



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin de l'Éducation Nationale**

*Promotion 2002*

---

**Le partenariat entre le médecin de l'Éducation nationale et l'équipe éducative est-il possible ?**

**Impact des représentations et des modes de fonctionnement**

---

**Docteur Agnès ANDRIEN**

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : CONSTRUCTION DES HYPOTHÈSES .....</b>	<b>3</b>
<b>1 - L'ABSENTÉISME : UN PROBLÈME À TRAITER EN PARTENARIAT .....</b>	<b>3</b>
1.1 les enquêtes nationales sur l'absentéisme .....	3
1.2 la gestion de l'absentéisme : .....	4
<b>2 - LE PARTENARIAT .....</b>	<b>5</b>
2.1 les textes de l'Éducation nationale incitent au partenariat .....	5
2.2 définition et conditions du travail en partenariat .....	7
2.3 les difficultés du partenariat .....	7
<b>3 - HYPOTHÈSES DE TRAVAIL.....</b>	<b>10</b>
<b>4 - MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>11</b>
4.1 analyse des textes réglementaires et du contexte .....	11
4.2 l'investigation sur le terrain.....	11
<b>DEUXIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS.....</b>	<b>13</b>
<b>1 - ANALYSE DU CADRE INSTITUTIONNEL .....</b>	<b>13</b>
1.1 le système éducatif vise la réussite de l'élève et organise les articulations entre les acteurs .....	13
1.2 le médecin contribue à la réussite de l'élève.....	18
<b>2 - L'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN .....</b>	<b>20</b>
2.1 le contexte local.....	20
2.2 LES RÉSULTATS DE L'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN.....	23
<b>TROISIÈME PARTIE: ANALYSE ET PROPOSITIONS.....</b>	<b>36</b>
<b>1 - ANALYSE .....</b>	<b>36</b>
1.1 Les limites de la méthode .....	36
1.2 Les facteurs favorisant le partenariat.....	37
1.3 Les facteurs qui entravent le partenariat.....	39
<b>2 - PROPOSITIONS .....</b>	<b>42</b>
2.1 Une implication plus active du médecin au sein de l'établissement.....	42
2.2 La formation de tous, aussi bien des élèves par des actions de prévention que du personnel .....	44
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>

## INTRODUCTION

En 1991, le service de santé scolaire a connu une profonde réforme avec la création du corps de médecin de l'Éducation nationale et une réorientation des missions. Le médecin devient donc ainsi membre à part entière de l'institution scolaire. Ses missions sont plus orientées vers la santé publique : intégration des élèves handicapés, suivi des élèves en difficulté, surveillance de l'environnement, éducation à la santé... Ces changements ne permettent plus au médecin de se limiter aux seuls examens médicaux. Ils l'obligent à se situer par rapport à l'équipe éducative. Par ailleurs, la dernière circulaire relative aux missions des médecins de l'Éducation nationale [1] précise que « l'action du médecin s'inscrit dans le cadre d'un travail en équipe pluriprofessionnelle, et plus largement avec l'ensemble de l'équipe éducative dans le respect des compétences de chacun. »

Cependant, en pratique, cette collaboration semble parfois moins évidente, tout particulièrement au niveau du second degré où la multiplicité des partenaires complexifie la tâche.

Sur mon ancien secteur en Martinique, j'avais été interpellée par le fonctionnement très disparate selon les établissements du second degré. La collaboration avec le médecin allant de l'absence totale à des demandes multiples le submergeant (même parfois hors ses compétences) en passant par certains établissements qui souhaitaient restreindre sa participation à certains domaines (par exemple l'éducation à la santé). En particulier, la gestion de l'absentéisme était très différente d'un établissement à l'autre : certains établissements signalaient directement les absences des élèves au Procureur de la République sans aucune concertation avec l'équipe médico-sociale alors qu'à l'autre extrême certains chefs d'établissement souhaitaient que le médecin voit systématiquement la totalité des élèves absents plus de 5 jours par mois, y compris lorsque les absences étaient justifiées par les parents. Ces difficultés se retrouvent sur mon secteur actuel en Mayenne : le médecin conseiller technique départemental constate des problèmes à travailler en collaboration dans certains établissements surtout lorsque le médecin est nouveau dans l'établissement.

Cela pose un problème de cohérence pour le médecin dans l'exercice de ses fonctions aussi bien pour la prise en charge des élèves, leur suivi que pour l'organisation d'une politique de santé au sein de l'établissement.

A ce stade de notre réflexion, on peut se poser la question suivante : pourquoi, alors que la réforme de 1991 a donné au médecin de l'éducation nationale une place dans la communauté éducative pour mieux contribuer à l'objectif de l'école (la réussite de l'élève), cette place reste difficile à définir ?

Le thème du partenariat entre le médecin de l'éducation nationale et l'équipe éducative étant très vaste, il nous a paru nécessaire de le restreindre à un des aspects du travail du médecin afin d'éviter de rester dans des généralités. En effet, le type de partenariat à mettre en place est différent selon les missions concernées car elles sont très variées : actions à visée collective ou individuelle, examens systématiques ou à la demande, survenue de maladies transmissibles au sein du milieu scolaire...

Nous avons retenu le suivi des élèves en difficulté car un partenariat de bonne qualité entre tous est nécessaire pour une prise en charge optimale de ces jeunes. Parmi les difficultés rencontrées par ces élèves, l'absentéisme a été choisi car il s'agit d'un phénomène qui risque de compromettre la réussite de l'élève. De plus, sa prise en charge relève aussi bien de compétences administratives et pédagogiques que médicales ou sociales. En effet, l'absentéisme est souvent le signal d'un mal-être et d'une situation personnelle, familiale ou sociale fragilisée.

L'objet de cette étude sera donc : l'étude des facteurs qui entravent ou facilitent la collaboration entre le médecin de l'éducation nationale et l'équipe pédagogique (en dehors des relations avec l'équipe médico-sociale) au travers de la gestion de l'absentéisme au niveau du collège

L'étude au niveau du collège a été privilégiée par rapport au lycée pour deux raisons. D'une part, en Mayenne (le terrain d'étude), les médecins sont très peu présents au niveau des lycées, par surcharge de travail. D'autre part, le collège représente une époque charnière où débute une nouvelle structuration de la personnalité ainsi que le début de la déscolarisation. La vigilance du médecin doit donc être accrue à cette période.

Le partenariat avec l'infirmier(ère) et l'assistant(e) social(e) ne sera pas étudié, faute de temps, malgré son importance capitale car cela justifierait un mémoire à part entière.

Nous débuterons par quelques données sur l'absentéisme et quelques notions sur le partenariat au travers de la littérature. Puis, les représentations des uns et des autres sur la réussite de l'élève, sur leur rôle propre et les articulations souhaitables ayant été tissés par l'histoire et les textes successifs, notre réflexion s'articulera donc initialement autour d'une synthèse des données du cadre réglementaire concernant le système éducatif et plus particulièrement le collège ainsi que la place du médecin de l'éducation nationale. Enfin, après avoir restitué les résultats de nos investigations sur le terrain, nous analyserons les données recueillies en les confrontant aux éléments retenus dans la synthèse de la littérature et des textes réglementaires. Nous terminerons en tentant de dégager des propositions visant à améliorer le partenariat entre le médecin et l'équipe éducative.

## **PREMIERE PARTIE : CONSTRUCTION DES HYPOTHESES**

### **1 - L'ABSENTEISME : UN PROBLEME A TRAITER EN PARTENARIAT**

Les notions abordées sur ce sujet seront succinctes car l'absentéisme n'est pas l'objet de cette étude mais le support qui sert à illustrer l'étude du partenariat entre le médecin de l'éducation nationale et l'équipe éducative.

La loi d'orientation sur l'éducation [2] réaffirme l'absolu de l'assiduité : « Les obligations des élèves consistent dans l'accomplissement des tâches inhérentes à leurs études ; elles incluent l'assiduité et le respect des règles de fonctionnement et de la vie collective des établissements.[...] ».

La circulaire de 1996 sur la prévention de l'absentéisme [3] définit l'absentéisme comme « un comportement marqué par la répétition d'absences volontaires ». Cela reste cependant une notion difficile à définir car elle est subjective et dépend de l'appréciation qui en faite. Où s'arrête la frontière entre l'absentéisme et les absences occasionnelles ?

#### **1.1 LES ENQUETES NATIONALES SUR L'ABSENTEISME**

Elles sont rares. L'étude effectuée par M. Choquet et C.Hassler [4] en 1997 montre que l'absentéisme régulier touche 13% de l'ensemble des élèves du second degré. Cet absentéisme croît avec l'âge : entre 11 et 18 ans, il passe de 9 à 21 % chez les garçons et de 6 à 13 % chez les filles. L'habitude des retards et des absences aux cours s'acquiert progressivement avec l'âge, avec toutefois une classe charnière : la classe de 3<sup>ème</sup>.

Concernant plus spécifiquement l'absentéisme des lycéens, les élèves absentéistes se caractérisent par : leurs troubles dépressifs majeurs, leurs taux de passage à l'acte suicidaire, les plaintes somatiques, la consommation de drogue et la violence.

L'absentéisme scolaire est expliqué par la qualité de la vie scolaire (en particulier par l'insatisfaction scolaire et les taux de redoublement) mais aussi par les conditions de vie en général (en particulier la qualité de la vie familiale et relationnelle, plus prépondérante que les conditions matérielles et les facteurs sociaux).

Les auteurs concluent en disant que tant au niveau du sujet que de son environnement, l'absentéisme est à interpréter et donc à traiter, dans un contexte plus global de difficultés personnelles, relationnelles et sociales.

En 1996, sur les bases de cette enquête, l'Inspection Générale de l'Éducation nationale a établi un rapport sur l'absentéisme des lycéens [5]. Ils remarquent que le taux d'absentéisme dans les établissements varie en fonction d'une série de critères :

- Critères tirés du lieu d'implantation géographique : en milieu rural, l'absentéisme est généralement faible. En revanche, en milieu urbain, il est généralisé à des degrés divers ; il est massif dans les quartiers et les banlieues minés par des difficultés socio-économiques.
- Critères tirés du comportement de l'établissement : selon le degré de préoccupation manifesté par l'équipe de direction et de mobilisation de la communauté éducative, selon la rapidité des réactions aux absences, selon les modalités de contrôle des motifs, selon la qualité des conséquences tirées sur le plan pédagogique, éducatif et disciplinaire, des établissements en situation analogue ont des taux d'absentéisme différents.

Ces deux études permettent de remarquer que la prise en charge des élèves absentéistes concerne aussi bien le personnel médical (problèmes médicaux de ces élèves), le personnel social (difficultés familiales) que l'ensemble des membres de l'équipe éducative (rôle du comportement de l'établissement).

Différents textes tentent d'organiser cette prise en charge.

## 1.2 LA GESTION DE L'ABSENTEISME :

La circulaire d'octobre 1996 [3] intitulée « prévention de l'absentéisme » rappelle les principes d'organisation qui consistent à resserrer le contrôle afin de faire respecter l'assiduité scolaire :

« D'une manière générale, les conseillers principaux d'éducation recueillent les informations venant des classes, informent les familles, établissent une première analyse des causes individuelles ou collectives des absences, et enfin communiquent les données de ce premier traitement à la direction et aux professeurs principaux en toutes occasions »

« La lutte contre l'absentéisme ne se limite pas à un contrôle administratif ; des éléments individuels entrent en ligne de compte. Ainsi en matière de traitement des absences, un soin particulier doit être porté à l'analyse des motifs d'absence des élèves.[...]

Cette mission incombe au conseiller principal d'éducation sous l'autorité du chef d'établissement.

**Elle est exercée en liaison** avec les personnels enseignants et en tant que de besoin, **avec les personnels médicaux et sociaux.** »

« Les actions menées par l'établissement nécessitent la coopération de tous les membres de la communauté éducative. Elles sont intégrées dans le projet d'établissement.

La lutte contre l'absentéisme est l'affaire de tous. »

La circulaire de novembre 1999 [6] intitulée « repères » pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires aborde aussi l'absentéisme. En préambule, Ségolène Royal,

ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire, précise : « j'engage les responsables académiques et tous les acteurs de la communauté éducative, en relation avec leurs partenaires, à travailler en équipe, à mutualiser leurs compétences dans le traitement des divers cas qu'ils rencontrent. »

Elle comporte un paragraphe sur le traitement de l'absentéisme qui rappelle que « l'absentéisme est souvent le signe d'un mal-être et d'une situation personnelle, familiale, ou sociale fragilisée pouvant conduire, dans les situations les plus graves, à la marginalisation, voire à la délinquance ou à la violence. C'est pourquoi il doit faire l'objet d'un suivi attentif par le chef d'établissement. »

Puis, est abordé un exemple d'organisation de la prévention : la commission de suivi qui a pour objectif ,en particulier, d'étudier la situation d'un élève à la lumière de compétences professionnelles différentes (dont le médecin). La circulaire précise : « Cette volonté collective de prendre en charge toutes les situations difficiles permet à chacun de faire valoir pleinement sa spécificité, dans le respect de sa déontologie, et apporte la garantie de ne pas laisser des élèves en souffrance, en détresse, en errance, ou en décrochage scolaire.

La justesse des analyses croisées est un gage d'efficacité de la prise en charge ; ce travail d'équipe contribue à installer un climat propice à engendrer un respect réciproque des personnes au sein de l'établissement. »

Les études sur l'absentéisme montrent qu'il s'agit d'un phénomène pluridimensionnel qui nécessite donc l'intervention des différents acteurs de l'Éducation nationale, en particulier du médecin et des membres de l'équipe éducative. De même, les différents textes abordant la gestion de l'absentéisme insistent sur la nécessité de la « coopération de tous », d'un « travail en équipe », de la « mutualisation des compétences », chacun « faisant valoir pleinement ses compétences ».

Voyons comment peut s'organiser ce partenariat.

## **2 - LE PARTENARIAT**

Au sein de l'Éducation nationale, le terme « partenariat » est plutôt utilisé pour désigner le travail avec des partenaires extérieurs à l'institution scolaire mais en interne l'esprit reste le même. C'est pourquoi bien que parlant du rapport entre le médecin de l'éducation nationale et l'équipe éducative, nous utiliserons le terme « partenariat » car ce terme s'applique à tout travail qui nécessite une relation autour d'un problème commun.

### **2.1 LES TEXTES DE L'ÉDUCATION NATIONALE INCITENT AU PARTENARIAT**

Le travail en partenariat est très souvent recommandé dans les différents textes définissant le fonctionnement au sein de l'Éducation nationale.

La loi d'orientation sur l'éducation de juillet 1989 [2] :

« Les enseignants [...] travaillent au sein d'équipes pédagogiques ».

« Ces éléments s'ajoutent au projet pédagogique pour constituer le projet d'établissement dont l'élaboration nécessite la participation de toute la communauté éducative et de tous les partenaires de l'école. »

Le décret de novembre 1991 [7] définissant le statut des médecins :

« Ils contribuent [...] aux actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents menées en collaboration avec la communauté éducative. »

La circulaire de 2001 sur les orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves [8] :

« L'organisation et la mise en œuvre des actions des médecins au sein des secteurs géographiques d'intervention reposent sur un travail en équipe pluriprofessionnelle dans les écoles et établissements scolaires. »

« La réalisation de ces objectifs repose sur l'implication et le travail de tous les personnels, membres de la communauté éducative, et plus particulièrement sur un travail en équipe pluriprofessionnelle ».

« La promotion de la santé requiert aussi d'organiser efficacement les partenariats nécessaires »

« À cet effet, il (le chef d'établissement) impulse et coordonne les actions à mettre en place dans le cadre des projets d'établissement ou du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, et organise les partenariats de proximité. »

« L'action du médecin s'inscrit dans le cadre d'un travail en équipe pluriprofessionnelle, et plus largement avec l'ensemble de l'équipe éducative dans le respect des compétences de chacun.

Elle requiert d'autre part d'organiser efficacement les partenariats nécessaires. »

Par ailleurs, la circulaire de janvier 2001 [7] sur les missions du médecin de l'éducation nationale prend soin de définir le contexte dans lequel il travaille :

- Le contexte institutionnel :

« Les médecins sont membres de la communauté éducative. À ce titre :

- ils entretiennent des contacts réguliers avec les autres membres de la communauté éducative ;
- ils assistent aux séances du conseil de classe lorsqu'ils ont eu à connaître du cas personnel d'un élève ;
- ils peuvent être appelés à participer aux travaux du conseil d'administration et, s'ils ne sont pas élus, à titre consultatif, lorsque l'ordre du jour appelle l'examen d'une question intéressant leurs attributions ;
- ils participent aux séances du conseil d'école pour les affaires les concernant ;

- ils contribuent, comme les autres membres de la communauté éducative, à la réflexion et à l'élaboration du projet d'établissement et particulièrement à son volet santé-citoyenneté ;
  - ils participent au comité d'éducation à la santé et la citoyenneté ;
  - ils sont experts médicaux au sein de la commission d'hygiène et sécurité ;
  - ils peuvent être membres des commissions d'éducation spéciales. »
- Le contexte partenarial :
    - « Un travail collégial doit s'instaurer avec les partenaires internes à l'éducation nationale et tous les partenaires extérieurs.
    - Le travail en réseau est devenu une nécessité. Cela implique des échanges d'informations entre les professionnels appartenant à des institutions différentes et un réel partenariat ».

On voit donc bien que pour le médecin de l'éducation nationale, le travail en partenariat n'est pas un choix laissé à sa libre appréciation mais bien une nécessité, voire une obligation.

## **2.2 DEFINITION ET CONDITIONS DU TRAVAIL EN PARTENARIAT**

Danielle Zay [8] considère que « la définition minimale du partenariat est celle d'une action commune négociée. Or, la négociation suppose que l'on part de l'hétérogénéité, qu'on reconnaît la possibilité du conflit, qu'il ne s'agit pas de dénier celui-ci, mais de construire un compromis. Dans le partenariat, chacun conserve ses objectifs propres, tout en acceptant de contribuer à un objectif commun. »

Bernard Gossot [9] nous livre une « définition précise du partenariat : il s'agit d'un concept dérivé du mot « partenaire » venu de l'anglais « partner » et remontant au latin « partitio » avec un sens ambigu : travailler en partenariat, c'est travailler avec d'autres, mais pas forcément avec exactement les mêmes objectifs, même si l'on concourt aux mêmes fins. Le partenariat est considéré selon René Rémond comme « une association d'acteurs qui, par leur synergie, peuvent viser des objectifs que, seuls, ils ne pourraient se donner. » »

## **2.3 LES DIFFICULTES DU PARTENARIAT**

### **2.3.1 La nécessité de nouvelles compétences**

De nombreux auteurs insistent sur la nécessité pour les acteurs d'acquérir des compétences autres que les seules connaissances techniques nécessaires à l'exercice de leur profession, de façon à rendre le partenariat efficace.

« La réunion de compétences institutionnelles et le travail avec les partenaires extérieurs imposent de la part de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire une forte capacité à communiquer. Les problèmes de communication au sein d'une équipe pluridisciplinaire font partie inhérente du fonctionnement des établissements. » [10]

« La seconde exigence est l'acceptation d'un partage des pouvoirs, chacun restant référent de sa spécificité, les autres en acceptant le principe. » [11]

« La concertation, difficile à organiser à un niveau institutionnel, repose d'abord sur des qualités personnelles : le constat de la nécessité d'échanges et l'aptitude à la communication qui permettent de reconnaître et de solliciter la compétence de l'autre. » [12]

« Le travail en partenariat suppose :

- [...] la nécessité d'une authentique confrontation des points de vue et l'acceptation de positions différentes de la part de professionnels qui ne travaillent pas à la même place. L'expérience et la formation professionnelle ne suffisent peut-être pas.[...]

- La mise en jeu, de façon convenue, des compétences des uns et des autres, invite à ne pas confondre mais, au contraire, à préciser le rôle de chacun. Elle ne dilue pas les responsabilités en une sorte « d'assurance tous risques » collective mais respecte l'engagement de chaque professionnel. » [11]

### **2.3.2 La nécessité d'un changement plus profond ?**

Jean-Claude Rouchy [13], psychanalyste, part du principe que « le changement impliqué par un partenariat concerne à la fois les personnes, les groupes d'appartenance et les structures. »

Puis il développe plus particulièrement les changements à effectuer au niveau des personnes :

« Pour qu'un tel dispositif fonctionne, que des liens s'établissent et soient productifs, on ne peut faire l'économie des représentations mutuelles, des attitudes réciproques, des modes de pensée, des valeurs et des normes intériorisées par les différents acteurs, qui régissent leurs groupes d'appartenance et caractérisent l'identité professionnelle. Car pour élaborer des projets en commun, une vision binoculaire est essentielle : c'est à dire non pas une addition des perspectives différentes, mais une élaboration en commun des nouvelles perspectives. »

« Chacun de nous est porteur, en partie à son insu, des structures, des normes, des valeurs des organisations dans lesquelles il vit. Tout processus de changement passe à la fois par une modification des structures « extérieures » et par un travail effectué par des personnes membres de l'organisation sur leurs propres représentations et les valeurs dont elles sont porteuses. Il n'y a pas de changement possible sans cette double approche permettant que de nouvelles valeurs soient instituées. Il s'agit, sinon, d'adaptation. »

« C'est un travail d'évolution des personnes dans leurs représentations d'elles-mêmes, de leurs pratiques et des valeurs dont elles sont porteuses qui devra être engagé, afin qu'un réseau et

des groupes de travail prennent vie. Sinon, le partenariat provoquera de telles résistances qu'il ne pourra être mené à terme. »

### **2.3.3 Quelques pistes de réflexion au sujet des enseignants et du médecin de l'Éducation nationale**

Bernard Gossot [19], inspecteur général de l'Éducation nationale, s'intéresse aux insuffisances et aux dysfonctionnements du partenariat dans l'Éducation nationale. Pour cela, il s'intéresse au fonctionnement des enseignants non pas parce qu'il les considère responsables des difficultés de la mise en œuvre des actions partenariales mais parce qu'il s'agit du domaine qu'il connaît le mieux.

« Le partenariat ébranle l'enseignant dans ce qui constitue les caractéristiques fondamentales de sa mission. L'acte d'enseigner est caractérisé par le pouvoir solitaire, la liberté des pratiques, une large autonomie, une énorme responsabilité ; il s'exerce sur un fond de toute puissance et de charge affective qui participe de la passion.

Si, introduire le partenariat, c'est reconnaître aussi que, corrélativement, l'enseignant n'est plus le seul à dispenser le savoir. L'exercice solitaire de l'enseignement et le sentiment de toute puissance sont battus en brèche ; le maître – qui n'est plus le maître – doit partager sa responsabilité. Certes, il garde la liberté de ses pratiques, mais il est forcément interpellé sur ce domaine réservé lorsque doit être mis en œuvre un projet d'action conjoint. [...]

Pourtant, l'enseignant ne peut plus travailler seul et traiter tous les problèmes qui se posent à l'école. Certes, tous les dispositifs partenariaux mis en place peuvent porter atteinte à ce qui constitue l'essence même de son métier. Mais il sait qu'il doit trouver, en contre partie, non seulement une aide substantielle mais aussi, des enrichissements qui peuvent lui permettre de mener une réflexion sur la spécificité de son rôle et de sa mission dans ce nouveau contexte. »

« Les autres instances ou institutions partenaires ont également leurs valeurs, leurs représentations, leurs modes de fonctionnement, qui véhiculent des sources de réticences rémanentes dans les actions de partenariat.[...] Les insuffisances et les dysfonctionnements sont à analyser dans le jeu des interactions entre les partenaires et dans les problèmes de communication qui se trouvent posés. »

Cette description de l'acte d'enseigner peut être largement reprise pour l'exercice de la médecine qui est lui aussi « caractérisé par le pouvoir solitaire, la liberté des pratiques, une large autonomie, une énorme responsabilité » et « s'exerce sur un fond de toute puissance et de charge affective ».

Concernant les médecins, le plan de relance pour la santé scolaire de 1998 relève certains fonctionnements qui ne favorisent pas le partenariat :

« les professionnels sont trop occupés à effectuer les seuls examens cliniques de dépistage. »

Déjà en 1990, Jacques Beaupère [14] signalait : « il importe que les personnels des services de santé scolaire s'insèrent mieux dans leur environnement scolaire. »

Josiane Carvalho, responsable de la formation des médecins de l'Éducation nationale et Claire Maitrot, médecin conseiller technique du recteur de l'Académie de Rennes [15], se sont penchées sur les difficultés des médecins de l'Éducation nationale à exercer leurs nouvelles missions :

« L'expression nouveau métier a été choisie pour rendre évident que les Médecins de l'Éducation Nationale ont à s'approprier une nouvelle manière d'exercer la profession médicale : exercer la médecine dans un environnement non médical, situation très rarement abordée au cours des études de médecine.

Cependant l'expression nouveau métier veut aussi signifier que pour cet exercice médical, les Médecins de l'Éducation Nationale doivent mettre en œuvre des compétences et des connaissances que la formation médicale initiale ne leur a pas données. »

« Par ailleurs, si les médecins sont les conseillers techniques des personnels d'encadrement, cette relation reste difficile à mettre en œuvre, soit par timidité ou attentisme des médecins, soit par méconnaissance, de la part des cadres, de l'intérêt qu'ils pourraient y trouver. »

### **3 - HYPOTHESES DE TRAVAIL**

À partir des éléments recueillis précédemment, nous avons émis plusieurs hypothèses pouvant expliquer, pourquoi, alors que la réforme de 1991 a donné au médecin de l'Éducation nationale une place dans la communauté éducative pour mieux contribuer à l'objectif de l'école, cette place reste difficile à définir.

Nous avons vu que le travail en partenariat exige un objectif commun et la volonté d'y contribuer à partir de son propre objectif. Notre première hypothèse sera donc que le médecin et l'équipe éducative auraient une conception différente de leur objectif par rapport à l'élève.

De plus, le travail en partenariat suppose une mise en synergie des compétences et l'acceptation d'un partage des pouvoirs, chacun restant référent de sa spécificité. Notre deuxième hypothèse sera que même si les textes sont très incitatifs au travail en partenariat, les différents acteurs méconnaissent probablement l'étendue, la nature des compétences respectives et les apports potentiels à son propre champs de compétence.

La troisième hypothèse étant que les modes de fonctionnement et d'organisation peuvent rendre difficile cette mise en synergie des compétences.

## **4 - METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

Avant de vérifier sur le terrain la perception des différents acteurs, nous étudierons dans un premier temps au travers des textes la place de chacun et le cadre dans lequel s'effectue le travail en partenariat.

### **4.1 ANALYSE DES TEXTES REGLEMENTAIRES ET DU CONTEXTE**

Elle aura pour objectif de rechercher au travers des divers textes réglementaires :

- les objectifs de l'école,
- les compétences respectives des différents acteurs,
- les modes d'organisation : les articulations possibles entre chacun et le cadre dans lequel évoluent les différents membres de la communauté éducative.

### **4.2 L'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN**

#### **4.2.1 Les objectifs**

D'une façon générale, il s'agit de comprendre ce qui entrave le partenariat entre le médecin de l'Education nationale et l'équipe pédagogique en s'intéressant à la fois au fonctionnement des membres de l'équipe éducative et à celui des médecins.

Elle s'est effectuée auprès des membres de la communauté éducative d'un collège en deux temps :

D'une part par le biais d'un questionnaire aux enseignants qui aura pour objectif d'approcher :

- leur conception de l'objectif par rapport aux élèves concernant la santé et l'éducation,
- leur mode de fonctionnement au cours de la prise en charge de l'absentéisme et plus particulièrement leur relation avec le médecin de l'éducation nationale.

Et d'autre part, par la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des chefs d'établissement, du conseiller principal d'éducation et du conseiller d'orientation psychologue et de quelques médecins qui auront pour objectif de rechercher :

- leur conception de l'objectif par rapport aux élèves concernant la santé et l'éducation,
- leur mode de fonctionnement lors du partenariat et en particulier, les difficultés rencontrées,
- la connaissance mutuelle des compétences de chacun.

#### 4.2.2 La méthode

L'enquête a été réalisée lors de la 2<sup>ème</sup> période de stage sur le terrain en mars 2002.

Le choix du collège s'est fait sur les conseils du médecin conseiller technique départemental sur l'accueil qui serait fait à un médecin stagiaire réalisant une étude dans l'établissement.

Le chef d'établissement s'est chargé de distribuer les questionnaires aux enseignants et de les recueillir. Elle a souhaité que le questionnaire ne soit remis qu'aux seuls professeurs principaux (21 dans l'établissement), l'établissement participant déjà à de nombreuses enquêtes et les enseignants étant à ce moment surchargés de travail (période des conseils de classe).

Les entretiens avec les différents membres de l'équipe éducative ont eu lieu dans le bureau personnel de chacun. Ils ont duré entre 30 et 45 minutes.

Le choix des médecins a été réalisé sur les conseils du médecin conseiller technique départemental par commodité géographique. L'étude s'effectuant sur Laval, les 4 médecins exerçant sur cette commune ont été choisis. Il s'agit de 3 titulaires et 1 vacataire. Un entretien a eu lieu par téléphone faute de disponibilité commune dans le temps imparti. Le lieu de rencontre des autres médecins a été fixé en fonction de leur convenance : un à son domicile, un au centre médico-social et un à l'inspection académique.

Les entretiens ont duré entre 20 et 40 minutes.

Les entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien élaboré auparavant. Il abordait le parcours professionnel, l'approche de l'objectif concernant l'élève, la connaissance des compétences spécifiques mais aussi communes de chacun, le partenariat et le mode de fonctionnement.

Lors des entretiens, les propos ont été recueillis par prise de note la plus fidèle possible.

Puis nous avons réalisé une analyse thématique des questionnaires et des entretiens.

## DEUXIEME PARTIE : LES RESULTATS

### 1 - ANALYSE DU CADRE INSTITUTIONNEL

#### 1.1 LE SYSTEME EDUCATIF VISE LA REUSSITE DE L'ELEVE ET ORGANISE LES ARTICULATIONS ENTRE LES ACTEURS<sup>1</sup>

##### 1.1.1 La loi d'orientation sur l'éducation

La loi d'orientation sur l'éducation de [2] a établi les règles de fonctionnement et les objectifs du système éducatif. Seuls certains extraits relatifs à notre étude seront cités :

- L'éducation comme outil de développement personnel :  
« L'Éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances. Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté.[...] »
- Une organisation au sein d'équipes pédagogiques :  
« Les enseignants sont responsables de l'ensemble des activités scolaires des élèves. Ils travaillent au sein d'équipes pédagogiques ; celles-ci sont constituées des enseignants ayant en charge les même classes ou groupes d'élèves ou exerçant dans le même champ disciplinaire, et des personnels spécialisés, notamment les psychologues scolaires dans les écoles. Les personnels d'éducation y sont associés. » [...]
- Les médecins sont membres de la communauté éducative :  
« Les personnels administratifs, techniques, ouvriers, sociaux, de santé et de service sont membre de la communauté éducative. Ils concourent directement aux missions du service public de l'éducation et contribuent à assurer le fonctionnement des établissements et des services de l'Éducation nationale ».
- Le projet d'établissement est le cadre du travail en partenariat :  
« Les écoles, les collèges, les lycées d'enseignement technologique et les lycées professionnels élaborent un projet d'établissement. Celui-ci définit les modalités particulières de mise en œuvre

---

<sup>1</sup> Ce chapitre a été réalisé essentiellement à partir de [16], [17], [18],[19] et [20]

des objectifs et des programmes nationaux.[...] Les membres de la communauté éducative sont associés à l'élaboration du projet » [...]

### 1.1.2 L'organisation du collège

Le collège fonctionne sous l'autorité de son conseil d'administration et sous la responsabilité du chef d'établissement (appelé principal en collège).

Le **conseil d'administration** définit la politique de l'établissement. À ce titre, il exerce notamment les attributions suivantes :

- Il adopte le projet d'établissement ;
- il fixe l'organisation pédagogique et éducative de l'établissement ;
- il vote le règlement intérieur de l'établissement,
- il adopte le budget.

Le collège a été profondément transformé par la loi de 1975 qui lui donne mission de scolariser tous les élèves dans un cadre unique. Il est depuis en évolution constante pour faire face aux difficultés causées par l'hétérogénéité de principe de la population scolaire qu'il accueille.

La volonté de prendre en compte la diversité des élèves de collège a conduit à renforcer la marge d'initiative dont disposent les établissements pour se mettre en mesure de répondre effectivement aux besoins des élèves. Ils se sont ainsi vus reconnaître une autonomie en matière pédagogique et éducative [21]. Elle se traduit par l'élaboration d'un projet d'établissement.

Celui-ci est devenu obligatoire depuis la loi d'orientation de 1989 et a été précisé par une circulaire ministérielle de 1990 [22]. Il règle l'organisation globale de l'établissement et est discuté au sein de l'établissement, en liaison avec les parents, les élèves et les différents partenaires de l'établissement. Il définit les modalités particulières de mise en œuvre des objectifs et des programmes nationaux, en tenant compte, notamment, des caractéristiques de la population scolaire accueillie et des ressources de l'environnement socioculturel et économique.

Le **comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté** fait partie intégrante du projet d'établissement dont il constitue un des outils de pilotage.

Son objectif est de développer des projets qui reposent sur des valeurs d'équité, de solidarité, de respect mutuel, de laïcité et qui prennent en compte les besoins des jeunes hors et dans l'école à travers des partenariats importants.

Il associe l'ensemble de la communauté scolaire et s'ouvre aux partenaires extérieurs.

La circulaire de juillet 1998 « prévention des conduites à risque et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté » [23] a défini 6 axes d'intervention :

- contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement, en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention ;

- organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement ;
- **assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école : le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté permet de faire appel aux compétences de personnels spécialisés en interne (médecins, infirmier(e)s, assistants sociaux) ou à des relais extérieurs ;**
- **venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être : usage de produits licites ou illicites, absentéisme, désinvestissement scolaire, repli sur soi, conduites suicidaires...**
- renforcer les liens avec les familles ;
- apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion, en renforçant les liens entre l'établissement, les parents les plus en difficulté et les autres partenaires concernés.

### 1.1.3 La communauté scolaire

La **discrétion professionnelle** est exigée des fonctionnaires, à fortiori des membres de la communauté scolaire, lesquels ne doivent pas faire état publiquement des informations qu'ils détiennent, par exemple sur les élèves : « Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le Code pénal. Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions ». (loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires).[24]

La communauté scolaire est constituée d'acteurs ayant chacun un rôle à jouer :

- l'équipe de direction : principal et principal adjoint,
- l'équipe pédagogique : enseignants et documentaliste ;
- l'équipe de gestion maintenance ;
- équipe de vie scolaire : conseiller principal d'éducation, surveillants, conseiller d'orientation psychologue, médecin, infirmier(e) et assistant(e) social(e).

Nous nous intéresserons plus spécifiquement aux acteurs concernés par notre étude.

Il est intéressant de constater qu'aucun de ceux-ci n'a bénéficié de formation initiale sur la santé (sauf dans certains instituts de formation des maîtres depuis 1991).

#### A) *Le chef d'établissement :*

Selon Christian Vitali [19], le rôle du chef d'établissement est essentiel dans l'émergence de la vie scolaire. Il suppose des investissements spécifiques dans cinq directions :

- L'impulsion : le chef d'établissement est le seul représentant légitime et symbolique de la communauté éducative. C'est à lui qu'il appartient de mobiliser la communauté éducative autour des objectifs communs qui se réalisent dans la vie scolaire.

- L'orientation : le chef d'établissement est le représentant fonctionnel de l'institution. C'est lui qui construit le cadre et le sens de l'action éducative.
- Le pilotage : le chef d'établissement n'est pas acteur direct de la vie scolaire lui-même mais c'est lui qui en crée les conditions en organisant des équipes et en mettant en place des dispositifs intermédiaires, en installant des relais entre lui et le terrain
- L'animation : il apporte un intérêt particulier à l'animation de la vie scolaire dans sa dimension relationnelle et symbolique ;
- L'évaluation : la méthodologie d'évaluation fait partie de la mise en œuvre du projet d'établissement. Elle est pertinente si elle concerne tout le monde, si elle est produite par les acteurs eux-mêmes et si elle est finalisée par les besoins de l'élève.

Il est le représentant de l'État au sein de l'établissement et à ce titre est garant de son bon fonctionnement. Il préside le conseil d'administration. Son rôle primordial d'animateur est mis en évidence lors de l'élaboration du projet par les différents acteurs de la communauté éducative.

#### *B) Le conseiller principal d'éducation :*

Tandis que chacun des acteurs de la vie scolaire intervient pour une mission spécifique, le conseiller principal d'éducation, pour sa part est un généraliste.

Selon la circulaire d'octobre 1982 [25], il a une fonction généraliste et intervient dans le cadre général de la vie scolaire, pour créer toutes les conditions pour que les adolescents soient dans les meilleures conditions de vie individuelle et collective et d'épanouissement personnel.

Ses responsabilités sont de 3 domaines :

- le fonctionnement de l'établissement : responsabilité du contrôle des effectifs, de l'exactitude et de l'assiduité des élèves, organisation des services des personnels de surveillance, mouvements des élèves.
- La collaboration avec le personnel enseignant : échanges d'information avec les professeurs sur le comportement et sur l'activité des élèves, ses résultats, les conditions de son travail, recherche en commun de l'origine de ses difficultés.
- L'animation éducative : relation et contacts directs avec les élèves sur le plan collectif (classes ou groupes) et sur le plan individuel (comportements, travail, problèmes personnels) ; foyer socio-éducatif ; organisation de la concertation et de la participation.

#### *C) Le conseiller d'orientation psychologue :*

Il aide le jeune à élaborer progressivement un projet d'avenir soit par des entretiens (recherche d'orientation) soit par des informations sur la poursuite d'études.

Son action d'observation et d'aide à l'élaboration du projet personnel de l'élève lui permet d'apporter un éclairage spécifique aux professeurs principaux et aux conseils de classe où il peut être invité, lors de l'élaboration des propositions d'orientation.

Les conseillers d'orientation psychologues n'ont pas, en général, une présence permanente dans l'établissement. Ils partagent leurs activités entre plusieurs établissements et le centre d'information et d'orientation.

#### D) *Les enseignants :*

Selon Christian Vitali [19], l'enseignement est centré sur le savoir disciplinaire, porte uniquement l'accent sur la transmission des connaissances et en oublie le véritable objet de la pédagogie, l'élève et l'apprentissage. La pratique est isolée et solitaire : l'enseignant, le plus souvent fonctionne seul, les équipes sont formelles et ne se construisent pas autour d'ambitions éducatives. Cette pratique est dommageable, il faut que l'enseignant intègre plus activement son milieu professionnel.

Cependant, leurs missions définies par la circulaire de 1997 [26] montrent que :

- d'une part, que les enseignants ont une mission plus large que l'enseignement de leur discipline :
  - « vous instruisez les jeunes qui vous sont confiés, contribuez à leur éducation et à leur formation en vue de leur insertion sociale et professionnelle »
  - « vous les aidez à développer leur sens critique, à construire leur autonomie et à élaborer un projet personnel »
  - « vous permettez à vos élèves d'acquérir des savoirs et des compétences et contribuez également à former de futurs adultes à même d'assumer les responsabilités » ;
- d'autre part, que les enseignants sont amenés à travailler au sein du projet d'établissement et des instances de concertation :
  - « vous êtes partie prenante du projet d'établissement que vous contribuez à élaborer et que vous mettez en œuvre, tel qu'il a été arrêté par le conseil d'administration, avec l'ensemble des personnels et des membres de la communauté éducative »
  - « vous connaissez les différentes instances de concertation et de décision, et vous êtes conscient des responsabilités que vous pouvez être appelé à exercer »

## 1.2 LE MEDECIN CONTRIBUE A LA REUSSITE DE L'ELEVE

### 1.2.1 Les missions du médecin

L'action du médecin est sous-tendue par les **orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves** qui ont été récemment redéfinies par la circulaire de janvier 2001 [8] :

« 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. Les responsabilités de l'École en cette matière sont affirmées notamment dans les dispositions générales du Code de l'éducation Livre I, Titres I et II.

La réalisation de ces objectifs repose sur l'implication et le travail de tous les personnels, membres de la communauté éducative, et plus particulièrement sur un travail en équipe pluriprofessionnelle associant les directeurs d'école, les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmier(ère)s, les conseiller d'orientation psychologues, les médecins, les assistant(e)s de service social, les psychologues scolaires, les secrétaires médico-scolaires... Chacun apporte ses compétences dans le champ global de la promotion de la santé à l'École, les médecins et les infirmier(ère)s ayant cependant en tant que professionnels de la santé, une mission particulière au sein d'un partenariat spécifique. »

Les missions des médecins ont été récemment redéfinies par la circulaire de janvier 2001 [7] :

il s'agit d'actions qui visent l'élève en tant qu'individu, d'actions à visée collective mais aussi d'actions de recherche et de formation. Aucune priorité n'est définie dans la multitude d'actions à réaliser.

**Le suivi des élèves signalés** y est précisé :

« Les difficultés des élèves, visibles le plus souvent au travers des résultats scolaires et se manifestant volontiers par des difficultés de comportement (retards, absences, certificats d'inaptitude à l'éducation physique et sportive et sportive, actes délictueux, consommations de produits psychoactifs), nécessitent un diagnostic rapide que doit assurer le médecin de l'Éducation nationale chaque fois qu'un élève lui est signalé.

Le médecin assure le suivi et l'accompagnement de l'élève, l'oriente si nécessaire vers les structures de soin appropriées, et effectue la liaison entre l'école, le service de soins et la famille. [...] Il est nécessaire de sensibiliser les enseignants et l'ensemble des personnels éducatifs afin de les rendre aptes à reconnaître les signes d'alarme et les indicateurs de souffrance et de difficulté. »

## 1.2.2 Le cadre juridique de l'intervention du médecin

Il peut expliquer certaines difficultés de communication.

### A) *Le Code pénal :*

L'article 226-13 du nouveau code pénal établit un délit de violation du secret professionnel : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'emprisonnement et de 100000 F. d'amende ».

Cet article s'applique évidemment au médecin quelque soit son mode d'exercice.

### B) *Le Code de déontologie médicale :*

Il s'impose à tous les médecins dans le cadre de leur exercice professionnel.

Certains articles peuvent aider à la compréhension de l'étude.

### **Le secret professionnel :**

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Le concept de secret médical repose sur trois théories :

- le fondement contractuel : le respect du secret est inclus dans le contrat qui se forme entre le médecin et son patient, véritable relation de confiance indispensable à l'acte médical.
- Le fondement d'ordre public : la loi protège toute confiance qu'un particulier se trouve obligé de faire à une personne qui, du fait de sa profession ou de sa mission, devient un confident nécessaire ;
- Le fondement sur la notion de vie privée : le but principal du respect du secret est de protéger l'intimité du patient.

Si la protection du secret est le centre d'un perpétuel conflit d'intérêt entre le médecin, la société et le malade, personne ne peut nier que son but principal est de protéger l'intimité du patient.

« Chacun a droit au respect de sa vie privée. » Code civil, article 9.

### **L'indépendance professionnelle :**

« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».

« Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir en priorité, dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ».

### **L'enfance en danger :**

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ».

L'analyse du cadre institutionnel nous a permis de voir que les textes sont très incitatifs au travail en partenariat. Les fonctions de chacun sont clairement définies et chacun doit concourir à la réussite des élèves. Le médecin participe aux objectifs en tant que membre à part entière de la communauté éducative. Par ailleurs, le collège bénéficie d'une autonomie en matière éducative et le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté a été créé, ce qui constitue un cadre idéal pour le travail en partenariat.

Cependant, certains éléments pourraient rendre le partenariat plus difficile. L'isolement de certains membres de l'équipe éducative ainsi que l'obligation du respect médical auquel est tenu le médecin.

## **2 - L'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN**

### **2.1 LE CONTEXTE LOCAL**

L'étude a été réalisée au collège Jacques Monod à Laval.

#### **2.1.1 La Mayenne, un département rural**

La Mayenne, département rural, appartient à la région Pays de Loire. Elle compte 285338 habitants pour une surface de 5215 km<sup>2</sup>. L'activité économique se partage de façon à peu près égale entre le secteur primaire : activité agricole orientée vers l'élevage bovin et porcin ; le secteur industriel : carrières, laiteries, fromageries et apports de la décentralisation (automobile, électronique, lingerie) et le secteur tertiaire.

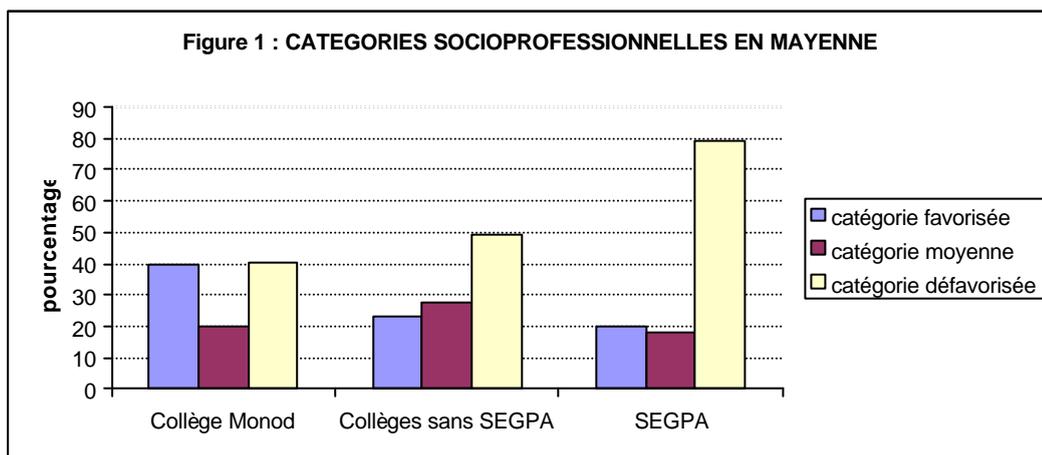
Il s'agit d'un département sans ville universitaire avec une pénurie de médecins tout particulièrement dans les secteurs ruraux. Cette pénurie frappe aussi l'Éducation Nationale car si les postes de titulaires sont pourvus, il reste difficile de recruter des vacataires.

### 2.1.2 Le collège Jacques Monod : un collège sans difficulté

Le collège Jacques Monod est situé à Laval, chef-lieu de la Mayenne, dans un quartier proche du centre ville, composé de bâtiments collectifs et d'une zone pavillonnaire.

Les 467 élèves proviennent de 7 écoles primaires différentes dont une est située en réseau d'éducation prioritaire. Ils sont répartis en 21 classes dont une 4<sup>ème</sup> d'aide et de soutien. Il n'y a pas de classe de SEGPA.

Le collège Jacques Monod ne présente pas de difficulté socioéconomique particulière par rapport au reste du département au vu des catégories socioprofessionnelles (source DIVET inspection académique 53).



La catégorie dite favorisée comprend les professions libérales, les cadres supérieurs et les professions intermédiaires ; celle dite moyenne les agriculteurs, les artisans, les commerçants et les employés et celle dite défavorisée les ouvriers, les retraités, les sans emploi et les autres cas.

### 2.1.3 Une gestion de l'absentéisme organisée

Au niveau du collège Jacques Monod, la gestion des absences incombe au conseiller principal d'éducation sous la responsabilité du chef d'établissement.

Les parents des élèves absents doivent en informer le conseiller principal d'éducation par téléphone dès la première heure puis justifier cette absence par écrit au retour de l'élève.

Dans le cas contraire, le jour même le conseiller principal d'éducation contacte les parents par téléphone. Au retour de l'élève, il analyse soigneusement le motif de l'absence. Dès qu'il

le juge utile, il convoque les parents pour faire un bilan de la situation et voir la conduite à tenir. En cas d'absence injustifiée, de doute sur la validité sur le motif des absences, d'absence de collaboration des parents ou de difficulté particulière de l'élève, la situation de l'élève est examinée en commission de suivi.

Cette gestion précoce et rigoureuse des absences permet selon le conseiller principal d'éducation de « limiter considérablement les absences peu ou non justifiées de l'élève ».

Le cas des élèves absentéistes est abordé au cours de la commission de suivi qui est une émanation du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Au cours de ces réunions, la situation des élèves présentant des difficultés est abordée qu'il s'agisse de violence, d'absentéisme, de difficultés familiales, de problèmes de santé ou autres.

Elle se tient environ une fois par mois le lundi. Ce jour a été choisi car c'est le jour de présence à la fois du conseiller d'orientation psychologue, de l'infirmière et de l'assistante sociale.

Sont conviés : l'équipe de direction, le conseiller principal d'éducation, le conseiller d'orientation psychologue, le médecin , l'infirmière, l'assistante sociale et le professeur principal de l'élève concerné. La présence du professeur principal n'est pas toujours possible, faute de disponibilité.

Le médecin n'est pas présent à ces réunions par surcharge de travail. Lorsque la commission souhaite un avis médical, c'est l'infirmière qui transmet la demande au médecin dans un deuxième temps. Lorsque le médecin a vu cet élève, il retransmet les informations jugées nécessaires au principal dans un troisième temps.

Selon la convention départementale de lutte et de prévention de la violence en milieu scolaire, au delà de 4 demi-journées d'absence dans le mois non justifiées, le chef d'établissement doit en informer l'inspecteur d'Académie. Celui-ci rappelle la loi aux parents, informe le service social en faveur des élèves de l'inspection académique et en cas de répétition de l'absentéisme demande à l'organisme débiteur des prestations familiales la suspension de leur versement et saisit le procureur.

Sur l'année 2001-2002, 43 signalements sur l'ensemble du département ont été faits auprès de l'inspection académique dont 30 en collège, 3 concernaient le collège Jacques Monod.

#### **2.1.4 Fonctionnement du service de santé scolaire**

A) *Les moyens :*

Pour l'année scolaire 2001/2002 :

Le service comprend :

- un médecin conseiller technique départemental qui ne couvre pas de secteur scolaire ;
- 3 titulaires dont 1 temps plein, un exerçant à 70 % et l'autre à 50 % ;
- 5 vacataires dont le nombre d'heures de travail représente l'équivalent de 2 temps plein ;

- 2 médecins stagiaires dont 1 en formation courte ( ce qui représente sur le terrain environ l'équivalent de 70 % de temps plein) et 1 en formation longue (déchargé de secteur).

En fait, sur 6 postes temps plein de titulaires de secteur, seuls 2,9 sont réellement pourvus. Par ailleurs, il est devenu impossible de recruter de nouveaux médecins vacataires.

Les secteurs des médecins (équivalents temps pleins) sont compris entre 9000 et 11000 élèves. Les Instructions générales du 12 juin 1969 relatives aux missions de santé scolaire et à ses modalités d'exécution, quant à elles, prévoyaient un médecin pour 5000 élèves. De plus, les secteurs comprennent des zones rurales où les établissements scolaires sont de petite taille et dispersés. En effet, le département compte 58734 élèves (dont 35 % en secteur privé) qui se répartissent en 89 écoles maternelles, 307 écoles primaires, 42 collèges, 7 lycées, 4 lycées professionnels et 4 lycées généraux et professionnels.

Deux secteurs scolaires sont découverts faute de médecin. Les secteurs découverts changent chaque année afin de garantir la continuité du service public et l'égalité pour tous.

La tâche des médecins s'est encore accrue récemment puisque la quasi-totalité des infirmières de l'éducation nationale de la Mayenne ne travaille plus en collaboration avec le médecin. D'autre part, elles n'interviennent pas dans les écoles privées alors que les médecins y accomplissent les mêmes missions que dans le public.

## **B) L'activité :**

Le bilan d'activité de l'année 2000/2001 montre que 22.28 % des examens à la demande sont effectués en collège et que les examens à la demande pour absentéisme ne représentent que 1.79 % du total des examens à la demande.

3666 heures ont été consacrées à du travail qui exige un fonctionnement en partenariat, dont : 2% pour les urgences ; 12 % pour les équipes éducatives ; 13 % pour les commissions d'éducation spéciale ; 27 % pour les projets d'action individuelle ou les projets d'intégration des élèves atteints d'un handicap et 46 % pour le suivi des élèves. Le suivi des élèves concerne les réunions ou liaisons faites autour d'une situation individuelle d'élève, ce qui incluse les relations extrascolaires.

## **2.2 LES RESULTATS DE L'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN**

- L'enquête par questionnaire :

Sur 21 questionnaires distribués aux professeurs principaux, 7 ont été retournés, ce qui fait un taux de réponse de 33%. Ce faible échantillon ne permet pas de donner les résultats en pourcentage, ils seront donc exprimés en nombre de réponses données.

Pour chaque question posée, les enseignants pouvaient cocher une ou plusieurs réponses. De même, pour les deux questions à réponse libre, le nombre de réponses n'était pas limité.

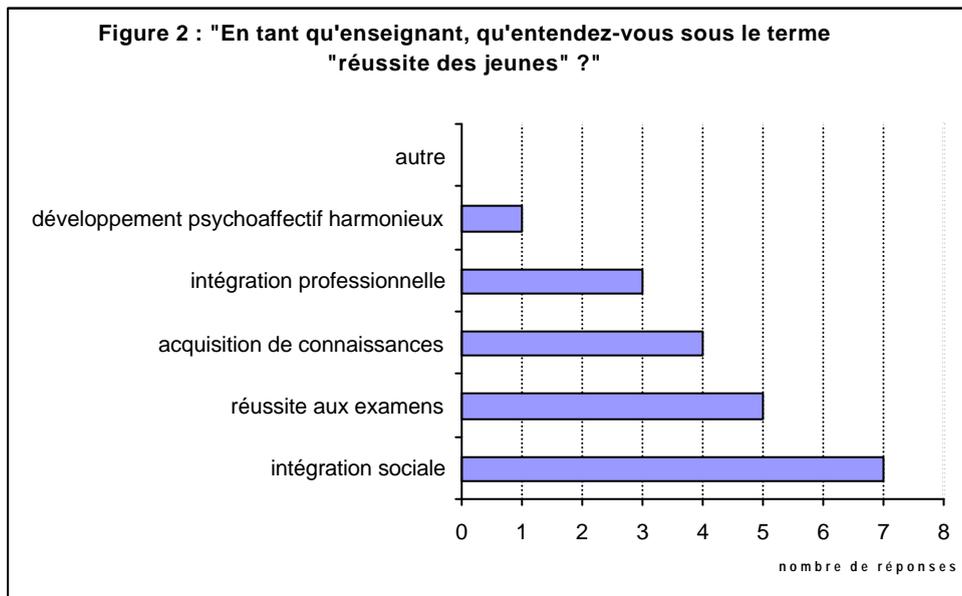
- Les entretiens :

Par souci de discrétion, nous n'indiquerons pas précisément les auteurs des déclarations mais préciserons uniquement s'il s'agit de médecins ou de membres de l'équipe de direction et de vie scolaire. C'est ainsi que nous dénommerons pour la suite de l'étude l'ensemble des membres de l'équipe éducative interviewés, soit le principal et son adjoint, le conseiller principal d'éducation et le conseiller d'orientation psychologue.

## 2.2.1 Approche conceptuelle de la santé et des élèves

A) *Le questionnaire aux enseignants*

a) *la réussite des jeunes*



La totalité des enseignants a identifié la réussite à l'intégration sociale.

Une seule personne a évoqué un développement psychoaffectif harmonieux.

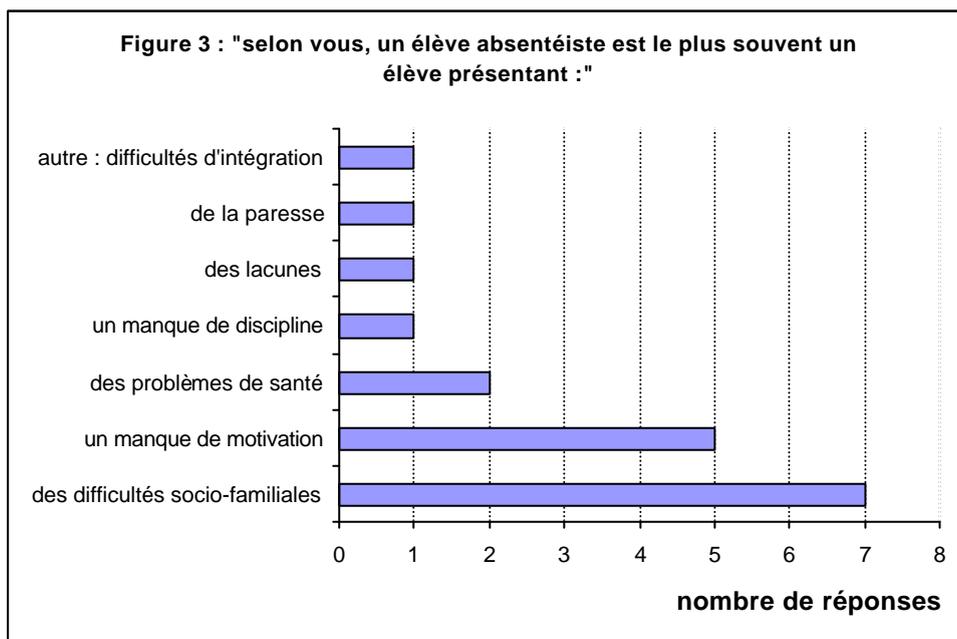
A noter que la « réussite des jeunes » est perçue comme multifactorielle puisque 5 enseignants ont coché 4 réponses et les 2 autres 3 réponses.

b) *Les problèmes pouvant compromettre la réussite des jeunes*

Il s'agissait d'une question à réponse libre : « Selon vous, quels problèmes peuvent compromettre la réussite des jeunes ? » :

Les problèmes familiaux sont très majoritairement cités ( 6 enseignants sur 7) puis viennent les problèmes de santé (5 enseignants sur 7).

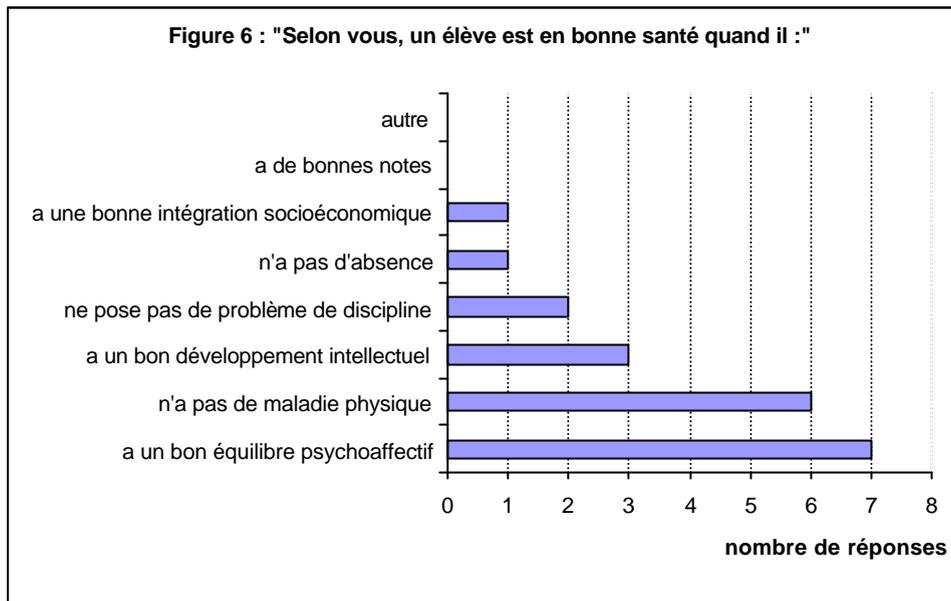
- Les problèmes familiaux : « familles décomposées ou recomposées », « problèmes socioculturels », « manque de suivi par les familles »...
- Les problèmes de santé : « traumatisme physique ou psychologique », « mal-être », « problèmes de concentration », « lenteur à comprendre »...
- Une attitude inadéquate de l'élève : « manque de discipline, trop de télévision », « manque de travail ». (cité par 2 enseignants)
- Une « mauvaise intégration au sein de la classe » (cité par 1 enseignant).



c) *absentéisme*

La totalité des enseignants cite les difficultés sociofamiliales. Les problèmes de santé ne sont perçus que par 2 enseignants.

d) *La santé de l'élève*



La totalité des enseignants a cité le bon équilibre psychoaffectif et 6 l'absence de maladie physique.

Seul 1 enseignant a choisi la bonne intégration socio-économique. Cela s'explique probablement par l'âge des collégiens dont l'intégration socioéconomique dépend encore essentiellement de celle de leurs parents. Cette proposition n'était donc en fait que peu pertinente.

B) *Les entretiens*

Concernant les objectifs prioritaires par rapport aux élèves :

a) *Deux priorités sont communes aux médecins et aux membres de l'équipe de direction et de vie scolaire*

Elles sont citées à part égale entre les deux groupes.

- Le thème qui est le plus souvent évoqué est le bien-être de l'élève dans l'établissement (cité 6 fois) :
  - « l'enfant doit être épanoui au sein du système scolaire »
  - « mettre l'enfant dans les meilleures conditions pour qu'il se sente bien au collège »
  - « bien-être de l'élève au niveau psychologique »
- Le souci d'utiliser toutes les potentialités de l'élève (cité 4 fois) :
  - « la priorité est que les enfants puissent utiliser toutes leurs potentialités »
  - « chacun doit pouvoir se réaliser dans ses domaines de compétence »

b) *D'autres priorités n'ont été abordées que par les médecins*

- L'intégration des enfants handicapés ou atteints de maladies chroniques (cité 3 fois) :  
« tout adolescent doit être inséré à l'école quelque soit son handicap ou sa maladie pour lui permettre d'avoir une place dans la société »  
« trouver une scolarité adaptée aux compétences de l'enfant handicapé »
- Le dépistage de toute pathologie pouvant entraver la scolarité (cité 2 fois) :  
« il est primordial de dépister dès le plus jeune âge toute pathologie : déficits sensoriels, troubles de l'apprentissage etc. pour éviter qu'il ne traîne çà toute sa vie »  
« dépister le handicap quelque'il soit le plus tôt possible »
- A noter qu'un MEN déplore que l'éducation à la santé ne puisse pas faire partie de ses priorités faute de temps.

c) *1 priorité n'est abordée que par les membres de l'équipe de direction et de vie scolaire: former de futurs adultes (cité 2 fois)*

« nous sommes là pour former de futurs adultes : les connaissances ne suffisent pas, il faut des têtes bien faites »

« rendre l'élève acteur de son projet de vie »

Le thème de la santé n'ayant été cité par aucun des membres de l' « équipe pédagogique », la question « la santé fait-elle partie de vos priorités ? ».

La réponse a été unanime : « non » : « La santé ne peut pas être une priorité, nous avons beaucoup d'autres priorités et le temps n'est pas extensible. »

## **2.2.2 Méconnaissance réciproque des apports possibles de chaque professionnel**

Nous avons demandé à chaque professionnel de nous citer les compétences spécifiques de chacun et les compétences communes aux deux en sachant que chaque membre de l'équipe de direction et de vie scolaire devait répondre en tant que chef d'établissement, conseiller d'orientation psychologue ou conseiller principal d'éducation par rapport aux médecins ; et inversement pour les médecins.

Même après éventuelle explication du thème compétence (défini comme capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité), cette question a laissé perplexe la quasi totalité des interlocuteurs. La notion est restée très floue pour la plupart voire même contestée par une personne.

« Je ne me pose pas la question de cette façon »

« Je ne vois pas, tout le monde fait à peu près la même chose »

« Le problème n'est pas à poser dans ce sens, ce qui compte c'est ce qui peut être mis en commun dans l'intérêt de l'enfant ».

Dans un deuxième temps, s'est installée une réflexion et certaines compétences ont été évoquées mais les réponses sont souvent restées très partielles.

Certains, après coup, ont même trouvé la question pertinente :

« c'est vrai, on est censés travailler ensemble et on connaît même pas les compétences des autres »

« je n'ai pas l'habitude de raisonner comme ça mais c'est intéressant d'y réfléchir »

*A) Réponse de l'équipe de direction et de vie scolaire :*

En l'absence de précision, les items n'ont été cités qu'une fois.

*a) Compétences spécifiques à « l'équipe éducative » :*

Elles ne seront pas évoquées car elles étaient spécifiques à chacun.

*b) Compétences spécifiques aux médecins :*

- diagnostic médical (cité 3 fois)
- qualité d'écoute
- rassurer
- éclairer

*c) Les compétences communes :*

Pour l'un, nous n'avons aucune compétence commune.

Pour les autres :

- communication (cité 2 fois)
- savoir dialoguer avec le jeune
- voir l'élève dans sa globalité
- bilan psychologique : commun avec le conseiller d'orientation psychologue.
- 

*B) Réponses des médecins*

3 médecins sur 4 reconnaissent méconnaître précisément les compétences de l'équipe de direction et de vie scolaire :

*a) Compétences spécifiques aux médecins :*

- diagnostic médical (4 fois)
- dépistage médical lors des bilans obligatoires(4 fois)

- orientation vers le corps médical (3 fois)
- accompagnement de l'élève en mal-être psychologique
- côté médical de l'éducation à la santé

b) *compétences spécifiques à l'équipe de direction et de vie scolaire :*

- accueil des élèves
- rappel à la loi
- tâches administratives
- évaluation scolaire
- tests de QI (pour le conseiller d'orientation psychologue)
- faire respecter la discipline
- absentéisme scolaire
- violence dans l'établissement

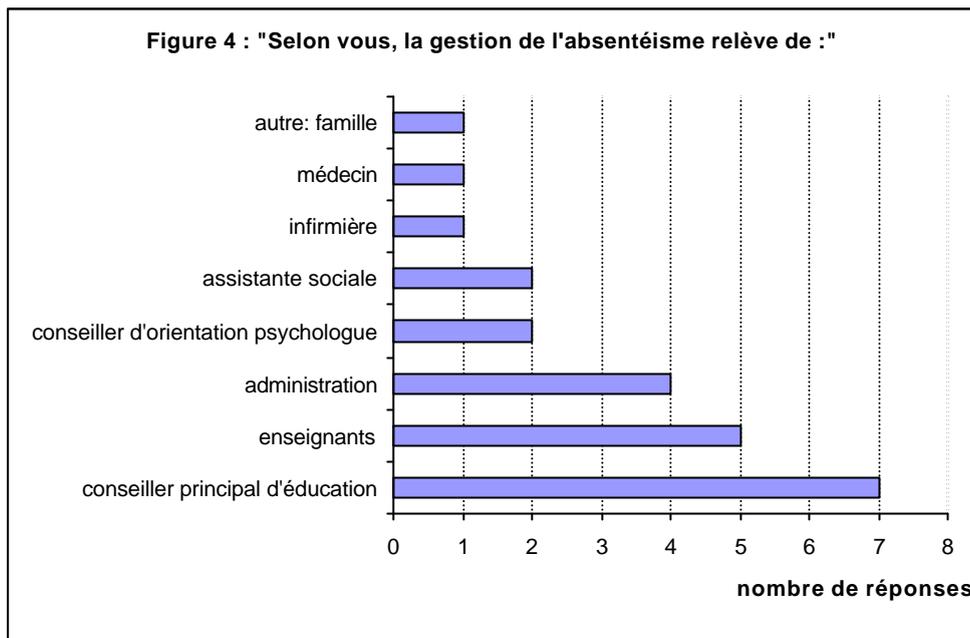
c) *compétences communes :*

- éducation
- vigilance par rapport aux élèves au niveau individuel et collectif
- connaissance du système éducatif
- signalements pour maltraitance
- orientation professionnelle

### **2.2.3 Le partenariat, en particulier au travers de la prise en charge de l'absentéisme**

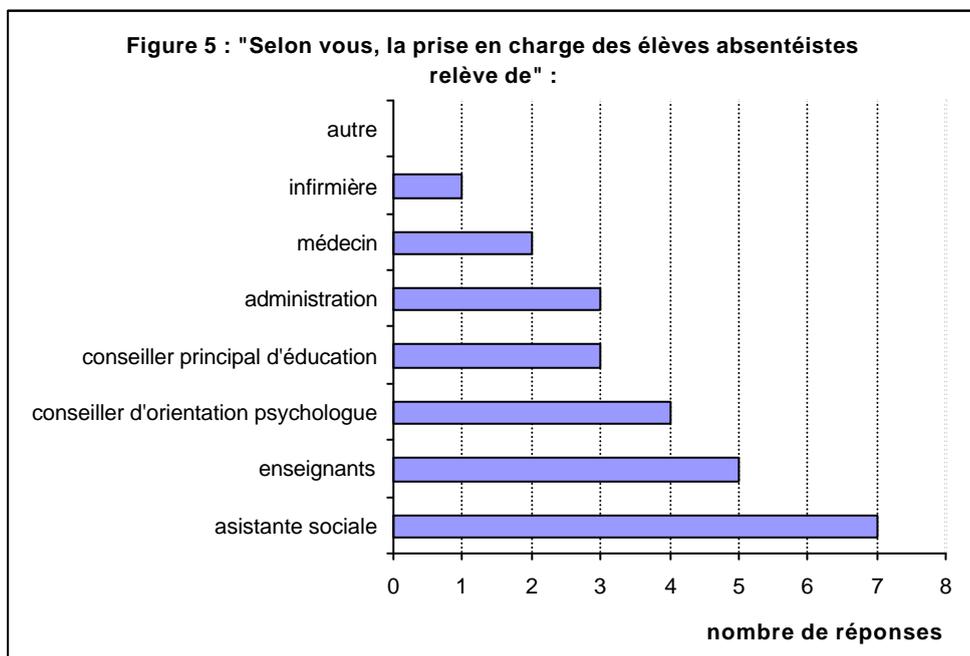
A) *Le questionnaire aux enseignants*

a) *La gestion de l'absentéisme*



Le conseiller principal d'éducation est toujours associé à la gestion de l'absentéisme. Les personnels socio-médicaux ne sont que peu cités.

*b) La prise en charge de l'absentéisme*



L'assistante sociale est systématiquement associée par les enseignants à la prise en charge des élèves absents, ce qui est bien en corrélation avec les résultats de la question (figure 3) où la totalité des enseignants considèrent qu'un élève absent est le plus souvent un élève présentant des difficultés sociofamiliales.

Seuls 2 enseignants ont cité le personnel médical : l'un le médecin et l'autre le médecin et l'infirmière.

A noter que ce sont les mêmes personnes qui ont impliqué les enseignants dans la gestion et la prise en charge de l'absentéisme

c) *relations avec le MEN*

- Les enseignants font-ils appel au médecin et pourquoi ?

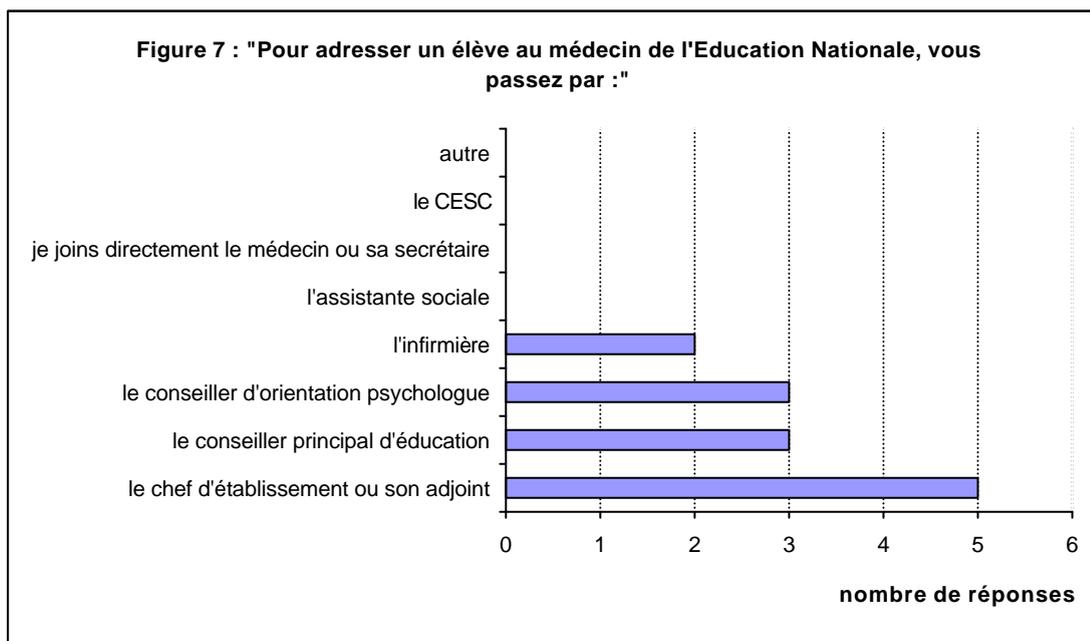
A la question : « Vous arrive-t-il de faire appel au MEN ? » :

5 enseignants ont répondu « NON ».

Seuls 2 enseignants ont déjà sollicité le médecin. Ils l'ont fait dans le cadre de l'examen d'un élève présentant :

- des signes de mal-être (pour les 2)
- des difficultés scolaires (pour l'un).

- Par qui passent les enseignants pour adresser un élève au médecin ?



Aucun enseignant ne joint directement le médecin.

- Qu'attendent les enseignants du médecin ?

A la question : « Depuis 1991, le médecin scolaire est devenu membre à part entière de l'Education Nationale, qu'attendez-vous du médecin dans votre établissement ? »

2 n'ont pas répondu.

1 a répondu que le médecin n'est pas un membre à part entière de l'Education nationale.

Parmi les 4 autres, les réponses se répartissent comme suit :

- une collaboration (4 fois cité) :
  - « Travail en relation avec les enseignants »
  - « Dire en quoi il peut nous aider à résoudre les difficultés »
  - « Collaboration plus étroite avec l'équipe éducative et l'administration »
- plus de présence (cité 3 fois) :
  - « Jamais vu dans l'établissement. Pas de rapport avec lui ou elle : inutile dans ces conditions ? »
  - « Plus de présence en temps et en « rayonnement » »
- Une « prévention auprès des élèves » (cité 1 fois)
- Un rôle de « détection » (cité 1 fois)
- Une « orientation dans certains établissements le cas échéant » (cité 1 fois).

*B) Les entretiens:*

*a) Les points forts*

- Une motivation commune : l'ensemble des personnes interrogées souhaitent travailler en partenariat :
  - Tous les membres de l'équipe de direction et de vie scolaire souhaitent travailler en partenariat avec le médecin :
    - « nous avons besoin d'un regard différent sur l'enfant. Son point de vue qui n'est ni pédagogique ni éducatif nous éclaire dans notre réflexion autour des élèves. »
    - « nous connaissons bien les enfants, nous les côtoyons tous les jours, nous aurions beaucoup d'informations à donner aux médecins qui lui seraient bien utiles »
    - « souvent, on sent bien que quelque chose ne va pas, mais nous ne sommes pas qualifiés pour savoir ce qui est normal et ce qui est inquiétant à cet âge » (en parlant des difficultés psychologiques)
  - à propos de l'absentéisme : « c'est important de travailler ensemble, d'avoir une approche globale du problème. Il faut vite régler le problème sous-jacent qui est souvent la souffrance car plus l'élève est absent, plus il lui est difficile de revenir. On ne peut pas se permettre de travailler chacun seul dans son coin ».
  - Les médecins ont bien conscience de l'importance du partenariat :
    - « on ne peut pas toujours être présent aux réunions et pourtant c'est important. C'est souvent là qu'on découvre des enfants malades qu'on ne connaissait même pas et qui n'ont pas de prise en charge ».

« moi, je trouve ça génial quand une équipe marche bien. C'est tellement plus efficace ».

« dans l'absentéisme notre rôle est capital, il faut absolument éclaircir le problème voir s'il n'y a pas un problème organique ou psychologique en dessous. Il faut aussi se méfier de la maltraitance, j'ai déjà vu un cas comme ça ».

- Une bonne communication avec le médecin (lorsqu'il est présent) :

« dès que la discussion s'instaure, il n'y a plus de problème »

La qualité de cette communication croît avec l'ancienneté du partenariat :

« avec les médecins, ça c'est toujours bien passé. C'est vrai qu'une fois qu'on se connaît bien, ça facilite beaucoup les relations ».

« la clé de tout ça c'est la stabilité, quant tu es depuis longtemps sur un secteur, tout roule. Il faut que les gens se connaissent bien pour travailler ensemble ».

#### b) *Les points faibles*

- L'absence de disponibilité du médecin:

L'ensemble des partenaires déplore la multitude des tâches du médecin, son trop peu de temps de présence en collège, au total le manque de disponibilité de celui-ci.

« le médecin est peu accessible »

« je sais que le médecin vient faire des visites au collège, mais je ne le vois jamais »

« ils ont trop de soucis généraux pour être suffisamment disponibles »

« on va tellement peu en réunion que parfois on finit par ne même plus penser à nous »  
(médecin)

« nos secteurs sont de plus en plus chargés, et en plus il faut aller sur les secteurs découverts, on ne peut pas être partout à la fois »

Un membre de l'équipe de direction et de vie scolaire précise sa pensée : « c'est le temps de travail en commun qui manque, chaque a un statut avec des horaires de fonctionnement différents : les enseignants sont là tous les jours mais seulement quelques heures puis repartent, l'infirmière est là toute la journée mais seulement un jour par semaine, le médecin n'est là que de temps en temps. Il faudrait un rééquilibrage du temps pour travailler ensemble ».

-Le secret professionnel:

Les membres de l'équipe de direction et de vie scolaire qui se plaignent de ne pas toujours avoir de retour de la part du médecin : « souvent on signale un jeune au médecin et parfois nous ne savons même pas s'il l'a vu ».

- Même s'ils ne remettent pas en cause le secret médical qui leur apparaît légitime et à respecter, celui-ci semble un obstacle au partenariat avec le médecin :
  - « Ce qui est embêtant avec le secret médical, c'est qu'on en sait souvent suffisamment pour être inquiet mais pas assez pour être assuré ».
  - « Ce que nous avons besoin de savoir, c'est ce que nous pouvons faire pour aider l'élève, avons nous suffisamment d'éléments pour l'aider avec ce que nous dit le médecin ? ».
  - « C'est souvent un bon argument pour ne pas discuter. En fait ça mieux quand on se connaît bien. »
  - « Il y a une part de secret à ne pas lever mais c'est souvent un bon argument pour ne pas discuter. »
  - « C'est toujours gênant de n'avoir que des informations partielles, on peut difficilement travailler avec ça On manque de détails et ça nous fait nous poser beaucoup de questions. »
 Certains médecins (2 sur 4) trouvent aussi le problème du secret médical difficile à gérer :
  - « On peut discuter tout en gardant le secret professionnel mais c'est quand même délicat. »
  - « « le secret médical c'est très difficile. Il ne nuit pas (à la relation) si on explique les conséquences. En fait je préfère la transparence avec l'accord des parents ».
  
- Cependant un membre de l'équipe de direction et de vie scolaire et 2 médecins ne considèrent pas le secret professionnel comme un obstacle au partenariat :
  - « Le secret professionnel ne nuit pas car on peut contourner le problème : on donne les conséquences sans donner le diagnostic. ».
  - « Il n'est pas gênant si le médecin sait faire la part de ce qui nous revient sans gêner l'élève »
  - « Ce n'est pas un problème si le médecin nous oriente sur une piste, s'il nous donne les conséquences, sans tout nous dire. »
  
- L'absence de lisibilité des missions du médecin :
  - Elle est évoquée par 3 membres de l'équipe de direction et de vie scolaire :
  - « le problème, c'est l'absence de définition nette de ce qu'un établissement est en droit d'attendre du médecin vu son temps de présence dans l'établissement »

« Les limites dans le partenariat se déplacent plus ou moins suivant la clarté des deux côtés : souvent, le médecin n'est pas très clair sur ses fonctions au sein de l'établissement »

« Le médecin a un rôle d'animateur, il doit expliquer sa tâche. »

- Une présence peu importante des médecins dans les structures décisionnelles :

Aucun médecin n'est jamais présent aux comités d'administration.

Certains médecins allaient auparavant aux comités d'hygiène et de sécurité mais n'ont plus le temps actuellement de s'y rendre.

Les réunions des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté sont diversement investies selon les personnes et les moments.

Cependant, l'ensemble des médecins a conscience du rôle important qu'ils pourraient y jouer :

« C'est vrai que c'est très important d'y aller, ça nous permet de connaître l'équipe et de mettre en place une politique globale de santé au sein de l'établissement »

Les médecins justifient leur absence par des problèmes de priorité ou d'emploi du temps :

« On ne peut pas tout faire, il faut faire des choix. En fait, on fait des choix d'urgence. On est bien obligé de voir les bilans d'orientation, les machines dangereuses et les bilans de 6 ans sinon ces enfants l'assèneront pénalisés. »

« J'essaie d'y aller mais quand on nous prévient 8 jours avant, pour moi c'est trop tard. C'est quand même difficile d'annuler des visites avec les parents. Et encore, quand on ne nous prévient pas deux jours à l'avance que la réunion a changé de date, voire qu'on reçoit le courrier après que la réunion ait eu lieu. »

## **TROISIEME PARTIE: ANALYSE ET PROPOSITIONS**

Suite à la restitution des résultats de l'investigation sur le terrain, nous allons tenter de poser un regard critique sur les éléments mis en lumière afin d'essayer d'évaluer la validité des hypothèses initiales et de dégager quelques pistes d'action.

### **1 - ANALYSE**

Nous avons choisi d'orienter notre analyse dans le but de mettre en évidence les facteurs qui favorisent ou entravent le partenariat entre le médecin de l'éducation nationale et l'équipe éducative, en particulier au niveau de la gestion de l'absentéisme.

#### **1.1 LES LIMITES DE LA METHODE**

##### **1.1.1 Le contexte local n'était pas favorable à l'étude**

Nous étions parti d'une problématique rencontrée en Martinique et souhaitions l'approfondir. Par méconnaissance du terrain, nous avons mal évalué les caractéristiques du nouveau département dans lequel nous étions nommé. En effet, le département de la Mayenne n'est que peu concerné par les problèmes majeurs d'absentéisme qui existent en Martinique. De plus, l'organisation du service privilégie la réalisation des examens obligatoires et ne favorise pas le travail en partenariat dans le second degré.

##### **1.1.2 La faible participation des enseignants**

N'ayant pas le temps matériel de faire des entretiens auprès d'un grand nombre d'enseignants et craignant que des entretiens auprès de quelques volontaires ne soit pas représentatif de l'ensemble des enseignants, nous avons choisi de recueillir leur avis par questionnaire afin de pouvoir joindre le plus grand nombre. Le choix d'un questionnaire avec une majorité de questions à réponse fermée a été fait car nous pensions qu'un questionnaire facile à remplir favoriserait un meilleur taux de réponse.

Cependant, le taux de participation a été faible et ce, malgré une relance de la part du chef d'établissement (7 questionnaires retournés sur 21). Les résultats sont donc difficilement interprétables. Ce d'autant que, pour favoriser la libre expression, l'enquête était anonyme.

Nous ne savons donc pas qui a répondu. S'agit-il plutôt des jeunes enseignants ou des plus âgés, des hommes ou des femmes, de ceux qui étaient le plus intéressés par le sujet ou tout simplement de ceux qui avaient le plus de temps au moment de l'enquête ?

### **1.1.3 Exclure de l'investigation sur le terrain l'assistante sociale et l'infirmière rend forcément l'analyse partielle**

En effet, ce sont des maillons incontournables de ce partenariat de par leur présence et leur investissement auprès des élèves et de l'ensemble de la communauté scolaire dans les établissements du second degré.

Ce d'autant plus, que dans le collège étudié, l'assistante sociale est perçue par la communauté éducative comme l'interlocutrice privilégiée pour les élèves absentéistes et que l'infirmière sert le plus souvent d'intermédiaire entre le médecin et l'équipe éducative.

Il aurait donc été riche d'enseignements d'inclure l'assistante sociale et l'infirmière dans ce travail. Le temps imparti ne nous l'a pas permis.

## **1.2 LES FACTEURS FAVORISANT LE PARTENARIAT**

### **1.2.1 L'ensemble des textes recommande fortement le partenariat**

Cette nécessité de collaboration est abordée dès la loi d'orientation sur l'éducation : « les enseignants travaillent au sein d'équipes pédagogiques ». Elle précise aussi que l'ensemble des personnels et en particulier ceux de santé font partie de la communauté éducative.

Cette notion de partenariat est ensuite largement développée dans les différentes circulaires. En particulier, la circulaire de janvier 2001 [7] sur les missions des médecins stipule que « l'action du médecin s'inscrit dans le cadre d'un travail en équipe pluriprofessionnelle, et plus largement avec l'ensemble de l'équipe éducative dans le respect des compétences de chacun ».

Dans la circulaire de novembre 1999 [6] sur la prévention des conduites à risques, Ségolène Royal rappelle : « J'engage les responsables académiques et tous les membres de la communauté éducative, en relation avec leurs partenaires, à travailler en équipe, à mutualiser leurs compétences dans le traitement des divers cas qu'ils rencontrent ».

La récente circulaire du 2 mai 2002 sur la politique de santé en faveur des élèves [27] redit cette nécessité : « la politique de santé à l'école est l'affaire de l'ensemble de la communauté éducative, appuyée sur les personnels médicaux et infirmiers ».

### **1.2.2 La convergence des objectifs par rapport à l'élève au niveau de l'éducation**

Les investigations sur le terrain n'ont pas permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle le médecin et l'équipe éducative auraient une conception différente de l'objectif par rapport à l'élève autour de l'éducation.

En effet, pour la totalité des enseignants la « réussite des jeunes » correspond à l'intégration sociale. Ne viennent qu'ensuite la réussite aux examens, l'acquisition de connaissances et l'intégration professionnelle.

Pour l'équipe de direction et de vie scolaire, deux de leurs priorités sont communes avec celles des médecins : il s'agit du bien être de l'élève dans l'établissement et du souci d'utiliser toutes les potentialités de l'élèves. La troisième priorité évoquée est la formation de futurs adultes. Aucun n'a cité d'objectifs purement pédagogiques.

Ces priorités rencontrent les missions du médecin telles qu'elles sont définies dans la circulaire de janvier 2001 [1]: « 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 ».

Cette concordance dans les missions constitue un terrain privilégié pour le partenariat entre le médecin et l'équipe pédagogique.

### **1.2.3 Une motivation commune à travailler ensemble et à communiquer**

L'ensemble des professionnels exprime sa volonté de travailler en collaboration.

Même si les enseignants ne font que peu appel au médecin, deux sur sept seulement ayant déjà eu cette opportunité, ils attendent du médecin de leur établissement plus de collaboration et plus de présence. Le questionnaire aux enseignants ne permet pas de mettre en évidence la cause de cette absence de sollicitation du médecin de l'établissement. Est-ce la conséquence d'un exercice isolé et solitaire de la profession d'enseignant centré sur la transmission de connaissances sans ambition éducative [19] ou d'un manque d'accessibilité du médecin au sein de l'établissement ?

De même, les membres de l'équipe de direction et de vie scolaire souhaitent tous travailler en partenariat avec le médecin. Ils souhaitent sa collaboration en tant que conseiller technique.

De leur côté, même s'ils ne sont pas toujours présents, les médecins ont bien conscience de l'importance du partenariat et de l'apport pour la prise en charge des élèves de ce travail en équipe.

L'intérêt de l'adolescent est recherché par tous et chacun a bien conscience qu'isolé, son action ne peut être que partielle.

D'ailleurs, la collaboration existe même si elle n'est pas toujours directe.

### **1.3 LES FACTEURS QUI ENTRAVENT LE PARTENARIAT**

#### **1.3.1 Des modifications récentes qui ne sont pas encore forcément intégrées**

La santé scolaire a connu de nombreux organismes de tutelle depuis sa création avant d'avoir la totalité de ses moyens réunis au sein de l'Éducation nationale en 1991. Parallèlement ses missions ont été profondément modifiées au fil du temps passant de l'hygiène à la promotion de la santé de l'élève.

En 1991, les missions des médecins de l'Éducation nationale ont été redéfinies : elles ont été réorientées vers la santé publique, en particulier, la fonction de conseiller technique a été introduite. La priorité fixée sur les examens de santé systématiques a été remise en cause.

Ces modifications datent d'une dizaine d'années, ce qui reste encore récent. Il s'agit d'un corps de métier qui n'a pas une longue culture derrière lui et qui doit continuer à se construire. En effet, les mentalités évoluent lentement et il ne suffit pas de décréter de nouvelles législations pour que les pratiques évoluent. Les médecins et leurs partenaires n'ont peut-être pas encore totalement intégré les récentes modifications, en particulier la nécessité du travail en partenariat dans l'intérêt de l'élève .

De plus, le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui constitue un cadre idéal pour le travail en partenariat n'a été créé qu'en 1998. Certains établissements n'en sont encore dotés, d'autres existent sur le papier mais ne sont pas réellement fonctionnels et enfin certaines équipes n'en maîtrisent pas parfaitement le fonctionnement.

#### **1.3.2 Une conception différente de l'objectif par rapport à l'élève autour de la santé**

Contrairement aux objectifs par rapport à l'éducation, on ne retrouve pas de concordance entre le médecin et l'équipe pédagogique concernant les objectifs par rapport à la santé.

Cinq enseignants sur sept citent les problèmes de santé comme pouvant compromettre la réussite de l'élève. De même, le bon équilibre psychoaffectif est cité par la totalité des enseignants comme critère de bonne santé avant l'absence de maladie physique (cité six fois) et le bon développement intellectuel (cité trois fois).

Mais, seul un enseignant sur sept cite un développement psychoaffectif harmonieux comme un critère de réussite du jeune et seuls deux enseignants associent la notion d'absentéisme à des problèmes de santé.

Les enseignants ne semblent donc pas considérer la bonne santé comme un critère de réussite des jeunes.

De même, l'ensemble des membres de l'équipe de direction et de vie scolaire a clairement exprimé que la santé ne fait pas partie de leurs priorités.

Ce manque de motivation par rapport à la santé de l'élève peut s'avérer un frein au partenariat entre le médecin et l'équipe pédagogique. Le médecin étant alors essentiellement sollicité comme un médecin généraliste pour poser un diagnostic sur un élève qui dérange plus que dans une démarche de prévention au profit du bien être de chaque élève.

### **1.3.3 La méconnaissance des compétences spécifiques et mutuelles de chaque partenaire**

Des deux côtés, les médecins et les membres de « l'équipe pédagogique » ne connaissent que très imparfaitement leurs compétences respectives. La méconnaissance des textes, des compétences et des limites de chacun est flagrante. On a le sentiment que chacun connaît les objectifs globaux de l'Éducation nationale sans maîtriser les fonctions des différents professionnels. Les compétences des autres restent très floues pour la plupart.

Encore plus étonnant, certains connaissent insuffisamment leurs propres compétences. L'un d'eux dit : « tout le monde faire à peu près la même chose » comme si personne n'avait de fonction spécifique et que chacun fasse ce qu'il veut ou ce qu'il peut.

En l'absence de connaissance des compétences spécifiques de chacun, le partenariat risque d'être difficilement efficace et fructueux.

### **1.3.4 L'impact des modes de fonctionnement différents sur la faisabilité du travail en partenariat**

#### *A) Un manque de disponibilité :*

Il est surtout le fait des médecins et est souligné par tous les membres de l'équipe pédagogique. Les médecins le reconnaissent également. Il y a un décalage entre les textes qui recommandent le partenariat pour la prise en charge des élèves en difficulté et la pratique quotidienne.

Il est vrai que le mode d'exercice du médecin ne lui facilite pas la tâche. Les moyens restent très insuffisants : les médecins sont peu nombreux et les secteurs trop chargés. De plus, le médecin est chargé de nombreux établissements éloignés les uns des autres pouvant avoir

des modes de fonctionnement différents et il est difficile de bien connaître toutes les équipes, surtout au début. D'autres priorités telle la maltraitance, l'intégration d'enfants handicapés ou le dépistage des troubles de l'apprentissage sont consommateurs d'énergie et de temps. Cependant, il nous semble qu'en changeant son organisation, le médecin doit pouvoir en partie remédier à ce manque de disponibilité.

*B) Un isolement du médecin par rapport au reste de l'équipe éducative:*

Le médecin a une gestion de son temps qui correspond mal aux attentes de l'équipe éducative. En effet, il passe beaucoup de son temps aux examens cliniques systématiques alors que ses partenaires attendent de lui un travail en partenariat afin d'être conseillés.

Par ailleurs, le médecin investit mal les structures décisionnelles (comité d'administration, comité d'éducation à la santé à la citoyenneté ...) desquels il est souvent absent.

Son action se trouve ainsi peu visible et peu lisible pour ses partenaires, ce qui explique en partie leur impression de quasi absence du médecin.

La relation avec l'équipe éducative est entravée dans les deux sens. De l'équipe éducative vers le médecin, la communication passe quasiment toujours par l'intermédiaire de l'infirmière, ce qui ne peut que nuire à sa qualité. Il n'est déjà pas toujours facile d'instaurer un dialogue fructueux, la présence d'un tiers entre les deux ne peut que compliquer la situation. Du médecin vers l'équipe éducative, la communication est rendue parfois difficile par l'obligation de respect du secret médical qui n'est pas toujours bien vécu par les membres de l'équipe éducative.

Le médecin doit cependant rester vigilant car son autonomie dans le travail ne doit pas entraîner un isolement par rapport aux autres membres de l'équipe éducative.

L'ensemble de ces résultats nous permet d'apprécier la validité des hypothèses initiales.

L'hypothèse selon laquelle le médecin et l'équipe éducative auraient une conception différente de leur objectif par rapport à l'élève n'a pu être que partiellement confirmée. En effet, l'investigation sur le terrain montre que les enseignants n'incluent pas une bonne santé dans les critères de réussite des jeunes et que les membres de l'équipe de direction et de vie scolaire ne considèrent pas la santé comme une priorité.

Il existe, par contre, une convergence des objectifs par rapport à l'élève au niveau de l'éducation entre le médecin et l'équipe éducative et l'ensemble des textes fixe le même objectif à tous les membres de la communauté éducative: la réussite de l'élève.

Les deux hypothèses suivantes ont, quant à elles, été confirmées.

Les membres de l'équipe éducative et les médecins méconnaissent les compétences de leurs partenaires et ne peuvent donc pas connaître les apports potentiels à leur propre champs de compétence.

De même, les résultats montrent clairement que les modes de fonctionnement et d'organisation entravent le partenariat. Si l'ensemble des textes recommande fortement le partenariat, certaines modifications restent récentes et n'ont pas encore forcément permis aux mentalités d'évoluer. En effet, les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté sont de création récente, la place et les missions des médecins au sein de l'Éducation nationale ont évolué récemment avec une réorientation importante en 91 vers la santé publique et l'apparition de la notion de conseiller technique. Le temps écoulé n'est peut-être pas suffisant pour permettre aux membres de l'équipe éducative d'avoir intégré ce nouveau positionnement du médecin. De plus, le manque de disponibilité du médecin qui est débordé de travail, qui privilégie les examens systématiques et les difficultés de communication engendrées par l'obligation de respect du secret médical entravent le partenariat.

## **2 - PROPOSITIONS**

L'analyse des données précédentes nous a permis de faire émerger quelques pistes afin d'améliorer ce partenariat.

### **2.1 UNE IMPLICATION PLUS ACTIVE DU MEDECIN AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT**

Le médecin ne doit plus se borner aux visites systématiques mais doit s'intégrer au sein de la communauté éducative afin d'en tirer des informations utiles pour sa pratique et de faire valoir ses compétences.

#### **2.1.1 Un meilleur investissement des lieux décisionnels**

Le médecin s'efforcera de participer au comité d'administration, en particulier, lors de l'élaboration du projet d'établissement. Cela lui permettrait d'être mieux connu de l'ensemble de la communauté éducative et des décideurs, de mieux connaître le fonctionnement de l'établissement et ainsi de favoriser le travail en commun.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté de son côté est une structure qui donne un cadre et du temps pour favoriser l'élaboration de projets collectifs. La commission de suivi, quant à elle, permet de gagner un temps précieux pour l'élève en limitant les intermédiaires et en évitant que chacun des partenaires ne se renvoie systématiquement la balle. Il est donc dans l'intérêt de l'élève que le médecin y participe activement.

Lorsqu'il aura à connaître la cas d'un élève en difficulté, évidemment, avec son accord et celui de ses parents et dans le respect du secret médical, il participera au conseil de classe de l'élève concerné afin d'éclairer ses partenaires. En effet, il s'agit d'un des rares moments où tous les membres de l'équipe éducative ayant à s'occuper de cet élève sont présents ensemble.

Tous ces temps de travail en commun permettent de rencontrer les partenaires, de communiquer avec eux et ainsi d'apprendre à nous connaître dans l'exercice de nos fonctions.

### **2.1.2 Le médecin doit s'efforcer d'être accessible**

Il pourrait être utile d'instituer un temps de présence fixe, dans le cas présent le lundi, de façon que cette présence soit bien identifiée par tous les partenaires : il s'agit du jour de présence de l'ensemble du personnel socio-médical. Cela permettrait aussi une collaboration plus étroite avec l'infirmière et l'assistante sociale qui sont des partenaires incontournables.

Il faut essayer que la présence du médecin ne demeure pas confidentielle lors de ces permanences et il peut à cet effet, par exemple veiller à saluer le chef d'établissement et le conseiller principal d'éducation lors de sa présence dans l'établissement. Accorder de l'importance au fait d'aller saluer le chef d'établissement ou le conseiller principal d'éducation le jour de notre permanence, permet à notre présence de ne pas rester confidentielle.

En cas de nécessité en dehors des heures de permanence du médecin, le chef d'établissement, le conseiller principal d'éducation, l'infirmière et l'assistante sociale doivent savoir à tout moment de quelle façon joindre le médecin. Il peut s'agir d'une secrétaire qu'on aura pris soin de présenter auparavant en personne aux partenaires concernés ou à défaut d'un répondeur qu'on veillera à consulter régulièrement. Ils doivent évidemment aussi avoir les coordonnées du service de promotion de la santé en faveur des élèves à l'inspection académique en cas d'urgence et d'impossibilité de nous joindre.

### **2.1.3 Le médecin doit veiller à ne jamais laisser une demande sans réponse**

Le médecin doit s'efforcer de donner une réponse à toutes les sollicitations. Si elle doit être négative, elle sera argumentée. Evidemment, cette réponse ne se fait pas obligatoirement de suite et doit rester dans la limite des compétences du médecin. Chaque demande doit avoir une suite car notre silence est parfois mal vécu par nos partenaires.

Lorsque les demandes sont en dehors de ses compétences, le médecin doit expliquer pourquoi il ne peut pas y répondre. Lors des examens à la demande, il faut toujours faire un

retour même si on ne donne pas de diagnostic par respect du secret médical. Il faut éviter de rompre la communication. En cas d'impossibilité de présence à une réunion, il faut veiller à s'en excuser auprès du chef d'établissement et demander que nous soit adressé un compte-rendu de la réunion.

Afin de ne pas être débordé par des demandes tous azimuts, une réunion en début d'année, avec l'ensemble du personnel, permettrait de prendre connaissance des préoccupations de nos partenaires, et en particulier des attentes des enseignants afin d'y répondre dans la mesure de nos objectifs et de nos missions. Puis, une réunion avec les chefs d'établissement et le conseiller principal d'éducation permettrait de définir en fonction du temps disponible, une politique claire et commune en matière de santé pour l'établissement.

Evidemment pour cela, le médecin devra réorganiser son travail. Dans le département de la Mayenne où les bilans de PMI sont réalisés à 100% en moyenne section, on pourrait envisager que le médecin lors du bilan de grande section ( très consommateurs de temps) ne voit que les enfants signalés par les enseignants ou par la PMI de façon à se libérer du temps. Mais, surtout, il devra réorienter son action en définissant de nouvelles priorités et en modifiant son mode de fonctionnement de façon à améliorer le travail en partenariat avec l'ensemble de l'équipe éducative.

## **2.2 LA FORMATION DE TOUS, AUSSI BIEN DES ELEVES PAR DES ACTIONS DE PREVENTION QUE DU PERSONNEL**

### **2.2.1 Une action de prévention en faveur des élèves**

En amont de la prise en charge des élèves présentant des difficultés dont l'absentéisme n'est qu'une des facettes, le médecin doit favoriser une politique globale de prévention des conduites à risque, à mobiliser la communauté éducative au bénéfice de la promotion de la santé.

Pour cela, il devra veiller à ce qu'un volet santé soit inclus dans le projet d'établissement. L'éducation à la santé est en effet essentielle pour répondre au besoin de l'adolescent, à sa réussite scolaire et à son épanouissement. Elle doit être intégrée dans une politique globale de santé et ne pas être un volet santé qui se situerait à côté. Elle doit s'articuler avec le comité d'éducation à la santé et la citoyenneté pour favoriser une cohérence au sein de l'établissement.

### **2.2.2 Former les membres de l'équipe éducative aux questions de santé**

L'idéal serait évidemment que les membres de l'équipe éducative aient une formation initiale à la santé, ce qui commence à être fait dans certains instituts universitaires de formation des maîtres. Le médecin peut contribuer à ces formations soit en appréciant les besoins de ses partenaires soit en tant que formateur ou animateur.

Le médecin peut proposer que soit engagée une formation à la prévention, à l'intégration de la santé dans la vie de l'établissement pour tous les personnels qui n'en ont pas bénéficié auparavant, ce qui constitue la grande majorité des membres de la communauté éducative.

En particulier, il est indispensable que les enseignants et l'ensemble des membres de la communauté éducative apprennent à repérer les élèves en difficulté, en particulier à reconnaître les signes d'appel du mal être de l'adolescent et qu'ils puissent aussi participer activement à la politique de santé de l'établissement.

Idéalement, cette formation sera assurée en partie par le médecin de l'établissement pour favoriser une connaissance mutuelle et faire évoluer les représentations de chacun. En effet, la formation fait partie des missions du médecin de l'éducation nationale (article 2 du décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991).

### **2.2.3 Renforcer la formation continue des médecins**

La formation initiale en faculté puis ses modes d'exercice ultérieurs (médecine libérale, hôpitaux...) ont mal préparé le médecin à la santé publique et au travail d'équipe. De plus, surtout au début, il connaît mal le mode de fonctionnement de l'Éducation nationale.

Deux axes pourraient être développés :

- d'une part une formation qui viserait à améliorer les compétences du médecin en vue du travail en partenariat : formation à la communication, à la fonction de conseiller technique, à son nouveau positionnement, à la connaissance du fonctionnement de l'Éducation nationale, apprentissage de techniques relationnelles, gestion des conflits...
- d'autre part, nous pensons qu'il serait utile que les médecins aient des temps de réflexion en groupe sur leurs pratiques professionnelles de façon à échanger sur leurs difficultés, favoriser une prise de recul, poser un regard critique sur le travail et favoriser une réflexion sur leur place et leur rôle dans l'institution. En effet, les médecins doivent partir de l'expérience de leur propre pratique, en analyser les difficultés et les insuffisances, résoudre les problèmes rencontrés pour progresser. D'ailleurs, l'ensemble des médecins interviewés a exprimé un vif intérêt sur les

pratiques des autres et s'est beaucoup questionné sur la pertinence de ses propres pratiques.

#### **2.2.4 Développer les formations inter catégorielles**

Il serait utile de mettre en place des formations inter catégorielles de façon à favoriser une culture commune, de permettre à chacun d'échanger sur ses expériences, de favoriser les rapprochements, de faire évoluer les représentations mutuelles et de permettre une mise en synergie des actions de chacun de façon à permettre une meilleure qualité du travail en commun.

## CONCLUSION

L'évolution historique et réglementaire oblige aujourd'hui le médecin de l'éducation nationale et l'équipe éducative à travailler en partenariat en particulier, pour la gestion de l'absentéisme. En effet, l'absentéisme est souvent le signe d'alerte d'un mal-être plus profond de l'adolescent. Le médecin a donc un rôle important à jouer auprès de ces élèves mais l'ensemble des membres de l'équipe éducative doit aussi s'impliquer dans le repérage de ces élèves, leur prise en charge et la conduite d'actions de prévention auprès de l'ensemble des élèves, en particulier dans la prévention des conduites à risques.

Cependant, comme nous l'avons vu, ce partenariat n'est pas toujours facile à mettre en place. Plusieurs obstacles ont été identifiés au cours de cette étude :

- la création encore récente des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, les modifications récentes des missions des médecins, associées à la lente évolution des mentalités ;
- une conception différente de l'objectif par rapport à l'élève autour de la santé ;
- la méconnaissance des compétences spécifiques et mutuelles de chaque partenaire ;
- la disponibilité de la part des médecins et son isolement par rapport au reste de l'équipe éducative.

Cependant, on peut noter que l'ensemble des acteurs exprime une volonté de travail en partenariat. Cela passera nécessairement par la mise en place d'une politique claire et commune définie par l'ensemble des partenaires de l'établissement et un effort des médecins pour modifier leur mode d'exercice actuel.

Si chacun est complémentaire et a intérêt à travailler ensemble, encore faut-il que le partenariat instauré soit efficace. Or, enseigner et exercer la médecine sont deux professions caractérisées par une large autonomie, la liberté des pratiques, le pouvoir solitaire et qui s'exercent sur un fond de toute puissance. Cela ne doit pas nuire au partenariat. Pour cela, chacun doit acquérir de nouvelles compétences telles une bonne communication, le sens de la concertation, l'acceptation de positions différentes, le partage du pouvoir mais aussi la capacité à ne pas confondre les rôles. Chacun doit, au contraire, travailler à sa place avec ses compétences et ses spécificités, et de cette place travailler avec les autres.

De plus, comme le précise Jean-Claude Rouchy [13], les représentations mutuelles, les modes de pensée, les valeurs et les normes intériorisées par les différents acteurs doivent

nécessairement être modifiées sous peine que le partenariat ne provoque de telles résistances qu'il ne puisse être mené à terme.

Le partenariat du médecin ne se limite évidemment pas à l'équipe éducative. Il doit aussi s'ouvrir vers les parents, les partenaires médicaux en dehors de l'institution mais aussi l'ensemble des acteurs de l'enfance. Et évidemment, il est indispensable pour établir une politique de santé cohérente au sein de l'établissement que le partenariat au sein de l'équipe médico-sociale soit de bonne qualité. Il faut qu'il existe une cohésion dans les objectifs et les pratiques entre les médecins, les infirmières et les assistantes sociales. L'objectif de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves : « veiller à leur bien être, contribuer à leur réussite et les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective » est ambitieux. Si nous souhaitons y parvenir, il est urgent de réunifier les équipes médico-sociales afin d'aboutir à une cohérence d'actions et d'objectifs de la part des médecins, des infirmières et des assistantes sociales. Après seulement nous pourrons espérer que l'ensemble des autres membres de la communauté éducative s'associe à notre travail pour promouvoir la santé auprès des élèves.

# Bibliographie

Les références bibliographiques sont présentées par ordre d'apparition dans le texte.

- [1] Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 : missions des médecins de l'éducation nationale
- [2] Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation
- [3] Circulaire n° 96-247 du 25 octobre 1996 : prévention de l'absentéisme
- [4] CHOQUET M., HASSLER C. Absentéisme au lycée. *Les dossiers d'éducation et formations*, 1997, vol 10, pp 1-75.
- [5] TOULEMONDE B. *L'Absentéisme des lycéens – les rapports de l'Inspection générale de l'Éducation nationale*. Paris : Hachette Éducation, 1998. 128P.
- [6] Circulaire n° 99-175 du 2 novembre 1999 : « repères » pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires
- [7] Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 : dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'Éducation nationale
- [8] Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 : orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves
- [8] ZAY D. Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? *Éducation permanente*, février 1997, n°131, pp13-28.
- [9] GOSSOT B. Le partenariat dans l'Éducation nationale Cadres institutionnels et réalités. *Communautés éducatives*, mars 2001, n°114, pp 53-57.
- [10] AMATE A. Les réseaux et leurs différentes formes dans la réglementation. *Communautés éducatives*, mars 2001, n°114, pp 4-7.
- [11] LAURENT J.-P. Un travail en réseau. *Communautés éducatives*, mars 2001, n°114, pp 8-9.
- [12] ANCE Picardie. Pour une meilleure gestion et une approche déontologique de l'action sociale. *Communautés éducatives*, mars 2001, n°114, pp 41-44
- [13] ROUCHY J.-C. Clinique du partenariat. *Éducation permanente*, février 1997, n°131, pp197-205.
- [14] BEAUPERE J. La santé scolaire et universitaire. *Rapport du Conseil économique et social*, Journal officiel du 17 juillet 1990.
- [15] CARVALHO J. ; MAITROT C. Médecins de l'Éducation nationale : enjeux et perspectives pour un nouveau métier. *Santé publique*, 1998, vol 10, n°3, pp 269-285.
- [16] AUDUC J.- L. *Profession enseignant-le système éducatif*. Paris: Hachette Éducation, 2001.

288p.

- [17] AUDUC J.- L.,BAYARD-PIERLOT J. *Le système éducatif français*. Le Perreux-sur Marne : IUFM/CDRP de Créteil, 1994. 95p.
- [18] LEFEBVRE É.,MALLET D.,VANDEVOORDE P. *Le nouveau chef d'établissement – textes et pratiques pour la direction d'un collège ou d'un lycée aujourd'hui*. Paris : Berger-Levrault, 1998. 386p.
- [19] VITALI C. *La vie scolaire*. Paris : Hachette Éducation, 1997. 254 p.
- [20] DE SAINT-DO Y. *Le rôle pédagogique du chef d'établissement*. Paris : Berger-Levrault, 2000. 141p.
- [21] Décret n° 85-924 du 30 août 1985 : établissements publics locaux d'enseignement : organisation financière.
- [21] TOULEMONDE B. Le chef d'établissement d'enseignement du second degré. *L'actualité juridique-Droit administratif*, 20 novembre 1996, pp 811-825.
- [22] Circulaire ministérielle n° 90-108 du 17 mai 1990 : le projet d'établissement.
- [23] Circulaire du 7 janvier 1998 : prévention des conduites à risques et comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.
- [24] Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- [25] Circulaire n° 82-402 du 28 octobre 1982 : rôle et conditions d'exercice de la fonction des conseillers d'éducation et des conseillers principaux d'éducation.
- [26] Circulaire n° 97-123 du 23 mai 1997 : mission du professeur exerçant en collège, en lycée d'enseignement général et technologique ou en lycée professionnel.
- [27] Circulaire n° 02-123 du 02 mai 2002 : politique de santé en faveur des élèves.