



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Promotion 2004

LE BILAN DE LA SIXIÈME ANNÉE :
Réconcilier la loi et la pratique ?

Valérie MAHE

Remerciements

A Catherine FRICHET qui en tutrice attentive m'a fait découvrir à la fois les subtilités de la Médecine scolaire et les charmes de la Normandie,

A monsieur Alain COLLET, mon maître de stage pour sa disponibilité et ses judicieux conseils,

A madame Moune HELEINE-BOUCARD, pour la gentillesse de son accueil et son aide précieuse,

A mes consoeurs de formation longue, de Seine Maritime et d'Ille et Vilaine sans qui ce mémoire n'aurait pu prendre forme, et plus largement à tous ceux qui ont eu la gentillesse de m'apporter leur aide et leurs encouragements.

Sommaire

1	L'INTRODUCTION :	1
1.1	Les constats :	1
1.2	L'intérêt professionnel :	3
2	LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES HYPOTHESES :	5
2.1	Le questionnement :	5
2.2	Les hypothèses :	5
3	L'ETUDE DU CADRE LEGAL :	7
3.1	Les textes encadrant le bilan de la sixième année :.....	7
3.1.1	Les lois et les textes :	7
3.1.2	Le code de déontologie médicale :	9
3.1.3	L'apport des circulaires en matière de bilan de la sixième année :	10
3.2	Quelles sanctions en cas de non respect de la loi ?	12
3.2.1	Le cadre général des sanctions encourues par le médecin de l'EN :	12
3.2.2	Des sanctions applicables dans le cas du bilan de la sixième année ?.....	13
3.3	Des difficultés d'application d'origine juridique ?	15
3.3.1	L'interférence des autres textes légaux :	15
3.3.2	Une loi obsolète ?	16
3.3.3	Une loi méconnue par les acteurs de terrain ?	23
3.3.4	Une loi oubliée par le législateur ?	23
4	L'ANALYSE DES PRATIQUES DE TERRAIN :	25
4.1	L'étude des rapports d'activité du service de promotion de la santé en faveur des élèves :	25
4.1.1	La méthodologie :	25
4.1.2	L'analyse des résultats :	26
4.2	L'enquête de terrain :	32
4.2.1	La méthodologie :	32
4.2.2	Les résultats de l'enquête :	34
4.3	Synthèse et conclusion de l'analyse des pratiques :	49
5	LES PRECONISATIONS :	52

CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

BSEDS 5-6 : Bilan de santé - Evaluation du développement pour la Scolarité à 5-6 ans

CP : Cours préparatoire

CLIS : Classe d'intégration scolaire

EN : Education Nationale

ENSP : Ecole nationale de la santé publique

EPS: Education Physique et Sportive

GS : Grande section

PMI : Protection maternelle et infantile

RASED : Réseau d'aide et de soutien aux élèves en difficulté

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

ZEP : Zone d'éducation prioritaire

1 L'INTRODUCTION :

A mon entrée à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) en septembre 2003, j'avais l'encombrante particularité de n'avoir aucune expérience en médecine scolaire, étant passée directement de mon cabinet de médecine générale aux bancs de l'ENSP. Cette ignorance des réalités du métier m'a rendu à la fois facile et difficile le choix d'un thème de mémoire : Facile parce qu'ayant un œil neuf beaucoup de choses qui pouvaient passer pour établies me semblaient au contraire prêter à réflexion, difficile parce qu'ignorant tout de la problématique du terrain, je courais le risque de m'appesantir sur des sujets multiples explorés ou au contraire de me cristalliser sur d'autres totalement marginaux. J'étais en tout cas résolue à choisir un thème qui me permette d'appréhender au mieux la réalité de ce métier et tout particulièrement de réfléchir à l'organisation de mon futur travail.

1.1 Les constats :

Le premier et incontournable constat a été l'existence d'une *grande hétérogénéité des pratiques en médecine scolaire* :

- Les témoignages de mes consoeurs démontrent en effet que toutes les missions dévolues aux médecins de l'EN (Education Nationale) ne sont pas également investies : Il existe des variations d'un secteur à l'autre et même d'un médecin à l'autre, certaines missions n'étant que partiellement remplies, d'autres totalement contournées.
- Les échos des entretiens de positionnement professionnel confirment cette impression de disparité en objectivant que certains médecins de l'EN, même chevronnés, ont des lacunes de savoir ou de savoir-faire qui attestent d'un manque d'expérience dans des champs d'intervention pourtant constitutifs de leur métier.
- Enfin un examen rapide des premiers rapports d'activité obtenus objective des écarts importants dans la réalisation des bilans de la sixième année puisque le taux de couverture en 2000-2001 était de 89%¹ en Seine Maritime (département de mon affectation) et de 24,9%² en Ille et Vilaine.

¹ *Service de promotion de la santé en faveur des élèves, Recueil de données statistiques du département de Seine Maritime.* Ministère de l'Éducation Nationale, Année 2000-2001. 64p

² *Médecins de l'Éducation Nationale, Rapport annuel 2001-2002, Ille et Vilaine,* Ministère de l'éducation nationale, Année Scolaire 2000-2001.

Cette première approche du métier m'interpelle pour deux raisons :

- D'une part parce que je ne retrouve pas au niveau du terrain la grande diversité des champs de compétence qui m'a séduite dans les textes de lois lors de la préparation du concours.
- D'autre part parce qu'il m'est difficile de comprendre *comment un même cadre légal peut déboucher sur une aussi flagrante hétérogénéité des pratiques*, à fortiori dans le contexte d'une institution d'état censée offrir à tous les citoyens, même mineurs, des services identiques.

J'ai donc relu les textes légaux afin de déterminer si cette amputation partielle des missions au contact du terrain est ou non en contradiction avec la loi. Il en ressort que le large éventail de missions énuméré dans le décret 91-1195 du 27 novembre 1991³ et repris dans les récentes circulaires de 2001 et 2003 n'est qu'indicatif des champs d'action dévolus à la médecine scolaire. Dans les faits seules deux lois sont opposables au médecin de l'EN :

- L'article L 541-1 du Code de l'Education⁴ qui édicte comme nous le reverrons que ***le bilan de santé réalisé entre cinq et six ans est obligatoire pour l'ensemble des élèves.***
- Et l'article R 234-22 du Code du Travail⁵ qui impose au médecin de l'EN de rendre chaque année un avis sur l'aptitude du mineur à travailler sur des machines dangereuses.

Compte tenu du temps imparti pour ce mémoire, j'ai choisi de centrer mon travail sur l'écart à la loi en matière de bilan de la sixième année pour les raisons suivantes :

- Le non respect de l'article L 541-1 est d'ores et déjà objectivé par les constats.
- Le bilan de la 6^{ème} année revêt à l'évidence une importance toute particulière en médecine scolaire, tant par l'attachement quasi sentimental que beaucoup de consoeurs(frères) lui portent que par la charge de travail qu'il représente.
- Le caractère prioritaire de ce bilan n'a cessé d'être réaffirmé, de la création de la médecine scolaire jusqu'aux toutes dernières circulaires.
- Enfin il s'agit d'un domaine où semblent s'affronter deux conceptions d'un même métier.

³ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. -Décret 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'EN et à l'emploi de médecin de l'EN-conseiller technique. *Journal Officiel de la République Française*, p15-24.

⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1945, Article L 541-1, *Code de l'Education*, pp186.

⁵ REPUBLIQUE FRANCAISE, Article R 234-22, *Code du Travail*.

1.2 L'intérêt professionnel :

Une inégalité d'accès des enfants au dépistage au gré des impératifs de service, des localisations géographiques, voire des goûts personnels n'est pas acceptable en ces temps où l'accès aux soins comme à l'éducation est un droit fondamental⁶. La médecine scolaire est au carrefour de ces deux priorités, est il logique qu'elle soit source d'inégalité à l'encontre de la loi ?

Bien qu'ancien, le débat entre les partisans d'un bilan systématique « légalement correct » et les défenseurs d'une démarche plus ciblée s'est vu réactualisé par des faits récents : Le retrait des infirmières du bilan de la sixième année est d'ores et déjà sensible sur de nombreux secteurs, la restriction drastique des moyens alloués l'est tout autant ; quant à l'obligation légale d'intégrer le dépistage des troubles des apprentissages dans le bilan de la 6^{ème} année il va considérablement allonger sa durée.

Or les médecins de l'EN sont peu nombreux, leur secteur étendu, leur temps et leurs moyens si âprement comptés qu'ils semblent trop souvent happés par la seule gestion de l'urgence. Dans ce contexte, plus le temps est rare mieux il doit être géré :

- Si la loi est applicable, elle doit être appliquée partout et par tous, ou du moins tout doit tendre à l'appliquer en améliorant les conditions de faisabilité des bilans de la 6^{ème} année, au besoin par le report du temps et des moyens consacrés à d'autres missions moins essentielles qu'il serait bon de désigner.
- Si la loi n'est pas applicable, elle encombre l'activité du médecin scolaire de priorités obsolètes qui l'obligent vraisemblablement à sacrifier d'autres champs d'activité devenus plus judicieux. A quoi bon énumérer dans les circulaires un si large panel de missions si le temps et les moyens nécessaires pour les assurer correctement sont préalablement réquisitionnés par une loi ?

Le grand nombre de missions attribué aux médecins de l'EN induit un flottement sensible dans leur positionnement et une insatisfaction liée à la difficulté d'investir pleinement tous leurs champs d'exercice. Dans un contexte où le terme de « saupoudrage » revient régulièrement, « resserrer » les missions serait peut être bénéfique en terme d'image et d'efficacité, en terme de disponibilité et de partenariat. Le bilan de la 6^{ème} année est peut être l'un des vecteurs possible de ce recadrage.

Pour tout médecin de l'EN il est important de pouvoir situer la juste place des bilans de la 6^{ème} année dans sa pratique, de connaître ses obligations au regard de la loi et sa marge de manœuvre, si elle existe. Quels sont les enjeux de l'écart à la loi ? Dans quelle

⁶ DEKEUWER-DEFOSSEZ F., *Les droits de l'enfant*. Presses Universitaires de France, 2001. 127p

mesure un médecin de secteur peut il contribuer à le réduire ? Certaines consoeurs (frères) parviennent elles (ils) mieux que d'autres à gérer l'ensemble de leurs obligations ? Leur expérience peut elle donner des pistes de réflexion et d'action ?

2 LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES HYPOTHESES :

2.1 Le questionnement :

Ces premières investigations établissent donc l'existence d'un décalage entre la loi et les pratiques de terrain en matière de bilan de la 6^{ème} année, décalage parfaitement connu et documenté et pour le moins dérangent au sein d'une institution d'état. Forte de ce constat, il m'est donc apparu intéressant de construire ce mémoire autour du questionnement suivant :

Pourquoi le bilan obligatoire de la sixième année ne s'applique t'il pas à la totalité des élèves comme l'exige la loi ?

2.2 Les hypothèses :

A. La non application de la loi n'est qu'apparente, car d'autres partenaires se substituent aux médecins de l'EN en accord avec les textes.

B. La loi n'est pas appliquée car :

- Elle est méconnue des médecins de secteur et/ou des médecins conseillers techniques (CT),
- La concurrence d'autres textes légaux la court-circuitent,
- Sa violation n'est pas sanctionnée ou pas sanctionnable.

C. L'application stricte de la loi se heurte concrètement à des obstacles qui obèrent sa faisabilité du fait :

- D'un manque d'effectifs en médecins de l'EN
- D'un manque de formation des médecins de l'EN
- D'un manque de temps
- D'un manque d'organisation
- D'un manque de moyens :
 - Matériels : Instruments, fournitures, tests de dépistages, locaux...
 - Financiers : Indemnités kilométriques, remboursement de frais...
- D'un manque de personnel :
 - Infirmières de secteur
 - Secrétaires médicales
 - Autres partenaires : Médecins de PMI, membres du RASED...
- D'un partenariat insuffisant
- De contrainte du terrain : Taille et composition des secteurs, ZEP, zone sensible, zone rurale...
- De l'interférence d'autres missions

D. La non application systématique de la loi résulte d'un choix délibéré :

- De la part des médecins de l'EN de secteur :
 - Parce qu'ils n'estiment pas pertinent de voir tous les enfants
 - Parce qu'ils choisissent de s'investir dans d'autres missions qu'ils jugent plus essentielles
 - Parce qu'ils manquent de motivation vis-à-vis du bilan de la 6^{ème} année
- De la part de leurs supérieurs hiérarchiques qui estiment que la loi n'est plus adaptée aux réalités du terrain :
 - Car la situation sanitaire qui a présidé à son vote a changé, remettant en question la nécessité de couvrir tous les secteurs,
 - Car le contenu du bilan de la 6^{ème} année a évolué ce qui conduit à repenser ses modalités de mise en œuvre
 - Car un équilibre entre les missions des médecins de l'EN s'avère nécessaire
 - Car les conditions matérielles de l'application de la loi ne sont plus réunies

L'exploration de ces hypothèses fera appel, dans une première partie, à une étude du cadre légal centrée sur les obligations des médecins de l'EN en matière de bilan de la 6^{ème} année et dans une seconde partie à une analyse des pratiques basée sur l'examen des rapports d'activité des services de promotion de la santé en faveur des élèves et sur une enquête de terrain menée dans deux départements aux pratiques opposées.

3 L'ETUDE DU CADRE LEGAL :

« S'attaquer » à des textes de lois peut sembler ambitieux, voire présomptueux de la part d'un profane, or contrairement à une idée répandue, la loi n'est pas réservée à quelques initiés qui seuls pourraient en comprendre le sens, la loi est avant tout destinée à ceux qui doivent s'y conformer. Son mystère ne tient qu'à l'interprétation des mots qui servent à l'exprimer et à la coexistence de textes qui peuvent interférer sur son application. L'étude du cadre légal a donc été abordée du point de vue du médecin de l'EN, pour qui il est parfaitement légitime de prétendre comprendre les textes qui encadrent sa fonction, et grâce à un outil indispensable à tous les citoyens : le bon sens.

3.1 Les textes encadrant le bilan de la sixième année :

3.1.1 Les lois et les textes :

◆ *Un bilan de la sixième année pour qui et par qui ?*

La loi fondatrice du bilan de la sixième année est l'article L. 541-1 du Code de l'Education qui édicte qu' « *Au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale* », les parents sont « tenus » de les y présenter mais dispensés de toute « contribution pécuniaire ».

L'article L. 2325-1 du code de la santé publique reprend l'intégralité de cet article fondateur en y adjoignant une modification induite par la loi de modernisation sociale⁷. Celle-ci précise qu' « *À l'occasion de cette visite, un dépistage des troubles spécifiques du langage est organisé*. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative et les professionnels de santé afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés », des examens médicaux périodiques étant par la suite effectués tout au long de la scolarité de l'élève.

A la lumière de la loi, le bilan de la sixième année apparaît donc comme :

- ***Obligatoire et gratuit pour tous les élèves,***
- ***Effectué dans la sixième année de l'enfant,***
- ***Incluant un dépistage des troubles spécifiques du langage (mais le mode de dépistage n'est pas imposé),***

⁷ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002.- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, *Code de la Santé Publique*, p186.

- ***Donnant lieu à une prise en charge et à un suivi adapté grâce à une étroite collaboration entre le médecin de l'EN, l'équipe éducative et les professionnels de santé.***

Curieusement, *il n'est pas expressément stipulé que c'est au médecin de l'EN qu'il revient d'effectuer le bilan de la 6^{ème} année*, tout au plus peut on le déduire de ce que l'article L. 2325-1 est classé au chapitre V du Code de la santé publique, dont le libellé est « services de santé scolaire et universitaire », et de l'accolement de la phrase : « Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec les équipes éducatives... » à la consigne de dépistage. Malgré tout *le rôle du médecin de l'EN n'est qu'implicite* et la formule « un dépistage des troubles spécifiques du langage est organisé » n'est pas objectivement identique à celle qui notifierait que le médecin de l'EN doit faire passer *lui-même* à l'enfant les tests nécessaires.

Faut il en déduire que le législateur a délibérément laissé au médecin de l'EN le choix de faire ou de faire faire ce dépistage par d'autres intervenants (infirmières de l'EN, membres du Réseau d'aide et de soutien aux enfants en difficultés (RASED), maîtres des écoles...)? Toujours est il que la loi est ici sujette à interprétation et que le médecin qui déléguerait une partie du bilan de la 6^{ème} année, tout autant que celui qui assumerait seul l'intégralité de son déroulement, seraient dans la légalité. Il faut néanmoins souligner que le terme de « visite médicale », qui implique la présence d'un médecin, exclut par conséquent la possibilité d'un examen effectué intégralement par une infirmière. Après vérification dans le dictionnaire, l'étude des lois incitant à se méfier des mots, il s'avère que le médical « relève de la médecine » et que la médecine est bel et bien la « pratique du médecin » : ***Le médecin de l'EN peut donc s'accrocher à cette première certitude que le bilan de la sixième année est bien de son ressort et que, s'il a le loisir de s'y faire assister, il a aussi le devoir d'en être l'acteur.***

Ce bilan est il pour autant de son seul ressort ou peut on envisager sa délégation à d'autres médecins, qu'ils soient généralistes ou pédiatres, libéraux ou hospitaliers ?

Bien que le décret 91-1195 du 27 novembre 1991⁸, fondateur du corps des médecins de l'EN, stipule sans ambiguïté que ceux-ci « réalisent le bilan obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire » (le présent ayant valeur d'obligation dans la formulation des lois) il n'affirme pas pour autant qu'ils sont les seuls habilités à le faire. De fait il n'est pas rare de

⁸ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991.-Décret 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'EN et à l'emploi de médecin de l'EN-conseiller technique. *Journal Officiel de la République Française*, p15-24.

tomber sur un carnet de santé où la partie réservée au bilan de la 6^{ème} année est déjà annoté par un confrère extérieur à l'EN. Certaines caisses de sécurité sociale ont d'ailleurs envoyé récemment à leurs usagers un bon de prise en charge les incitant à faire pratiquer ce bilan par leur généraliste. Plus encore les récentes préconisations du rapport IGAS/IGAEN de 1999⁹ réclament une fusion pure et simple des bilans de la 3^{ème} et de la 6^{ème} année en un seul, situé en moyenne section et pratiqué à la convenance de la famille, soit par la Protection Maternelle et Infantile (PMI), soit par le médecin traitant. La PMI n'est pas en cause, encore que dans la plupart des départements elle n'ait pas en charge la tranche d'âge visée par la loi mais suggérer une délégation du bilan aux médecins traitants révèle une méconnaissance des réalités de terrain. *Trois arguments plaident en effet pour que ce bilan soit effectué par le médecin de l'EN :*

- Le dépistage sensoriel nécessite un matériel adapté et si les médecins libéraux sont souvent équipés pour contrôler la vue, ils ont rarement un audiomètre à leur disposition.
- La pratique du dépistage des troubles de l'apprentissage n'est toujours pas couramment enseignée au cours des études médicales (ce qu'ont confirmé toutes les consoeurs interrogées, y compris les plus récemment diplômées), il est donc vraisemblable que, sauf centres d'intérêt particuliers, la plupart des médecins généralistes n'aient pas de compétence spécifique dans ce domaine.
- Enfin les intervenants extérieurs à l'EN n'ont guère de lien avec les enseignants, ce qui les prive d'un partenaire fondamental, tant pour le repérage que pour la remédiation des difficultés scolaires de l'enfant.

Dés lors il apparaît souhaitable, sauf à former et à équiper spécifiquement des médecins libéraux et hospitaliers déjà très occupés, de laisser au médecin de l'EN un champ d'intervention où, par sa formation comme par son positionnement au sein de l'éducation nationale, il peut intervenir de façon optimale.

3.1.2 Le code de déontologie médicale :

Au même titre que tout autre médecin, le médecin de l'EN est soumis au Code de déontologie médicale, il est donc concerné par :

- L'article 33¹⁰ qui stipule que « **le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire...** ». On retrouve ici la notion d'une obligation de moyens. L'hésitation dans le diagnostic, l'absence

⁹ LAGARDERE M.L, DIDIER-COURBIN P., LAGARRIGUE C. et al. *Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves*. IGAS-IGAEN, 1999.92+46p.

¹⁰ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, *Code de déontologie médicale*

de diagnostic initial ou l'erreur n'étant pas considérées comme répréhensibles dès lors que l'examen a été consciencieusement fait et avec la réflexion convenable.

- L'article 95 qui rappelle que le médecin appartenant à une administration a les mêmes devoirs professionnels et en particulier les mêmes obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. « ***Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes...*** ». Cet article fondamental recadre le devoir du médecin de l'EN vis-à-vis de son administration mais il ne précise pas qui de l'individu ou qui de la santé publique doit primer lorsque leurs intérêts entrent en conflit, situation qui peut se présenter pour le bilan de la 6^{ème} année lorsque les moyens viennent à manquer.
- Enfin l'article 99 précise que « Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci ».

Le contenu du bilan est donc laissé par le Code de déontologie à la seule appréciation du médecin de l'EN, pour autant qu'il fasse de son mieux pour établir un diagnostic, qu'il n'assure pas les soins, hors urgence, mais adresse l'élève, et qu'il veille à lui consacrer le temps et les moyens nécessaires pour que la consultation soit efficace. Il est dommage que le Code de déontologie ne fasse référence qu'à l'objectif diagnostique et passe sous silence un aspect important de toute consultation, à savoir l'éducation à la santé individualisée qui, dans le cas du bilan de 6^{ème} année, est propre à accroître significativement le temps « nécessaire ».

3.1.3 L'apport des circulaires en matière de bilan de la sixième année :

- ◆ ***Rappeler la loi, pérenniser l'objectif de couverture intégrale, mobiliser les médecins :***

Depuis son édicton en 1945, l'obligation de réaliser les bilans systématiques au cours de la 6^{ème} année de l'enfant a été constamment rappelée dans les circulaires destinées au service de promotion de la santé. Toutes se réfèrent à la loi fondatrice de 1945, traduisant autant la volonté initiale du législateur que les inébranlables convictions des ministères successifs en matière de santé publique. Cette mission est si constamment priorisée que l'on pourrait se demander devant une telle accumulation de rappels à l'ordre si les objectifs fixés ont jamais été atteints. On peut citer en exemple :

- La circulaire n° 10/82/S et n° 82-256 du 15 Juin 1982, abrogée, qui rappelle l'aspect prioritaire du bilan de la sixième année et mentionne incidemment qu'il n'a été réalisé « qu'à 95% en 1979-1980 »¹¹.
- La circulaire n° 91-148 du 24 Juin 1991¹², abrogée elle aussi, qui après rappel de l'obligation légale souligne le rôle de la PMI en maternelle et la nécessaire transmission du dossier des enfants¹³ au médecin de l'EN.
- La circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001¹⁴ qui préconise une « concertation entre médecins, infirmiers(ères), enseignants, psychologues scolaires, professionnels de soins et familles » et insiste à nouveau sur la fiche de liaison émanant de la PMI¹⁵.
- Enfin la toute récente circulaire N° 2003-210 du premier décembre 2003¹⁶ qui institue « un bilan quinquennal de prévention et d'éducation » décliné en trois axes prioritaires dont l'insurmontable obligation de « réaliser à 100% les bilans médicaux des enfants scolarisés avant leur sixième anniversaire »...

La volonté politique est donc parfaitement limpide en matière de bilan de la 6^{ème} année, les circulaires réactualisant constamment l'obligation légale depuis près de soixante ans.

◆ ***Définir un contenu ?***

On a vu que la loi restait prudente quant au contenu du bilan de la sixième année, imposant simplement depuis la loi de modernisation sociale de 2002¹⁷ d'y inclure le dépistage des troubles de l'apprentissage jusqu'alors simplement recommandé par voie de circulaires. Il n'est guère étonnant que le législateur soit demeuré en retrait d'un acte technique et confidentiel, laissant au médecin son indépendance professionnelle et le

¹¹ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1982.-Circulaire n°10/82/S et n° 82-256 du 15 juin 1982, *BO*.

¹² MINISTERE DE L'EN, 1991.-Circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991 : Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves. *BO* n°26, 4 juillet 1991

¹³ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1989.-Article L. 146 de la loi du 18 décembre 1989, *Journal Officiel*.

¹⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001.-Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 : Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, C n° 2001-013 : Missions des médecins de l'Education Nationale. *Journal Officiel*.

¹⁵ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997.-Arrêté du 18 août 1997, *Journal Officiel*.

¹⁶ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003.-Circulaire n° 2003-210 du premier décembre 2003 : La santé des élèves : Programme quinquennal de prévention et d'éducation, *BO* n°46 du 11 décembre 2003, 24p.

¹⁷ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002.- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, *Code de la Santé Publique*, p186.

contrôle de sa pratique. Cependant les circulaires ont de tous temps fixé des objectifs précis qui, joints à l'obligation de moyen imposé par le Code de déontologie médicale, permettent de cerner le contenu de ce bilan. La circulaire n° 2003-210 du premier décembre 2003 explicite ainsi des buts poursuivis :

- « dépister les pathologies, les maladies, les déficiences pouvant entraver la scolarité des élèves, notamment les troubles spécifiques du langage écrit ou oral »
- « repérer les signes de souffrance psychiques »
- « délivrer des conseils de santé »
- « favoriser toute forme d'intégration scolaire et orienter si nécessaire vers des structures adaptées »
- « construire une véritable vigilance des familles et des jeunes sur des problèmes liés à la santé ».

Tout médecin traduira aisément l'activité de dépistage, de conseil, de sensibilisation et d'orientation ainsi circonscrite, en consultation de dossier médical, interrogatoire, tests de dépistage des troubles de l'apprentissage, examen clinique et recommandations. Et si l'expression « visite médicale » peut encore donner lieu à des interprétations par ajustement aux spécificités de l'enfant, on ne peut à l'évidence considérer que compulsier un dossier pour y repérer des anomalies en mérite le nom.

3.2 Quelles sanctions en cas de non respect de la loi ?

3.2.1 Le cadre général des sanctions encourues par le médecin de l'EN :

Théoriquement, le médecin de l'EN peut être poursuivi à plusieurs niveaux :

- Par l'enfant ou sa famille dans un cadre juridique
- Par sa hiérarchie dans le cadre d'une procédure disciplinaire
- Par le Conseil de l'Ordre
- Ou par la société comme citoyen pour avoir eu un comportement coupable face à l'organisation sociale.

◆ Sur le plan juridique :

Il peut s'agir de poursuites à titre de sanctions, le juge ayant le choix de la qualification pénale du délit ou du crime et des peines qui leur sont applicables à condition que cette sanction existe. Si c'est une faute professionnelle, l'agent public en est responsable et il indemnise la victime sur ses propres deniers. Si c'est une faute de service l'administration est responsable et indemnise la victime sur les deniers publics ou par une assurance. La faute est considérée comme personnelle s'il s'agit :

- D'une faute commise par l'agent en dehors de ses fonctions

- D'une faute commise pendant ses fonctions avec intention de nuire
- D'une faute commise pendant ses fonctions mais d'une gravité telle qu'elle ne peut être que personnelle. C'est ce que l'on appelle la « faute inexcusable » qui correspond à un manquement au devoir d'humanisme médical.

◆ Sur le plan disciplinaire :

L'état peut poursuivre l'agent dans trois circonstances :

- Un manquement caractérisé aux obligations professionnelles
- Un comportement répréhensible qui ne se rattache pas forcément à une obligation professionnelle caractérisée, par exemple le fait d'être acariâtre ou maltraitant vis-à-vis d'un usager
- Des faits de la vie privée qui jettent un discrédit sur le service

La loi ne définit pas la faute disciplinaire, elle liste les sanctions et laisse à l'autorité disciplinaire le droit de choisir la sanction parmi quatre groupes de gravité croissante :

- Premier groupe : - Avertissement ou blâme
- Deuxième groupe : - Abaissement d'échelon, suspension temporaire des fonctions inférieure à six mois
- Troisième groupe : - Rétrogradation, suspension d'exercice des fonctions pendant deux ans
- Quatrième groupe : - Mise à la retraite d'office, révocation.

L'autorité disciplinaire peut décider seule d'une sanction du premier groupe, mais doit réunir la commission administrative paritaire ad hoc pour une sanction du deuxième groupe. La sanction doit être motivée et peut être contestée par différentes procédures.

◆ Sur le plan ordinal :

Des sanctions peuvent être prises par le Conseil de l'Ordre des médecins notamment en cas de manquement au code de déontologie : blâme, suspension temporaire, ou retrait définitif du droit d'exercer.

3.2.2 Des sanctions applicables dans le cas du bilan de la sixième année ?

Le non respect de la loi en matière de bilan de la 6^{ème} année peut correspondre à deux situations distinctes :

- Le médecin de secteur obéit à une consigne hiérarchique émanant du médecin conseiller technique (CT) de l'inspecteur d'académie, lui-même obéissant ou non à une consigne du médecin CT du recteur, ces derniers ayant décidé compte tenu de la situation particulière de l'académie ou du département de prioriser un mode

de fonctionnement en s'écartant des consignes gouvernementales et notamment de la loi de 1945. Dans ce cas il serait logique de penser, puisque le médecin de secteur est sous l'autorité du médecin CT, que seul ce dernier puisse encourir des sanctions en relation avec la non application de la loi.

- Le médecin de secteur de l'EN décide de son propre chef de ne pas respecter les consignes hiérarchiques.

L'application d'une stratégie ciblée au bilan de la 6^{ème} année n'entre pas à l'évidence dans le cadre d'une faute personnelle puisqu'il s'agit d'une faute commise *pendant* ses fonctions, *sans* intention de nuire, et dont la gravité est à l'évidence insuffisante pour être qualifiée de « faute inexcusable ».

On ne voit pas davantage comment le Conseil de l'Ordre pourrait être saisi, dans la mesure où le Code de déontologie admet, hors urgence, que le médecin refuse de consulter un patient, dès lors qu'une alternative est possible. Or nous avons vu qu'un élève peut toujours s'adresser à un autre médecin pour ce bilan qui ne relève pas de l'urgence.

Enfin, s'agissant d'un acte de prévention, une qualification de délit à type de non assistance à personne en danger ne peut guère s'appliquer. Il paraît difficile de caractériser sur le plan pénal le non respect de l'article L 541-1, celui-ci ne pouvant conduire qu'à un défaut de dépistage, on voit mal comment un préjudice gravissime et engageant la seule responsabilité du médecin de l'EN pourrait en résulter.

Il ressort de cette brève analyse que le seul cadre dont pourrait relever le médecin ne respectant pas la loi en matière de bilan de la 6ème année serait celui d'une procédure disciplinaire. Le fonctionnaire est en effet tenu d'obéir à ses supérieurs hiérarchiques sauf si l'ordre donné est manifestement illégal ou de nature à troubler gravement l'ordre public (cours donné à l'ENSP par M.Moquet-Anger, professeure de droit à la faculté de Rennes, 2003). Les recherches bibliographiques n'ont cependant pas retrouvé trace de sanctions disciplinaires, et les consueurs interrogées ne font état que d'une convocation par le médecin CT pour éclaircir les raisons de l'écart à la loi et procéder si besoin à un rappel à l'ordre. De plus une sanction plus sévère pourrait vraisemblablement être plaidée en appel, dans la mesure où il s'agit d'un report d'activité sur d'autres missions et non d'une opposition caractérisée aux consignes hiérarchiques. ***Quoiqu'il en soit on ne peut totalement écarter l'éventualité qu'un médecin de l'EN soit poursuivi dans le cas de figure étudié pour «manquement caractérisé aux obligations professionnelles », même si dans les faits aucun médecin ne semble l'avoir été.***

3.3 Des difficultés d'application d'origine juridique ?

Il est essentiel qu'une loi s'inscrive dans la durée car il serait difficile de vivre dans un monde où les lois seraient en perpétuelle mutation, cependant la confrontation d'un texte figé et d'un monde en constante évolution n'est pas sans poser problème. Ainsi, en soixante ans d'existence, l'article L. 541-1 a vu changer radicalement son contexte d'application, par l'adjonction de nouveaux textes et l'apparition de nouvelles conditions d'exercice :

3.3.1 L'interférence des autres textes légaux :

Depuis l'édiction de la loi relative aux bilans de la 6^{ème} année, de multiples missions sont venues se surajouter aux fonctions initiales des médecins de l'EN. Si la grande majorité d'entre elles ne relève « que » de circulaires et ne saurait donc prendre le pas sur une loi, deux missions sont cependant à même d'interférer :

- Le Code du travail impose aux médecins de l'EN d'établir chaque année des certificats d'aptitude au travail sur machines dangereuses pour les élèves mineurs¹⁸, certificat au vu duquel l'inspecteur du travail accorde ou non une dérogation. Cette mission, quoique contestée pour son aspect purement consultatif, est généralement remplie avec assiduité par les médecins de l'EN de peur de voir leur responsabilité engagée lors d'un accident du travail.
- Depuis la redéfinition des modalités de prises en compte des contre-indications à la pratique de l'Education Physique et Sportive (EPS) par le décret n° 88-977¹⁹ du 11 octobre 1988 et l'arrêté du 13 septembre 1989²⁰, le contrôle médical préalable n'est plus nécessaire pour suivre cet enseignement, ni pour pratiquer le sport scolaire dans le cadre de l'association sportive, sauf participation des élèves aux épreuves sportives inscrites au calendrier officiel des compétitions²¹. Néanmoins « les élèves partiellement ou totalement inaptes, pour une durée supérieure à trois mois, consécutifs ou cumulés, doivent faire l'objet d'une surveillance spécifique »²² qui est du ressort du médecin de l'EN même si celui-ci y consacre assez peu de temps.

¹⁸ REPUBLIQUE FRANCAISE, Article R 234-22, *Code du Travail*.

¹⁹ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1988.-Décret n° 88-977¹⁹ du 11 octobre 1988, *Journal Officiel*.

²⁰ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1989.-Arrêté du 13 septembre 1989, *Journal Officiel*.

²¹ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1987.-Décret n° 87-473 du 1^{er} Juillet 1987, *Journal Officiel*.

²² REPUBLIQUE FRANCAISE, 1990.-Circulaire n° 90-107 du 17 mai 1990 : Contrôle des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement. *BO n° 25 du 21 Juin 1990*.

3.3.2 Une loi obsolète ?

Depuis l'édiction de la loi de nombreux événements sont intervenus qui conduisent certains à la remettre en cause :

A) Le changement de contexte sanitaire et social :

a) *Le contexte ayant présidé à l'élaboration de la loi :*

Alors que jusqu'à la seconde Guerre Mondiale, les trois quart de la population française n'ont pas accès aux soins médicaux²³, l'après guerre est marquée par la mise en place d'un grand nombre de mesures à caractère sanitaire et social : 1945 voit la naissance de la Sécurité Sociale et la redéfinition des missions de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), créée 3 ans plus tôt²⁴, 1946 l'avènement de la médecine du travail. Cette période se distingue également par l'essor des hôpitaux grâce à la croissance économique et par d'importants progrès médicaux, tels que l'apparition des antibiotiques autour des années 40. C'est dans ce contexte que paraît au Journal Officiel du 18 Octobre 1945 l'ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945, également publiée dans le Code de la Santé Publique. Elle porte création d'un « service national d'hygiène scolaire et universitaire » relevant du ministère de l'Education nationale et chargé de réaliser des visites médicales systématiques pour les élèves, les étudiants mais aussi les personnels. **Elle prévoit pour les élèves une visite obligatoire et gratuite au cours de leur 6ème année, la visite « d'incorporation scolaire » dont le décret du 26 novembre 1946** fixera les modalités d'application. Instaurée dans un cadre hygiéniste, Il s'agit à l'époque «de mettre en œuvre des mesures d'urgence de protection de la population face aux situations de précarité physique et sociale engendrées par la guerre ». Le but principal est alors de lutter contre la tuberculose qui a littéralement explosé durant les années d'occupation et de faire reculer les conséquences de la malnutrition, notamment le rachitisme²⁵.

b) *Le contexte actuel :*

Un tout autre contexte sanitaire :

²³ MURARD L, ZYLBERMANN P, *La santé publique, une belle centenaire*, Impact Médecin Hebdo, n° 569, 1^{er} mars 2002, pp 10-11

²⁴ BRODIN M., *Un siècle de santé publique*, Politique Santé, Décembre 1997, pp26-27 (16p),

²⁵ HARDY-DURST J., HYBERT M., RIGAUDY T., *Les services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Education nationale*, Education Nationale, 222p

Le contexte sanitaire a radicalement changé depuis l'avènement de la loi, les maladies infectieuses, dont la tuberculose, et les carences alimentaires ont considérablement régressé. Il s'agit moins aujourd'hui « de lutter contre la mortalité infantile que de faire reculer la morbidité, et moins de s'attaquer aux maladies infectieuses et aux carences alimentaires qu'aux affections d'origine psychosociales ».

Fidèle reflet de cette évolution, **les principales pathologies rencontrées en milieu scolaire ne sont plus infectieuses et carencielles** : Le premier volet de l'enquête triennale réalisée en 1999-2000 en milieu scolaire sur 30 000 enfants et publiée par la DREES²⁶ (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) recense les problèmes de santé dépistés lors du bilan de la sixième année, la qualité de l'échantillonnage permettant de l'extrapoler au niveau national : **Troubles oculaires** (13% des enfants portent des lunettes, 25% ont été dépistés lors de l'examen), **caries dentaires** (15% d'enfants présentant au moins deux caries), **surpoids** (15% dont 4% d'obésité), **asthme** (11%), **vaccinations non à jour** (6% pour la rougeole). Il faut noter l'existence de grandes disparités selon les régions avec un rapport pouvant aller de 1 à 2 (lunettes, vaccins, surpoids) ou de 1 à 7 (caries), les enfants en ZEP ayant par ailleurs une plus grande fréquence de surpoids, et de problèmes bucco-dentaires. **Les troubles du langage** ne sont pas en reste avec, selon les tests passés, 8 à 17% d'enfants présentant des résultats inférieurs à la norme (conscience phonologique, vocabulaire, troubles de la syntaxe et troubles de l'élocution)²⁷, les enfants scolarisés en ZEP ayant là aussi de moins bons résultats²⁸. La prévalence du dépistage de **la maltraitance** lors des bilans de la 6^{ème} année reste assez stable, de l'ordre de 1 à 2%, avec cependant de grandes différences géographiques et notamment une prévalence accrue dans les zones rurales. D'autres sources de renseignements complètent ce tableau, soulignant l'importance des **troubles psychoaffectifs** dans le primaire où l'analyse des données des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile retrouve une prévalence de consultations pour la tranche des 5 à 9 ans de 3,6%²⁹. Les **accidents** quoique source de morbidité n'appartiennent pas strictement au cadre du bilan de la 6^{ème} année.

²⁶ GUIGNON N., NIEL X., *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions*, DREES, Etudes et Résultats n° 250, Juillet 2003, 12p

²⁷ GUIGNON N., *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*, DREES, Etudes et Résultats n° 155, Janvier 2002, 8p

²⁸ GUIGNON N., NIEL X., *Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans*, BEH n° 39, 30 septembre 2003, pp 181-184

²⁹ TURSZ A., ROMANO M-C, *La santé des enfants, la santé scolaire. Une réponse et un dispositif appropriés ?* Actualité et dossier en santé publique n° 21 Décembre 1997 pp 2-7

Les différences constatées en ZEP plaident pour une prise en compte de la fragilité de certaines catégories sociales dans la politique de prévention, démarche d'ores et déjà réalisée par les services de médecine scolaire, de PMI et les services départementaux de l'aide et de l'action sociale. Les disparités géographiques ont pour leur part présidé à la mise en place des plans régionaux de santé avec la définition de priorités sanitaires « collant » aux réalités régionales.

Un accès aux soins inégal et menacé :

L'accès s'est amélioré par rapport au milieu du siècle dernier mais pour autant tout n'est pas idyllique et de graves dysfonctionnements subsistent :

L'offre de soins est en baisse. Bien que la densité globale en médecin soit passée de 206 médecins en activité pour 100 000 habitants en métropole en 1979 à 327 pour 100 000 en 2002, le manque de médecins commence à se faire sentir. Selon les dernières projections démographiques de la DREES, même en augmentant le numerus clausus de 4700 à 8000 places, la densité de médecins en métropole devrait chuter de 15 à 20% d'ici 2012, voire de 40% si l'on tient compte la féminisation du corps médical et de la diminution du temps de travail. D'après un conseiller national de l'ordre des Médecins³⁰ « Une inégalité de répartition géographique », notamment pour les spécialistes, et « l'émergence de zones de désertification médicale » (zones rurales déshéritées, isolées, et zones d'insécurité urbaines) » sont d'ores et déjà sensibles. Les hôpitaux ne sont pas épargnés par les difficultés : services souvent surchargés, délais d'hospitalisation ou de consultations interminables, restriction de budgets et de personnels... Certaines zones souffrent d'un manque chronique de structures d'hospitalisation ou de prises en charge, le secteur psychiatrique étant globalement déficitaire (centres médico-psychiatriques, centres médico-psycho-pédagogiques...), avec par endroit de véritables déserts...

L'offre de soins n'est cependant pas le seul déterminant de l'accès aux soins : Malgré la reprise économique amorcée en 1997, le taux de pauvreté reste stable : 7% des ménages disposent de ressources inférieures au seuil de pauvreté, la proportion de ménages en dessous de ce seuil variant de 1 à 7 d'une région à l'autre selon « une sorte de grand Z sur la carte de France », les plus touchés étant au nord et au sud³¹. **Actuellement plus**

³⁰ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Démographie médicale française. Situation au premier Janvier 2003* /. Etude n° 36. Partenariat avec le CREDES, Décembre 2003

³¹ BISSUEL B. *Dossier 1- Une société française à deux vitesses : la France continue d'abriter de grandes disparités sociales*. Le Monde. Dossiers et Documents, décembre 2002 pp 1-8.

de 20% de la population déclare renoncer à des soins par manque d'argent³². 150 000 personnes environ n'ont pas ou n'arrivent pas à faire valoir de droits à l'assurance maladie. 9,5 millions de personnes n'ont ni mutuelle, ni assurance complémentaire. Parmi celles-ci, 2,5 millions seulement bénéficient d'une prise en charge à 100% dans le cadre de l'aide médicale gratuite, dans des conditions inégales selon les départements. Parallèlement « la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires a fortement baissé depuis vingt ans », remettant gravement en cause « l'accès de tous aux soins ». Face à ces réalités la médecine scolaire prend toute son importance en offrant à tous un accès gratuit au dépistage et en facilitant l'accès aux soins.

B) Une médecine scolaire délibérément différente :

a) *Un florilège de missions :*

Le passage du service de santé scolaire du ministère de la santé vers le ministère de l'EN en 1991, s'est accompagné d'une redéfinition des rôles et des missions des médecins³³. **Si les bilans systématiques demeurent d'actualité, ils côtoient désormais de multiples champs d'intervention, réaffirmés à chaque nouvelle circulaire**: éducation à la santé, visites à la demande, surveillance de l'hygiène et de l'ergonomie, intégration et suivi des enfants en difficultés (convention d'intégration, projet d'accueil individualisé...), intervention en cas de maladie transmissibles, de maltraitance, d'événements graves survenus dans la communauté scolaire, conseil technique et formation de la communauté éducative, expertise, établissement de statistiques, etc... Cette diversification des missions n'est pas sans lien avec l'élargissement progressif du concept même de la santé, dont la définition est passée de l'absence de maladie à un état de bien être physique et mental. A mille lieues du « service national d'hygiène scolaire et universitaire », « la mission de promotion de la santé en faveur des élèves » se veut polyvalente et présente sur tous ses champs d'intervention. Face à un tel élargissement des missions, il est logique que certains remettent en cause « la priorité quasi obsessionnelle mise sur les examens de santé systématiques »³⁴ et que de nouvelles

³² PERES R, *Thèmes d'actualité sanitaires et sociaux 2003-2004*, Editions Vuibert Guides, Janvier 2003, Chapitre : Exclusion sociale et santé, p 21

³³ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001.-Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 : Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, C n° 2001-013 : Missions des médecins de l'Education Nationale. *Journal Officiel*.

³⁴ TRICOIRE M., POMMIER J., DESCHAMPS J.P. *La Santé scolaire en France : Evolution et perspectives*, Santé publique 1998, volume 10, n°3, pp 257-267

modalités de travail soient mises en œuvre, « fondées largement sur les méthodes de santé publique enseignées lors de la formation statutaire des médecins, et sur les partenariats instaurés au sein des établissements ». En 1999 le rapport IGAS/IGAEN préconisait déjà un recadrage de l'activité des médecins de l'EN sur les élèves signalés par l'infirmière scolaire ou l'équipe éducative, affirmant que « Pour répondre aux besoins le médecin doit cibler ses interventions : suivre moins d'élèves mais de manière plus approfondie et dans la durée. »

Dans la même optique, il soulignait qu'une part trop importante du temps médical était consacrée aux bilans, et recommandait l'abandon du bilan d'orientation et du bilan de la 6^{ème} année, jugé trop tardif dans la scolarité : Les auteurs suggéraient de remplacer le bilan de 3-4 ans et le bilan de 5-6 ans par un bilan pratiqué en moyenne section, à charge pour les familles de « faire réaliser ces examens par le médecin traitant ou la PMI », le médecin de l'EN n'intervenant dès lors qu'à partir du CP pour « vérifier sur le carnet de santé que l'enfant a bien fait l'objet entre 4 et 5 ans de l'ensemble des examens prévus et qu'il est pris en charge pour les problèmes détectés ».

b) Des effectifs croissants en médecins de l'EN :

En 2003, 2034 médecins sont inscrits en métropole comme exerçant la médecine scolaire, soit 9% de l'ensemble des médecins recensés par le conseil de l'Ordre. Alors que les effectifs des élèves du premier et du second degré ont baissé de 2,3% de 1990 à 1998³⁵, les effectifs des médecins de l'EN ont augmenté passant de 950 médecins en 1989 soit 1246 emplois temps pleins (ETP)³⁶, à 1654,4 ETP en 1991 et 1941,3 ETP en 98. **Ceci correspond à un nombre d'élèves par médecin de 6400 en 1998 contre 7710 en 1991 et 10 000 en 1989.** On note toutefois une relative stagnation depuis 1997 et une proportion toujours excessive de vacataires (37,6% en 1998), avec une « difficulté, voire une impossibilité de recruter sur certaines zones géographiques ».

c) De nouveaux paramètres en médecine scolaire :

La réduction annoncée des budgets et des personnels :

³⁵ LAGARDERE M.L, DIDIER-COURBIN P., LAGARRIGUE C. et al. *Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves*. IGAS-IGAEN, 1999.92+ 46p.

³⁶ GIRARD J.F., *Démographie Médicale : Débouchés et Réorientations*, Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, Juillet 1991, 83p.

En France les fonctionnaires représentent 22% de la population active. Le ministère de l'Education Nationale étant le premier en terme de personnels (plus d'un million de fonctionnaires) et de budget (52 milliards d'Euros dont 94% consacrés aux rémunérations), il sera inévitablement concerné par la vague d'économies. Alors qu'un tiers des effectifs actuels arriveront en fin de carrière d'ici 2012, seul un départ en retraite sur deux devrait être remplacé. Un « accroissement de productivité »³⁷ sera également exigé, les primes au mérite ayant déjà fait leur apparition au ministère des finances. Enfin les administrations devront justifier leurs dépenses dès le premier euro, « avec le risque de voir leurs crédits amputés l'année d'après en cas de mauvais résultats ». Si les particularités de la médecine scolaire ne sont pas prises en compte, celle-ci sera touchée de plein fouet par la compression des personnels et des budgets, et ce bien qu'elle ne soit pour l'heure ni pléthorique, ni encline au gaspillage. Quant aux primes de productivité, il est à espérer que les indicateurs retenus ne seront pas exclusivement quantitatifs, bien qu'il soit difficile de faire la preuve du service rendu en médecine préventive.

L'arrivée des tests de dépistage des troubles du langage :

D'après les évaluations nationales de 1999³⁸, 14,9% des élèves sont en difficultés de lecture à l'entrée en 6^{ème} dont 5 à 8% en grandes difficultés. Publié en juillet 2000, le rapport de J.C RINGARD³⁹ a abouti à la loi de modernisation sociale⁴⁰ de 2002 qui rend obligatoire le dépistage des troubles du langage au cours du bilan de la 6^{ème} année. Parmi les outils recommandés pour ce dépistage, le BSEDS mis au point par le laboratoire de cogniscience de l'IUFM de Grenoble et enseigné à l'ENSP est en plein essor. Ce test fait montre d'une remarquable prédictibilité puisque son utilisation en grande section de maternelle, permet de dépister 77% des futurs non lecteurs⁴¹. Or l'usage de cet outil qui tend à se généraliser donne des arguments aux défenseurs de la loi :

³⁷ LANDRE M., TANGUY G., *Fonctionnaires : Ce qui les attend*, L'Expansion : Avril 2004 : N°685, pp. 36-57

³⁸ DAURELLE P. *Vers un nouveau bilan médical de la sixième année : Pour une approche partenariale des troubles d'apprentissage*, Mémoire de Médecin de l'EN : ENSP, 2001. 63p

³⁹ RINGARD J.C, « A propos de l'enfant « dysphasique », l'enfant « dyslexique » Rapport Ministère de l'Education Nationale, 5 Juillet 2000

⁴⁰ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002.- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, *Code de la Santé Publique*, p186.

⁴¹ ALLAMAND H., AZZANO V., BOILLEY A., et al. *Bilan de santé – Evaluation du développement pour la scolarité 5 à 6 ans : BSEDS 5/6, version 3* IUFM académie de Grenoble, Laboratoire Cogni-sciences, Octobre 2003, 63p.

- D'une part sur la nécessité de voir *tous* les enfants puisque qu'il s'avère que le repérage enseignant laisse échapper 30% des enfants mis en difficultés par bilan standard, ce qui pose la question d'un ciblage efficace.
- Et d'autre part sur la nécessité de respecter la tranche d'âge « légale », les dernières recherches révélant l'existence d'un âge optimum pour l'apprentissage de la lecture et donc pour la remédiation des anomalies dépistées. Il a été démontré qu'un entraînement phonologique de « 5 à 18 heures » était optimal et que la période de prise en charge la plus efficace se situait en grande section de maternelle plutôt qu'en CP ou CE1.⁴²

Ainsi le dépistage des troubles de l'apprentissage est-il venu réactualiser la loi, quoique pour des raisons radicalement différentes de sa justification initiale.

La fin de la collaboration avec les infirmières de l'EN ?

Réunion initiale de trois corps collaborant aux mêmes objectifs, le service de promotion de la santé a littéralement éclaté en 1991, lorsque le décret 91-1195 « a réalisé une aberration de santé publique » en séparant le service médical du service infirmier. Les années 70 avaient déjà vu les assistantes sociales se centrer sur le secondaire et constituer un service à part, devenu en 1991 « service social en faveur des élèves »⁴³. En 1985 les infirmières dites « de secteur » ont rejoint à l'EN les infirmières d'établissement, les premières étant placées sous l'autorité de l'inspecteur d'Académie et les secondes sous celle des chefs d'établissement. Leur désir d'autonomie est reconnu en 1991, les actions de santé étant dès lors assurées par « deux services qui agissent en étroite collaboration... : le service médical et le service infirmier ». La nature de cette collaboration est cependant laissée à l'appréciation des infirmières CT, certaines préférant investir dans un suivi renforcé des primaires et une présence accrue des secondaires plutôt que dans la réalisation d'un bilan de 6^{ème} année qui ne leur est pas opposable. Par ailleurs la pénurie d'infirmières, déjà sensible en libéral et en hospitalier, pourrait à terme gêner le recrutement. En 1999, le rapport de l'IGAS/IGAEN⁴⁴ souligne que les missions des médecins et des infirmières ne sont « ni indépendantes ni identiques » mais

⁴² DAURELLE P. *Vers un nouveau bilan médical de la sixième année : Pour une approche partenariale des troubles d'apprentissage*, Mémoire de Médecin de l'EN : ENSP, 2001. 63p

⁴³ TRICOIRE M., POMMIER J., DESCHAMPS J.P. *La Santé scolaire en France : Evolution et perspectives*, Santé publique 1998, volume 10, n°3, pp 257-267

⁴⁴ LAGARDERE M.L, DIDIER-COURBIN P., LAGARRIGUE C. et al. *Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves*. IGAS-IGAEN, 1999.92+46p.

complémentaires et regrette que « dans la circulaire du 24 juin 1991...ces missions soient très proches » et source de confusion. Il préconise une révision des textes fondateurs de 1991 « afin de clarifier et de recentrer les missions de chaque type de personnel », et afin de mettre fin à une situation de concurrence ou de conflit entre les services. Le rapport note encore que « Le personnel médical serait plus utile dans une fonction de diagnostic auprès des élèves signalés par l'infirmière scolaire ou l'équipe éducative et dans une fonction de suivi de la réalité de la prise en charge... » que dans les bilans systématiques.

3.3.3 Une loi méconnue par les acteurs de terrain ?

L'éventualité d'une méconnaissance de la loi par les médecins de l'EN est peu probable compte tenu de l'incessante référence à l'obligation légale faite dans les circulaires depuis plus d'un demi siècle. Les objectifs légaux sont omniprésents sur le terrain, qu'il s'agisse pour les médecins de les appliquer ou de les remettre en question.

3.3.4 Une loi oubliée par le législateur ?

La révision d'une loi n'est pas une mince affaire : la proposition doit en être faite par le gouvernement, un député ou un sénateur, puis l'assemblée nationale et le sénat doivent l'entériner, et enfin le nouveau texte doit être publié au Journal Officiel. Cette lourde procédure explique qu'un certain nombre de lois aux implications mineures ne soient pas révisées et tombent simplement en désuétude lorsque le fossé se creuse avec la réalité. Lorsque les lois concernent des domaines plus importants le décalage avec la réalité donne lieu à des jurisprudences qui sont rendues pour des cas particuliers mais dont l'accumulation conduit à réviser la loi. Pour un citoyen il est étonnant de constater que les lois ne sont pas réexaminées de façon systématique mais remises en question de façon aléatoire lorsque leur application pose trop de problèmes. Dans le cas du bilan de 6^{ème} année, l'adjonction récente apportée à l'article L 541-1 par la loi de modernisation sociale en 2002, semble indiquer que le législateur s'est de nouveau penché sur la loi et l'a sciemment reconduite. Pour autant, à la lecture des délibérations des 2004 sur le projet de décentralisation de la médecine scolaire, on peut se demander si ces hauts fonctionnaires ont une idée très exacte de ce métier, par ailleurs assez mal connu du grand public...

4 L'ANALYSE DES PRATIQUES DE TERRAIN :

Elle fera appel à l'étude des rapports d'activité puis à l'exposé de l'enquête de terrain.

4.1 L'étude des rapports d'activité du service de promotion de la santé en faveur des élèves :

4.1.1 La méthodologie :

Sept rapports d'activité ont été analysés dans la triple optique d'évaluer l'ampleur de l'écart à la loi, d'en identifier les différents facteurs et de comprendre leur imbrication. Deux thèmes ont servis de support à cette analyse : **Le thème du choix**, qui suppose que le non respect de la loi est une démarche volontaire sous tendue par un questionnement sur la pertinence de la loi, et **le thème des contraintes** qui, imposées par le contexte d'application, pose le problème en terme de faisabilité.

Le choix des rapports a tenu compte de leur accessibilité mais aussi de l'intérêt d'accéder aux différents niveaux d'analyse et de décision. Ont ainsi été retenus :

- Les rapports d'activité nationaux des années scolaires 1991-92⁴⁵ et 2001-2002⁴⁶, le premier étant à la fois qualitatif et parcellaire, le second étant quantitatif.
- Le rapport d'activité de l'académie de Rennes pour l'année 2000-2001⁴⁷ qui permet de comparer l'Ille et Vilaine avec ses proches voisins.
- Enfin les quatre rapports départementaux qui concernent, pour les trois premiers, l'activité des médecins de Seine Maritime en 2000-2001⁴⁸, 2001-2002⁴⁹ et 2002-2003⁵⁰ et pour le dernier, celle des médecins d'Ille et Vilaine en 2001-2002⁵¹. La

⁴⁵ BRICE J. *Rapport annuel médical 1991-1992*. Ministère de l'Education Nationale, 1993. 124p.

⁴⁶ *Bilan des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistant(e)s de service social, les infirmier(ère)s et les médecins dans les écoles et les établissements scolaires*. Ministère de l'Education Nationale, Année scolaire 2000-2001. 78p.

⁴⁷ MAITROT C. *Rapport annuel d'activité des médecins de l'académie de Rennes*, Ministère de l'Education Nationale, Année Scolaire 2000-2001. 69p.

⁴⁸ *Service de promotion de la santé en faveur des élèves, Recueil de données statistiques du département de Seine Maritime*. Ministère de l'Education Nationale, Année 2000-2001. 64p

⁴⁹ *Mission de promotion de la santé en faveur des élèves, Recueil de données statistiques du département de Seine Maritime*. Ministère de l'Education Nationale, Année 2001-2002. 57p

⁵⁰ *Mission de promotion de la santé en faveur des élèves, Recueil de données statistiques du département de Seine Maritime*. Ministère de l'Education Nationale, Année 2002-2003. 60p

⁵¹ *Médecins de l'Education Nationale, Rapport annuel 2001-2002, Ille et Vilaine*, Ministère de l'éducation nationale, Année Scolaire 2001-2002.

politique de bilans systématiques menée en Seine maritime a ainsi été comparée avec le ciblage prôné en Ille et Vilaine, ces deux départements faisant ensuite l'objet de l'enquête de terrain exposée dans la dernière partie du mémoire.

4.1.2 L'analyse des résultats :

A) Quelle est l'ampleur de l'écart à la loi ?

Le rapport national prouve qu'**en 1991-92 l'écart à la loi était déjà sensible** puisque le taux de couverture en bilans de la 6ème année y était en moyenne de 88% pour les 14 départements répondeurs. Neuf ans plus tard, la situation n'a guère progressé malgré l'impact des circulaires, la moyenne nationale reculant de 8%, soit 80% en 2000-2001. Cette réalité nationale d'un écart à la loi chronique recouvre de **grandes disparités régionales**, 5 académies ayant un taux de bilans inférieur à 60% en 2000-2001 et 11 supérieur à 80%. Pour autant **aucune académie n'a atteint en 2000-2001 les 100% prônés par la loi, le meilleur « score » étant de 90%**. Un taux de couverture proche de 100% est certes revendiqué en 1991-92 par l'académie de Dijon, mais il est obtenu pour partie en CP ce qui le disqualifie d'un point de vue légal... L'Ille et Vilaine s'est démarquée très tôt de la politique nationale par une approche ciblée dont on retrouve la trace dès 1991-92. Les taux en bilans systématiques y demeurent remarquablement bas en 2001-2002 avec 22% de bilans de la 6ème année et 25% de bilans d'orientation.

Si l'écart à la loi est présent sur l'ensemble du territoire, on ne saurait le généraliser car les taux académiques, en tant que moyennes, ont tendance à gommer les disparités départementales : Ainsi la proximité des pourcentages observés entre l'académie de Rennes et celle de Rouen en 2000-2001 (respectivement de 65 et 68%) ne peut s'expliquer, compte tenu des différences de politiques menées en Ille et Vilaine et en Seine Maritime, que par un effet compensateur des autres départements.

D'autres inégalités subsistent : ainsi en 2000-2001 la proportion de bilans de six ans effectués en Seine Maritime était de 93% en public, contre 67% en privé. Quoique corrigé l'année suivante, l'existence d'un décalage similaire en Ille et Vilaine et dans l'académie de Rennes (64,9% contre 43,9% en 2000-2001) écarte l'éventualité d'un épiphénomène. **La moindre couverture en bilans de la sixième année des établissements privés, tire le pourcentage global vers le bas et creuse l'écart à la loi, introduisant par ailleurs une inégalité de traitement entre l'école publique et l'école privée.**

Enfin l'ultime entorse à la loi réside dans les dérogations à l'âge légal qui restent heureusement l'exception : En Seine Maritime, les bilans ont été réalisés à 97% au CP en 2000-2001 et à 85% en 2001-2002. .

B) Les facteurs influant sur le non-respect de la loi :

a) *Un choix raisonné ?*

Le choix de ne pas respecter la loi peut relever de deux logiques différentes :

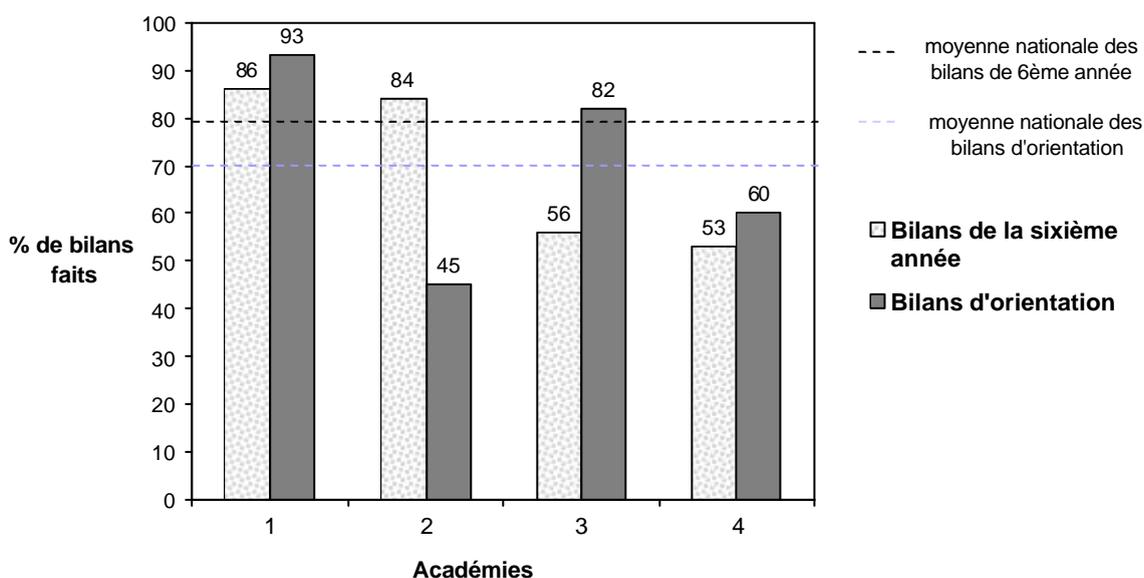
- **Une remise en cause de l'intérêt même du bilan de sixième année** qui sera débattue dans la partie « enquête » du mémoire.
- **Et/ou une contestation de son application systématique à la tranche d'âge considérée :**

La contestation du caractère systématique du bilan de 6ème année est assurément impliquée dans l'écart à la loi mais il est difficile de déduire des seuls chiffres qui du choix et qui des obstacles est le plus « coupable » de l'écart à la loi. Les premiers éléments de discussion sont fournis par les bilans d'orientation :

Si les « scores » nationaux des bilans d'orientation sont globalement inférieurs aux bilans de la 6ème année (65% versus 88% en 1991-92 et 70% versus 80% en 2000-2001) Ils recouvrent des stratégies académiques très variées en matière de bilans systématiques (fig.1) : Certaines académies les délaissent globalement (Amiens), d'autres au contraire les privilégient (Strasbourg). A l'inverse des taux dissociés peuvent traduire des obstacles électifs à l'un des deux bilans ou le choix délibéré de « sacrifier » une tranche d'âge, face à l'impossibilité de mener de front un double dépistage. En Martinique il est curieux de constater que c'est le bilan imposé par la loi qui a été sacrifié, peut être en réponse à des contraintes particulières.

Figure1

**Taux comparatifs des bilans systématiques selon les académies en 2000-2001 :
Strasbourg (1), Bordeaux (2), Martinique(3), Amiens(4)**



L'opposition à des bilans de 6^{ème} année systématiques traduit deux logiques intriquées :

Les uns posent le problème en terme de rentabilité, estimant abusif de bloquer autant de temps et de moyens pour d'aussi maigres résultats alors qu'il existe des alternatives s'appuyant sur le repérage préalable des enfants en difficultés :

- Le docteur J. BRICE consignait déjà dans le rapport national de 1991-1992 que les médecins de l'EN avaient « choisi d'abandonner les techniques systématiques », dans un souci d'efficacité, et de cibler les actions de dépistage et de suivi « sur les populations qui n'en bénéficient pas autrement et sur les pathologies « oubliées » par les médecins généralistes ».
- Le médecin CT actuel de l'Ille et Vilaine relève pour sa part qu'en 2001-2002 « 37% des élèves examinés font l'objet d'un ou plusieurs avis, soit 8% de la population relevant du bilan de la 6^{ème} année ce qui semble correspondre aux évaluations statistiques des élèves fragilisés pour cette tranche d'âge ». En d'autres termes l'application d'une politique ciblée semble donner en Ille et Vilaine des résultats similaires à ceux d'une politique systématique. La rentabilité des bilans d'orientation est encore plus contestée car seuls « 22% des élèves vus à cette occasion donnent lieu à un ou plusieurs avis » et seuls 0,16% des élèves font finalement l'objet d'une contre-indication à leurs vœux initiaux. Si ces premiers résultats plaident contre la loi, les résultats d'une comparaison entre l'Ille et Vilaine et la Seine Maritime pour l'année 2001-2002 sont plus mitigés :
 - ***Comment expliquer que les bilans de 6^{ème} année donnent lieu à plus d'avis en Seine Maritime (60,9%) qu'en Ille et Vilaine (42%) alors que cette dernière réserve les bilans aux enfants en difficultés ?*** Comment peut il y avoir plus de pathologies dépistées dans une population tout venant que dans une population ciblée ? Existe-t-il un biais lié à la comptabilisation des avis écrits/oraux ? Les enfants d'Ille et Vilaine sont ils mieux pris en charge préalablement au bilan de CP ? Ces hypothèses mériteraient une étude complémentaire car en l'absence de biais ces résultats seraient à porter au discredit d'une politique ciblée, d'autant que le même phénomène affecte les bilans d'orientation dont les taux d'avis sont de 47% en Seine Maritime contre 22% en Ille et Vilaine. ***Le rapport d'activité 2000-2001 des médecins de l'académie de Rennes objective ce même défaut de corrélation entre l'existence d'un ciblage et le taux d'avis donnés :*** Ainsi le département 22 a un taux de couverture en bilans de la 6^{ème} année de 80,1% et un taux d'avis donnés de 35,5% alors que l'Ille et Vilaine a un taux d'avis similaire pour un taux de couverture en école publique de 31,4%.
 - ***Plus logiquement on constate que pour les bilans de 6^{ème} année les taux d'avis suivis d'effets sont plus élevés en Ille et Vilaine (49,8%) que dans les autres départements de l'académie et supérieurs à la moyenne nationale***

(33%). Il est difficile de savoir si ces bons résultats sont imputables à un surcroît d'efficacité des médecins bretons ou à un meilleur suivi des avis donnés mais il est à noter que le rapport s'inverse pour les bilans d'orientations (19,8% d'avis suivis d'effets en Ile et Vilaine contre 43 à 56% dans les autres départements).

Ces résultats contradictoires ne permettent pas de conclure quant à la rentabilité d'une politique de ciblage, argument pourtant avancé par les opposants à la loi.

D'autres insistent sur le coût de l'application de la loi, notamment au regard des autres missions dévolues aux médecins de l'EN : Déjà dans le rapport national de 1991-92, le recteur de l'Académie de Grenoble regrette que « les nombreux bilans systématiques », le manque de moyens et « les directives nationales trop générales et exhaustives » ne permettent pas aux médecins et aux infirmières de s'investir dans un travail éducatif. Reconnaisant que le principe d'égalité « parfaitement louable s'est souvent traduit par un « émiettement » du travail et de grandes difficultés à assumer la continuité auprès des élèves et de tous les écoles et établissements. » il ajoute que « Si le bilan des 5-6 ans doit être réalisé à 100%... l'ensemble des autres activités doit être différencié en fonction des écoles et des établissements prioritaires ». On notera l'emploi révélateur du « si » s'agissant d'une loi déjà votée et l'argumentation portant sur l'impossibilité de concilier les bilans systématiques avec l'ensemble des autres missions.

En Ile et Vilaine, l'objectif affiché est de redonner aux médecins la possibilité d'investir d'autres champs d'activité, et tout particulièrement le suivi des enfants en difficulté. Les chiffres 2001-2002 de l'académie de Rennes confirment de fait que ***le département d'Ile et Vilaine est celui où les médecins consacrent le plus de temps au suivi des élèves hors visites médicales, soit 22% de leur temps pour une moyenne académique de 17%. Le temps consacré aux actions collectives (conseil technique, formation, réunions/enquêtes/travail administratif) est également majoré par rapport aux autres départements : 25,5% pour 16,16% en moyenne dans les autres départements.*** Le rapport d'activité d'Ile et Vilaine de l'année suivante précise la répartition du temps de travail des médecins : 31% est consacré aux « examens », 26% au suivi, 15% au conseil technique, 6,7% à d'autres tâches (secrétariat), 5,6% aux trajets en cours de journée, 0,6% à la réponse à l'urgence, 0,5% à la formation et 15 à 20 minutes par jour sont « non identifiées ». Il est dommage que l'absence de recueil de données similaires en Seine Maritime interdise la comparaison.

Lorsque la loi est remise en cause, seule une politique de ciblage permet de garantir que le choix des enfants privés de leur droit au dépistage répondra à des critères raisonnés et non arbitraires. Ainsi en Ile et Vilaine le bilan concerne « 100% des enfants n'ayant pas bénéficié d'un bilan en moyenne section de maternelle » et à 100% « des

enfants présentant un facteur de risque, repérés à partir de la fiche de liaison PMI, de la fiche de renseignements des parents et du signalement de l'équipe éducative ».

b) *Besoins spécifiques et moyens limités : Des contraintes incontournables ?*

Les contraintes liés à des besoins spécifiques :

La lecture du rapport national de 1991-1992 démontre que *certaines spécificités locales influent sur le respect de la loi*. Il peut s'agir :

- **De contraintes géographiques :** Comme la ruralité qui allonge et multiplie les temps de déplacement du fait de l'éloignement des écoles et rend difficile l'élaboration de « réponses (...) qui tiennent compte des ressources locales ».
- **De contraintes socioculturelles :** Les *zones d'éducation prioritaire* sont des enclaves où la loi est unanimement respectée même dans les départements adeptes du ciblage. La concentration de publics à risque ou en difficulté y rentabilise en effet l'approche systématique. Les efforts consentis pour généraliser les bilans en ZEP traduisent cependant moins le respect de la loi que la prise en compte des besoins spécifiques de publics fragiles.
- **De contraintes sanitaires :** L'existence de particularités épidémiologiques peut enfin inciter au respect de la loi comme dans l'académie des Antilles-Guyane où des problèmes sanitaires spécifiques (lèpre, paludisme, malnutrition, dengue, tuberculose, leishmaniose...) conduisent à prioriser les bilans systématiques au prix d'un centrage quasi exclusif de l'activité des médecins sur l'activité clinique.

L'analyse des trois rapports successifs de la Seine Maritime permet d'étudier :

- **L'impact de la charge de travail des médecins sur le respect de la loi :**

Les principales données statistiques collectées en Seine Maritime et regroupées dans le tableau suivant montrent que le pourcentage moyen de bilans de la sixième année effectués est en progression constante sur les trois années répertoriées :

	Année 2000-2001	Année 2001-2002	Année 2002-2003
B6 à faire :	16470	13991	14902
B6 faits :	14660	12732	13606
% de B6 faits :	89%	91%	91,3%
BO faits :	14003	12099	11666
ED faits :	16219	11793	15219
Total BO+EV :	30885	23892	26885
Total B6+BO+ED :	44882	37883	40491

B6 = Bilans de la sixième année BO = Bilans d'orientation ED = Examens à la demande

Le nombre global d'élèves est lui en régression constante sans qu'on puisse affirmer une relation de cause à effet et bien qu'intuitivement un allègement de la charge de travail puisse faciliter le respect de la loi. A l'inverse les « difficultés de couvertures des secteurs », notamment en zones rurales « où 6 secteurs sont restés vacants » en 2002-2003 peuvent retentir sur la charge de travail des médecins des secteurs voisins.

Si l'on raisonne cette fois en valeur absolue et non plus en pourcentage, le profil d'évolution des bilans de la sixième année réalisés n'est plus ascendant mais en dent de scie à l'instar des bilans potentiels. Schématiquement plus il y a de bilans à faire et plus on en fait et moins il y en a à faire et... moins on en fait. On aurait pu s'attendre à ce qu'une diminution du nombre de bilans à réaliser conduise à une amélioration de la couverture des secteurs, or il n'en est rien, le temps ainsi libéré étant apparemment reporté sur d'autres missions, à moins qu'il n'existe un « effet-plafond » en relation avec des contraintes incompressibles (absentéisme des élèves, classes vertes...). De même la diminution du nombre de bilans d'orientation ne se solde pas systématiquement par une recrudescence d'activité du côté des bilans de la 6^{ème} année, la baisse de 13,6% des bilans d'orientation constatée en 2001-2002 n'ayant pas empêché une chute de 14,05% des bilans de 6^{ème} année pratiqués. Pour sa part le nombre de bilans à la demande a baissé de 27%, puis remonté de 29%, contredisant l'impression ressentie sur le terrain d'une montée en charge de ceux-ci.

En conclusion, bien que selon une estimation faite par l'Académie de Rennes en 2000-2001, l'activité clinique des médecins représente 91% de leur temps de travail, dont « un tiers pour le bilan de six ans, un tiers pour le bilan de santé des adolescents et un tiers d'examens médicaux à la demande », les fluctuations de ces trois bilans ne semblent pas relever d'une logique de « vases communicants » : ***En Seine Maritime, l'écart à la loi ne se réduit pas forcément lorsque le nombre de bilans de 6^{ème} année à effectuer baisse, et pas davantage quand la charge de travail représentée par les bilans d'orientation et les examens à la demande baisse*** ce qui suggère que le manque de temps si souvent invoqué n'est pas l'unique obstacle au respect de la loi.

Les contraintes liées aux moyens disponibles :

D'autres contraintes en relation avec les ressources mobilisables émergent du rapport national de 1991-1992 :

- **Des contraintes liées aux ressources en personnel:** *Les carences en personnel sont clairement évoquées*, un CT du recteur se plaint « de l'insuffisance du nombre d'emplois et (de) leur inégale répartition entre les départements ».

D'autres soulignent la difficulté d'assurer la cohérence des secteurs médicaux et infirmiers, la vacance de certains postes –toujours présente en 2002-2003-, la difficulté d'affecter sur les secteurs isolés, la difficulté de remplacer les médecins en congé de maladie ou de maternité et d'utiliser pleinement les « rompus de temps partiels ». La proportion trop faible des emplois (66% fin 1993) par rapport aux vacances est également dénoncée : «...le sentiment d'imprévisibilité des crédits disponibles par département et l'impression de n'être que « de passage » provoque une insécurité préjudiciable au recrutement de médecins disponibles et motivés et une difficulté à les impliquer sur le long terme ». L'Académie de Lille souligne en outre l'hétérogénéité des niveaux de formation, de réflexion et de motivation de ces personnels.

- **Des contraintes liées aux moyens matériels** : De nombreux départements font état d'une réduction de leur budget de fonctionnement après le transfert au Ministère de l'EN, alors même que l'augmentation parallèle des emplois a accru les besoins. L'académie de Clermont-Ferrand remarque qu'il est « très difficile... aux médecins conseillers techniques départementaux d'avoir connaissance d'une enveloppe budgétaire annuelle sur laquelle ils puissent compter ». Cet « appauvrissement des moyens » est confirmé par deux académies qui observent que « le dernier trimestre de l'année civile est régulièrement sinistré ».

4.2 L'enquête de terrain :

4.2.1 La méthodologie :

A) Les outils :

L'enquête de terrain a fait appel à deux moyens d'investigation :

- D'une part **des questionnaires** conçus dans le but de repérer des divergences de pratiques et d'opinions en matière de bilan de la sixième année et donc de cibler les médecins de secteur devant être repris en entretien individuel. Deux questionnaires ont été utilisés à cette fin : Le premier plus succinct et composé majoritairement de questions fermées a été soumis aux médecins de l'EN de Seine Maritime et aux stagiaires en formation longue. Le second, destiné aux médecins d'Ille et Vilaine, a été complété par deux questions ouvertes, au cas vraisemblable où la reprise en entretien rencontrerait des problèmes de faisabilité.
- D'autre part **des entretiens semi directifs** menés à partir de grilles d'entretien et destinés à explorer les obstacles rencontrés dans l'application de la loi, les logiques d'action individuelles des médecins de secteur et les conséquences concrètes de l'application de la loi.

B) Les échantillons investigués :

Lors du premier séjour à l'ENSP, un premier questionnaire a été distribué **aux médecins en formation longue, soit 25 consoeurs d'une même promotion**. Ce choix qui peut sembler à première vue contestable était dicté par plusieurs arguments :

- ◆ La possibilité de tester le questionnaire avant l'arrivée sur le terrain de stage,
- ◆ La facilité de réalisation de l'enquête, compte tenu d'un emploi du temps partagé, ce qui n'était pas le cas avec les médecins en formation courtes
- ◆ Le mode de recrutement des stagiaires en 2003-2004 qui a rendu éligible à la formation longue des médecins chevronnés (1 à 11 ans d'ancienneté).
- ◆ L'accès à un panel de départements.
- ◆ Enfin la prise en compte de points de vue qui quoique plus « novices » sont représentatifs d'une partie des tendances du terrain.

Le choix de **la totalité des médecins en poste en Seine Maritime soit 35 consoeurs (frères)** s'est ensuite imposé du fait de la faisabilité des entretiens (absence d'obstacles géographiques rédhibitoires) et de l'évident intérêt pour ma pratique de m'interroger sur les contraintes de mon propre département d'affectation.

Enfin le choix **des médecins en poste en Ille et Vilaine soit 30 consoeurs** a été fait dans un second temps du fait de la nécessité d'étendre l'enquête et guidé par le hasard qui a voulu que le département d'Ille et Vilaine où est situé l'ENSP soit précisément un département « atypique » où l'écart à la loi est considérable.

C) Les obstacles :

Initialement, l'enquête ne devait comporter que deux séries de questionnaires, l'une destinée aux médecins de Seine Maritime et l'autre aux médecins en formation longue. L'intérêt de l'investigation en Seine Maritime résidait dans le choix d'une population de médecins soumis à des contraintes matérielles et hiérarchiques plus homogènes, afin de mieux circonscrire l'impact des contraintes spécifiques aux secteurs et des choix individuels. Or dès les premiers retours de questionnaires il est apparu que cet échantillon était remarquablement homogène du point de vue des deux critères de repérage : Tous les médecins de Seine Maritime se déclaraient favorable à la loi, et tous, sauf situations exceptionnelles d'arrêt de travail ou de mutation en cours d'année, avaient réalisé le score très « honorable » du point de vue légal de plus de 90% de bilans.

Les entretiens ne pouvant plus être ciblés et risquant fort de n'explorer qu'un seul courant de pensée et de pratique, les recherches ont dû être élargies pour donner la parole à l'« opposition ». Le questionnement étant initialement bâti sur l'existence d'un rapport d'activité attestant d'un important écart à la loi en Ille et Vilaine, un rendez-vous a été pris dès le retour à Rennes avec le médecin CT de ce département qui a explicité sa

démarche et avalisé l'envoi d'un questionnaire sur les secteurs. Le calendrier trop avancé n'a pas permis une reprise en entretien des médecins réponders.

Les questionnaires destinés aux médecins en formation longue ont été distribués en mains propres à l'ENSP, ceux destinés aux médecins de Seine Maritime ont été présentés et distribués à l'occasion de trois réunions de service. Enfin les questionnaires destinés aux médecins d'Ille et Vilaine ont été envoyés par courrier.

Le taux de réponse aux questionnaires a été de 100% en formation longue, de 70% en Seine maritime après relance et de 68% en Ille et Vilaine, soit une moyenne de 78% (67 retours sur 86 envois exploitables, 2 médecins n'exerçant plus, 2 étant à la fois stagiaires et affectés en Seine Maritime). Les données correspondant aux questions fermées ont été analysées statistiquement grâce au logiciel épi-info mais la petite taille des échantillons n'a pas permis un croisement exploitable des données.

4.2.2 Les résultats de l'enquête :

Les deux thèmes retenus pour l'étude des rapports d'activité ont là aussi servi de socle pour l'analyse des résultats, cependant ils ont été déclinés plus finement de façon à passer en revue l'ensemble des hypothèses évoquées au début du mémoire.

A) Une question de libre choix :

La décision de ne pas respecter la loi, peut résulter de deux logiques distinctes :

1. Le médecin est contre la loi et refuse de l'appliquer en plein accord avec ses convictions.
2. Le médecin est pour la loi mais décide de ne pas l'appliquer sur son propre secteur.

a) *Ceux qui sont contre...*

Les « contre » représentent une proportion non négligeable de l'ensemble de la population sondée puisque un quart des médecins interrogés (soit 17médecins) déclarent être « contre la loi » contre 55% « pour » (soit 38 médecins). Parmi les 20% restants, 4 ont répondu « oui *et* non » et 10 n'ont pas répondu ce qui suggère que la question les a embarrassés, soit par l'ambiguïté de sa formulation, soit par la complexité de la réponse.

Il est frappant de constater qu'un seul médecin se prononce contre la loi en Seine Maritime (son ancienneté est inférieure à six mois au jour du questionnaire) alors que 41% des médecins d'Ille et Vilaine et 36% des médecins en formation longue déclarent y être opposés : Sauf à penser que l'Ille et Vilaine et l'ENSP sont des viviers d'éléments

subversifs et la Seine maritime un des berceaux du civisme, on peut s'interroger sur les raisons d'un tel fossé. Deux explications peuvent être avancées :

1. Malgré l'anonymat, les médecins sont réticents à exprimer une opinion qui entre en conflit avec la politique en vigueur dans le département, mais dans cet ordre d'idée 29% des médecins d'Ille et Vilaine ont tout de même « osé » se déclarer *pour* dans un département *contre*.
2. Le fait d'être contraint à une pratique modifie l'opinion des médecins dans le sens d'une adhésion :
 - a. Soit parce que l'efficacité de la pratique systématique convertit peu à peu les médecins qui s'y adonnent.
 - b. Soit parce que les médecins se protègent inconsciemment en refusant de remettre en cause une loi qu'ils se croient acculés à appliquer et qui régit un bon tiers de leur activité.

Les arguments avancés à l'encontre de la loi sont :

Au niveau des médecins de secteurs :

- **La faible rentabilité des bilans systématiques** est souvent avancée : « Le bilan est cher et peu rentable », « Le risque Zéro coûte très cher » « les examens systématiques ne sont pas performants en santé publique », etc....
- « **L'inutilité du bilan chez les enfants qui sont bien suivis** » est également un thème récurrent, du moins du bilan « tel qu'il est conçu », certains suggérant « d'inventer un bilan simplifié pour les enfants qui vont bien ».
- D'autres remettent essentiellement en cause **la redondance que représente la succession, à un an d'intervalle, de deux bilans systématiques**, l'un relevant de la PMI et l'autre de la médecine scolaire. Cette situation légitime, notamment pour les médecins d'Ille et Vilaine, le ciblage des enfants éligibles au bilan, quelques consoeurs revendiquant de faire le bilan en CP pour cette raison même.
- Bien qu'**aucun des médecins enquêtés ne remette en cause l'existence même du bilan** auquel toutes demeurent très attachées, quelques unes s'interrogent sur son contenu : L'arrivée des tests de dépistage notamment est une source d'inquiétude, l'une résumant ainsi le sentiment de la majorité : « **Le surcroît de temps nécessaire pour le BSEDS le rend inapplicable en systématique** ». De fait parmi les rares médecins qui appliquent déjà le BSEDS de façon systématique, certains en écourtent la passation. Malgré la satisfaction de disposer d'un outil performant, de légitimes interrogations s'expriment quant à son utilisation quotidienne. Quelques unes estimant de plus que «ces tâches non médicales pourraient tout aussi bien être faites par les infirmières ».

- **L'ennui que peut générer la pratique d'un bilan systématique est finalement assez peu évoqué.** Une consœur admet cependant que « l'attitude systématique est lassante quand 29 élèves sur les 30 vus vont bien... » et d'autres qu'elles varient les missions pour lutter contre la routine. On peut s'étonner qu'aussi peu d'enquêtés se plaignent de la répétitivité intrinsèque aux bilans de la 6^{ème} année, les mêmes questions et les mêmes gestes étant répétés jusqu'à six cent fois au cours de l'année et depuis plus de vingt ans pour les plus anciennes.
- Enfin le **retentissement du bilan de la 6^{ème} année sur les autres missions** (abandon des bilans de 3^{ème} générale et de l'éducation à la santé, inconstance du suivi...) n'est pas étranger au non respect de la loi, ce que nous reverrons au chapitre des contraintes.

Au niveau des médecins CT :

- L'ancien médecin CT de l'académie de Clermont Ferrand souligne la nécessité de **tenir compte des programmes régionaux de santé** qui « réinjectent sur le terrain les priorités académiques » et d'« **interpréter la loi de façon raisonnée** ».
- Le médecin CT d'Ille et Vilaine se prononce définitivement contre un bilan de la 6^{ème} année systématique, arguant que « **ce bilan doit répondre à un besoin précis** » et argumentant que certaines populations bien suivies ne relèvent pas d'un énième bilan contrairement à certaines écoles où l'accès aux soins difficile légitime un abord systématique.
- Le médecin CT de Seine Maritime, bien qu'appliquant la loi, considère qu'elle « **est obsolète car elle a été instaurée dans un cadre plus hygiéniste que de santé publique. De plus elle sous entend un bilan systématique alors qu'une démarche de santé publique impliquerait de repérer les problèmes de santé, d'instaurer des objectifs, de les mettre en œuvre et de les évaluer** ». « Un travail en réseau » qui laisserait le repérage aux enseignants, aux infirmières et au RASED permettrait de concentrer les moyens sur les enfants en difficultés.

Même s'ils sont opposés à l'application de la loi, les «contre» reconnaissent que l'adoption d'une stratégie ciblée présente des inconvénients :

- **La perte des repères de normalité** liée au défaut de « photographie d'un secteur ou d'une tranche d'âge » qui aide à replacer l'enfant dans son contexte d'apprentissage et donc à mieux évaluer ses performances.
- **Le risque de stigmatiser l'enfant en difficulté.**

b) *Et ceux qui sont pour :*

Alors que tous les médecins de Seine Maritime se prononcent pour la loi, 18% déclarent ne pas avoir effectué tous les bilans de leur secteur *par choix personnel* : Pourquoi ont-ils choisi de ne pas respecter une loi qu'ils estiment légitime ?

- Un biais est possible, lié à l'interprétation de la question « Pensez vous que l'obligation légale de faire tous les bilans de la sixième année d'un secteur soit une bonne chose ? ». Celle ci change en effet de sens selon que l'on considère le bilan de la 6^{ème} année d'une façon théorique ou en le replaçant dans son contexte de contraintes de terrain et de multiplicité des missions, *la confrontation au principe de réalité pousse alors le médecin à agir à l'encontre de son idéal.*
- **La conception que les médecins de l'EN ont de leur métier n'est pas étrangère au non respect de la loi.** Deux attentes sont sensibles chez les médecins de l'EN :
 - **Se sentir utile** : Le mot revient très souvent dans la bouche des enquêtées. Or si beaucoup se sentent effectivement utiles lors du bilan de 6^{ème} année, elles savent que ces bilans ne résument pas leur utilité et quand il s'agit de voir un énième enfant, bien suivi et bien portant, elles ont clairement « l'impression de prendre le thé avec les parents » et de perdre un temps qui serait mieux employé ailleurs.
 - **Trouver des centres d'intérêt** : La diversité des missions est indissociable du plaisir d'exercer. Une senior salue « la plus grande variété de missions » qui est venu enrichir ce qui était « essentiellement au début une activité de consultations répétitives », une seconde se réjouit d'avoir « un métier très varié avec un grand nombre de missions » qui lui permet de « voir évoluer les enfants de la maternelle à la terminale ». Une troisième insiste sur la pertinence des missions, assurant qu' « avec un secteur moins étendu elles devraient toutes pouvoir être réalisées. » Dans ces conditions il n'est pas exclu que le très « chronophage » bilan de la 6^{ème} année soit ressenti comme une menace mettant en péril la diversité du métier et donc, pour beaucoup, son intérêt même.
- ◆ **Le choix du médecin ne suffit cependant pas à creuser l'écart à la loi, il faut encore qu'on lui laisse la liberté d'aligner ses pratiques sur ses convictions.** Les entretiens des trois médecins CT ont confirmé que le non respect de la loi n'était pas à priori passible de la peine capitale :
- Le médecin CT de l'Inspection Académique de Seine Maritime, fait respecter la loi dans son département parce que celle-ci « est toujours reprise dans le programme

quinquennal ». Pour autant un écart à la loi important sur un secteur, s'il entraîne une convocation du médecin en cause afin d'entendre ses arguments, n'a jamais débouché sur des sanctions disciplinaires. Pour ce médecin CT « la marge de manœuvre (par rapport à la loi) existe dans le cadre d'un projet de santé académique » et non pas de son propre fait, un changement de politique départementale nécessitant « une validation par le recteur ». Il reconnaît néanmoins que « compte tenu des moyens mis à leurs dispositions, les médecins scolaires ont adapté leurs pratiques avec sa caution ». Les rapports d'activité de Seine Maritime prouvent que le respect de la loi demeure la règle en dépit de la relative marge de manœuvre laissée par le CT du département.

- Le médecin CT de l'IA d'Ille et Vilaine a fait le choix de la « transgression » voici 24 ans, d'abord sur son propre secteur où, après une période d'observation, elle a proposé d'innover en travaillant sur des priorités imposant une démarche ciblée. Ces propositions qui représentaient une rupture avec la politique de bilans systématiques en vigueur ont pourtant reçu l'aval du médecin conseiller technique de l'époque (1980). Devenue conseillère technique de l'IA en 1989 elle a reconduit ce choix et l'a étendu au département en obtenant l'aval de l'Inspecteur d'Académie. Cette politique coexiste au sein de l'académie avec d'autres tendances, le taux global des bilans de la 6^{ème} année y étant de 80% en 2000-2001. Depuis 1999-2000 des objectifs, déclinés par priorités ont été définis dans l'académie de Rennes, le point devant être fait en Juin 2004.
- Le docteur A. R. a été conseillère technique de l'Académie de Clermont-Ferrand pendant 15 ans auprès de sept recteurs successifs. En 1992, le premier projet académique a maintenu l'objectif d'une couverture intégrale en bilan de la 6^{ème} année, non pour respecter la loi mais afin de prendre en compte la ruralité des secteurs. Le versant santé du projet académique a été élaboré après concertation des médecins de secteurs puis soumis au recteur, à charge pour A R en tant que CT de le convaincre de sa pertinence. « Le champ d'activité des recteurs est étendu et ils ont peu de notions de médecine scolaire, ils s'appuient donc sur les compétences de leurs conseillers techniques ». « Des choix ont été estimés nécessaires conduisant à une interprétation raisonnée de la loi, réfléchie collectivement (par les médecins de secteurs titulaires et vacataires) et validée au plus haut niveau (rectoral) pour ne pas mettre les médecins de secteur en difficulté. Le projet validé par le recteur a ensuite été négocié entre le recteur et le ministre ».

Ces trois témoignages mettent en évidence l'existence d'une marge de manœuvre par rapport à la loi aux trois niveaux que sont le secteur, l'inspection académique et le rectorat. Si l'écart à la loi peut être un objet de négociation au niveau des conseillers

techniques, des inspecteurs d'académie, des recteurs et du ministre, cette négociation ne peut se faire qu'à partir d'une argumentation pertinente qui met en avant des spécificités de terrain pour proposer une adaptation locale des priorités nationales. Ceci est l'esprit même des projets rectoraux et académiques et il n'est pas facile de refuser au niveau des secteurs ce qui est accepté au niveau des départements et des académies. D'autant que selon le Code de déontologie le médecin de l'EN *doit* demeurer maître de ses choix ***pour autant qu'ils ne soient motivés que par l'intérêt des patients.***

B) Des obstacles de terrain :

L'enquête de terrain a permis d'affiner les obstacles que rencontre la loi :

a) *Le manque de temps :*

Il est cité par 76% des médecins sondés comme un obstacle à l'achèvement des bilans de la 6^{ème} année en 2002-2003 et par 76% des médecins d'Ille et Vilaine comme une contrainte les empêchant « d'exercer au mieux leur profession ». Il dépend de plusieurs facteurs :

▪ **La place du bilan de 6^{ème} année dans l'emploi du temps des médecins :**

Le nombre total d'enfants relevant du bilan de la 6^{ème} année est en moyenne de 413 enfants par médecin sondé, avec un minimum de 111 et un maximum de 683 déclarés. Or un bilan dure en moyenne 20 à 30 minutes si l'infirmière est présente, et ¾ d'heure à une heure si le médecin est seul, cas de figure de plus en plus fréquent. Sur la base d'une demi-heure par enfant on peut estimer à 34 jours ouvrables le temps nécessaire au respect de la loi si le médecin est accompagné. Encore faut il tenir compte du nombre de vacataires et de titulaires à temps partiel (46% dans la population sondée) dont la moindre disponibilité horaire alourdit le poids relatif des bilans, ainsi que des nombreux facteurs susceptibles d'allonger leur durée :

- ***L'absence de l'infirmière***, qui prend généralement en charge la biométrie, les dépistages sensoriels, une partie de l'interrogatoire et assez souvent la partie graphique des tests d'apprentissage, multiplie par deux la durée du bilan.
- ***Le temps passé à aménager la salle d'examen à l'arrivée et à la remettre en ordre le soir*** n'est pas aussi anecdotique qu'on pourrait le penser.
- ***La faiblesse des effectifs de certaines classes en milieu rural*** impose parfois un long trajet pour ne voir que deux ou trois enfants.
- ***Le désistement des enfants ou des parents*** « parfois relancés trois fois »,
- ***Le temps nécessaire pour accompagner l'enfant***, en l'absence des parents, de sa classe jusqu'au lieu parfois lointain de l'examen.
- ***L'indispensable concertation avec l'équipe éducative, avant et après le bilan.***

- **Le temps nécessaire pour amorcer la prise en charge du problème dépisté** (courrier, coup de téléphone...)

Mais aussi :

- **La vivacité et la maturité de l'enfant** qui font souvent la différence entre l'exécution laborieuse des consignes et leur prompt accomplissement. Le mois de réalisation du bilan joue à cet égard un rôle déterminant.
- **Le profil des parents**, coopérants ou au contraire réticents et revendicatifs.

Lourd investissement en temps le dépistage des troubles du langage constitue désormais un aspect incontournable du bilan de six ans :

Le temps de passage du BSEDS standard peut varier du simple au double selon les difficultés de l'enfant sachant que dans 40% des cas il sera couplé à un bilan approfondi dont la durée peut varier de 15 à 30 minutes . Les enfants qui en relèvent n'étant pas préalablement connus une prise de rendez vous à intervalles réguliers va poser d'inévitables problèmes de gestion des parents, ceux-ci ne devant pas assister aux épreuves. Le problème n'est donc pas simple. Concrètement certains médecins choisissent de faire les bilans approfondis dans un second temps, en prévenant les parents, et d'autres de faire l'ensemble du bilan en tête à tête avec les élèves puis de bloquer une demi-journée au moins pour voir tous les parents. La généralisation du BSEDS va donc accroître la durée du bilan jusqu'à une heure, une heure et demie. C'est sans doute pourquoi le BSEDS fait d'ores et déjà l'objet d'aménagements à type d'amputation des épreuves ou de choix aléatoires ôtant toute valeur à l'étalonnage.

- **L'évolution du bilan de la sixième année :**

Les entretiens mettent en évidence une relative standardisation du contenu du bilan, les variations portant surtout sur les modalités de dépistage des troubles du langage et le caractère plus ou moins complet de l'examen clinique. Ce dernier tend pourtant à se centrer sur les cibles reconnues du dépistage : rachis, dents, organes génitaux externes. L'auscultation demeure, bien que la prise de tension se raréfie, le stéthoscope gardant à l'évidence une valeur symbolique. Certains médecins font encore des bilans complets. Les plus anciennes attestent d'un étoffement du bilan au fil des ans : « il a d'abord été purement médical puis on a rajouté des tests : compter, décrire des images, pour voir le langage et le raisonnement... ». L'une se souvient qu'à ses débuts elle voyait 15 enfants par demi journée, soit un quart d'heure par enfant : « les questions étaient très ciblées, les temps d'ouverture très courts, surtout avec l'enfant à qui on demandait surtout de *faire* des choses ». Une autre confesse qu'autrefois elle « expédiait » davantage le bilan de la sixième année, les parents étant actuellement « beaucoup plus demandeurs ». **Le sentiment général qui se dégage des entretiens est que le bilan de six ans a gagné**

en qualité ce qu'il a perdu en rapidité, cette évolution incontestablement favorable a triplé en 20 ans le temps de travail nécessaire au respect de la loi.

- **L'interdépendance des missions :**

L'emploi du temps des médecins n'étant pas extensible, le temps consacré au respect de la loi ne peut que retentir sur les autres missions, de surcroît plus nombreuses aujourd'hui. L'analyse des questionnaires permet une première approche du phénomène à travers les réponses à deux questions ouvertes :

La question « citez trois missions que vous aimeriez davantage pouvoir assumer » cerne les domaines d'activité sacrifiés sur le terrain (sans qu'on puisse affirmer que seul le manque de temps en soit la cause) :

Trois missions se dégagent nettement : **Le suivi des élèves en difficultés, l'éducation à la santé et le dépistage des troubles des apprentissages** sont cités respectivement à 60%, 52% et 36% par les médecins en formation longue et dans le même ordre à 39%, 30% et 21% par ceux de Seine Maritime. En Ille et Vilaine par contre le suivi partage sa première place avec l'éducation à la santé, le conseil technique des parents ou des enseignants et le dépistage des troubles des apprentissages (29% pour chacun). Ainsi conformément aux ambitions affichées dans ce département, **le ciblage des bilans de la 6^{ème} année semble favoriser un meilleur suivi**, le taux d'insatisfaction des sondés par rapport à cette mission reculant de 60 à 29%. On notera au passage que l'éducation à la santé est loin de faire l'unanimité et que les bilans d'orientation sont contestés, même lors des entretiens. Ces mêmes entretiens indiquent clairement que **les bilans de troisième générale sont les premiers à passer à la trappe lorsque le temps fait défaut.**

La question « citez trois missions qui ne vous semblent pas cohérentes sur le terrain », cible les missions que les médecins aimeraient délaisser :

Sur la totalité des médecins, **les visites d'aptitude au travail sur machines dangereuses (36 %) viennent en premier, puis les contrôles d'inaptitude à l'éducation physique et sportive puis les bilans systématiques (24% chacun).** En Seine Maritime les réponses, plus dispersées, ne font émerger qu'un très faible consensus pour l'éducation à la santé (17%) et le fait de faire les bilans en CP plutôt qu'en Grande Section (13%). En Ille et vilaine, seuls les bilans dits d'orientation émergent du lot (23%). Quoique non contestés sur le principe, les visites à la demande « quasi absentes il y a vingt ans », notamment les signalements de maltraitance, sont mentionnées en entretiens comme « de plus en plus fréquentes et désorganisant aisément l'emploi du temps programmé »

- **La gestion du temps disponible :**

Comme chaque fois que le temps est compté, l'organisation devient une des clés de l'efficacité. Les entretiens font émerger les « petits » moyens utilisés pour gagner du

temps : Temporiser les interventions non urgentes, grouper les déplacements, intercaler un examen à la demande à l'heure du midi, profiter des opportunités telle la rencontre fortuite d'un partenaire, et dans tous les cas anticiper. « L'ancienneté change la façon de travailler » et accroît la rapidité, l'expérience induisant souvent un surcroît de compétences qui transforme en réflexe les hésitations du novice. **La connaissance du terrain, tant des établissements que des partenaires ressources est irremplaçable**, une consœur souligne, à cet égard, que les changements de secteurs parfois imposés aux vacataires, voire les mutations, « sont néfastes à la pratique ». Pour autant la longévité sur un poste peut être à double tranchant « car on est davantage sollicité quand on est connu sur un secteur ». Ce recours accru au médecin est bénéfique mais il faut en limiter la répercussion sur l'emploi du temps en veillant à **explicitier auprès de ses partenaire ce qui relève ou non du champ d'action des médecins, en un mot en se positionnant**. Certaines consœurs se plaignent notamment « de faire trop de social », ou d'être requises pour des problèmes de santé déjà correctement pris en charge. L'organisation du travail varie d'un médecin à l'autre, les unes n'allant dans certains collèges ou lycées qu'à la demande, les autres y assurant une permanence régulière, ce qui réduit les appels en urgence mais pas forcément le temps consacré.

L'emploi du temps des médecins « colle » étroitement au déroulement de l'année scolaire : « Le travail est très concentré, sur 36 semaines ». L'année commence par les certificats d'aptitude aux machines dangereuses, les projets d'accueil individualisés et les conventions d'intégration, puis débutent d'octobre à janvier les bilans de la 6^{ème} année qui mènent souvent jusqu'en Juin quand la loi est appliquée. « Avant Pâques sont débutés les bilans des 3^{èmes} car on ne peut les voir pour orientation que si on connaît leur vœux, or ceux-ci ne sont connus qu'en mai alors que le dossier doit être complet avant fin mai... ». L'année s'achève sur les statistiques, activité peu prisée bien que certaines en reconnaissent l'utilité. Il faut bien évidemment rajouter à ce tableau les déplacements au cours de la journée, les coups de fils souvent renouvelés avant d'atteindre l'interlocuteur désiré, les temps d'attente, le travail administratif et les multiples réunions nécessaires à un partenariat efficace (équipes éducatives, CHS, réunions de synthèse diverses...).

Le souci de s'organiser au mieux filtre dans tous les entretiens mais quelque soit la rigueur de l'emploi du temps adopté, celui-ci est régulièrement mis à mal par la gestion des urgences, les contraintes de fonctionnement de la structure scolaire et l'indisponibilité d'interlocuteurs eux-mêmes très occupés (parents, RASED, enseignants...). Dans un contexte où le médecin est fréquemment jugé sur sa disponibilité, particulièrement vis-à-vis des problèmes aigus, la réalisation intégrale des bilans de 6^{ème} année semble venir en plus des demandes de terrain, pour ne pas dire à côté des besoins exprimés. Ainsi une consœur qui s'est résolue à voir en priorité les enfants signalés par les maîtres a noté leur haut niveau de satisfaction et leur relative indifférence quant à l'achèvement des

bilans. ***Il ressort des entretiens que si une bonne organisation facilite le respect de la loi elle ne saurait aplanir toutes les difficultés et notamment garantir au médecin une disponibilité suffisante pour assurer correctement la totalité de ses missions.***

b) *Le manque de moyens :*

Le manque de moyens est incriminé par 88% des médecins d'Ille et Vilaine comme un frein à l'exercice de leur profession. Sur l'ensemble des médecins enquêtés :

- ***55% déclarent manquer de matériel lorsqu'ils font passer le bilan de la 6^{ème} année :***

Le phénomène est plus sensible en Seine Maritime qu'en Ille et Vilaine (52% versus 41%) mais dans ce dernier département on achète davantage de matériel sur ses propres deniers (88% versus 74%), de sorte que si le département breton est favorisé il l'est en grande partie par... autofinancement. Loin d'être une exception ce déficit en matériel paraît toucher l'ensemble du territoire puisque 68% des médecins en formation longue le ressentent, 50% procédant à des achats personnels. Sont achetés pêle-mêle : Stéthoscopes, toises, chronomètres, trousse, cartables à roulette, otoscopes, brassards à tension, lampes de poche, piles, abaisses langues, embouts d'otoscope, papeterie dont tampons professionnels... L'usage du téléphone personnel est fréquent le soir, certains interlocuteurs étant injoignables dans la journée, malgré l'attribution d'ordinateurs portables, les courriers sont couramment imprimés au domicile aux frais du médecin en poste. L'usage de l'ordinateur personnel pour des recherches sur Internet ou des envois d'e-mails professionnels n'est pas rare non plus. Les photocopies nécessaires au service sont parfois faites en catimini dans les écoles dont les budgets de fonctionnement sont eux aussi serrés. Enfin plusieurs confrères signalent des appareils vétustes et des délais de réparation atteignant plusieurs mois : En attendant, elles font sans...

- ***Si certaines confrères sont satisfaites de leurs indemnités kilométriques,*** la plupart témoigne qu'elles ne couvrent que la moitié, voire le tiers de leurs frais de déplacements, la tendance s'aggravant et n'étant d'ailleurs pas l'apanage des médecins. En réponse les médecins CT ont ordonné l'arrêt des déplacements une fois les crédits épuisés, mais nombre de médecins rechignent « à abandonner certaines écoles » et passent en frais réels. L'application stricte des consignes pénaliserait d'ailleurs surtout les secteurs ruraux, souvent très étendus, et aggraverait pour le coup les inégalités face à la loi. La ville a elle aussi ses difficultés, un médecin signalant le problème du stationnement parfois payant et réglementé en temps.

- ***La réduction des crédits alloués est au cœur du problème :***

Le médecin CT de Seine Maritime, constate depuis cinq ans une nette réduction du budget de fonctionnement du service de médecine scolaire, son inclusion dans le budget

de fonctionnement global de l'inspection académique tendant à le minorer : En effet bien que le service de promotion de la santé ait un effectif équivalent à celui du reste l'inspection académique, « le fait que les médecins de l'EN ne soient pas physiquement présents dans les locaux de l'IA conduit les responsables à mésestimer le poids réel de la gestion de ces personnels ». « L'absence de possibilité de négociation de l'enveloppe allouée à la médecine scolaire » et le contexte actuel de restriction des dépenses de l'Etat rendent le problème de plus en plus aigu. En 2003, le médecin CT d'Ille et Vilaine n'a pas écrit aux médecins de secteur pour officialiser les priorités, car « compte tenu de la réduction drastique des crédits », elle ne jugeait « pas cohérent de leur demander d'assurer des priorités en plus des urgences ». ***Il est clair que les restrictions de budget obèrent la faisabilité des bilans de la 6^{ème} année et qu'il n'est pas logique d'exiger des médecins de voir tous les enfants si par ailleurs on leur coupe les crédits nécessaires pour se rendre sur place...***

c) *Les contraintes liées au secteur :*

Quatre contraintes de terrain peuvent retentir sur le respect de la loi :

La taille du secteur :

En 2002-2003, les secteurs des médecins interrogés comportaient en moyenne 5612 élèves, avec des extrêmes allant de 2270 à 9000 élèves. Les secteurs sont en moyenne plus grands en Seine Maritime qu'en Ille et Vilaine (6224 contre 5619), et nettement plus petits chez les médecins en formation longue (4959) sans doute parce qu'il a été tenu compte de leur statut initial de vacataire. Selon les critères légaux le nombre d'enfants éligibles au bilan de la 6^{ème} année est en moyenne de 413, la fourchette allant de 111 à 683 sans que l'on puisse mettre en évidence de corrélation significative entre la taille des secteurs et le nombre de bilans effectués : ce qui tendrait à démontrer que la loi n'est pas mieux respectée dans les « petits secteurs ».

La composition du secteur

Plus que sa taille, la composition d'un secteur est de nature à susciter un écart à la loi, dans la mesure où le temps de présence des médecins dans les établissements dépend directement de la population qui y est accueillie : Selon les témoignages recueillis, les enfants des CLIS, SEGPA, UPI et EREA considérés comme fragiles sont suivis annuellement, ainsi que les élèves des lycées professionnels qui nécessitent le renouvellement annuel de leurs certificats d'aptitude aux machines dangereuses. Si les médecins s'efforcent d'assurer des permanences dans les lycées ou les collèges, il n'est pas exceptionnel qu'ils ne s'y rendent qu'à la demande.

Les caractéristiques du secteur :

De l'aveu des médecins de terrain, les secteurs dits défavorisés, telles les ZEP, les zones sensibles ou les zones rurales sont sources de contraintes particulières dont la légitimité n'est pas contestée. Outre des consignes hiérarchiques spécifiques imposant de voir tous les enfants de CM2 en ZEP, ces zones font l'objet d'une attention accrue qui pousse les médecins à y appliquer plus strictement la loi en primaire, mais aussi à y voir tous les collégiens en cours d'orientation. Le temps consacré aux bilans de la 6^{ème} année y est plus important du fait de la fréquence des difficultés dépistées, sachant qu'en zone rurale se surajoute des problèmes de prise en charge liés à l'éloignement des structures et des professionnels ressources. Ces zones défavorisées sont donc à la fois propices au respect de la loi par choix des médecins et réfractaires du fait des obstacles rencontrés.

Les consignes hiérarchiques :

8% des médecins en formation longue citent les contraintes hiérarchiques comme un obstacle à la réalisation intégrale des bilans de 6^{ème} année. Dans certains départements, une politique ciblée a en effet été imposée à des médecins pas du tout convertis. Ainsi un tiers des médecins d'Ille et Vilaine se prononcent en faveur de la loi dans un département où le ciblage résulte d'une décision départementale. Les choix hiérarchiques peuvent également régir le contenu du bilan, en imposant par exemple l'outil de dépistage des troubles du langage ou en fixant un âge de passage non conforme à la loi. Ainsi la Seine maritime partage avec l'Eure, la singularité de faire ces bilans en CP et non en grande section, du fait d'un compromis négocié avant 1985 entre les médecins de l'EN et les services de PMI : La PMI souhaitait intervenir en moyenne section pour mieux évaluer le développement psychomoteur de l'enfant, les médecins scolaires ne voulaient pas être redondants à moins d'un an. Vingt ans plus tard les bilans de « 6^{ème} année » sont toujours faits en 7^{ème} année et le BSEDS n'est pas interprétable. La différence des taux de bilans de 6^{ème} année effectués en Seine Maritime et en Ille et Vilaine (90% versus 36% en 2000-2001) tend à prouver que les consignes hiérarchiques ont un impact majeur sur les pratiques de terrain. Les quelques médecins qui ont manifesté un désaccord avec la politique suivie dans leur département n'ont pas dans l'ensemble aligné leurs pratiques sur leurs convictions. Seuls deux médecins ont fait exception : l'une en Ille et Vilaine qui a déclaré « tricher » sur le ciblage imposé en voyant la classe entière pour ne pas stigmatiser l'enfant repéré, et l'autre en formation longue qui n'a aucune idée de la politique suivie dans son département mais qui a de toute façon « décidé de cibler ».

d) Un manque de personnel et de partenariat :

Quelques chiffres soulignent la relative solitude du médecin : 29% des médecins d'Ille et Vilaine disent manquer d'interlocuteurs disponibles « pour exercer au mieux leur

profession ». 32% des médecins sondés ne sont jamais accompagnés d'une infirmière lors du bilan de 6^{ème} année, 13% ne le sont que parfois, 12% fonctionnent sans secrétaire. En Seine Maritime les infirmières accompagnent plus souvent les médecins (91% versus 56%) mais les secrétaires y font plus souvent défaut (83% versus 100%) :

- **Les infirmières jouent un rôle majeur dans le bilan de la sixième année puisque dans les départements où elles y participent elles prennent en charge, comme nous l'avons vu, la première moitié de son déroulement :** Globalement sa présence réduit de moitié la durée du bilan, ce qui allège d'autant le travail du médecin et concourt au respect de la loi. Malheureusement le retrait des infirmières semble à l'ordre du jour, comme en Seine Maritime où les infirmières cesseront dès septembre 2004 de participer aux bilans de 6^{ème} année. Cette nouvelle est perçue localement comme «une catastrophe » de nature à remettre en cause l'application de la loi. Un consoeur de Seine Maritime qualifie de « désastreux l'arrêt du travail en équipe ». Une senior note que « la collaboration avec les infirmières devient de plus en plus difficile », qu' « elles sont moins solidaires du médecin depuis la redéfinition de leurs missions et font leur travail de leur côté », elle parle de « rivalité » avec le médecin de secteur. D'autres consoeurs se félicitent au contraire de la qualité du travail d'équipe, reconnaissant que les infirmières assument « une partie routinière de l'activité ». Plusieurs rêvent d'un système similaire à celui de la PMI où l'infirmière verrait tous les enfants et désignerait au médecin ceux relevant de son intervention. Sur le terrain l'heure est plutôt au recadrage de l'activité des infirmières sur une fonction de suivi, y compris des bilans de la 6^{ème}année, certains s'interrogeant pourtant sur la pertinence de leur faire assurer le suivi d'un examen auquel elles n'ont pas participé.
- **La secrétaire est également un partenaire important :** Elle « fait gagner du temps, en préparant toutes les convocations », « elle connaît les familles » et participe avec l'infirmière au suivi des enfants, relançant par écrit les parents des enfants qui ont donné lieu à un avis. « Tout part des secrétaires, elles font les statistiques, s'occupent des CCPE et gèrent tout ». L'absence de secrétaire accule le médecin à prendre en charge lui-même le travail administratif ce qui ampute d'autant l'exercice de ses tâches proprement médicales.
- La collaboration avec **les médecins de PMI** n'influe pas directement sur le respect de la loi dans la mesure où celle-ci impose de toute façon de revoir entre 5 et 6 ans la totalité des enfants. Mais grâce aux points communs existant entre les bilans de PMI et ceux de médecine scolaire -la différence tenant surtout aux outils utilisés pour le dépistage des troubles des apprentissages-, les éléments recueillis par les médecins de PMI servent de référence pour appréhender l'évolution de l'enfant et pour vérifier l'effectivité de la prise en charge préconisée. Cette fonction

de « débrouillage » est particulièrement importante pour limiter les conséquences négatives de l'écart à la loi, en attirant l'attention sur les enfants qui doivent être vus en priorité. La fiche de transmission apporte une aide précieuse qui ne peut être qu'optimisée par de véritables rencontres interservices en début d'année. Cette collaboration optimale dépend cependant des personnalités en présence et de la possibilité de ménager des temps de concertation au sein d'emplois du temps chargés. Certains secteurs de PMI sont malheureusement dégarnis incitant les médecins au respect scrupuleux de la loi, afin que tous les enfants aient accès « au moins une fois » au dépistage.

- ***Selon la loi le partenariat «avec l'équipe éducative» concourt à assurer « une prise en charge et un suivi adaptés ».*** Le rôle des enseignants dans le bilan de la sixième année ne se limite pas au repérage des enfants, ils interviennent également dans la remédiation des difficultés d'apprentissage identifiées et dans le suivi des avis donnés par le médecin de l'EN. Certains médecins les rencontrent *avant* les bilans, pour connaître les enfants qui posent problème et savoir s'ils bénéficient déjà d'une prise en charge, d'autres *après* afin « de ne pas se laisser influencer et de garder sa neutralité », mais tous les médecins disent s'efforcer de leur restituer les problèmes dépistés. Une consœur note que « les instituteurs sont dans l'ensemble motivés, ils ont envie de savoir si leur vision de l'enfant est la même que celle du « men » » Une autre confirme que « le dépistage enseignant peut être très utile s'il est fait par un enseignant motivé et consciencieux » et une troisième conclut qu'il est « prétentieux de ne pas faire confiance aux partenaires institutionnels pour repérer les enfants à risque, les enseignants pouvant à priori repérer tout ce qui est du domaine des troubles de l'apprentissage ». A l'opposé certaines se plaignent de ce que « certains enseignants s'abstiennent de signaler les difficultés repérées pour ne pas cibler les enfants », ou de ce que le dialogue ne soit pas toujours facile, « par exemple pour la dyslexie où l'on empiète sur leur territoire », ou encore de ce qu'*ils* « ne sont pas toujours un bon relais car pas toujours sensibilisés aux problèmes de troubles du langage et de phonologie » et « n'ont pas la même approche. ». Cependant la collaboration progresse, particulièrement lorsque qu'elle est active et que les médecins font « la démarche d'aller demander à l'enseignant quels sont les problèmes qu'il rencontre et avec quels enfants », ou lorsqu'ils prennent la peine d'expliquer l'intérêt du BSEDS.
- ***Le Réseau d'aide et de soutien aux élèves en difficulté joue un rôle similaire*** quoique plus ponctuel, avec des témoignages contrastés faisant état de bonne entente ou de rivalité et là aussi des réussites en lien avec les efforts du médecin

pour se présenter, communiquer et échanger, quitte à revenir à l'assaut et à fonctionner dans la durée.

- Les partenaires extérieurs sont essentiellement cités, tels les orthophonistes, les pédopsychiatres et les psychologues pour regretter la longueur des délais d'attente et le dénuement de certains secteurs, tels la Réunion, la Guyane ou certaines régions rurales. Beaucoup regrettent l'absence d'assistants sociaux dans les écoles primaires.

e) *Des locaux mal adaptés :*

69% des médecins sondés estiment que les locaux prêtés ne pas toujours adaptés au passage du bilan de la 6^{ème} année, l'opinion étant plus répandue en Seine Maritime (65%) qu'en Ile et Vilaine (44%) sans qu'on puisse savoir si cet écart traduit des conditions de travail différentes ou des perceptions différentes. Sont notamment regrettées : la distance parfois longue séparant la classe et lieu de l'examen, l'inadéquation de certains locaux encombrés, mal chauffés, bruyants, ou pas assez confidentiels (le réaménagement des lieux est souvent un préalable à la consultation), l'absence de lavabo, l'absence de table d'examen qui conduit les unes à bricoler des tables de fortune avec un petit matelas et les autres à examiner l'enfant debout en remerciant le ciel de ce que les cibles « rentables » de l'examen clinique n'exigent pas le décubitus de l'enfant. En dehors de quelques cas où l'indisponibilité ou l'inadéquation des locaux ont entraîné la suspension transitoire des bilans, dans l'ensemble ces conditions extrêmes sont endurées avec philosophie et retentissent peu sur le respect de la loi. D'ailleurs le fait que les médecins en formation longue soient beaucoup plus nombreux (88%) à remarquer l'inadaptation des locaux tendrait à prouver qu'on s'y habitue. Deux aînées signalent tout au plus que « certains endroits sont plus privilégiés que d'autres, pas forcément en réponse à des besoins plus grands mais tout simplement parce qu'on y est mieux accueilli »...

f) *Un manque de formation :*

D'une façon générale si tous les médecins titulaires ont reçu une formation préalable à leur titularisation, celle-ci s'avère très inégale, variant de 2 à 22 semaines selon l'époque et le statut. Les débuts sont généralement marqués par une formation « sur le tas » des vacataires, accompagnés ou simplement conseillés par des infirmières ou des médecins de secteur. Les carences de formation se manifestent moins au niveau du bilan de la 6^{ème} année que des missions plus ponctuelles comme l'éducation à la santé ou la gestion d'un événement grave. Les entretiens montrent qu'avec le temps les bilans de la 6^{ème} année se standardisent, les médecins complétant leurs savoirs, échangeant leurs expériences, tout en regrettant de n'avoir « aucun retour » sur leurs pratiques. C'est essentiellement sur le terrain du dépistage des troubles de l'apprentissage que le manque de formation pose

problème : 28% des médecins d'Ille et Vilaine disent manquer de formation notamment en dépistage des troubles du langage et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En Seine Maritime la formation des médecins au BSEDS est en cours, un quart environ des médecins de secteurs étant « rôdé » à la technique alors que la loi de rénovation sociale a deux ans d'existence.

g) *Des causes ponctuelles :*

Certaines causes regroupées dans la rubrique « autres causes » sont relativement anecdotiques prises isolément mais s'accumulent au point d'être citées par 22% des médecins de Seine Maritime et de formation longue comme un obstacle à l'accomplissement de l'intégralité des bilans. Il s'agit de circonstances particulières tels :

- La grève des médecins et des personnels de l'EN en 2003.
- L'indisponibilité des élèves du fait de voyages scolaires
- L'interférence des examens à la demande, déjà envisagé plus haut
- L'absentéisme des enfants

4.3 Synthèse et conclusion de l'analyse des pratiques :

Il ressort de l'analyse des pratiques de terrain que les raisons pour lesquelles le bilan obligatoire de la 6^{ème} année ne s'applique pas à la totalité des élèves sont multiples, la quasi-totalité des hypothèses avancées ayant pu être vérifiée au cours de l'enquête. Néanmoins, parmi ces causes, certaines contraintes et certains choix pèsent plus que d'autres :

▪ **Au niveau des contraintes :**

Le principal frein émergeant de l'enquête est incontestablement le **manque de temps** qui est lui-même lié à la conjonction de plusieurs facteurs :

- Un manque de médecins, objectivé par l'existence de secteurs vacants,
- Un défaut de partenariat symbolisé par le retrait des infirmières
- Une pénurie de secrétaires,
- Des contraintes de terrain incontournables qui allongent la durée du bilan (populations défavorisées, éloignement des écoles, petits effectifs des classes, rigidité de fonctionnement de la structure scolaire...),
- La coexistence de l'obligation légale d'effectuer les bilans d'aptitude au travail sur les machines dangereuses
- L'interférence d'autres missions (réponses à l'urgence notamment)

Moins déterminant, le **manque de moyens** se répercute essentiellement par le biais de l'insuffisance de dotation en indemnités kilométriques qui limite les possibilités de déplacement des médecins.

▪ **Au niveau des choix :**

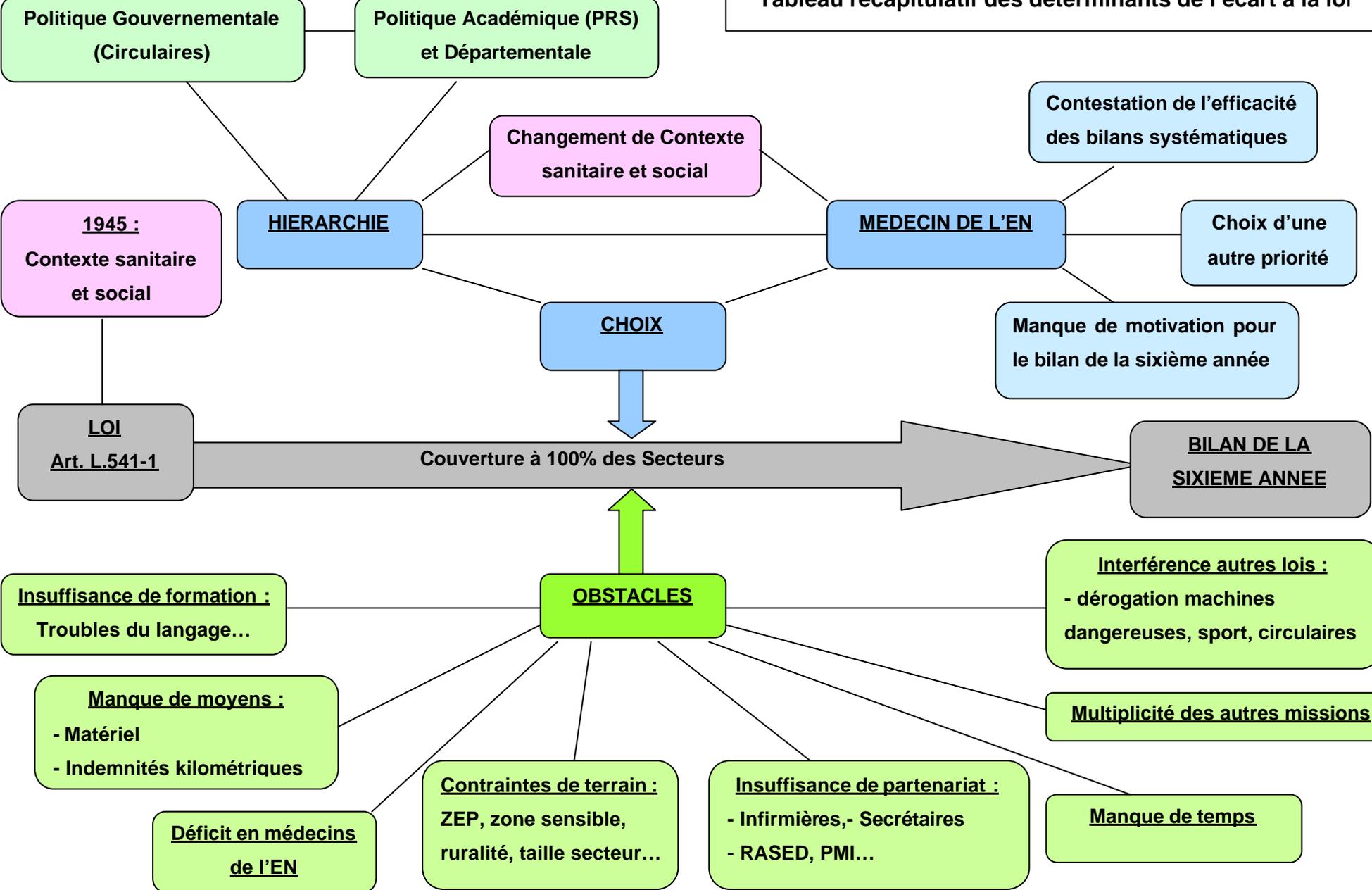
Ce sont les choix hiérarchiques qui pèsent le plus dans la balance, même si les choix individuels ne sont pas absents de la problématique. Les raisons d'être de ces choix n'ont rien de fantaisistes, ils sont étroitement liés à un principe de réalité conduisant à la prise en compte :

- Du caractère obsolète de la loi qui n'est plus adapté au contexte sanitaire, notamment en terme d'évolution des besoins et d'accès aux soins,
- De l'évolution du contenu, de la durée et des objectifs du bilan de 6^{ème} année
- De la limitation des moyens disponibles en personnel et en budget
- De la faible rentabilité apparente des bilans systématiques au regard de l'investissement en temps et en moyens
- Des opportunités de ciblage existant, grâce au repérage des enseignants et au dépistage de la PMI
- De la coexistence d'un bilan systématique pratiqué un à deux ans plus tôt par les services de PMI
- De la coexistence d'autres priorités de terrain
- Des nombreuses autres missions désormais assignées au médecin de l'EN

Les choix dictés par des intérêts individuels apparaissent comme marginaux au regard des précédents ou du moins ne sont guère confessés. Les conditions de passation pour le moins précaires semblent de même assez peu retentir sur le nombre de bilans réalisés, ils pèsent par contre directement sur la qualité du dépistage, de la prise en charge et du suivi, ce qui est loin d'être anecdotique.

Le tableau de la page adjacente reprend toutes les causes évoquées de l'écart à la loi. Ces causes sont étroitement imbriquées, les choix résultant souvent dans les faits de contraintes et les contraintes pouvant résulter de choix.

Tableau récapitulatif des déterminants de l'écart à la loi



5 LES PRECONISATIONS :

Ce n'est pas un hasard si le sous-titre de ce mémoire porte un point d'interrogation, car l'utilité de réconcilier la loi et la pratique semblait poser initialement tout autant question que les moyens d'y parvenir. Or au terme de ce travail d'investigation, il apparaît essentiel d'y travailler, sous peine de voir se démotiver les acteurs de terrain et de voir remettre en question, jusqu'au plus haut niveau, l'existence même de la médecine scolaire. La loi est à double tranchant :

- Transgressée, elle amoindrit l'image des médecins scolaires qui se révèlent « incapables » d'appliquer cette « simple » consigne : « Voir tous les enfants entre 5 et 6 ans » et ce depuis près de 60 ans.

- Respectée, elle les dévalorise auprès de leurs partenaires et interlocuteurs de terrain en confisquant leur disponibilité, et donc leurs aptitudes à répondre aux sollicitations.

Le temps des médecins ne leur appartient pas, il appartient avant tout aux élèves, et par-dessus tout aux élèves *qui en ont besoin*, il faut que les médecins puissent être là où ils sont nécessaires et occupés à faire ce pour quoi ils sont compétents.

Pour tous ces motifs, il est important de réconcilier la loi et la pratique. Deux axes sont possibles : Appliquer la loi avec lucidité ou la réviser :

5.1 Appliquer la loi avec lucidité :

Si l'on veut que la loi soit applicable, c'est-à-dire si l'on veut effectivement que 100% des enfants de 5 à 6 ans bénéficie d'un examen clinique performant, il faut préalablement jouer sur plusieurs facteurs :

- Reconnaître les difficultés d'application de la loi :
 - ***Mettre en place des réunions semestrielles entre les médecins de secteur***, sous l'égide du conseiller technique, afin de faire le point sur les difficultés rencontrées et chercher des solutions communes par une confrontation des expériences individuelles. Outre les idées qui pourraient émerger, avec d'éventuelles expérimentations à la clé, ces réunions remotiveraient les acteurs de terrain sur la réalisation des objectifs. L'échelon départemental serait le plus pertinent.
 - ***Faire un bilan précis de la situation :***
 - En identifiant les obstacles spécifiques que rencontre l'application de la loi, au niveau d'un département ou d'une académie donnée
 - En étudiant attentivement les conséquences de l'application de la loi sur l'activité globale des médecins de secteurs.

- **En réalisant une étude de terrain comparative de l'efficacité de dépistage d'une politique ciblée au regard d'une politique systématique**, ce qui suppose de définir et d'uniformiser les données recueillies dans les départements et les académies (elles le sont beaucoup moins qu'il n'y paraît...)
 - **Communiquer autour de l'écart à la loi :**
 - En faisant remonter par voie hiérarchique les éléments de réflexion ci-dessus jusqu'au plus haut niveau
 - En faisant état de ces études à l'occasion de l'élaboration des volets santé des programmes académiques afin que les difficultés rencontrées dans l'application d'une politique systématique et les alternatives existant soient prises en compte dans la déclinaison des plans régionaux de santé
- Faciliter son application :
 - **Potentialiser le partenariat**
 - *Avec les infirmières* dont le retrait total des bilans de la sixième année est incompatible avec le respect de la loi, au minimum doit être négocié un maintien du dépistage des troubles sensoriels qui en l'absence des parents peut être très rapide et concerner une classe entière par demi journée (10' par enfants). Une plus grande concertation des conseillers techniques est indispensable, si nécessaire par le biais d'un arbitrage renforcé des inspecteurs d'académie ou des recteurs. La réintégration de ces deux corps au sein d'un service unique reste souhaitable pour la cohérence des stratégies.
 - *Avec les enseignants et le RASED* : En institutionnalisant des rencontres, par exemple trimestrielles, animées conjointement par l'inspecteur d'académie et le médecin conseiller technique de l'IA, afin que là aussi les politiques soient mises en cohérence, et le partenariat optimisé. On peut par exemple formaliser que tous les enfants en difficultés soient signalés au plus tard mi Octobre par l'enseignant et que le médecin s'engage à les voir en priorité dans les deux mois suivants.
 - *Enfin avec les services de PMI*: par une collaboration active négociée au niveau départemental. A terme il serait bon d'envisager une refonte du doublon d'exams systématiques, en les fusionnant en une seule visite systématique (comme préconisée par l'IGAS-IGAEN *mais* effectuée en grande section et *pas* par un

médecin extérieur *non formé au dépistage des troubles des apprentissages*). D'ores et déjà il convient certainement de prendre en compte dans la définition des stratégies en médecine scolaire l'existence ou non d'un premier bilan fait par les services de PMI.

- **Revoir les dotations kilométriques** dont l'insuffisance est un obstacle rédhibitoire à l'application de la loi,
- limiter les conséquences néfastes de l'application de la loi sur les autres missions des médecins de l'EN, c'est à dire veiller activement à ce que l'application de la loi pour les enfants de grande section ne se fasse pas au détriment des autres élèves. Il est légitime de préserver du temps pour les autres champs d'activité :
 - **En réduisant le temps consacré au bilan de la sixième année** : L'élaboration d'un bilan allégé validé est souhaitable pour les enfants qui se révèlent d'emblée bien suivis médicalement et ayant des facilités d'apprentissage, le bilan standard du BSEDS est un premier pas mais il ne peut à l'heure actuelle être appliqué sous cette forme à la totalité des enfants sans retentir sur d'autres missions.
 - **En adaptant les autres missions** :
 - Il ne s'agit pas de réduire le temps consacré à chaque mission mais bel et bien de réduire le nombre de missions effectuées par un médecin donné. Plutôt que de laisser les missions investies à la seule initiative du médecin de secteur, il serait bon d'envisager au niveau départemental une gestion des compétences de chacun. Quelques tentatives ont déjà été faites en pratiques, certains médecins mieux formés étant chargés d'intervenir systématiquement lors d'événements traumatisants survenant en milieu scolaire. Il peut être envisagé de créer dans chaque département des pôles de compétences regroupant trois ou quatre médecins de l'EN chargés de gérer dans leur secteur et les secteurs adjacents des missions plus ponctuelles, telles que la gestion de certaines urgences ou la surveillance de l'hygiène et de l'ergonomie. Ces missions y gagneraient en efficacité du fait de la solide expérience des médecins désignés.
 - L'éducation à la santé mériterait d'être reconsidérée car les témoignages du terrain montre que peu de médecins y sont à l'aise du fait du manque de temps pour s'y forger une expérience. Dans ces conditions le médecin pourrait y être remplacé par des intervenants extérieurs spécialisés, comme cela se pratique déjà,

ou comme décrit ci-dessus par d'autres médecins de l'EN bien rôdés qui serviraient de référents sur plusieurs secteurs.

- Le ciblage des autres missions, notamment des bilans d'orientation et des certificats d'aptitude aux machines dangereuses pourrait permettre de rationaliser le manque de disponibilité du médecin scolaire consécutif au respect de la loi. Les critères de ciblage restent à définir et devront être validés sur le terrain.

5.2 Réviser la loi est l'autre alternative :

Mettre la loi en cohérence avec l'actualité du terrain serait effectivement souhaitable mais il n'est pas certains que les législateurs consentent à s'y pencher étant eux aussi happés par d'autres priorités. D'autant qu'en vérité, il n'est pas indispensable de réviser la loi car ce n'est pas la loi mais l'insistance des circulaires à réclamer son application qui pose problème. Sans elle l'article L.541-1 serait tombé en désuétude depuis longtemps comme nombre d'autres lois que le décalage avec le présent a rendu lettres mortes. C'est pourquoi il est si important, comme préconisé plus haut, de communiquer sur les difficultés d'application de la loi et ses conséquences pour la population scolaire. Les hautes autorités de l'Education Nationale doivent pouvoir trancher en toute connaissance de cause si la politique nationale doit être déclinée selon les réalités du terrain (comme y incitent d'autres circulaires) ou si une loi sexagénaire doit légitimement s'appliquer partout. Car dans le premier cas c'est aux recteurs et aux inspecteurs d'académie, conseillés par leurs conseillers techniques, qu'il revient d' « adapter » la loi aux impératifs locaux, c'est à eux qu'il revient de définir une politique cohérente qui tienne compte des moyens disponibles et des buts poursuivis.

CONCLUSION

Lorsqu'on étudie de près les pratiques de terrain en médecine scolaire on se rend compte que l'écart à la loi n'est pas le fait d'un seul acteur, d'un seul lieu, ou d'un seul mécanisme mais que c'est l'effet cumulatif de multiples contraintes et de multiples logiques qui en fait le lit. En soi le constat d'un écart à la loi n'est pas étonnant, il est le lot de toutes les lois et va s'aggravant, à mesure que le temps creuse le décalage entre la règle rigide et le monde en mouvement. En soixante ans le monde a bougé, les enfants ne souffrent plus des mêmes maux, les bilans ne dépistent plus les mêmes choses, les missions des médecins se sont diversifiées, leur pratique étoffée. Le métier de médecin de l'EN ne se résume plus au bilan de la sixième année, bien qu'il soit essentiel, d'autres nécessités guident sa pratique : Etre là pour aider l'adolescent en crise, pour conseiller l'enseignant désorienté, pour accompagner l'enfant porteur d'un handicap... Les missions ne manquent pas, toutes sont importantes. C'est pourquoi le respect de la loi doit être examiné au regard de *toutes* ses conséquences sur *toutes* les populations d'enfants confiées à la charge du médecin.

Pour tous ceux qui sont décisionnaires en Médecine Scolaire, il est urgent de se réinterroger sans tabous ni à priori sur la pertinence de la loi, et ayant tranché, de donner aux médecins de terrain, soit tous les moyens de l'appliquer, soit le plein droit d'y déroger.

Bibliographie

LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003.-Circulaire n° 2003-210 du premier décembre 2003 : La santé des élèves : Programme quinquennal de prévention et d'éducation, BO n°46 du 11 décembre 2003, 24p.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002.- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, *Code de la Santé Publique*, p186.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001.-Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 : Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, C n° 2001-013 : Missions des médecins de l'Education Nationale. *Journal Officiel*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997.-Arrêté du 18 août 1997, *Journal Officiel*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991.-Décret 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'EN et à l'emploi de médecin de l'EN-conseiller technique. *Journal Officiel de la République Française*, p15-24.

MINISTERE DE L'EN, 1991.-Circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991 : Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves. BO n°26, 4 juillet 1991

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1990.-Circulaire n° 90-107 du 17 mai 1990 : Contrôle des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement. *BO n° 25 du 21 Juin 1990*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1989.-Article L. 146 de la loi du 18 décembre 1989, *Journal Officiel*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1989.-Arrêté du 13 septembre 1989, *Journal Officiel*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1988.-Décret n° 88-977¹ du 11 octobre 1988, *Journal Officiel*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1987.-Décret n° 87-473 du 1^{er} Juillet 1987, *Journal Officiel*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1982.-Circulaire n°10/82/S et n° 82-256 du 15 juin 1982, *BO*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1945, Article L 541-1, *Code de l'Education*, pp186.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, *Code de déontologie médicale*

REPUBLIQUE FRANCAISE, Article R 234-22, *Code du Travail*.

LES RAPPORTS D'ACTIVITES :

Nationaux :

Bilan des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistant(e)s de service social, les infirmier(ère)s et les médecins dans les écoles et les établissements scolaires. Ministère de l'Education Nationale, Année scolaire 2000-2001. 78p.

BRICE J. *Rapport annuel médical 1991-1992.* Ministère de l'Education Nationale, 1993. 124p.

Académique :

MAITROT C. *Rapport annuel d'activité des médecins de l'académie de Rennes,* Ministère de l'Education Nationale, Année Scolaire 2000-2001. 69p.

Départementaux :

Mission de promotion de la santé en faveur des élèves, Recueil de données statistiques du département de Seine Maritime. Ministère de l'Education Nationale, Année 2002-2003. 60p

Mission de promotion de la santé en faveur des élèves, Recueil de données statistiques du département de Seine Maritime. Ministère de l'Education Nationale, Année 2001-2002. 57p

Médecins de l'Education Nationale, Rapport annuel 2001-2002, Ille et Vilaine, Ministère de l'éducation nationale, Année Scolaire 2001-2002.

Service de promotion de la santé en faveur des élèves, Recueil de données statistiques du département de Seine Maritime. Ministère de l'Education Nationale, Année 2000-2001. 64p

Médecins de l'Education Nationale, Rapport annuel 2000-2001, Ille et Vilaine, Ministère de l'éducation nationale, Année Scolaire 2000-2001.

LES OUVRAGES IMPRIMES :

ALLAMAND H., AZZANO V., BOILLEY A., et al. *Bilan de santé – Evaluation du développement pour la scolarité 5 à 6 ans : BSEDS 5-6, version 3* IUFM académie de Grenoble, Laboratoire Cogni-sciences, Octobre 2003, 63p.

DEKEUWER-DEFOSSEZ F., *Les droits de l'enfant*. Presses Universitaires de France, 2001. 127p

GIRARD J.F., *Démographie Médicale : Débouchés et Réorientations*, Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, Juillet 1991, 83p.

HARDY-DURST J., HYBERT M., RIGAUDY T., *Les services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Education nationale*, Education Nationale, 222p

LAGARDERE M.L, DIDIER-COURBIN P., LAGARRIGUE C. et al. *Rapport sur le dispositif médico-social en faveur des élèves*. IGAS-IGAEN, 1999.92+46p.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Démographie médicale française. Situation au premier Janvier 2003*/. Etude n° 36. Partenariat avec le CREDES, Décembre 2003

RINGARD J.C, « *A propos de l'enfant « dysphasique », l'enfant « dyslexique »* Rapport Ministère de l'Education Nationale, 5 Juillet 2000

TURSZ A., ROMANO M-C, *La santé des enfants, la santé scolaire. Une réponse et un dispositif appropriés ?* Actualité et dossier en santé publique n° 21 Décembre 1997 pp 2-7

LES ARTICLES DE PERIODIQUES :

BISSUEL B. *Dossier 1- Une société française à deux vitesses : la France continue d'abriter de grandes disparités sociales*. Le Monde. Dossiers et Documents, décembre 2002 pp 1-8.

BRODIN M., *Un siècle de santé publique*, Politique Santé, Décembre 1997, pp26-27 (16p),

GUIGNON N., NIEL X., *Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans*, BEH n° 39, 30 septembre 2003, pp 181-184

GUIGNON N., NIEL X., *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions*, DREES, Etudes et Résultats n° 250, Juillet 2003, 12p

GUIGNON N., *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*, DREES, Etudes et Résultats n° 155, Janvier 2002, 8p

LANDRE M., TANGUY G., *Fonctionnaires : Ce qui les attend*, L'Expansion : Avril 2004 : N°685, pp. 36-57

MURARD L, ZYLBERMANN P, *La santé publique, une belle centenaire*, Impact Médecin Hebdo, n° 569, 1^{er} mars 2002, pp 10-11

TRICOIRE M., POMMIER J., DESCHAMPS J.P. *La Santé scolaire en France : Evolution et perspectives*, Santé publique 1998, volume 10, n°3, pp 257-267

LES THESES ET LES MEMOIRES :

DAURELLE P. *Vers un nouveau bilan médical de la sixième année : Pour une approche partenariale des troubles d'apprentissage*, Mémoire de Médecin de l'EN : ENSP, 2001. 63p

Liste des annexes

- 1) Modèle de questionnaire destiné aux médecins en formation longue et de Seine Maritime.....II
- 2) Tableau des résultats des questionnaires des médecins de Seine Maritime..... IV
- 3) Tableau des résultats des questionnaires des médecins stagiaires en formation longue.....VI
- 4) Tableau des résultats des questionnaires des médecins d'Ille et Vilaine.....VIII
- 5) Tableau récapitulatif des entretiens effectués.....X
- 6) Grille d'entretien destinée aux médecins de secteur.....XI
- 7) Grille d'entretien destinée au médecin CT de l'inspecteur d'académie d'Ille et Vilaine.....XII
- 8) Grilles d'analyse des entretiens, liste des thèmes.....XIII

**ENQUETE PORTANT SUR L'ACTIVITE DES MEDECINS SCOLAIRES
EN MATIERE DE BILAN DE LA SIXIEME ANNEE (B6):**

*Le questionnaire qui suit concerne votre affectation pendant l'année 2002-2003 c'est-à-dire avant votre incorporation à l'ENSP pour la formation longue.
Merci de répondre, selon les cas, en cochant la case choisie ou en écrivant votre réponse sur les pointillés :*

▪ **Profil du médecin scolaire :**

Pendant l'année scolaire concernée :

- Etiez vous vacataire ? Contractuelle ? Vacataire ?
 - Exerciez vous à temps plein ? A temps partiel ?
 - En cas de temps partiel, étiez vous à 50% ? A 80% ? A 90% ? Autre ?.....
- A ce jour (Nov 2003), quelle est votre **ancienneté** comme médecin scolaire ?.....*

▪ **Profil du secteur :**

Pendant l'année scolaire concernée :

- Quelle était votre académie d'affectation ?
- Aviez vous un secteur : Urbain ? Rural ? Mixte ?
- S'agissait il : D'une ZEP ? D'une Zone sensible ? Autre
- Combien d'élèves aviez vous en charge dans votre secteur ?
- Combien d'élèves deviez vous voir en visite d'admission ?.....

▪ **Profil de l'activité :**

Pendant l'année scolaire concernée:

- **Avez vous effectué l'intégralité des bilans de la 6^{ème} année de votre secteur ?**
Oui Non
Si oui : Vers quel mois avez-vous terminé?.....
Si non : Quel pourcentage de bilans de la 6^{ème} année avez-vous effectué ?.....
- Les bilans de la sixième année étaient ils faits: En GS maternelle ? En CP ?
- Quel était le taux de couverture en B6 dans votre département d'affectation ?.....
- **Quelle était la politique régissant les bilans de la 6^{ème} année dans votre département :**
 - **Bilans systématiques pour la totalité des enfants concernés.**
 - **Bilans ciblés pour certains enfants seulement (repérés ou « à risque »).**
- Pensez vous que l'obligation légale de faire tous les B6 d'un secteur soit une bonne chose ?
Oui Non
- **Si vous n'avez pas effectué tous les bilans de la 6^{ème} année de votre secteur, était-ce à cause :** (Cochez plusieurs cases si besoin)
 - D'un manque de temps ?
 - D'un manque de moyens ? (Matériel, personnel, indemnités kilométriques...)
 - D'un choix de votre part ?
 - De consignes hiérarchiques ?
 - Autre ?.....

- Etes vous passé ces dernières années d'un secteur où les B6 étaient systématiques à un secteur où les B6 étaient ciblées ou inversement ? Oui Non

Lors des bilans de la 6^{ème} année :

- Avez-vous toujours le matériel nécessaire pour les passer ? Oui Non
- Devez vous parfois acheter du matériel avec vos propres deniers ? Oui Non
- Une infirmière scolaire vous accompagne t'elle :
Presque toujours Parfois Jamais
- Etes-vous assistée dans votre secteur par une secrétaire médicale ? Oui Non
- Considérez vous que les locaux qui vous sont « prêtés » dans les écoles pour les B6 sont le plus souvent adaptés ? Oui Non

Citez une à trois missions qui ne vous semble pas cohérentes sur le terrain (pas logiques ou pas pertinentes) :

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....

Citez trois missions que vous aimeriez pouvoir davantage assumer ?

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....

En vous remerciant pour le temps que vous avez bien voulu consacrer à ce questionnaire,

Valérie Mahé

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DES MEDECINS SCOLAIRES DE SEINE MARITIME

Numéro du questionnaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Statut (a)	T	T	T	T			V	V	T	T	C		T	T	T	C		
Temps de travail en %	100	100	100	100	100		80	60	100	80	50		100	80	90	50		
Ancienneté (en années)	22	20	6	20	17		10	23	24	24	3		7	20	9	1		
Type de secteur (b)	M	R	MZ	MZ	MZ		R	R	M	M	MZ		U	U	UZ	M		
Nombre d'élèves du secteur	5400	8000	5948	5000	6300		8000		7553	8000	4497		7200	5000	7000	4178		
Nombre d'élèves à voir en B6	607	600	536	1053	291		500	372	668	503	400		456	483	508	223		
100% des B6 faits (c)	O	O	N	O	O		O	O	N	N	N		O	O	O	N		
Sinon % de B6 faits			6						72	91	0		90		95	75		
Politique département (d)	S	S	S	S	S		S	S	S	S	S		S	S	S	S		
Pour 100% de B6 ? (c)	O	O	O	O			O	O	O	O	O		O	O	O	N		
Matériel (c)	N	N	N	N	N		N	O	O	N	N		O	O	N	O		
Achats personnels (c)	O	O	O	O	O		O	N	O	O	O		O	O	N	N		
Infirmière (e)	O	O	P	O	O		O	O	O	O	O		O	O	O	O		
Secrétaire (c)	N	O	O	O	O		O	O	O	O	O		O	O	O	O		
Locaux adaptés (c)	N	N	N	N	N		N	N	O	N	N		N	O	O	N		

(a) : V=vacataire, C=contractuelle, T=titulaire

(b) : U=urbain, R=rural, M=mixte, Z=zep, S=zone sensible

(c) : O=où, N=non (d) : S=visites systématiques, C=visites ciblées

(e) : O=présente presque toujours, P=parfois, N=jamais.

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DES MEDECINS SCOLAIRES DE SEINE MARITIME (Suite)

Numéro du questionnaire	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Statut (a)				T	-	T	V	T		T	T			T	-	T	T
Temps de travail en %				90	-		100	100		100	80			100	-	100	100
Ancienneté (en années)				11	-	12	28	20		25	25			24	-	20	22
Type de secteur (b)				UZ	-	U	UZ	U		U	MZ			MZ	-	U	UZ
Nombre d'élèves du secteur				5662	-	7500	6300	7920		5333	4600			4600	-		5500
Nombre d'élèves à voir en B6				360	-	409	300	250		351	498			439	-	279	548
100% des B6 faits (c)				N	-	O	N	O		O	O			N	-	O	
Sinon % de B6 faits				99	-	98	90				97			97	-		98
Politique département (d)				S	-	S	S	S		S	S			S	-	S	S
Pour 100% de B6 ? (c)				-	-	O	O	O		O	O			O	-	O	O/N
Matériel (c)				O	-	O	O	O		N	N			O	-	O	O
Achats personnels (c)				O	-	N	O	O		O	O			O	-	N	N
Infirmière (e)				O	-	O	O	O		O	O			O	-	N	O
Secrétaire (c)				N	-	O	N	O		O	O			O	-	O	O
Locaux adaptés (c)				N	-	O	O	O		N	N			N	-	O	O

(a) : V=vacataire, C=contractuelle, T=titulaire

(b) : U=urbain, R=rural, M=mixte, Z=zep, S=zone sensible

(c) : O=où, N=non (d) : S=visites systématiques, C=visites ciblées

(e) : O=présente presque toujours, P=parfois, N=jamais.

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DES MEDECINS SCOLAIRES EN FORMATION LONGUE

Numéro du questionnaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Statut (a)	C	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Temps de travail en %	60	80	80	60	100	10	100		50	100	80	80	100	100	100
Ancienneté (en années)	5	3	11	2	4	2	4	3	3	3	7	7	5	4	2
Type de secteur (b)	U	M	M	U	MZ	R	M	R	MS	UZ	MZ	U	UZ	R	R
Nombre d'élèves du secteur	6000	5000	6000	4000	4600		6000	4000	8000	5000	3500	6000	4500	5000	5694
Nombre d'élèves à voir en B6	250	400	500	300	300		350	550	400	500	350	370	200	300	602
100% des B6 faits (c)	N	N	O	N	O		O	O	N		O	O	O	N	N
Pourcentage de B6 faits	40	88		95					90	60			95	65	13
Pourcentage moyen de B6 dans le département		90	68	100	95		90	80	70	75	100	90	92		
Politique département (d)	O	S	S	S	S		S	S	S	S	S	S	S	S	C
Pour 100% de B6 ? (c)	N	N	O		O		O	O	N	N	N	O	N	O	O
Matériel (c)	O	N	N	O	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	N
Achats personnels (c)	N	O	O	N	N		N	O	N	O	O	O	N	O	O
Infirmière (e)	O	N	P	N	P	P	O	N	O	P	N	O	N	P	N
Secrétaire (c)	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O
Locaux adaptés (c)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N

(a) : V=vacataire, C=contractuelle, T=titulaire (b) : U=urbain, R=rural, M=mixte, Z=zep, S=zone sensible

(c) : O=où, N=non (d) : S=visites systématiques, C=visites ciblées

(e) : O=présente presque toujours, P=parfois, N=jamais.

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DES MEDECINS SCOLAIRES FORMATION LONGUE (Suite)

Numéro du questionnaire	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Statut (a)	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Temps de travail en %	50	100		70	100	50	100	100	80	75
Ancienneté (en années)	5	5	2	1	2	1	5	6	4	5
Type de secteur (b)	M	M	U	R	UZ	R	MZ	U	MS	M
Nombre d'élèves du secteur	2693	5000	6500	5000	2270		4800	4500	4000	6000
Nombre d'élèves à voir en B6	238	380	550	364	186		350	325		300
100% des B6 faits (c)	N	N	N	N	O	N	N	N	O	O
Pourcentage de B6 faits	64	50		77		50	80	80		
Pourcentage moyen de B6 dans le département		55		80	88	85	65	90	80	
Politique département (d)	S	S	S	S	S	S	S	S		S
Pour 100% de B6 ? (c)	N	N	O	N	N	O	O	O	O	O
Matériel (c)	N	N	O	O	O	N	O	O	O	N
Achats personnels (c)	O	N	N	N	N	O	N	N		O
Infirmière (e)	N	N	N	O	N	O	O	O	O	O
Secrétaire (c)	O	O	O	O	O	N	N	O	O	N
Locaux adaptés (c)	N	O	N	O	N	N	N	N	N	N

(a) : V=vacataire, C=contractuelle, T=titulaire

(b) : U=urbain, R=rural, M=mixte, Z=zep, S=zone sensible (c) : O=oui, N=non

(d) : S=visites systématiques, C=visites ciblées (e) : O=présente presque toujours, P=parfois, N=jamais.

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DES MEDECINS SCOLAIRES D'ILLE ET VILAINE

Numéro du questionnaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Statut (a)	V	T		T	V	T		T	T	-	T	V	T	V	
Temps de travail en %	80	100		100	100	80		60	80	-	80		100	-	
Ancienneté (en années)	12	15		27	14	24		14	3	-	22	8	23	-	
Type de secteur (b)	M	MZS		UZ	M	M		MZ	UZ	-	R	U	M	-	
Nombre d'élèves du secteur	5615	7000		7200	6000	6000			3000	-	6672	2613	9000	-	
Nombre d'élèves à voir en B6	532			464	549	489			525	0	609	237	683	0	
100% des B6 faits (c)	N			N	N	N		N	N	-	N	N	N	-	
Sinon % de B6 faits	15			64	6	27		3	46	-	27	4	29	-	
Politique département (d)	C	C		C	C	C		C	C	-	C	C	C	-	
Pour 100% de B6 ? (c)	N	N			N	O		O	O/N	-	O/N	N	N	-	
Matériel (c)	O	O		O	O	N		N	N	-	O	N	N	-	
Achats personnels (c)	O	O		O	O	N			O	-	O	O	O	-	
Infirmière (e)	N	P		N	N	N		N	N	-	N	N	O	-	
Secrétaire (c)	O	O		O	O	O		O	O	-	O	O	O	-	
Locaux adaptés (c)	N	O		N	O	O		O	N	-	N	O	N	-	

(a) : V=vacataire, C=contractuelle, T=titulaire

(b) : U=urbain, R=rural, M=mixte, Z=zep, S=zone sensible

(c) : O=où, N=non (d) : S=visites systématiques, C=visites ciblées

(e) : O=présente presque toujours, P=parfois, N=jamais.

RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DES MEDECINS SCOLAIRES D'ILLE ET VILAINE (Suite)

Numéro du questionnaire	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Statut (a)		S	V			T	T	-	T		T			T	-
Temps de travail en %		100	80			90	80	-	80		80			80	-
Ancienneté (en années)		10	1			29	29	-	22		9			3	-
Type de secteur (b)		UZ	U			M	M	-	UZ		M			M	-
Nombre d'élèves du secteur		4500				6200	6000	-	4000		4910			8692	-
Nombre d'élèves à voir en B6		220	609			490	382	-	150		457			677	-
100% des B6 faits (c)		O	N			N	O	-	O		N			N	-
Sinon % de B6 faits			27			0	100	-	100		33			11	-
Politique département (d)		S	C			C	C	-	C		C			C	-
Pour 100% de B6 ? (c)		O/N	N			O	O	-	N		N			O	-
Matériel (c)		N	N			N	N	-	N		O			N	-
Achats personnels (c)		N	O			O	O	-	O		O			O	-
Infirmière (e)		O	P			N	P	-	O		P			N	-
Secrétaire (c)		O	O			-	O	-	O		O			O	-
Locaux adaptés (c)		O	N			N		-	N		O			O	-

(a) : V=vacataire, C=contractuelle, T=titulaire, S=stagiaire

(b) : U=urbain, R=rural, M=mixte, Z=zep, S=zone sensible

(c) : O=où, N=non (d) : S=visites systématiques, C=visites ciblées

(e) : O=présente presque toujours, P=parfois, N=jamais.

TABLEAU DES ENTRETIENS :

1) Les médecins scolaires de Seine Maritime :

	Ancienneté	type de secteur	taille secteur	nombre de B6 (Bilans de la 6 ^{ème} année)	respect de la loi
MEN n°1	22	M	5400	607	pour
MEN n°2	20	R	8000	600	pour
MEN n°9	24	M	7583	668	pour
MEN n°14	20	U	5000	483	pour
MEN n°25	28	UZ	6300	300	pour
MEN n°28	25	U	5333	351	pour
MEN n°29	25	MZ	4600	498	pour

2) Les médecins scolaires stagiaires en formation longue :

	Ancienneté	type de secteur	taille secteur	nombre de B6	respect de la loi
MEN n°9	3	MS	8000	550	contre
MEN n°10	3	UZ	5000	500	contre
MEN n°14	4	R	5000	300	pour
MEN n°15	2	R	5694	602	pour
MEN n°18	2	U	6500	550	pour
MEN n°22	5	MZ	6000	300	pour

3) Les médecins conseillers techniques:

- 1- Médecin conseillère technique du recteur de l'académie de Clermont-Ferrand de 1986 à 2001. Politique de B6 ciblés
- 2- Médecin conseillère technique de l'Inspection Académique d'Ille et Vilaine. Politique de B6 ciblés
- 3- Médecin conseiller technique de l'Inspection Académique de Seine Maritime. Politique de B6 systématique

4) Le juriste : Docteur P T médecin de l'éducation nationale et juriste

GRILLE D'ENTRETIEN DES MEDECINS SCOLAIRES :

Je suis médecin scolaire stagiaire. Dans le cadre de mon année de formation à l'ENSP je réalise un mémoire sur les grandes disparités constatées au niveau des pratiques de terrain, notamment en matière de bilan de la sixième année. J'essaie d'en comprendre les causes à travers les témoignages individuels. L'anonymat sera bien évidemment total.

1. Consigne initiale :

Pouvez vous me parler de votre travail de médecin scolaire ?

2. Les thèmes :

a. Le médecin scolaire :

- Trajectoire professionnelle
- ancienneté
- Motivation, investissement
- Conception de la médecine scolaire, évolution ?

b. Le terrain :

- Dimension du secteur
- Caractéristique du secteur (ZEP, zone sensible, rural, urbain, mixte, contexte socioculturel...)
- Consignes hiérarchiques,

c. La pratique :

- Missions assurées couramment
- Missions délaissées, pourquoi ?
- Missions pertinentes, non pertinentes sur le terrain
- Marge de manœuvre individuelle, souhait mission

d. La visite d'admission :

- Contenu, objectifs
- Evolution de la pratique en matière de bilans de la 6^{ème} année (B6)
- Connaissance de la loi
- Taux de couverture en B6 du secteur, du département, de l'académie
- Pertinence de la loi ?
- Respect de la loi ?
- Si non : Causes (temps, matériel, partenaires...)
- Priorités personnelles ? Effectives ?

**Grille d'entretien du médecin conseiller technique auprès de l'inspecteur
d'académie de l'Ille et Vilaine :**

Question de départ :

« Pouvez vous me parler de la politique du département d'Ille et Vilaine en matière de bilan de la sixième année ? »

Les thèmes :

1. Le bilan de la sixième année (B6):
 - Taux de couverture ?
 - Quels objectifs pour la B6 ?
 - Contenu particulier de la B6 ? (BSEDS ?)
 - Modalités de ciblage ?
 - Passage en visites ciblées à quelle époque ?
 - Sur l'impulsion de qui ?
 - Sur quels arguments ?
 - Résistances ?
 - Quel retentissement sur l'activité des médecins de l'EN : Report du temps sur quelles missions ?
 - Comment s'accommodent t'ils de la loi toujours en vigueur qui exige que tous les enfants soient vus ?
 - Comment se décide la politique départementale en matière de B6 sur le terrain ? Concertation ou choix hiérarchique ?
 - Quelle est votre opinion personnelle en matière de B6 ?
 - Evolution des mentalités (hiérarchique ou médecins de secteur) par rapport à la B6 ?
 - Evolution des conditions de travail des médecins de l'EN depuis votre entrée en fonction ? (Réduction des Indemnités Kilométriques, réduction des effectifs en médecins de l'EN...) (Ancienneté comme Conseiller Technique ? A été médecin de secteur ?)
 - Spécificités départementales (Taille des secteurs, secteurs laissés découverts ?... Coopération médecins-infirmières ? secrétaires ? autres ?...)
 - Quid des autres obligations légales (EPS et machines dangereuses) ?

GRILLE D'ANALYSE, LISTE DES THEMES :

CHOIX :

- **Thème n° 1** : Les arguments en faveur du respect de la loi (couverture intégrale des secteurs en bilan de la sixième année, 100% de bilans systématiques)
- **Thème n° 2** : Les arguments contre le respect de la loi (couverture partielle des secteurs en bilan de la sixième année, politique de ciblage ou autre ?)
- **Thème n° 3** : Le positionnement du médecin scolaire dans son métier (trajectoire, motivation, investissement, vécu du métier, centres d'intérêt...)

CHOIX OU CONTRAINTES :

- **Thème n° 4** : Les autres missions (faites ? sacrifiées ? Pourquoi ? Hiérarchie ?)
- **Thème n° 5** : Evolution du métier.

CONTRAINTES :

- **Thème n° 6** : Modalités de la visite d'admission (temps, contenu, objectif, vécu)
- **Thème n° 7** : Obstacles à l'accomplissement des bilans de la sixième année (matériel, indemnités kilométriques..., taille des secteurs, autres contraintes...)
- **Thème n° 8** : La collaboration avec les autres intervenants : Ce qui se fait, ce qui pourrait se faire.
- **Thème n° 9** : Autre.