



# Le médecin en Promotion de la Santé à l'Ecole

ACTES DES ATELIERS ORGANISÉS LORS DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA MÉDECINE SCOLAIRE  
SPA, 20-21 NOVEMBRE 2009



ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS SCOLAIRES

### **Animation des ateliers**

Geoffroy Mélen, Gaëtan Absil, Catherine Giot, Charlène Leroy, Chantal Vandoorne (APES-ULg);  
Pierre Brasseur (Repères), Michel Demarteaue (Observatoire de la Santé du Hainaut)  
Benoît Dadoumont (CLPS Namur), Marie-Christine Miermans (APES-ULg et PROVAC)

### **Soutien administratif et logistique**

F. Massa et N. Goffinet (APES-ULg)  
C. Riaux (Question Santé)  
M. Logist

### **Rédaction des actes**

Pour l'APES-ULg : Chantal Vandoorne, Geoffroy Mélen, Cetty Saglimbene, Patrick Govers,  
Pour l'APMS : Michèle Meersseman, Lise Maskens, Axelle Vermeeren, Martine de Wasseige,  
Philippe Daumerie.

### **Éditeur responsable**

Ph. Daumerie, APMS, Rue d'Orbais, 11,  
1360 Perwez, juin 2010  
D/2010/3543/6

### **Impression**

I.P.M Printing s.a.  
Rue Nestor Martin, 40  
1083 Ganshoren

*Se trouver et s'exprimer. Se connaître et se dire.  
Deux phases inséparables de la croissance de l'être pensant.*

Marcel Légaut

Le « Livre Blanc », c'était il y a plus de 20 ans... Aujourd'hui, voici établis par des médecins scolaires, les Actes des ateliers des États Généraux de la Médecine Scolaire qu'ils viennent d'organiser. Il faut d'emblée souligner une similitude essentielle : l'enthousiasme des acteurs de terrain. Si à l'époque, quelques dizaines de « rédacteurs » s'étaient attelés à la tâche, aujourd'hui, ces Actes sont le fruit d'une démarche participative de près de la moitié de l'ensemble des médecins du secteur. Véritable défi néanmoins que de réunir des hommes et des femmes, travaillant dans le même domaine et ayant un vécu professionnel particulièrement disparate. Ces hommes et ces femmes ont pris du temps pour s'écouter les uns les autres, pour comprendre que d'autres réalités existent, que peut-être d'autres vérités méritent d'être entendues et d'être reconnues. Le travail est conséquent et il n'est pas achevé. Que le lecteur ne s'attende pas à trouver un relevé exhaustif de ce qui va bien d'une part ou de ce qui va mal d'autre part en médecine scolaire; la diversité des situations est telle que le pavé blanc d'ici aura une allure noire là-bas. Les médecins scolaires veulent le réaffirmer : les missions qui leur sont confiées dans le cadre des décrets régissant leur secteur sont pertinentes et sont de nature à faire de cet outil universel, gratuit, que sont les services de la promotion de la santé à l'école, un élément majeur visant à réduire les inégalités sociales au sein de notre société. Toutefois, en pén-

trant davantage le foisonnement des situations, le lecteur doit comprendre combien des ajustements sont nécessaires et possibles car, fait remarquable, le souffle nouveau qu'inspire le décret de la promotion de la santé à l'école, en balayant l'inspection médicale scolaire, a fait naître un médecin scolaire nouveau. En effet, il désire désormais, dans une perspective de promotion de la santé, inscrire ses pratiques dans une approche globale de la santé, approche plus respectueuse des bénéficiaires et des partenaires. Savoir que de telles pratiques existent est déjà étonnant; les généraliser est une ambition. Puis-je inviter le lecteur à ne pas se précipiter à telle ou telle page et encore moins directement aux recommandations et revendications, comme trop souvent on aurait tendance à le faire, à la recherche de solutions miracles. Il passerait à côté de l'essentiel. Des hommes et des femmes conscients de l'importance de leurs missions s'expriment; cela vaut la peine de prendre un peu de son temps pour les écouter et pour apprécier, le cas échéant, la richesse de leurs apports en termes de temps, de créativité, d'humanité.

Merci à tous ceux qui se sont investis pour produire ces actes. En y réfléchissant, ils ont apporté leur pierre à la construction de cet édifice et ils se sont construits eux-mêmes.

Docteur Philippe Daumerie  
Président de l'Association Professionnelle  
des Médecins Scolaires

## REMERCIEMENTS

L'organisation des États Généraux et la conceptualisation, la rédaction, la production des Actes qui en découlent constituent un travail que les membres du Bureau de l'APMS n'auraient pu réaliser seuls. Bien évidemment, à titre personnel, le Président de l'Association désire remercier tout particulièrement ceux-ci en la personne de Madame le Docteur Lise Maskens, Vice-Présidente, Madame le Docteur Axelle Vermeeren, Trésorière, de Madame le Docteur Martine de Wasseige, Secrétaire, de Monsieur le Docteur Jean-Claude Hariga, Chargé des relations, de Madame le Docteur Fabienne Henry, Expert, et bien entendu de Madame le Docteur Michèle Meersseman, Présidente d'honneur de l'Association.

Au-delà de leur implication personnelle qui fut majeure, il est légitime d'adresser des remerciements à de nombreux partenaires. Rien ne pouvant se faire sans l'obtention de fonds, ces remerciements s'adressent d'abord à notre précédente Ministre de tutelle, Madame le Docteur Catherine Fonck, qui fut particulièrement sensible à l'enquête menée par l'APMS relevant les disparités et les diversités de situations frisant parfois l'iniquité. Sa volonté fut de soutenir particulièrement l'Association dans la réalisation de son projet.

Nos remerciements s'adressent ensuite à l'APES-ULg, unité de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège qui, outre les missions qui lui sont confiées dans le cadre du décret portant organisation de la promotion de la santé et de la médecine préventive, s'est positionnée comme un partenaire essentiel pour accompagner les membres du Bureau dès leur première réflexion afin de mener à terme la rédaction des présents actes. Madame Chantal Vandoorne, Directrice de ce service, s'y est particulièrement investie ayant le souci de comprendre les intentions des membres du Bureau tout en produisant un travail méthodologiquement rigoureux. Que soient également remerciés ses collaborateurs, pour leur contribution à l'animation des ateliers, l'analyse des échanges et la rédaction de ces Actes.

Les remerciements s'adressent encore à l'ASBL Question Santé, organisme communautaire dont l'implication de son directeur, le Docteur Patrick Trefois, mérite d'être signalée, ainsi qu'aux professionnels expérimentés qui ont contribué à l'animation des ateliers : Monsieur le Docteur Pierre Brasseur (Repères), Monsieur Michel Demarteau (Observatoire de la Santé du Hainaut), Monsieur Benoît Dadoumont (CLPS Namur) et Madame Marie-Christine Miermans (APES-ULg et PROVAC).

## TABLE DES MATIERES

### Introduction

Les prémices de la médecine scolaire	7
Vers une nouvelle médecine scolaire...	8
Des enjeux majeurs pour les prochaines années...	9
Portée des Actes et avertissements au lecteur	9

### 1. Ateliers et actes : une construction participative et progressive

1.1. Profil des participants aux États Généraux	11
1.2. Les ateliers : thèmes et questionnements	14
1.3. Les ateliers : modalités d'animation	16
1.4. L'analyse des ateliers et la rédaction des actes	17

### 2. Recherche et construction d'une identité professionnelle

2.1. Introduction	
2.1.1. À propos de l'identité professionnelle	19
2.1.2. À propos de la santé publique et de la promotion de la santé	21
2.2. La construction identitaire d'une profession de médecin scolaire dans une démarche de santé publique	
2.2.1. Entre deux identités professionnelles	25
2.2.2. La reconnaissance juridique et morale de la santé publique et de la promotion de la santé	29
2.2.3. La reconnaissance interpersonnelle de proximité par rapport aux élèves et aux parents, aux enseignants et aux partenaires	31

### **3. Facteurs structurels et organisationnels qui influencent les représentations de la profession et les pratiques des médecins scolaires**

Introduction	34
3.1. L'influence du statut	
3.1.1. Les différences de statuts influencent la répartition des tâches au sein des équipes	36
3.1.2. Le manque de temps entrave les processus de concertation et de communication	37
3.1.3. Le manque de disponibilité influence la reconnaissance du médecin comme acteur de santé publique	38
3.1.4 Le statut influence l'accès aux formations complémentaires	39
3.2. L'influence des facteurs organisationnels	
3.2.1. L'organisation du bilan de santé, en ce compris la vaccination	40
3.2.2. La mise à disposition de moyens pour assurer le partenariat	41
3.2.3. La valorisation de certaines missions par rapport aux priorités de santé publique	41
3.3. La nécessité de mesures structurelles	
3.3.1. Un cadre légal plus précis pour l'encadrement en personnel	42
3.3.2. La nécessité d'harmoniser les matériels, les procédures, les infrastructures	43
3.3.3. Une meilleure diffusion de l'information officielle	44
3.4. Une cascade de fonctions	
3.4.1. Fonction du médecin examinateur	46
3.4.2. Fonction du médecin référent de l'école	47
3.4.3. Fonction du médecin coordinateur	47
3.4.4. Fonction du médecin directeur	48
3.5. Des attentes et des besoins en formation de base et continuée	
3.5.1. La formation au cœur d'une évolution professionnelle	49
3.5.2. Les modalités de formation	50
3.5.3. Les compétences	53

## 4. Éclairages

4.1. Communiquer autour du bilan de santé avec les élèves et étudiants, les parents, les directions et les enseignants	
4.1.1. La relation avec les élèves et les étudiants	56
4.1.2. La relation avec les parents	57
4.1.3. La relation avec les directions d'écoles et les enseignants	58
4.2. Des partenariats à développer	
4.2.1. ...avec les CPMS	60
4.2.2. ...avec les services d'aide à la jeunesse	62
4.2.3. ...avec les médecins généralistes	63
4.2.4. ...avec les plannings familiaux	63
4.3. Bilan et perspectives pour le travail collaboratif	
4.3.1. Travail collaboratif et identité professionnelle du médecin scolaire	64
4.3.2. Le fonctionnement en équipe comme conséquence et remède face au manque de disponibilité du médecin	67
4.3.3. Des leviers pour une équipe bien construite	68
4.3.4. Vade mecum du partenariat par et pour le médecin scolaire	69
4.4. La visite d'établissement : une porte d'entrée dans le monde scolaire	
4.4.1. Utilité et faisabilité : une perception décalée	70
4.4.2. Les contraintes de temps et de moyens	71
4.4.3. De l'importance de la visite d'établissement	72

## 5. Les conclusions et les recommandations de l'APMS

5.1. Commentaires de l'APMS	73
5.2. Recommandations	75
5.3. Revendications	80

## LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

Afin d'alléger le document, certaines abréviations seront utilisées :

- CPMS pour Centre Psycho-Médico-Social (subventionné ou organisé par la Communauté française)
- CPMS Cf pour Centre Psycho-Médico-Social organisé par la Communauté française
- PSE pour Promotion de la Santé à l'École
- PO pour pouvoir organisateur
- MS pour médecin scolaire
- SPSE pour Service de Promotion de la Santé à l'École, service subventionné officiel ou libre
- Services d'aide à la jeunesse : seront mentionnés en toutes lettres quand nous nous référons indistinctement aux 14 types de services d'aide à la jeunesse définis par divers Arrêtés du Gouvernement de la Communauté française datant du 15 mars 1999: les services d'Aide en Milieu Ouvert (AMO), les services d'aide aux enfants victimes de maltraitance (SAEVM) dont les équipes SOS-Enfants, les Services de Placement Familial (SPF) ou les Centres d'Accueil d'Urgence (CAU).
- SAJ seront mentionnés en abréviation quand nous nous référons aux structures instituées par le décret du 4 mars 1991. Il existe un SAJ par arrondissement judiciaire, chargé de l'aide non contraignante à la jeunesse. De plus, le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse (qui dirige un SAJ) est tenu, s'il a connaissance d'un cas de maltraitance, de mobiliser les services adéquats, parmi lesquels les équipes SOS-Enfants, autour de la situation

# INTRODUCTION



En 1989, un soir de juin à Namur, les médecins scolaires, actifs dans tous les réseaux d'enseignement en Communauté française, décidèrent de se rassembler au sein d'une Union Professionnelle : l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires. Elle entendait promouvoir pour chaque élève une médecine scolaire de qualité, mais aussi faire entendre la voix des médecins et défendre leurs statuts professionnels au sein des instances concernées par la santé à l'école. Elle commença son existence officielle dès 1990 avec la publication – largement commentée – d'un « Livre Blanc sur la santé scolaire » et n'eut de cesse depuis lors de promouvoir des idées et des pratiques nouvelles en matière de promotion de la santé et du bien-être à l'école.

## LES PRÉMICES DE LA MÉDECINE SCOLAIRE

À l'époque, la loi de 1964 sur l'Inspection Médicale Scolaire (IMS), ne permettait que timidement d'échapper à une logique de dépistage systématique, subventionné à l'acte médical presté et visant à repérer les anomalies affectant la scolarité, à dépister les maladies infectieuses, à écarter les malades et à promouvoir l'hygiène et la salubrité en milieu scolaire. Il n'y avait guère de possibilité de suivi adapté des élèves qui le nécessitaient, pas plus que

d'éducation à la santé à l'école. Les contacts entre enseignants et médecins scolaires (ils étaient plus du double qu'actuellement) étaient quasi inexistant, tout comme ceux avec les familles.

Cependant, en 1975, était créée – sans lui affecter de rémunération – la fonction de médecin coordonnateur d'équipes au sein des centres IMS. Quelques années plus tard, l'arrêté Royal du 16 mai 1980 fixait les modalités d'organisation d'une expérience de rénovation du fonctionnement de certaines équipes d'Inspection Médicale Scolaire et introduisait la notion d'éducation pour la santé. Cette expérience de rénovation était limitée à la présence, rémunérée cette fois, de ce médecin coordonnateur d'équipes et permettait d'explorer d'autres activités et d'autres modes de fonctionnement ou de collaborations avec les centres PMS, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, le Fonds contre les Affections Respiratoires, les centres de planning familial et les services d'aide à la jeunesse.

## VERS UNE NOUVELLE MÉDECINE SCOLAIRE...

Cette expérience de rénovation devait augurer d'une refonte de la loi de 1964. Dès 1997, le concept de promotion de la santé était précisé dans le décret portant organisation de la promotion de la santé et de la médecine préventive en Communauté française. Fort de ce décret, devait naître le prescrit législatif qui allait désormais régir la promotion de la santé à l'école (décret de décembre 2001 pour l'enseignement ordinaire, décret de mai 2002 pour l'enseignement supérieur hors université). Cette progressive mutation était d'autant plus nécessaire que l'évolution de la population scolaire avait confronté les enseignants et les intervenants en santé scolaire, qu'ils soient PSE ou PMS, à la nécessité de prendre en compte des problématiques jusqu'alors demeurées plus discrètes : échec et décrochage scolaire, situation de maltraitance, violence, assuétudes précoces, difficultés d'insertion professionnelles des jeunes. De nouveaux aspects plus spécifiques de la santé en milieu scolaire émergeaient également : l'accueil des enfants séropositifs, la survenue d'un pic épidémique de méningite, les retombées de l'affaire Dutroux, la mise en évidence des enfants ayant des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité, l'obésité, la nécessité de faire de l'école un milieu exempt de nuisances environnementales, etc.

Aussi, le métier de médecin scolaire a naturellement évolué. Le médecin IMS inspecteur a fait place à un médecin plus impliqué, à la fois dans l'institution scolaire et dans sa structure propre (PSE ou PMS de la Communauté française). En effet, le médecin scolaire se doit d'agir actuellement :

- **en tant que médecin responsable d'une collectivité scolaire**: suspicion d'épidémie, d'intoxication alimentaire ou de maltraitance institutionnelle, couverture vaccinale insuffisante, incidence élevée d'accidents scolaires, défaut de salubrité de l'environnement scolaire, etc.
- **en tant que médecin de jeunes, scolarisés, qui évoluent dans un lieu de vie** qui a des spécificités, ce qui implique la collaboration avec d'autres intervenants médicaux, psychologiques ou sociaux;
- **en tant qu'expert en santé publique** faisant le relais entre les autorités scolaires et les autorités sanitaires : identification des besoins locaux, diffusion des informations médicales et sanitaires auprès des collectivités scolaires, aide à la prise de décision en cas d'urgence, etc.
- **en tant que conseiller** auprès des élèves, des parents... et des enseignants.

### *...malgré des moyens encore insuffisants*

Si une certaine dynamique a pu être mise en place, il y a lieu de déplorer la réduction des moyens mis à la disposition des équipes de terrain et la disparition des subsides accordés aux médecins coordonnateurs. Les moyens financiers restent en effet notablement limités, même si le mode de subventionnement est devenu forfaitaire en fonction du nombre d'élèves sous tutelle, et que des moyens supplémentaires ont été prévus selon le type de population scolaire desservie.

## DES ENJEUX MAJEURS POUR LES PROCHAINES ANNÉES...

Les raisons de s'inquiéter sont d'autant plus de mise au vu des manques criants : absence de normes d'encadrement du personnel des services, absence de valorisation du rôle du médecin référent, absence de médecin coordonnateur dans certains services, absence de consensus sur la formation de base et sur la formation continuée. Il y a lieu de se préoccuper des difficultés qu'entraîne la menace de pénurie de médecins scolaires qui a pour conséquence immédiate le risque de multiplications d'actes indûment confiés. Il y a lieu également de s'interroger sur les évidentes disparités de fonctionnement et de charge de travail que réservent les différents P.O. à leur médecin scolaire.

### *...soutenus par la recherche d'une identité professionnelle*

Les nombreuses tâches du médecin scolaire sont insuffisamment appréciées, son image semble désuète... Et pourtant ! Le médecin scolaire est le seul référent médical au sein du deuxième milieu de vie de l'enfant qu'est l'école : citons, à titre purement exemplatif, ses interventions pour la gestion des urgences sanitaires, pour le dépistage et le suivi d'anomalies organiques, pour l'observation précoce des situations de prise de risque. Méconnus de la société, méconnus également de leurs pairs aux vécus professionnels fort disparates (sources d'inégalités dans le traitement des enfants selon leur appartenance à une structure apte ou non à considérer dans toute sa mesure, les éventuels besoins et difficultés), les médecins scolaires ont voulu chercher et construire leur identité professionnelle. Ils ont tenu, avec courage, à se poser des questions

parfois difficiles quant aux facteurs structurels et organisationnels qui influencent à la fois la représentation de la profession et leur pratique professionnelle.

## PORTÉE DES « ACTES » ET AVERTISSEMENTS AU LECTEUR

### *Une diversité de pratiques et d'opinions*

Les ateliers qui ont pris place dans le cadre des États Généraux de la médecine scolaire ont suscité l'enthousiasme des participants. De ces échanges a émergé une richesse insoupçonnée, reposant sur une diversité de pratiques et de modes opératoires en médecine scolaire.

Ces Actes se sont voulu le reflet de cette dynamique participative. Ils représentent un état des lieux de la médecine scolaire en 2009. Il est donc tout naturel d'y rencontrer certains paradoxes, voire certaines contradictions. Ceux-ci sont le reflet d'un vécu professionnel éminemment diversifié en terme institutionnel, en termes de ressources, de fonctions, etc.

### *Le double statut des Actes : état des lieux et recommandations*

Au-delà de l'état des lieux, ces Actes proposent aussi des recommandations et des revendications. En effet, l'analyse des ateliers réalisée par l'APES-ULg a été examinée, approfondie, questionnée par les membres du bureau de l'APMS, qui en ont tiré leurs propres conclusions (lire le chapitre 5).

Les recommandations présentées au chapitre 5 ont donc un ancrage fort avec les réalités de terrain des médecins scolaires, tout en bénéficiant d'une prise de recul qui a permis de nuancer les propos et d'en améliorer la pertinence, compte-tenu de l'éclairage supplémentaire apporté par les membres les plus actifs de l'APMS.

***Un angle de vue sur la promotion de la santé à l'école, limité à un corps professionnel***

Les objectifs mêmes des États Généraux de la médecine scolaire et leur organisation font que les propos relayés par ce document ne sont le reflet que d'un seul corps professionnel : celui des médecins scolaires. Le lecteur sera donc attentif à ne pas considérer les points de vue exposés ci-après comme la seule vision possible de la promotion de la santé à l'école.

***Forme et contenu des extraits cités***

Les extraits qui illustrent certains aspects de ces actes ont été choisis pour leur caractère exemplatif. Ils sont soumis au lecteur sous leur forme la plus littérale possible, sachant que les extraits d'origine ont été, dans certains cas, émondés des marques d'hésitation ou des tournures qui en rendent la compréhension difficile.

Le fond n'a été en rien modifié. Dès lors, il est important que le lecteur garde à l'esprit que ces extraits n'engagent la responsabilité que de leur énonciateur.

# ATELIERS ET ACTES : UNE CONSTRUCTION PARTICIPATIVE ET PROGRESSIVE



## 1.1. PROFIL DES PARTICIPANTS AUX ÉTATS GÉNÉRAUX

Il existe, en Communauté française, 46 services PSE et 42 centres PMS de la Communauté française chargés de la médecine préventive en milieu scolaire, soit un total de 88 institutions. Ils se répartissent entre trois grands types d'institutions, en fonction des pouvoirs organisateurs (PO): les Services PSE libres subventionnés, les Services PSE officiels subventionnés (communaux, provinciaux, intercommunaux) et les Centres PMS organisés par la Communauté française. Au 15 janvier 2009, ces différents services et centres assuraient des missions de promotion de la santé à l'école auprès de 948.272 élèves de l'enseignement fondamental, secondaire et de l'enseignement supérieur hors université.

Le nombre d'heures prestées par chaque médecin dans sa ou ses affectations est inconnu, de même que le nombre d'établissements scolaires et d'élèves qu'il a sous tutelle. La moyenne d'élèves sous tutelle par médecin et selon les différents PO, mentionnée en dernière colonne du tableau 1, est donc une

notion très théorique, ne recouvrant pas la réalité du terrain. Il convient néanmoins de constater que sur un même territoire, et selon les différents PO, cette moyenne théorique peut varier du simple au quintuple.

Trois cent nonante (390) postes de médecins scolaires à pourvoir sont signalés par les différents PO des SPSE et CPMS Cf (voir répartition en tableau 1). En 2009, l'APMS a répertorié 325 médecins actifs soit en SPSE soit en CPMS Cf (voir tableau 2). Presque 20% d'entre eux occupent plusieurs affectations (29 en inter-réseau cf combinant essentiellement CPMS Cf et SPSE, et 31 en intra-réseau). Parmi ces 325 médecins, 60% sont des femmes et 76 sont membres de l'APMS.

Cent quarante quatre (44,3%) de ces médecins scolaires ont participé aux États Généraux : 116 (80%) sont des femmes et 41 (53,9%) sont membres de l'APMS.

**Tableau 1 : Encadrement en PSE et population sous tutelle**  
 (données de l'année scolaire 2008-2009, selon des sources administratives)

	Nb de SPSE ou de CPMS Cf	Population sous tutelle	Nb de postes de médecins à pourvoir	Nb moyen d'élèves sous tutelle par médecin scolaire
SPSE Subventionnés Libres	5	105.632	28	3773
SPSE Subventionnés Officiels	11	84.833	36	2356
CPMS Cf	6	25.325	19	1333
<b>Total Bruxelles</b>	<b>22</b>	<b>215.790</b>	<b>83</b>	<b>2600</b>
SPSE Subventionnés Libres	1	41.816	8	5227
SPSE Subventionnés Officiels	1	23.296	8	2912
CPMS Cf	2	8.123	7	1160
<b>Total Brabant Wallon</b>	<b>4</b>	<b>73.235</b>	<b>23</b>	<b>3184</b>
SPSE Subventionnés Libres	11	154.326	37	4171
SPSE Subventionnés Officiels	7	81.692	21	3890
CPMS Cf	11	41.437	43	964
<b>Total Hainaut</b>	<b>29</b>	<b>277.455</b>	<b>101</b>	<b>2747</b>
SPSE Subventionnés Libres	4	95.682	23	4160
SPSE Subventionnés Officiels	3	81.514	27	3019
CPMS Cf	10	33.353	34	981
<b>Total Liège</b>	<b>17</b>	<b>210.549</b>	<b>84</b>	<b>2507</b>
SPSE Subventionnés Libres				
SPSE Subventionnés Officiels	1	48.130	22	2188
CPMS Cf	5	16.928	24	705
<b>Total Luxembourg</b>	<b>6</b>	<b>65.058</b>	<b>46</b>	<b>1414</b>
SPSE Subventionnés Libres	1	50.452	10	5045
SPSE Subventionnés Officiels	1	33.013	11	3001
CPMS Cf	8	22.720	32	710
<b>Total Namur</b>	<b>10</b>	<b>106.185</b>	<b>53</b>	<b>2003</b>
SPSE Subventionnés Libres	22	447.908	106	4226
SPSE Subventionnés Officiels	24	352.478	125	2820
CPMS Cf	42	147.886	159	930
<b>Total CFWB</b>	<b>88</b>	<b>948.272</b>	<b>390</b>	<b>2431</b>

Les chiffres de population scolaire sous tutelle pour les CPMS Cf. ne concernent que la population scolaire pour laquelle ceux-ci ont la tutelle PSE.

Tableau 2 : Répartition des médecins actifs en PSE (selon l'enquête réalisée par l'APMS en 2008)

Médecins en charge de la PSE en CFWB	PSE officiel	plusieurs PSE officiels	PSE officiel + PSE libre	PSE officiel + CPMS Cf	PSE Libre	plusieurs PSE Libres	PSE Libre + PMS/Cf	CPMS Cf	plusieurs CPMS Cf	PO inconnus	total
<b>total</b>	<b>105</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>83</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>76</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>325</b>
Médecins en SPSE officiel	105	3									108
Médecins en SPSE libre					83	5					88
Médecins en CPMS Cf								76	23		99
Médecins avec PO inconnu										2	2
En activité SPSE et CPMS				16			6				22
En activité multiple officiel et libre			6								6

Dans les cases blanches, les nombres de médecins assumant plusieurs affectations à l'intérieur d'un même réseau, soit 31 médecins

Tableau 3 : Répartition des médecins scolaires présents à Spa

Médecins PSE présents à Spa	PSE officiel	plusieurs PSE officiels	PSE officiel + PSE libre	PSE officiel + CPMS Cf	PSE Libre	plusieurs PSE Libres	PSE Libre + PMS/Cf	CPMS Cf	plusieurs CPMS Cf	PO inconnus	total
<b>total</b>	<b>65</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>34</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>144</b>
Médecins en SPSE officiel	65	1									66
Médecins en SPSE libre					34	5					39
Médecins en CPMS Cf								16	8		24
Médecins avec PO inconnu										2	2
En activité SPSE et CPMS				8			1				9
En activité multiple officiel et libre			4								4

Dans les cases blanches, les nombres de médecins assumant plusieurs affectations à l'intérieur d'un même réseau, soit 14 médecins

Pour estimer la représentativité des réalités évoquées lors de ces États Généraux de la Médecine Scolaire, on peut aussi prendre pour référence le nombre de services PSE et de centres PMS de la Communauté française représenté. Ce calcul est présenté dans le tableau 4. On y remarque que, selon les provinces, 64 à 100% des services PSE et centres PMS cf étaient représentés avec une moyenne de 75%. Sans qu'on en connaisse les raisons exactes, les médecins de 22 des 88 institutions (de 6 SPSE officiels, de 4 SPSE libres et de 12 CPMS Cf) n'ont pas participé aux États Généraux de la Médecine Scolaire.

## 1.2. LES ATELIERS: THÈMES ET QUESTIONNEMENTS

Le but des ateliers étant de réaliser un état des lieux de la pratique de la médecine scolaire en vue de rédiger des recommandations, il a été choisi de stimuler les échanges sur certains aspects significatifs de la pratique professionnelle quotidienne du médecin scolaire.

Chaque atelier a été structuré autour d'une thématique, choisie en concertation par le Bureau de l'APMS et l'équipe de l'APES-ULg. Les thématiques ont été sélectionnées de manière à balayer l'ensemble des missions de la PSE et de rencontrer les principaux enjeux et défis de la profession tels que perçus par les organisateurs de ces États Généraux. Il s'agissait de sélectionner ce qui peut faire sens au quotidien dans la pratique des médecins scolaires, tout en restant orienté vers des critères de qualité de la promotion de la santé à l'école.

Par ailleurs, au-delà des thématiques particulières, chaque atelier s'est déroulé autour d'un double fil rouge : la faisabilité d'une part, et les compétences requises dans le chef du médecin scolaire ainsi que les moyens de les acquérir d'autre part. Ainsi, pour chaque thématique donnée, les participants se sont penchés sur les conditions, freins et facilitateurs dont il faut tenir compte face à la réalisation des différents aspects du travail de médecin scolaire. Le cas particulier des compétences a été abordé spécifiquement, avec l'idée de déterminer le plus finement possible les moyens d'acquérir les compétences manquantes.

### **Atelier n°1:**

#### **« Travailler en équipe »**

Cet atelier s'intéresse à la place du médecin scolaire dans l'équipe du service PSE ou du centre PMS. En regard du contexte particulier d'une équipe pluridisciplinaire (infirmière, assistante sociale, personnel administratif et, le cas échéant, psychologue...), il tente de déterminer comment les compétences spécifiques du médecin trouvent leur place et peuvent être le mieux valorisées.

**Tableau 4: Répartition des affectations des participants par province et par PO**

	Brabant Wallon	Bruxelles-Capitale	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	TOTAL	
SPSE officiels	100% 1/1	72,7% 8/11	57,1% 4/7	100% 3/3	100% 1/1	100% 1/1	75,0% 18/24	SPSE : 78,3% 36/46
SPSE libres	100% 1/1	80,0% 4/5	90,0% 9/10	60,0% 3/5	/ /	100% 1/1	81,8% 18/22	
CPMS Cf	50,0% 1/2	66,7% 4/6	45,5% 5/11	80,0% 8/10	100% 5/5	87,5% 7/8	71,4% 30/42	
<b>TOTAL</b>	<b>75,0%</b> <b>3/4</b>	<b>72,7%</b> <b>16/22</b>	<b>64,3%</b> <b>18/28</b>	<b>77,8%</b> <b>14/18</b>	<b>100%</b> <b>6/6</b>	<b>90,0%</b> <b>9/10</b>	<b>75,0%</b> <b>66/88</b>	

**Atelier n°2:****« Nouer des partenariats autour de l'élève »**

L'atelier 2 vise à découvrir non seulement à quels partenaires extérieurs le médecin scolaire recourt le plus souvent pour le suivi de l'élève, mais également quelles thématiques sont les plus concernées par ces partenariats. La pleine exploitation des possibilités de partenariats est envisagée.

**Atelier n°3:****« Être ou devenir acteur de santé publique ? »**

Cet atelier examine le lien avec la santé publique que présentent différentes missions de santé scolaire, comme la déclaration et la prophylaxie des maladies transmissibles, la vaccination, le recueil de données, la visite des locaux et l'inspection d'hygiène ou la contribution aux priorités du programme quinquennal de promotion de la santé. La question de la plus value qu'apporte le médecin scolaire à ces tâches est soulevée.

**Atelier n°4:****« Trouver sa place dans chaque école »**

Qu'il s'agisse d'entrer en relation avec la direction, les enseignants et les éducateurs; de donner du sens à la visite d'établissement; d'assister à une réunion de parents; de participer à une animation ou de développer un projet santé avec des partenaires, le médecin scolaire peut prendre ou jouer un ou plusieurs rôles par rapport à la communauté éducative. Cet atelier tente de définir ces rôles.

**Atelier n°5:****« Du médecin responsable à un médecin coordonnateur »**

Cet atelier particulier cherche à dégager ce que recouvrent les termes de médecin responsable ou de médecin coordonnateur, mais aussi à définir quelles sont les tâches et les missions respectives que les médecins responsables ou coordonnateurs assument à l'interne et à l'externe du service ou du centre. Cet atelier s'est aussi penché sur les compétences requises dans ces types de fonction.

## 1.3. LES ATELIERS: MODALITÉS D'ANIMATION

### Modalités d'animation et capitalisation des débats

#### Répartition des thèmes et inscription aux ateliers

Afin de permettre aux participants d'adopter une attitude active et de laisser libre cours à leur expression, la taille des groupes a été limitée à 20 personnes, ce qui nécessitait d'organiser 8 ateliers en parallèle. À l'exception de l'atelier 5, chaque atelier s'est déroulé trois fois au cours des deux journées. Chaque session durait 1 h 30.

Lors de leur inscription, les médecins scolaires ont pu mentionner les ateliers auxquels ils souhaitaient participer, l'objectif étant que chaque participant puisse prendre part aux discussions sur trois thématiques différentes au fil des trois sessions d'atelier. Pour éclairer leur choix, ils ont reçu le descriptif des ateliers et des sujets abordés dans chaque thème.

Le cas de l'atelier 5 est particulier, puisqu'une seule session a été proposée de façon concomitante à trois groupes au moment de la manifestation de novembre 2009. Cependant, les participants se sont montrés déçus de ne pas pouvoir approfondir plus les questions soulevées. Il leur a donc été proposé de planifier une nouvelle séance, en dehors des dates des États Généraux de la médecine scolaire, pour poursuivre le débat. Au terme de cette séance supplémentaire, une dernière rencontre a dû être organisée afin de finaliser les débats sur la thématique du médecin coordonnateur.

Afin de ne pas juxtaposer des séances sur un même thème et donc d'approfondir le débat, un mode de fonctionnement particulier a été choisi : le contenu d'un atelier était défini à partir du contenu de l'atelier de la session précédente sur le même thème. Il existe donc une continuité entre les différentes sessions, puisque le débat n'était pas repris depuis zéro et que les participants continuaient la construction que les précédents avaient entamée.

Pour y parvenir, au début de chaque séance, l'animateur faisait une synthèse des débats de la séance précédente. Les participants avaient ainsi le loisir de nuancer cette synthèse en fonction de leurs propres apports. La suite de la séance tentait alors d'élargir et d'approfondir la discussion. Cette manière de procéder a permis de dépasser les limites d'une discussion d'une heure et demie en capitalisant les apports des sessions précédentes.

Les animateurs d'une même thématique se sont concertés pour préparer l'animation de leurs séances d'atelier. Cela a permis de construire, pour chaque atelier, une méthodologie d'animation active et spécifique visant à débloquer et à préciser les opinions des participants. Par ailleurs, au terme des deux premières sessions, les animateurs d'une même thématique ont pu échanger sur les contenus déjà abordés afin de réinjecter certains éléments dans le débat ou, tout simplement, de proposer aux participants de la dernière session une synthèse portant sur les quatre séances précédentes. L'harmonisation des méthodes d'animation au sein d'une même thématique a grandement facilité le dépouillement des résultats.

## Enregistrement des débats

Afin que chaque animateur puisse se concentrer sur l'animation de la séance et non sur la prise de notes, chaque atelier a été intégralement enregistré. Les participants ont été avertis de cette démarche. Les enregistrements n'ont pas servi à identifier les différents locuteurs; ils ont permis de garantir l'exactitude et l'exhaustivité des propos analysés lors de la phase de dépouillement et de préparation des présents Actes.

## Modalités d'évaluation

Afin de suivre la progression de la motivation des participants au fil des trois sessions d'ateliers et la construction de leurs opinions au fil des échanges, un questionnaire d'évaluation leur était proposé au terme de chaque séance. Ce questionnaire comprenait les éléments suivants.

- Deux échelles d'opinion (accord/désaccord) sur
  - la possibilité pour le participant d'exprimer ce qui était important pour lui,
  - l'exhaustivité perçue dans l'abord de la thématique de l'atelier.
- Deux questions ouvertes sur
  - les apports de l'atelier dans la clarification des rôles et missions du médecin scolaire,
  - l'idée fondamentale que le participant retient au terme de la session d'atelier.

Chaque participant a donc rempli ce questionnaire 3 fois, ce qui devrait avoir contribué à assurer une continuité dans sa réflexion en passant d'un atelier à l'autre.

## 1.4. L'ANALYSE DES ATELIERS ET LA RÉDACTION DES ACTES

### Première analyse par atelier

Assurée par l'équipe du Service Communautaire de Promotion de la Santé (SCPS) APES-ULg, la phase de dépouillement et d'analyse des résultats s'est déroulée en plusieurs temps.

Dans un premier temps, les analystes ont pris connaissance des notes envoyées par les animateurs, des posters réalisés pendant les ateliers et des réponses aux questions ouvertes du formulaire d'évaluation; ils ont écouté en parallèle les enregistrements audio des ateliers, thème par thème. Pour chaque atelier, le chercheur a alors dégagé une structure et sélectionné les extraits jugés significatifs, qui ont alors été retranscrits. Sur base de cette structure et des retranscriptions, le chercheur a alors rédigé un compte-rendu de l'atelier.

L'ensemble des comptes-rendus ont été soumis au Bureau de l'APMS et à l'équipe des chercheurs de l'APES-ULg.

### Croisement des analyses et création de la structure définitive

Cette première analyse a donné l'occasion à l'équipe du SCPS APES-ULg de relever des points communs entre les ateliers : on a ainsi repéré des thèmes redondants tels que la diversité des ressources en fonction du PO ou les problèmes posés par la visite d'établissement, mais aussi des transversalités c'est-à-dire des problématiques sous-jacentes aux discours tenus dans divers ateliers, c'est ainsi qu'a

émergé le questionnement autour de l'identité. Ces points communs et transversalités ont aussi été soumis au bureau de l'APMS pour avis et validation d'une nouvelle structure pour les Actes.

### **Derniers ajustements et rédaction des recommandations**

L'APES-ULg a alors rédigé les Actes proprement dits et soumis une version de ceux-ci à l'APMS. L'APMS a validé cette version, apporté quelques compléments d'informations qui éclairent les résultats et rédigé le chapitre 5. Ce dernier chapitre commente les résultats des ateliers et en tire des recommandations, voire des revendications.

# RECHERCHE ET CONSTRUCTION D'UNE IDENTITE PROFESSIONNELLE



## 2.1. INTRODUCTION

### 2.1.1. À PROPOS DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

L'identité professionnelle, selon Barbier (1996:40-41), s'élabore à partir de ce qu'un individu est capable de faire et de ce qu'il fait mais aussi de ce qu'il sait et de la manière dont il se représente les choses et lui-même, du sens qu'il leur accorde, de ses émotions positives et négatives, de ses besoins et de ses valeurs. Ainsi, l'identité professionnelle est

non seulement un processus dynamique mais aussi intégratif, elle ne peut se concevoir indépendamment des autres composantes identitaires configurant l'individu.<sup>1</sup>

En d'autres mots, l'identité professionnelle, au même titre que l'identité, ne se réduit donc pas à l'image de soi de l'individu. Elle s'incarne aussi dans les actes et dans les interactions avec autrui. Ce fait est particulièrement bien rendu dans la notion d'estime de soi. L'estime de soi, en suivant Stets et Burke (2005:131), repose sur deux socles<sup>2</sup> : la valeur et l'efficacité. Les compétences<sup>3</sup> et les capacités (au sens d'avoir le pouvoir de) constituent les deux piliers de l'efficacité. Cette manière de concevoir l'identité professionnelle est à mettre

1 Jean Marie BARBIER, *L'analyse des pratiques : questions conceptuelles*, dans Claude BLANCHARD-LAVILLE et Daniel FABLET (Éds), *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1996a, pp. 27-49. et Claude DUBAR, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, Armand Colin, 2000.

2 Jane E. STETS, Peter J. BURKE, *A sociological approach to self and identity*, in Mark R. LEARY, June PRICE TANGNEY (edited by), *Handbook of self and identity*, New York, The Guilford Press, pp.128-151.

3 Sylvain LEDUC et Gérard VALLÉRY, *Approche des compétences sociales par l'analyse de l'activité : une étude chez les aides à domicile*, L'orientation scolaire et professionnelle, numéro 35/3, 2006, pp. 387 – 419. Ces auteurs distinguent trois caractéristiques principales qui permettent de définir ce concept :

- « la compétence est relative à une situation de travail réel et à son organisation;
- la compétence porte sur des contenus concrets à caractère technique et/ou social;
- la compétence résulte d'une interaction entre plusieurs types de savoirs finalisés; des savoirs spécifiques, généraux, des savoir-être et des savoir-faire associés à des mécanismes cognitifs et conatifs ».

Mais les compétences ne se limitent pas au savoir faire de l'individu. Elles mobilisent pour le moins trois dimensions : des caractéristiques physiques et culturelles, des exigences liées à des situations de travail et une reconnaissance sociale (adéquation des caractéristiques du groupe aux contingences de la tâche). Voir à ce propos, l'article de Yves COUTURIER, Dominique GAGNON, Christian DUMAS – LAVERDIÈRE, *La compétence contre l'incompétence? L'erreur de cadre pour un faux débat*, dans *Nouvelles pratiques sociales*, volume 17, n°1, 2004, pp. 149-155.

en lien avec la théorie contemporaine des luttes pour la reconnaissance formulée par le philosophe allemand, Axel Honneth (2002), héritier de l'école critique de Frankfurt. Selon celui-ci, l'ensemble de nos rapports à autrui est traversé par des attentes de reconnaissance.<sup>4</sup>

En effet, l'image positive que nous pouvons avoir de nous-mêmes dépend du regard, des jugements et des comportements d'autrui à notre égard. C'est la raison pour laquelle nous restons toujours en attente de reconnaissance dans les interactions sociales. Pour préciser le sens de cette thèse, Axel Honneth met en rapport trois formes de reconnaissance avec trois formes de rapport positif à soi, eux-mêmes distribués dans trois sphères sociales distinctes.

**Première forme de reconnaissance :  
la reconnaissance interpersonnelle  
de proximité<sup>5</sup>**

La première sphère est celle du relationnel qui rend possible la « confiance en soi », c'est-à-dire la conscience de la qualité de notre propre existence. *«...l'expérience intersubjective de l'amour ouvre l'individu à cette strate fondamentale de sécurité émotionnelle qui lui permet non seulement d'éprouver, mais aussi de manifester tranquillement ses besoins et ses sentiments, assurant ainsi la condition psychique du développement de toutes les autres attitudes de respect de soi » (p. 131).*

**Deuxième forme de reconnaissance :  
la reconnaissance du droit**

La deuxième sphère porte sur les relations juridiques. La reconnaissance dépend alors des droits qui nous sont attribués; ceux-ci permettent le « respect de soi », à savoir la certitude de la valeur de notre liberté : *«...l'expérience de la reconnaissance juridique permet au sujet de se considérer comme une personne qui partage avec tous les autres membres de sa communauté les caractères qui la rendent capable de participer à la formation d'une volonté discursive, cette faculté de se rapporter positivement à soi-même » (p. 146).*

**Troisième forme de reconnaissance :  
la reconnaissance de l'estime morale**

La dernière sphère concerne la contribution de nos activités individuelles au bien de la société. La reconnaissance y a pour conséquence l'« estime de soi », entendue comme la conviction de la fonction sociale de notre activité. L'estime sociale permet ainsi à la personne de se rapporter positivement à ses qualités et à ses capacités concrètes : *«...l'expérience de l'estime sociale s'accompagne dès lors d'un sentiment de confiance quant aux prestations qu'on assure ou aux capacités qu'on possède, dont on sait qu'elles ne sont pas dépourvues de valeur aux yeux des autres membres de la société... » (p.157)*

4 Axel HONNETH, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Edition du Cerf, 2002.

5 Tout en restant fidèle au raisonnement théorique d'Axel Honneth, nous nous écartons ici de sa terminologie. En effet, la formulation utilisée, en lieu et place de reconnaissance affective, nous semble davantage correspondre au contexte débattu lors des ateliers des États Généraux.

Axel Honneth (2002:202) conclut son analyse en affirmant que la personne ne peut être en capacité de se percevoir comme un être à la fois autonome mais individualisé que «...*quand il a acquis dans l'expérience successive de ces trois formes de reconnaissance un fonds suffisant de confiance en soi, de respect de soi et d'estime de soi* ».

Ces deux théories (identité et reconnaissance) sont complémentaires à l'heure d'appréhender les défis auxquels sont confrontés les médecins scolaires en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle. En effet, à partir de l'importance que ces deux théories accordent à l'estime de soi, il est possible d'étayer une analyse des discussions qui ont eu lieu tout au long des différents ateliers mis en place par les États Généraux. L'identité professionnelle des médecins scolaires apparaît actuellement comme un chantier en construction. Pour l'expliquer, plusieurs raisons peuvent être invoquées. Celles-ci ne sont pas autonomes les unes des autres. Bien au contraire, elles interagissent de manière permanente conformant une structure tridimensionnelle.

Le point de départ peut se localiser dans la difficulté, énoncée à plusieurs reprises, de différencier la médecine scolaire (dans ses dimensions de prévention et de santé publique) de la médecine générale (plutôt curative et individuelle). En effet, il semble que le socle de l'identité professionnelle manifestée par bon nombre de médecins scolaires ne se distingue en rien de celui de la médecine générale (acte médical et suivi des cas). Cette raison se voit renforcée par le fait que la santé publique et la promotion de la santé ne jouissent pas, actuellement en Communauté française, d'une reconnaissance morale et juridique suffisamment affirmée. Ces deux éléments contribuent à ce que la reconnaissance interpersonnelle de proximité ne soit pas

une composante justement positionnée dans le chef du médecin scolaire. Or, celle-ci est un élément important vers la constitution d'une identité propre au médecin scolaire.

Nous aurons l'occasion de développer ces éléments liés à la reconnaissance interpersonnelle plus en détail ci-dessous. Bornons nous simplement à signaler ici que l'on se réfère au fait que de nombreux médecins scolaires semblent avoir surinvesti une reconnaissance interpersonnelle de proximité avec leurs « bénéficiaires » (élèves/étudiants et leurs parents), souhaiter un rapprochement en ce sens avec les partenaires des communautés éducatives (directeurs et enseignants), laisser de côté une reconnaissance interpersonnelle de proximité avec les membres de leur équipe et enfin, souhaiter investir les partenariats avec les autres professionnels sous l'angle interpersonnel plutôt que par des dispositifs inter-services ou inter-institutions.

## 2.1.2. À PROPOS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

### Des concepts et des cadres légaux

La santé publique réfère à la science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société. Le champ d'action de la santé publique couvre donc tous les efforts sociaux, politiques et organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. La santé publique peut, selon les cas, désigner une institution sociale, une discipline et/ou une pratique<sup>6</sup>.

Ainsi l'organisation par les pouvoirs publics de services de santé scolaire accessibles à toute la population est en soi une action de santé publique. Les « lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école », récemment éditées par l'UIPES font de l'existence des services de santé un des piliers de la promotion de la santé à l'école<sup>7</sup>. En ce sens, les services PSE et centres PMS peuvent être considérés comme des services de santé publique centrés sur la prévention, la protection et l'éducation pour la santé<sup>8</sup>.

On le voit, le champ d'action de la santé publique, historiquement ancré dans les pratiques d'hygiène, de prévention et de contrôle des maladies, notamment des maladies transmissibles, s'ouvre depuis quelques décennies à un nouveau paradigme, qui souligne le rôle des systèmes sociaux, du partenariat multidisciplinaire et intersectoriel, d'une conception globale et positive de la santé. Les problèmes de santé sont placés dans un contexte plus global, les interventions reposent sur une meilleure compréhension de la façon dont les styles de vie et les conditions de vie (dont les facteurs sociologiques et environnementaux) déterminent la santé. L'importance d'autres secteurs en dehors du secteur de la santé et la nécessité de mobiliser les ressources et les appuis politiques sont ainsi soulignées.

C'est en cohérence avec cette évolution que le concept de promotion de la santé a été introduit dans les décrets du 20 décembre 2001 et du 16 mai 2002 de la Communauté française de Belgique. Ces décrets confient 5 missions aux services PSE et centres PMS Cf :

- 1° la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé;
- 2° le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination;
- 3° la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles;
- 4° l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires;
- 5° l'organisation de points-santé pour les établissements d'enseignement supérieur hors université.

L'instauration du projet de service par le décret du 20 juillet 2006, rendu applicable par l'arrêté du 8 mars 2007, invite les services PSE et centres PMS Cf à exercer l'ensemble de ces missions en respectant les principes de promotion de la santé. En synthèse, ces principes de promotion de la santé sont les suivants :

- considérer la santé dans son aspect global en y incluant le bien-être physique, mental et social;
- prendre en considération les différents déterminants de la santé;
- aider les personnes à être davantage acteurs de leur santé;

6 Emmanuel RUSCH et al, *Glossaire européen multilingue en santé publique et de promotion de la santé*, 2003, consulté sur le site de la BDSP le 1<sup>er</sup> mai 2009, EHESP

7 UIPES, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, *Vers des Ecoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*, Paris, 2009

8 Jeanine POMMIER et al, *School health promotion : organization of services and roles of health professionals in seven European countries*, EJPH, advanced access published, august 17, 2009

- privilégier l'engagement et la participation de la population;
- prendre en compte le cadre de vie des individus.
- définir ses priorités d'intervention non seulement en fonction des observations cliniques, mais surtout en fonction de données collectées et analysées au niveau local ou au niveau régional.

### Des pratiques et des transitions

Cependant, une reconnaissance de la santé publique et de la promotion de la santé dans les textes officiels qui balisent les missions des services PSE et centres PMS Cf ne suffit pas à modifier les pratiques des professionnels amenés à y exercer. Pour se conformer à ce cadre de santé publique et de promotion de la santé, les médecins scolaires doivent changer de paradigme de référence.<sup>9</sup> En effet la formation en médecine est essentiellement basée sur la médecine curative et la prise en charge du problème d'un patient par un médecin, au sein d'une relation individuelle. Les démarches classiques en médecine de santé publique et /ou communautaire sont passablement différentes de celles poursuivies en médecine curative.

Pour devenir un véritable acteur de santé publique, le médecin scolaire devrait donc opérer plusieurs transitions :

- placer la prévention médicalisée et organisée au centre de ses pratiques;
- se préoccuper de la santé globale des élèves et de l'éducation à la santé;
- tenter d'agir sur les déterminants non sanitaires de l'état de santé;
- prendre en charge la santé d'une communauté ou d'une population;

Le passage d'un paradigme à l'autre au travers de ces migrations de pratiques pourrait être modélisé en plusieurs étapes allant de la plus proche d'une pratique classique de la médecine curative à la plus proche d'une pratique organisée et planifiée de santé publique. Ces étapes sont brièvement décrites ci-dessous.

Le médecin scolaire se situe d'office dans un cadre préventif et organisé par des textes législatifs et administratifs. **Cependant sa pratique concrète peut continuer à mettre à l'avant plan le colloque singulier ou le suivi individuel.** La subsistance, dans certains cas, d'un paiement à l'acte renforce cette assimilation. De manière cohérente, sa pratique peut aussi privilégier, parmi les trois niveaux de prévention, le dépistage et la prophylaxie (prévention secondaire qui peut porter sur des problèmes physiques ou psychologiques) ou la réadaptation (intégration des élèves malades chroniques ou déficients sensoriels). Depuis quelques années, la prévention primaire médicalisée rentre aussi facilement dans le corpus de pratiques du médecin scolaire, notamment par la vaccination. Dans le cadre de ces suivis individuels, le médecin scolaire est aussi amené à travailler en réseau pluridisciplinaire pour mieux organiser la prise en charge du problème diagnostiqué (maladies chroniques, maltraitance, négligence, handicap, etc.)

<sup>9</sup> Pour définir les transitions ci-dessous, nous nous sommes inspirés, de l'article de la SFSP, *Des missions de santé publique pour les médecins généralistes*, Vandœuvre-lès-Nancy, août 2008

On se rapproche de la promotion de la santé quand **le médecin inscrit ce suivi individuel dans une approche globale de la santé de l'élève et une identification des facteurs de risque, dans un contexte de prévention primaire**, avant même qu'aucune anomalie, qu'aucun problème de santé ou de développement n'apparaisse. Cela suppose de dépasser l'examen clinique pour entamer le dialogue avec l'enfant ou le jeune et corollairement, de se placer dans une posture éducative qui tentera de conseiller, d'orienter ses choix et ses modes de vie. À ce stade, le médecin peut inscrire ses interventions individuelles dans le cadre de programmes de santé publique : il est en position de relayer, contextualiser, personnaliser les messages de santé publique de portée nationale ou loco-régionale en des messages individualisés, audibles par chacun. De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués.

Mais le médecin ne franchira vraiment le pas de la prise en charge collective que quand il se sentira **responsable d'une communauté scolaire dans son ensemble, dans une véritable approche de santé communautaire**. Cela suppose qu'il opère quatre transitions dans ses pratiques :

- qu'il puisse collecter et analyser des informations qui lui permettent de caractériser les problèmes rencontrés ou ressentis par les différents acteurs de la communauté éducative (élèves, parents, enseignants, directions, personnel administratif et technique) quant à la santé et au bien-être dans leur lieu de vie commun qu'est l'école;
- qu'il soit attentif à la variété des facteurs de l'environnement scolaire (facteurs matériels, organisationnels, culturels et sociaux) qui peuvent influencer la santé et le bien-être des membres de la communauté;
- qu'il puisse convaincre les acteurs de la communauté scolaire, en ce compris les pouvoirs organisateurs, d'intervenir sur les facteurs de risques ainsi détectés, analysés et hiérarchisés; qu'il leur propose un plan d'intervention et une fois celui-ci mis en place, en évalue les effets.
- qu'il puisse intégrer les trois transitions évoquées ci-dessus dans une approche participative qui offre une place d'acteur à part entière à chaque membre de la communauté scolaire, depuis la phase de diagnostic jusqu'à la phase d'évaluation, en passant par le choix des priorités et la décision sur les stratégies d'intervention.

Enfin, parallèlement ou indépendamment de cette démarche de santé communautaire, **le médecin scolaire sera acteur de santé publique au sens plein du terme** s'il suit l'état de santé (problèmes de santé et facteurs de risques) de l'ensemble de ses élèves sous tutelle en comparaison avec l'état de santé d'autres élèves du même territoire ou d'un territoire plus large (province, région, pays...): couverture vaccinale, prévalence et incidence des surcharges pondérales, des grossesses précoces, des consommations à risques, problèmes de santé émergents, etc. Ce suivi est utilisé pour définir des orientations prioritaires pour son service PSE ou centre PMS Cf, mais aussi pour s'inscrire dans des actions communes avec d'autres professionnels des territoires concernés par ces priorités. Réciproquement ce médecin, acteur de santé

publique, alimentera des systèmes d'information sanitaire plus larges avec les observations de sa population sous tutelle, afin de rendre possible ces analyses comparatives.

## 2.2. LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE D'UNE PROFESSION DE MÉDECIN SCOLAIRE DANS UNE DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE

### 2.2.1. ENTRE DEUX IDENTITÉS PROFESSIONNELLES

L'analyse du discours des médecins scolaires incline à penser que la plupart d'entre eux articulent leurs discours autour de l'acte médical individuel. Cette insistance sur la santé individuelle avec le « suivi au cas par cas » trouve sans doute son origine dans la formation de base dispensée à tout médecin, quelque soit sa spécialisation.

Il est vrai que la plupart des médecins scolaires sont aussi des médecins généralistes. Cependant, les pratiques professionnelles des médecins scolaires diffèrent de celles des médecins généralistes. Le rôle du médecin scolaire est de dépister et de référer tandis que le rôle du médecin généraliste est avant tout de traiter. En général, le médecin généraliste situe l'essentiel de son activité dans le champ curatif tandis que le médecin scolaire se situe dans le champ préventif et de la santé collective.

*« Je pense que notre rôle est de dépister et de référer sauf si il y a un danger pour l'enfant. S'il n'y a pas de danger pour l'entourage, si nous avons dépisté et référé au médecin traitant, notre rôle s'arrête là ».*

En 2001, le législateur a redéfini les missions des services de promotion de la santé à l'école et corollairement du médecin scolaire. En plus des missions spécifiques à la médecine scolaire qui concernent le bilan de santé individuel, le suivi médical des élèves et la vaccination, la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles, les médecins scolaires ont vu se renforcer les missions attachées à la santé publique et à la promotion de la santé en milieu scolaire. Parmi celles-ci on notera en particulier : fournir un éclairage de promotion de la santé aux projets de service, organiser les points-santé, établir un recueil de données et renforcer le partenariat avec les CPMS.

Ainsi, le médecin scolaire a dû intégrer une approche de la santé publique qui préconise des actions nouvelles, des pratiques professionnelles différentes et une dimension collective de la promotion à la santé alors même que les pratiques professionnelles inscrites dans la formation de base en médecine générale continuent à façonner sa pratique de médecin scolaire.

#### **Le lien entre acte individuel (bilan de santé) et acte collectif (analyse des données)**

Une partie importante des débats s'est centrée sur le bilan de santé et sur les actions qui prennent place dans ce cadre (suivi des élèves, vaccination, recueil de données). Ainsi, les médecins participants estiment que, pour définir les missions de médecine scolaire en termes de santé publique, l'expression « bilan de santé » est limitative car elle implique en réalité la réalisation d'un ensemble plus large d'ac-

tions : anamnèse, examens biométriques, examens cliniques, examens neuro-pédiatriques, vaccinations, conseils en matière de santé, dépistage des maladies non transmissibles.

Dans le cadre du bilan de santé, la distinction entre l'impact sur la santé individuelle et l'impact sur la santé publique n'est pas claire : la santé individuelle permet de servir la santé publique, mais cela ne porte pas automatiquement le bilan de santé au rang d'acte de santé publique.

*« La question c'est : contribuer ou non à la santé publique? Donc c'est pour l'utiliser [le bilan de santé] plutôt comme quelque chose d'individuel même si ça contribue à la santé publique après ».*

*« Moi je pense que c'est un item trop large qui recouvre trop de choses. Parce qu'autour d'un bilan de santé, on fait un bilan vaccinal aussi, qui est parfois utile au public ».*

Cependant, certains participants insistent sur le fait qu'un bilan de santé individuel peut être considéré comme un acte de santé publique pour trois raisons.

La première tient au caractère universel de l'offre du bilan de santé, de l'approche éducative et de la vaccination.

La seconde est que le bilan de santé a un rôle diagnostique pour des problématiques ou des facteurs de risques à l'échelle d'une communauté ou de l'entourage proche (maladies transmissibles, risques environnementaux, risques psychosociaux, etc.)

La troisième tient à la collecte d'indicateurs de santé et de développement à l'échelle d'une population.

1) **Le caractère universel de l'offre du bilan de santé**, en ce compris l'offre de vaccination, permet de toucher une population qui ne serait pas suivie médicalement par ailleurs ou qui serait fragilisée. Les services de santé scolaire présentent comme spécificité, dans le paysage de la médecine préventive, d'examiner tous les enfants en Communauté française, à des tranches d'âge différentes. Les bilans de santé peuvent aussi fournir des occasions d'apprentissage. Le médecin se retrouve en dialogue direct avec l'élève ou l'étudiant.

2) **Le rôle diagnostique du bilan de santé** permet de découvrir certains phénomènes qui pourraient concerner aussi d'autres enfants. Il s'agit par exemple du dépistage et de la prophylaxie des maladies transmissibles, des risques encourus collectivement en raison de l'environnement et de l'influence de la psychosociologie des groupes : stress lié au rythme scolaire, tentatives de suicide, jeux de fous, assuétudes... De ce fait, il contribue à orienter le regard du médecin scolaire en vue de détecter des problèmes qui pourraient relever de la santé publique. Par ailleurs, certains apprentissages individuels auraient des répercussions indéniables à l'échelle de la population, grâce à l'acquisition de comportements plus responsables en santé (par exemple : un jeune qui reçoit une information sur les moyens de se protéger dans sa sexualité).

3) Enfin, **les collectes et l'exploitation des données globalisées** qui ressortent de bilans de santé menés auprès d'un groupe de population déterminé contribuent à rendre le bilan de santé utile à la santé publique. Les données recueillies lors

des bilans de santé pourraient permettre d'orienter les politiques de santé publique, notamment en ce qui concerne la vaccination et la promotion de la santé.

Vu sous cet angle, le bilan de santé est donc un préalable nécessaire à l'analyse de données de manière plus globale. Cependant ce dernier point présente plusieurs problèmes. Mis à part ceux inhérents au recueil de données proprement dit (qualité et harmonisation des données collectées), il n'y a pas unanimité quant à l'usage des données. S'agit-il d'un usage local pour le service PSE ou le centre PMS cf ? Dans ce cas, elles serviront à déterminer les axes de travail, pour le projet de service, notamment. S'agit-il d'un usage global ? Dans ce cas, elles serviront à déterminer des politiques de santé.

Si la réalisation des bilans de santé contribue à fournir des données aux politiques pour les aider à prendre des décisions, en contrepartie, les messages diffusés par les politiques renforcent l'action éducative et informative que les médecins scolaires peuvent mener soit lors des bilans de santé soit lors de séances d'animation. Dès lors le médecin scolaire, pour peu qu'il dispose d'une rétro-information adéquate de l'analyse des données récoltées, contribue à la santé publique notamment en informant et conscientisant les enfants et les jeunes par rapport à certains thèmes, en écho à des campagnes grand public.

*« Le fait que l'on voie tous les enfants en Communauté française, fait de nous un service particulier. Il n'y a que nous, personne d'autre. Même l'ONE n'a pas ça, le médecin traitant non plus. On entend bien le problème de fonctionnement du recueil, mais ça n'empêche qu'au-delà de ça, on doit pouvoir tirer quelque*

*chose du fait que nous sommes les seuls en PSE et CPMS à voir les enfants à des tranches d'âge particulières dans ces bilans de santé, cela a fatalement un impact en santé publique. Maintenant, j'entends bien que le recueil, ce n'est pas parfait, mais ça c'est l'opérationnalisation. »*

### **Le parti pris pour l'acte médical et pour le suivi individuel au cas par cas.**

#### *Prévention médicalisée*

L'analyse des ateliers souligne des différences d'investissement des médecins scolaires dans les interventions de santé publique. Chaque participant à la première séance de l'atelier 3 a été amené à se prononcer sur la contribution d'une dizaine de missions à la santé publique en les positionnant sur une échelle allant de « pas du tout utile » à « indispensable ». Les médecins scolaires considèrent que les actions préventives reposant sur un acte médical contribuent le plus à la santé publique. Parmi l'ensemble des missions PSE, les vaccinations, la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles se situent en tête du classement. Nous sommes donc bien face à des prestations de prévention des maladies infectieuses. Le bilan de santé et l'utilisation des données qui en sont issues arrivent ensuite.

L'utilité de la déclaration obligatoire des maladies transmissibles doit être appréhendée à plusieurs niveaux. Il faut distinguer :

- Les tâches d'urgence sanitaire de type infectieux (ex. méningococcémies) pour lesquelles la déclaration déclenche des mesures immédiates à l'échelle de la collectivité scolaire (prophylaxie, vaccinations, etc.)

- Les tâches de veille sanitaire pour lesquelles c'est l'accumulation des déclarations qui déclenche éventuellement des mesures plus tardives pour la collectivité scolaire, par ex. :
  - la mise en évidence d'une épidémie à bas bruit : portage streptococcique, gastro-entérite, hépatite A;
  - la mise en évidence de l'apparition de résistances aux traitements : pédiculose, gale, teignes;
  - la mise en évidence du changement d'âge d'apparition d'une maladie et la nécessité de recourir à une vaccination de rappel;
  - l'émergence de pathologies infectieuses.

La notion de maladies non transmissibles n'a pas été comprise directement par tous les médecins. Quelques-uns y associent pourtant spontanément des pathologies comme le diabète, l'obésité et d'autres pathologies en lien avec la santé mentale; ils considèrent que tout ce qui tend à diminuer la prévalence d'une pathologie est de l'ordre de la santé publique. Mais d'autres ne voient pas le lien avec la santé publique. Pour ces derniers, ces maladies non transmissibles sont de l'ordre de la gestion individuelle et leur prise en charge ne semble pas avoir d'impact à l'échelle de la population. L'analyse du discours des médecins scolaires montre également que certains médecins ont du mal à rentrer dans la dynamique de promotion de la santé, c'est-à-dire de sortir du cadre strict du bilan de santé pour s'investir dans des actions collectives de promotion de la santé. D'autres encore avancent que le médecin scolaire n'est pas prioritairement en charge de la promotion de la santé. Il doit garder sa spécificité de médecin, avec les missions qui lui seraient propres comme la vaccination ou l'examen médical.

Ainsi les missions par lesquelles le médecin ressent n'avoir que peu d'influence sur la santé publique sont en queue de classement : contribution à des projets qui visent l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie à l'école, orientation des actions en fonction des priorités définies par le politique (fédéral, communautaire ou local), participation aux points-santé, diminution de la prévalence des maladies non transmissibles. Aux yeux de certains, l'investissement que le médecin scolaire devrait consentir dans la réalisation de ces tâches semble trop important en regard des bénéfices qu'il peut escompter.

Notons la position particulièrement basse des projets de promotion de la santé (7<sup>e</sup> position), pour lesquels le médecin scolaire ne se sent pas plus concerné que d'autres acteurs de terrain, présentés comme plus disponibles et plus pertinents pour mener ce genre de projet. Ces projets ne sont pas perçus comme indispensables en santé publique, mais simplement utiles. Le médecin a un rôle à jouer par rapport à la promotion de la santé, mais dans l'éventualité où aucun projet de promotion de la santé ne serait mené dans les écoles, selon certains, la santé publique ne serait pas mise à mal pour autant. En effet, d'autres acteurs seraient susceptibles de prendre en charge la promotion de la santé.

Cependant, certains médecins scolaires reconnaissent que la promotion de la santé fait partie des actions qui influencent la santé publique.

### **Gestion des situations d'urgence**

**La gestion des situations d'urgence semble être une composante essentielle de l'identité professionnelle des médecins scolaires. La législation charge le médecin scolaire de gérer deux types de situations d'urgence :**

- La gestion des situations d'urgence de type méningite

La gestion des situations d'urgence telles que la méningite est majoritairement perçue comme indispensable.

*« La 3<sup>e</sup> situation indispensable pour nous, c'est de répondre aux situations d'urgence : accident ou méningite parce que on est quand même les seuls à pouvoir prescrire les traitements prophylactiques. »*

- La gestion des situations d'urgence de type maltraitance

Tout comme ses confrères, le médecin scolaire se base sur et respecte la « Charte des droit de l'enfance » qui confère à celui-ci une protection particulière.

Certains médecins souhaitent apporter une plus-value dans la gestion des situations d'urgence de type maltraitance, notamment dans la prise en charge de la situation et dans l'échange d'informations avec l'infirmière et l'assistante sociale. Les situations d'urgences sont ainsi traitées en pluridisciplinarité. Le médecin scolaire apporte aussi une plus-value dans les contacts établis avec le médecin traitant, le service juridique, SOS enfants, le psychologue et le médecin légiste. Le médecin scolaire a une place à prendre vis-à-vis de la justice dans les constats médicaux à propos de l'enfant et dans la coordination qui s'installe autour du cas de maltraitance.

En résumé, le rôle défini par le médecin scolaire dans le cas de situations d'urgence est, outre de les identifier, de les diagnostiquer et de prendre les mesures adéquates (par exemple en cas de méningite). Il a donc ici une fonction d'expertise, de constat médical, mais aussi de relais (prévenir le médecin de garde) tout en assumant la responsabilité du suivi médical même s'il est relayé par un tiers. Ainsi, dans la manière d'appréhender les situations d'urgence en médecine scolaire, nous retrouvons là encore l'empreinte du souci d'efficacité et de suivi privilégié du patient, propres à la pratique de la médecine générale.

### **2.2.2. LA RECONNAISSANCE JURIDIQUE ET MORALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ**

La santé publique et la promotion de la santé ne jouissent pas d'une reconnaissance morale et juridique suffisamment affirmée.

#### **Déficit de reconnaissance juridique des missions de santé publique et promotion de la santé**

La plupart des médecins scolaires n'ont pas une définition commune de ce que recouvrent la santé publique et la promotion de la santé ainsi que des actions qui peuvent en découler. Cela est renforcé par le fait qu'il n'existe pas de définition de la santé publique unanimement diffusée à laquelle se rattacher. Les perceptions et les conceptions des médecins sont différentes. En effet, les mandats et les missions de santé publique et de promotion

de la santé ne semblent pas clairement définis. Ainsi, l'absence d'une clarification des tâches spécifiques aux missions du décret PSE contribue à entretenir ce flou.

Par ailleurs, le cadre légal lié aux durées de prestations des médecins et à la répartition des temps à consacrer aux différentes missions valorise moins les tâches de promotion de la santé et de santé publique : l'article 5 de l'Arrêté relatif aux modalités des bilans de santé, à leurs fréquences et contenus, stipule clairement : « *la durée minimum des prestations affectées au suivi médical des élèves est de 70%. La durée minimum des prestations affectées à la mise en place de programmes de promotion à la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé est de 20%* ».

En outre, les décrets prévoient des minimas de prestations assez bas pour les médecins scolaires (40 heures par mois pour un seul médecin par service et un minimum de 20 heures par mois pour tous les autres médecins). De plus, le statut de très nombreux médecins scolaires (souvent indépendants, payés à l'heure ou à l'acte), rend difficile leur investissement dans les pratiques de santé publique et de promotion de la santé. Par manque de temps, le médecin en vient à déléguer l'organisation de la promotion de la santé aux infirmières, par exemple.

Ainsi, on a demandé aux participants à la deuxième session de l'atelier 3 de classer les missions par rapport à leur faisabilité sur une échelle allant de « pas du tout faisable » à « très faisable ». Il s'agissait ici d'évaluer si chaque mission demandait peu ou beaucoup de conditions pour être réalisée, notamment en termes de moyens, d'outils ou de compé-

tences. Les tâches relatives aux missions décrétales, sur lesquelles le médecin scolaire passe le plus de temps de travail, sont présentées comme étant les plus faisables. On peut expliquer cela par le fait que le médecin scolaire bénéficie en général de moyens plus adaptés pour réaliser les bilans de santé et les vaccinations, étant donné que ces deux points représentent les principaux services rendus aux élèves, en termes de temps de travail et de couverture de la population scolaire.

### **Déficit de reconnaissance morale du médecin scolaire comme acteur de santé publique**

Le médecin scolaire ne se sent pas reconnu comme un acteur de santé publique qui détient des informations utiles à la description de l'état de santé de la population scolaire et à la détermination des politiques permettant de l'améliorer. Comme l'exprime une participante : « *Je trouve qu'on n'a pas beaucoup de reconnaissance, du ministère, de notre ministre... C'est pour ça que j'ai mis qu'à tous les niveaux, les gens ont besoin de reconnaissance de leur travail et que quelqu'un dise que cette médecine-là est incontournable* ».

Ce propos très explicite ne se circonscrit pas uniquement à la sphère ministérielle. Au contraire, on le retrouve très présent dans les différentes interactions sociales mobilisées par la médecine scolaire (parents, enseignants, pouvoirs organisateurs...).

Ainsi, des médecins mettent en avant qu'ils se vivent et vivent les services PSE comme ayant une image souvent dévalorisée par les élèves et leur famille, limitée à une fonction de contrôle pas toujours bienveillante.

« Les parents ont connu une époque où la médecine scolaire, c'était quand même du contrôle. Et inversement, parfois dans l'idée des gens : de toute façon la médecine scolaire ça ne vaut rien ; il est de toute façon bien suivi par son pédiatre ; son médecin traitant, il nous suit bien. ».

Ils ne se sentent pas suffisamment reconnus par leurs confrères généralistes, ou spécialistes parfois, qui les considèrent comme des rivaux pas toujours compétents. Ainsi, l'image qu'on a d'eux, leur semble bien éloignée de cette volonté dont ils témoignent beaucoup, tout au long des ateliers, de se placer dans un rôle de prévention et d'accompagnement des élèves dans leur environnement scolaire.

La relation enseignant/médecin scolaire doit aussi être retravaillée, c'est-à-dire faire comprendre aux enseignants l'importance du bilan de santé :

« Quand on parle de santé, je trouve que les gens (les enseignants) réduisent la santé à la santé physique, la médecine scolaire a évolué mais pas spécialement dans le chef des enseignants... ».

Le manque de reconnaissance que portent les écoles aux médecins scolaires ne facilite pas leur travail, notamment dans le domaine de la santé publique. En effet, les acteurs PSE sont tributaires de la bonne volonté des acteurs scolaires pour faciliter leurs interventions telles que prévues par les décrets de Promotion de la Santé à l'École. Si ces acteurs n'adhèrent pas au sens des actions proposées, cela peut avoir pour effet de rendre impossible leur organisation, avec un impact sur la santé publique.

Alors que le cadre de la promotion de la santé à l'école a fortement évolué, de nombreux acteurs de la communauté éducative continuent à véhiculer des représentations quelque peu obsolètes.

Comme le résume un participant : « La médecine scolaire, qu'est-ce que c'est (pour les parents)? C'est la visite médicale et point c'est tout ». Un autre participant va un pas plus loin en déclarant : « Le rôle que le médecin peut avoir en tant qu'acteur de la santé n'est pas vraiment bien connu ni par les enseignants, ni par les parents ni par les médecins qui méprisent un petit peu le boulot que l'on fait en médecine scolaire ».

Or, pour l'ensemble des participants aux ateliers, il ne fait aucun doute que la médecine scolaire est une composante importante de la santé publique puisqu'elle traite du bien-être de chaque enfant.

### 2.2.3. LA RECONNAISSANCE INTERPERSONNELLE DE PROXIMITÉ PAR RAPPORT AUX ÉLÈVES ET AUX PARENTS

Bien que les parents se voient reprocher une absence de perception du travail de santé publique réalisé par le médecin scolaire, la qualité de la relation avec les parents est un aspect souvent mis en avant par le médecin scolaire comme étant valorisant. La position « externe et en dehors des autres intervenants de la santé » exerce alors un impact favorable sur l'image du médecin scolaire. C'est bien une posture classique de colloque singulier médecin-patient qui est ici en cause. Les parents ont parfois plus de facilités à exprimer les sentiments face à une personne détachée comme le médecin scolaire. En outre, la qualité du contact établi permet de modifier l'image du médecin scolaire, souvent perçu comme « un fonctionnaire de la santé ». Son image peut ainsi évoluer vers une image plus positive de partenaire à part entière dans l'évolution de la santé de l'enfant.

Par contre, les participants aux États Généraux ont beaucoup plus rarement évoqué des situations de reconnaissance interpersonnelle dans leurs relations aux PO, aux enseignants, à leurs équipes et aux partenaires. On constate toutefois chez certains un souhait d'être plus souvent « sur le terrain », dans les écoles, en communication avec les partenaires. Ce souhait pourrait être interprété comme un souci d'assurer aussi cette reconnaissance interpersonnelle auprès de ces acteurs.

*« Je n'aime pas tellement quand vous dites ça parce que c'est comme si je me sens dépossédé d'un travail. Par exemple quand je vais trouver un directeur, j'ai quand même un contact privilégié ».*

## CONCLUSIONS

Les propos échangés lors des ateliers des États Généraux laissent penser que, bien que les médecins scolaires revendiquent des spécificités professionnelles, ils n'arrivent pas à se départir des pratiques liées aux compétences acquises dans leurs études de médecine. Par exemple, on relève dans le discours une difficulté à établir une portée de santé publique aux actes individuels qu'ils présentent. Nombre de médecins scolaires établissent une gradation dans l'ordre d'importance des missions qu'ils présentent, ainsi que dans le temps qu'ils leur accordent. Les priorités s'orientent autour du bilan médical, du suivi de l'enfant, du diagnostic, de la vaccination et de l'intervention dans les situations d'urgence. Ces priorités relèvent manifestement de pratiques liées à leurs compétences médicales. Par contre, nombre de médecins scolaires éprouvent des difficultés à rentrer dans la dynamique de projets collectifs ou de promotion de santé; certains n'ont pas encore « apprivoisé » la santé communautaire.

Les propos échangés lors des ateliers des États Généraux laissent penser également que le manque d'attractivité de la fonction de médecin scolaire est imputable au fait que l'on y pratique moins de gestes thérapeutiques, gestes appris au cours des longues études de médecine; le manque d'attractivité est aussi imputable au manque de reconnaissance juridique et morale de la santé publique et de la promotion de la santé. Sans négliger évidemment le caractère peu attractif des rémunérations offertes.

Le fait que les pratiques professionnelles des médecins scolaires restent trop souvent focalisées sur la relation individuelle d'une part et le manque de reconnaissance juridique et morale des missions de santé publique d'autre part ne contribue pas à une reconnaissance interpersonnelle de proximité par leurs divers partenaires.

Toutefois, le médecin scolaire est très conscient d'engager sa propre responsabilité médicale personnelle dans ses pratiques professionnelles; or, il dépend de ses partenaires pour mener à bien un certain nombre de prestations et il peut estimer que sa responsabilité est en cause. Une spécificité de l'identité professionnelle des médecins scolaires réside par conséquent dans le travail en équipe et dans le partenariat avec les éventuels partages de responsabilités, les délégations, etc.

De nombreux éléments contextuels sont perçus comme des entraves à la qualité d'un travail en équipe et à l'efficacité des relations partenariales; ceci expliquerait que dans certains cas, on assiste à un renforcement d'une demande des médecins scolaires à voir reconnaître leur autorité au sein de l'équipe ou à légitimer leur autorité au sein du

partenariat. Ce type d'attitude est particulièrement mis en lumière par l'importance accordée aux questions de légitimité lors de discussions sur le positionnement central des médecins scolaires dans l'équipe, dans le service ou dans le centre.

Ainsi, pour expliquer leur rôle au sein de l'équipe, les médecins participants aux ateliers ont invoqué, à maintes reprises, une volonté d'implémenter davantage de qualité dans la réalisation des missions du service, insistant sur l'utilité publique, le bien-fondé de l'outil PSE comme vecteur de santé publique.

Il est vrai que les médecins scolaires doivent trouver leur juste place. Dans le cadre de ce processus identitaire en construction, il semble dès lors pertinent d'analyser, dans les chapitres suivants, les facteurs structurels et organisationnels qui influencent les discours et pratiques des médecins scolaires et qui cristallisent leurs revendications et recommandations, notamment en termes de professionnalisation et de revalorisation salariale. Ce même processus identitaire en construction se déclinera également dans le chapitre 4 grâce à des éclairages particulièrement exemplatifs.

# FACTEURS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS QUI INFLUENCENT LES REPRÉSENTATIONS DE LA PROFESSION ET LES PRATIQUES DES MÉDECINS SCOLAIRES



## INTRODUCTION

Les processus identitaires illustrés dans le chapitre précédent s'inscrivent dans un contexte constitué d'un côté, par le cadre institutionnel et administratif, et de l'autre, par les spécificités organisationnelles des services et centres dans lesquels les médecins déploient leurs activités. Ces paramètres exercent une influence sur la marge de manœuvre des médecins scolaires et influencent leurs pratiques. Leurs représentations des intérêts et valeurs en jeu dans le champ de la santé scolaire, leurs processus identitaires, se trouveront modelés par le positionnement que les médecins seront amenés à prendre au quotidien.

Ainsi lorsque l'on demande aux médecins d'indiquer dans quelle mesure ils s'estiment indispensables pour un certain nombre de tâches à réaliser dans un service PSE ou centre PMS Cf, le classement

des tâches dans l'une ou l'autre catégorie (je pense être indispensable/je peux apporter une plus-value/je ne suis pas vraiment utile) varie de façon significative en fonction des éléments suivants :

- l'implication personnelle du médecin;
- le temps de travail (temps partiel, temps plein);
- le statut du médecin (salarié payé à l'heure ou à l'acte ou indépendant);
- l'implication que le pouvoir organisateur laisse prendre au médecin, la place qu'il occupe dans l'équipe;
- le nombre d'enfants sous tutelle pour un seul médecin;
- le manque de personnel et le manque de médecins en place.

Parmi l'ensemble de ces éléments de contexte, les médecins ont accordé une place particulièrement importante aux différents statuts et modes de rémunération des médecins scolaires. Ils ont analysé les voies par lesquelles ces différences de statut entraînaient une différence de qualité et d'équité dans les services rendus à la population. Nombre d'entre eux revendiquent donc une professionnalisation de la fonction de médecin scolaire qui s'accompagne d'une uniformisation des politiques des réseaux, d'une valorisation salariale, d'une augmentation du nombre de salariés et de temps pleins. Quel que soit le statut octroyé par le pouvoir organisateur au médecin scolaire, la charge de travail dépend étroitement du nombre d'heures qu'il convient de prester en fonction du nombre d'élèves sous tutelle.

*« À partir de tout ce qui est dit dans ces différents centres, différents fonctionnements, différents PO, je trouve qu'on devrait quand même arriver à professionnaliser largement plus la fonction de médecin scolaire et uniformiser dans tous les réseaux ».*

Au-delà de ce message adressé aux décideurs, en prenant pour base la variété des expériences et des organisations représentées lors de ces échanges, les médecins ont aussi longuement réfléchi sur un modèle souhaitable d'organisation hiérarchique, sur les compétences à développer et le type de formation qui pourrait venir en support à celles-ci, afin d'obtenir un gain de qualité dans les services rendus par les structures de promotion de la santé à l'école.

Enfin, il est essentiel de signaler que malgré un contexte particulièrement contraignant, de nombreux médecins n'attendent pas et pratiquent des « arrangements » : envers et contre tout, ils tentent de s'accommoder des contraintes pour se rapprocher vaille que vaille d'une pratique qu'ils jugent souhaitable.

*« Je bouillonne et je suis triste à la fois de la tournure que prend chaque discussion entre médecins scolaires où on dresse toujours un tableau négatif et de la profession et de l'attitude des écoles et de l'attitude des enseignants. Je suis peut-être trop jeune dans la profession, je ne sais pas, trop naïve, trop enthousiaste, je n'en sais rien, mais je pense qu'il y a des écoles qui ne vont pas, il y a des écoles qui vont, il y a des choses qui marchent et il y a des choses qui ne marchent pas. On fait ce qu'on peut ! »*

### 3.1. L'INFLUENCE DU STATUT

Certains médecins opèrent en tant que vacataires payés à l'heure, d'autres sont payés à l'acte, d'autres encore sont contractuels ou statutaires. Cette hétérogénéité des statuts entraîne évidemment des inégalités dans le temps disponible pour participer aux différentes missions confiées à la Promotion de la Santé à l'École et des différences salariales parfois importantes.

En effet, pour les médecins, la rémunération fait partie des conditions de faisabilité. Ils considèrent la rémunération comme un incitant nécessaire, au même titre que le temps disponible est une condition fondamentale de faisabilité.

Les différences de statut s'expriment surtout dans le temps que le médecin peut consacrer à ses prestations de santé scolaire, puis dans sa disponibilité et sa flexibilité horaire. L'impact de ces paramètres se fait surtout sentir dans les missions qui relèvent

de la santé publique et de la promotion de la santé. Ainsi à de nombreuses reprises, les médecins ont insisté sur le fait que le passage d'un suivi individuel à la prise en charge collective, ayant un impact sur la santé publique, nécessitait la mobilisation de moyens supplémentaires.

L'impact de ce peu de disponibilité se fait également ressentir sur le fonctionnement en équipe et les dynamiques de partenariat avec des organismes ou services extérieurs.

### 3.1.1. LES DIFFÉRENCES DE STATUTS INFLUENCENT LA RÉPARTITION DES TÂCHES AU SEIN DES ÉQUIPES.

La proportion de temps de travail que le médecin consacre à la médecine scolaire semble avoir un impact, même limité, sur son investissement dans de multiples missions, en ce compris la promotion de la santé à l'école et les contacts avec les acteurs scolaires. Il faut pouvoir caser toutes les missions dans un horaire souvent part-time. Les médecins déplorent le manque de temps de travail rémunéré pour remplir efficacement toutes les missions PSE. Ils relèvent en particulier le manque de temps pour la gestion des projets de santé dans les écoles.

*« Le projet santé, ça demande plus de temps au médecin, beaucoup plus de temps parce qu'il y a toutes les tâches, envoyer les documents, taper; il devrait rester minimum temps plein. Avant c'était un médecin généraliste qui faisait 5 heures par semaine, maintenant, ce n'est pas possible [de pratiquer les deux jobs en même temps]. »*

Ainsi, un médecin dont la (quasi-)totalité des prestations concerne de la médecine scolaire est perçu comme plus à même de développer des actions de santé publique. Cependant, beaucoup sont

aussi médecins généralistes. Les médecins scolaires vacataires peuvent proposer des actions (par exemple pour rencontrer certaines priorités du programme quinquennal de promotion de la santé), mais ils n'ont pas le temps de les mettre en place. Sans compter que certains indépendants ne disposent pas de suffisamment d'heures pour réaliser leurs missions et qu'ils sont amenés à travailler bénévolement. Par ailleurs, ils doivent aussi adapter leurs horaires aux contraintes liées au transport scolaire.

*« Moi je dois combiner l'activité de médecin généraliste et de médecin scolaire, là aussi ce n'est pas évident et je suis en plus dans une commune rurale, le moindre petit problème je dois faire 60, 70, 80 kilomètres aller-retour, c'est très difficile à gérer. Et je pense que chacun est un cas d'espèce et que c'est très difficile de dégager, en dehors effectivement de l'activité de base, des consensus sur ce qu'il faut faire et ne pas faire ».*

Certaines tâches, placées sous la responsabilité du médecin, sont de facto prises en charge par d'autres membres de l'équipe pour des raisons de disponibilité et de flexibilité. Le recueil de données, l'encodage médical sont pris en charge par l'infirmière, car le médecin ne dispose pas du temps de travail nécessaire pour effectuer ces tâches.

Dans un sous-groupe constitué de quatre indépendants et d'un salarié, les positions quant à la faisabilité d'une série de tâches sont différentes suivant le statut des médecins. Les indépendants déclarent manquer de temps pour gérer des situations d'urgence et pour la gestion administrative. En cas d'urgence, le médecin indépendant n'est pas immédiatement informé, les infirmières

gèrent la situation puis préviennent le médecin par mail ou par un contact téléphonique. Le rapport administratif est ensuite envoyé et signé par le médecin.

« *En fait on avait des positions différentes puisqu'on était 5 indépendants et 1 salarié. Donc c'est là-dessus que finalement, on a vu la différence puisque pour la gestion des urgences/ gestion administrative, les indépendants disent : nous, on n'est pas là, on vient ponctuellement tandis que les salariés disent : nous, on s'en occupe. »*

« *Rédaction du projet de service : là, pareil, pour nous c'était de l'administratif, nous on ne le fait pas en tant qu'indépendant, il n'y a pas d'argent pour nous payer pour faire ça. »*

Une part des médecins souhaitent également apporter une plus-value dans la rédaction du projet de service, mais n'en voient pas la possibilité à cause de leur statut d'indépendant.

### 3.1.2. LE MANQUE DE TEMPS ENTRAÎNE LES PROCESSUS DE CONCERTATION ET DE COMMUNICATION

Les médecins ont une conscience aiguë de l'impact de ce manque de temps sur les opportunités de dialogue soit avec les organisations et services partenaires soit avec les parents et les élèves. Bon nombre d'entre eux souhaiteraient passer du temps à créer des liens interpersonnels : rencontrer les partenaires, faire mieux connaissance, mettre des visages sur des noms et ensuite prendre le temps d'entretenir ces contacts : « *Passer du temps sur le terrain, à rencontrer les gens d'une façon ou d'une autre (élèves, enseignants, par exemple)* ».

Ainsi le médecin scolaire doit avoir les moyens de manifester une certaine constance (et jouir d'une certaine stabilité), en termes de disponibilité sur le terrain et d'investissement dans la santé globale des enfants non seulement pour nouer des partenariats, mais également pour les entretenir. En effet, ce dernier point est une condition incontournable pour être identifié comme interlocuteur privilégié par les partenaires potentiels et effectifs.

C'est pourquoi, le temps est présenté comme une condition nécessaire pour pouvoir avoir un impact sur la santé des enfants et, par ricochet, sur la santé publique. Ainsi lors du bilan de santé, il semble profitable de pouvoir prendre quelques minutes pour discuter avec l'enfant, répondre à ses questions et lui apporter un complément d'information.

« *En même temps, c'est la seule fois où on s'adresse à l'enfant tout seul. Quand vous allez chez un médecin avec les parents, la plupart du temps le médecin s'adresse aux parents. C'est vrai que parfois, ce n'est que 10 minutes mais 10 minutes à l'enfant. Je ne sais pas si ça lui arrive très souvent. C'est très important. »*

« *Moi je considère parfois notre place un peu comme une petite étincelle : on peut parfois allumer une flamme qui peut continuer à brûler ou alors peut-être que pour la majorité, il n'y aura peut-être rien qui se passe, mais peut-être que chez certains, il y aura quand même un effet déclencheur. Même si on n'a pas le temps qu'on aimerait bien avoir avec l'enfant, il y a quand même moyen de faire passer certains messages, sinon on ne ferait pas ce métier quand même. »*

Être disponible pour les relations partenariales suppose non seulement de réorganiser les services pour que le médecin dispose de plus de temps, mais aussi que le médecin soit souple dans ses

horaires et créatif pour adapter son temps aux nécessités du partenariat. Il convient aussi de faire le maximum pour « *aller vers les gens, il faut vraiment "se vendre" mais on n'a pas toujours le temps le soir d'aller à une réunion des parents* ».

Le statut du médecin scolaire influe aussi sur la marge de manœuvre dont il dispose pour travailler en équipe.

### 3.1.3. LE MANQUE DE DISPONIBILITÉ INFLUENCE LA RECONNAISSANCE DU MÉDECIN COMME ACTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Le médecin scolaire ne se sent pas reconnu comme un acteur de santé publique qui détient des informations utiles à la définition de l'état de la santé publique et des politiques permettant de l'améliorer. Ce ressenti est fondé sur plusieurs indices qui font intervenir la gestion du temps de travail : les médecins scolaires sont sollicités pour participer à des réunions pendant leurs heures de travail, ce qui les empêche d'y participer vu leur manque de temps. En outre, le médecin scolaire se sent instrumentalisé pour la collecte de données : il procède à la collecte, mais il n'a pas l'occasion d'analyser les données et de les exploiter localement.

Par ailleurs, les missions grâce auxquelles le médecin pourrait avoir une influence sur la santé publique sont arrivées en queue de classement en termes de faisabilité. L'investissement que le médecin scolaire devrait consentir dans la réalisation de ces tâches semble trop important en regard des bénéfices qu'il peut en escompter. On remarque que le statut du médecin scolaire entre en ligne de compte dans l'estimation de la faisabilité

de ces missions. En effet, le médecin salarié, qui aurait plus de temps pour se consacrer à des missions de santé publique dépassant le simple cadre du bilan de santé, leur attribuerait une plus grande faisabilité.

« *Par contre ce qui peut être un peu étonnant, c'est que la contribution à des projets qui visent l'amélioration du bien-être et la qualité de vie à l'école finalement, c'est quand même considéré en position 5 sur le caractère de la faisabilité dans le chef du médecin scolaire.* »

« *Oui, mais c'est biaisé, parce que quand vous demandez "est-ce que c'est faisable?", inévitablement ils sont contaminés par la façon dont ils travaillent : si vous avez affaire à quelqu'un qui est salarié ou à quelqu'un qui est indépendant. L'indépendant ne va pas avoir le temps d'aller faire ça; pour celui qui est salarié, c'est inclus dans son temps. Pour moi, c'est biaisé.* »

C'est sans doute un mécanisme du même type (le rapport investissement/bénéfice) qui intervient quand, placés face à la nécessité de prioriser certaines missions par manque de moyens, les médecins prennent comme premier critère l'utilité des actions au regard de l'intérêt de l'enfant essentiellement.

En conclusion et malgré le manque de temps, il demeure intéressant que les médecins puissent infléchir les politiques de santé publique, notamment par une participation aux organes consultatifs et décisionnels. Les médecins scolaires estiment que l'APMS a un rôle indéniable de lobbying et de représentation à jouer auprès des politiques, notamment pour infléchir les choix de priorités.

### 3.1.4. LE STATUT INFLUENCE L'ACCÈS AUX FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Il semblerait que l'accès aux formations complémentaires soit plus aisé pour les salariés. Il existe des catalogues de formations qui sont proposés aux médecins et aux infirmières, mais ce sont des formations qui sont proposées sur une durée parfois trop longue. Cela pose des difficultés aux médecins qui passent à côté des formations parce qu'elles ne sont pas adaptées à leurs disponibilités.

Par ailleurs, le manque de souplesse des offres de formations complémentaires (souvent limitées à trois jours) ne donne pas de possibilité de choix aux médecins indépendants. Les médecins indépendants souhaitent une liberté dans le choix des formations complémentaires proposées.

D'autre part, il n'existe pas d'enveloppe budgétaire consacrée aux formations. Certains médecins indépendants ne sont pas payés pendant qu'ils participent aux formations.

Au bout du compte, ce sont principalement les infirmières qui suivent les formations en promotion de la santé. Dans certains cas, elles rédigent un compte rendu qui est communiqué au cours des réunions d'équipe.

### 3.2. L'INFLUENCE DES FACTEURS ORGANISATIONNELS

La plupart des éléments traités ci-dessous dépendent en fait des décisions du pouvoir organisateur qui a reçu l'agrément pour remplir les missions de Promotion de la Santé à l'École.

En effet « Pour l'accomplissement de ses missions, le service PSE reçoit une subvention globale calculée sur la base de divers forfaits par élève ou étudiant sous-tutelle. Cette subvention sert à couvrir l'ensemble des frais de personnel, d'équipement, de fonctionnement et de transport, et est utilisée en fonction des règles, normes et cadres de fonctionnement pratiqués par les pouvoirs organisateurs des services. L'analyse des comptes d'exploitation pour l'année 2008 des services PSE montre que ces subventions ne suffisent pas à faire face aux besoins. Le financement complémentaire des PO influence donc directement l'encadrement, le personnel, les conditions de travail et la qualité de celui-ci. » (Compte-rendu de la séance du 16 mars 2010 de la Commission de la Culture, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la presse, du Cinéma, de la Santé et de l'Égalité des chances du Parlement de la Communauté française).

Au-delà des différences de statut qui, pour une part, sont tributaires du pouvoir organisateur et dont l'influence a été illustrée ci-dessus, les médecins scolaires ont relevé une série de paramètres qui influencent la qualité du travail et dont la présence varie selon les pouvoirs organisateurs. Les moyens financiers, dont dispose chaque institution, sont très différents d'un service à l'autre. Les différences entre petits et gros services, les pouvoirs subsidants diversifiés et les différences de réseaux sont pointées du doigt.

### 3.2.1. L'ORGANISATION DU BILAN DE SANTÉ, EN CE COMPRIS LA VACCINATION

Visiblement, certains SPSE manquent de main d'œuvre, ce qui rend difficile une bonne réalisation des bilans de santé auprès de tous les élèves concernés. Fort heureusement, les médecins scolaires sont conscients de l'aide qu'ils peuvent trouver dans la collaboration avec l'infirmière.

*« Il n'y a pas assez de médecins et forcément par médecin, il y a trop [d'élèves sous tutelle] dans certaines régions ».*

*« Pas plus tard que jusqu'à l'année passée, on manquait de médecins scolaires.[...] Et de bus. »*

Pour que le bilan de santé puisse avoir un effet sur la santé publique, il faut que les médecins scolaires puissent examiner tous les enfants de manière satisfaisante. Cet aspect du travail du médecin scolaire permet de recueillir des données à globaliser. Ainsi, la juxtaposition de bilans de santé individuels devient une action de santé publique.

Le fait de disposer de personnel supplémentaire pour les tâches à caractère administratif (réalisation des cartes de vaccination, encodage des données du bilan de santé,...) permettrait au médecin de pouvoir consacrer encore plus de temps à chaque enfant. Or la mise à disposition de personnel administratif dépend des décisions du PO.

L'organisation des bilans de santé est établie de façon différente selon les réseaux et la ligne hiérarchique en place. Ainsi au sein des PMS de la Communauté française, le recueil des données, l'encodage des suivis et l'encodage du bilan annuel sont pris en charge par l'administration, sachant

que la plupart des médecins scolaires sont vacataires. Malgré tout, lors du bilan de santé, ils ne disposent pas d'un temps suffisant pour voir correctement chaque élève.

*« Dans certains centres, certains médecins se sont vu reprocher de prendre trop de temps et donc ils ont progressivement été mis de côté sans qu'ils ne puissent rien. Dans le centre PMS, on est payé par enfant donc si on a 24 enfants et qu'on doit les voir normalement en 3 heures, si on les voit en 4 heures, on est payé pour 3 heures. »*

Par ailleurs, dans les centres PMS Cf, les participants estiment que les vaccinations ont été ajoutées au travail existant, mais les moyens n'ont pas été augmentés, malgré une augmentation du personnel infirmier et administratif. Dans certains SPSE, la vaccination prend aussi beaucoup de temps et amène à une réorganisation de la répartition des tâches entre médecins. Ainsi, certains médecins sont cantonnés à la vaccination, tandis que d'autres font les bilans de santé.

Une difficulté survient lorsque les données vaccinales ne sont pas fournies ou ne sont pas correctes.

*« La collecte des données vaccinales, c'est pareil aussi mais nous on n'a pas toujours le temps donc quand on n'a pas de données vaccinales, on ne vaccine pas même si les parents ont demandé. On renvoie au médecin traitant et ils peuvent reprendre contact avec nous. »*

D'après certains participants aux États Généraux, quelques services auraient supprimé certaines vaccinations pour se consacrer aux projets de promotion de la santé.

### 3.2.2. LA MISE À DISPOSITION DE MOYENS POUR ASSURER LE PARTENARIAT

Il paraît essentiel que le partenariat soit inscrit, soutenu et organisé au sein de l'institution.

Or, les participants mentionnent que le soutien institutionnel est assez disparate. Les moyens mis en œuvre pour développer ces partenariats de terrain sont très inégaux d'un service PSE à l'autre. Les bilans de santé étant prioritaires, le médecin ne peut donc pas se consacrer à d'autres tâches telles que le partage d'informations au sein de l'équipe ou les contacts avec des partenaires.

La situation du médecin scolaire lui-même est très différente selon la latitude que lui laisse son pouvoir organisateur pour ces activités de partenariat et varie selon le nombre d'heures dont il dispose.

### 3.2.3. LA VALORISATION DE CERTAINES MISSIONS PAR RAPPORT AUX PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE (PCO, PQ)

Les programmes de promotion à la santé sont très bien intégrés par certains médecins qui valorisent et revendiquent cette mission. Au-delà de l'implication personnelle du médecin, on reconnaît que le PO exerce une influence en facilitant cette implication du médecin, voire en l'imposant.

*« On a cherché les tâches où il y avait une plus value du médecin et là aussi, on s'est dit que tout était fonction de l'implication personnelle du médecin dans le service mais aussi de l'implication du pouvoir organisateur envers le médecin. Il y a des pouvoirs organisateurs qui cantonnent plus les médecins dans certaines tâches et des pouvoirs organisateurs*

*qui exigent l'implication des médecins dans, par exemple, la promotion de la santé. Donc il y a l'implication permise par le PO et l'implication personnelle du médecin ».*

Les réalités institutionnelles sont différentes d'un réseau à l'autre. Comme cela a émergé ci-dessus, le fonctionnement de la structure PMS Cf semble s'organiser de façon différente de celle des services PSE. Certains médecins scolaires des centres PMS cf ne se sentent pas bien intégrés dans les équipes PMS. La plupart d'entre eux sont des médecins vacataires qui exercent cette fonction ponctuellement. Ils ont l'impression « d'être utilisés quand on a besoin d'eux ».

*« Je peux en parler parce que je fais les deux : on a l'impression qu'à la Communauté française, on est l'individu qu'on utilise au moment où l'on en a besoin. Si tu n'es pas disponible pour faire la visite d'école, on en prendra un autre tandis que dans les structures où on est stable, c'est vrai que là, on a l'occasion de s'investir un peu plus et de mieux connaître l'équipe et les écoles parce que d'année en année, on peut suivre l'évolution ».*

Sous-jacentes à ces différences d'organisation, on retrouve des différences de cultures et de références professionnelles.

### 3.3. LA NÉCESSITÉ DE MESURES STRUCTURELLES

Trop souvent, les discours recueillis lors de ces États généraux tirent leurs fondements « d'arrangements », c'est-à-dire d'une rationalisation des pratiques qui est acceptable par les médecins, d'une

part, en fonction des éléments qui fondent leur processus identitaire, d'autre part, en fonction des contraintes organisationnelles dans lesquelles ils doivent fonctionner.

On constate ainsi des « arrangements » entre le temps consacré et l'estimation de la faisabilité. Les tâches relatives aux missions décrétales sur lesquelles le médecin scolaire passe le plus de temps de travail sont présentées comme étant les plus faisables. On peut expliquer cela par le fait que le médecin scolaire bénéficie de moyens un peu plus importants pour réaliser le bilan de santé et les vaccinations, étant donné que ces deux points représentent les principaux services rendus aux élèves en termes de temps de travail et de couverture de la population scolaire.

Par ailleurs, dans le cas où les conditions ne seraient pas favorables à la réalisation de ces missions importantes, le médecin peut parfois mettre en place des stratégies au cas par cas pour rationaliser le temps à investir de manière à réaliser toutes les missions (stratégies de délégation ou de partenariat).

Une telle situation ne favorise ni l'équité, ni le respect des pratiques professionnelles scientifiquement fondées. Elle ne permet pas non plus que le système de santé scolaire évolue vers plus de santé publique et de promotion de la santé selon les attendus des décrets de 2001/2002.

Pour rencontrer les contraintes et blocages liés à la variété des statuts et des pouvoirs organisateurs, les participants ont évoqué à de multiples reprises la nécessité de mettre en place des conditions structurelles plus larges et plus cohérentes qui

renforcent l'équité des services rendus par la promotion de la santé à l'école tout en facilitant le travail en équipe, le partenariat, les interventions de santé publique. Par conditions structurelles, il faut entendre les textes légaux et textes de référence émanant des autorités de tutelle des services PSE, centres PMS et de leurs partenaires (écoles, SAJ, ONE, etc.) ainsi que des administrations respectivement concernées.

Trois catégories de revendication ont émergé en ce sens et l'APMS a été sollicité pour porter celles-ci.

### 3.3.1. UN CADRE LEGAL PLUS PRÉCIS POUR L'ENCADREMENT EN PERSONNEL

Il n'y a pas de quota de personnel quelle que soit la quantité d'établissements et d'enfants sous tutelle. « *Pour autant sous tutelle, vous avez droit à autant...dans le SPSE, il n'y a pas de cadre, donc il y a une énorme diversité et le travail en équipe en subit les conséquences* ». L'absence de cadre légal du personnel soumet la taille de l'équipe, et donc le quota d'enfants par médecin, au bon vouloir des pouvoirs organisateurs, comme le sont les ressources d'équipement et de fonctionnement. « *Le nombre des membres du personnel qui n'est pas fixé, donne des situations très différentes d'un endroit à l'autre avec des médecins seuls avec une infirmière pour assurer les bilans de santé de toute une population scolaire et d'autres endroits où le P.O donne plus de moyens avec une équipe qui peut diversifier ses activités.* »

Les participants souhaiteraient en outre que les partenariats et les moyens nécessaires pour les assumer soient inscrits dans les politiques de subvention des PSE. En effet, la disparité des moyens

financiers entre partenaires et les moyens financiers trop bas constituent un frein au travail en équipe. Ainsi nombreux sont ceux qui réclament de gros efforts d'harmonisation.

### 3.3.2. LA NÉCESSITÉ D'HARMONISER LES MATÉRIELS, LES PROCÉDURES, LES INFRASTRUCTURES

Les médecins scolaires revendiquent une standardisation de matériel en PSE avec une meilleure infrastructure, des locaux et un équipement informatique plus adaptés. Ainsi, si l'on souhaite développer les partenariats, il faudrait disposer de lieux qui permettent la rencontre et le travail commun, pour que les partenaires se sentent accueillis.

L'équipement informatique représente un des points les plus sensibles et urgents. En ce qui concerne l'analyse des données issues des bilans de santé, c'est au niveau de l'outil informatique que le bât blesse. Il est clair que l'informatisation des données en facilite l'analyse. Or, cela nécessite du matériel onéreux à l'achat et à l'entretien. Un meilleur équipement et une adéquation des logiciels permettraient à chaque service PSE ou centre PMS Cf dans un premier temps, d'agglomérer les données individuelles pour en tirer des informations sur l'ensemble de la population sous tutelle et dans un deuxième temps, de confronter l'analyse de ses propres données avec celles d'un plus grand groupe.

Les médecins sont en outre en demande d'une harmonisation des procédures, notamment de recueil de données et d'examen lors des bilans de santé, mais aussi pour les visites d'établissement.

Plusieurs avantages sont évoqués pour justifier cette harmonisation : gage d'un renforcement de la fonction de santé publique de la médecine scolaire, renforcement de la légitimité aux yeux de l'extérieur, sécurisation du médecin quant à la qualité de ses pratiques. Un constat est toutefois incontournable : les moyens diffèrent de façon assez dramatique d'un réseau à l'autre et à l'intérieur d'un même réseau, d'un pouvoir organisateur à l'autre. De ce fait, il n'est pas possible de travailler partout dans une optique de santé publique : chaque enfant bénéficiera d'action et d'intervention qui dépendent du pouvoir organisateur de son service PSE, créant de ce fait des disparités, voire des inégalités de santé.

Cette harmonisation de procédures entre services PSE et centres PMS de la Communauté française assurant les missions PSE devrait pouvoir dans certains cas s'étendre à d'autres partenaires incontournables de ces services et centres.

Certains médecins scolaires estiment que leur service PSE rencontre toutes les priorités prévues dans le PCO ou dans le programme quinquennal. Cependant, le saupoudrage des compétences en matière de santé à différents niveaux de pouvoir et le manque de cohérence entre ces différents niveaux de pouvoir rendent difficile la mise en œuvre de ces priorités. Il s'agit ici de mettre en place des procédures et modes de gestion qui diminuent les clivages entre services qui doivent collaborer ensemble au bénéfice d'un même public. Le cloisonnement et l'isolement des services entravent l'exercice d'une réelle co-responsabilité et la diffusion d'une culture commune, qui ferait mieux percevoir et accepter le rôle du médecin scolaire au travers du bilan de santé, du suivi de celui-ci et des missions de santé publique.

### 3.3.3. UNE MEILLEURE DIFFUSION DE L'INFORMATION OFFICIELLE

Sans attendre le résultat de ces efforts d'harmonisation, les participants encouragent une meilleure diffusion des informations officielles vers l'ensemble des institutions et services qui devraient collaborer au bénéfice des enfants et des jeunes en âge scolaire.

Les instances administratives devraient faire un effort de communication à deux niveaux : la clarté et la diffusion. En termes de clarté, il est nécessaire que les informations soient fournies sous une forme compréhensible par un maximum d'acteurs. En termes de diffusion, ces informations officielles pourraient être acheminées aux partenaires directs des SPSE et CPMS Cf, comme les centres PMS subventionnés (le cas échéant), les directions d'école, les services partenaires.

Ils appellent notamment à une meilleure communication des priorités de promotion de la santé (Programme quinquennal, Plan communautaire opérationnel); ils souhaiteraient aussi un effort de communication pour faire connaître aux uns et aux autres leurs missions réciproques.

Au-delà d'une meilleure information, ils souhaiteraient des formations qui permettraient de concrétiser ce que recouvrent ces différentes déclarations d'intentions telles que le Plan communautaire opérationnel ou le Programme quinquennal.

d'un service, d'une équipe, d'une antenne ou d'un centre PMS Communauté française. En effet, la variété des statuts des médecins, de l'organisation des équipes dans lesquelles ils exercent, des conditions auxquelles ils sont soumis par les pouvoirs organisateurs rendent indispensable la construction d'un langage commun autour des différentes fonctions assurées par les médecins dans le cadre du décret PSE.

Que recouvrent les termes de médecin responsable ou de médecin coordinateur ? Quelles tâches et quelles missions respectives assument-ils à l'interne et à l'externe du service ou du centre ? L'existence d'un médecin coordinateur facilite-t-elle la question de la responsabilité médicale ? La fonction de coordinateur implique-t-elle une expérience, un temps de travail minimal, des compétences spécifiques ? Quelles sont-elles ?

Ces clarifications devraient également apporter les bénéfices suivants.

1. Concrétiser la nécessité de fournir aux médecins de PSE (SPSE/CPMS Cf) du temps pour autre chose que les bilans de santé, afin d'offrir un service de meilleure qualité aux élèves, aux familles et aux écoles.
2. Montrer la plus-value pour un service de disposer d'un médecin coordinateur, que celui-ci soit coordinateur à temps plein ou à temps partiel.

### 3.4. UNE CASCADE DE FONCTIONS

Avant toute proposition de formation, de modification des organigrammes, d'harmonisation des normes d'encadrement, il a paru nécessaire de clarifier une série de termes utilisés pour désigner le périmètre des tâches des médecins à l'intérieur

À partir des échanges des États Généraux, quatre fonctions ont été distinguées :

- Médecin examinateur
- Médecin référent
- Médecin coordinateur
- Médecin directeur

La référence à ces fonctions permet de dépasser les différences dans l'organisation des lignes hiérarchiques en fonction des services. Le terme de « médecin responsable » a été abandonné dans cette version vu la confusion possible avec la notion de responsabilité médicale.

Dans la situation actuelle, certains médecins exercent une seule de ces fonctions, d'autres en cumulent plusieurs. Le cumul de certaines fonctions par une même personne dépend de l'organisation de la ligne hiérarchique propre au service, mais aussi des moyens mis à disposition par les PO, des phénomènes de leadership et des conceptions d'autorité, bref de la culture du service ou centre concerné.

Par ailleurs, chacune de ces fonctions peut comprendre des tâches qui sont déléguées à l'équipe soit implicitement soit explicitement.

De même certaines tâches peuvent faire partie de l'une ou l'autre fonction selon l'organisation hiérarchique globale de l'un ou l'autre service.

Le débat sur l'opportunité de distinguer une fonction de direction administrative par rapport à la fonction de médecin coordinateur a été animé. Les éléments suivants paraissent devoir être pris en compte pour la poursuite de cette réflexion.

- **Ce débat s'inscrit dans une tendance accentuée ces dernières années de confier la direction des services à des responsables administratifs non médicaux.**

Dans ce contexte, des difficultés sont vécues par les médecins, qui perdent leur influence sur le choix du matériel nécessaire aux examens médicaux, la qualité de l'organisation des bilans de santé, la gestion des ressources humaines (engagements, formation), l'hygiène des lieux d'accueil et d'examen des élèves, la détermina-

tion d'éventuelles priorités d'intervention, etc. Les participants à l'atelier manifestent donc une crainte que ce phénomène n'amène une perte globale de qualité des prestations du service PSE et n'augmente encore les difficultés de fonctionnement.

- **Plusieurs solutions ont été évoquées pour pallier ces limites. Chacune d'entre elles présente des avantages et des inconvénients.**

- Intégrer les fonctions administratives dans les fonctions de médecin coordinateur. Cette disposition présente toutefois l'inconvénient d'augmenter la charge de médecin coordinateur, alors que dans certains services, ce n'est qu'une charge à temps partiel. Par ailleurs, ce pourrait être difficilement conciliable avec l'exigence formulée ci-dessous : le médecin coordinateur devrait garder un ancrage comme médecin examinateur ou médecin référent. Enfin, cela imposerait que la formation envisagée pour les médecins coordinateurs soit enrichie en contenus de management et de gestion.
- Proposer une direction de services à deux têtes : une direction médicale et une direction administrative sur le même pied d'autorité; la crainte est cependant formulée que cela n'entraîne de nombreuses tensions et conflits.
- Prévoir résolument une seule direction confiée à un médecin, quitte à ce que celui-ci délègue, d'une part, la coordination médicale, d'autre part, la coordination administrative, lui-même gardant la supervision sur ces deux aspects. Cela conviendrait sans doute peu à de petits services qui ne pourraient supporter le poids d'une telle organisation.

- Enfin, il faut envisager la place et les possibilités d'une direction médicale dans les centres PMS cf aux côtés de la direction prise en charge par le psychologue.

Les médecins sont parvenus à un accord en distinguant la réalité institutionnelle d'une « petite structure » de la réalité institutionnelle d'une « grosse structure ». La grosse structure serait caractérisée par un nombre élevé d'élèves sous tutelle, un étalement géographique en plusieurs antennes et une nécessité de coordination plus importante de celles-ci. Des normes caractérisant de façon plus précise les composantes de ces structures devront être clarifiées ultérieurement.

En conclusion, les petites structures seraient caractérisées par trois fonctions (au lieu de quatre dans une « grosse structure »): fonction de médecin examinateur, fonction de médecin référent de l'école et fonction de médecin coordinateur.

La plupart des médecins scolaires pensent que l'exercice de la fonction de médecin coordinateur implique un statut de salarié.

Les centres PMS cf posent un cas particulier dans la mise en œuvre de ces fonctions. Deux éléments sont relevés comme relais de ces spécificités : la direction du centre est assurée par un psychologue; l'infirmière PSE est aussi infirmière PMS. L'existence éventuelle d'une direction médicale pourrait amener des conflits d'autorité.

### 3.4.1. FONCTION DE MÉDECIN EXAMINATEUR

Cette fonction est centrée sur la réalisation des bilans de santé et du suivi individuel des élèves. Le médecin examinateur est responsable des actes et avis médicaux posés dans le cadre de cette activité.

- Réaliser le bilan de santé et l'examen médical de l'enfant en équipe avec l'infirmière scolaire.
- Rédiger les conclusions de l'examen.
- Réaliser les vaccinations de rattrapage.
- Transmettre, si opportun, les informations du suivi médical au médecin référent à l'école.
- Répondre par courrier ou par téléphone à des demandes de clarification sur les conclusions du bilan de santé et le suivi médical des élèves examinés.
- Gérer le suivi des situations d'urgences observées lors du bilan de santé (seulement si la situation d'urgence présente un problème immédiat).
- Superviser les actes infirmiers « confiés », c'est-à-dire « qui ne peuvent être accomplis que sur les directives données verbalement par le médecin », veiller au bon déroulement des tests sensoriels et urinaires pratiqués durant l'examen médical et gérer les résultats positifs.

### 3.4.2. FONCTION DE MÉDECIN RÉFÉRENT DE L'ÉCOLE

Cette fonction est centrée sur le suivi médical d'une communauté scolaire, qui comprend tant le suivi des élèves de cette communauté (fonction d'examineur ci-dessus) que la prise d'ini-

tiatives pour le développement de programme de promotion de la santé et d'un environnement favorable à la santé dans l'école concernée.

- Assurer les tâches de médecin examinateur pour une partie importante des enfants de l'école à laquelle il est attaché.
- Assurer le suivi médical de l'enfant qu'il n'a pas examiné lui-même mais qui appartient à l'école dont il est le référent.
- Traiter les situations d'urgence en pluridisciplinarité : contact avec le psychologue, le médecin légiste, le médecin traitant, SOS enfants et les services judiciaires.
- Gérer la prophylaxie des maladies transmissibles.
- Participer à l'analyse de situation de la population et des établissements sous tutelle, qui contribue à fonder le projet de service.
- Apporter son soutien à la formation du personnel dans les écoles par rapport aux situations d'urgence.
- Contribuer à la mise en place du projet de santé dans l'école, s'impliquer dans la promotion de la santé à l'école.
- Participer aux réunions multidisciplinaires autour de l'école.
- Réaliser la visite d'école, assurer le contact avec la direction de l'école et l'inspecteur d'hygiène.
- Planifier les examens spécifiques (antérieurement appelés examens sélectifs).

### 3.4.3. FONCTION DE MÉDECIN COORDINATEUR

Afin de garantir l'assurance de la qualité des services rendus par le PSE aux élèves, aux familles et aux écoles, deux éléments principaux caractérisent la fonction de coordination :

1. la fonction de gestion des équipes (des médecins, des infirmiers, et du personnel administratif);
2. le rôle de référent médical à la demande pour l'ensemble des équipes.

Les éléments descriptifs de cette fonction ne pourront être effectifs que si un nombre minimal d'heures (à fixer en fonction de la structure du service ou du nombre d'élèves sous tutelle) est dédié aux tâches ci-dessous, en sus d'un ancrage essentiel de l'activité du coordinateur dans la fonction de médecin référent d'une école.

Le médecin examinateur et/ou médecin référent à une école est responsable de sa propre activité médicale, le médecin coordinateur n'assurant pas la responsabilité des actes du médecin examinateur et/ou du médecin référent à une école.

#### A. Pour tous les médecins coordinateurs, les tâches incontournables

- Assurer en partie les tâches du médecin référent à l'école, selon les exigences du service.
- Veiller à faire circuler les informations auprès de tous les membres de service.
- Assumer la responsabilité du bon fonctionnement du service.
- Actualiser, standardiser et évaluer les « bonnes pratiques professionnelles ».

- Evaluer et apporter son soutien à l'ensemble de l'équipe sur les missions et la qualité des services rendus.
- Veiller à ce que l'équipe remplisse l'ensemble des missions et détermine les priorités médicales, le cas échéant.
- Veiller à ce que les décisions d'ordre médical soient discutées collégialement par les équipes médicales, et que l'application de ces décisions soit acceptable sur le plan pratique pour l'équipe.
- Gérer les relations partenariales à caractère institutionnel qui engagent l'ensemble du service (la Communauté française, les services PMS, le FARES...).
- Veiller au maintien et au respect de l'application de la déontologie.
- Assurer la cohérence du travail de l'équipe.
- Donner un avis sur le recrutement du personnel pour le service.
- Fixer les exigences en termes d'approvisionnement, de fonctionnement et de maintenance du service (salubrité, achat de matériel, planification des bilans de santé...) etc.
- Exercer un regard critique sur la comptabilité et les dépenses du service sans prendre en charge ces responsabilités qui incombent au pouvoir organisateur et/ou à la direction administrative.
- Défendre le budget lié aux besoins du service auprès du pouvoir organisateur et/ou de la direction administrative.
- Participer à l'élaboration du règlement d'ordre intérieur.
- Participer aux réunions de santé publique.
- Veiller à ce que l'ensemble du personnel du service ait accès à la formation continuée.

## B. Des fonctions en plus pour certains médecins coordinateurs

En fonction du schéma organisationnel du service, le médecin coordinateur peut parfois se voir confier une série d'autres fonctions listées ci-dessous. En outre si le médecin coordinateur fait partie d'une asbl, il est indispensable qu'il participe au conseil d'administration.

- Au minimum, un droit de regard sur la gestion des ressources humaines : le recrutement et les congés;
- La gestion financière et administrative du service, (dont la participation, selon son libre choix, à l'élaboration de la comptabilité et du budget).
- Le « Rôle de référent » par rapport au pouvoir organisateur dans l'organisation, la gestion financière et administrative du service, dans le cadre des missions PSE.

### 3.4.4. FONCTION DE MÉDECIN DIRECTEUR

Dans les « grosses structures », les tâches complémentaires décrites en B seraient prises en charge par un médecin directeur. La fonction de médecin directeur serait donc uniquement présente dans les « grosses structures ».

- Au minimum un droit de regard sur la gestion des ressources humaines : le recrutement, les congés;
- La gestion administrative du service;
- Le « Rôle de référent » par rapport au pouvoir organisateur dans l'organisation, la gestion financière et administrative du service, dans le cadre des missions PSE.

## 3.5. DES ATTENTES ET DES BESOINS EN FORMATION DE BASE ET CONTINUÉE

### 3.5.1. LA FORMATION AU CŒUR D'UNE ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE

Selon certains, l'accès aux formations serait facilité par une clarification du statut et de la fonction de médecin scolaire, notamment parce que la capacité à suivre des formations serait plus dépendante de leur disponibilité que de leur motivation.

Réciproquement, un accroissement des formations favoriserait une revalorisation de la médecine scolaire. La valorisation des compétences à travers les formations permettrait entre autres aux médecins d'améliorer le travail en équipe et de justifier d'une expertise auprès de la direction d'un établissement scolaire.

Indépendamment de cette contribution à la professionnalisation de la fonction de médecin scolaire, on retrouve parmi les participants aux États Généraux des demandes précises et des fortes attentes eu égard à la formation.

De manière transversale, ils disent manquer d'outils et de techniques en matière de communication que ce soit avec les élèves et leurs parents, avec leurs partenaires ou au sein de leur équipe; alors qu'une grande conscience existe que ces compétences de communication (à la fois écoute, transmission d'information, conviction et éducation) représentent un élément central **pour faire valoir leur spécificité**. (lire aussi à ce propos ci-dessous 4.1.)

Ainsi, il convient de faire le maximum pour « *aller vers les gens; il faut vraiment "se vendre" mais on n'a pas toujours le temps le soir d'aller à une réunion des parents...C'est vrai aussi qu'il y a des gens qui ont cette facilité de communication, certainement des outils que nous n'avons pas* ».

Par ailleurs, la gestion des urgences liées à des situations de maltraitance et la visite des établissements scolaires sont les deux missions par rapport auxquelles les médecins sont le plus demandeurs de formation.

Dans le cas de la **gestion des situations de maltraitance**, cette attente semble ne pas nécessiter de longues argumentations. Cette mission est reconnue comme allant de soi pour un professionnel qui se positionne comme protecteur du bien-être des enfants. Il s'agit donc de mieux connaître les partenaires et les procédures pour intervenir de la manière la plus adéquate. (lire aussi ci-dessous 4.2.2. partenariat avec les services d'aide à la jeunesse)

La demande de formation dans le domaine de la **visite des établissements scolaires** s'accompagne de l'expression d'un malaise plus important, d'une frustration par rapport aux autres intervenants partageant ce même terrain, voire d'un sentiment d'inutilité. (lire aussi ci-dessous 4.4.)

Certains médecins se trouvent désemparés face au manque de formation dans le domaine de la sécurité. Ces médecins ne pensent pas apporter une plus-value à cette mission :

« On nous demande des choses qui ne sont pas rentables, des missions pas porteuses car elles ne débouchent sur rien... On n'a pas de prérogative dans les visites car nous ne sommes pas architectes, nous ne sommes pas des électriciens ou des ingénieurs. »

« Je suis allée suivre de mon propre chef un cours de médecine du travail avec la gestion du risque, car j'ai cette école technique professionnelle et je me trouve complètement démunie parce que je n'ai pas de formation. »

D'autres pensent que cette tâche a été ajoutée aux missions lors du décret de décembre 2001.

« Je dirais un peu la mort dans l'âme, la visite des locaux, c'est obligatoire, même si on est mal à l'aise par rapport à ça. »

Certains insistent en disant qu'ils ne disposent que de leur bon sens pour mener à bien cette tâche alors qu'il conviendrait d'avoir une formation pointue qui leur permette de la mener à bien.

« Je pense que l'on fait des visites d'établissement avec énormément de bonne volonté et juste du bon sens que peut avoir n'importe qui. Notre titre nous permet peut être de faire passer certaines choses mais qui sont uniquement du domaine du bon sens élémentaire. »

### 3.5.2. LES MODALITÉS DE FORMATION

D'un côté, le groupe de médecins ayant défini des profils de fonctions a assorti ceux-ci d'exigences en termes de certification; de l'autre, des participants aux États Généraux soulèvent les limites des formations de base actuellement en place et proposent des solutions alternatives plus innovantes : une formation à la PSE dans le cursus de base de médecine, des formations communes aux cursus des médecins scolaires et des infirmières

et surtout, donner plus d'importance à la formation continuée (en groupes professionnel et pluriprofessionnel, en équipe ou avec des partenaires extérieurs).

#### La formation de base en santé scolaire

Actuellement, les titres exigés pour occuper une fonction de médecin scolaire sont le diplôme de docteur en médecine complété soit du certificat de médecine scolaire, soit d'un diplôme d'études spécialisées en santé publique; les médecins devant obtenir ces titres complémentaires endéans les trois ans de leur engagement. Actuellement aucune formation spécifique n'est exigée pour les quelques médecins scolaires qui exercent de fait une fonction de coordination, puisque cette fonction n'existe pas dans les textes légaux.

Selon la plupart des participants, le master en santé publique qui remplace l'ancien DES, ne garantit pas la formation de base de médecin scolaire. Par ailleurs, la formation donnant accès au certificat de médecine scolaire ne donne pas les clés suffisantes aux médecins pour rentrer dans la pratique concrète de la médecine scolaire, même si elle peut contribuer à permettre au médecin scolaire de devenir un acteur de santé publique. Les programmes de formation complémentaire des médecins n'aborderaient pas suffisamment en profondeur la promotion à la santé, la santé publique et les visites d'établissement. Certains médecins scolaires estiment que des notions spécifiques de promotion de la santé à l'école devraient être abordées dès la formation de base en médecine.

En conséquence, une formation continuée pourrait amener les médecins scolaires à se maintenir à niveau et à acquérir des compétences nécessaires qu'ils n'auraient pas.

Les lacunes pointées ci-dessus dans les formations de base concernent également la formation des infirmières. Selon certains médecins, les infirmières qui ont exercé en hôpital gardent des pratiques imprégnées du curatif et de l'action immédiate. D'où l'importance de la mise en place de la formation continuée au sein des équipes, car les représentations et les notions évoquées doivent représenter les mêmes choses pour les uns et les autres : « *S'il y a une mission de santé publique, il faut qu'elle soit comprise par tout le monde* ».

Une formation de base commune en médecine scolaire pourrait être utile pour éviter les incompréhensions mutuelles dans l'équipe PSE. La formation de base commune permettrait à l'équipe de prendre du recul et d'avoir une vision globale de promotion à la santé à l'école; ce qui apporterait un bénéfice au travail en équipe (référentiels et objectifs communs), aux relations avec les partenaires et à l'analyse des besoins. D'autres vont encore plus loin. Les formations à la santé publique nécessaires pour exercer en PSE devraient être harmonisées pour tous les acteurs de santé publique (médecins généralistes, médecins ONE).

Des moyens seraient nécessaires pour mettre en place des formations valables, c'est-à-dire des formations pratiques, qui permettent d'acquérir des techniques. Les formations devraient idéalement reposer sur les besoins et souhaits de chaque participant. Il semble important que les formations n'infantilisent pas les médecins participants.

### **Les formations continuées : intervisions, échanges de pratiques.**

#### *Des échanges de pratiques entre médecins*

Les échanges de pratiques entre médecins permettraient de développer de nouvelles compétences. De cette manière, les médecins scolaires auraient un aperçu d'un éventail d'actions qui ont des effets positifs ou un impact avéré et de celles qui n'en ont pas. Ceci n'exclut pas le recours à des pratiques validées.

Il faudrait idéalement que les initiatives de formation et d'échange de pratiques tiennent compte non seulement des souhaits et des besoins des médecins scolaires, mais aussi de leurs disponibilités.

Les réunions d'Intervision entre personnes de la même profession permettent le partage des pratiques et des valeurs professionnelles. Elles sont très appréciées par les médecins, car elles favorisent l'échange des référentiels communs théoriques et pratiques.

« *Dans les partages de pratique, on apprend plus, on retient plus que dans les simples formations. Moi ça me parle plus, ça me permet de trouver des réponses à des questions que je ne m'étais peut-être même pas posées.* »

#### *Des réunions d'intervision en équipe*

Afin de potentialiser au mieux les acquis des formations, les médecins scolaires estiment qu'il est très utile qu'ils fassent un retour sur ces acquis à leur équipe, soit les médecins et infirmières du service ou du centre. Mais certains considèrent que les réunions par profession contribuent au cliage infirmière-médecin.

Pour lutter contre ce clivage, ils proposent la mise en place d'une formation commune à l'équipe toutes professions confondues. Par exemple, la mise en place de formations sur la prévention du tabac, sur l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, etc. Certains médecins regrettent que ces types de formation ne soient pas formalisés, car l'accès aux formations à l'ensemble de l'équipe favoriserait le travail de groupe.

Par ailleurs les réunions d'équipe régulières ou les interventions pourraient, selon certains, se substituer aux formations communes. (voir aussi le point ci-dessous sur l'intérêt de réunions consacrées à préciser des protocoles)

#### *Des formations communes avec d'autres partenaires*

Le référentiel des médecins scolaires n'est pas toujours le même que celui des autres membres de son équipe, des professionnels externes et des parents. Ainsi, il est possible d'adapter le cadre de référence du médecin scolaire afin de dégager des zones de recouvrement avec celui des autres professionnels partenaires. Le fait de partager des conceptions et des protocoles d'intervention favoriserait le travail en partenariat. Il est vraisemblable qu'une meilleure connaissance des approches des uns et des autres tendrait à réduire certaines tensions.

Afin de faciliter les contacts, de se créer une culture commune, il peut être intéressant de participer à une formation avec d'autres organismes partenaires : échanges de pratiques ou initiation à une technique, présentation des démarches et outils propres à chacun, etc.

Certains évoquent la perspective d'une formation commune entre SPSE PSE et CPMS subventionnés (inexistante pour l'instant). « *Et même au niveau relationnel, travailler ensemble, faire une formation ensemble* »

Ainsi un cas est évoqué où « *l'ensemble des centres PMS sont invités aux réunions d'équipe PSE* » : création de contacts privilégiés, partage de pratiques professionnelles, échange de projets. Cela évite les redites et améliore la collaboration entre services. Cela permet un travail plus cohérent des deux services avec d'autres partenaires. La pluridisciplinarité favorise la cohérence du travail, elle permet d'étendre et d'élargir le réseau.

#### *Des formations articulées sur des outils*

Au-delà des formations ou des groupes d'échanges de pratiques qui rassemblent les médecins scolaires, on évoque l'idée d'un site Internet géré par l'APMS qui pourrait servir de plateforme d'échange d'outils et de ressources, sous forme, notamment de liens hypertextes, à destination des médecins scolaires. Un site Internet faciliterait la sélection des informations recherchées. Un forum serait encore plus appréciable. Néanmoins, cette initiative demanderait du temps pour tenir à jour le site et pour modérer les forums.

De façon plus réaliste sont évoquées les réunions de formation qui permettent aux équipes de construire un consensus sur un protocole d'action/ de travail. Il s'agit pour l'équipe de se rassembler autour d'un thème pratique en écoutant l'avis d'un spécialiste invité à la réunion. L'important pour les médecins est que les protocoles de travail soient communs et univoques. Ces réunions, qualifiées de « *pratico-pratiques* », sont très utiles, car elles évitent les interprétations, qui sont génératrices d'inconfort et de stress.

Les supports écrits des protocoles d'action dans le travail résument les réunions de formation. Ils sont très appréciés par les nouveaux médecins scolaires qui arrivent, par ce biais, à se mettre facilement dans le bain.

Ces formations « pratico-pratiques » favorisent la participation et la responsabilité des divers membres de l'équipe ainsi que la valorisation des compétences des infirmières. Le travail d'équipe en est ainsi facilité grâce à une meilleure collaboration entre médecin/infirmière et une répartition claire des tâches.

Certains pensent que ce type de formation complémentaire associant d'autres membres du personnel infirmier ou administratif, pourrait facilement permettre au médecin de mieux déléguer certaines tâches.

### 3.5.3. LES COMPÉTENCES

#### Des aptitudes en relations humaines et communication

Certains médecins scolaires reconnaissent volontiers la nécessité, pour leur fonction, de posséder de bonnes capacités relationnelles et de savoir bien communiquer. Qu'il s'agisse de coordonner une équipe, de se concerter sur le partage du travail, de contacter un professionnel relais ou de s'assurer la coopération de parents, le médecin scolaire se doit de trouver le mode de communication adéquat et le message approprié.

Il appartient au médecin scolaire de faire valoir les raisons de sa demande de collaboration. De nombreux médecins scolaires estiment que l'image véhiculée par leur profession ne favorise pas leur crédibilité ni n'assoit le bien-fondé de leur action.

Il doit pouvoir donner une image crédible des services PSE, de leurs rôles, de la mission du médecin scolaire et de ses compétences auprès des partenaires potentiels et sur le terrain scolaire. Il doit pouvoir mettre en œuvre les stratégies et relations qui lui permettront de nouer et d'entretenir des alliances. Ainsi, par exemple, il doit être capable de rendre visibles les interventions qui accompagnent le bilan de santé afin de faire reconnaître celui-ci comme action de santé publique, notamment en ce qui concerne les analyses de données et les actions qui en découlent.

Des formations en assertivité ou sur la communication non violente sont considérées par quelques uns comme intéressantes dans cette optique. Malheureusement selon la plupart des médecins, ces formations sont chronophages, tant au niveau de la formation elle-même que de l'application des compétences acquises.

Les médecins scolaires souhaiteraient pouvoir développer l'écoute et le dialogue. Il leur semble que cela faciliterait la détection d'éléments non exprimés, quant aux comportements à risque et à la santé mentale.

Une aptitude à mener un entretien motivationnel serait un atout du médecin scolaire pour aider les jeunes à changer certaines habitudes.

#### Des compétences managériales

Certaines de ces compétences sont plus particulièrement nécessaires pour les médecins assurant les fonctions de coordinateur ou de directeur : la gestion d'une équipe, le management, la gestion de réunions et la réalisation de statistiques pour

les rapports d'activité. Au coordinateur de pouvoir gérer le temps particulièrement restreint pour opérer une priorisation des interventions au bénéfice de la santé publique. Au coordinateur encore de pouvoir communiquer efficacement ses priorités, de même que les directives officielles et de soutenir l'équipe pour qu'elle s'y conforme.

Toutefois, certaines compétences sont nécessaires pour tous qu'ils soient médecins examinateurs ou référents pour une école. Ainsi les médecins scolaires ont pu relever certaines compétences qui leur manquent actuellement pour pouvoir remplir de manière satisfaisante les missions de santé publique qui leur sont dévolues.

De nombreux médecins scolaires souhaiteraient pouvoir trouver et nouer des partenariats pour être épaulés dans les actions qu'ils ne peuvent pas réaliser eux-mêmes. Les médecins peuvent ainsi se positionner comme un maillon dans une chaîne d'intervention pour le mieux-être individuel et collectif. Outre les compétences relationnelles et de communication identifiées ci-dessus, ils doivent pour ce faire, à tout le moins :

- pouvoir identifier plus facilement les partenaires potentiels qu'ils pourraient mobiliser dans le cadre de certaines actions, ce qui nécessite d'avoir une bonne représentation des missions et des fonctions des uns et des autres, de connaître les rôles respectifs et les problématiques de leurs partenaires;
- être formés à mettre en place des stratégies qui permettront une collaboration fructueuse et efficiente entre eux et avec l'extérieur. « *Au cours d'un cursus universitaire ou supérieur, il pourrait y avoir des formations qui touchent au travail en équipe.* »

Parmi les compétences managériales, on accordera une attention particulière à la lecture, la compréhension et l'interprétation des textes législatifs et des textes officiels (lois, décret, arrêtés, circulaires, plans de santé publique, etc.). L'interprétation différente des textes des décrets par certains multiplie les types de pratiques, notamment en ce qui concerne l'aspect promotion de la santé. Chaque SPSE peut mettre en œuvre les décrets PSE de manière relativement libre. Certains médecins scolaires peinent parfois à décoder les priorités de santé publique des décideurs, et donc à les intégrer dans leurs pratiques.

### Des compétences techniques

Beaucoup de médecins scolaires se trouvent fort dépourvus pour le recueil de données. Il leur semble difficile de définir quelles données sont intéressantes, comment les recueillir, comment les analyser, comment les utiliser. En termes de santé publique, il semble nécessaire que le médecin scolaire apprenne comment développer une vision d'ensemble des problèmes de santé de la population (classe, école, région, population).

Par ailleurs, les compétences en informatique générale font parfois défaut, rendant difficile une bonne utilisation des outils de recueil et d'analyse des données.

Une grande majorité des médecins participant à l'atelier disent aussi manquer de compétences spécifiques pour la visite des bâtiments : connaissances et compétences techniques, connaissances en hygiène générale et bien-être général. Par ailleurs, le médecin scolaire doit pouvoir définir les

limites de ce qu'on attend de lui, sa spécificité, son champ d'action et travailler en relais avec les directions, avec les conseillers en prévention et avec la médecine du travail.

### **Des compétences en animation et en intervention dans les écoles**

En vue d'organiser des actions de promotion de la santé, les médecins scolaires disent devoir pouvoir analyser les demandes et les situations, les problèmes de santé individuels ou collectifs. C'est nécessaire pour qu'ils puissent trouver des réponses adaptées aux enfants, aux parents ou aux écoles.

En outre, à plusieurs reprises, les médecins pointent leur manque de compétences pédagogiques pour les actions de terrain, pour les animations. Les aptitudes en animation à mettre en œuvre diffèrent en fonction de l'âge du public ciblé.

Ils ont aussi besoin de connaître et de pouvoir utiliser les ressources qui leur permettront de trouver des supports d'animation ou d'information.

*« Contribuer à des projets qui améliorent le bien être et la qualité de vie, c'est très bien, mais moi je ne suis pas formée en animation et ça je trouve que c'est essentiel dans nos écoles. Il y en a qui ont ça un peu de façon innée, il y en a qui l'ont moins, qui sont plus à l'aise, moins à l'aise en fonction de l'âge des gosses. Quand on a plusieurs écoles depuis la maternelle jusqu'au secondaire et parfois le professionnel, ce n'est pas toujours évident de changer de veston, de changer de casquette et de s'adapter. »*

*« Donc là, je pense vraiment qu'on aurait besoin d'outils ou de formations parce que aussi ça rejoint aussi le psy qui nous amène à pouvoir en un quart de tour nous adapter à la classe qui est devant nous sans que le professeur soit forcément présent pour faire le gendarme. »*

### **Des compétences de réflexivité**

La prise de recul sur les pratiques en médecine scolaire est perçue comme indispensable. C'est un processus qui permettrait d'adopter des procédures valides et validées. Dans de nombreuses professions et aussi en médecine, les démarches qui soutiennent la réflexivité sont de plus en plus reconnues comme essentielles au maintien et au développement de la qualité des services.

# ÉCLAIRAGES



Après avoir exposé la nécessité qu'ont les médecins scolaires de se construire une identité professionnelle, après avoir relevé des facteurs structurels et organisationnels susceptibles d'influencer la représentation de la profession et les pratiques du médecin scolaire, le lecteur trouvera dans le présent chapitre un certain nombre de pistes, de propositions, d'exemples plus concrets relatifs à :

- la communication avec les élèves et étudiants, avec les parents, avec les directions et enseignants;
- la construction et/ou le développement de partenariats avec d'autres intervenants, organismes, institutions (CPMS, services d'aide à la jeunesse, plannings familiaux, médecins généralistes);
- un bilan et des perspectives pour accroître le travail collaboratif en équipe ou entre partenaires;
- la réalisation des visites d'établissements scolaires.

Ces focus ont été choisis parce qu'ils ont été largement évoqués en atelier et illustrés par des contenus très concrets : bilan de santé, communication, partenariat, équipe, visite d'établissement en sont les mots-clés. Par ailleurs, la lecture des chapitres précédents montre combien la communication avec les élèves, avec les membres de la commu-

nauté scolaire, avec les partenaires des autres services mais aussi la communication en équipe se trouvent au centre d'enjeux forts en termes d'identité professionnelle et de progression des services et des centres PMS Cf vers un paradigme enrichi en promotion de la santé et en santé publique.

## 4.1. COMMUNIQUER AUTOUR DU BILAN DE SANTÉ AVEC LES ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS, LES PARENTS, LES DIRECTIONS ET ENSEIGNANTS

### 4.1.1 LA RELATION AVEC LES ÉLÈVES ET LES ÉTUDIANTS

Ce qui caractérise le rôle du médecin scolaire par rapport au rôle du médecin traitant est l'opportunité d'être seul avec l'enfant, d'avoir un contact unique d'écoute et de dialogue.

*« Mais il y a un temps que l'on ne doit pas oublier c'est le temps de l'écoute, ils nous sortent des histoires qu'ils ne disent certainement pas à leur médecin traitant parce que les parents sont là. On est les seuls à pouvoir les entendre en tête à tête, c'est excessivement important. »*

« Dans les points-santé aussi, [...] des étudiants viennent parfois parce qu'ils ont envie de voir un médecin. Ce sont des grands, ils ont des problèmes de santé, ils n'ont pas l'occasion d'en discuter avec leur médecin traitant qui est aussi le médecin familial. Ils ont l'occasion de rentrer vraiment en contact avec un médecin qui est tenu à la confidentialité et je pense que cela peut apporter un plus dans certaines situations... »

La participation du médecin aux points-santé joue également un rôle dans l'accompagnement individuel du jeune qui passe de l'adolescence à l'âge adulte. Elle lui permet de se positionner par rapport à sa santé d'adulte. Les thématiques le plus souvent abordées, lors des points-santé, seraient la sexualité et le stress lié aux études. Les points-santé ont un intérêt majoré pour les étudiants qui kotent ou les étudiants étrangers, qui ont parfois des difficultés d'accès aux structures de soins de santé.

L'organisation des points-santé et des permanences sont principalement prises en charge par les infirmières. Toutefois, selon les médecins scolaires, la plupart des étudiants qui se rendent aux points santé cherchent à rencontrer un médecin qui soit différent du médecin traitant familial, le médecin scolaire étant perçu comme plus neutre. En effet, ils cherchent à se détacher du médecin de famille et n'osent pas aborder directement le spécialiste. Les médecins scolaires estiment pouvoir apporter une plus-value dans l'écoute des étudiants, mais aussi dans l'analyse des situations problématiques qu'ils vivent.

## 4.1.2 LA RELATION AVEC LES PARENTS

### Des contacts globalement valorisants

La crédibilité du médecin scolaire se construit à travers la communication avec les parents. Le contact avec les parents est globalement ressenti comme satisfaisant par les médecins scolaires. Il est important pour eux de donner une information aux parents.

« Ce qui débloque la communication avec les parents c'est qu'ils aient l'impression que l'on se préoccupe de leurs enfants. Quand on montre que l'on est inquiet, les parents sont contents... »

C'est plus valorisant pour le médecin scolaire d'avoir un contact direct avec les familles plutôt que d'être obligé de passer par d'autres partenaires.

### Le médecin scolaire comme médiateur de la communication

Le médecin scolaire peut aussi être sollicité soit par les instituteurs, soit par les élèves, soit dans certains cas, par le centre PMS pour aborder certains sujets difficiles qui concernent la prise en charge et le suivi de l'élève.

La relation avec les adolescents est un cas particulier. Le médecin scolaire demande à l'adolescent s'il peut informer les parents. Réciproquement, certains jeunes sollicitent le médecin scolaire pour faire passer des messages auprès des parents. Par exemple : un problème du poids que leurs parents ne reconnaissent pas.

Dans certaines situations, ce sont les parents qui sollicitent le médecin scolaire. Ils interpellent le médecin à travers l'anamnèse lorsque l'enfant leur pose un souci particulier. Les parents ont besoin de se sentir soutenus par le médecin scolaire pour que les instituteurs soient « formés » et sensibilisés au problème.

### **Des thèmes privilégiés**

Le thème de la vaccination est identifié comme un thème qui favorise la communication avec les parents. Dans un certain nombre de services et centres, les parents téléphonent pour demander des vaccinations. Inversement, si un membre de l'équipe PSE téléphone aux parents pour essayer d'y voir clair sur l'état vaccinal de l'enfant, il est en général bien accueilli.

Autre exemple de partenariat avec les parents : le suivi par le médecin scolaire d'un problème lié à l'obésité. Certains médecins scolaires prennent les devants en allant vers les parents à la sortie de l'école. Le médecin scolaire interpelle les parents pour les sensibiliser et tenter de donner des pistes pour modifier les comportements des parents et des enfants. À titre d'exemple, l'utilisation de la courbe de croissance est bien répandue et considérée comme un bon outil de prise de conscience. Le médecin scolaire mise sur le partenariat avec la famille pour arriver à une solution efficace.

### **Des stratégies pour créer et faciliter le contact**

La relation avec les parents peut parfois être délicate, surtout quand il s'agit d'aborder des points sensibles mettant en question leur propre fonctionnement en tant que parents. Parfois la colla-

laboration avec le CPMS peut faciliter le contact. La rencontre avec les parents en présence de l'institutrice fonctionne aussi fort bien. Elle représente une étape après laquelle les parents sont prêts à aller voir un autre intervenant de santé, pour un examen visuel, par exemple.

Certaines initiatives facilitent le partenariat entre parents et médecins scolaires. Des stratégies sont utilisées par les médecins scolaires pour augmenter le nombre de contacts avec les parents. Lorsque des enfants ne se sont pas présentés au bilan de santé, certains services PSE organisent des séances de rattrapage et invitent les parents à venir avec leurs enfants. Les adolescents absents au bilan de santé sont parfois convoqués le mercredi après-midi.

Le contact avec certaines familles défavorisées pose des difficultés au médecin scolaire. Les différences de culture et de langue sont autant de freins à la qualité des relations. La communication est souvent malaisée à cause de l'incompréhension du français par les familles et du fait d'être injoignables au moment où les renseignements doivent être pris.

## **4.1.3 LA RELATION AVEC LES DIRECTIONS D'ÉCOLES ET LES ENSEIGNANTS**

### **Des contacts avec l'enseignant en amont et en aval du bilan de santé**

Une partie des participants pensent qu'une collaboration enseignant/médecin scolaire est très importante. Elle pourrait prendre la forme d'une « anamnèse enseignant » avant les bilans de santé : le médecin scolaire contacte l'enseignant

pour savoir s'il y a des élèves de sa classe qui présentent des problèmes spécifiques de santé (par exemple des élèves qui sommeillent régulièrement en classe). Dans ce cas, l'anamnèse se ferait à trois niveaux : celui des parents (envoi d'un formulaire pré-bilan de santé), celui des enseignants (contacts préalables au bilan de santé) et celui des enfants (lors du bilan de santé).

Une autre façon de sensibiliser les enseignants à l'importance du bilan de santé serait de profiter du bilan de santé pour parler avec l'enseignant en lui expliquant ce que l'on fait.

Les enseignants pourraient aussi être impliqués en aval du bilan de santé comme relais auprès des parents.

*« À la fin de la visite médicale, on remet un document à l'enseignant pour lui dire par exemple qu'il y a trois enfants qui ont une diminution de la vue et qu'ils doivent aller consulter l'oculiste... On essaie donc d'associer les enseignants à notre travail. »*

Toutefois, tous les médecins présents ne partagent pas cet avis, la frontière de désaccord s'établissant autour de ce qu'est le secret médical et, plus spécifiquement, sur deux points précis : qui doit transmettre les résultats de la visite médicale et qui doit les recevoir. Pour ce qui est du premier, un accord s'est dégagé sur le fait que cette tâche incombe exclusivement au médecin. Quant au second, s'il est clair que les parents doivent recevoir les résultats ainsi que le médecin traitant, il n'en va pas de même pour ce qui est des enseignants.

## **Un maillon dans un travail pluridisciplinaire autour de l'enfant**

Améliorer la relation enseignant-médecin scolaire n'est pas uniquement une question de revalorisation du rôle du médecin, il s'agit aussi d'assurer plus de respect entre les uns et les autres. Il importe d'assurer les conditions optimales pour un travail d'équipe efficient, où chacun se sente valorisé et respecté. D'une certaine façon, cette mission du médecin scolaire renvoie à une problématique plus large, celle du travail pluridisciplinaire autour de l'enfant. Le suivi de l'élève implique des collaborations avec de nombreux acteurs : PMS, parents, communauté scolaire. Par ailleurs, le médecin scolaire doit connaître le tissu psycho-médico-social local pour pouvoir mobiliser le bon partenaire au bon moment. Lorsque la collaboration avec les enseignants se passe bien, ceux-ci contactent volontiers le médecin scolaire en vue d'établir un relais vers d'autres intervenants.

## **Des enjeux et une culture à partager**

Cependant, certains médecins scolaires déplorent que les échanges avec les enseignants soient encore perçus à sens unique. Ils regrettent le manque d'intérêt que manifesterait certains enseignants à l'égard de leurs fonctions et du rôle de la médecine scolaire dans la promotion et l'éducation à la santé de l'enfant. Le témoignage ci-dessous renvoie à l'image du médecin scolaire et au besoin de reconnaissance des compétences de celui-ci.

« Cette collaboration, ce partenariat, je dirai aussi de revalorisation d'image parce que quand ils ont besoin de nous, si ce n'est pas fait dans l'urgence, ça ne va pas, mais leur demander de faire un petit effort cela se fait de moins en moins... On a toujours l'impression que ça va dans un seul sens et quelque part on se plie toujours... »

Les différences de cultures professionnelles et les enjeux qui y sont liés ne facilitent pas cette reconnaissance. Des initiatives sont mises en place par des directions d'école pour améliorer les contacts et renforcer la cohésion entre enseignants et médecins scolaires. Le médecin scolaire a alors l'occasion de faire évoluer l'image qu'ont de lui les acteurs scolaires, il s'agit de passer de l'image d'un intervenant « légal » contraignant à l'image d'une personne ressource.

« Je ne sais pas ce que vous faites comme activité mais nous, à W, on réunissait autour de la table chaque début d'année tous les directeurs des écoles primaires et puis une autre journée, ceux des écoles secondaires et on refaisait un bilan à la fin de l'année au mois de juin. On terminait l'année avec eux et cela a déjà fortement amélioré les contacts avec la médecine scolaire... C'est à refaire chaque année... »

## 4.2. DES PARTENARIATS À DÉVELOPPER...

### 4.2.1. ...AVEC LES CPMS

#### Des différences de fonctionnement et de culture

La fonction du médecin scolaire a évolué, il n'est plus seulement l'examineur de l'enfant, il est aussi acteur de changement dans l'organisation de projets de promotion de la santé et dans la promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé. Sous-jacentes aux différences d'organisation entre services PSE et centres PMS, on retrouve des différences de cultures et de références professionnelles qui s'appliquent aussi bien aux centres PMS des enseignements subventionnés (libre et officiel) qu'aux centres PMS Cf.

De nombreux médecins estiment que les professionnels des CPMS, qu'ils soient subventionnés ou organisés par la Communauté française, conservent une image dévalorisée du rôle et des compétences du médecin scolaire.

Ainsi, la plupart des CPMS subventionnés ont agréé dans leurs équipes les médecins des SPSE pour les établissements scolaires qu'ils ont en tutelle commune; cette disposition permet que le bilan PSE soit considéré comme la partie médicale du bilan PMS et que le suivi individuel de l'élève qui le nécessite, soit facilité. Cependant, il arrive que le CPMS, lorsqu'il faut l'intervention plus formelle du médecin scolaire et sa signature pour compléter des dossiers d'orientation, demande au médecin scolaire d'établir un bilan de santé sans en expliquer les raisons, le bilan se faisant alors sans construction collective autour du cas de l'élève concerné.

Par ailleurs dans les centres PMS de la Cf et bien que les missions PSE soient semblables, la conception de la médecine scolaire semble être différente. Les réalités institutionnelles ne sont pas les mêmes et les psychologues qui dirigent les centres PMS ne sont pas sensibles aux mêmes priorités que les médecins scolaires.

*« Les profils de fonctions, les équipes et les pratiques professionnelles sont différentes en fonction du pouvoir organisateur. Je pense que le travail en équipe est différent parce que les équipes ne sont pas les mêmes. En PMS, l'équipe, c'est très psychosocial. Et pourtant, c'est le même décret, mais l'application sur le terrain est différente. »*

Le médecin scolaire en CPMS Cf, s'il dispose plus facilement de la collaboration de l'équipe PMS pour le suivi individuel de l'élève, se voit dépendre d'elle pour la réalisation de l'ensemble des missions PSE. L'éclairage de promotion de la santé et de santé publique qu'il peut apporter est peu reconnu et peu sollicité.

Par ailleurs, en raison de son cadre de fonctionnement propre, le PMS semble plus strict sur la nécessité d'obtenir l'accord des parents avant d'intervenir à l'égard des jeunes, et ce même quand un jeune introduit personnellement une demande. C'est un point difficile à accepter pour les médecins scolaires PSE. Les participants aux ateliers pensent que cela pourrait s'expliquer par le décret relatif aux programmes et aux missions spécifiques des CPMS.

*« Si l'enfant est demandeur et qu'il n'a pas envie que l'on parle aux parents, le PMS déclare : on ne peut rien faire sans l'accord des parents. »*

## Des collaborations prometteuses

Malgré ces difficultés, la collaboration entre services PSE et centres PMS, du côté des services subventionnés, ou entre médecin scolaire et le reste de l'équipe PMS, dans les CPMS Cf, est porteuse de promesses. Les centres PMS sont très présents dans les écoles, ce qui pourrait faciliter le travail des services PSE partenaires. En outre, les deux types d'institutions ont un champ d'action partiellement commun, les CPMS étant chargés d'une mission d'éducation pour la santé, tandis que les SPSE sont en charge de promotion de la santé.

Enfin, les centres PMS semblent mieux identifiés par les parents et la communauté éducative que les services PSE ; certains réalisent une anamnèse très fouillée et explorent les caractéristiques psychosociales de l'enfant, qui est complémentaire à l'anamnèse médicale du médecin scolaire : pouvoir communiquer avec l'école, les enseignants, les parents et les collègues afin d'intégrer l'ensemble de ces informations et des actions à poursuivre pourrait être utile au suivi de certains enfants.

À certains endroits, des réunions entre services PSE et centres PMS sont organisées afin de coordonner les missions et projets des services respectifs dans les établissements qu'ils desservent en commun. Certains médecins scolaires ont relevé le côté satisfaisant et gratifiant de ce type d'initiatives. Ce type de collaboration est plus facile à mettre en place quand les centres PMS subventionnés et les services PSE relèvent du même pouvoir organisateur.

Ainsi, bien qu'il ne s'agisse pas de fondre son identité professionnelle institutionnelle dans celle des centres PMS, les médecins scolaires et les services PSE peuvent s'appuyer sur la complémentarité des deux institutions et sur cette collaboration pour renforcer leur image auprès des parents.

*« Vis-à-vis de l'école, c'est très important de se présenter en début d'année à la réunion des parents. Le PMS participe aussi chaque année à la réunion des parents. C'est vrai, à ce moment là, les parents vous voient, ils voient le médecin, ils voient le PMS, ils se rendent compte qu'ils parlent un peu le même langage donc ils se disent voilà encore deux services qui peuvent aider mon enfant. »*

#### 4.2.2. ... AVEC LES SERVICES D'AIDE À LE JEUNESSE (SAJ, SOS ENFANTS...)

Les médecins scolaires déplorent le manque de communication dans les relations avec les services d'aide à la jeunesse. Certains ont le sentiment que leur rôle se limite uniquement au constat médical. Les deux exemples ci-dessous évoquent ce ressenti :

*« Le SAJ a pris la situation en compte, mais je n'ai pas eu de retour de leur part alors que j'avais écrit un courrier avec mes coordonnées. Le suivi est mis en place mais je n'en sais pas plus... Je le sais parce que j'ai demandé des nouvelles au PMS... »*

*« J'ai été appelée pour coups et blessures dans une école pour un enfant, ensuite le suivi a été référé au SAJ par le PMS. J'ai demandé des nouvelles, j'ai dû téléphoner à nouveau deux fois pour avoir un contact et je n'en sais pas plus... j'ai été très frustrée... »*

Les médecins scolaires souhaitent au moins un accusé de réception de la part du SAJ avec le nom de la personne de référence ou la personne en charge du dossier. Ils sont conscients que certaines

familles peuvent s'éloigner pour échapper au contrôle du SAJ et de l'école. En conséquence, ils vivent l'absence de nouvelles au sujet des enfants et des familles comme une situation particulièrement inquiétante.

Certains médecins se sentiraient plus à l'aise s'ils connaissaient le fonctionnement du SAJ. Des réunions entre services ou des groupes de travail permettraient de faire connaissance et d'avoir une meilleure compréhension du rôle et des missions de chacun.

Un visage sur un nom construit la confiance. La connaissance des intervenants contribue à mieux percevoir les missions respectives. Elle permet au médecin scolaire de structurer, d'identifier les partenaires et ainsi de référer les parents vers les personnes relais les plus adaptées.

*« Si on a la possibilité de créer des contacts plus personnels alors on serait dans une situation plus facile car on peut prendre le téléphone et contacter la personne quand on souhaite des infos... »*

En résumé, les médecins formulent une gradation dans les attentes partenariales à l'égard du SAJ, qui sont :

- l'accusé de réception et le nom de la personne de référence,
- une connaissance du fonctionnement, du rôle et des missions du SAJ,
- un retour sur le suivi et l'accompagnement des familles,
- et enfin des critères contextuels pour accompagner les demandes d'intervention.

### 4.2.3. ...AVEC LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le médecin scolaire entre en relation avec des médecins généralistes suite aux conclusions du bilan de santé de l'enfant, par exemple concernant des problèmes de statique, d'obésité ou de puberté... Il arrive aussi que le médecin scolaire interpelle le médecin traitant suite à l'absentéisme récurrent d'un élève.

La plupart du temps les médecins scolaires informent les parents avant d'entrer en contact avec le médecin traitant. Certaines demandes de suivi restent pourtant sans suite. Le médecin scolaire doit alors recontacter les parents pour s'assurer des raisons d'une absence de prise en charge.

Pour renforcer le partenariat avec le médecin généraliste, le médecin scolaire doit créer les conditions favorables à l'installation d'une communication constructive qui soit basée sur l'échange d'informations. Ainsi, les médecins scolaires doivent faire preuve de disponibilité pour arriver à joindre les familles et le médecin généraliste. Certains contacts téléphoniques s'établissent en soirée, à partir du domicile privé du médecin scolaire.

### 4.2.4. ...AVEC LES PLANNINGS FAMILIAUX

La collaboration avec les plannings familiaux est de deux ordres : d'une part, les plannings sont des relais pour l'information et le suivi courant des élèves dans le domaine de la vie relationnelle, affective et sexuelle; d'autre part, ils sont des partenaires essentiels dans le suivi et la prise en charge d'élèves qui présentent un problème lié à

la vie affective et sexuelle. Ainsi face à des situations d'urgence telle qu'une suspicion de grossesse ou une grossesse établie, l'intervention du centre de planning peut s'avérer cruciale pour le suivi de l'élève et certains médecins peuvent parfois se trouver désemparés lorsqu'un planning familial ne peut pas rapidement intervenir.

Par ailleurs, certains médecins scolaires sont sollicités par les élèves sur des questions relatives à la vie sexuelle et affective. Ils peuvent fournir une première réponse aux élèves et les orienter vers un planning familial pour un approfondissement de la question ou pour un suivi de routine (par exemple prescription de contraceptif ou question relative à la différenciation sexuelle). Ce relais se fera d'autant plus facilement que le centre de planning est un partenaire explicite de l'école et de l'équipe PSE : il vient par exemple collaborer à des animations ou il reçoit des classes pour une visite de découverte.

Certaines collaborations entre les écoles, les équipes de PSE et les plannings familiaux sont ainsi positives et bien installées. On évoque, à titre d'exemple, le cas d'une enquête réalisée par un service PSE pour analyser les besoins de santé dans les écoles. Des médecins scolaires distribuent un questionnaire « bien-être » aux enfants de 6<sup>e</sup> année primaire pendant le bilan de santé. La plupart des médecins scolaires qui participent à cette analyse sont interpellés par le résultat du questionnaire qui leur permet d'avoir une meilleure compréhension sur des représentations du jeune à l'égard de la santé. Ils décident de contacter le planning pour partager avec lui les résultats de cette enquête dans leur domaine spécifique de compétence.

## 4.3. BILAN ET PERSPECTIVES POUR LE TRAVAIL COLLABORATIF

À de nombreuses reprises lors des ateliers des États Généraux de la Médecine Scolaire, les participants ont pu faire état de leurs expériences en termes de collaboration. On trouvera ci-dessous quelques éléments qui se dégagent de ces témoignages.

Que ce soit à l'interne ou à l'externe de son institution, le médecin scolaire est confronté quotidiennement à la nécessité de collaborer. Le travail en équipe et le partenariat visent à mutualiser les compétences, à intervenir plus rapidement et plus efficacement en partageant la charge de l'intervention. Dans ce sens, le bien-fondé du partenariat ne fait pas l'ombre d'un doute. Et pourtant, cette collaboration ne va pas de soi : elle dépend d'une série de facteurs sur lesquels le médecin scolaire et ses partenaires ont plus ou moins de prise. Les médecins ne disposent pas de suffisamment de temps pour réaliser toutes les tâches qui leur sont confiées, ils pourraient en déléguer certaines. Pourtant, nombre d'entre eux ne souhaitent pas déléguer ou partager ces tâches, car au-delà de leur but premier, elles leur permettent de nouer un contact direct avec les publics-cibles (parents, enseignants, élèves) ou les partenaires, et partant, de préciser leurs missions et leur champ d'action vis-à-vis de ces interlocuteurs.

Par ailleurs, on pourrait croire que développer le travail en équipe et créer des partenariats avec des acteurs externes à l'institution diffèrent beaucoup. Toutefois, les conditions à mettre en œuvre dans un cas comme dans l'autre sont relativement similaires, malgré quelques spécificités.

### 4.3.1. TRAVAIL COLLABORATIF ET IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN SCOLAIRE

#### Le médecin comme garant de la qualité du travail en équipe

Le médecin scolaire n'envisage pas de travailler sur le mode collaboratif dans tous les cas de figure. Certaines tâches ne souffrent aucun compromis en termes de partage de responsabilité. Le médecin aura aussi tendance à conserver les actes pour lesquels il peut asseoir sa légitimité. Il prendra en charge les tâches indispensables et pour lesquelles il se juge incontournable. Ainsi, il apparaît que le plus souvent les médecins scolaires exercent seuls l'examen médical lors du bilan de santé, l'administration des vaccins ainsi que certaines tâches plus administratives ou logistiques dans lesquelles leur responsabilité propre est engagée.

En l'absence d'une clarification formalisée, la répartition des tâches va dépendre du positionnement qu'occupe le médecin dans l'équipe et de la relation entre le médecin et l'infirmière.

Trois exemples pourraient illustrer la négociation dans la répartition des tâches au sein de l'équipe.

#### *1<sup>er</sup> exemple : la gestion des situations d'urgence*

Lors des situations d'urgence de type maltraitance, la délégation des tâches s'effectue au sein de l'équipe après l'établissement d'un constat médical par le médecin et la décision commune d'entreprendre une démarche partenariale. Dans certains centres, c'est l'infirmière qui gère les situations d'urgence de type maltraitance. En effet, son statut et son temps de travail lui permettent d'être dis-

ponible et de rester en relation avec l'école, les centres PMS et le SAJ, les parents et les autres partenaires. Dans d'autres circonstances, le médecin ne délègue pas.

*2<sup>e</sup> exemple : les visites d'établissements scolaires*

Certains médecins délèguent la visite d'école aux infirmières pour les établissements qualifiés « sans problème ». Pour d'autres médecins, la visite d'école a pour objectif d'améliorer l'environnement scolaire et le bien-être de l'enfant. La visite d'établissement est un moment privilégié pour créer des liens, être présent et rencontrer les enseignants. Les médecins qui s'approprient les missions de promotion à la santé, portent un intérêt particulier à cette pratique. La visite des établissements est pour eux un moyen de toucher à d'autres volets de la promotion de la santé à l'école. Ils peuvent par ce biais, parler des projets de santé et reprendre des nouvelles d'un enfant en situation de maltraitance par exemple.

*3<sup>e</sup> exemple : les actes confiés aux infirmières*

Le médecin scolaire confie aux infirmières un certain nombre d'actes médicaux qui restent sous sa responsabilité. Cette responsabilité s'étend aux tâches administratives, logistiques et sanitaires. Les médecins peuvent, ainsi, se reposer en toute confiance sur l'infirmière et ses compétences. Ainsi, la réception et la conservation de vaccins, considérées comme des tâches pour lesquelles le médecin n'est pas indispensable, sont des tâches confiées aux infirmières. Bien que la vaccination soit perçue comme un acte médical, certains médecins pensent que les infirmières peuvent vacciner en présence d'un médecin. L'examen biométrique du bilan de santé est également confié aux infirmières. Qu'ils soient présents ou absents au moment de la réa-

lisation de certains actes, la plupart des médecins scolaires pensent que la responsabilité de leurs fonctions implique une supervision du travail effectué y compris dans l'examen biométrique, le recueil des données biométriques, le planning et les conclusions du bilan de santé.

Les médecins peuvent trouver des alliés de choix pour assumer certaines activités. Ainsi, la collaboration peut présenter des avantages multiples : partage du temps investi dans une activité, mobilisation de ressources et (ou) de compétences que ne possède pas le médecin scolaire, relais de situations particulières vers les acteurs concernés, suivi d'une problématique décelée. Le travail en équipe et le partenariat seront donc bien mis en œuvre en fonction des bénéfices potentiels et des possibilités pratiques, déontologiques et légales. Mais la qualité des services rendus ainsi que la légitimité du médecin dans le groupe reposent sur l'ouverture aux autres et sur la reconnaissance réciproque des compétences des membres de l'équipe. *In fine*, la qualité du travail en équipe et des relations partenariales ainsi que les formations interprofessionnelles (entre infirmières et médecins) sont importantes pour asseoir la démarche de santé publique dans les pratiques du médecin et de l'équipe.

**Le médecin place les valeurs au cœur du partenariat**

Deux grandes catégories de valeurs sont mobilisées dans le discours des médecins participants aux ateliers des États Généraux : la protection de l'enfance et l'utilité sociétale.

### *La protection de l'enfance*

La plupart des médecins scolaires ont le sentiment de jouer un rôle incontournable dans la protection des droits de l'enfant, par leurs interventions au sein de services préventifs gratuits accessibles à tous les enfants. Cela concerne les problèmes de maltraitance, mais aussi les situations de négligence (absence de prise en charge des troubles sensoriels en bas âge tels que l'amblyopie ou la surdité, carence de suivi d'enfants présentant une maladie chronique, etc.).

  cette fin, les médecins jugent le travail en équipe indispensable; il s'inscrit comme une modalit  d'action des plus pertinentes permettant de partager et d'enrichir les perceptions et points de vue des uns et des autres.

Par ailleurs, le médecin dispose aux yeux de certains membres de la communauté éducative d'une autorité que d'aucuns n'hésitent pas à utiliser le cas échéant. Ainsi, certaines institutrices, lorsque elles détectent une situation d'urgence, contactent le médecin scolaire afin qu'il établisse un constat médical. L'institutrice utilise l'image sociale de l'autorité médicale pour appuyer une demande d'intervention car « *si le médecin le dit, ça aura plus d'impact.* »

### *L'utilité sociétale*

Les médecins scolaires invoquent des valeurs d'utilité sociétale fondées sur l'équité et l'universalité lorsqu'ils interagissent avec les autres acteurs; d'abord pour mieux faire comprendre le bien-fondé de leurs interventions, mais aussi pour définir et asseoir leur identité, leur influence et leur statut au sein des organisations.

Les médecins mettent alors en exergue : leur préoccupation pour l'accès universel à un suivi de la santé et du développement harmonieux de l'enfant, l'attention accrue face à des enfants vivant dans des conditions de précarité ou de fragilité, le soutien à l'accueil et à la solidarité avec les élèves déficients sensoriels, handicapés ou malades chroniques. Outre les élèves, les bénéficiaires des services pr st s sont les directions d'écoles et les parents.

### **Etablir des partenariats n'est pas toujours facile**

Les médecins scolaires ont manifesté le besoin de se sentir rassurés sur la fiabilité de certaines prises en charge des élèves et des familles. La méconnaissance du suivi installe un doute sur la qualité de cette prise en charge, ce qui pourrait expliquer la volonté exprimée parfois, par certains médecins scolaires, de vouloir se charger de tout...

On pourrait s'interroger ici sur le mandat du médecin scolaire dans le suivi des familles. Est-ce que le mandat du médecin scolaire est d'aller jusqu'au bout dans l'accompagnement des familles ou plus simplement d'être rassuré sur l'absence de danger pour l'enfant et sa sécurité sur le moyen terme ?

La plupart des médecins scolaires souhaiteraient aller au-delà du simple échange d'information, pour assurer la prise en charge en partenariat avec d'autres professionnels. Ils appellent à de vrais partenariats basés sur la confiance et la reconnaissance des compétences respectives. Les médecins scolaires aimeraient se sentir plus impliqués dans le suivi de l'élève.

Ainsi certains médecins scolaires qui gèrent le constat médical (cas de maltraitance) ne disposent pas du temps nécessaire pour entrer en relation avec les partenaires. C'est donc l'infirmière, plus disponible, qui s'en charge. D'autres médecins insistent pour créer un contact privilégié avec les partenaires : « *il faudrait donner plus de temps au médecin ; c'est au médecin à prendre ces choses en mains, à coordonner avec le SAJ* ».

L'interaction avec l'ensemble des professionnels de la santé publique permet de mieux comprendre les cas difficiles. Or, l'idée de construction collective n'est pas vraiment présente chez tous les médecins scolaires. En effet, l'impression qui se dégage des ateliers est que, lorsqu'il parle de partenariat, le médecin scolaire l'envisage spontanément dans une dynamique individuelle d'intervention (entre lui-même et des partenaires extérieurs) plutôt que dans une dynamique structurelle ou institutionnelle (entre son équipe et des intervenants extérieurs).

Enfin, les partenariats les plus spontanément cités relèvent principalement de la prise en charge de situations problématiques par rapport à la santé d'élèves. Le partenariat serait ainsi vécu dans une logique individuelle (le médecin scolaire réagit à une situation, un événement problématique en tentant d'y apporter réponse) plutôt que dans une logique de projet. Ce qui renforce encore davantage la posture du médecin scolaire dans une dynamique d'intervention personnelle au détriment d'une dynamique structurelle plus propice à l'émergence de projets collectifs à visée préventive ou à visée de promotion de la santé.

### 4.3.2. LE FONCTIONNEMENT EN ÉQUIPE COMME CONSÉQUENCE ET REMÈDE FACE AU MANQUE DE DISPONIBILITÉ DU MÉDECIN

Beaucoup de médecins se plaignent de n'avoir pas assez de temps à consacrer au partage de la communication avec le reste de l'équipe.

« *C'est le timing scolaire... On travaille beaucoup pendant 180 jours par an. Le fait d'avoir des part-time plutôt que des temps pleins, le fait d'avoir des médecins indépendants qui travaillent dans d'autres médecines que la médecine scolaire, d'avoir des temps où tout le monde est là ou pas assez de temps parce qu'il faut partir plus vite pour les autres consultations, tout ça, ce sont des freins au travail en équipe.* »

En miroir, beaucoup présentent aussi la stabilité et la taille optimale de l'équipe comme une des conditions qui permet au médecin de fonctionner avec efficacité malgré une disponibilité limitée.

Certains pensent que la taille de l'équipe a un impact sur le travail en équipe; selon eux, plus il y a de membres du personnel, plus le médecin peut déléguer. Cependant « *Plus la taille est grande, plus il est difficile de se réunir en équipe et d'atteindre tout le monde* ». Si le travail en équipe peut permettre de mieux répartir la charge de travail, un manque de personnel, en revanche, n'est pas favorable au développement de telles collaborations.

Les médecins scolaires accordent aussi une grande importance à la stabilité de l'équipe. Un personnel stable a un impact favorable sur l'équipe. Le manque de stabilité du personnel entraîne une méconnaissance

sance des nouvelles personnes, une méconnaissance des particularités du fonctionnement du service ou du centre, et de ses partenaires. De même, un personnel fluctuant empêche l'établissement du lien humain entre les personnes et le développement de la nécessaire confiance mutuelle. De nombreux services de promotion de la santé à l'école sont confrontés à ces problématiques.

Autres freins en termes de ressources humaines, les postes de travail à temps partiel entravent l'insaturation d'un esprit d'équipe : les professionnels se croisent au gré de leurs grilles horaires et ont peu d'opportunité d'interactions.

### 4.3.3. DES LEVIERS POUR UNE ÉQUIPE BIEN CONSTRUITE

Les partenariats seraient facilités s'ils étaient formalisés. La mise sur pied de procédures de travail élaborées en équipe nécessite d'y consacrer du temps et aussi de négocier les enjeux de reconnaissance et de prérogatives avec les autres corps professionnels qui interviennent dans les services et centres.

#### Un projet fédérateur

Le ciment idéal d'une équipe est avant tout l'existence d'un projet fédérateur, qui peut servir de référentiel commun à tous. Le projet de service pourrait jouer ce rôle.

#### Des moments de réunion

La réalité des services et centres est telle que, dans de nombreux cas, il n'y a pas de moment institué pour mener des réunions d'équipe. Ce temps doit alors être pris en fonction de la volonté des direc-

tions et des Pouvoirs Organisateurs, quand le planning le permet. Plusieurs freins sont rencontrés actuellement par les équipes, comme les temps de travail partiels ou le statut du médecin (lire à ce propos ci-dessus le chapitre 3.1.)

« On devrait prendre du temps à la fin de la visite pour pouvoir se poser avec l'infirmière et éventuellement discuter ».

Les services et centres qui parviennent à programmer régulièrement des réunions d'équipe interdisciplinaires ou des intervisions (réunions entre personnes de la même profession) constatent que la cohésion d'équipe augmente, au bénéfice de la qualité du travail et de l'efficacité. Ces temps de rencontre pourraient, selon certains, se substituer aux formations communes.

#### Une harmonisation des pratiques

Au sein d'une institution qui compte plusieurs équipes médecin – infirmière, les réunions sur les protocoles d'action permettent aux équipes de fonctionner de concert, et donc de travailler sur une base consensuelle reconnue. L'important pour les médecins est que les protocoles de travail soient communs et univoques.

La marge de manœuvre dans la réalisation de certaines tâches ou dans l'interprétation de résultats peut s'avérer déstabilisante. Les divergences d'interprétation deviennent alors des sujets de confrontations qui nuisent au travail en équipe. C'est pourquoi d'aucuns suggèrent de formaliser ces protocoles négociés, notamment afin qu'ils puissent servir de référence pour les personnes nouvellement embauchées.

### **La reconnaissance et la valorisation des compétences de chacun**

Formations communes et harmonisation des pratiques rassurent les praticiens, qu'ils soient médecins ou infirmiers, dans l'exercice de leurs fonctions. Ce sont deux points sur lesquels chacun peut s'appuyer pour développer une relation de confiance et d'autonomie dans le travail.

La formation paramédicale de l'infirmière facilite la qualité de la collaboration entre le médecin et l'infirmière. Si l'infirmière est, de par sa formation de base, une collaboratrice essentielle en matière paramédicale, le médecin reste néanmoins toujours responsable des conclusions émises lors d'un examen; il peut bien entendu en déléguer la réalisation, après avoir établi et vérifié les étapes de son déroulement, etc.

Cependant, certains médecins se sentent désemparés à l'idée de déléguer certaines tâches même basiques. Or, le fait de garder certaines tâches pour eux ne favorise pas le travail en équipe.

Clarifier ces différences dans la délégation des tâches, apprendre à mieux communiquer autour des protocoles, organiser des réunions ou des formations ayant pour sujet les protocoles pourraient faciliter le travail en équipe.

### **La création d'une fonction de coordination**

Un médecin disponible et stable qui facilite la circulation des informations et qui coordonne l'équipe, favoriserait le travail en équipe et les partenariats. Le médecin coordinateur serait le facilitateur de l'équipe dans l'échange d'informations, dans l'organisation et dans les relations avec l'en-

vironnement scolaire et les partenaires. Ce médecin coordonnateur pourrait, en outre, jouer un rôle de personne-ressource dans la formation des nouvelles recrues.

### **4.3.4. VADE-MECUM DU PARTENARIAT PAR ET POUR LE MÉDECIN SCOLAIRE**

Les médecins scolaires ayant participé aux États Généraux de la Médecine Scolaire ont relevé quelques points essentiels pour développer efficacement des partenariats.

En termes relationnels, le médecin scolaire doit pouvoir se montrer disponible, être proactif et clair quant à son mandat et ses missions. La connaissance mutuelle des partenaires permet d'inscrire le partenariat sur des bases solides : il est donc utile de pouvoir balayer les préjugés sur la fonction de médecin scolaire et de dynamiser l'image de la Promotion de la Santé à l'École.

Afin d'améliorer la qualité des relations avec les partenaires, certaines initiatives des directions des services sont accueillies favorablement par les médecins scolaires, comme la création collective d'un répertoire de ressources. La démarche proactive des infirmières de certains services a permis de collecter des informations utiles sur les coordonnées des personnes-ressources. Il est indispensable que le médecin scolaire, comme tout autre acteur du service PSE ou du centre PMS Cf, développe une connaissance des partenaires potentiels. Un carnet d'adresses pertinentes semble être un bon préalable.

De même, il faut se donner les moyens, en termes de temps, de ressources humaines, matérielles, financières. Il n'est pas non plus inutile d'être soutenu dans la démarche par son pouvoir organisateur et aussi par l'équipe. C'est alors qu'on peut envisager de donner une dimension structurelle à des partenariats qui se voulaient peut-être ponctuels à la base.

Une fois ces premiers contacts établis, le sens des relations humaines et une relation basée sur la confiance permettront d'entretenir le partenariat. Une crédibilité suffisante et une reconnaissance des prérogatives, mais aussi des compétences de chacun, finiront de graver le partenariat dans le marbre.

Il convient ensuite de prendre le temps de mettre le partenariat à l'œuvre au profit des objectifs poursuivis.

## 4.4. LA VISITE D'ÉTABLISSEMENT : UNE PORTE D'ENTRÉE DANS LE MONDE SCOLAIRE

Au même titre que d'autres missions du décret PSE (participation aux points-santé, contribution à des projets qui visent l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie à l'école), la visite d'établissement scolaire a suscité de nombreux débats. Ceux-ci portent, entre autres, sur la notion de partenariat qu'implique cette mission. Mais, avant d'en arriver à ce point précis, des échanges ont eu lieu autour de l'utilité et de la faisabilité.

### 4.4.1. UTILITÉ ET FAISABILITÉ : UNE PERCEPTION DÉCALÉE

L'utilité de la visite d'établissement dans la démarche de santé publique est loin d'aller de soi. Cela ne signifie pas pour autant que les médecins scolaires ne puissent concevoir l'utilité de cette mission en termes de santé publique.

*« Maintenant, si l'école va bien, on peut aller une fois tous les 3 ans et l'infirmière peut aller lors de sa visite, voir s'il y a des problèmes et faire référence au médecin. Il y a des écoles qui vont bien, qui tournent bien, il n'y a pas de problème »*

Mais cette position ne fait pas l'unanimité. Certains participants insistent sur l'importance de leur présence. *« Concernant les visites d'écoles, le décret a un peu changé, je pense que l'on n'est pas indispensable tous les ans, puisque maintenant c'est tous les 3 ans mais qu'on doit être là quand même pour les écoles à suivre. Si on constate des choses dans les écoles, on doit y retourner l'année d'après ou même dans l'année. Moi j'ai vu une école où il y avait le réfectoire qui était complètement insalubre avec le toit qui était tombé par terre avec les intempéries, là, je regrette, c'était mon rôle de continuer les visites ».*

À plusieurs reprises, des voix se sont élevées pour argumenter que la visite revêt bien un caractère de prévention car, lors de celle-ci, le médecin scolaire s'attachera surtout au bien-être de l'enfant dans son environnement scolaire. Par exemple, une participante pointe le fait qu'elle axe sa visite d'établissement, entre autres, sur l'hygiène et sur l'existence ou non d'une pharmacie, ou encore, sur la mise à jour de normes sanitaires désuètes.

Du point de vue de la faisabilité, cette mission se situe à mi-chemin entre le facilement et le très difficilement réalisable. Comment expliquer ce décalage de perception entre utilité et faisabilité ?

Un des éléments de réponse est à rechercher du côté de l'identité professionnelle de la médecine scolaire et de la difficulté correspondante de se dissocier d'un socle de compétences (acte médical et suivi au cas par cas) propre à la médecine curative. La visite d'établissement ne rentrant pas dans le cadre de l'acte médical, son appropriation par le médecin scolaire est dès lors plus difficile. Une autre raison peut être invoquée pour appréhender le déphasage entre utilité et faisabilité : une partie des médecins scolaires a déclaré, dans le cas d'établissements scolaires ne présentant pas de problème, déléguer aux infirmières la visite d'établissement ce qui, par conséquent, ne leur pose ainsi aucun problème de faisabilité.

Au-delà de cette perception décalée, un élément qui influence le regard porté par les médecins scolaires sur leur utilité dans le cadre de la visite d'établissement est un sentiment relativement généralisé de manque de formation dans ce champ spécifique.

Ainsi une participante exprime : *« Je pense que l'on fait des visites d'établissement avec énormément de bonne volonté et juste du bon sens mais je ne vois pas quel est le rôle du médecin. Notre titre nous permet peut être de faire passer certaines choses mais qui sont uniquement du domaine du bon sens élémentaire »*.

L'opinion de cette participante est partagée par nombre de personnes présentes aux ateliers. Pour d'autres, le bon sens, même éclairé par un regard médical, ne suffit pas : il conviendrait de recevoir une formation complémentaire permettant de

mener à bien cette mission. Toutefois, la formation n'est pas l'unique obstacle en regard de l'achèvement optimal de cette tâche, deux autres obstacles ont également été évoqués au fil des ateliers.

#### 4.4.2. LES CONTRAINTES DE TEMPS ET DE MOYENS

Le premier a trait au manque de temps pour que la visite d'établissement soit réellement effective et productive. Dans les mots d'un participant : *« Plus on aura de temps disponible, plus il y aura moyen de faire des choses intéressantes. J'ai pris l'habitude effectivement de faire systématiquement la visite d'établissement avec le conseiller en prévention. Si c'est un conseiller en prévention très motivé dans son boulot, on peut déboucher sur des choses vraiment passionnantes, mais il faut avoir le temps. »*

Le second englobe les moyens financiers engagés pour remédier aux problèmes constatés par le médecin scolaire. En outre, les pouvoirs organisateurs des établissements scolaires ne donnent pas toujours suite aux visites de locaux ou bien ils mettent parfois du temps à réagir et à mettre des mesures en place suite à cette visite. L'impact n'est donc pas optimal et peut susciter le découragement des médecins scolaires. On l'a vu plus haut, la nature du pouvoir organisateur semble conditionner la prise en compte des recommandations formulées lors des visites d'établissement. Face à cet immobilisme ou au manque de moyens financiers de certains pouvoirs organisateurs, le médecin pense parfois être fort dépourvu pour faire réagir rapidement ceux-ci. À ce propos, un participant relate : *« Nous n'avons aucun pouvoir. On a aucun pouvoir légal, aucun pouvoir de sanction mais on a un pouvoir de négociation avec*

*les écoles et je crois que nous devons apprendre à nous montrer un peu plus et ne pas être trop timide* ». De ce fait, les médecins scolaires n'ont guère de pouvoir de coercition face aux constats de manquements lors des visites de bâtiment. Par contre, certains autres acteurs l'ont, comme par exemple les pompiers ou comme les médecins inspecteurs de la Direction Générale de la Santé de la Communauté française. Les médecins peuvent donc s'appuyer sur ces partenaires. D'autant que, en dernier ressort, le médecin scolaire peut faire fermer l'école, après avis du fonctionnaire désigné.

Par ailleurs quelques participantes ont rappelé que certaines responsabilités ne sont pas de leur ressort comme, par exemple, la sécurité des bâtiments. Ainsi l'exprime une participante : *« C'est sûr qu'il ne faut pas accepter la responsabilité de la sécurité du bâtiment, nous ne sommes pas ingénieurs. Il faut bien dire que nous n'acceptons pas cette responsabilité. Parce que s'il y a le feu et qu'il y a quelque chose qui nous a échappé, nous ne sommes pas responsables de ça, de voir le fonctionnement de l'école. Les distributeurs, les soucis pour la santé des élèves : oui »*.

### 4.4.3. DE L'IMPORTANCE DE LA VISITE D'ETABLISSEMENT

Quoi qu'il en soit, plusieurs médecins ont mis en avant que la visite d'établissement scolaire peut s'avérer un moment propice pour nouer des contacts avec les enseignants (ne fut-ce que dire bonjour), de s'enquérir du cas d'un élève vu lors du bilan de santé mais, aussi, d'entrer en relation avec la direction de l'école : *« Moi je vois plutôt la visite d'école comme un contact avec le directeur »*.

Le premier contact entre médecin scolaire et direction de l'école va exercer une influence sur la qualité des relations à venir. Il est dès lors important que le médecin scolaire explique ses motivations par rapport à cette visite.

En outre, pour plus d'efficacité, nombre de médecins reconnaissent qu'il est intéressant de s'appuyer sur la collaboration d'autres professionnels tels que le médecin du travail, le conseiller en sécurité et les pompiers.

# CONCLUSIONS DE L'APMS ET RECOMMANDATIONS



## 5.1. COMMENTAIRES DE L'APMS

Par la lecture assidue des chapitres précédents, le lecteur se sera fait une idée de la réalité de terrain, de la disparité des situations professionnelles entraînant des inégalités dans la mise en œuvre des missions. Il aura compris la nécessité de la construction par les médecins scolaires d'une identité professionnelle et saisi combien les facteurs structurels et opérationnels influencent leurs représentations de la profession et de leurs pratiques en santé scolaire. Il aura aussi pris conscience des liens entre ces débats et la place que notre société accorde à la santé publique et à la prévention. En effet, la scission entre les deux aspects, curatif et préventif, est profonde, institutionnalisée, majorée par un déséquilibre des moyens affectés (humains et matériels) et par un manque, longtemps dénoncé, de formation des médecins dans les domaines de la prévention et de la santé publique. Or, la santé publique ne peut se priver des connaissances rassemblées en médecine curative tout comme celle-ci ne peut se priver de l'éclairage de la santé publique, ne fût-ce que pour s'inscrire avec efficacité dans une optique de promotion d'une santé globale de la population.

C'est aussi dans ce courant novateur que veut s'inscrire l'APMS au travers des propositions ci-dessous. L'APMS assume l'analyse des propos tenus lors des ateliers en termes de reconnaissance et d'identité professionnelle. La volonté de l'APMS était de laisser libre cours à l'expression d'un grand nombre de médecins scolaires, de laisser émerger la diversité des situations afin de constituer un état des lieux lucide qui permette d'améliorer l'outil que constitue le dispositif de promotion de la santé à l'école, revu par les décrets de décembre 2001 et mai 2002. Ce pari a été tenu puisque ce document reflète une disparité d'opinions et de comportements, témoins d'une véritable mosaïque de situations professionnelles.

Le Bureau de l'APMS, nombre de ses membres et nombre des médecins scolaires non affiliés ont été surpris, voire heurtés, par l'ampleur de la dégradation des conditions de travail et des difficultés auxquelles sont confrontés certains services et centres.

Des changements positifs sont possibles. Certains services se sont dotés des moyens humains et financiers pour aller de l'avant, disposant d'une coordination, se basant sur une réflexion globale donnant sens à leurs missions, réflexion à laquelle adhèrent tous leurs membres. Le Bureau de l'APMS constate

que les représentants de ces services ont, par respect, tenu à être discrets au cours des divers ateliers et qu'ils ont adopté une attitude d'écoute à l'égard de ceux qui, au quotidien, vivent davantage de difficultés et ont souhaité les exprimer.

Les membres effectifs de l'APMS ne peuvent concevoir un travail en médecine scolaire que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire dont chaque membre reconnaisse et respecte les compétences des autres.

L'APMS tient à dire que, quel que soit le mode de financement choisi pour rémunérer les services en charge de la PSE, le budget global qui y est alloué a un poids majeur. La diminution de la dotation dont ont souffert les services il y a plusieurs années, notamment par la suppression de l'expérience de rénovation, a vu croître le nombre de dysfonctionnements. En effet, il apparaît une scission nette entre des médecins scolaires qui continuent à se limiter aux examens médicaux et d'autres qui s'efforcent d'intégrer la promotion de la santé dans toutes leurs missions de médecine préventive (détermination des besoins, identification des ressources et contraintes, utilisation d'outils, élaboration de plans d'actions et évaluation des pratiques) tout en ayant une approche de santé publique (suivi de collectivité, recueil, corrections et analyse de données sanitaires, standardisation de pratiques, méthodes et matériel).

À mi-chemin, on retrouve des médecins qui sans investir l'ensemble des missions dans une optique de promotion de la santé, ont toutefois développé une pratique élargie des bilans de santé et du suivi des élèves.

*Exemple :*

*Si au cours d'un bilan de santé, le médecin passe plus de temps avec l'élève :*

- *cela améliore la perception positive de ce bilan par l'adolescent ;*
- *cela amène l'adolescent à être davantage acteur de sa santé (écoute, dialogue, question et réponses) ;*
- *cela permet de positionner ce bilan comme un acte de promotion de la santé et pas seulement comme un acte individuel.*

Atteindre cette qualité semble souhaité par la plupart des médecins scolaires, mais le nombre trop élevé d'élèves qu'ils sont mis dans l'obligation d'examiner dans le temps imparti s'y oppose. Ces bilans conservent alors une image négative, sans impact sur le jeune et sans impact sur la promotion de la santé.

Certains centres font de la promotion de la santé à travers les bilans de santé; ils incluent la promotion de la santé dans toutes les missions et non pas comme une autre partie de leur travail. Pour eux, le bilan est un acte individuel avec une portée de santé publique et communautaire. Ils intègrent les trois notions dans toutes les missions.

*Exemple :*

*Si on dispose de plus de temps pour la vaccination, cela permet concrètement d'aller à l'école parler aux élèves, de chercher les données manquantes avant la séance de vaccination en téléphonant par exemple aux parents, de faire des informations en salle de classe avant le bilan de santé mais aussi en salle de biométrie ou de dialoguer dans le bureau médical, de vacciner plus*

*d'enfants puisque le dossier est complet avec les dates précédentes, d'organiser des permanences vaccinales de rattrapage pour les absents, de sensibiliser les enseignants à la vaccination, etc.*

Alors ce simple acte technique de « piqûre », avec plus de moyens, de temps, de valorisation, passera d'un acte individuel à un acte qui a un impact en santé publique (meilleure couverture vaccinale) et un impact en promotion de la santé (rendre le jeune acteur de sa santé, par exemple par la gestion de sa carte de vaccination, par l'utilisation d'outils adaptés et conçus pour le public cible et qui visent à susciter leurs questions et leur réflexion propre).

Ainsi, la promotion de la santé ne doit pas être réalisée en plus des autres missions, mais intégrée à celles-ci. Certains services l'ont compris et dépassent le découpage artificiel de 70% de temps pour le suivi médical, en ce compris les bilans de santé et la vaccination et 20% pour la promotion de la santé. Ils l'expriment clairement à travers les projets de services. Ceux-là considèrent donc la promotion de la santé comme un des principaux leviers pour obtenir un impact en santé publique.

Dans les lignes qui suivent, le lecteur trouvera, d'une part, des recommandations et d'autre part, de vraies revendications qu'une Union Professionnelle est bien légitime de supporter, quant bien même elles n'ont en l'occurrence qu'un caractère assez général. Ces recommandations et ces revendications sont exprimées en toute clarté et simplicité; les bases qui leur servent d'argumentaires ayant été longuement exposées antérieurement, nous n'y reviendrons plus.

## 5.2. RECOMMANDATIONS

Avant d'entrer dans les recommandations proprement dites, il convient de retracer en quelques lignes la spécificité, la plus-value et la nécessité de bénéficier des compétences d'un médecin scolaire pour la Promotion de la santé à l'école.

L'APMS soutient qu'au sein des services PSE et centres PMS Cf, le médecin scolaire est, de par ses compétences :

- le garant du respect des pratiques scientifiquement fondées et de la rigueur des informations dans le domaine de la santé et plus particulièrement en ce qui concerne la médecine de l'enfance dans ses aspects préventifs, sociaux et/ou cliniques;
- le garant du secret médical et de la teneur des éléments du secret médical partagé;
- le garant en tant qu'acteur de santé publique du bien fondé des analyses de situation et de collecte de données, de la détermination des priorités et actions, de la transmission des informations;
- le seul interlocuteur légitime/légal/déontologique à l'égard de ses confrères;
- le seul à pouvoir poser un diagnostic médical au sein de l'équipe;
- le seul à poser l'indication, après concertation du médecin inspecteur d'hygiène, des traitements prophylactiques en milieu scolaire;
- le seul à assumer la responsabilité des actes médicaux prestés dans un service;
- le seul à pouvoir décider de confier un acte médical à un collaborateur non médecin;
- le seul à pouvoir utiliser des leviers professionnels en lien tant avec sa formation qu'avec sa qualité de médecin.

### 5.2.1. VISIBILITÉ DES MISSIONS ACCOMPLIES PAR LES SERVICES PSE ET CENTRES PMS DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

L'APMS recommande que

- la Communauté française crée un outil (symbole identificateur, sigle, logo) commun à utiliser par tous les services (SPSE et CPMS Cf), repris sur tous les documents et infrastructures et permettant d'identifier la structure PSE;
- l'identification du médecin scolaire référent de l'établissement scolaire apparaisse dans tout document évoquant peu ou prou la santé, tel que les projets d'établissements, les règlements d'ordre intérieur, le site informatique de l'établissement scolaire, etc.
- la Communauté française, pouvoir subsidiant, fasse par toute voie (audiovisuelle ou écrite) promotion univoque des dispositions décrétales communes aux SPSE et CPMS Cf en faveur des élèves et de leur famille;
- les informations destinées aux services et centres soient également communiquées aux directions d'établissements scolaires et inversement, que toute disposition prise en matière de santé dans le secteur de l'enseignement soit concertée au préalable avec les responsables du secteur santé et communiquée ultérieurement aux services et centres;
- toute vaccination réalisée par le médecin scolaire soit identifiée et enregistrée dans un système de collecte de données, accessible à tout autre vaccinateur, moyennant certes les précautions d'usage, notamment en termes de respect de la vie privée et de confidentialité.

- les écoles favorisent les contacts de proximité qui permettent aux services PSE et centres PMS Cf de présenter concrètement leur rôle aux parents, notamment en ce qui concerne l'amélioration du signalement des maladies transmissibles ou l'intégration d'un enfant malade chronique dans un établissement.

### 5.2.2. DES FONCTIONS EN CASCADE

Il convient d'éclaircir la notion de « médecin responsable » introduite par les décrets qui régissent le secteur, car elle soulève une ambiguïté. Pour ce faire, l'APMS préconise d'envisager les fonctions médicales en PSE selon plusieurs perspectives. Il convient d'insister sur le fait qu'elles doivent se concevoir dans une cascade de fonctions; chaque fonction peut rester compatible avec les trois autres. Ces fonctions sont :

- médecin examinateur
- médecin référent d'établissement
- médecin coordinateur
- médecin directeur

Pour rappel, ces fonctions sont plus précisément décrites dans le chapitre 3.

Les membres effectifs de l'APMS estiment qu'un médecin scolaire ne peut être exclusivement médecin examinateur, afin d'éviter les dérives suivantes :

- qu'un médecin scolaire soit parfois, et sans recours, instrumentalisé à des fins de survie de la structure;
- que les critères de qualité ne soient pas respectés dans le suivi médical des élèves (en ce compris les bilans de santé et la vaccination);
- que le médecin scolaire n'investisse pas l'ensemble des missions exigées par le décret PSE.

Ces dérives entraînent des préjudices pour les élèves, les familles et les établissements scolaires concernés.

L'APMS demande que la description de ces fonctions soit clairement intégrée dans les textes légaux.

### 5.2.3. OFFICIALIZER LA FONCTION DE MÉDECIN COORDINATEUR

L'APMS estime indispensable une reconnaissance claire et explicite, spécifiquement rémunérée, de la fonction de médecin coordinateur.

L'importance accordée à la valorisation de la fonction de coordination trouve sa source dans une volonté de maintien et d'amélioration de la qualité des services.

- L'existence d'un médecin coordinateur sécurise les utilisateurs car ils peuvent identifier une personne à qui s'adresser en cas de problème.
- L'existence d'un médecin coordinateur garantit les conditions d'application légales des « actes médicaux confiés ».
- L'existence d'un médecin coordinateur permet que les préoccupations d'ordre médical soient mieux prises en compte dans le choix des priorités du service en matière de techniques et d'équipement, de publics, de contenus des actes à fournir; le point de vue du médecin sera d'autant plus légitime et mieux pris en compte qu'il dispose d'une formation spécifique reconnue dans le domaine de la promotion de la santé à l'école et de la santé publique.
- L'existence d'un médecin coordinateur facilite l'accomplissement de l'ensemble des missions PSE par le service PSE ou le centre PMS Cf.

- L'existence d'un médecin coordinateur favorise le « travail ensemble » entre les différentes équipes du service et la standardisation des pratiques; il favorise aussi une parole collective des médecins examinateurs.
- L'existence d'un médecin coordinateur favorise la création d'un partenariat stable entre des organismes extérieurs et le service PSE.
- L'existence d'un médecin coordinateur favorise la participation du service PSE à des études épidémiologiques, à des études de faisabilité et à des recherches dans le domaine de la santé des jeunes et de la médecine préventive.

### 5.2.4. PLACE DU MÉDECIN SCOLAIRE DANS LES CENTRES PMS DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Si historiquement, les missions IMS, devenues PSE, ont été confiées au personnel médical et paramédical des CPMS Cf pour des raisons d'optimisation du fonctionnement, voire d'économie budgétaire, force est de constater que l'analyse n'en fait pas clairement la preuve. Les témoignages recueillis lors de ces États Généraux multiplient les exemples d'une application non satisfaisante des missions PSE selon les critères de qualité privilégiés par les médecins scolaires.

L'APMS estime que la Communauté française étant un pouvoir organisateur au même titre que les autres pouvoirs organisateurs, elle se doit d'appliquer le décret PSE dans son intégralité au sein des établissements scolaires de son propre réseau. Par souci d'équité dans les services rendus aux élèves de l'ensemble du territoire, l'application opération-

nelle des missions prévues dans le cadre du décret de Promotion de la Santé à l'École ne peut connaître ni exception ni cas particulier qui serait fonction du pouvoir organisateur.

### 5.2.5. LA DEMANDE DE FORMATION SPÉCIFIQUE

Les participants aux États Généraux ont questionné la formation de base en matière de médecine scolaire et formulé de nombreuses attentes en matière de formation continuée. Les recommandations ci-dessous passent en revue les différents types de formation à encourager.

La formation est un outil indispensable au service d'une revalorisation de la profession de médecin scolaire.

#### La formation de base en médecine scolaire

Celle-ci devra faire l'objet de concertation entre le pouvoir politique et les universités pour une harmonisation et une reconnaissance des diplômes universitaires. Une formation interuniversitaire devrait être étudiée.

L'APMS souhaite que soient requis : le diplôme de docteur en médecine et un certificat universitaire en médecine scolaire.

Ce dernier doit être en conformité avec les accords dits « de Bologne ». Il faut également reconnaître les anciens titres, exigés pour les médecins scolaires dans les législations précédentes. Le décret actuel qui régit la PSE devrait être adapté pour tenir compte des ces différents titres, nouveaux comme anciens.

#### La formation de médecin coordonnateur

Pour soutenir la reconnaissance officielle de la fonction de coordination, il importe de prévoir une formation spécifique pour les médecins qui souhaitent s'engager dans cette fonction.

L'APMS souhaite que soient requis : le diplôme de docteur en médecine assorti d'une expérience de minimum 5 ans de pratique en médecine scolaire ainsi qu'un diplôme en santé publique.

Dans la mesure où ce titre doit être en conformité avec les accords dits « de Bologne », l'APMS demande qu'une concertation soit organisée entre les représentants des médecins scolaires, le pouvoir politique et les universités, afin de définir quelle formule adopter pour correspondre au mieux au profil et aux critères de qualité définis pour cette fonction. Le décret actuel qui régit la PSE devrait être adapté pour tenir compte des ces différents titres, nouveaux comme anciens.

#### La formation continuée en médecine scolaire et en promotion de la santé à l'école

L'APMS revendique depuis toujours une médecine scolaire professionnelle et des services de promotion de la santé à l'école qui soient de véritables unités médicales préventives opérationnelles en santé publique et en santé communautaire. Pour atteindre ces objectifs, il faut que la formation continuée soit incontournable et obligatoire, dans des modalités à définir, pour tous les médecins pratiquant en PSE.

Certaines des formations continuées doivent porter sur le développement de compétences spécifiques aux médecins scolaires, d'autres doivent concerner des compétences communes à tout professionnel travaillant dans les services PSE ou centres PMS Cf.

Dans ce cas, des formations interprofessionnelles multidisciplinaires et des formations en équipe sont largement souhaitées par les participants aux États Généraux.

L'APMS se positionne comme un des organisateurs potentiels de ces formations continuées pour les médecins scolaires et également pour les équipes PSE. Pour que cette formation revête ce caractère professionnalisant, l'Association demande à être reconnue et subsidiée par la Communauté française dans cette activité.

### La formation de base en médecine

Afin de garantir une collaboration de qualité entre le médecin scolaire et le médecin généraliste, voire le médecin spécialiste, il convient que la formation de base en médecine prévoie une initiation théorique et pratique à la médecine préventive et à la santé publique. Un stage dans un service de médecine préventive serait à cette fin particulièrement utile.

## 5.2.6. STABILITÉ DES ÉQUIPES

La continuité des services et la qualité des prestations offertes aux bénéficiaires dépendent pour beaucoup de la stabilité des équipes. Cette stabilité a été mise à mal au cours des dernières années à cause de la dégradation des conditions de travail. L'APMS souligne l'urgence de mettre en place les mécanismes qui assureront une amélioration de ces conditions de travail en termes de viabilité et d'organisation des services, de bien-être au travail, de statut des personnes et de climat social. L'établissement de normes d'encadrement et la dotation d'un budget de fonctionnement sont des facteurs déterminants en ce sens.

## 5.2.7. SOUTIEN AU PARTENARIAT

Afin de toujours mettre l'élève au centre des préoccupations, il convient de favoriser la mise en place des conditions pour un réel partenariat interprofessionnel dans et en dehors des services PSE et des centres PMS Cf.

- Octroyer aux membres des équipes le temps adéquat pour se réunir et se former ensemble, en prévoyant ce temps dans l'établissement des normes d'encadrement.
- Valoriser les formations qui développent les compétences nécessaires au travail collaboratif.
- Développer des processus de communication entre secteurs professionnels mobilisés par la santé, le bien-être et le développement global de l'enfant et des jeunes.
- Coordonner les politiques qui ont une influence sur les milieux de vie des enfants et des jeunes et leur bien-être.

## 5.2.8. PARTICIPATION AUX FORMATIONS DES ENSEIGNANTS

L'APMS estime important que les enseignants, d'une manière générale, aient tous accès, durant leurs formations de base, aux notions concernant la santé de l'enfant et de l'adolescent dans ses aspects individuels et collectifs ainsi qu'aux notions de promotion de la santé et aux institutions qui s'y rapportent.

Dans le cadre de la formation continue, que les pouvoirs organisateurs des établissements scolaires doivent obligatoirement prévoir pour leurs enseignants et les autres membres du personnel scolaire, il est possible que les médecins scolaires, aidés par les membres des équipes PSE et centres PMS Cf., organisent in situ, à savoir dans leurs propres écoles, une

formation et un accompagnement pour aborder différents contenus liés à la santé et à la promotion de la santé. Cela valoriserait le personnel concerné tout en permettant d'accroître la reconnaissance de l'identité professionnelle du médecin scolaire et par tant, l'établissement du partenariat avec les écoles.

### 5.3. REVENDICATIONS

Les membres effectifs de l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires revendiquent le maintien et l'amélioration de la Promotion de la Santé à l'École, comme outil universel et gratuit de santé publique et de santé communautaire. Chaque enfant scolarisé dans l'ensemble de la Communauté française doit pouvoir avoir accès et bénéficier, quel que soit le réseau d'enseignement, des mêmes offres de services telles que précisées dans les décrets et arrêtés régissant la PSE. Cela nécessite impérativement une revalorisation du secteur afin de rencontrer les revendications légitimes suivantes, qui doivent toutes s'inscrire clairement dans les textes légaux.

- établir **des normes d'encadrement** afin de supprimer toute iniquité dans la prise en charge des élèves (une heure d'honoraires-médecin par tranche de 6 élèves sous tutelle\*) et afin de permettre l'instauration d'un partenariat stable, gage d'efficacité;
- établir **des normes de fonctionnement** afin de faire de la médecine scolaire un outil de santé professionnel en lui ménageant des conditions matérielles propices à la qualité des prestations;

- établir **des normes de rétribution** attractives pour ses praticiens, selon les statuts établis et les fonctions prestées;
- rendre **obligatoire la fonction de médecin coordinateur**, afin de donner à la médecine scolaire la dynamique nécessaire pour œuvrer utilement dans les domaines de la santé publique et de la santé communautaire;
- modifier **la législation concernant les compétences et les titres requis** pour exercer la médecine scolaire.

Les membres effectifs de l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires revendiquent encore :

- un toilettage rapide des textes légaux en termes de gestion et de prophylaxie des maladies transmissibles en milieu scolaire et en termes de titres requis et de formation continuée pour les médecins scolaires;
- la reconnaissance de leur Association en tant qu'outil de formation continuée, qui doit être doté des moyens financiers pour ce faire.

L'APMS se tient à disposition des décideurs politiques et des professionnels du secteur pour étudier de manière plus précise, notamment à travers l'organisation de groupes de travail, l'opérationnalisation de ses diverses revendications et recommandations.

\* Enquête APMS 2008



Depuis 1989, l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires APMS en tant qu'union professionnelle reconnue, regroupe les médecins ayant des missions de promotion de la santé à l'école dans l'ensemble des réseaux d'enseignements organisés (dans les CPMS de la Communauté française) ou subventionnés (dans les Services PSE communaux, provinciaux, libres), présents en Communauté française.

Ses missions se centrent sur

- La promotion de la santé en milieu scolaire
- La défense du rôle et du statut des médecins scolaires

L'Association assure la représentation des médecins scolaires auprès de différentes instances dont : le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé (CSPS), la Commission PSE, les Centres locaux de Promotion de la Santé (CLPS), le groupe PROVAC, etc.

**VISITEZ NOTRE SITE WEB :**

[www.apms.be](http://www.apms.be)

**CONTACTEZ-NOUS :**

[apms2005@hotmail.com](mailto:apms2005@hotmail.com)

Avec la collaboration du Service  
Communautaire de Promotion de la Santé  
Question Santé asbl  
pour le soutien à l'organisation des plénières,  
à la conception graphique et à la diffusion



Avec la collaboration  
du Service Communautaire  
de Promotion de la Santé APES-ULg,  
Ecole de Santé Publique  
de l'Université de Liège  
pour le soutien à l'organisation des ateliers  
et la rédaction des actes



Avec le soutien  
de la Communauté française  
de Belgique

