



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale

Date du Jury : juillet 2000

**AVIS MÉDICAL DANS LA PROCÉDURE
D'ORIENTATION DES ÉLÈVES DE TROISIÈME
À LA RÉUNION**

MONDON JEAN - MICHEL

SOMMAIRE

PRINCIPAUX SIGLES	1
<i>Signification des principaux sigles en usage dans l'administration de l'Éducation Nationale.....</i>	<i>1</i>
INTRODUCTION	2
1. CONTEXTE LÉGISLATIF ET LOCAL DE L'ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE DES ÉLÈVES DE TROISIÈME À LA RÉUNION	5
1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL	5
1.1.1. Dernière année de collège : passez le cap.....	5
1.1.2. L'orientation : choisir entre le lycée général, le lycée professionnel ou la seconde spécifique.....	5
1.1.3. L'entrée dans une seconde de détermination : choisir le lycée général et le lycée technologique.	6
1.1.4. Choisir un lycée d'enseignement professionnel ou une seconde spécifique.....	7
1.1.5. Orientation, mode d'emploi : Les étapes clés.	7
1.2 CONTEXTE LÉGISLATIF	8
1.2.1. Préalable à la procédure d'orientation.....	8
1.2.2 Procédure officielle d'orientation en classe de troisièmeAnnexe N° :1	9
1.2.3 Les Opérateurs de L'orientation	10
1.3 PRÉSENTATION DU DÉPARTEMENT DE L'ÎLE DE LA RÉUNION.....	11
1.3.1 Aspect Géographique.....	11
La Réunion anciennement appelé « Isle de Bourbon », se situe entre :	11
1.3.2 Aspect Démographique	12
1.3.3 Aspect Économique	13
1.3.4 Aspect du marché de l'emploi.	14
1.4 CONTEXTE SPÉCIFIQUE A LA RÉUNION	15
1.4.1 Démographie scolaire.....	15
1.4.2 Équipement scolaire	16
1.4.3 La Tendances.....	16
1.4.4 Équipe médico-sociale de secteur.....	17
2. PRÉSENTATION DU BILAN MÉDICAL D'ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE ET LA VISITE MÉDICALE D'APTITUDE AU TRAVAIL SUR MACHINES DANGEREUSES.....	19
2.1. CADRE GÉNÉRAL DE LA VISITE MÉDICALE	19
2.1.1. La promotion de la santé.....	19
2.2. CADRE GÉNÉRAL DE L'EXAMEN MÉDICAL.....	20
2.2.1. Déroulement d'une visite médicale	20
2.3. CONTENU DE L'EXAMEN MÉDICAL.....	21
2.3.1. La Biométrie	22
2.3.2. L'entretien	22

2.3.3. <i>L'examen des pièces médicales</i>	23
2.3.4. <i>L'examen clinique</i>	23
2.4. DÉCISION CONCERNANT L'APTITUDE MÉDICALE.....	24
3. ENQUÊTE SUR LE TERRAIN ET ANALYSE.....	25
3.1. OBJECTIF DE L'ENQUÊTE	25
3.2. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.....	26
3.2.1. <i>POPULATION ENQUÊTÉE</i>	26
3.2.2. <i>THÈMES ABORDÉS</i>	27
3.3. QUESTIONNAIRE.....	28
3.3.1. <i>RÉSULTATS OBTENUS</i>	28
3.3.2. <i>DISCUSSION DES RÉSULTATS</i>	29
3.4. LES ENTRETIENS.....	32
3.4.1. <i>RÉSULTATS OBTENUS</i>	32
3.4.2. <i>DISCUSSION DES RÉSULTATS</i>	33
3.5. SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION.....	39
<i>IMPLICATION DU SPSFE</i>	39
<i>TRAVAILLER EN ÉQUIPE Annexe N° :13</i>	40
4. PROPOSITIONS.....	41
4.1. AMÉLIORER LA FORMATION EN MÉDECINE D'ORIENTATION	41
4.2. OPTIMISER LE TRAVAIL EN PARTENARIAT	42
4.3. RESPONSABILISER L'ÉLÈVE	42
4.4. FAVORISER LA COMMUNICATION AVEC LA FAMILLE.....	43
4.5. AMÉLIORER L'ESPACE MÉDICAL	43
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	45
Liste des annexes	50

PRINCIPAUX SIGLES

Signification des principaux sigles en usage dans l'administration de l'Éducation Nationale

BEP : brevet d'études professionnelles

BTS : brevet de technicien supérieur

CAP : certificat d'aptitudes professionnelles

CDI : centre de documentation et d'information

CIO : centre d'information et d'orientation

COP : conseiller d'orientation psychologue (**COPSY**)

CPE : conseiller principal d'éducation

EPLE : établissement public local d'enseignement

IDE : infirmier (e) diplômé d'état

LEP : lycée d'enseignement professionnel

MEN : médecin de l'éducation nationale

ONISEP : office national d'information sur les enseignements
et les professions

SPSFE : service de promotion de la santé en faveur des
élèves

INTRODUCTION

À l'heure où les problèmes économiques et sociaux engendrent des difficultés de tous ordres dans la vie quotidienne d'un grand nombre d'élèves ; où les sollicitations à se positionner pour l'avenir sont de plus en plus fréquentes ; le rôle joué par l'Éducation Nationale et le Service Public de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves, en matière de prévention des erreurs d'orientations scolaires et professionnelles, et d'une façon plus générale dans une attitude constructive vis à vis de la santé, est, en effet, primordial.

A l'opposé d'un conditionnement, le bilan médical d'orientation et la visite médicale d'aptitude sont conçus par le Ministère comme devant aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix d'orientation scolaire et professionnelle, leur permettant ainsi de se préparer à exercer leurs activités dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure.

Au cœur du système, le médecin se trouve en effet dans un réseau de ressources éducatives qui permet aux élèves d'obtenir un complément d'information et de formation.

Parce que l'acte médical forme un tout, il ne doit pas impliquer une séparation des tâches mais au contraire une synthèse entre tous les professionnels de l'équipe éducative.

Par conséquent il faut s'interroger sur le dispositif des visites médicales par aptitude professionnelle et de même comprendre la place accordée à l'avis médical pour ces mêmes aptitudes professionnelles.

L'avis médical dans l'orientation professionnelle des élèves de troisième est-il peu pris en compte ou mal pris en compte au regard des hypothèses suivantes :

- Planification tardive du bilan d'orientation et de la visite médicale d'aptitude des élèves en fin de scolarité au collège,
- Méconnaissance des étapes du processus d'orientation,
- Manque d'effectif médical,
- Absence de concertation entre partenaires de l'équipe éducative,
- Absence de motivation des élèves de troisième pour une formation professionnelle,
- Désinvestissement des familles par manque d'information.

« C'est le meilleur quand il y a intégration au reste du dispositif et c'est le pire en l'absence d'articulation avec les autres enjeux de la vie scolaire ¹ ».

Dans la première partie, nous allons nous attacher à décrire l'orientation scolaire et professionnelle des élèves en fin de collège sur un mode général, pour secondairement préciser les étapes de cette orientation dans leur cadre

¹ Haut Comité de la santé Publique : Rapport à la conférence Nationale de Santé 1997 ; p :29. 1^{ère} partie : santé des enfants, santé des jeunes.

légal, tout en faisant mention des « opérateurs » de l'orientation et du contexte départemental (Île de la Réunion) dans lequel l'étude se déroule.

La deuxième partie va décrire la procédure de la visite médicale dans sa diversité afin de souligner le caractère spécialisé de celle-ci.

Dans la dernière partie nous ferons part des résultats de l'enquête, des réflexions qu'ils ont suscités et des propositions qui en découlent dans un but d'aide et d'amélioration.

1. CONTEXTE LÉGISLATIF ET LOCAL DE L'ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE DES ÉLÈVES DE TROISIÈME À LA RÉUNION

1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1.1. Dernière année de collège : passez le cap

Avec la troisième, l'aventure commune à tous les collégiens de France se termine. Les chemins scolaires vont ensuite se personnaliser ou quelquefois même s'arrêter. L'enseignement secondaire, plaque tournante de toute une vie, où sont cultivées les qualités qui feront des jeunes à la fois des citoyens acteurs et créateurs.

En fin de troisième, carrefour de l'orientation, plusieurs directions s'offrent aux élèves.

1.1.2. L'orientation : choisir entre le lycée général, le lycée professionnel ou la seconde spécifique.

Cette année de troisième, les élèves auront à prendre leurs premières décisions d'orientation, en réfléchissant aux années à venir, après le baccalauréat y compris.

L'objectif de la troisième n'est pas de construire un plan de carrière définitif, mais c'est le moment tout de même d'une décision capitale et cela malgré l'absence d'idées concrètes d'études ou de métiers.

L'élève est au carrefour de quatre chemins. Il s'agit pour lui de faire un choix entre le lycée général, le lycée technologique, le lycée professionnel ou une seconde spécifique.¹

¹ Hôtellerie, Musique, Danse.

Chaque voie exige de la part de l'élève qu'il élabore une stratégie.

1.1.3. L'entrée dans une seconde de détermination : choisir le lycée général et le lycée technologique.

Cette seconde de détermination donne une année de plus à l'élève pour préciser son profil et la série de son baccalauréat, par le jeu des options.

L'élève est autonome² avec en ligne de mire, le choix entre neuf baccalauréats :

- **L** : vers la série langue.
- **E** : vers la série sciences économiques et sociales.
- **S** : vers la série scientifique.
- **ST I** : vers la série sciences et technologies industrielles.
- **STT** : vers la série sciences et technologies tertiaires.
- **SMS** : vers la série sciences médico-sociales.
- **STL** : vers la série sciences et technologies de laboratoire.
- **STAE** : vers la série sciences et technologies de l'agronomie et de l'environnement.
- **STPA** : vers la série sciences et technologies du produit agro-alimentaire.

² Les professeurs ne maternent plus.

1.1.4. Choisir un lycée d'enseignement professionnel ou une seconde spécifique.

À partir de cette année de troisième, ces deux voies³ spécialisent l'élève dès l'entrée au lycée.

Même si cela n'engage pas forcément l'élève pour l'avenir, c'est le moment d'être bien renseigné et de tester ses goûts.

En effet, cette décision impose à l'élève de formuler de façon très précise un projet professionnel.

Quelle que soit cette première décision d'orientation, elle doit déclencher chez l'élève une réflexion sur lui, ce qu'il aime et ce qu'il aimerait faire plus tard.

En général, le jeune a une idée très claire de ce qu'il aime le plus et de ce qu'il aime le moins.

1.1.5. Orientation, mode d'emploi : Les étapes clés.

L'orientation se prépare à l'aide d'une fiche navette à remplir par la famille et à remettre au professeur principal.

Au second trimestre, l'élève indique des « intentions provisoires » d'orientation qui seront examinées par le conseil de classe.

Celui-ci donnera son avis.

Au troisième trimestre, l'élève présente des « vœux définitifs ».

C'est le dernier conseil de classe lorsqu'il se réunit, qui les confirme⁴.

S'il y a désaccord, la décision revient, en dernier lieu, au chef d'établissement.

³ Lycée d'enseignement professionnel et seconde spécifique.

I.2 CONTEXTE LÉGISLATIF

I.2.1. Préalable à la procédure d'orientation

La construction du projet individuel d'orientation est un processus complexe, susceptible d'évolution et d'adaptation permanente . Il est préparé au sein de la communauté éducative :

- D'abord par l'élève lui-même qui devient progressivement l'acteur principal de son orientation. L'objectif est que le jeune parvienne à s'auto-évaluer en terme de compétences et de connaissances, qu'il sache identifier et hiérarchiser ses intérêts et ses aspirations personnelles,
- Par son environnement familial,
- Par l'action éducative des enseignants, des personnels d'éducation et de documentation,
- Par l'action des partenaires du monde socio-économique,
- Par l'action spécifique du conseiller d'orientation-psychologue (COP). Interlocuteur privilégié des élèves et de leurs parents.

⁴ Pour une admission en lycée général, en lycée professionnel ou un redoublement.

I.2.2 Procédure officielle d'orientation en classe de troisième⁵ Annexe N° :1

La classe de troisième constitue l'année du cycle d'orientation.

Au deuxième trimestre, la famille demande le passage dans une des trois voies d'orientation ou le redoublement.

Les trois voies d'orientation⁶ sont :

- La classe de seconde générale et technologique ou les classes de seconde à régime spécifique,
- La classe de seconde professionnelle,
- La première année de préparation au certificat d'aptitude professionnel (CAP) ou au brevet d'aptitude professionnel (BEP) en deux ans.

Le conseil de classe répond à cette demande.

En cas de désaccord, le **dialogue** commence, et est maintenu jusqu'au troisième trimestre.

Au troisième trimestre, la famille demande le passage dans une des trois voies d'orientation ou le redoublement. Le conseil de classe propose une des modalités après avoir réalisé un bilan par rapport aux objectifs du niveau de troisième.

En cas d'accord, la proposition devient décision du chef d'établissement qui la notifie à la famille.

En cas de désaccord, un entretien obligatoire est proposé à la famille par le chef d'établissement.

⁵ Éducation à l'orientation et procédures : <http://www.education.gouv.fr>.

⁶ Article 1 de l'arrêté du 17 janvier 1992, modifié par l'arrêté du 15 septembre 1993.

Si le désaccord persiste, le chef d'établissement doit **motiver** sa décision et la famille peut avoir un recours en faisant appel devant une **commission d'appel**.

Le choix des spécialités de BEP et de CAP appartient à la famille.

Pour les élèves issus de la troisième d'insertion, l'orientation se fait essentiellement vers un centre de formation des apprentis, vers un lycée professionnel, vers une formation conduisant au CAP.

L'intégration en seconde professionnelle et en première année de CAP est soumise à une **commission d'affectation**.

Une décision d'orientation ça se prépare, au moyen d'un dialogue avec tous les acteurs de l'orientation.

1.2.3 Les Opérateurs de L'orientation

L'ONISEP (L'office national d'information sur les enseignements et les professions), est un établissement public, sous tutelle du ministère de l'éducation nationale.

Créé par le décret du 19 mars 1970, il est chargé d'élaborer l'information. Il édite et diffuse des documents écrits, audiovisuels et gère des bases de données sur les études et les professions.

L'Onisep a trente délégations régionales (une par académie) qui publient des informations à caractère régional sur les formations et les professions.

Les COPSYP (conseillers d'orientation psychologues) exercent leur profession au sein d'une équipe regroupée dans un **centre d'information et d'orientation** (CIO) et animée par un **directeur de CIO**.

Le CIO, est chargé d'assurer l'information et l'orientation « *dans un processus éducatif d'observation continue* », il a été créé par décret du 7 juillet 1971.

L'action des CIO est coordonnée, dans chaque département, par un inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'information et de l'orientation.

Dans chaque académie par un chef de service académique d'information et d'orientation.

Au niveau national par la **mission de l'orientation** de la direction de l'enseignement scolaire.

La décision d'orientation n'implique pas automatiquement l'affectation dans un établissement.

I.3 PRÉSENTATION DU DÉPARTEMENT DE L'ÎLE DE LA RÉUNION

I.3.1 Aspect Géographique

Situées dans l'Océan Indien, les îles de la Réunion, de Maurice et de Rodrigues, toutes trois de même origine géologique, forment l'archipel volcanique des Mascareignes.

Elles sont d'âge différent :

- île Maurice est la plus ancienne : huit millions d'années,
- suivie de l'Île de la Réunion : trois millions d'années,
- et de l'île de Rodrigues : un, cinq millions d'années.

La Réunion anciennement appelé « *Isle de Bourbon* », **se situe entre** :

Madagascar (à 780 Km) et île Maurice (à 200 Km).

Avec ses 250 Km de côtes et sa superficie de 2512 Km², elle offre des paysages variés (72 % des genres de plantes ont une origine afro-malgache, les autres sont d'origine indo-pacifique ou cosmopolites).

Deux points culminants sont remarquables :

- Le Piton des Neiges (3070 m), ancien massif volcanique, entouré de trois cirques majestueux (Salazie, Cilaos, Mafate) et
- Le Piton de la Fournaise (2630 m), volcan encore en activité.

Le climat réunionnais est un climat tropical modifié par l'action des alizés soufflant Est –Sud . Est, qui favorisent une forte humidité sur les versants orientaux dits : « *au vent* », et en altitude.

L'alternance de deux saisons caractéristiques des climats tropicaux est respectée :

- une saison chaude et humide (de décembre à avril) et
- une saison plus fraîche et sèche (de mai à novembre).

Les températures sont, en moyenne annuelle, de 14° C dans les hauts à 24° C dans les bas.

La pluviométrie est relativement importante (jusqu'à 8000 mm/an) dans certaines zones « *au vent* », mais peut descendre (jusqu'à moins de 1000 mm/an) sur la côte occidentale dite « *sous le vent* ».

1.3.2 Aspect Démographique

La Réunion compte 709.468 habitants, cette population est particulièrement jeune (38,7 % de moins de 20 ans), allée à son fort taux d'accroissement (1,9 % par an), sont autant d'entraves à la lutte contre un chômage structurel devenu endémique.

Le taux de mortalité pour mille : 19,5 en 1998, contre 12,6 en métropole pour la même année.

Le modèle social du couple bi-actif ne s'est pas encore imposé nettement comme en France métropolitaine.

Les ménages⁷ où la personne de référence est un parent isolé représentent 17 % de l'ensemble .

Les femmes élevant seules leurs enfants forment 15 % des familles, contre 9 % en France métropolitaine. La majeure partie de celle-ci sont actives, mais 40 % ne le sont pas.

1.3.3 Aspect Économique

Le nombre de contribuables ayant payé un impôt est faible au regard du nombre total de foyers fiscaux. Sur les 237.884 foyers fiscaux déclarants, seulement 22 % ont été imposés.

En 1996, on compte 26 contribuables imposables pour 100 ménages, contre 65 en métropole.

.Malgré l'abattement de 30 % de l'impôt consenti à la Réunion, le rendement de l'impôt jusqu'en 1985 était à peu près le même ici qu'en métropole : il s'élevait à 14 % de la masse des revenus nets globaux, illustrant l'importance des contribuables aisés.

C'est dans les DOM et en Corse que l'on trouve la plus forte proportion de personnes bénéficiant des aides sociales.

À la Réunion la population bénéficiaire représentent 20 % de la population totale (12% dans les autres DOM) . Les dépenses d'aide sociale sont à la Réunion, 2,2 fois supérieur à la moyenne nationale.

⁷ Ensemble d'individus, habitant sous le même toit.

1.3.4 Aspect du marché de l'emploi.

Considérant l'économie sociale, l'île est passée d'une société rurale en 1946 à une société de services dans les années 1980.

Les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires constituent les groupes sociaux les plus nombreux (60 % de la population active).

Plus de neuf ouvriers sur dix sont des hommes et un ouvrier sur deux est sans qualification.

La Réunion est la région française qui enregistre le taux de chômage le plus élevé, il atteignait 37,7 % en mars 1998, alors que les autres DOM ne dépassent pas 31 %.

Annexe N° :2

Parmi les jeunes ayant le niveau terminale de BTS (avec ou sans diplôme), 55 % d'entre eux ont obtenu un emploi. Le chômage des jeunes est un problème particulièrement crucial à la Réunion où 58 % des jeunes de moins de 25 ans étaient au chômage en 1998 (plus du double du niveau métropolitain : 25,4 %).

Annexe N° :3

1.3.5 Évolution du Système Éducatif

Jusqu'en 1984, les services de l'éducation nationale étaient placés sous l'autorité d'un Inspecteur d'Académie ayant le titre de Vice-Recteur.

Par décret (N°: 84-998 du 13 novembre 1984), l'académie de la Réunion a été créée.

La particularité de cette académie est qu'elle comprend un seul département et par conséquent le recteur exerce les attributions d'un recteur d'académie mais aussi celles de directeur des services départementaux de l'éducation nationale.

Le taux d'accès d'une génération au niveau de la terminale a plus que doublé en dix ans⁸, mais reste inférieur à celui de la métropole (62,7 %).

I.4 CONTEXTE SPÉCIFIQUE A LA RÉUNION

I.4.1 Démographie scolaire

En 1998, la population scolaire totale est de 217.147 élèves.

Le phénomène démographique explique la hausse des effectifs des enfants pré-scolarisés de deux ans (plus de 13,2 %). **Annexe N° :4**

Les effectifs des collèges sont encore en augmentation, mais cette croissance amorce un ralentissement (59.636 élèves en 1999, soit plus de 1,7 % en un an).

L'enseignement général et technologique connaît une progression d'effectifs plus faibles que l'enseignement professionnel (21.334 élèves en 1999, soit moins de 2,5 % en un an⁹. **Annexe N° :5**

L'enseignement professionnel est la voie qui enregistre la plus forte augmentation, plus de six cents élèves en 1998 (15.198 élèves en 1999, soit plus de 1 % en un an¹⁰. **Annexe N° :5**

Le taux de passage de la troisième générale en seconde générale reste à un niveau assez faible (56,2 %) et n'a cessé de baisser depuis 1994, contrairement au passage en LEP où l'on observe un réel engouement (15.198 élèves en 1999, soit 15,9 % des élèves du second degré).

⁸ 25.8 % en 1988-1989 et 57.5 % en 1998-1999.

⁹ Progression de plus de 12.5 % en six ans.

¹⁰ Progression supérieur à 11 % en six ans.

Cependant de façon contradictoire il persiste une forte érosion scolaire avec des sorties du système éducatif sans qualification, pour les cycles en cours de formation¹¹ (16,40 % en 1999) ainsi que pour les cycles de détermination de la voie professionnelle¹² (30,70 % en 1999). **Annexe N° :6**

1.4.2 Équipement scolaire

L'infrastructure scolaire s'adapte progressivement à la population enseignée.

Actuellement on dénombre :

- 176 écoles maternelles,
- 353 écoles primaires dont 26 privées,
- 71 collèges dont 5 privés,
- 11 lycées polyvalents publics¹³,
- 13 lycées d'enseignement général et technologique publics ou privés,
- 16 lycées d'enseignement professionnel publics ou privés.

1.4.3 La Tendances

Le développement des unités d'enseignement répond à un double objectif :

- faire du lycée un service de proximité et
- donner à tout élève la possibilité d'acquérir une formation professionnelle minimale.

¹¹ Niveau V bis : 1^{ère} année de BEP ou de CAP.

¹² Niveau V : année terminale de CAP ou de BEP.

¹³ Il existe une section d'enseignement professionnel au sein de l'établissement.

La proportion de professeurs des lycées professionnels est la plus forte. Cette différence de structure reflète les particularités du système éducatif Réunionnais caractérisé par un enseignement professionnel important.

Au niveau du second degré, les lycées sont de plus en plus polyvalents, c'est à dire que même si l'enseignement général et technologique domine, il existe une section d'enseignement professionnel au sein de l'établissement.

La génération titulaire du baccalauréat concerne aujourd'hui un jeune Réunionnais sur deux ¹⁴.

Les taux de réussite au CAP s'améliorent, mais ceux des BEP demeurent encore faibles (57,5 %).

1.4.4 Équipe médico-sociale de secteur

Le département compte vingt-trois équipes du SPSFE (service de promotion de la santé en faveur des élèves, chaque équipe est composée :

- d'une secrétaire médicale,
- d'une infirmière diplômée d'état et
- d'un médecin.

Chaque équipe couvre un secteur de 10.000 élèves (23 médecins pour 218.000 élèves). **Annexe N° :7**

En métropole, on compte un médecin pour 6.500 élèves.

D'autre part on dénombre quarante-trois assistantes sociales de l'éducation nationale.

¹⁴ Baccalauréat général (72.6%), baccalauréat technologique (70.6%), baccalauréat professionnel (72.7%).

Selon madame Marie -Huguette Saint -Berthin, qui dirige le syndicat national des infirmiers(es) en milieu scolaire (SNAIMS), il existerait une quarantaine d'établissements, collèges et lycées, sans infirmier(e).

Selon le médecin responsable départemental du SPSFE sur l'académie de la Réunion, les élèves ont accès à un bilan de santé obligatoire :

– « *Si mineurs, ils travaillent sur des machines dangereuses ou*

– *S'exposent à des risques spécifiques* ».

Ce passage obligatoire permet d'éviter des orientations incompatibles avec une insertion dans le monde du travail. « *Par exemple de former une personne qui n'a pas une bonne perception des couleurs, aux métiers de l'électronique.* »

Cependant « *faute d'effectifs* (l'idéal serait d'avoir un médecin pour 3.000 élèves), *ce dépistage n'est pas toujours fait en amont* ».

Des élèves déjà orientés vers une section professionnelle doivent alors changer de filière . Toujours selon monsieur le médecin responsable départemental :

« *c'est toujours mieux qu'après deux ou trois années de formation* ».

2. PRÉSENTATION DU BILAN MÉDICAL D'ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE ET LA VISITE MÉDICALE D'APTITUDE AU TRAVAIL SUR MACHINES DANGEREUSES.

2.1. CADRE GÉNÉRAL DE LA VISITE MÉDICALE

2.1.1. La promotion de la santé

L'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS) définit ce concept comme étant un ensemble « *d'actions visant à privilégier les modes de vie et les autres facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé* ».

La responsabilité du médecin de l'éducation nationale est à juste titre de discerner :

- Ce qui est de l'ordre d'une prévention au sens santé publique et dans ce cadre, il peut s'agir par exemple de conseils dans les domaines des conduites addictives¹⁵, des pratiques alimentaires, d'évitement de la surcharge pondérale, des activités sportives, des maladies transmissibles et de la prévention des toxicomanies ; et
- Ce qui relève d'une exploration au sens diagnostique du terme.

¹⁵ Consommation de boissons alcoolisées, tabagisme, pratique toxicomanique.

Pour se prononcer utilement sur l'avis d'aptitude médicale d'un élève à être orienté en section professionnelle et à occuper un poste équipé de machines dangereuses, le médecin de l'éducation nationale va réactualisé ses connaissances sur :

- La filière professionnelle, l'outil et les contraintes en matière de sécurité ;
- Les exigences physiques, intellectuelles et mentales requises pour assumer les contraintes de l'enseignement professionnel en atelier ;
- L'état de santé de chacun des élèves en phase d'orientation.

À l'issue de la visite médicale, un avis d'aptitude est formalisé par le SPSFE au moyen d'une fiche destinée à l'inspection du travail¹⁶

2.2. CADRE GÉNÉRAL DE L'EXAMEN MÉDICAL

2.2.1. Déroulement d'une visite médicale

- Accueil par le personnel soignant (infirmier) et réalisation des examens biométriques (paramètres généraux),
- Connaissance du dossier : lecture et mise en forme,
- Accueil de l'élève par le MEN et prise de contact,

¹⁶ Pour les élèves assujettis aux dispositions de l'article R 234-22/23 du Code du Travail, il convient donc d'établir après le bilan d'orientation un certificat médical d'aptitude au travail sur machines dangereuses établi par le médecin du SPSFE. Puis de solliciter une dérogation pour travail sur machines dangereuses délivrées par l'inspecteur du travail. Cette demande doit être accompagnée de l'avis médical, de l'avis du professeur d'atelier ainsi que de la liste des machines sur lesquelles l'élève sera amené à intervenir. Les dérogations individuelles accordées en vertu du 1^{er} alinéa du présent article sont renouvelables chaque année. Elles sont révocables à tout moment si les conditions qui les ont fait accorder cessent d'être remplies.

- Entretien sur les antécédents médicaux, chirurgicaux et personnels (famille - fratrie - habitus de vie),
- Examen des nouvelles pièces médicales et des résultats des paramètres (expertise morphologique), comparaison avec les chiffres antérieurs,
- Examen clinique soigneux,
- Prescription d'examen para clinique éventuellement,
- Mise à jour du dossier médical et du carnet de santé de l'élève,
- Rédaction de la fiche d'aptitude jointe au dossier scolaire d'orientation,
- Par ailleurs le MEN, réitère ses informations et ses conseils sur la santé de l'élève, sur la protection individuelle et collective par l'utilisation des équipements de sécurité et sur l'objectif des examens complémentaires.

L'écoute individualisée des élèves est source de nombreuses informations sur leur vécu du secondaire de façon individuelle ou collective.

Cela permet un réajustement qualitatif des prestations du SPSFE (écoute des difficultés, échange avec l'équipe éducative, exposition de la réalité, inadéquation du choix d'un atelier, solutions proposées).

Le déroulement standard d'une visite médicale peut être schématisé comme suit.

2.3. CONTENU DE L'EXAMEN MÉDICAL

Certains examens habituels de biométrie, de même certains examens complémentaires peuvent être, réalisés avant la visite médicale proprement dite.

2.3.1. La Biométrie

Elle comprend la mesure des paramètres généraux :

- Données physiques, morphologiques (taille, poids, mensurations),
- Données hémodynamiques (tension artérielle, fréquence cardiaque),
- Données sensorielles auditives (audiométrie) et visuelles (test des couleurs, acuité visuelle à cinq mètres).

2.3.2. L'entretien

Le début de la visite médicale est un temps essentiel qui peut occuper la majeure partie de la durée de la visite médicale.

Les informations recherchées sont :

- Les antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, thérapeutiques,
- Les antécédents familiaux,
- L'habitus de vie : facteurs de risques iatrogènes à un mode de vie (boisson alcoolisée, tabagisme, autres toxicomanies, expositions à des facteurs de risques environnementaux),
- La bonne connaissance par l'élève de ses propres capacités physiques, des contraintes de l'enseignement professionnel, des exigences du poste de travail en atelier,
- Par l'interrogatoire :
existe-t-il, une symptomatologie fonctionnelle, une altération de l'état général (asthénie , anorexie, amaigrissement) ou une symptomatologie plus spécifique d'une pathologie (dyspnée, orthopnée, lipothymie, fébricule).

2.3.3. L'examen des pièces médicales

Le courrier médical de liaison (compte rendu de consultation, d'hospitalisation, opératoire, les ordonnances, le panel biologique, les explorations para cliniques, les certificats médicaux).

L'examen de ces documents permet de préciser la personnalité clinique de l'élève, d'illustrer le dossier médical et de compléter les connaissances scientifiques du MEN, pour un meilleur suivi de l'élève.

D'autre part ces documents engagent un échange fructueux avec les confrères tout en évitant la redondance des prescriptions complémentaires.

À l'inverse le MEN peut communiquer aux praticiens concernés, le double des examens complémentaires réalisés à l'initiative du SPSFE.

2.3.4. L'examen clinique

La réalisation de l'examen clinique dans le cadre d'une orientation ou d'une aptitude ne diffère pas dans sa méthodologie, d'un examen habituel.

En effet on examine chaque appareil ; sans le dissocier de l'enveloppe organique dans lequel il est incorporé, mais, cependant en marquant une attention toute particulière sur les organes cibles des agents de nuisance physiques (bruit, chaleur, radiations), des agents de nuisance toxiques (chimique) et des agents de nuisance biologiques (produits dérivés du sang), auxquels pourrait être exposé l'élève.

Au décours de l'examen clinique, un temps essentiel est nécessaire, pour des conseils et des informations prodigués à l'élève, par rapport à

l'objectivité de la clinique et à titre de sensibilisation sur son état de santé et son bien-être, par rapport au choix d'orientation professionnel.

À titre d'exemple :

Hygiène de vie (tabac, alcool, activité sportive, hygiène alimentaire, hygiène physique) ou bien faire preuve de discipline (dans le respect des prescriptions thérapeutiques, en évitant l'automédication à l'emporte - pièce, en respectant les consignes de sécurité, en utilisant les mesures de protection individuelle et collective).

2.4. DÉCISION CONCERNANT L'APTITUDE MÉDICALE

Au terme de l'examen, le MEN doit conclure sur le choix de l'orientation professionnelle ou sur l'aptitude pour une section avec machines dangereuses.

Cette conclusion est le reflet synthétique de la connaissance par le MEN, de la filière professionnelle et de l'état de santé de l'élève.

Cet avis d'aptitude a l'obligation de respecter le secret médical et par conséquent ne doit pas être rédigé en termes médicaux. Hormis cet aspect primordial, il convient également que le texte écrit soit clair, précis, concis et compréhensible de tous sans ambiguïtés.

Les mentions qui peuvent figurer sur cette fiche peuvent être les suivantes :

- Aptitude.
- Aptitude avec recommandation non médicale ou restriction.
- Inaptitude temporaire, sous réserve d'évolution favorable.
- Inaptitude définitive.

Annexe N° :8

3. ENQUÊTE SUR LE TERRAIN ET ANALYSE

Afin de mieux comprendre la place accordée à l'avis médical dans le processus d'éducation de l'élève au choix de l'orientation, nous avons choisi de rapporter l'expérience des MEN dans leur pratique du bilan médical d'orientation et de l'intérêt de celui-ci pour l'équipe éducative.

3.1. OBJECTIF DE L'ENQUÊTE

Le dispositif des visites médicales pour l'orientation des élèves en lycée d'enseignement professionnel, intervient tardivement dans l'année (fin de troisième trimestre) et par ce biais ne s'articule pas avec les autres enjeux de la vie scolaire. L'objectif de l'enquête est comme présenté précédemment de comprendre la place accordée à l'avis médical dans la décision pédagogique de l'orientation en fonction des hypothèses suivantes :

- Une procédure tardive
- Une procédure méconnue
- Un effectif médical insuffisant
- L'absence de concertation entre partenaires de l'équipe éducative
- L'absence de motivation des élèves vers une formation professionnelle
- Le désinvestissement des familles par manque d'information.

3.2. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

3.2.1. POPULATION ENQUÊTÉE

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés secondairement à des rendez-vous pris auprès des membres de l'équipe pédagogique, de l'équipe éducative et de deux élèves de troisième. Les entretiens ont concerné :

- Le chef de service académique d'information et d'orientation
- Le proviseur d'un lycée d'enseignement professionnel de 2300 élèves dans l'Est du département, l'infirmière et le chef d'atelier de cet établissement.
- Le principal d'un collège de 1500 élèves dans l'Ouest du département, d'une infirmière, du professeur principal d'une classe de troisième, du conseiller d'orientation psychologue (copsy), et de deux élèves du même établissement. **Annexe N°:9**

Le questionnaire à questions fermées à réponses sans gradation¹⁷ a été envoyé par courrier selon la voie administrative en usage au sein de l'académie auprès des 23 médecins de l'éducation nationale titulaires. Soit un questionnaire par secteur médicalisé et concernant l'année scolaire 1998-1999. **Annexe N° :10**

¹⁷ Réponses uniques ou multiples.

3.2.2. THÈMES ABORDÉS

La grille d'entretien a été proposée pour traiter des sujets relatifs aux modalités d'orientation officielle et en usage,
de l'information et de la motivation des élèves,
de l'importance de l'avis médical pour l'orientation,
de l'implication des parents dans le choix de leur enfant. **Annexe N° :9**

Le questionnaire a interrogé les MEN sur la charge de travail consacré au bilan d'orientation et à la visite médicale sur leur secteur, sur le temps consacré à cette mission afin de souligner l'importance de la responsabilité du praticien de l'éducation nationale au regard des conclusions médicales élaborées au cours du bilan d'orientation. D'autre part le questionnaire s'est intéressé à connaître l'avis des MEN par rapport au partenariat des membres de l'équipe éducative ; à la coopération des confrères extérieurs au milieu scolaire ; à la prise en compte des avis médicaux et des solutions à envisager dans l'intérêt de l'élève. **Annexe N° :10**

Nous envisageons le déroulement de l'étude comme suit :

- Restitution des résultats du questionnaire et des entretiens,
- Discussion à partir de ces résultats et des hypothèses de départ.

3.3. QUESTIONNAIRE

3.3.1. RÉSULTATS OBTENUS

L'enquête auprès des MEN, a reçu un taux de participation de 52%¹⁸. Ces questionnaires récupérés ont apporté quelques éléments de précision sur l'importance de la mission du SPSFE dans l'orientation et l'aptitude des élèves en fin de collège.

Le nombre d'élèves vus en bilan d'orientation passe par un minimum de 70 et un maximum de 664. Un médecin sur deux a plus de 200 élèves à examiner en bilan d'orientation professionnelle. Le temps négocié pour cette tâche varie entre 15 et 30 jours. Les MEN souhaiteraient de 20 à 40 jours.

Le nombre d'élèves vus en visite d'aptitude est au minimum de 40 et au maximum de 400. Un médecin sur deux a plus de 200 élèves et un médecin sur trois plus de 300 élèves à examiner pour les aptitudes au travail sur machines dangereuses. Le temps consacré varie de 2 à 30 jours, alors que les médecins préféreraient s'y consacrer pendant 10 à 30 jours.

Le nombre d'élèves réorientés secondairement à l'intervention du SPSFE est de l'ordre de 1 à 10 élèves pour 5 MEN. Pour un médecin, les élèves réorientés sont inconnus du SPSFE. Pour la plupart des médecins, les élèves sont réorientés pour une étiologie médicale absolue, cependant deux d'entre -eux rapportent que pour

¹⁸ Deux fiches vierges, une pour occupation récente du poste et l'autre pour arrêt maladie prolongé et non remplacé.

certaines élèves il y a des réorientations par défaut et par opposition des parents aux choix de la commission.

Concernant la coopération avec les confrères spécialistes (toutes disciplines confondues), il est enregistré entre 20 et 823 avis spécialisés consultés. Ces avis spécialisés sont demandés aux confrères dans le cadre d'une orientation professionnelle et d'une aptitude aux travaux sur machines dangereuses qui éveilleraient quelques curiosités intellectuelles scientifiques.

Le partenariat entre les membres de l'équipe éducative et les MEN, est effectif pour 75% des médecins. Pour un médecin il est inexistant et pour un autre collègue, le partenariat est présent au collège et absent au lycée d'enseignement professionnel.

Pour 75% des MEN, il y a un respect de l'avis médical, qui est pris en compte par les membres de l'équipe éducative et pour 16%, il est totalement négligé, dû à la non-présentation de l'avis dans les différentes commissions.

3.3.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans la littérature de l'éducation nationale, il n'existe pas d'étude globale au sujet de l'orientation et des avis médicaux.

À la faveur des réponses des MEN, nous constatons un manque de temps pour réaliser la tâche des bilans d'orientation ainsi que des visites d'aptitude. Cela paraît essentiel, compte tenu du nombre d'élèves à examiner dans un temps imparti par le planning administratif interne à l'établissement. Les délais de temps étant insuffisants, le médecin doit s'adapter en fonction du nombre d'élèves. Pour cela il s'oriente soit vers un exercice médical **de sélection** du poste de travail en fonction

de l'examen médical de l'élève ou bien un exercice médical **de prévention** pour protéger l'élève de certaines nuisances.

Ce gain de l'espace temps permettrait de réduire les réorientations toujours douloureuses, lorsqu'elles sont attribuées par défaut ou par opposition des parents aux choix de la commission. Le fait d'une étude rapide du dossier de chaque élève ne permet pas au MEN d'assumer pleinement sa responsabilité de médecins du travail de l'élève et de médecin de santé publique. En effet une insuffisance dans le bilan médical d'orientation engage le MEN dans l'avenir de l'élève.

La réorientation d'un élève par défaut est plus problématique que celle d'un élève par choix. L'appartenance des MEN a un groupe départemental de médecins de prévention, pour une meilleure connaissance des contre-indications médicales, pour un consensus dans la décision d'orientation et dans la prévention, aurait le mérite d'éviter l'écueil de la réorientation des élèves par défaut et non par choix.

Une autre réalité du terrain est le nombre d'examens complémentaires nécessaires et suffisants pour informer au mieux l'élève sur ses aptitudes par rapport au choix de son orientation. En effet il faut gérer une population d'élèves conséquente dans un espace temps limité, au risque d'une mauvaise orientation. Or seul le MEN est habilité au regard de la législation de l'éducation nationale à faire cette visite médicale. Sa responsabilité est engagée si un élève est orienté vers un métier pour lequel il sera inapte à l'embauche par le médecin du travail.

Dans l'intérêt de l'élève, l'existence d'un système informatif permettant la transmission des avis médicaux d'orientation dans le respect du secret médical repose la question du partenariat entre l'équipe éducative et le MEN. Ce constat

soulève les difficultés de communication entre les différents membres de l'équipe éducative. Selon le recteur de l'académie de la Réunion, monsieur Patrick GENESTE « *Aujourd'hui l'enseignant, ne peut se limiter à former ses élèves sans se préoccuper de leur devenir en dehors du système scolaire. Leur responsabilité va au-delà. Chaque année, quelques 750 jeunes de 16 ans quittent le système scolaire. Si certains se dirigent vers l'apprentissage, une grande majorité d'entre eux abandonne l'école sans projet professionnel ni personnel. Toute la difficulté consiste à faire apprécier l'école à un jeune démotivé, mais aussi à intéresser ses parents qui sont la plupart du temps marginalisés.* »

Le respect des conclusions médicales est intimement lié à la reconnaissance du rôle du MEN dans la procédure d'orientation des élèves de troisième. Cependant les disparités relevées sur le terrain et qui font référence à l'observation ne plaident pas en faveur de cette intégration. En effet l'infrastructure sanitaire (local technique et l'équipement) est bien souvent désuet. Les conditions minimales requises pour un exercice médical satisfaisant de la profession ne sont pas réunies¹⁹. D'autre part les textes législatifs concernant les « opérateurs de l'orientation », ne font pas mention de l'équipe du SPSFE. Selon monsieur le recteur « *Chaque profession a sa définition, ainsi l'enseignant dispense un savoir et le médecin soigne* ». La charge de travail du MEN met en évidence l'importance de sa mission et de son rôle envers les élèves. Cependant le médecin et à fortiori le MEN doit dépasser son rôle clinique pour sur le terrain occuper toute sa place dans le but de maximaliser la prévention.

¹⁹ Bulletin Officiel hors série N° :1 du 06/01/2000 : Protocole National des Soins et Urgences.

3.4. LES ENTRETIENS

3.4.1. RÉSULTATS OBTENUS

Le discours engendré par chaque consigne et qui fait référence aux différents thèmes abordés a produit les résultats suivants.

Concernant la procédure officielle d'orientation et d'information, elle est programmée pour l'année selon le schéma académique **Annexe N° :11**. Celle-ci est connue de tous et respectée par les différents intervenants selon le calendrier qui le concerne. L'information est mise en place par le chef d'établissement auprès des différents membres de l'équipe éducative. Les différentes étapes **Annexe N° :11** sont respectueuses des textes en vigueur, sans aménagements spécifiques à ce département ultra périphérique, à l'exception de la planification mensuelle qui est adaptée au calendrier austral et par conséquent légèrement différent du calendrier en usage en métropole.

Concernant l'importance de l'avis médical pour l'orientation professionnelle. Hormis l'importance qu'elle revêt pour l'élève et ses parents dans le cadre d'une orientation spécifique (électrotechnique et dyschromatopsie), elle ne semble pas plébiscitée par l'équipe éducative qui déplore l'absence d'information médicale en retour, afin de circonscrire au mieux l'élève dans son quotidien en classe et d'être au plus près de ses aspirations futures.

Concernant l'information et la motivation des élèves. Le rôle du professeur principal et du copsy restent déterminants pour la recherche documentaire avec commentaire et surtout pour l'explication et l'interprétation de la fiche de vœux, qui selon les élèves est beaucoup trop abstraite, surchargée et mériterait d'être

simplifiée pour la compréhension de tous et notamment des parents, qui se sentiraient alors plus concernés grâce à une meilleure compréhension du schéma traditionnel du système éducatif.

Pour les deux élèves la notion d'une visite médicale au cours du troisième trimestre afin de déterminer les aptitudes est une information tardive, qu'ils découvrent alors que les listes des élèves convoqués pour la consultation sont planifiées et envoyées au SPSFE du secteur.

Pour le copsy les élèves ne sont pas suffisamment motivés pour s'informer des choix possibles en fonction de leur résultat scolaire, elle en veut pour preuve la fréquentation des CIO. Une particularité départementale est la situation des CIO au sein des établissements scolaires contrairement à ce qui devrait être, ce qui aurait comme inconvénient de freiner la fréquentation par les élèves et leurs parents, considérant que les CIO sont réservés aux élèves de l'établissement aux heures d'ouverture de ce dernier.

Concernant l'implication des parents dans le choix d'une orientation professionnelle. L'adhésion des parents au système éducatif traditionnel du passage de classe de la sixième à la troisième ne leur permet plus d'imaginer un nouveau schéma d'orientation, rompant avec l'enseignement général classique au profit d'un enseignement professionnel perçu par ces derniers comme une « tare ».

3.4.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Le calendrier administratif de la procédure d'orientation des élèves en fin de troisième, fait apparaître l'intervention tardive du SPSFE pour le bilan d'orientation des élèves de troisième. Par ce biais il permet uniquement d'approcher les élèves en

échec scolaire²⁰ et dont l'orientation sera de toute évidence une filière d'enseignement professionnel. D'après le schéma régional d'orientation de l'éducation nationale :

– Un élève sur deux est orienté en LEP à la Réunion, contre un élève sur trois en métropole.

Ce mouvement est en partie lié au chômage de la fratrie des élèves, après un baccalauréat général **Annexe N° :2-3**, d'où une orientation en « *lycée light* », c'est à dire en LEP. Ce qui génère en fin d'année un gros souci d'affectation des élèves en fin de troisième. En effet, la capacité d'accueil de la voie professionnelle est inférieure à 6400 places, dont il faut retrancher 150 à 200 redoublants

Annexe N° :12.

Un élève ne peut être obligé à une orientation contre son gré sauf en fin de collège et au regard d'un dossier scolaire indigent.

C'est l'ensemble du système éducatif qui, dans l'intérêt des élèves, doit à la fois préparer l'éventualité de nombreux autres élèves sans solution de scolarité et dans le même temps, rechercher les améliorations de performances qui pourraient conduire à éviter ce constat. L'exercice pédagogique est difficile, puisqu'on ne saurait engager des élèves dans une voie de formation à forte probabilité d'échec.

Au début de la procédure d'orientation, les élèves ont de grandes illusions avec le sentiment d'être pleinement responsables de leur projet et totalement concernés par leur avenir. Par la suite, la déconvenue des illusions perdues en fonction des mauvais résultats scolaires et du « *numerus clausus* » de certaines filières les conduit à la désinvolture d'un choix imposé par le système éducatif au regard de ces mêmes résultats.

²⁰ Légalement tous les élèves de troisième devraient bénéficier d'un bilan médical d'orientation faisant

Or la première étape de l'orientation par l'éducation à la santé est bel et bien un dialogue authentique avec l'élève. Une qualité de relation s'avèrera impossible si elle est vécue comme gênante. Quel que soit le pronostic final, l'écoute qui suscite le sentiment d'être reconnu et d'exister, et les paroles qui suscitent l'espoir et la confiance sans pour autant cacher la vérité sont, toujours possibles. Comme l'a dit BALINT ²¹ « *le médecin est un médicament et se prescrit lui-même* ». Mais l'on ne saurait fixer des objectifs normalisateurs dans ce domaine.

Il faut éviter de tomber dans l'empathie, c'est à dire l'identification affective à un élève pour tenter de comprendre ce qu'il ressent et ce dont il peut avoir besoin sans que cette compréhension interfère avec ce que nous voudrions qu'il ait (une autre affectation) ou qu'il soit (autrement orienté). D'où la nécessité de ce subtil mélange d'engagement et de distance vis à vis de l'élève auquel on ne peut ni ne doit prêter des sentiments ou des désirs qui sont en fait les nôtres.

Ce sont des facteurs pathologiques, des déficiences, des facteurs psychosociaux et existentiels qui conditionnent en fait une décision thérapeutique d'orientation et d'aptitude.

L'orientation de l'élève doit être un objectif finalisé, intégrée aux soins, c'est la condition même de son efficacité, c'est à dire ne pas dissocier le bilan médical du processus d'orientation, sinon le médecin qu'il le veuille ou non ne peut donc à terme que se sentir impuissant et mis en situation d'échec. Se sentant dévalorisé voire, même inutile à l'élève, il risque de l'abandonner, soit en évitant d'aborder les difficultés, soit, de façon plus insidieuse, en se réfugiant derrière un bilan médical

partie du projet de l'élève.

²¹ Médecin psychiatre et psychanalyste Britannique (1896-1970) réunissait régulièrement les médecins pour qu'ils analysent en commun leur comportement vis à vis des malades (groupe Balint).

mené selon un mode automatique réflexe emprunté à une certaine routine et empreinte d'une répétition mécanique ritualisée par les années d'exercice.

Ce qui, au passage, peut lui faire rater quelques authentiques occasions d'être réellement utile à l'élève.

L'insertion sociale influant sur la santé physique et mentale, on peut se demander quel est le sens d'actions spécifiquement médicales si les aspects existentiel et humain de l'élève ont été oubliés.

L'équipe pédagogique fait la remarque d'un manque d'information voire, d'une désinformation en retour du SPSFE. Cette ambiguïté peut nous permettre de comprendre l'absence de l'équipe du SPSFE au conseil de classe, qui n'est plus sollicitée car détentrice d'un devoir de réserve sur des informations à teneur médicale et par voie de conséquence l'ignorance de l'avis médical au conseil de classe due à la rétention d'information à valeur médicale, contrairement à la commission d'affectation où la présence d'un médecin est requise pour témoigner d'informations médicales préjudiciables aux élèves concernés.

L'absence de concertation entre les partenaires de l'équipe éducative et le MEN est à rattacher au pouvoir du « secret médical ». Il semble être l'obstacle dommageable à cette collaboration. Par ailleurs le caractère confidentiel (secret de réserve et manque de temps) du MEN, pourrait être une forme de résistance à un échange bilatéral.

Au sein de l'équipe éducative, la place du MEN doit être hypertrophiée. Conseiller technique et référent sanitaire, le MEN est un expert capable d'effectuer des gestes techniques, de prévoir des examens paracliniques orientés, et apte également (ce n'est pas toujours le cas) à répondre aux questions posées et à donner un avis spécialisé à la lumière de sa formation professionnelle dans l'intérêt de l'élève.

Le SPSFE doit occuper l'espace éducatif qui lui revient pour et au service de l'élève, en créant l'impériosité exclusive de ses interventions auprès de ces mêmes élèves.

De même on peut considérer que la motivation de l'élève est corrélée aux différentes sources d'information. Il faut favoriser le maintien de l'autonomie intellectuelle et de l'insertion sociale. Si le médecin a, une fonction sanitaire évidente consistant à favoriser le maintien d'une bonne santé, il a également un rôle essentiel dans la prévention de l'isolement (marginalisation de l'élève) par rapport au système scolaire et de la dépendance de l'élève par rapport à l'institution scolaire. L'élève « assisté », une contradiction avec l'implication de l'élève comme partenaire actif au centre du système éducatif.

Le préalable nécessaire à cette mission est d'avoir de cet élève une vision globale. Il est indispensable d'en connaître la trajectoire de vie afin de mieux comprendre son attitude et ses choix. Enfin une connaissance du réseau familial et relationnel est souhaitable, ne serait-ce que parce que les « aidants » potentiels se recruteront parmi eux.

Or on note que l'implication du MEN relève de l'étape ultime de la procédure d'information- d'orientation proposée par l'académie. Cette implication demeure ignorée des élèves jusqu'au mois de juin qui voit alors se succéder ces mêmes élèves à la visite médicale d'orientation et d'aptitude au rythme d'une classe par jour, pour satisfaire aux délais administratifs. L'omission administrative de la visite médicale dans le calendrier des opérations d'orientation et d'affectation académique, expliquerait pour les infirmiers du SPSFE et des EPLE, qu'il n'y ait aucune demande d'information de la part des élèves « *l'infirmière de l'établissement n'est qu'une distributrice de médicaments* » et le MEN « *un médecin l'eau sucrée* », c'est à dire qui n'a pas le pouvoir thérapeutique traditionnel.

Comment se traduit le vécu des élèves et des parents sur un plan général, les élèves ont des difficultés à suivre des pistes d'orientation et à se positionner, compte tenu de l'absence d'auto évaluation, d'une résignation par rapport à leur niveau de scolarité²², et par rapport aux décisions prises en conseil de classe et qui sont contraires aux vœux de l'élève, ce qui en soit est un aveu d'échec.

Lorsque l'élève est intellectuellement limité ou saturé, l'élaboration d'un projet thérapeutique devient singulièrement compliquée surtout lorsque le souhait de la famille semble en contradiction avec ce que le médecin lui-même et l'équipe éducative, influencée par sa philosophie personnelle, pensent être dans l'intérêt de l'élève.

Le projet thérapeutique doit donc être le résultat d'un dialogue voire, d'une négociation, toujours renouvelés entre l'élève et le MEN. Ainsi augmentera-t-on la probabilité d'aboutir à des solutions :

- Bénéfiques à l'élève tant objectivement que subjectivement, tant par une explication rationnelle et physiopathologique que par une explication irrationnelle et symbolique,

- Utiles, c'est à dire, non excessives aussi bien pour l'élève, que pour la collectivité en terme de coût,

- Comportant, un risque minimum ou sinon parfaitement assumé par un élève informé et responsable.

La profession ne peut rester à l'écart de cette évolution et son implication doit en être plus importante, à la fois dans la formation permanente des MEN, dans le contrôle de la qualité des orientations, des soins et dans l'évaluation du savoir faire, du savoir être et du savoir juger.

²² Douze niveaux de troisième dans un collège par ordre décroissant du taux de réussite scolaire.

Cette vigilance doit s'appliquer à tous (équipe éducative, non médecin) et tout particulièrement elle doit s'exercer dans le domaine de la liberté individuelle, et du consentement aux soins et du secret médical.

3.5. SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION

IMPLICATION DU SPSFE

Informé l'élève sur son état de santé ne suffit plus, il faut aussi l'éduquer à la santé en général. Ce constat est l'aboutissement d'une démarche nouvelle centrée sur le rôle de l'élève mais aussi d'une nécessité éducative. Grâce à une éducation spécifique, l'élève peut acquérir les connaissances et les moyens indispensables à la gestion de sa santé . C'est alors qu'il pourra devenir un véritable partenaire de l'équipe médicale. Cette démarche passe avant tout par l'information de l'élève, claire, loyale et adaptée à chacun, elle doit permettre au médecin d'obtenir un consentement éclairé établissant le respect de l'autonomie de la personne humaine et fixant les principes du libre arbitre et de l'autodétermination. Cette démarche reste, bien entendu, l'aboutissement du colloque singulier élève médecin. Elle vise aussi la formation et l'éducation de l'élève qui s'adresse tant à un individu qu'à un groupe restreint et homogène d'une même affection (association de malade asthmatique , diabétique).

TRAVAILLER EN ÉQUIPE Annexe N° :13

L'être humain est coupé en tant de tranches à l'image de la tomodensitométrie (multiples coupes axiales du corps humain), qu'en avoir une vision globale est une mission difficile. Cette vision globale de l'élève demeure toutefois possible, à une condition : celle d'un travail multidisciplinaire en équipe. Cependant deux résistances freinent sa mise en œuvre.

La première est le cloisonnement entre les différents corps professionnels.

La deuxième est que le nécessaire rôle de coordonnateur présidant à tout travail en équipe est peu encouragé et valorisé car, n'est actuellement gratifiée si ce n'est sanctifiée, que la fonction du professionnel spécialisé.

Ce constat intéresse l'organisation de la société éducative dans son ensemble. Il s'applique notamment à la médecine. En effet, les cloisonnements se sont multipliés dans le monde médical : entre la théorie et la pratique, le somatique et la psyché, la ville et l'hôpital, le généraliste et le spécialiste.

Ces compartimentations sont pathogènes pour les individus et plus particulièrement pour les jeunes élèves. Elles sont également une source de difficultés et parfois de souffrance pour leurs familles, leurs soignants, mais aussi leurs médecins.

L'idée de base est que l'exercice professionnel du médecin de l'éducation nationale ne peut se concevoir qu'en équipe. Le MEN, le généraliste, le spécialiste, l'hospitalier, aussi bon soit-il, ne peut être efficace qu'avec le concours de tous ceux qui entourent et contribuent au bien-être des jeunes et de tous ceux qui aident les familles, ensemble, chacun avec sa technicité propre et sans souci hiérarchique.

Le MEN ne peut agir seul. Il est en interaction avec deux systèmes :

– L'entourage familial (auquel s'ajoutent ou se substituent parfois quelques amis ou voisins),

– L'entourage professionnel oeuvrant dans le secteur sanitaire, social et éducatif.

En effet, le MEN a besoin d'un certain nombre d'informations, recueillis auprès de ces diverses personnes. Cette nécessité n'est malheureusement pas encore ancrée dans la pratique.

4. PROPOSITIONS

À la recherche de nouvelles initiatives

4.1.AMÉLIORER LA FORMATION EN MÉDECINE D'ORIENTATION

En informant les élèves de troisième assez tôt dans l'année, de sorte que l'avis médical devienne un élément du projet d'orientation de l'élève et non un « avis sanction ». Par exemple, dès le second trimestre en corrélation avec la fiche navette, pour une information majeure sur le jeune (aptitude physique, capacité personnelle à se soumettre aux contraintes du travail en atelier).

En programmant des formations pluriprofessionnelles différentes pour mieux appréhender les différentes cultures, leur conception en matière de santé ainsi qu'une formation aux techniques d'entretien et de communication. C'est à dire une ouverture pluriprofessionnelle afin de favoriser une approche collective de l'exercice des métiers autour de savoir-faire fédérateurs.

4.2. OPTIMISER LE TRAVAIL EN PARTENARIAT

Le partenariat entre le médecin du travail et le MEN, par la transmission des informations médicales du dossier scolaire de l'élève avant son entrée dans la vie active, permettrait de réduire le délai de temps entre l'information donnée aux élèves à l'école et leur arrivée sur le marché du travail, afin d'éviter l'oubli des notions de prévention.

La transmission des fiches d'aptitudes à la médecine du travail (secret médical partagé) favoriserait la mise à jour du dossier et le suivi médical du nouveau professionnel.

Coordonner le temps d'intervention du MEN et le temps de présence de l'équipe pédagogique dans l'établissement en ajustant leur emploi du temps pour faciliter les échanges.

4.3. RESPONSABILISER L'ÉLÈVE

L'élève doit devenir un acteur essentiel de ses propres soins : c'est le cas pour certaines affections de longue durée (pathologie chronique), comme le diabète ou l'asthme où il est amené à se prendre en charge. D'où l'intérêt d'une « ordonnance de prévention secondaire » pour permettre à l'élève de poursuivre son activité, en lui évitant les conduites à risques et en prévenant les complications secondaires à sa pathologie et à son mode d'activité professionnel.

4.4. FAVORISER LA COMMUNICATION AVEC LA FAMILLE

Au moyen d'un travail avec les parents sous la forme de communications orales adaptées et notamment la nécessité d'une écoute particulière de cette population (recueillir leur avis, en tenir compte, au delà de toute logique d'assistance).

Autrement dit, dépasser l'impression que les parents ne s'occupent pas de leurs enfants, ne pas arriver avec un savoir, un jugement mais échanger et aider les parents à trouver des solutions sans faire à leur place.

4.5. AMÉLIORER L'ESPACE MÉDICAL

Par l'humanisation des locaux dans le respect de la légitime pudeur de l'adolescent. C'est à dire prévoir des espaces adaptées à chaque situation (vestiaire, salle de repos, salle d'examen, bureau nominatif). De même, aménager le centre médico-scolaire pour plus de convivialité afin, de favoriser le désir d'information.

En favorisant la dotation budgétaire pour l'équipement technique des centres médicaux dans le but d'éviter les disproportions entre le souhait d'un examen médical systématique et le manque de matériel pour l'effectuer.

CONCLUSION

La pratique médicale se développe dans un espace dit du « *soin* ». L'enjeu de la mission du SPSFE est de restructurer cet espace. Il importe de faire évoluer cet espace afin qu'il devienne ou redevienne un « *lieu de liberté* » pour les élèves.

L'espace de soin devient un espace de liberté lorsque les décisions sont élaborées avec l'élève et que sa singularité (individualité) est prise en compte. Créer des lieux d'écoute, des espaces d'expression et d'accueil, d'aide et d'accompagnement à l'orientation - insertion est en soi nécessaire pour créer la demande.

S'il est indispensable que la législation rappelle les grands principes, l'individu doit rester au centre du dispositif. La législation ne doit en aucun cas se substituer au dialogue singulier entre le médecin de l'éducation nationale, l'élève et sa famille.

L'adaptation de notre service de promotion de la santé en faveur des élèves (prévention, soins, orientation, réadaptation) aux besoins spécifiques des élèves, devrait conduire à mobiliser des ressources humaines et financières au bénéfice de ces élèves, ce qui permettrait d'impulser dans cette perspective une dynamique d'ensemble impliquant tous les partenaires concernés. Ce n'est que par la mobilisation de tous ces acteurs concernés que nous arriverons à favoriser le recours précoce au bilan médical d'orientation et à la visite médicale d'aptitude des élèves en difficultés.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES REGLEMENTAIRES : Aptitude au travail sur machines dangereuses

1. **Décret 80- 857** du 30/10/80 application de l'article R 234-22 pour les lycées agricoles.
2. **Décret 80-1045** du 27/09/85 couverture des accidents du travail des élèves et étudiants.
3. **Décret 90-484** du 14/06/90 relatif à l'orientation et à l'affectation des élèves, article 9-16-14.
4. **Décret 91-1162** du 07/11/91 rôle de l'inspection du travail dans les ateliers des LT ou LP.
5. **Code du travail** travaux interdits aux jeunes travailleurs, articles R 234-11 à R 234-21.
6. **Code du travail** autorisation dérogatoire pour ces travaux (avis médical), article R 234-22.
7. **Circulaire 70-472** du 08/12/70 participation des médecins scolaires aux conseils de classe.
8. **Circulaire 76-352** du 19/10/76 utilisation des machines dangereuses par les élèves des établissements d'enseignement technique, BO 39 du 21/10/76.
9. **Circulaire 79-295** du 17/09/79 fonctionnement des ateliers des collèges.
10. **Réponse ministérielle 46875** du 19/08/91 condition d'application de la législation au code du travail pour le LT et LP, JO du 23/12/91.

11. Réponse ministérielle 53192 du 27/01/92 date visite médicale des élèves mineurs en vue de dérogation au travail sur machine dangereuse, JO du 13/04/92.

12. Note 92-286 du 03/06/92 intervention des SPSFE dans les établissements d'enseignement agricole.

DOCUMENTS ET ARTICLES :

1. ACADÉMIE DE LA RÉUNION, *Repères pour l'Orientation* – Service Académique d'Information et d'Orientation Saint-Denis, Année Scolaire 1999/2000.

2. ARUM., *Les prévisions d'effectifs*, La revue de l'académie de la Réunion, Rentrée 99 – Septembre 99, n° 21, pp.22 –23

3. ÉDUCATION, *Malaise chez les Gardiens de la Santé*, Le Journal de l'île de la Réunion, 10 Novembre 1999, p 14.

4. ÉDUCATION, L'école ne peut pas former sans insérer, Le Quotidien du Jeudi, 13 Avril 2000, p 7.

5. ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL, Le Quotidien de la Réunion et de l'Océan Indien, 04 Mars 2000, n°7179 – 24^{ème} Année, p 78.

6. GARNIER S., CREUSOT M., DELMAS R., *Le bilan médical d'orientation scolaire et professionnelle*, Paris, AFPSSU, Médecine Scolaire et Universitaire, 1991.

7. GERAUT C., *L'essentiel des pathologies professionnelles*, Médecine du travail, Ellipses, 1995.

8. GUILLAUME L., *Contribution du médecin de l'éducation nationale dans l'orientation scolaire et professionnelle en troisième*, Mémoire en vue de la titularisation des médecins de l'éducation nationale, ENSP RENNES, 1996.

9. GUIOILLIER C., *Les enjeux du bilan médical d'orientation scolaire et professionnelle en troisième, une enquête en Sarthe*, Mémoire en vue de la titularisation des médecins de l'éducation nationale, ENSP RENNES, 1998.

10. KENNEL O., *Les relations du médecin de l'éducation nationale avec ses confrères extérieurs au milieu scolaire : réflexion dans le cadre de l'orientation scolaire et professionnelle des élèves de troisième*, Mémoire en vue de la titularisation des médecins de l'éducation nationale, ENSP RENNES, 1998.

11. LACASSIN E., *Perception par les élèves du bilan médical d'orientation scolaire et professionnelle, contribution à une réflexion sur la pratique du médecin de l'éducation nationale. À partir d'une étude dans un lycée professionnel de SEINE et MARNE*, Mémoire en vue de la titularisation des médecins de l'éducation nationale, ENSP RENNES, 1998.

12. LARCHE – MOCHEL M., *Le Dossier Médical en Médecine du Travail, Professions à risques*, Institut de Santé Publique d'Épidémiologie et de Développement, Université Victor Segalen, Bordeaux II – 1998, p 1147.

13. LEGRAND P., *L'avis médical d'aptitude au travail sur machines dangereuses des jeunes de moins de 18 ans – Réflexion pour améliorer les conditions d'élaboration de l'avis médical et la réalisation d'un outil d'aide à la décision par le médecin de l'éducation nationale*, Mémoire en vue de la titularisation, ENSP RENNES, 1996.

14. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE, Direction de l'évaluation et de la prospective, repères, références, statistiques sur les enseignements et la formation, Paris, 1998, pp 268 – 269.

15. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE, *Prévention des Risques Professionnels*, Manuel pour les Personnels des Établissements d'Enseignement Supérieur – Impression en France, 1998.

16. OFFICE NATIONAL D'INFORMATION SUR LES ENSEIGNEMENTS ET LES PROFESSIONS 1999/2000 – Mémento du professeur principal de troisième, Ministère de l'Éducation Nationale de la Recherche et de la Technologie – Paris, ONISEP 99/00, Octobre 1999.

17. TABLEAU ÉCONOMIQUE DE LA RÉUNION, TER 2000 - Saint-Denis de la Réunion, INSEE – 1999, Publications-Promotion, 1999.

LISTE DES ANNEXES

- **Annexe N° :1** Procédures d'orientation, les étapes de l'orientation.
- **Annexe N° :2** Le chômage.
- **Annexe N° :3** Insertion des jeunes 7 mois après leur sortie du système scolaire.
- **Annexe N° :4** Les prévisions d'effectifs.
- **Annexe N° :5** L'évolution des effectifs.
- **Annexe N° :6** L'érosion scolaire, année 1998/1999.
- **Annexe N° :7** Répartition géographique des secteurs pris en charge par le SPSFE.
- **Annexe N° :8** Procédure de détection d'une inaptitude.
- **Annexe N° :9** Grille d'entretiens.
- **Annexe N° :10** Le questionnaire des MEN.
- **Annexe N° :11** Calendrier des opérations d'orientation et d'affectation, année scolaire 1999-2000.
- **Annexe N° :12** Déficit prévisible des capacités d'accueil en LEP (juillet 2000).
- **Annexe N° :13** Le réseau du MEN.