre croissant d'interventions des MEN dans l'accueil des élèves handicapés. C'est pourquoi nous avons dû réaliser une enquête intersyndicale sur les actions des MEN auprès des élèves handicapés : diagnostic et démarche de prise en charge, aménagements de scolarité et d'examen, aide à l'orientation, participation aux réunions type ESS et à celles de la MDPH. De même, l'absence d'évaluation de la mise en place des PAI (projet d'accueil individualisé) empêche l'évolution de l'organisation de cette mission face à la pénurie des MEN.

L'évaluation de la médecine scolaire dans le cadre de la MAP, engagée en juin 2015 par le Premier ministre, devait permettre un constat et des préconisations. Le rapport remis en février 2016 n'a pas été publié. Cette situation d'attente perdure à ce jour, nuisant aussi bien aux orientations de politique de santé qu'à l'attractivité du métier de médecin de l'éducation nationale.

La mission « Bien-être et santé des jeunes » réalisée à la demande du Président de la République a largement exploré les possibilités d'accès aux soins et à la prévention. Dans la préconisation 5, elle demande la création d'un service médico-psycho-social à l'école et pointe le nombre préoccupant d'emplois vacants de médecin de l'éducation nationale. Cette mission souligne une nouvelle fois que la revalorisation des médecins de l'éducation nationale est impérative.

Le SNMSU-UNSA Éducation rappelle que la démarche santé repose sur l'ensemble des acteurs de la communauté éducative, dont les médecins de l'éducation nationale, mais ceci dans le cadre d'une approche pluri professionnelle cohérente et complémentaire respectant les compétences de chacun. Les recueils de données et l'exploitation des résultats réalisés par le ministère de l'éducation nationale cultivent l'ambiguïté d'intervention entre médecins et infirmiers et ne favorisent pas une analyse de la faisabilité.

Le peu d'indicateurs retenus ne permettent pas d'évaluer, donc d'arbitrer sur le bien fondé de certaines actions.

Deux schémas d'intervention reconduits par les circulaires de novembre 2015 ne font l'objet d'aucune investigation malgré les demandes réitérées du SNMSU-UNSA Éducation :

- les bilans médicaux systématiques,
  - l'accueil/écoute par les personnels infirmiers dans le second degré.
- Concernant les bilans de santé systématiques, le SNMSU-UNSA Éducation s'est positionné pour un ciblage des examens médicaux dans le cadre d'une organisation pluri professionnelle. Au sein d'une offre de soins existant sur les territoires, la priorité est moins dans un examen médical 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 individualisé se justifie 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. S'appuyant sur le développement de l'enfant et l'adolescent, le parcours de santé 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 doit être proposé aux élèves à partir de besoins identifiés par les membres de l'équipe éducative ou à la demande de l'élève et sa famille, le médecin intervenant pour les situations relevant de ses compétences propres.
- L'accueil/écoute dans les infirmeries du second degré répond à une demande extrêmement diverse allant de l'urgence à la « bobologie », du mal être à la prise en charge d'élèves trop bruyants. Mais correspond-t-elle réellement à un besoin de santé et à une priorité à l'école ? Le mal être des adolescents doit certes être pris en compte. L'enseignant est le premier observateur de l'école. Les stratégies d'accueil/d'écoute/d'aide sont de véritables relations thérapeutiques. L'accueillant doit être en capacité d'analyser la situation et avoir les moyens de la faire évoluer. Il s'agit de bien différencier, dans un premier temps, ce qui relève de la pathologie ce qui nécessite aussi de prendre en compte l'environnement socio-familial. La prise en charge en santé mentale, le bien être à l'école ne peut donc reposer que sur une organisation pluri professionnelle bien identifiée et sur des personnels formés. La présence permanente ou semi permanente du personnel infirmier n'est pas un critère de compétences à retenir.
- Le temps de travail très important des personnels infirmiers dans le second degré au détriment du premier degré répond-il aux besoins des élèves ou plutôt à une injonction des chefs d'établissement des collèges et des lycées?

**L'absence d'évaluation des politiques de santé conduites à l'école ne permet pas de mesurer les avancées et les freins. Elle nuit aussi à la conduite d'expérimentations innovantes.**

## **L'organisation et le pilotage**

Le constat du Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques ainsi que celui de la Cour des comptes retenaient en 2010 « 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 préconisaient plusieurs niveaux de réflexion et d'« inciter à un travail plus étroit entre les médecins, les infirmiers, mais également les assistantes sociales ».

Le modèle de fonctionnement actuel de la santé scolaire, avec séparation des services, médical et infirmier, existe depuis 2001. A l'origine, en 1991, un service commun de promotion de la santé, médical et infirmier, avait été créé. Si la loi de refondation de l'école a clairement posé la promotion de la santé comme mission de l'école avec des axes d'action, les textes d'application (note de bas page n°3 page 2) n'ont pas réglé les problématiques d'organisation et de pilotage dénoncées dans les rapports cités ci-dessus.

- Les textes

Les textes concernant la santé à l'école sont multiples, certains définissant les missions des acteurs, d'autres s'emparent de l'éducation à la santé ou d'une thématique exclusive (tabagisme, alcoolisme, SIDA, éducation sexuelle).

L'éducation à la santé bénéficie de nombreux articles dans le code de l'éducation, de nombreuses circulaires et directives. La loi de modernisation du système de santé est venue renforcer l'aspect éducation à la santé en ajoutant un parcours éducatif de santé au parcours santé dans le système scolaire. Les circulaires n° 98-237 « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège » et n° 2003-210 « la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation » fondatrices s'efforcent de mettre en cohérence les objectifs et les priorités. La circulaire n° 2011-216 Politique éducative de santé dans les territoires académiques fixe 7 priorités en donnant des orientations et des partenariats.

La circulaire n°2016-008 relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves est venue préciser la loi. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), conformément aux dispositions des articles R 421-46 et 421-47 du Code de l'éducation, s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement du second degré et peut se développer dans le premier degré dans la circulaire n°2016-114 relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Cette multitude de textes, soit généralistes, soit thématiques, qui s'empilent dans le temps, ne fait pas levier pour une dynamique de promotion de la santé reposant sur une démarche de projet. Si depuis les années 1990, il y a eu de véritables réflexions et des démarches engagées pour une appropriation des questions de santé dans l'enseignement et la création d'outils, il demeure que l'éducation à la santé repose sur des engagements personnels, d'où un empilement d'actions ponctuelles, sans parcours et centrées sur le second degré.

Suite à la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, après des mois de concertation, les textes d'application, un arrêté et trois circulaires<sup>5</sup> ont bien été publiés mais dans quelles conditions !

Le groupe de travail, le GT12, des personnels santé et sociaux, s'est mis en place en février 2014 pour élaborer ces trois circulaires. Le SNMSU-UNSA Éducation n'a pas cessé de dénoncer la méthodologie de travail du GT12. En effet, à aucun moment dans ce groupe de travail, il n'y a eu de réflexion sur les besoins de santé des élèves et sur la définition du parcours santé dans le système

---

<sup>5</sup> Circulaire n° 2015-117 du 10-11-2015 « Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves »

NOR : MENE1517117C

[http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91598](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91598)

Circulaire n° 2015-118 du 10-11-2015 « Missions des médecins de l'éducation nationale »

NOR : MENE1517120C

[http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91583](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91583)

Circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015 « Missions des infirmiers-ières de l'éducation nationale »

NOR : MENE1517121C

[http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91584](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91584)

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

JORF n°0258 du 6 novembre 2015 page 20733

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031425153&categorieLien=id>

scolaire : les travaux se sont limités à élaborer les actions des personnels, cristallisant les contours de chaque intervention professionnelle, évitant au maximum les travaux en commun.

Le SNMSU a dénoncé la signature, en l'état, de l'arrêté sur la périodicité et le contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation qui passe outre l'avis de la communauté scientifique (HCSP, académie de médecine), des organisations syndicales (vote contre en CSE) et des instances professionnelles (Conseil national de l'Ordre des médecins - CNOM). Cet arrêté fait l'objet d'un recours au conseil d'État par le CNOM

et les déclinaisons académiques de politique de santé de deux recours devant des tribunaux administratifs par des instances professionnelles.

Par ailleurs, la circulaire des missions des personnels assistants de service social n'est toujours pas publiée.

Les travaux concernant les psychologues scolaires et les conseillers d'orientation psychologues se sont déroulés sans aucune concertation avec les médecins et la politique de santé. La création du corps, l'organisation et le pilotage se fait de façon tout aussi cloisonnée que celle des médecins et des personnels infirmiers.

La circulaire des missions des médecins égraine les missions en les classifiant et rappelle l'expertise attendue du médecin de l'éducation ainsi que son cadre d'exercice. Elle reprend les missions aux étapes obligatoires : le bilan de la sixième année et la visite médicale préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés. Elle précise les actions spécifiques auprès des élèves à besoins éducatifs particuliers -PAI, handicap et PAP- et devant des situations préoccupantes avec les examens à la demande et la participation à la protection de l'enfance.

Le médecin de l'éducation nationale reste une personne ressource pour la politique de promotion de la santé par sa participation au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et pour la construction du parcours éducatif de santé des élèves à travers des actions de prévention individuelle et collective favorisant leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé. Il intervient dans le champ de l'éducation à la santé, la surveillance de l'environnement scolaire, la contribution à la formation des personnels et la participation au recueil de données de la santé.

Lors de la survenue de maladies transmissibles en milieu scolaire ou d'événement grave dans la communauté scolaire, le médecin de l'éducation nationale participe à l'évaluation de la situation et à la mise en place des procédures.

Dans ce contexte, le SNMSU continue de dénoncer l'absence de déclinaison d'un parcours santé dans le système scolaire, l'absence d'objectifs de santé et de priorités choisies par l'éducation nationale, l'absence de complémentarité d'intervention des personnels dans le premier degré et de suivi coordonné des élèves.

- Le pilotage

Au niveau national, au sein de la DGESCO, il existe un bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité avec un médecin auprès de la DGESCO. Le SNMSU-UNSA Éducation avait suggéré un pilotage par un groupe de santé publique permettant réellement d'inscrire la transversalité de la santé de la maternelle au lycée, d'avancer sur les questions techniques (numérique, code du travail, veille sanitaire, évaluation...). Certains aspects de l'exercice « santé à l'école » ne prennent pas en compte les spécificités de l'exercice médical (informatisation, travaux réglementés...). La promotion de la santé ne se résume pas à de l'information et de l'adressage ; il s'agit d'une véritable technicité qui est aux croisements de la médecine, des sciences sociales et d'éducation. Nous n'avons cessé de dénoncer la circulaire sur le parcours éducatif de santé qui est un modèle de confusion des concepts de santé publique renvoyant la dimension des dépistages à de la protection de la santé et se résumant à de l'adressage par les enseignants vers les professionnels de santé.

Nous avons aussi soutenu la création du comité interministériel pour la santé (Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014), opportunité à la transversalité des politiques de santé de l'enfant et de l'adolescent. Nous demandons aussi un véritable partenariat avec le ministère de la santé qui ne se résume pas à un accord-cadre.

Le ministère a fait le choix de laisser aux académies l'organisation de la politique de santé, donc la réponse aux besoins de santé d'un territoire. Le niveau rectoral comprend des conseillers techniques auprès du recteur notamment un médecin, un infirmier et un personnel du service social. La récente circulaire de novembre 2015 a modifié l'organisation rectorale : elle prévoit un coordonnateur, soit un IA IPR, soit un proviseur vie scolaire et la mission du médecin rectoral est centrée sur la santé des élèves, à l'exclusion de la médecine de prévention des personnels. Une convention avec l'ARS est prévue dans le champ de la prévention.

Suite aux orientations de 2015, un projet santé académique devait être décliné par chaque recteur. L'absence d'objectifs nationaux de santé des élèves et de priorités définies dans la circulaire « Politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves » de novembre 2015 laissait perplexe sur les possibilités de mobilisation des rectorats. Et effectivement à ce jour, quelques rares rectorats ont décliné une politique de santé, certains sont en cours de négociations et la plupart dans l'attente. Depuis la levée de bouclier des syndicats infirmiers et deux recours au tribunal administratif sur leur participation au bilan de la sixième année, les académies sont dans l'expectative, coincés entre l'application stricte d'un arrêté et la faisabilité d'une action de dépistage reposant sur les seuls 1000 médecins en poste pour 12 millions d'élèves.

Le niveau départemental est le niveau de déclinaison opérationnelle de la politique de santé.

Il s'agit d'une organisation « hiérarchique » en silos avec des niveaux variables suivant les corps d'intervention (IEN pour les psychologues, chef d'établissement pour les infirmiers, IA-DASEN pour les médecins et les assistants du service social). On peut aisément imaginer les freins au travail en équipe sur les territoires d'intervention, mais aussi au sein des filières hiérarchiques, sachant que les priorités de santé de chaque filière ne sont pas en concordance. Cela n'a pas réellement changé avec les nouvelles missions des médecins de l'éducation nationale et des infirmières de l'éducation nationale publiées le 12 novembre 2015 qui ne prévoient toujours pas de complémentarité d'action.

A cela s'ajoute un nombre important de postes vacants de médecin conseiller technique départemental, environ 50 sur 114 postes.

- L'organisation

Le SNMSU-UNSA Éducation interroge régulièrement le ministère sur la faisabilité des politiques annoncées. Comment le ministère de l'Éducation nationale compte-t-il, par exemple, réaliser les 800 000 bilans de 6 ans avec moins de 1 000 médecins de l'Éducation nationale ? Le constat avait été fait qu'il y avait clairement une priorisation de l'intervention en collège et lycée pour les infirmières et les assistants de service social. Les textes récents (note de bas de page n°3 page 2) ont conforté ce fonctionnement, réduisant même l'intervention des personnels infirmiers dans le premier degré.

Alors que la priorité du premier degré était affichée, on a laissé l'intervention en promotion de la santé dans le premier degré reposer sur les seuls médecins. Les circulaires de 2015 ont confirmé le poids des obligations réglementaires reposant sur les médecins (bilan de 6 ans, PAI, PAP, aménagements d'examen, avis médical aux travaux réglementés, sans compter les obligations collectives), mais n'ont absolument pas exploré les possibilités de travail en complémentarité avec les autres personnels de l'éducation nationale.

Par ailleurs, la diminution du nombre de médecins de l'éducation s'est poursuivie touchant maintenant l'ensemble du territoire national. Cette diminution du nombre des médecins qui ne leur

permet plus de répondre à la demande de la communauté éducative engendre de nouvelles tensions au sein de l'éducation nationale.

**Les rapports du Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques et de la Cour des comptes avaient dès 2010 pointé le pilotage et l'organisation comme des problématiques majeures. Le Haut Conseil de la santé publique sollicité a émis deux avis (avis relatif à la politique de santé à l'École, juillet 2012 et relatif à la médecine scolaire, février 2013) dont les recommandations de travail en complémentarité ont été détournées. Le rapport sur l'évaluation de la médecine scolaire prévu dans le cadre de la MAP, non publié à ce jour, semble aussi avoir fait des préconisations dans ce sens. Les textes de 2015 ont accentué le travail cloisonné, cristallisant les tensions corporatistes.**

**L'expertise médicale à l'école a un sens, elle doit être centrée sur des besoins prioritaires et pouvoir se développer. Les orientations actuelles d'organisation et de pilotage ne permettent l'accès à un médecin de l'éducation nationale que par les plus initiés du système. Elles participent aussi à la disparition d'un savoir-faire en « médecine - pédiatrie sociale ». Mesure-t-on bien les risques et le coût ?**

## **Les médecins de l'éducation nationale**

Le nombre de médecins de l'éducation nationale (MEN) demeure un élément préoccupant pour une déclinaison de la politique de santé à l'école et le devenir d'une profession. Les données chiffrées émanent de plusieurs sources : la DGRH du ministère de l'éducation nationale, le CNOM, les enquêtes réalisées par le SNMSU-UNSA Éducation.

- Qui sont les médecins de l'éducation nationale ?

Les médecins de l'éducation nationale sont des femmes à plus de 90% (96% dans le panorama RH, 92,7% dans l'enquête, 91% dans les données du CNOM).

L'âge moyen est voisin de 54 ans (54,8 dans le panorama RH, 54,1 dans l'enquête et 55 ans dans les données du CNOM) et 25% ont plus de 60 ans dans le panorama RH, 26,4% dans l'enquête, et 34,1% dans les données du CNOM. Dans l'enquête, 29 % de l'effectif part à la retraite dans moins de 5 ans.

Le recrutement des médecins de l'éducation nationale titulaires s'effectue par un concours. Les candidats admis reçoivent une formation théorique à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes, d'une durée variable suivant leur expérience professionnelle antérieure.

Dans l'enquête syndicale, l'âge moyen d'entrée à l'EN est de 35,5 ans (35,48 ans chez les femmes et 36,33 chez les hommes). Le temps moyen depuis l'entrée à l'Éducation nationale jusqu'à la titularisation est de 5,58 ans chez les hommes avec des écarts allant de 1 à 14 ans, et de 5,9 ans chez les femmes avec une variation de 0 à 24 ans. Seuls 2,3% des médecins titulaires ont passé le concours sans exercice antérieur à l'Éducation nationale. Dans le panorama RH, en 2014-2015, l'âge moyen de la titularisation est de 44,8 ans.

Dans l'enquête, 24,9% des médecins ont une qualification en spécialité reconnue par l'Ordre des médecins (par ordre décroissant Médecine générale, Santé publique, Médecine du travail, Pédiatrie, Biologie médicale, Cardiologie, Dermatologie, Gastro entérologie).

69,1% des MEN se déclarent comme non qualifiés en spécialité, mais ils sont tous qualifiés en médecine générale. La question de la spécialisation en médecine générale des médecins de l'éducation nationale demeure donc une vraie problématique, le CNOM leur refusant toute spécialité.

Outre le doctorat en médecine, les médecins de l'éducation nationale possèdent un autre diplôme :

- un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC I) pour 3,6% médecins dont surtout médecine du sport, addictologie,
- une capacité pour 6,3%
- un DU/DIU pour 19,8%

Seuls, 14,7% des médecins n'ont aucun diplôme complémentaire.

Les médecins de l'éducation nationale ont une forte expérience des problématiques de l'enfant et de l'adolescent du fait de leur exercice professionnel et ils ont aussi de fortes connaissances académiques dans les champs de leur pratique (pédiatrie, santé mentale de l'enfant et l'adolescent, addictologie, médecine du sport, nutrition et diététique, ergonomie, tabacologie, troubles des apprentissages, sexologie, dommage corporel, santé au travail, épidémiologie...). Cette variété de qualifications témoigne de la complexité de la médecine scolaire : nos collègues ont complété leur formation pour répondre à des besoins. Ceci est particulièrement vrai pour le champ de la santé mentale, la neuropédiatrie et la santé publique. La médecine scolaire est un champ d'exercice alliant une activité clinique pouvant être assez spécialisée et une activité de santé publique. Le MEN est un médecin de proximité pour les enfants, les adolescents et leurs familles dans une approche individuelle, mais aussi collective. Cette expertise acquise au fil des années doit être préservée et transmise. Or il y a danger qu'elle disparaisse avec l'extinction de la médecine scolaire.

L'expertise des MEN (déjà soulignée par le Professeur JP Deschamps lors des bilans de promotion dans le cadre de l'accueil des stagiaires), est peu ou pas valorisée : tous les médecins sont considérés par l'administration comme sans spécialité, aucun recensement des spécialités et autres diplômes n'est fait par l'administration. L'Éducation nationale se prive probablement de compétences (50% des médecins de santé publique sont médecins de secteurs).

Le MEN est un conseiller au sein de l'institution, mais cette institution semble vouloir ignorer cette expertise. Comme si cette expertise pouvait déranger ou déstabiliser...

Cette expertise est aussi probablement génératrice de tension, notamment avec d'autres professionnels de santé à l'Éducation nationale qui n'ont pas de compétences spécifiques en santé publique, santé mentale et autres disciplines.

Experts dans l'institution, les MEN devraient aussi être positionnés comme experts de la santé de l'élève dans d'autres institutions comme le ministère de la santé, ce qui aurait un double effet au bénéfice des élèves, mais aussi de la profession. L'isolement existe aussi au sein de la profession médicale par l'exercice salarié à l'école qui n'est pas toujours compris par les confrères, puisque cette pratique n'est pas enseignée en formation initiale.

- La charge de travail : elle est évaluée en effectif d'élèves sur les secteurs, mais aussi en termes de missions.

Dans la circulaire des missions des médecins, il est précisé que le médecin exerce sur un territoire géographique comprenant des établissements d'enseignement scolaire des premier et second degrés.

Le document du CTM de la rentrée 2004 retenait un taux d'encadrement de 5 660 élèves par médecin allant de 4 900 à 6 300 sur le territoire national. Actuellement, le taux moyen d'encadrement est extrêmement variable de 2 000 à 46 000 élèves par médecin selon l'enquête syndicale de 2015-2016, sachant que certains départements n'ont plus de médecins. Il continue de progresser d'année en année avec 15,2% des médecins de secteur qui ont un effectif d'élèves supérieur à 12 000 élèves, dont 5% plus de 15 000 élèves selon les mêmes données. 68% des médecins ont une ou des missions spécifiques confiées, sachant qu'un tiers de ce pourcentage en a plusieurs. Les missions spécifiques répertoriées le plus fréquemment sont la MDPH, la gestion d'un district ou d'un bassin, la charge d'un secteur découvert ou d'un territoire mutualisé. La moitié des médecins ayant répondu à l'enquête interviennent sur un secteur découvert ou un secteur d'urgence, en plus de leur secteur d'attribution.

Il convient de rappeler que l'académie de médecine, dans les années 2000, s'était positionnée pour des effectifs d'élèves de 5 000 par médecin hors ZEP et de 3 000 en ZEP.

Actuellement, l'Assurance maladie retient une patientèle moyenne de 800 patients par médecin généraliste avec 2 000 à 3 000 actes annuels par médecin.

Les médecins du travail se voyaient attribuer un effectif maximum d'agents chiffré à 3 300 et une notion d'actes cliniques maximum par médecin du travail (3 200) jusqu'en 2012. Depuis, l'attribution d'un effectif se fait avec l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail (validé par un agrément). Les dispositions<sup>6</sup> sur l'hygiène et la sécurité au travail et la prévention médicale dans la Fonction publique précisent le temps minimal que le médecin de prévention doit consacrer à ses missions dont un « tiers-temps » de son temps est consacré aux actions de prévention (fiches relatives aux risques professionnels, campagnes d'informations, visites des lieux de travail, enquêtes épidémiologiques, etc.).

Le SNMSU-UNSA Éducation considère que l'augmentation constante des secteurs est une stratégie dangereuse pour les populations et les professionnels. Il revient aux académies de se positionner en ciblant les populations d'intervention du médecin de l'éducation nationale et en favorisant une organisation de l'ensemble de ces personnels pour répondre aux besoins de santé. La question des missions dans le cadre des partenariats doit aussi être clairement reposée, notamment au sein des MDPH, de la protection de l'enfance, des ARS et pour les élèves de moins de 6 ans.

- L'attractivité du métier de médecin de l'éducation nationale

Les données RH de février 2016 annoncent 1 153 médecins titulaires dont 1 039 médecins de secteur et 114 médecins conseillers techniques, soit plus de 400 postes vacants. Elles recensent en plus 374 médecins contractuels, soit 201 ETP.

L'administration signale une baisse entre 2011 et 2015 de moins 8,4%, sachant que cette perte porte majoritairement sur les médecins en seconde classe (-16,9%). Il existe une baisse équivalente chez les médecins contractuels.

Le rapport AGORA du 1er juin 2010 avait signalé « On constate entre juin 2007 et juin 2010 une diminution des effectifs de médecins de l'éducation nationale de 3,9 %.... L'âge médian ainsi que l'âge moyen, toute classe confondue, est de 53 ans. ».

Le CNOM enregistre 1 770 médecins inscrits en 2015 comme exerçant la médecine scolaire. Il note une diminution de 21% entre 2010 et 2015 (soit 2 242 médecins inscrits en 2010).

La Cour des comptes, dans son analyse de 2011, avait déjà noté une diminution de 169 ETPT entre 2006 et 2011, qui tenait à une sous-consommation chronique des emplois concernés et à l'utilisation des supports vacants pour financer des postes de conseillers principaux d'éducation. Entre 2005 et 2006, la LOLF introduit une rupture avec une baisse des effectifs notables, soit une perte de 370 médecins vacataires.

La première étape de revalorisation de 2011 n'a pas été un élément attractif pour le métier de MEN, ni pour l'inscription au concours, ni pour la réalisation de nouveaux contrats d'agents non titulaires. L'augmentation du nombre de titulaires a été majoritairement le fait de l'ouverture d'un concours réservé qui a permis aux contractuels de devenir titulaires.

Depuis 2006, le nombre de médecins de l'éducation nationale n'a cessé de diminuer et le faible nombre de lauréats au concours, une vingtaine par an, ne permet pas de réduire l'hémorragie.

Effectifs de médecins	2004	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010 / 2011	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016
Médecins titulaires	1330	1292	1267	1242	1201	1133	1113	1120	1084	1039
ETPT	2146	1657	1649	1559	1491	1401	1322	1342		
Dont MCT		123	126	125	118			105		

<sup>6</sup> Décrets du 28 mai 1982 et du 27 octobre 2014

Il est à noter qu'un nombre non négligeable de médecins de l'éducation nationale est en détachement ou en disponibilité, environ 140, et que depuis 2013, il y a des démissions.

Ce panorama pose clairement le problème de l'attractivité du métier. A la création du corps en 1991, si les travaux avaient été orientés sur une grille identique à celle des MISP, un arbitrage du Premier ministre a imposé une grille bien inférieure, légèrement supérieure aux rémunérations des contractuels de l'époque.

Pendant de nombreuses années, il y a eu refus de toute renégociation. La vaccination contre la grippe H1N1 a permis la mise en évidence d'une différence notable de salaire pour l'administration et pour nos collègues fréquemment responsables de centre de vaccination. Les médecins de l'éducation nationale étaient moins rémunérés qu'un interne en médecine !

Des négociations se sont enfin engagées et les modifications du décret en 2012 ont permis un alignement sur l'entrée dans le corps à l'identique des MISP et une évolution jusqu'au HEA. Ce ne devait être qu'une première étape.

La poursuite de la revalorisation a été conditionnée à l'aboutissement du travail du GT12, donc à l'acceptation par les syndicats des circulaires de novembre 2015 sur la politique de santé à l'école. En juin 2015, une liste de mesures a été annoncée par le cabinet de la Ministre. La revalorisation indemnitaire annoncée a été déclinée à minima par les rectorats : cela laisse les médecins de secteur comme les MCT avec des indemnités très en deçà des autres corps de médecins de la Fonction publique et des autres personnels de catégorie A+. Le taux promu-promouvable qui devait passer de 11,5 à 21% ne l'a été qu'à hauteur de 13%, bloquant une part importante de nos collègues en seconde classe avec un salaire maximal de 2 900€ net. La revalorisation indiciaire qui devait nous assurer une grille à l'identique de celle des médecins territoriaux est toujours en attente et il est très peu probable que ce soit le cas.

Alors que les missions et la charge de travail des MEN n'ont cessé d'augmenter, les arbitrages sur la rémunération des médecins de l'éducation nationale font toujours des MEN les médecins les plus mal payés de la Fonction publique.

A cet aspect financier, s'ajoutent différents points qui pèsent sur l'attractivité :

- l'absence de possibilité de spécialisation pour les médecins qualifiés en médecine générale,
- l'accès à la formation médicale très réduit puisque la plupart des formations médicales ne sont pas financées par les rectorats,
- l'absence de possibilité de prescription médicale remboursée pour les actes de prévention est un élément préjudiciable pour les populations les plus en difficulté, mais c'est aussi une absence de reconnaissance pour les MEN. Si à ce jour, la prescription dans le champ de la prévention par les médecins de l'éducation nationale semble actée par les pouvoirs publics, le refus par la CNAM et les CPAM du remboursement des actes prescrits par le MEN impose de facto le ré adressage vers le médecin qui suit l'enfant.
- la carrière et les perspectives dans le métier font régulièrement débat. La mobilité se fait à sens unique (départ des médecins éducation nationale) et les grilles de rémunération, du fait de leur faible attractivité, ne permettent pas d'accueillir d'autres corps de médecins. La spécificité des MEN est peu exploitée dans les ARS, au ministère de la santé notamment.

L'accueil des internes en médecine générale est soutenu par le SNMSU-UNSA Éducation comme un levier pour faire connaître les questions de santé à l'école et le métier de MEN.

Dans l'enquête syndicale, seuls 13% des collègues accueillent un interne alors que 56,4% des collègues n'en accueillant pas le souhaiteraient. Si les stages d'internes proposés par les médecins de l'éducation nationale, maître de stage universitaire, sont choisis à presque 100% par les étudiants,

l'accueil des internes en médecine générale repose sur une volonté individuelle et pas sur une dynamique rectorale, ou nationale. A l'issue de ces stages, un nombre anecdotique de médecins fait le choix de la médecine scolaire en raison de la différence salariale importante avec les autres emplois de la médecine salariée.

Si la stratégie de l'accueil d'internes à l'éducation nationale devait être portée, il conviendrait de l'accompagner d'un certain nombre de mesures déjà pointées : la majoration des « honoraires pédagogiques », la possibilité d'effectuer des remplacements pour les médecins non thésés, etc.

**S'appuyant sur les différents constats développés ci-dessus, le SNMSU-UNSA Éducation préconise une politique de santé des élèves inscrite visiblement dans la politique de santé des enfants et adolescents.**

**L'axe prioritaire est de développer la promotion de la santé dans le premier degré sur les deux aspects suivants :**

- **Prévention primaire dans une dynamique de repérage/dépistage/diagnostic/prise en charge**
- **Education à la santé permettant la construction de l'enfant et de donner les moyens d'aborder l'adolescence.**

**Cette politique de santé doit reposer sur une organisation complémentaire dans et hors l'école. Les priorités dévolues aux personnels de santé de l'éducation nationale doivent reposer sur une organisation fonctionnelle dans le respect des compétences de chacun.**

**Le pilotage national doit reposer sur des expertises et permettre la transversalité et des liens établis avec les partenaires.**