

Les rapports de l'IGAENR

Rapport conjoint IGAS-IGAEN sur le dispositif médico-social en faveur des élèves

Présenté par Mme le docteur Marie-Laure Lagardère, M. Philippe Didier-Courbin et M. Claude Lagarrigue, avec le concours de Mme Liliane Salzberg, membres de l'IGAS, et par Mme Aline Auerbach, Mme Martine Caffin-Ravier et M. Alain Dulot, avec le concours de M. Jacques Vaudiaux, membres de l'IGAEN

- IGAS Code mission : SA/OD/EQ/19980245 Rapport n° 1999025

- IGAEN Rapport n° 99-0009

[Février 1999]

S o m m a i r e

➤ Résumé

➤ principales préconisations

➤ **Etat des lieux et constats**

1 - Constats statistiques et techniques sur l'état de santé des jeunes et leurs attentes

- 1.1. La santé des jeunes en France est bonne
- 1.2. Les attentes des jeunes sont dominées par le besoin d'information et d'écoute

2 - La prise en charge de la santé et du bien-être des jeunes par l'institution scolaire

- 2.1. Le souci de la santé est partiellement intégré dans l'acte pédagogique
- 2.2. Le ministère de l'éducation nationale a mis en place une structure administrative
 - 2.2.1 Les services
 - 2.2.2 Les missions
 - 2.2.3 Les personnels
- 2.3. Le ministère de l'éducation nationale a développé des moyens
- 2.4. Les initiatives sont foisonnantes quoique fugaces
- 2.5. A la demande du ministère chargé de la santé, l'éducation nationale participe aussi à des opérations de santé publique

3 - L'approche européenne

➤ **Une critique majeure : l'action conduite ne s'inscrit pas suffisamment dans une démarche globale**

1 - Il n'existe pas de véritable vision d'ensemble de l'action

- 1.1. Une histoire fluctuante sinon erratique

- 1.2. Une politique ministérielle imparfaitement lisible
- 1.3. Une exploitation insuffisante des données disponibles
- 1.4. Une pratique trop peu volontariste d'implantation des moyens

2 - Des lacunes dans la couverture

- 2.1. L'intervention croisée auprès des jeunes enfants scolarisés en maternelle de deux services de prévention (la Protection maternelle et infantile et le Service de promotion de la santé en faveur des élèves) pose des problèmes de continuité et de collaboration
- 2.2. En primaire, le suivi insuffisant des enfants en difficulté nourrit les risques d'exclusion ultérieure du système scolaire
- 2.3. Au collège et au lycée, les interventions des professionnels du service de promotion de la santé ne sont pas suffisamment coordonnées et peuvent se chevaucher
- 2.4. Les élèves des établissements privés sous contrat sont théoriquement concernés par les directives nationales en matière de santé des élèves, mais l'état de santé des élèves de ce secteur est mal connu
- 2.5. Le dispositif médico-social scolaire est moins bien implanté en milieu rural, mais les enfants y sont généralement bien suivis médicalement

3 - Un défaut de synergie

- 3.1. Une parcellisation des responsabilités
- 3.2. Une certaine ambiguïté des rôles
- 3.3. Un défaut de continuité et un manque de relais
- 3.4. Une mésutilisation des ressources informatiques

➡ Trois orientations prioritaires

1 - Repositionner le dispositif médico-social au sein de l'éducation nationale

- 1.1. En inscrivant cette action au cœur de la politique de l'établissement
- 1.2. En intégrant la préoccupation sanitaire dans l'action pédagogique
- 1.3. En privilégiant une approche globale de l'élève

2 - Insérer le dispositif médico-social de l'éducation nationale dans les systèmes partenariaux généralistes pour assurer une meilleure prise en charge globale des jeunes

- 2.1. L'articulation avec les dispositifs généraux de suivi et de prises en charge des jeunes et de son environnement
 - 2.1.1. Il faut recourir davantage au dispositif général de santé publique
 - 2.1.2. Les services sociaux doivent intervenir, de façon coordonnée, au plus près du jeune et de son environnement
- 2.2. Les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale doivent se repositionner dans un dispositif partenarial
 - 2.2.1. Les médecins scolaires
 - 2.2.2. Les infirmier(e)s scolaires
 - 2.2.3. Les assistant(e)s de service social

3 - Développer une capacité d'animation de la politique et de cadrage des partenariats

- 3.1. Le niveau national doit s'affirmer dans son rôle de définition et d'animation de la politique de promotion de la santé et d'action sociale en faveur des élèves
 - 3.1.1. Les orientations politiques ministérielles restent floues
 - 3.1.2. Les administrations centrales doivent définir des axes stratégiques et des objectifs et animer le dispositif national
- 3.2. Le pilotage doit également s'exercer aux échelons déconcentrés et au sein même des établissements
 - 3.2.1. Les échelons rectoral et départemental doivent clarifier et mieux affirmer leurs rôles respectifs
 - 3.2.2. L'animation de l'action médico-sociale doit aussi s'opérer à partir des projets d'établissement

📌 Rappel des principales préconisations

1. Réorientation de la politique médico-sociale en faveur des élèves et des stratégies nationales
2. Organisation et animation du dispositif
 - 2.1. Au niveau national
 - 2.2. Au niveau déconcentré
3. Clarification des missions des services et des personnels
4. Réforme des modes d'intervention
5. Adaptation des moyens humains

ANNEXES

Liste des annexes

📌 Résumé - Rapport conjoint IGAS-IGAEN sur le dispositif médico-social en faveur des élèves.

La mission conjointe IGAS/IGAEN a d'abord procédé à un état des lieux concernant la santé des jeunes et sa prise en charge par l'institution scolaire. Elle a examiné la situation d'autres pays européens où le débat existe également sur les modalités d'intervention du service de santé scolaire.

Si l'on se reporte à l'enquête réalisée en 1997 par le Comité français d'éducation pour la santé, la santé des jeunes en France paraît bonne. Une très grande majorité des jeunes de 12 à 19 ans interrogés considère que son état de santé est "très" ou "plutôt" satisfaisant. Cet équilibre leur permet de s'intégrer dans la vie collective scolaire, mais on note des signaux d'alarme : malnutrition et troubles du comportement alimentaire, mal-être pouvant aller jusqu'au suicide. Les contacts avec les professionnels de santé sont fréquents et la prise de médicaments se banalise. La vaccination reste une affaire de famille. Les travaux du Haut Comité de la santé publique confirment que, pour les jeunes enfants, les problèmes graves sont détectés très tôt.

Les jeunes expriment une forte demande en matière d'information et d'écoute qui va dans le sens du renforcement et de l'intégration de l'éducation à la santé dans le cursus scolaire.

Le souci de la santé est partiellement intégré dans l'acte pédagogique à travers l'éducation à la citoyenneté, l'éducation physique et sportive ou les sciences de la vie et de la terre. Le ministère de l'éducation nationale a mis en place une structure administrative, le service de promotion de la santé en faveur des élèves qui a succédé, en 1991, au service de santé scolaire et universitaire. Il a développé des moyens : de 1990 à 1998, le total des emplois budgétaires et des crédits de vacation évalués en ETP s'est accru de 17,5% pour les médecins, de 20% pour les infirmières et de 27% pour les assistantes sociales, tandis que les effectifs globaux des élèves ont, au contraire, baissé de 2,3%.

Les initiatives et les actions sont foisonnantes, à tous les niveaux, mais elles demeurent fugaces. De plus, l'éducation nationale participe aussi à des opérations de santé publique comme ce fut le cas pour la vaccination antihépatite B.

Trois enseignements majeurs se dégagent des orientations retenues par plusieurs pays européens, notamment la Grande-Bretagne et la Suède : l'utilisation, lors du passage en primaire, du maximum de données recueillies antérieurement sur l'enfant par la famille et les éducateurs ; un travail de filtrage exercé par le médecin scolaire, avec la collaboration de l'infirmière, pour repérer et suivre les enfants en difficulté ; un souci de la tenue et du retour de l'information de la part des interlocuteurs alertés des difficultés d'un enfant.

Une critique majeure peut-être formulée : l'action conduite ne s'inscrit pas dans une démarche globale.

Il n'existe pas de véritable vision d'ensemble de l'action. Cette absence de vision résulte sans doute en partie d'une histoire fluctuante, voire erratique. C'est pourquoi il n'apparaît pas souhaitable de procéder à un retour, partiel ou total, du dispositif vers le ministère chargé de la santé. La politique ministérielle reste imparfaitement lisible, même si elle exprime un intérêt accru pour les questions sanitaires et sociales.

Les données disponibles sont insuffisamment exploitées et ne permettent ni d'évaluer les actions, ni d'assurer un suivi par cohorte.

Malgré l'amorce d'un effort de gestion qualitative des ressources humaines et de concentration des emplois médico-sociaux dans les secteurs les plus fragiles, l'implantation des moyens reste trop peu volontariste et n'est pas toujours conforme à la réalité des besoins. Ainsi beaucoup d'emplois d'infirmières sont implantés dans le second degré, notamment dans les lycées au détriment des écoles et de la précocité du dépistage.

Le dispositif présente des lacunes dans la couverture. L'intervention croisée auprès des jeunes enfants scolarisés en maternelle de deux services de prévention (la Protection maternelle et infantile et le Service de promotion de la santé en faveur des élèves) pose en particulier des problèmes de continuité et de collaboration. En primaire, le suivi insuffisant des enfants en difficulté nourrit les risques d'exclusion ultérieure du système scolaire. L'absence d'assistante sociale scolaire dans ce secteur est particulièrement regrettable. En outre, les conditions actuelles d'exercice des médecins vacataires ne facilitent pas le suivi médical régulier des enfants.

Au collège et au lycée, les interventions des professionnels du service de promotion de la santé ne sont pas suffisamment coordonnées et peuvent se chevaucher. Les médecins interviennent de façon trop fragmentée. On observe, en raison de l'absence d'encadrement et d'évaluation des pratiques infirmières, des dérives, en particulier des retards dans la prise en charge de jeunes présentant des troubles de l'humeur ou confrontés à des détériorations sociales et familiales. La mission souligne la nécessité de définir les responsabilités de chacun des intervenants : assistant social, infirmier, médecin.

Il est regrettable que les secrétaires "médico-scolaires", qui contribuaient pourtant à la cohérence des interventions de ces professionnels, aient pratiquement disparu.

Les élèves des établissements privés sous contrat sont théoriquement concernés par les directives nationales, mais l'état de santé des élèves de ce secteur est mal connu. Le dispositif médico-social scolaire est moins bien implanté en milieu rural, mais les enfants y sont généralement bien suivis médicalement. Toutefois, les citadins en situation précaire venus s'installer en zone rurale et les rurbains installés à la campagne mais travaillant dans une grande ville posent des problèmes particuliers.

On relève un défaut de synergie entre les différents acteurs. La mise en œuvre de la politique nationale de santé et d'action sociale scolaire se trouve éclatée entre trois directions. Pour lutter contre cette balkanisation, la DESCO doit assurer une fonction de coordination. A l'échelon académique (rectoral et départemental), on ne sent pas toujours de véritable politique rectorale, ni de véritable programme départemental et le service n'est pas suffisamment encadré et tenu. Aussi, un responsable (administratif, pédagogue ou professionnel) devrait-il être désigné pour animer, à chacun de ces deux échelons, le service médico-social.

Une certaine ambiguïté des rôles demeure entre médecins et infirmières. La demande d'une redéfinition des tâches et d'un recentrage sur les missions premières est particulièrement forte chez les assistantes sociales. Les deux textes de 1991 instituant le service de promotion de la santé et le service social méritent donc d'être revus pour lever ces ambiguïtés.

On observe un manque de coordination entre la sphère proprement scolaire et le monde non scolaire. Ainsi la continuité entre la protection maternelle infantile et la médecine scolaire se révèle insuffisante et le suivi des cas sensibles est mal assuré.

La mésutilisation des ressources informatiques et la carence de système d'information trahissent enfin l'absence de politique ou d'objectifs précis.

La mission a alors dégagé 3 orientations prioritaires

La première vise à repositionner le dispositif médico-social au sein de l'éducation nationale :

Il est indispensable que chaque projet d'établissement comporte explicitement un volet sanitaire et social. Les actions d'éducation à la santé, jusqu'ici trop marquées par l'empirisme, doivent reposer en amont sur un travail épidémiologique, s'insérer dans une démarche d'ensemble et impliquer toute l'équipe éducative.

Il importe aussi de privilégier une approche globale de l'élève. La nécessaire intégration de la dimension sociale souligne l'importance du rôle des assistants de service social scolaire qui doivent garder assez de disponibilité pour exercer leurs missions de médiation, d'accompagnement et de prévention sans être submergés par des tâches administratives (fonds sociaux).

La seconde orientation vise à insérer le dispositif médico-social de l'éducation nationale dans les systèmes partenariaux généralistes :

Le dispositif médico-social de l'éducation nationale doit jouer un rôle de repérage et d'aiguillage des enfants en difficulté en veillant à ce que le relais soit pris par les équipes spécialisées de l'éducation, mais surtout par le réseau de santé et social de droit commun, comprenant la médecine de ville.

Il faut recourir au dispositif général de santé publique. La PMI doit assumer la responsabilité de la médecine de prévention des jeunes enfants jusqu'à l'âge de six ans. Les jeunes enfants devraient faire l'objet à 4-5 ans de l'ensemble des examens permettant de repérer et de traiter les troubles et les difficultés que l'on peut observer dès la crèche ou en maternelle. Le service scolaire devrait s'assurer, lors de l'inscription au cours préparatoire, que ces examens, se substituant aux bilans de 3-4 ans et de la sixième année, ont bien été effectués soit par la PMI, soit par le médecin traitant.

Dès lors qu'il y a nécessité de recourir au système de soins, l'orientation vers les dispositifs de droit commun (médecine de ville, services hospitaliers, soins ambulatoires...) doit être privilégiée. Le médecin traitant, en particulier, doit être reconnu comme acteur très important. Pour sa part, le système scolaire doit vérifier que les mesures prescrites ont bien été prises et restent adaptées.

La médicalisation ne doit pas non plus devenir la solution à tous les problèmes. Souvent, la présence d'un adulte disponible suffit pour répondre à la demande d'écoute de la part des jeunes, ce qui suppose également le développement de lieux d'écoute à l'extérieur de l'école.

Les services sociaux doivent intervenir, de façon coordonnée, au plus près du jeune et de son environnement, les familles rencontrant actuellement trop de travailleurs sociaux. Cette coordination doit être organisée dans le cadre de conventions passées entre l'Etat, les collectivités locales et les organismes concernés de sécurité sociale.

Les professionnels de santé et sociaux de l'éducation nationale doivent se repositionner, dans un dispositif partenarial. Ainsi, les médecins scolaires devraient privilégier le diagnostic auprès des élèves signalés par l'infirmière scolaire ou l'équipe éducative et le suivi de la prise en charge effective par le réseau de soins. Les bilans occupent une part trop importante du temps médical, le bilan d'orientation professionnelle en particulier ne paraissant plus indispensable.

L'action des infirmières, personnes de première écoute, ne conduit que rarement à une prise en charge structurée des problèmes et ne s'inscrit pas assez dans une complémentarité des interventions. Enfin, les assistants de service social, s'ils doivent être présents dans le primaire et dans l'enseignement privé, ont également un rôle tout particulier à jouer auprès des jeunes majeurs. Les secteurs couverts par les différents services sociaux doivent coïncider chaque fois que possible.

La troisième orientation vise à développer une capacité d'animation de la politique et de cadrage des partenariats :

a) Le niveau national doit s'affirmer dans son rôle de définition et d'animation de la politique de promotion de la santé et d'action sociale en faveur des élèves.

Pour cela, les responsables des politiques nationales (éducation, santé, jeunesse et sports, justice...) doivent dégager des perspectives communes et faire ressortir la convergence entre les objectifs de santé et sociaux et les objectifs éducatifs.

Le service d'administration centrale compétent n'a, sans doute, pas le statut et la dimension correspondant à l'importance que l'on accorde à cette politique. Ce service doit animer le réseau des conseillers techniques des recteurs autour des axes prioritaires du ministère et des programmes nationaux.

Chaque axe stratégique défini au plan national doit être assorti d'un objectif à atteindre et d'un indicateur de résultat. Cette démarche par objectif doit s'accompagner de la mise en place, à chaque niveau, d'un système d'information et de pilotage permettant un suivi organisé et systématique de la politique médico-sociale des recteurs et des programmes d'action mis en place par les inspecteurs d'académie.

Une réflexion nationale s'impose sur la nature du stage de prise de fonction des infirmières et assistantes sociales et sur l'organisation d'un tutorat auprès des professionnels débutant dans leurs fonctions. Des parcours spécifiques de formation en cours d'emploi doivent être conçus pour les conseillers techniques et les infirmières-chefs.

En participant à la définition des critères de répartition des moyens humains, la DESCO pourrait inspirer une stratégie nationale en matière d'affectation des assistants de service social, notamment en élargissant leur intervention au primaire. Une doctrine claire doit également être définie en ce qui concerne l'implantation des postes d'infirmières, en généralisant les postes mixtes collège-écoles primaires et en n'affectant plus systématiquement une infirmière par internat.

Il appartient à la DESCO de mieux définir les missions des professionnels de santé et sociaux. L'élargissement des compétences professionnelles reconnues par le code de la santé publique aux infirmières est généralement perçu comme un faux problème par les intéressées sur le terrain. Leur attente porte davantage sur l'amélioration des conditions dans lesquelles elles peuvent exercer leur métier d'infirmière scolaire (tutorat, association au projet d'établissement, actions individuelles et collectives d'éducation

pour la santé, formations nécessaires).

En ce qui concerne plus spécialement la prescription des médicaments, la mission recommande la plus grande circonspection. Il convient plutôt de s'assurer de la mise en place par les médecins des protocoles d'administration des médicaments. Derrière les demandes répétées de médicaments se cache le plus souvent une attente d'une autre nature, généralement liée à une situation de mal-être qui appelle des réponses pluri-disciplinaires. La même prudence s'impose en ce qui concerne les conditions dans lesquelles les divers professionnels mettent en œuvre une relation d'aide et un soutien psychologique aux élèves.

La DESCO et les divers services et organismes nationaux intervenant dans le champ de la santé et de l'action sociale entretiennent des relations et des partenariats insuffisamment institutionnalisés. Des rencontres périodiques sont nécessaires entre le directeur général de la santé, le directeur des enseignements scolaires et le directeur de l'action sociale en vue d'arrêter des stratégies concertées et d'articuler, sur ce sujet, l'animation des services.

Les conditions de collaboration entre l'éducation nationale et le Comité français d'éducation pour la santé devront être réexaminées à l'occasion du prochain renouvellement de l'actuel contrat d'objectifs (1997-2000) passé entre le ministère chargé de la santé et cet organisme. De même, une concertation devrait s'engager entre la DESCO et la direction de la sécurité sociale pour rechercher la meilleure synergie entre les orientations définies de l'éducation nationale et les programmes nationaux initiés par la CNAMTS.

b) Les échelons rectoraux et départementaux doivent clarifier et mieux affirmer leurs rôles respectifs.

La politique rectorale est trop rarement formalisée et les conseillers techniques doivent manifester de manière beaucoup plus nette un dynamisme et des compétences en matière d'animation, d'évaluation, d'appui au recteur dans l'élaboration des programmes régionaux de santé et d'une politique rectorale de formation. Pour sa part, l'échelon départemental doit être le garant d'un programme d'action global, élaboré conjointement par les conseillers techniques. L'inspecteur d'académie est de plus particulièrement bien placé pour arrêter et cadrer les partenariats qui doivent se nouer de manière privilégiée au niveau départemental.

Pour cette raison, il importe de mieux définir les profils de poste des conseillers techniques, de fixer des critères de sélection et d'assurer une mobilité suffisante de ces personnels.

c) Les médecins, infirmières et assistants de service social doivent inscrire leur action dans les programmes définis à l'échelon départemental et dans les projets des établissements dans lesquels ils interviennent, tout en restant responsables de leurs "actes professionnels".

Les préconisations accompagnant les constats, critiques et propositions d'orientations faites par la mission, et auxquelles le lecteur pourra se reporter en fin du rapport, sont organisées autour des cinq axes opérationnels : réorientation de la politique médico-sociale en faveur des élèves et des stratégies nationales ; organisation et animation du dispositif aux niveaux national, rectoral, départemental et des établissements ; clarification des missions des services et des personnels ; réforme des modes d'intervention ; adaptation des moyens humains.

📌 Rappel des principales préconisations

En conclusion, les principales préconisations, accompagnant les constats, critiques et propositions d'orientations faites par la mission, peuvent être organisées autour des cinq axes suivants :

- Réorientation de la politique médico-sociale en faveur des élèves et des stratégies nationales
- Organisation et animation du dispositif
- Clarification des missions des services et des personnels
- Réforme des modes d'intervention
- Adaptation des moyens humains

Réorientation de la politique médico-sociale en faveur des élèves et des stratégies nationales

La politique de promotion de la santé et d'action sociale en faveur des élèves doit s'inscrire dans la politique générale du pays en matière sanitaire et sociale.

La convergence entre les objectifs de santé et sociaux et les objectifs d'éducation doit être recherchée.

Il faut instituer un partenariat ouvert, au sein d'un réseau de multiples acteurs et structures sanitaires et sociaux, afin d'apporter une réponse globale aux problèmes des jeunes, au lieu de multiples réponses partielles.

L'intervention précoce doit être privilégiée et l'accent mis, en conséquence, sur la petite enfance et le début du primaire.

La Protection maternelle et infantile (PMI) doit intervenir jusqu'à l'âge de six ans, l'enfant étant pris en charge par la médecine scolaire à partir de son entrée au cours préparatoire.

Dès lors qu'il y a nécessité de recourir au système de soins, l'orientation vers les dispositifs de droit commun doit être privilégiée. Le médecin traitant de la famille doit être reconnu comme acteur à part entière.

Il faut clairement différencier les lieux de soins médicaux de ceux destinés à l'étude.

Le dispositif médico-social de l'éducation nationale doit s'appuyer sur une démarche de planification et de coordination. Le ministère de l'éducation nationale doit en particulier participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique régionale de santé à travers les programmes régionaux de santé.

Il est essentiel que les projets académiques, arrêtés dans le cadre de la contractualisation, intègrent une dimension médico-sociale définissant des priorités, des objectifs et des moyens. De même, le projet d'établissement de chaque EPLE devra obligatoirement comporter un volet médico-social.

Une étude transversale de tous les fonds sociaux existants et des conditions de cumul et d'accès paraît s'imposer. Ces fonds d'urgence, qui ont pris beaucoup d'importance, doivent donner lieu à une évaluation rigoureuse de leur utilisation.

Organisation et animation du dispositif

Il n'est pas nécessaire, après une histoire déjà mouvementée et si l'on conserve la répartition actuelle des compétences entre l'Etat et les collectivités locales, de procéder à de nouveaux transferts sous la forme d'un retour, partiel ou total, du dispositif médico-social de l'éducation nationale au ministère chargé de la santé.

Au niveau national

Il faut organiser au sein de l'éducation nationale un mode de concertation entre les directions concernées (DESCO, DA, DPATE, DPD, DAF) pour assurer un fonctionnement optimal du dispositif.

La DESCO doit animer le réseau des conseillers techniques des recteurs autour des axes prioritaires du ministère et des programmes spécifiques, en développant parallèlement l'expertise propre de chaque corps.

Chaque axe stratégique défini au plan national doit être assorti d'un objectif à atteindre et d'indicateurs de résultat. Cela suppose la mise en place d'un système d'information et de pilotage à chaque niveau de mise en oeuvre.

Les données chiffrées, réclamées aux échelons déconcentrés, doivent être repensées au niveau central. Elles doivent donner lieu à une exploitation conjointe par les services centraux intéressés et à un retour vers les services déconcentrés.

Le service chargé au plan national d'animer le dispositif médico-social en faveur des élèves mérite d'être renforcé. Il doit s'adjoindre en particulier des compétences en technologies de l'information, en épidémiologie, en statistiques, en techniques d'évaluation. Il est impératif qu'il travaille en liaison étroite avec la direction de la programmation et du développement (DPD). Il doit mettre au point une stratégie d'évaluation et de diffusion des expériences novatrices.

Le directeur des enseignements scolaires, le directeur général de la santé et le directeur de l'action sociale doivent se rencontrer, au moins une fois par an. Il s'agit d'arrêter à leur niveau des stratégies concertées et d'articuler l'animation des services déconcentrés.

Le ministère de l'éducation nationale doit être un partenaire à part entière du Comité français d'éducation à la santé et participer au prochain contrat d'objectifs entre l'Etat et le CFES.

Une concertation doit s'engager entre la DESCO et la direction de la sécurité sociale pour rechercher la meilleure synergie possible, en matière de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé, entre les orientations définies par le ministère de l'éducation nationale et les programmes nationaux initiés dans ce domaine par la CNAMTS.

Au niveau déconcentré

La mise en synergie des trois services (médical, infirmier et social) doit être assurée tant à l'échelon académique que départemental : il faut constituer un véritable service médico-social, tenu, coordonné et animé.

Un responsable (administratif, pédagogue ou professionnel) doit être désigné pour animer, à chacun de ces échelons, le service médico-social. C'est au recteur et à l'IA d'en faire le choix en fonction des situations et des personnalités.

Au niveau rectoral

Les conseillers du recteur (médecin, infirmière, assistant de service social) doivent être collectivement les moteurs de :

- l'animation et la coordination des conseillers des inspecteurs d'académie autour d'une politique commune de promotion de la santé et de l'action sociale en faveur des élèves ;
- la participation active du rectorat à l'élaboration des programmes régionaux de santé ;
- l'aide à la définition de la carte des emplois et l'élaboration d'une politique rectorale de formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux de l'éducation nationale, s'appuyant à la fois sur les dispositifs propres de l'éducation nationale et ceux proposés par les secteurs sanitaire et social.
- l'évaluation des programmes départementaux ;

Au niveau de l'inspection académique

Il est primordial que les inspecteurs d'académie ne valident qu'un programme global d'action médico-sociale, élaboré conjointement par les conseillers techniques. L'échelon de l'inspection académique est particulièrement bien placé pour arrêter et cadrer les partenariats qui doivent se nouer de manière privilégiée au niveau départemental avec les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, les associations et les autres administrations. L'inspecteur d'académie doit être le garant de ces partenariats, y compris quand ils naissent d'initiatives très localisées dans les établissements ou les quartiers.

Au niveau des établissements :

Fondé sur une analyse de situation, le volet médico-social du projet d'établissement doit permettre d'établir le lien entre projet éducatif et projet de santé et d'opérer la rencontre entre les orientations et programmes arrêtés par les échelons administratifs supérieurs et les choix effectués par le conseil d'administration et l'équipe éducative au regard des facteurs locaux.

Clarification des missions des services et des personnels

Le dispositif médico-social de l'éducation nationale doit jouer un rôle de repérage et d'aiguillage des enfants en difficulté en veillant à ce que le relais soit pris par les équipes spécialisées de l'éducation, mais aussi et surtout par le réseau de santé et social de droit commun, y compris la médecine de ville.

Sa collaboration avec les commissions d'orientation (CCPE, CCSD, CDES), doit prévenir l'exclusion du système scolaire des enfants en difficulté ou handicapés.

Afin de clarifier et de recentrer les missions de chaque type de personnel, les textes fondateurs de 1991, dont l'expérience montre qu'ils engendrent concurrence ou conflits entre les services, doivent être révisés.

Missions des médecins scolaires

Le personnel médical doit privilégier le diagnostic auprès des élèves signalés par l'infirmière scolaire ou l'équipe éducative et le suivi de la prise en charge effective par le réseau de soins.

Il revient aussi aux médecins de procéder à des études épidémiologiques et de participer à la veille sanitaire.

Les médecins doivent se préoccuper, comme toute l'équipe éducative, de l'amélioration de la qualité de vie des élèves internes.

Missions des infirmier(e)s

La règle doit être, chaque fois que possible, celle des postes "mixtes" permettant à l'infirmière, sur la base d'une affectation dans un établissement, de travailler aussi dans les écoles du secteur de recrutement. L'objectif est à la fois de mieux couvrir le premier degré et d'assurer un meilleur suivi des enfants à travers le temps.

Le "dépistage infirmier" dans les classes de l'enseignement primaire ou à l'entrée au collège est à encourager car il permet d'orienter vers le médecin les élèves qui en ont besoin.

S'agissant de l'extension des compétences des infirmières, notamment pour la prescription des médicaments, la mission recommande la plus grande circonspection.

Les infirmières sont particulièrement qualifiées pour mener des actions d'éducation à la santé. Leur intervention doit s'intégrer alors dans le projet pédagogique.

Missions des assistant(e)s de service social

L'assistant de service social scolaire doit veiller à ce que les problèmes liés à l'environnement de l'enfant aient le moins de conséquences possible sur sa scolarité.

Sa présence est indispensable dans le primaire et dans l'enseignement privé pour assurer les prises en charge précoces qui s'imposent.

A l'autre extrémité des classes d'âge scolarisées, l'assistant de service social a un rôle tout particulier à jouer auprès des jeunes majeurs ou émancipés qui nécessitent un suivi particulier et une assistance technique pour les adresser au bon réseau.

La gestion administrative des fonds sociaux ne devrait plus être assurée par l'assistant de service social, dont le rôle serait de réunir, avec le concours de l'assistant de

secteur, les éléments d'enquête de nature à éclairer la commission d'attribution de l'aide.

Réforme des modes d'intervention

Pour répondre plus efficacement aux besoins, le médecin doit cibler ses interventions : suivre moins d'élèves mais de manière plus approfondie et dans la durée.

Lors de l'inscription au cours préparatoire, la médecine scolaire doit obligatoirement vérifier sur le carnet de santé que l'enfant a bien fait l'objet de l'ensemble des examens prévus. Il est préférable que ces examens interviennent entre 4 et 5 ans et se substituent aux bilans de 3-4 ans et de la sixième année.

La notion même de bilan d'orientation professionnelle ne paraît plus pertinente. Il serait plus efficace de demander aux équipes pédagogiques de signaler, au moment réel des choix d'orientation, les élèves pour lesquels ils pensent que l'orientation choisie pourrait poser problème. On dégagerait de la sorte du temps médical pour mieux assurer les examens à la demande.

Un suivi des cas repérés doit être assuré en diverses étapes : avis, orientation, retour d'information, relance éventuelle, contrôle. Une marche à suivre doit être arrêtée en cas de carence de la famille face à un enfant nécessitant des soins.

La présence obligatoire d'une infirmière la nuit dans les internats est consommatrice de moyens. Or, elle ne paraît pas dans tous les cas indispensable et ne doit pas prendre le pas sur d'autres impératifs plus urgents d'affectation des moyens dans les zones découvertes. En effet, si la présence d'une infirmière peut répondre à un fort besoin d'écoute en soirée, celui-ci peut également être pris en charge par d'autres adultes présents dans l'institution.

Il est urgent de s'assurer de la mise en place par les médecins de protocoles homogènes permettant aux infirmières, mais également à d'autres personnes désignées dans l'établissement, d'administrer certains médicaments.

Une réflexion pluridisciplinaire doit s'engager au niveau national pour proposer une doctrine sur les pratiques d'écoute.

La coordination entre assistants de service social des organismes de sécurité sociale, des conseils généraux et de l'éducation nationale doit être organisée dans le cadre de conventions passées entre l'Etat, les collectivités locales et les organismes concernés. Les préfets et les services des directions départementales des affaires sanitaires et sociales peuvent apporter leur concours à l'éducation nationale pour la préparation de ces conventions.

A l'inverse des actions ponctuelles, thématiques et médiatiques, qui ne relèvent pas à proprement parler de l'action éducative mais de la simple information, les actions d'éducation à la santé doivent s'inscrire dans un projet et dans la durée.

Il importe que les actions menées fassent toujours l'objet d'une évaluation, à la fois sur la réalité et le degré de leur mise en oeuvre par rapport aux objectifs initiaux, sur les moyens, notamment financiers, qu'elles ont exigés, enfin sur leur impact.

Adaptation des moyens humains

Formation des personnels

Il appartient aux responsables du plan académique de formation d'analyser les besoins des différents personnels, tant dans leur domaine d'expertise propre que sur des thèmes transversaux. Des modules de formation continue, liés aux métiers ou pluridisciplinaires, doivent donc être mis en place à destination des trois types de personnels.

La participation à ces stages, leur nombre, leur durée doivent être contrôlés.

Une réflexion nationale s'impose sur le contenu, la durée et les modalités du stage de prise de fonction des infirmières et des assistants de service social.

Des parcours spécifiques de formation en cours d'emploi doivent être conçus à l'intention des conseillers techniques des recteurs et des inspecteurs d'académie.

De même, l'accès au grade d'infirmière-chef doit s'accompagner d'une formation en cours d'emploi favorisant l'exercice de responsabilités supplémentaires ou appelant des compétences particulières (encadrement, pédagogie, supervision, évaluation, direction de projet).

Valorisation des prises de responsabilités

Une réflexion doit être engagée au niveau national sur la nature et l'organisation d'un tutorat auprès des infirmières débutant dans leurs fonctions.

Les fonctions de tutorat exercées auprès des jeunes collègues ou encore le rôle pédagogique joué auprès de l'équipe éducative pour l'élaboration et l'animation d'actions collectives d'éducation à la santé doivent être encouragés. La DESCO devrait examiner avec les directions de moyens la façon de valoriser la polyvalence et la prise de responsabilités (primes, déroulement de carrière).

Il convient de mieux définir les profils de poste des conseillers techniques, de fixer en conséquence des critères de sélection et d'assurer une mobilité suffisante des personnels. Ces fonctions nécessitent une capacité permanente de prise d'initiatives, d'innovation, de regard critique sur le service rendu.

Evolution des moyens

Les responsables nationaux se doivent de définir des objectifs prioritaires et d'y affecter les moyens en procédant aux redéploiements souhaitables.

Un rééquilibrage général de l'action, et donc des moyens, en direction de l'amont (notamment premier degré) apparaît nécessaire.

Les diverses mesures préconisées ici (généralisation des postes mixtes établissement du second degré-écoles, suppression de la présence obligatoire d'une infirmière en internat, allègement de la gestion des fonds sociaux) devraient, grâce à une meilleure utilisation des ressources disponibles, rendre possible ce rééquilibrage.

Ce redéploiement ne peut toutefois être que progressif. Cela justifie la poursuite, depuis quelques années, de l'effort de création de postes d'infirmières et d'assistants de service social.

Un effort en vue d'une meilleure intégration des médecins doit être engagé :

La part des médecins vacataires est très lourde (38%). Il conviendrait, sur la base d'un plan pluriannuel, de transformer progressivement la plupart des moyens de vacations en emplois de titulaires.

Il importe parallèlement de relever le tarif de rémunération de base des vacataires restants, en prenant par exemple pour référence le tarif de vacation en secteur hospitalier.

L'accès à des formations et l'inscription dans un projet de médecine de prévention bien identifié doivent également leur être offerts.

On pourrait aussi envisager le recrutement à mi-temps de médecins en exercice partagé.

Le service médico-social doit pouvoir à nouveau s'appuyer sur des personnels assurant le secrétariat afin de favoriser une gestion plus cohérente des interventions des professionnels et faciliter les liaisons avec l'extérieur. Il convient donc de mettre un terme à la baisse des effectifs de ces secrétariats.

© [Ministère de l'éducation nationale](#)