

Sous la direction de
Hélène **Romano**

AIDE-MÉMOIRE

La santé à l'école

3^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2021

11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-081437-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Présentation des auteurs

Ce livre, réalisé sous l'impulsion de la présidente de l'AFPSSU, Claude Bravard, est dédié à Michel Zorman et à tous les professionnels de terrain qui, quotidiennement, œuvrent pour que la prise en compte de la santé des enfants et des adolescents soit une réalité de l'école à l'université.

Catherine AKARI : déléguée générale Fondation Stallergenes, organisatrice de la formation des professionnels de santé de l'Éducation nationale sur les allergies.

Françoise ASTOLFI : docteur en psychologie, enseignante et chef d'établissement scolaire.

Jean-Louis AUDUC : ancien directeur des études de l'ESPE de Créteil/UPEC. Il a publié de nombreux articles et ouvrages sur le métier enseignant concernant notamment la gestion de classes hétérogènes et les relations école-famille.

Jean-Christophe AZORIN : enseignant à la retraite, éducateur pour la santé. Association Participe-Santé.

Nicole BARDOU-COUDERT : chirurgien-dentiste, formatrice post-universitaire, présidente de l'Association d'aide aux DYS du Poitou-Charentes.

Monique BINDA : présidente d'honneur de l'Association nationale des parents d'enfants intellectuellement précoces. Elle a codirigé avec André Giordan le livre Anpeip *L'Enfant surdoué un autre regard*. Elle est responsable du programme de réussite éducative Anpeip à Nice, formatrice, et participe à la commission Eip de l'Académie de Nice.

Claude BRAVARD : médecin conseiller technique honoraire, présidente de l'AFPSSU, Paris.

Rose BOUTRON : professeur de français et coordinatrice, pour le collège Robert-Goupil de Beaugency dans le Loiret, du réseau des écoles associées à l'UNESCO.

Anne-Marie CAULETIN-GILLIER : psychologue spécialisée en neuropsychologie du développement et des fonctionnements cognitifs (Université de Nice Sophia-Antipolis), dépistage et prise en charge des enfants à haut potentiel (Université René Descartes Paris V).

Jean CHAMBRY : pédopsychiatre, chef du pôle adolescent au centre hospitalier Fondation Vallée.

Colette COSSART : spécialiste de santé publique, conseillère technique honoraire au ministère de l'EN et du rectorat de Créteil, ainsi qu'au ministère de l'Intérieur à la direction de sécurité civile, Paris.

Élisabeth DEMEURE : orthophoniste. Maître de stage et attachée d'enseignement à l'école d'orthophonie.

Jacques FORTIN : professeur honoraire de la faculté de médecine de Lille. Pédiatre¹.

Caroline GENET : médecin de l'Éducation nationale en Gironde, administrateur de l'AFPSSU. Attachée aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux, chargée d'enseignement dans l'académie de Bordeaux et à l'université de Bordeaux II.

Christine GETIN : Présidente de l'association HyperSupers TDAH France.

Marie Noëlle MAGNIE-MAURO : neurologue, docteur en neuropsychologie et maître de conférences des universités en neurophysiologie, enseignant-chercheur et médecin des hôpitaux, elle est spécialiste de la précocité intellectuelle.

Marie MANSUY : enseignante référente, Nancy.

Karine MARIN-ROGUET : témoin, Paris.

1. Jacques Fortin est décédé le 17 février 2020 à 74 ans, après toute une vie passée au service des élèves. Ses recherches restent fondamentales et son approche humaniste des plus précieuses pour tous les professionnels.

Maïté NEGUI : coordonnatrice du SAPAD 40 pendant de nombreuses années, coauteur du livre : « enfants malades ou accidentés : quand l'école va au domicile. », Delagrave.

Pascal OLIVIER : psychologue clinicien et psychothérapeute à Paris, chargé de cours en université.

Ludovic PESCHARD : professeur d'éducation physique et sportive au collège Robert-Goupil de Beaugency dans le Loiret. Il réunit sous forme de club lors de la pause méridienne les élèves volontaires pour les actions « Mange du sport à la récré » dont le but est l'engagement des élèves dans des actions leur permettant de devenir de futurs citoyens actifs, solidaires et tolérants.

Élisabeth PINO : médecin scolaire.

Marie-Claude ROMANO : médecin conseiller technique honoraire, secrétaire générale de l'Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire (AFPSSU), Lyon.

Hélène ROMANO : Docteur en psychopathologie, psychothérapeute, expert près les tribunaux, référente pour le ministère de l'Éducation nationale pour les formations sur la maltraitance, les cellules de crise, les jeux dangereux, Paris.

Martine SAVARY : infirmière au lycée agricole de Cergy, administrateur de l'AFPSSU.

Régine SCELLES : professeur de psychopathologie, laboratoire CLIPSYD EA 4430, université Paris-Ouest, Nanterre.

Anne-Marie SIMON : orthophoniste, secrétaire générale de l'association Parole-Bégaiement.

Irène TALMONE : pédagogue en communication relationnelle, méthode ESPERE® – Énergie spécifique pour une écologie relationnelle essentielle.

Hélène VOISIN : directrice honoraire du centre scolaire de l'hôpital Trousseau (Paris). Présidente de l'association « Si on rêvait ».

Préface

Hélène ROMANO, Claude BRAVARD

LA SANTÉ À L'ÉCOLE a depuis longtemps été une préoccupation, mais dans le contexte actuel (menaces terroristes, confinement lié à la pandémie de Covid 19), c'est une notion qui suscite des attentes multiples. Mais ce sujet reste délicat tant les attentes sociales sont innombrables pour les élèves, leurs familles, les professionnels. Car si de multiples textes officiels existent, les moyens accordés par l'État au service de santé scolaire sont très insuffisants pour répondre à toutes les missions qui ne cessent de lui être demandées, comme l'a récemment rappelé la Cour des comptes dans son rapport du 5 juin 2020¹.

L'école est un lieu de vie avec ses codes, ses rites, ses exigences, son règlement. Lieu de connaissance, d'apprentissage, d'expérience, de construction, de rencontre, d'échange, l'école pourrait apparaître comme un espace de vie, d'épanouissement et de bien-être extraordinaire et fabuleux dans la vie d'un enfant. Mais la réalité de la vie des écoliers, collégiens et lycéens, n'est pas, toujours, un long fleuve tranquille et le bonheur à l'école peut apparaître comme une réalité bien lointaine. Car en France, la culture scolaire, avec ses modalités d'apprentissage et d'évaluation, peut être source de difficultés et de souffrance, tout aussi bien du côté des élèves que des enseignants. À l'image d'une société insécurisée et insécurisante, où le virtuel et l'instantanéité envahissent les modes relationnels, où la performance, la compétition et la réussite sont mises en exergue, l'école n'est pas toujours un espace bienveillant.

1. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf>

Pour se construire, l'enfant a besoin de l'Autre. Seul, il ne peut pas survivre et ne peut pas exister. Les études faites après-guerre par Anna Freud, Spitz, Margareth Malher auprès de bébés et de jeunes enfants abandonnés ou orphelins nous ont permis de comprendre l'importance de ses proches dans la survie de l'enfant. Apporter exclusivement des soins matériels de *nursing* (repas, toilette) ne suffit pas pour permettre à l'enfant de survivre. Si personne ne lui parle, ne le rassure, il se laisse dépérir. L'enfant a, avant tout, besoin d'être porté psychiquement par l'autre, c'est-à-dire d'être pris en charge par quelqu'un qui le reconnaîtra en tant que sujet humain, petit d'homme en devenir, et qui sera en capacité de s'ajuster à ses besoins : lui parler, le réconforter, lui donner confiance en lui et en l'autre, l'autoriser à se séparer et à s'autonomiser, lui transmettre l'envie d'apprendre, l'encourager et le soutenir. Sans le regard de l'autre, sans ses mots rassurants, sans son écoute bienveillante, sans son attention bienveillante, l'enfant ne pourra pas se construire dans un rapport à l'autre sécurisant. Et l'école est ici un révélateur unique de la qualité de cette base de sécurité dans la vie de chaque élève et de chaque professionnel.

Le pédopsychiatre D. W. Winnicott expliquait déjà dans les années 1950 qu'il y a les enfants qu'on a laissé tomber psychiquement et qui ont déjà eu l'expérience du désastre de l'abandon et les autres. Pour les premiers, toute nouvelle difficulté ou épreuve de vie sera une source de réactivation de la vulnérabilité psychique passée. Pour les seconds, la certitude acquise de la valeur et de la confiance en l'autre sera source de résistance et facteur de résilience pour dépasser ces épreuves. À l'école, au collège comme au lycée, les élèves ne sont donc pas à égalité, ce qui permet de mieux comprendre les différentes réactions possibles lorsque des difficultés apparaissent.

Si l'école est le lieu de l'enseignement, ce devrait être avant tout celui de l'apprentissage de la vie. Autrement dit, si le rapport au savoir ne s'inscrit que sur un aspect matériel d'accumulation de connaissances, sans valorisation des qualités relationnelles et humaines, l'école reste vide de sens et ne permet pas de développer des qualités indispensables pour le bon développement de l'enfant et de l'adolescent : connaissance de soi, respect de l'autre, solidarité et coopération, capacité d'empathie, esprit critique, dialogue, humour, autonomie et responsabilisation, coopération désir d'apprendre, humour et esprit critique, etc.

Quand l'école ne parvient plus à être un lieu humanisant, elle peut être un lieu révélateur de souffrances liées à l'histoire personnelle de l'enfant, mais aussi être à l'origine d'un profond mal-être (échec scolaire, décrochage, psychopathologie de la scolarité, violence, harcèlement, etc.). La santé à l'école devient alors un enjeu majeur.

À l'origine de cet ouvrage initié par l'Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire (AFPSSU), il y a la volonté des professionnels de terrain de transmettre leur expérience et de partager leurs savoirs sur ce sujet si complexe de la santé à l'école. L'objectif n'est pas de faire « un livre de plus », mais d'éditer *le* livre susceptible de répondre aux questions de multiples professionnels en lien plus ou moins direct avec l'école. Après avoir été pensée comme une école « intégrante », l'institution scolaire se doit désormais d'être « inclusive », autrement dit cela ne devrait plus être à l'élève de s'adapter à l'école, mais à celle-ci de s'ajuster aux besoins de chaque enfant. Derrière ce principe, la réalité est loin d'être si simple. Notre volonté n'est pas de faire un bilan quantitatif des dispositifs à l'œuvre, mais de présenter de façon positive et constructive les modalités actuelles de prise en charge. Autrement dit, comment rendre accessible ce qui se fait en milieu scolaire à partir de l'expérience de professionnels de terrain, mais aussi de l'investissement des parents et des associations impliquées sur ce sujet. La pandémie liée à la COVID-19 de 2020 démontre toute l'importance de l'école dans la vie des élèves et la nécessité de faire de la santé à l'école une priorité.

La santé à l'école peut être envisagée de multiples façons. Nous avons choisi dans cet ouvrage de l'aborder de façon pratique. Dans une première partie sont rappelés les fondamentaux à partir des apports théoriques des professionnels. Puis sont présentés successivement les principaux enjeux liés à l'accueil des enfants malades ou handicapés ; à la situation des enfants dits différents ; aux enfants venus d'ailleurs ; aux enfants victimes de maltraitance et aux situations traumatiques. Le mode de présentation est proposé à partir des points de vue croisés de professionnels et de parents et associations qui permettent d'apporter une dynamique positive à l'analyse de ces sujets sensibles. Enfin, la dernière partie, consacrée aux perspectives, aborde l'évolution possible de la santé à l'école et les pistes à envisager pour qu'elle s'inscrive dans un respect constant de l'enfant et de l'adolescent.

L'Association pour la santé de l'élève dans son parcours de vie de la maternelle à l'université _____

L'AFPSSU, dont les fondations datent de 1938, est une aventure collective d'hommes et de femmes professionnels, bénévoles, vécue au fil des années pour défendre, protéger et promouvoir santé, bien-être et réussite personnelle des jeunes : écoliers, collégiens, lycéens et étudiants.

Dans ses statuts actuels, l'AFPSSU développe et encourage une participation active de ses adhérents pour soutenir, valoriser et promouvoir tout projet ou action favorisant le bien-être physique et mental des jeunes en milieu scolaire et universitaire, une des clefs de réussite tout au long de la vie. Pour y parvenir elle se fixe des objectifs spécifiques :

- favoriser la mise en réseau d'acteurs de terrain dans le but de faire œuvre commune afin de préserver et d'améliorer la santé des jeunes scolarisés ;
- participer à l'information et à la formation des professionnels intervenant auprès des jeunes pour approfondir la connaissance et les compétences dans le domaine de la santé à l'école et à l'université. Cela s'organise via son site internet¹, qui fait aujourd'hui référence ; à partir de l'organisation d'un colloque annuel à Paris regroupant près de sept cents participants et à travers la participation, en province, à des journées de formation ou autres colloques. Cette démarche de transmission auprès des professionnels s'inscrit aussi à travers la création de la *Revue de santé scolaire et universitaire* (éditée par Elsevier-Masson) ;
- soutenir et valoriser le développement de projets pluridisciplinaires visant la promotion de la santé physique et mentale et la prévention des problèmes auxquels se trouvent confrontés les jeunes ; avec un prix remis annuellement suite à un concours d'initiatives et projets ;
- aider les jeunes, leur famille ainsi que les professionnels dans la recherche individuelle et collective de conseils et d'accompagnement, notamment en développant des liens de proximité d'information et de soutien.

1. <https://www.afpssu.com/>

Le site de l'association assure le relais indispensable de toutes ces activités auprès des professionnels et des parents.

Perspectives

De 1938, date de la création de l'Association pour la médecine scolaire et l'hygiène pédagogique à son dernier intitulé, l'Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire, ce fut une longue histoire marquée par des changements d'intitulés à plusieurs reprises pour tenir compte de l'évolution des enjeux de la santé et des nouveaux besoins des jeunes dans leur parcours d'études. Depuis sa création il y a eu des difficultés, des incertitudes, mais toujours une ferme détermination de poursuivre un engagement au service des jeunes. Avec une dynamique constante marquée par de nombreuses publications, de rencontres régionales, nationales et internationales de grandes tenues et d'initiatives innovantes en matière de communication. De nombreuses personnalités fortes et représentatives de l'association resteront aussi dans la mémoire collective les témoins de ce passé haut en couleurs. Nous pensons tout particulièrement au professeur Robert Debré, membre de l'Académie de médecine et des sciences, qui tout au long du xx^e siècle a inspiré, guidé et soutenu la médecine scolaire ; et au professeur Maurice Tubiana, membre honoraire de l'Académie de médecine, qui soutient depuis 2010 les initiatives de l'AFPSSU en accordant son parrainage pour la valorisation des actions novatrices en faveur de la santé des jeunes. Dans son rapport sur l'éducation pour la santé à l'école présenté à l'Académie de médecine en 2010 il rappelait que « la prévention doit reposer sur une vision globale de la santé à l'exclusion de projets ponctuels, trop souvent déconnectés des bénéficiaires ».

Dans un monde de zapping en perpétuelle évolution, l'existence de l'AFPSSU permet de ne pas oublier combien l'expérience, la transmission, le partage de connaissance sont essentiels. C'est dans cette perspective que l'AFPSSU a souhaité la publication de cet ouvrage, coconstruit entre professionnels, parents et associations, pour que chacun puisse transmettre son savoir.

Tout change, tout passe, mais l'AFPSSU demeure et demeurera toujours, pour servir la cause de ces enfants et ces adolescents et contribuer à

un mieux-vivre ensemble et une santé à l'école respectueuse de chacun. Le 17 décembre 2019 le professeur Allilaire, secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine a remis à l'AFPSSU la médaille d'or de l'Académie. Cette distinction est destinée à honorer une association connue et méritante pour son action en santé publique.

L'AFPSSU poursuit son engagement collectif pour que la santé soit reconnue comme facteur d'accès à une scolarité réussie et à un mieux vivre-ensemble avec l'objectif d'**agir ensemble** pour :

- la santé, le bien-être et la réussite personnelle de tous les jeunes dans leur parcours éducatif ;
- une école accueillante et bienveillante, soucieuse de respecter les besoins fondamentaux des jeunes ;
- une école prévenante et humanisante, permettant l'inclusion de tous les enfants différents ;
- une école pour bien vivre ensemble dans un lieu au climat apaisé favorisant le bien-être et l'épanouissement de tous.

Première partie

Repères

1	Aspects historiques	3
2	Repères dans la réglementation	17
3	Santé à l'école : quels sont les interlocuteurs ?	39
4	Mieux vivre l'école	49
5	L'école, un lieu de vie pour des élèves en construction	71
6	Évaluer pour mieux prendre en charge	85
7	Le stress des élèves et des enseignants	97
8	Importance du climat scolaire	113

1

ASPECTS HISTORIQUES**De l'hygiène pédagogique à la promotion de la santé,
du bien-être et de la réussite scolaire**

Marie-Claude ROMANO

L'ATTENTION PORTÉE AUX ENFANTS à besoins spécifiques a profondément évolué depuis les débuts de la scolarisation. Elle est étroitement liée à l'évolution de la santé scolaire, aux bouleversements du rapport entre élèves et enseignants et à l'attention grandissante en direction des enfants.

Le temps de la prophylaxie _____

Les premiers écrits sur la santé des écoliers remontent au règne de Charlemagne, en 787.

On lui doit la création des premières écoles publiques. C'est le maître qui a le devoir de contrôler la santé de ses élèves. En 1793, Lakanal présente

un projet de loi sur l'instruction civique et spécifie que des officiers de santé visiteront au cours des quatre saisons de l'année les élèves des écoles nationales et leur indiqueront en général, puis en particulier, les règles propres à fortifier leur santé. Ce projet restera à l'état de principe, mais la notion de l'inspection médicale scolaire, service public, est née. Sous Napoléon I^{er}, les préfets sont chargés par décret de visiter collèges, lycées, pensions et institutions afin de contrôler si les mœurs et la santé des élèves y sont correctement assurées. Sous la II^e République en 1833, la loi Guizot confie à un comité communal la mission de veiller à la salubrité des écoles publiques ou privées. Cette mission sera confirmée par la loi Falloux en 1850. Mais à cette époque, on inspecte bien plus les écoles que les écoliers. Sous Napoléon III on observe la création des salles d'asile pour les enfants de 2 à 7 ans dont les mères travaillent. Ces classes sont à l'origine de nos écoles maternelles. Un médecin nommé par le maire doit veiller au développement moral et physique des enfants. Pour les soins quotidiens, seules les femmes peuvent s'occuper des enfants, les hommes en étant exclus, par crainte de pédophilie.

Sous la III^e République, la loi du 30 octobre 1886, sous l'influence de Jules Ferry, institue l'obligation de l'inspection médicale scolaire limitée à l'enseignement primaire. Les collectivités locales (départementales et municipales) sont chargées de mettre en œuvre ces services d'inspection médicale. L'école apparaît comme le lieu de prédilection pour informer les enfants sur l'hygiène afin d'éviter les maladies contagieuses gravissimes à cette époque. L'hygiène est intégrée aux programmes scolaires où elle est traitée dans le cadre des leçons de morale. Les arrêtés des 8 janvier et 14 juin 1907 créent dans les établissements d'enseignement secondaire de jeunes filles un enseignement spécifique de l'hygiène d'une heure hebdomadaire pendant trois ans. Cet enseignement disparaît en 1973 lors de l'allègement des programmes.

En 1893, un arrêté fixe les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies : trente-cinq mille maires et quatre-vingt-sept préfets sont chargés de l'exécution des décisions concernant les vaccinations antivarioliques ainsi que les précautions à prendre pour éviter l'éclosion des maladies contagieuses et décider l'éviction des enfants contaminés. Le rôle social des instituteurs augmente de jour en jour, notamment en ce qui concerne l'éducation de la population en

matière d'hygiène. Dans les villages c'est sur l'instituteur que repose entièrement l'application de **la loi sanitaire de 1902**. La lutte contre les maladies, contre les logements insalubres, la protection des enfants du premier âge, les réglementations relatives à la vaccination, aux eaux potables, aux aliments falsifiés et nuisibles, rentrent en majeure partie dans ses attributions.

En 1909, l'infirmière Léonie Chaptal rédige un rapport pour le conseil supérieur de l'Assistance publique, qui pose les premières interrogations à propos d'une certaine spécialisation de la médecine scolaire. Ce n'est qu'en 1944 qu'une direction de l'hygiène scolaire est créée à Alger, en raison de l'occupation.

Le service de la santé scolaire _____

C'est **l'ordonnance du 11 octobre 1945 qui jette les bases et les principes généraux du service de santé scolaire**. Ce dernier relèvera du ministère de l'Éducation nationale, le ministère de la Santé ayant cependant un droit de regard pour les directives d'ordre technique. Le service comprend alors des médecins, des assistantes sociales et des adjointes qui font du travail d'infirmière.

Le service de santé scolaire est créé dans un objectif très précis de santé publique pour la prise en charge médicale des problèmes de santé de la population d'enfants scolarisés, dépistage de la tuberculose et vaccination BCG. En effet, à la fin de la guerre, la situation sanitaire est déplorable : la malnutrition et les maladies infectieuses sont fréquentes, la tuberculose est en pleine extension. On ressent le besoin de protéger une population particulièrement exposée : enfants sous-alimentés et carencés.

Chacun a un rôle à jouer dans le cadre de la prophylaxie, mais en fait les acteurs ne sont alors que des relais dans un système de transmission de savoirs et de compétences pratiques et comportementales axées essentiellement sur les problèmes d'hygiène et la notion de risque dans une perspective informative. On informe les élèves sur le fonctionnement de l'organisme et sur les moyens à mettre en œuvre pour éviter

les maladies et garder son corps en bonne santé. L'éducation reste informative, axée sur la morale et les interdits.

À la fin des années 1950, l'état sanitaire de la population n'est plus au premier plan des préoccupations, en revanche apparaissent les problèmes individuels d'adaptation et d'échec scolaire.

En 1964, l'évolution de l'état sanitaire et le développement de besoins nouveaux entraînent une nouvelle orientation définie par le décret du **30 juillet 1964. Le service de médecine scolaire est transféré au ministère de la Santé.** Dans le cadre de la réorganisation des services extérieurs de l'État chargés de l'action sanitaire et sociale, le directeur départemental des actions sanitaires et sociales est responsable des orientations à mener en milieu scolaire ; un médecin inspecteur de la santé en est le responsable technique.

En 1969, apparaît dans les textes la création du *service unifié de l'enfance* qui regroupe au sein de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale, la protection maternelle et infantile, la santé scolaire, l'aide sociale à l'enfance, la psychiatrie infanto-juvénile. Ce regroupement devrait permettre à tous les professionnels de l'enfance de coordonner leurs actions pour une meilleure efficacité. Pour la première fois, l'accent est mis sur la notion d'équipe pluridisciplinaire et sur la nécessité de coordination de tous les professionnels de l'enfance. Ce dispositif ne sera jamais mis en place.

Le 12 juin 1969 est publiée l'instruction générale sur le fonctionnement du service de santé scolaire. Sur le papier, tout y est : l'existence d'une équipe de secteur (médecin, assistantes sociales, infirmières, secrétaires), la notion d'un secteur médico-social scolaire, un large éventail de missions faisant la part belle aux examens médicaux systématiques, mais comportant également des tâches de liaison avec les parents, les enseignants, la protection maternelle et infantile, les médecins libéraux, la surveillance de l'hygiène du milieu, l'éducation à la santé, des permanences médicales, la participation aux différents conseils de classe, d'administration, d'orientation et de discipline.

De 1971 à 1973 les textes réglementaires visent à aider les enseignants à reconnaître les symptômes liés à la consommation de toxiques et à orienter les usagers éventuels vers les centres spécialisés (MEN 1971 et

1973). Le but est d'informer pour lutter contre les fléaux, mais on se contente de dénoncer les produits dangereux.

Création du Comité français d'éducation pour la santé le 28 avril 1972. Elle marque le début d'une volonté de changements dans les modes de communication et de ce fait dans les contenus de formation des personnels. Il faut attendre la circulaire de Fontanet pour voir introduite la notion d'éducation et d'éveil de la responsabilité, notamment dans le domaine de l'éducation sexuelle. Les programmes scolaires seront ensuite modifiés en apportant une information biologique substantielle.

Importance de l'appropriation de l'information par les élèves _____

En 1982 vient la circulaire dite « de Bagnolet », relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire. Le texte affirme que le développement de la prévention médicale et sociale au profit des élèves scolarisés est une des grandes priorités du ministère de la Santé. *La santé scolaire est encore sous la responsabilité du ministère de la Santé*, et c'est aux directions régionales de l'action sanitaire et sociale et aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale que s'adresse avant tout la circulaire. Celle-ci pose la réduction des inégalités comme un objectif fondamental, annonce un accroissement notable des effectifs de personnel tenant compte de l'ampleur des besoins non satisfaits, et préconise des actions planifiées par programme pour tenir compte des besoins et des priorités. Cette circulaire développe la prévention médicale et sociale en faveur de l'enfant selon trois axes prioritaires :

- des actions de la politique de réduction des inégalités entreprises par le ministère de l'Éducation nationale, portée générale, et notamment la réalisation à 100 % des trois bilans de santé à 5 et 6 ans, 10-11 ans et entre 13 et 16 ans, des actions d'éducation à la santé, le suivi de l'hygiène de l'environnement scolaire ;
- des actions sélectives pour résorber les inégalités et notamment des programmes prioritaires, planifiés, décentralisés au niveau de la région

ou du département, s'appuyant sur les données épidémiologiques existantes, harmonisés avec, et donnant lieu à une évaluation ;

- des actions de recherche.

En 1983, se met en place la *décentralisation administrative* qui prévoit une décentralisation, vers le département, du service de santé scolaire et du service social scolaire. En fait, la santé scolaire restera un service d'État.

La promotion de la santé en milieu scolaire _____

Un décret du 21 décembre 1984 confie au ministère de l'Éducation nationale la responsabilité des actions de promotion de la santé en faveur des enfants et des adolescents en milieu scolaire. Mais l'application va s'étaler de 1985 à 1991. Les infirmières et assistantes sociales relèvent entièrement du ministère de l'Éducation nationale, *les médecins et secrétaires restent gérés par le ministère chargé de la Santé*, et sont placés sous l'autorité de l'inspecteur d'académie. De 1985 à 1991 les médecins sont gérés statutairement par les services déconcentrés du ministère chargé de la Santé, mais leurs missions sont définies par les inspecteurs d'académie. La charte d'Ottawa en novembre 1986 définit les champs de la promotion de la santé et marque le début d'un vrai changement des concepts. La promotion de la santé est définie comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La loi d'orientation de l'Éducation nationale du 10 juillet 1989 sur l'éducation réaffirme les principes et l'organisation du service public.

L'année 1991 est pivot dans cette évolution. Tous les personnels de santé scolaire sont désormais gérés par l'Éducation nationale. La circulaire du 24 juin 1991 relative aux missions et fonctions du médecin et de l'infirmière formalise l'élargissement du champ d'intervention du service de promotion de la santé en faveur des élèves : il ne s'agit plus seulement de la surveillance de l'état de santé (prévention, dépistage précoce), mais aussi de la promotion de la santé physique et mentale de tous les jeunes scolarisés, en vue de contribuer à leur bon équilibre et à leur épanouissement, et d'assurer leur bonne insertion dans l'école.

De la citoyenneté et de la responsabilité _____

1998-2001 : le concept de médiation par les pairs en matière de prévention est apparu comme une possibilité d'action plus efficace que les formes traditionnelles qui s'appuient sur la seule transmission par les adultes de savoirs, de savoir-être. Prenant en compte les expériences antérieures dans ce domaine, une action, valorisant la prise d'initiatives, tenant compte des préoccupations des élèves et renforçant le sentiment d'appartenance à la communauté éducative a été initiée : l'élève devient sujet et acteur de son projet scolaire, acteur de ses choix en matière de santé, porteur d'un projet personnel et impliqué dans la collectivité dans laquelle il vit.

Le 11 mars 1998, vingt mesures sont annoncées dans le plan de relance de la santé scolaire et notamment la priorité donnée à l'éducation à la santé et à la citoyenneté, à la prévention, au dépistage et au suivi des problèmes de santé dès l'école maternelle.

De juillet à décembre 1998, la santé à l'école et le rôle des médecins et des infirmières sont de nouveau sous les feux de l'actualité. Par la mise en place des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, l'exercice de la citoyenneté devient une partie intégrante de la fonction éducative de l'école. Il est rappelé que le rôle de l'école dans le domaine de l'éducation à la santé s'inscrit dans une perspective d'éducation globale et d'apprentissage de la citoyenneté. En 1999, la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins recentre les priorités et souligne notamment la nécessité :

- de réorienter le système de santé vers un système s'appuyant sur la prévention, le dépistage, l'éducation, l'information, l'accompagnement et le suivi médico-social,
- d'avoir une vision globale des problèmes de santé, avec la prise en compte des aspects sociaux, psychologiques liés à l'environnement ou au contexte économique, social et familial.

Pour une prévention globale _____

La circulaire du 12 janvier 2001 redéfinit les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves ainsi que les missions dévolues aux médecins et aux infirmières de l'Éducation nationale.

Il est rappelé que la mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. La mission de l'École dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves. La nouvelle circulaire vise à préciser :

- des objectifs de santé : prendre soin de la santé plus que de la maladie, dépister précocement des déficiences ou des pathologies, aider les familles à accéder aux soins requis pour leurs enfants, aider à l'intégration des enfants et adolescents atteints de handicap ou de troubles de la santé, prendre en charge des élèves dans le cadre de l'enfant en danger ou victime de mauvais traitements ;
- des objectifs d'éducation : l'éducation à la santé doit s'inscrire dans un projet éducatif global, se dérouler tout au long de la scolarité des élèves depuis la maternelle jusqu'à la fin du collège. Les parents doivent être informés des actions entreprises et y être associés individuellement. Il est devenu capital de faire de l'élève un acteur de sa prévention en l'aidant à faire des choix par rapport aux risques et pour cela il convient d'animer des échanges avec des groupes d'élèves afin de mieux cerner leurs préoccupations et de répondre à leurs attentes.

Trois principes guident la politique de santé à l'école :

- la responsabilité première en matière de santé des élèves relève des familles, qui doivent être étroitement associées à la définition et à la mise en œuvre des projets dans ce domaine ;
- la politique de santé à l'école est l'affaire de l'ensemble de la communauté éducative, appuyée par les personnels médicaux et infirmiers ; elle constitue à ce titre, un élément essentiel des projets d'école et d'établissement ;

- l'école n'a pas vocation à agir seule dans ce domaine : elle doit développer des partenariats privilégiés avec son environnement et trouver des appuis et des relais dans des domaines qui ne relèvent pas de ses missions principales.

En 2003, la circulaire du 8 septembre relative au projet d'accueil individualisé (PAI) permet aux enfants atteints de maladie chronique de prendre leur traitement à l'école et d'y avoir les soins et les aménagements nécessités par leur état de santé.

Celle du 1^{er} décembre pose les principes d'un programme quinquennal de prévention et d'éducation :

- repérer et suivre les problèmes de santé des élèves ;
- mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents ;
- assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé ;
- éduquer à la nutrition et prévenir les problèmes de surpoids et d'obésité.

La **loi du 11 février 2005 et ses décrets** apportent des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des élèves handicapés et le 4 avril 2008 une nouvelle circulaire, fait de la scolarisation des élèves atteints de handicap une priorité.

Évolution et perspectives _____

La santé des élèves est-elle une véritable priorité aujourd'hui ? Cette question se pose réellement. Pourtant chacun sait qu'elle participe d'une bonne scolarité, qu'elle favorise l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves.

À l'Éducation nationale, la politique de santé est élaborée dans un cadre réglementaire qui aurait pour objectif d'aborder la santé des élèves sous l'angle de leur bien-être, de leur réussite et de la construction de leur personnalité individuelle et collective. La mise en œuvre de cette politique reste difficile, faute de volonté pour passer de l'esprit des

textes aux moyens d'agir. Il serait nécessaire que des moyens existent pour l'appliquer et que chacun, dans le cadre de ses compétences, s'interroge sur ses pratiques pour placer réellement l'élève au centre des priorités, toujours à la recherche de son intérêt tel que défini par la convention relative aux droits de l'enfant, c'est-à-dire respecter ses droits et ses capacités, partir de ses besoins et les prendre en compte dans leur pluralité.

Il est urgent de donner les moyens pour créer une vraie politique de santé à l'Éducation nationale rassemblant à la fois les élèves, leurs familles, les personnels des différentes catégories professionnelles. Pour cela, il faudrait d'abord que les professionnels de santé de PMI, scolaires, des hôpitaux et libéraux comprennent que l'intérêt de l'enfant, c'est qu'on travaille vraiment tous ensemble.

L'École devrait être un espace où tous les enfants pourraient trouver des ressources précieuses pour leur permettre d'aller de l'avant ; dépasser les épreuves et se projeter de façon positive dans la vie. Toute scolarisation devrait être un moteur et non un frein dans la construction de leur devenir.

Parents, professionnels de l'Éducation nationale et du monde de l'enfance et de la jeunesse ont un rôle considérable à jouer pour apporter, ensemble, aux petits et grands, les repères et les soutiens nécessaires.

En guise de perspective, nous pouvons souhaiter que les propos de Mme Pau Langevin en 2014, alors ministre déléguée à la réussite éducative, puissent être entendus et qu'une suite concrète leur soit donnée :

« La réussite éducative se définit comme une recherche du développement harmonieux de l'enfant et du jeune. Elle excède la seule réussite scolaire puisqu'elle la concilie avec l'épanouissement personnel et la relation aux autres. Elle apporte donc une complémentarité indispensable et essentielle pour les élèves. Elle permet l'articulation de tous les temps de l'enfant et du jeune et vise à leur donner les moyens de s'intégrer pleinement dans la société. Elle se réfère aux valeurs et objectifs de la convention internationale des droits de l'enfant de 1989. »

La réussite éducative s'appuie sur une vision systémique de l'école, bienveillante, accueillante et inclusive. Elle entend faire la preuve que promotion du bien-être des élèves et réussite de tous, loin d'être

inconciliables, se renforcent mutuellement pour être un facteur essentiel de meilleurs résultats scolaires.

Cette politique ambitieuse, qui concourt à la refondation de l'école, passe également par de multiples transformations en termes d'évolution pédagogique, d'évaluation des élèves, d'organisation spatiale et temporelle de l'école, de liens avec les acteurs de la réussite éducative.

La bienveillance scolaire et les exigences scolaires contribuent pleinement au capital humain et social des générations futures. Le bien-être à l'École est donc un bien commun qu'il faut exiger pour nos enfants. Dans les quartiers populaires, la médecine scolaire est souvent la seule médecine accessible aux familles les plus pauvres. Les élèves trouvent refuge auprès de l'infirmière de l'établissement capable de les accueillir, de parler, de comprendre, d'informer et de guider le jeune vers une solution qui peut être médicale, sociale, scolaire ou psychologique.

Mais loin des engagements de 2014 la Cour des comptes dénonce dans son rapport du 5 juin 2020 le corporatisme, le laxisme et un management insuffisant ayant conduit à l'état de désastre dans lequel se trouve la santé scolaire, en pointant en particulier deux principales difficultés :

- d'innombrables missions cloisonnées entre les différents professionnels de santé scolaire, conduisant à une dégradation du suivi des élèves ;
- un pilotage ministériel en souffrance par manque de moyens, à l'origine d'une perte d'efficacité. Celle-ci conduit à une gestion trop cloisonnée des personnels et des métiers, à un manque de mesures favorables à la santé scolaire qui ne permet pas d'ajuster les réponses à toutes les attentes du terrain.

La Cour des comptes propose de revoir en urgence toute l'organisation en créant un service académique de la vie et de la santé de l'élève qui permette d'envisager une unité d'action et de management ; de repenser la répartition des missions entre médecins et infirmiers ; de doter le ministère d'un conseil de la santé scolaire et de développer les actions avec la médecine libérale et les autres services de santé publique (conseils départementaux) via les ARS (agences régionales de santé) et les caisses d'assurance maladie.

Il est essentiel de veiller à ce que la politique de santé de l'enfant à l'Éducation nationale soit intégrée à la politique éducative :

- a) S'assurer qu'au ministère de l'Éducation nationale et particulièrement à la DGESCO, il y ait au moins un conseiller qui suive le dossier **spécifiquement consacré à la santé** des enfants et des adolescents.
- b) La cohérence institutionnelle de « la politique de promotion de la santé » doit être revue. Il apparaît essentiel de recréer un vrai service de santé scolaire avec la mise en synergie des trois unités (médical, infirmier et social), en liaison avec les psychologues.
- c) Associer et impliquer les écoles privées sous contrat.
- d) Recentrer les missions des médecins sur leur mission première de médecin de l'enfant et cibler leurs interventions : suivre moins d'élèves mais de manière plus approfondie, et ce dans la durée. La priorité doit concerner la période **de l'enfance** car si les troubles apparaissent au grand jour à l'adolescence, ils sont le fruit de l'histoire physique et psychique depuis la naissance. Si des troubles ne sont pas dépistés suffisamment tôt, dès la prime enfance, ils peuvent mettre à mal le développement de l'enfant et entraîner des difficultés dans ses apprentissages et sa scolarité.

Bibliographie

- Charte d'Ottawa, (1986), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.
- COURS DES COMPTES (2020), <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-medecins-et-les-personnels-de-sante-scolaire>
- DUBET, F., (2011), « Pour une école vraiment démocratique », *Le Monde*, mercredi 2 nov. 2011, p. 17.
- DURU-BELLAT, M., VAN-ZANTEN, A., (2002), *Sociologie de l'école*, 2^e éd., Armand Colin, Paris.
- GINDT-DUCROS, A., (2010), « Politique publique de santé à l'Éducation nationale. De son cadre réglementaire à sa mise en œuvre dans un lycée professionnel : un référentiel incomplètement construit », *Revue sociologie et santé*, 25, 111-119.
- JOURDAN, D., (2010), *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?*, Saint-Denis, Inpes, coll. « Santé en action », 31-33.
- LARUE, R., FORTIN J., MICHAUD J.-L., (2000), *École et santé : le pari de l'éducation*, Hachette Éducation, Paris.
- LESELBAUM, N., (2002), « L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels », *La Santé de l'homme*, 362, 30-31.
- OCDE, (2009), Assurer le bien-être des enfants (<http://www.oecd.org/els/social/bienetreenfants>)
- OCDE, (2011), Regards sur l'éducation 2011 : Panorama, Éditions OCDE, http://dx.doi.org/10.1787/eag_highlights-2011-fr
- SANDRIN-BERTHON, B., (1998), « L'éducation pour la santé à l'école », *Santé publique*, vol.X, 4, 459-471.
- SANDRIN-BERTHON, B., (2000), « Approche historique de l'éducation à la santé à l'école », *La Santé de l'homme*, 346, 17-18.
- UIPSES, (2010), *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation à la santé, <http://www2.ul.ie/pdf/608984169.pdf>.

2

REPÈRES DANS LA RÉGLEMENTATION

Hélène ROMANO

Préalable

Au niveau de la terminologie, s'il existe de multiples termes, certains sont particulièrement utilisés au sein de l'Éducation nationale. Voici pour rappel les spécificités de chaque texte :

- la loi : votée par le Parlement, promulguée par le président de la République ;
- le décret : règle juridique émanant soit du président de la République, soit du Premier ministre venant en application de dispositions législatives ;
- l'arrêté : décision administrative écrite transmise par un ministre ;
- la circulaire : disposition interne à un ministère ou un service administratif ;
- la note de service : document écrit adressé par un supérieur hiérarchique aux personnels concernés et précisant une conduite à tenir ou transmettant une information sur un texte nouvellement publié.