

## LES MÉDECINS SCOLAIRES - UN ÉPISODE DANS LEUR FORMATION

**Charles CORIDIAN**

*Résumé.* Depuis sa création en 1945, la médecine scolaire a connu plusieurs changements importants dans la définition de ses missions. En 1982, la médecine scolaire est inscrite dans une perspective de santé publique rénovée, beaucoup plus centrée sur les groupes. La formation des médecins scolaires va être adaptée à cette nouvelle orientation. Plus de deux cents médecins scolaires vont bénéficier de cette formation, qui ne sera assurée que pendant trois années. L'article présente ces évolutions et analyse leurs conséquences pour les médecins scolaires.

*Abstract.* Since its beginnings in 1945 french school medicine has undergone several important changes in its objectives defined by the government. In 1982, school medicine was oriented towards a new public health policy which focused on social groups. The school physicians' training would be adapted to this new orientation. More than two hundred school physicians profited by this training which was provided for only three years. The article presents the evolution and analyses the effect on school physicians.

L'article qui suit se propose de présenter quelques éléments concernant la situation des médecins scolaires, acteurs peu connus du système éducatif français.

Après avoir présenté rapidement la situation des services de santé scolaire dans leur contexte historique et institutionnel, nous nous attacherons à un épisode récent de l'histoire de la médecine scolaire, pendant lequel la formation a occupé une place relativement importante.

La transformation du paysage politique en 1981, a permis en effet à la médecine scolaire de connaître entre 1982 et 1985 une période plutôt faste, intervenant après de nombreuses années difficiles. La création d'un nombre important de postes et la définition de nouvelles missions pour la médecine scolaire ont contribué à faire évoluer assez nettement la formation des médecins scolaires. Une bonne partie des médecins scolaires en exercice depuis 1986 a donc suivi une formation spécifique qui n'aura été assurée en fait que pendant trois années. Quelle en aura été alors la signification pour les personnels qui en ont bénéficié, et plus généralement quel en est l'impact sur le devenir de la médecine scolaire ?

## PARCOURS DE LA MÉDECINE SCOLAIRE

La médecine scolaire, ou plus précisément le service de santé scolaire a été créé au lendemain de la seconde guerre mondiale, par une ordonnance du gouvernement provisoire en date du 18 octobre 1945. Celle-ci, toujours en vigueur, portait sur « la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres ». La même année la PMI, Protection Maternelle et Infantile, voyait également le jour (ordonnance du 18/11/1945).

Les origines des actions de santé en milieu scolaire sont en fait beaucoup plus anciennes, puisqu'elles avaient été déjà envisagées en 1793 sous la Convention. En 1887, une loi avait créé des services de santé scolaire dans l'enseignement primaire obligatoire. Seules quelques grandes villes avaient mis en place de tels services, qu'elles ont d'ailleurs parfois conservé sous forme de services municipaux de santé scolaire au niveau du primaire.

La généralisation de la surveillance médicale des élèves au plan national n'intervient donc réellement qu'après 1945, avec l'institution du service de santé scolaire et universitaire. Celui-ci était placé à l'époque sous la tutelle du ministre de l'Éducation Nationale, qui devait agir en accord avec le ministre chargé de la Santé.

### *Changements de tutelle*

L'histoire institutionnelle du service de santé scolaire présente l'intérêt de montrer les paradoxes d'un parcours institutionnel que l'on pourrait qualifier de circulaire (1). La santé scolaire née dans le « bercaïl » de l'Éducation Nationale en 1945, s'y est développée pendant vingt ans. Devenue en quelque sorte majeure, elle est transférée au ministère de la Santé en 1964, dans le cadre d'une réorganisation profonde de l'action sanitaire et sociale. Cette décision de transfert avait été prise en effet à la suite des conclusions du rapport Bloch-Lainé (1962) qui préconisait entre autres la création d'un Service Unifié de l'Enfance par département, pour la coordination des interventions en faveur de l'enfance. Ce service devait être placé sous

---

(1) Sur l'histoire de la médecine scolaire voir: A. THÉVENET, *L'aide Sociale Aujourd'hui*, Paris, ESF, 1986 et J.S. CAYLA « Les Services malheureux ont une histoire », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, avril-juin 1985.

l'autorité des DDASS (Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale), lorsque celles-ci furent créées en 1964. C'est de nouveau au bout de vingt ans qu'un changement intervient, avec la décision prise en 1984 de redonner la tutelle de la santé scolaire à l'Éducation Nationale. Et là encore c'est à l'occasion d'une profonde réforme, puisque ce retour est une conséquence des lois de décentralisation de 1983. Et de nouveau il est convenu que c'est en accord avec le ministère de la Santé que l'Éducation Nationale pilotera le service de santé scolaire.

Ce balancement entre Éducation Nationale et Santé, accompagné à chaque fois de la réaffirmation de la nécessaire coordination entre les deux ministères, traduit les hésitations des pouvoirs publics vis-à-vis de la santé scolaire. Est-ce, prioritairement, un service de l'Éducation Nationale, ou une composante de la politique de Santé publique ?

L'appellation « service de santé scolaire » désigne en fait le regroupement de la médecine scolaire proprement dite et de l'action sociale en direction des élèves, menée par les assistantes sociales scolaires. Ces dernières n'ont pas été étrangères à la décision prise fin 1984.

Les assistantes sociales scolaires demandaient depuis plusieurs années leur rattachement à l'Éducation Nationale, en souhaitant une distinction plus nette entre le service médical et le service social. La mise en œuvre de la politique de décentralisation à partir de 1982 a été l'occasion d'accentuer leurs pressions en ce sens. Les assistantes sociales scolaires désireuses d'être mieux intégrées dans l'équipe éducative des établissements ont exprimé leur crainte d'être « coupées » des autres personnels de l'éducation au cas où la santé scolaire aurait été décentralisée. Elles manifestaient ainsi, à leur manière, le souci largement partagé à l'époque par les milieux de l'action sociale, de préserver une autonomie, qu'elles pensaient menacée par la décentralisation. Les travailleurs sociaux craignaient, en effet, que leur nouvelle tutelle, les départements, ne les mettent dans une trop grande dépendance aux pouvoirs locaux. Les assistantes sociales ont pu finalement obtenir gain de cause et la santé scolaire est donc restée dans la fonction publique d'État, à la différence de la PMI, ou de l'aide sociale à l'enfance qui furent départementalisées (1).

---

(1) Cf. G. GONTCHAROFF, *La Décentralisation*. Tome 4, Paris, Syros-Adels, 1985.

La suite logique du maintien du statut national de la santé scolaire fût son rattachement à l'Éducation Nationale, qui est donc intervenu fin 1984.

Ces décisions ont eu un certain nombre de conséquences sur le fonctionnement des services de santé scolaire. La coupure entre médecine scolaire et action sociale scolaire, revendiquée par une bonne partie des assistantes sociales, en a été de fait accentuée. Si l'action sociale scolaire est passée entièrement sous la tutelle de l'Éducation Nationale, la médecine scolaire se retrouve aujourd'hui dans une situation particulière. En effet si les services de santé scolaire dépendent de l'Éducation Nationale, la gestion administrative des médecins de santé scolaire est restée à la charge des Affaires Sociales (1). Les médecins de santé scolaire sont donc mis à la disposition de l'Éducation Nationale pour remplir les missions du service de santé scolaire. Il est certain que pour reprendre l'expression d'A. Thévenet cette mise à disposition constitue un « palliatif » (2), qui ne résoud pas vraiment la question du statut des médecins scolaires.

### *La situation de la médecine scolaire*

Les services de santé scolaire comptaient en 1986 un peu moins de 900 médecins contractuels de santé scolaire à temps plein et plusieurs centaines de vacataires, représentant l'équivalent de 300 médecins plein temps (3). Ces effectifs, féminisés à plus de 90 % (4), sont loin de pouvoir assurer une couverture sanitaire des élèves du secondaire et du primaire, sur la base d'un médecin pour 5 000 élèves, comme le prévoyait les instructions générales de 1969, relatives aux missions du service de santé scolaire. La commission santé-assurance maladie pour la préparation du 7<sup>e</sup> Plan avait repris un chiffre voisin (6 000 élèves pour un médecin) comme objectif minimum à atteindre. Aujourd'hui, ce sont en fait des secteurs de 10 000 élèves en moyenne que les médecins scolaires ont en charge.

---

(1) Les secrétaires de médecine scolaires sont dans la même situation que les médecins scolaires. Les infirmières scolaires dépendent elles de l'Éducation Nationale.

(2) Cf. A. THÉVENET, *op. cit.*

(3) Chiffres de la Direction générale des personnels du ministère des Affaires sociales.

(4) La féminisation du corps médical est particulièrement marquée chez les médecins salariés (40 % de femmes pour seulement 20 % parmi les médecins libéraux). Cf. *Le corps médical français en 1984*, document ronéoté de l'Ordre National des Médecins (1984).

À l'exception des années 1981 et 1982, ou des créations de postes d'un volume significatif ont eu lieu (plus de 230 postes), depuis dix-quinze ans, les effectifs de la santé scolaire stagnent, voire régressent, comme cela a été le cas récemment (1).

## LES MISSIONS DE LA SANTÉ SCOLAIRE

Au cours des années les missions de la santé scolaire ont été redéfinies à plusieurs reprises. Créé dans le contexte particulier de l'immédiate après-guerre, le service de santé scolaire avait à ses débuts une mission principale de dépistage, de prophylaxie des maladies transmissibles et des troubles de la croissance. Les examens systématiques représentaient alors l'essentiel de l'activité des médecins scolaires.

L'amélioration de l'état de santé global de la population, amène à redéfinir à partir des années 60 les missions du service de santé scolaire. Les instructions générales de 1969 prévoient, en particulier, de remplacer les examens médicaux systématiques annuels par des bilans approfondis aux âges clés de la croissance et de la scolarité. On pourrait dire que la santé scolaire est passée à partir de là de la prévention secondaire (détecter les maladies à un stade précoce), à la prévention primaire (intervenir avant la maladie et tendre à empêcher sa venue). En même temps le contrôle médical scolaire cessait d'être purement somatique. Les instructions de 1969, énumérant les tâches communes à l'équipe de santé scolaire, parlent ainsi de la « création autour de l'enfant des conditions propres à favoriser son plein épanouissement physique, intellectuel et affectif ». L'éducation sanitaire fait aussi son apparition, avant qu'on ne parle, plus largement, de l'éducation pour la santé.

Ces instructions de 1969 sont restées en vigueur jusqu'en 1982. La circulaire du 15 juin 1982 dite circulaire de Bagnolet, cosignée par le ministre de la Santé et de l'Éducation Nationale, tend à donner une voie nouvelle aux actions du service de santé scolaire, qui « doit dorénavant répondre aux besoins réels des populations et contribuer à résorber les inégalités, notamment par une meilleure prévention médicale et sociale de l'échec scolaire en faveur des enfants et des adolescents les plus défavorisés ».

---

(1) Les mesures de gel des postes dans la fonction publique ont abouti à la suppression de plusieurs dizaines de postes de médecins scolaires en 1986 et 1987.

Tout en maintenant le principe traditionnel d'actions médicales et sanitaires de portée générale, comme la réalisation à 100 % des trois bilans de santé (à 5-6 ans, 10-11 ans et 13-16 ans), l'éducation pour la santé, et le contrôle sanitaire des locaux scolaires, la circulaire définit deux autres axes prioritaires.

Le premier vise donc à travers des actions sélectives à une résorption des inégalités. À la demande de l'équipe éducative, des parents, ou des élèves eux-mêmes, peut avoir lieu une surveillance sanitaire personnalisée. Plus largement les services de santé scolaire doivent mettre sur pied des programmes d'intervention spécifiques, régionaux ou départementaux, s'appuyant sur des enquêtes épidémiologiques. Ces programmes devaient par ailleurs, selon la circulaire, s'articuler avec la politique de réduction des inégalités entreprise par l'Éducation Nationale avec la création des ZEP. Les enfants inadaptés et handicapés et les établissements techniques et professionnels sont prioritairement concernés par ces actions spécifiques des services de santé scolaire.

Étroitement lié à cette nouvelle dimension de l'action de la santé scolaire, l'autre axe prioritaire prévu par la circulaire de juin 1982 concerne les travaux de recherche que doivent développer les services de santé scolaire. Travaux de recherche en épidémiologie, en ergonomie scolaire, sur les rythmes scolaires, etc.

L'année 1982 voit ainsi la santé scolaire engagée dans une nouvelle direction, qui correspond aussi à une revalorisation d'un type de médecine préventive et sociale, dont la création de postes en nombre important témoigne. La formation des médecins scolaires va être également touchée par la dynamique enclenchée en 1982.

## LA FORMATION DES MÉDECINS SCOLAIRES

La médecine scolaire n'est pas une spécialité reconnue et ne fait donc pas l'objet d'un enseignement spécifique dans le cadre des études médicales proprement dites. La question de la formation initiale des médecins scolaires n'a toujours pas trouvé de solutions. Il faut dire que cette question est étroitement liée à un autre problème particulièrement épineux : celui de leur statut.

Depuis 1973 les médecins scolaires sont des contractuels de la fonction publique, sans réelles possibilités de développement de

carrière. Les perspectives ouvertes en 1982 par la politique du ministère de la Santé ont pu laisser penser que la revendication des médecins scolaires pour la création d'un véritable statut, pourraient aboutir. Les orientations proposées globalement au niveau de la fonction publique à la même époque (politique de titularisation) créaient, par ailleurs, un climat favorable à l'avancée de ce dossier, mais force est de constater qu'aujourd'hui il est encore en suspens.

Recrutés en tant que vacataires, par le médecin de liaison (coordinateur des services de santé scolaire au plan départemental), les médecins scolaires n'ont donc a priori à justifier que de la possession du diplôme de docteur en médecine. Pourtant bien souvent ils possèdent des qualifications plus importantes, comme le montre une enquête effectuée en 1985 par le Syndicat national autonome des médecins de santé publique. Malgré les limites de cette enquête qui ne s'adressait qu'à des syndiqués, la tendance qui en ressort est suffisamment nette pour qu'elle soit mentionnée. Sur les 56 vacataires de médecine scolaire ayant répondu, seule une petite minorité (14,3 %) possède simplement un doctorat en médecine. Le plus grand nombre a au moins une autre qualification, du type attestation de pédiatrie, CES de médecine du sport, du travail, de santé publique, certificat de pédiatrie scolaire, etc.

Néanmoins, quelles que soient les qualifications qu'ils possèdent, les vacataires de médecine scolaire ne peuvent devenir médecins contractuels de santé scolaire, qu'après avoir suivi une formation qualifiante de six semaines. Cette formation a été assurée de 1973 à 1982 par l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP), implantée à Rennes depuis 1962.

En 1982 avec le recrutement massif de médecins scolaires, l'ENSP n'était pas en mesure de pouvoir assurer à elle seule la formation d'un nombre aussi important, et inhabituel, de personnels. Plutôt que d'augmenter les capacités de formation de l'ENSP, il a donc été décidé de décentraliser la formation. Quatre centres (Lille, Nancy, Paris, Toulouse) ont ainsi mis en place une formation pour les médecins scolaires, en passant une convention avec l'ENSP, qui avait dans le nouveau dispositif une fonction de coordination et de supervision, et gardait une activité de formation pour les personnels de l'Ouest de la France.

*La formation des médecins scolaires à partir de 1982 -  
Nouveaux contenus*

Remplissant la même fonction qu'avant 1982, contractualisation des médecins scolaires vacataires, la formation va pourtant connaître cette année-là des changements importants.

Les nouvelles orientations préconisées par la circulaire de Bagnolet pour le développement de l'activité des services de santé scolaire, recoupaient très largement les préoccupations des spécialistes de Santé Publique.

Au cours d'un colloque de l'INSERM sur les politiques de santé publique qui s'était tenu fin 1981, M. Goldberg, déclarait qu'on assistait en France « à l'émergence depuis plusieurs années d'un nouveau concept de santé publique, parmi les professionnels éclairés. Ce concept rénové (...) s'articule autour de la notion de communauté et s'accompagne de nouveaux mots-clés : santé communautaire, prévention, programme de santé, évaluation (des besoins et des actions de santé), éducation pour la santé, pluridisciplinarité dans la recherche et l'action » (1). Pour M. Goldberg ces mots-clés, doivent se substituer en quelque sorte à ceux qui prédominent encore chez une grande partie des professionnels pour qui santé publique évoque avant tout hygiène, vaccination, épidémie, administration, contrôle, etc.

Dans les équipes qui vont être chargées de la formation des médecins scolaires à partir de 1982, on retrouvait une bonne partie de ces « professionnels éclairés » dont parlait M. Goldberg, qui étaient intervenus au colloque de l'INSERM, sur des positions proches de ce dernier.

Les formateurs étaient donc disposés à inscrire la médecine scolaire dans une perspective de santé publique renouvelée, où l'approche collective et pluridisciplinaire des problèmes de santé, prédomine sur l'approche clinique et individuelle. C'est ainsi qu'on peut lire dans un document de travail ayant servi à la définition des axes communs de formation des médecins scolaires dans les cinq centres décentralisés (2), que le premier objectif pédagogique est : *une forma-*

---

(1) Cf. *Conceptions, Mesures et Actions en Santé Publique*, Paris, Éditions INSERM, 1982.

(2) Le responsable de la formation des médecins scolaires à l'ENSP, le Dr. Debroise, nous a communiqué un certain nombre de documents, non publiés, sur les actions de formation à partir de 1982.

*tion de praticiens de santé publique par le passage progressif d'une pratique surtout clinique et individuelle à une activité centrée sur des groupes.*

Les contenus de la formation des médecins scolaires jusqu'en 1982, portaient essentiellement sur la connaissance de l'enfant et de l'adolescent, les pathologies en milieu scolaire, la connaissance du système d'éducation et l'éducation pour la santé.

À partir de 1982, les concepts et les méthodes de la santé publique deviennent le thème largement dominant de la formation.

La planification par programme des actions de santé publique, va ainsi tenir une place centrale dans les programmes de formation de chacun des centres. La planification par programme, est une démarche méthodologique en santé publique. Sur la base d'une identification des problèmes prioritaires de santé dans une population donnée, il s'agit pour les professionnels de définir les objectifs les plus adéquats et de mettre en œuvre des programmes d'action tenant compte des conditions réelles de la situation locale. Souvent la planification par programme est inscrite dans une perspective de santé communautaire. Celle-ci, très schématiquement, se présente comme une politique délibérée d'association des membres de la population concernée à la prise en charge des problèmes de santé. L'évaluation des résultats de l'action entreprise et son éventuelle réorientation étant présentée d'ailleurs comme des étapes importantes du processus.

#### *Les mémoires des médecins de santé scolaire*

Au niveau des modalités d'évaluation, la modification essentielle introduite en 1982 porte sur le mémoire que doivent produire les médecins scolaires au terme de leur formation. Ne donnant pas lieu à soutenance avant 1982, c'était plus une formalité, qu'un élément réellement significatif de l'évaluation de la formation. Il prend beaucoup plus de valeur avec la décision prise en 1982 de rendre obligatoire la soutenance du mémoire devant un jury national. Dans chacun des centres, celui-ci devait comprendre un représentant du ministère de la Santé, un responsable d'un des cinq centres de formation et un médecin de liaison (responsable au plan départemental de la santé scolaire).

Cette décision prend toute sa signification par rapport aux transformations introduites par la circulaire de Bagnolet quant aux missions de la santé scolaire. En faisant des travaux de recherche une composante importante de l'activité des médecins scolaires, en rapport avec la démarche de planification par programme, la circulaire donnait par là-même une portée beaucoup plus décisive au travail de recherche personnel demandé au médecin. Le mémoire qui a pour fonction de rendre compte de ce travail acquérait ainsi une valeur de témoignage de la capacité à mener une telle activité de recherche.

### *Impact des transformations de la formation*

Pour tenter d'appréhender l'impact des nouvelles orientations de la formation dispensée aux médecins scolaires, nous nous sommes intéressés aux mémoires produits par ces derniers en 1984 et 1985 (1).

Le mémoire devait, en principe, servir à montrer les différentes étapes d'une démarche de planification par programme. À partir des apports théoriques et méthodologiques fournis au cours de la première période de formation proprement dite (2), les médecins de retour sur leur lieu d'exercice devaient procéder à un recueil de données. Celui-ci servait à la définition d'un projet de programme d'action, discuté au cours de la seconde période au centre de formation. La mise en œuvre du programme était suivie d'une première évaluation qui avait lieu pendant le dernier regroupement au centre de formation. La soutenance intervenait normalement quelques mois après.

Théoriquement le mémoire devait donc rendre compte du travail d'élaboration d'un programme de santé, de sa mise en œuvre et de son évaluation.

La lecture d'un échantillon de mémoires montre qu'une partie d'entre eux ne dépasse pas le stade du recueil des données et de la description, parfois très poussée, d'une situation locale. À cela une

---

(1) Les mémoires produits à partir de 1982 ont fait l'objet d'un dépôt systématique à la bibliothèque de l'ENSP.

(2) D'une durée totale de six semaines la formation se déroulait en trois périodes de deux semaines espacées sur une année environ.

explication partielle peut être trouvée dans la charge de travail normale que les médecins scolaires continuaient à assurer, qui pour certains, s'est révélée un véritable obstacle à la mise en œuvre du travail de recherche demandé.

Un autre type d'explication est en relation avec la nature même du travail attendu des médecins scolaires, qui n'a pas été sans soulever un certain nombre de résistances. Il convient de rappeler que les médecins qui ont suivi la formation à partir de 1982-1983, avaient déjà une pratique de la médecine scolaire en tant que vacataires. Bénéficiant des possibilités de contractualisation offertes par les créations de postes intervenues en 1982, ces médecins vacataires avaient déjà deux ou trois années, au minimum, d'expérience pratique de la médecine scolaire et dans certains cas plus de dix ans.

Rendant compte de la formation dispensée à Nancy, les responsables de ce centre soulignent que celle-ci intervenant tardivement dans la carrière des personnels « se situait en profond décalage avec ce qui leur avait été demandé depuis leur entrée dans le service: un dépistage clinique performant et exclusif » (1).

L'équipe du centre de Toulouse dans un document (non publié) sur l'évaluation de la formation suivie par les médecins en 1984 note également qu'à travers leurs réponses à un questionnaire d'évaluation « tous les stagiaires montrent qu'ils ont été interpellés, remis en question, et qu'ils envisagent des changements dans leur approche des situations ».

La démarche de santé publique que la formation a mis en avant à travers, en particulier, la planification par programme, a été ressentie par une partie des médecins scolaires comme le placage un peu artificiel de conceptions et de méthodologies peu en rapport avec les conditions réelles d'exercice de la médecine scolaire. Comme nous avons pu le constater en assistant dans un des centres de formation au choix des sujets de mémoire, celui-ci est apparu à certains comme un « exercice de style » auquel il convenait de se plier. Quelques médecins scolaires ont estimé répondre aux exigences du mémoire par la description de la situation sanitaire et sociale de leur secteur scolaire, sans passer à l'étape suivante, celle de la mise en œuvre d'un programme d'action correspondant aux besoins prioritaires décelés.

---

(1) Chouanier-Briançon, Chevit, Bon, Bomstein, Deschamps, « Bilans et réflexions sur la formation décentralisée des médecins de santé scolaire », *Revue Française de Santé Publique*, n° 40, 1987.

Néanmoins la possibilité de pratiquer une forme de médecine scolaire moins traditionnelle, dans le cadre d'une politique générale de la santé scolaire qui paraissait à l'époque en situation d'évolution favorable, n'a pas laissé insensible le plus grand nombre de médecins scolaires.

De fait si l'on considère les choix des sujets traités dans les mémoires des médecins scolaires, on peut constater, par exemple, que les problèmes liés à la pratique des examens de santé, du « dépistage clinique », ne sont pas ceux les plus fréquemment abordés.

En classant sommairement en cinq grandes rubriques les thèmes des mémoires de l'année 1984, année où les soutenances ont été les plus nombreuses (170 mémoires), on peut en effet constater la prédominance de ceux rendant compte d'actions en éducation pour la santé, ou de ceux rapportant des actions entreprises en matière d'ergonomie scolaire ou plus largement pour améliorer les conditions de la vie scolaire des élèves (1).

Les mémoires traitant d'actions en matière de dépistage ou de vaccinations ne viennent qu'en troisième rang par leur nombre, précédant malgré tout en importance les mémoires consacrés à des actions menées explicitement dans une perspective de participation de la médecine scolaire à la lutte contre l'échec ou l'inadaptation scolaire, une dimension importante des nouvelles orientations de la médecine scolaire, préconisées dans la circulaire de juin 1982.

Un petit nombre de mémoires ont en commun de rendre compte de démarches de santé publique limitées à la phase de recueil des informations ou d'analyse des besoins de santé. Quelques-uns abordent des questions méthodologiques ou théoriques soulevées par les démarches de santé publique et communautaire.

En fait, il semble que les médecins scolaires qui ont suivi la formation à partir de 1982-1983, ont trouvé pour une bonne partie d'entre eux le moyen, grâce à cette formation, de formaliser et d'amplifier une évolution de leur pratique déjà amorcée sur le terrain. Cette évolution dont on trouve témoignage dès la fin des années 1970 dans certaines publications (2), traduit une ouverture de la médecine

---

(1) Les actions sont très diverses, portant aussi bien sur le cartable de l'élève de 6<sup>e</sup>, les risques d'accident en lycée professionnel, les transports scolaires, les cantines scolaires, l'aménagement des locaux, etc.

(2) Cf. *La santé de l'écolier - La médecine scolaire d'aujourd'hui et ses perspectives d'avenir*, sous la direction d'E. Boltanski, Toulouse, Privat, 1978.

scolaire sur tout un ensemble de problèmes concernant la jeunesse scolarisée, par le biais en particulier des programmes d'action en éducation pour la santé qui traitent aussi bien de la prévention des diverses toxicomanies, des accidents de la circulation, des problèmes sexuels, etc.

Cette évolution se traduit au niveau des mémoires produits par les médecins scolaires. Elle manifeste effectivement la prise en compte d'une dimension collective des problèmes de santé à l'école, dans le cadre d'une conception très élargie de la notion de santé.

Mais elle est aussi, semble-t-il, la traduction d'une certaine volonté de donner une assise plus solide à une pratique professionnelle, ne bénéficiant pas d'une considération ou d'un prestige particulier, tant au niveau des élèves et de leur famille, des enseignants, que des autres milieux médicaux. Si on ne dispose pas d'enquête récente sur la façon dont la médecine scolaire est perçue aussi bien par les « usagers » que par les milieux médicaux, on citera simplement deux spécialistes de la médecine scolaire qui ont œuvré pour son développement. J.-P. Deschamps au cours du colloque INSERM évoqué plus haut, à propos des services de santé scolaire, considère que les adolescents « ne leur accordent guère de crédit », vu l'état de leur fonctionnement au début de la décennie 1980. De son côté E. Boltanski, en 1978, dans l'ouvrage sur la médecine scolaire qu'il a dirigé, note dans son introduction, qu'il y a « loin des perspectives de la médecine scolaire aux réalités actuelles souvent décevantes » (1).

En 1982, la médecine scolaire a bénéficié à la fois d'une ouverture de ses missions, d'une augmentation sensible de ses moyens et d'un renouvellement de la formation de ses personnels. Avec cette dernière, les médecins scolaires, malgré certaines réticences, ont pu manifester, à travers les mémoires qu'ils ont produits, une réelle volonté d'adaptation de leur pratique professionnelle. Ils l'ont manifestée de façon diversifiée. Les formateurs du centre de Nancy résumant, à leur façon, cette diversité en notant que l'évaluation plutôt positive de la formation par les médecins scolaires après la soutenance du mémoire, venait soit de la possibilité qu'avaient eu certains de « sortir de leur isolement professionnel, de se rattacher à une école de

---

(1) *La santé de l'écolier, op. cit.*

pensée (...) », soit pour d'autres de conceptualiser « ce qu'ils faisaient concrètement depuis longtemps ». Enfin la formation avait permis à d'autres de « trouver à leur statut professionnel non plus une identité négative de médecins privés de la thérapeutique et du libre exercice, mais positive comme médecin de santé publique » (1).

Les médecins scolaires qui ont suivi la formation entre 1982 et 1985, semblent donc en avoir retiré un bénéfice au niveau de leur identité professionnelle. Elle leur a permis de redéfinir leur domaine d'intervention et leur champ de compétence, en accord avec les orientations mises en avant à l'époque par les autorités de tutelle.

Les changements intervenus depuis lors, amènent à s'interroger sur la pérennité de tels effets positifs. En effet, en donnant de nouveau, en 1986, comme objectif prioritaire à la santé scolaire, la réalisation du bilan de santé de six ans, les pouvoirs publics peuvent sembler avoir voulu mettre entre parenthèses ce qui avait eu lieu entre 1982 et 1985. La formation en santé publique dispensée durant ces trois années tendait à montrer que les bilans de santé devaient être considérés comme un des « outils », parmi d'autres, pour l'approche des besoins de santé des populations scolaires. En leur redonnant une place privilégiée dans la pratique de la médecine scolaire, c'est la portée de la formation en santé publique qui se trouve sérieusement limitée.

Pour les médecins scolaires qui en ont bénéficié, cela risque d'apparaître d'autant plus significatif, que par ailleurs la formation des médecins scolaires a été arrêtée, les suppressions de postes ayant succédé aux créations intervenues en 1982.

La médecine scolaire peut difficilement tirer profit pour améliorer son image de ces aménagements successifs et contradictoires des orientations qui lui sont fixées. Ils rendent également difficile pour les médecins scolaires la constitution d'une identité et d'une légitimité professionnelles stables.

Charles CORIDIAN  
Chargé de recherches INRP

---

(1) *Bilans et réflexions sur la formation décentralisée des médecins de santé scolaire*, art. cit.