

Le détricotage de la santé scolaire

La santé scolaire à la française, fondée sur un dispositif spécifique, avec sa propre organisation et ses propres personnels de santé, est en voie de profonde mutation. L'arrivée prochaine des étudiants en santé chargés de prévention dans le cadre du service sanitaire, ainsi que les amorces du transfert des dépistages et examens de santé vers la médecine libérale, signalent un changement de concept d'une santé scolaire intégrée à la communauté éducative vers une médecine de l'enfant d'âge scolaire externalisée.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - étudiants en santé; formation spécialisée transversale; médecine scolaire; santé scolaire; service sanitaire

The unravelling of school healthcare. School healthcare in France, founded on a specific system, with its own organisation and its own healthcare staff, is undergoing radical change. The imminent arrival of healthcare students responsible for prevention within the healthcare service as well as the beginnings of the transfer of screening and health examinations towards private practice medicine signals a change in the concept of a form of school healthcare integrated into the education community with a move towards an externalised form of medicine for school-age children.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - crossfunctional specialised training; health service; healthcare students; school healthcare; school medicine

A côté d'une médecine de ville libérale, d'un système de soins dans les établissements de santé publics ou privés, d'un secteur social et médico-social, le système français présente la caractéristique de bénéficier de plusieurs dispositifs de santé tournés et organisés vers des groupes spécifiques de populations considérées comme plus fragiles, plus vulnérables : protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire, santé étudiante et santé au travail.

La construction de la santé scolaire en France

◆ Ces organisations ont été structurées dans l'après-guerre. La Seconde Guerre mondiale avait eu de nombreuses répercussions sur l'état physique et la santé des personnes : 60 % des adultes avaient subi une perte

de poids, et des problèmes de croissance étaient observés chez un enfant sur trois [1].

Cette protection de la santé de la mère et de l'enfant, de l'écolier, de l'étudiant s'est construite de façon singulière. Chaque dispositif, mu par des objectifs sanitaires spécifiques, a créé sa propre organisation administrative, avec ses services géographiquement répartis sur les territoires selon un maillage différencié, ses professionnels de santé dédiés, recrutés dans un corps particulier avec ses grilles de rémunération propres.

◆ La santé scolaire qui touche l'écolier, le collégien et le lycéen a bénéficié de sa propre construction institutionnelle, oscillant d'un rattachement tantôt au ministère de l'Éducation nationale, tantôt au ministère chargé de la Santé, organisée sous forme initiale d'un service global avec des médecins, infirmières et

assistantes sociales, puis secondairement dissociée en trois services distincts par corps professionnel.

Un manque dénoncé de moyens

Déjà en 1978, les effectifs de santé scolaire étaient considérés comme insuffisants [2]. Quelques décennies plus tard, les services de promotion de la santé en faveur des élèves sont au plus mal. Dans sa feuille de route de rentrée 2017, le ministre de l'Éducation nationale fixait ainsi les objectifs en matière de santé à l'école : « renforcer le parcours éducatif de santé » et « prendre en charge la souffrance psychique des élèves » [3].

Dans le même temps, la secrétaire générale du Syndicat national autonome des médecins de santé scolaire de l'Éducation nationale (Snamspen), Patricia Colson,

Jean-Paul Guyonnet
Médecin inspecteur de santé publique

Pôle santé publique
du TGI de Marseille
6, rue Autran-Joseph
13006 Marseille, France

tirait une nouvelle fois la sonnette d'alarme : « *Effectifs en berne, rémunération à la traîne... Rentrée morose pour les médecins scolaires.* » [4]

◆ **De fait, la santé scolaire n'a jamais été en position aussi difficile face à une augmentation des besoins d'intervention et des objectifs fixés en matière de promotion pour la santé.** Dans le cadre du projet de loi de finances pour 2017, un rapport du Sénat sur l'enseignement scolaire relève « *la situation dramatique de la médecine scolaire* » avec un effondrement des effectifs [5].

◆ **Les effectifs de médecins scolaires ont fondu de 20 % entre 2008 et 2016, leur nombre en équivalent temps plein travaillé (ETPT) est passé de 2 146 lors de la rentrée 2003-2004 à 1 342 en 2013-2014 [5].**

Le taux d'élèves par médecin scolaire varie selon les départements de 2 000 à 46 000. À la date du rapport, plus un seul médecin de santé scolaire n'était présent dans le département de l'Indre depuis 2014. La visite médicale obligatoire à l'entrée à l'école primaire et en classe de 6^e est réalisée à 23 %. Ces sous-effectifs pèsent particulièrement dans les zones défavorisées, (Seine-Saint-Denis, zones rurales, outre-mer) renforçant ainsi les inégalités en matière de santé et d'éducation.

◆ **Ce rapport du Sénat révèle que les objectifs de santé à l'école, de dépistage précoce et d'accompagnement des diverses problématiques de santé, de réduction des inégalités ne peuvent pas à l'évidence être atteints face à de tels déficits de moyens [5].** Mais quel média s'est inquiété de cette désertification en santé scolaire ?

Deux dispositions visant à apporter un soutien fort à la santé

scolaire ont été mises en œuvre par le gouvernement : le service sanitaire des étudiants en santé qui est désormais sur les rails et de nouvelles tarifications en médecine de ville permettant de rémunérer des actes de suivi d'enfants et d'adolescents.

Prévention à l'école par les étudiants en santé

◆ **Le décret du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé** est paru au *Journal officiel* du 13 juin [6]. L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé, dont le premier axe est de

Les effectifs de médecins scolaires ont fondu de 20 % entre 2008 et 2016

mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé.

◆ **Le ministère des Solidarités et de la Santé indique que ce dispositif vise à former tous les futurs professionnels de santé** aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires.

Dans un premier temps, les terrains de ces actions devraient se concentrer sur les collèges, lycées et universités, sur des thèmes prioritaires de la santé publique : promotion de l'activité physique, information sur la contraception, lutte contre les addictions, alcool, tabac, etc.

Cette promesse de campagne présidentielle déclinée au sein des jeunes professionnels de santé a été bien reçue par les professionnels de santé et par les médias. Qui pourrait être contre la prévention et contre un renfort inespéré de troupes en milieu scolaire ? La Société française de santé publique (SFSP) dans une contribution du 5 janvier 2018 approuve mais tempère : « *Au respect des principaux enjeux de santé publique à venir que sont la prise en compte de toutes les dimensions de l'intervention en santé publique (protection, prévention de la maladie et promotion de la santé), l'attention renforcée aux différentes politiques impactant la santé, l'action sur les inégalités de santé, la promotion de la démocratie en santé. La SFSP met l'accent sur les valeurs d'autodétermination, de bienfaisance, d'équité, de responsabilité professionnelle et de rigueur méthodologique* » [7].

En d'autres termes, ne faisons pas n'importe quoi sous prétexte d'actions en santé publique auprès des enfants et adolescents. Déjà en 1998, trois enseignants de l'École de santé publique de Nancy, dont le Pr Jean-Pierre Deschamps, redoutaient une telle évolution : « *Et que dire alors de cette proposition récente d'envoyer dans les écoles des jeunes médecins, appelés du contingent ou des étudiants résidents en médecine générale ?* » [8]

Le déport de la santé scolaire vers la médecine libérale

Autre appréhension relevée dans l'article de l'équipe nancéenne, l'arrivée de la médecine libérale dans l'école : « *La médecine de santé scolaire est aussi périodiquement menacée par l'émergence d'un serpent de mer à la vie*

de dure, d'une fausse bonne idée que bien des responsables politiques reprennent à leur compte. Comme toutes les fausses bonnes idées, elle a une simplicité et une logique propres à séduire. On peut ainsi la formuler : puisque les médecins de l'Éducation nationale ne sont pas assez nombreux pour accomplir les tâches qui leur sont dévolues, dépêchons dans les écoles des médecins généralistes payés à la vacation. Du point de vue de l'économie de la santé, ce sera une bonne action puisque, une fois dans l'école, les généralistes ne prescriront pas d'examens complémentaires et de médicaments comme ils l'auraient fait dans leur cabinet. » [8]

◆ **Pourquoi une telle irritation prémonitoire** du Pr Jean-Pierre Deschamps, un grand monsieur de la santé de la mère et de l'enfant ? En réalité, la transformation qui se dessine ne consistera pas à faire entrer des médecins libéraux rétribués à la vacation dans l'école mais à externaliser des actes vers la médecine libérale. Le Journal officiel du 12 septembre 2017 a publié les nouvelles cotations des consultations complexes (à 46 euros) instaurées dans la dernière convention médicale et applicables depuis le 1^{er} novembre 2017 [9]. Cette mesure permet le financement de la consultation obligatoire de l'enfant (COE) par les généralistes et les pédiatres. Cette nouvelle nomenclature comprend une consultation sur le « suivi des enfants de 3 à 12 ans à risque avéré d'obésité » [10] par le médecin traitant (généraliste ou pédiatre). Elle pourra être réalisée deux fois par an et par patient (il convient de rappeler que la vacation rémunérée à des médecins contractuels vacataires de santé scolaire s'élevait à 21 euros de l'heure en 2017).



© VILLAREAL/BSIP

Le taux d'élèves par médecin scolaire varie selon les départements de 2 000 à 46 000.

31

◆ **En novembre 2017, le Syndicat national des pédiatres français (SNPF)** demande l'instauration de consultations obligatoires de dépistage et de prévention aux âges clés de 7, 9, 11 et 13 ans. « Cela se fait dans de nombreux pays européens, mais aussi aux États-Unis, où enfants et adolescents ont des consultations tous les ans jusqu'à 21 ans » [11], appuie Brigitte Virey, présidente du SNPF. C'est passer sous silence le fait qu'il n'existe pas de véritable organisation en matière de santé scolaire aux États-Unis en dehors de programmes ciblés de prévention menés selon la bonne volonté de chaque État.

◆ **Parallèlement, la réforme du troisième cycle des études médicales** a créé les formations spécialisées transversales (FST) accessibles aux futurs internes de médecine générale pendant leur internat. Parmi elles figure la FST de médecine scolaire. Cette nouvelle formation, qui serait ouverte à de nombreux médecins, est décrite comme « un progrès social pour l'enfant et l'adolescent,

vers une meilleure connaissance des problématiques de santé de l'élève et de son bien-être dans le cadre de l'école » [12]. Il s'agit, espérons-le, d'un tremplin vers la santé scolaire pour les futurs médecins, mais sous quelle forme d'exercice ? Probablement pas à 21 euros de l'heure. Ce basculement vers la médecine libérale risque par ailleurs de rencontrer les mêmes écueils en matière d'inégalité de répartition sur le territoire des généralistes et des pédiatres libéraux.

Le risque de mutation de la santé scolaire vers une médecine de l'écolier

◆ **L'arrivée de jeunes professionnels de santé et le renfort de la médecine libérale** constituent un formidable ballon d'oxygène et l'inespérée possibilité de relance d'actions de santé en milieu scolaire. Cela ne doit cependant pas masquer le changement de paradigme avec le basculement d'une santé scolaire intégrée vers une médecine scolaire hors les murs

Références

- [1] SOS Bébé. Les PMI : toute une histoire. www.sosbebe.org/dossiers/les-pmi-au-service-des-femmes-enceintes-et-des-meres-de-jeunes-enfants/lhistoire-des-pmi/
- [2] Monnier J, Deschamps JP, Fabry J, Manciaux M. Santé publique : santé de la communauté. Villeurbanne: Simep; 1980.
- [3] Ministère de l'Éducation nationale. Année scolaire 2017-2018 : pour l'École de la confiance. www.education.gouv.fr/cid119317/annee-scolaire-2017-2018-pour-l-ecole-de-la-confiance.html
- [4] Foulst M. Effectifs en berne, rémunération à la traîne... Rentrée morose pour les médecins scolaires. Le quotidien du médecin. 4 septembre 2017. www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/09/04/rentree-morose-pour-les-medecins-scolaires_849903
- [5] Carle JP, Férat F. Avis n° 144 présenté au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication sur le projet de loi de finances pour 2017. www.senat.fr/rap/a16-144-3/a16-144-31.pdf
- [6] Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé. www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2018/6/12/2018-472/jo/texte

Références

- [7] Société française de santé publique (SFSP). Contribution de la Société française de santé publique (SFSP) sur le service sanitaire en date du 5 janvier 2018. 2018. www.sfsp.fr/content-page/175-les-contributions-de-la-sfsp/9472-contribution-de-la-societe-francaise-de-sante-publique-sfsp-sur-le-service-sanitaire-en-date-du-5-janvier-2018
- [8] Tricoire M, Pommier J, Deschamps JP. La santé scolaire en France : évolution et perspectives. Santé publique. 1998;10(3):257-67.
- [9] Décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2017/6/21/SSAU17240585/JO/texte
- [10] Assurance maladie. Prévention du surpoids et l'obésité de l'enfant. 17 septembre 2018. www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique
- [11] Foulst M. Les pédiatres réclament des consultations obligatoires de prévention et de dépistage entre 7 et 13 ans. Le quotidien du médecin. 24 février 2017. www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/02/24/les-pediatres-reclament-des-consultations-obligatoires-de-prevention-et-de-depistage-entre-7-et-13-ans_845025
- [12] Fiche formation spécialisée transversale de médecine scolaire. Document de travail avant avis de la CNEMMOP le 29/08/17 et du CNESEF le 18/09/17. http://cncem.fr/wikicncem/lib/exe/fetch.php?media=fst:fst_medicine_scolaire-enligne.pdf
- [13] Tursz A, Romano MC. La santé des enfants, la santé scolaire. Une réponse et un dispositif appropriés ? Act Doss Santé Publique. 1997;(21):2-7.
- [14] Nau JY. Le ministre Blanquer se souvient-il que jadis exerçaient, en France, des médecins scolaires ? 2017. <https://jeanyvesnau.com/2017/11/04/le-ministre-blanquer-se-souvient-il-que-jadis-exercaient-en-france-des-medecins-scolaires>
- [15] Jourdan D, Lombraïl P. La santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire. Dix mesures pour une politique de santé à l'École à la hauteur des défis de notre temps. 2015. <http://didier-jourdan.com/wp-content/uploads/2016/11/Rapport-Mission-Sante%CC%81-Ecole-Jourdan-Lombraïl.pdf>

de l'école. En effet, un acte médical effectué par un médecin dans son cabinet ne peut se substituer à une prise en charge pluriprofessionnelle au sein de l'école. Il ne faut pas confondre un examen de santé réalisé par un médecin libéral et la réponse à des besoins de santé multidisciplinaires des enfants d'âge scolaire et des adolescents. Par son qualificatif, le "service de santé scolaire" est enraciné dans une institution, une communauté. Ainsi, l'intégration scolaire des enfants handicapés ou atteints de maladies chroniques n'est possible que s'il existe une équipe opérationnelle médico-pédagogique. La gestion des difficultés scolaires, et plus encore des troubles psychologiques, passe par la concertation entre enseignants et équipes de santé scolaire.

◆ **Si le niveau de santé des enfants, des collégiens et des lycéens est globalement bon, les différentes enquêtes en population scolaire ou auprès d'adolescents montrent une prévalence élevée de problématiques spécifiques selon les différentes tranches d'âge : surpoids, asthme et allergies, santé bucco-dentaire, plaintes psychologiques (déprime, irritabilité, etc.) et/ou somatiques (dorsalgie, céphalée, etc.), consommations nocives, comportements inappropriés par rapport à sa santé [13]. Ces problématiques ont besoin du travail de l'équipe scolaire pour être abordées, prévenues et traitées, qui plus est en milieu précaire.**

◆ **La mise en œuvre de ces nouvelles orientations politiques est présentée comme la**

résultante de la raréfaction de la ressource médicale en santé scolaire. Il est vrai que les nouvelles générations de médecins ont priorisé un exercice vers des postes mieux rémunérés. L'attractivité pour la médecine scolaire est médiocre en raison de sa faible reconnaissance professionnelle et des mauvaises conditions matérielles et salariales [14]. En dépit de maintes promesses et d'engagements solennels, elle n'a guère été revalorisée.

Pour l'équipe de Nancy, en 1998, l'introduction de la médecine de ville à l'école était sous-tendue par des considérations d'ordre économique pour l'Assurance maladie. En réalité, aujourd'hui, au-delà de l'indigence des effectifs, il s'agira de surcroît d'une opération de transfert d'une partie des financements du ministère de l'Éducation nationale vers la Sécurité sociale.

La découpe de la santé scolaire est amorcée

Conclusion

La découpe de la santé scolaire est amorcée avec, d'une part, les examens de santé, le dépistage et le suivi de pathologies chroniques de l'enfant renvoyés vers la médecine de ville et, d'autre part, la prévention et la promotion de la santé confiées à des juniors en santé jusqu'à présent considérés comme plutôt incompetents dans cette

discipline. Une seule certitude : ils coûtent moins cher que des professionnels de prévention formés et expérimentés ! Ces évolutions d'adaptation se font avec un déficit manifeste d'échange et d'évaluation sur les effets résultants pour les groupes de populations concernées.

De fait, le plus fâcheux dans cette transition n'est pas que des médecins généralistes viennent suppléer une santé scolaire dégradée au point de la rendre non opérationnelle ou que des professionnels de santé juniors viennent, animés des meilleures intentions, diffuser une parole préventive dans les écoles, mais le peu de concertation sur ces évolutions. Pourquoi ne pas le dire simplement : la France ne peut plus se permettre de financer une organisation en santé scolaire intégrée dans la communauté éducative, dont la pluridisciplinarité assure l'efficacité de son travail ; il faut y mettre un terme faute de ressources financières suffisantes.

Une nouvelle page de la santé des enfants d'âge scolaire s'ouvre. Souhaitons que cette nouvelle organisation puisse prolonger, avec la même pertinence, un dispositif qui a accompagné avec succès des millions d'enfants pendant plus de cinquante ans. Comme le rappelait Jean Rostand, « *on a beaucoup parlé de priorités, et même de priorités des priorités. En termes de priorités, je n'en connais que deux : l'instruction publique et la santé publique* » [15]. •

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.