

Evaluation de la FST 2021-2022
Article pour la revue de santé scolaire et universitaire
Laura BELAÏDI

Titre : La FST de médecine scolaire : reflet de mon expérience.

Résumé :

La Formation Spécialisée Transversale de médecine scolaire offre la possibilité aux étudiants de médecine générale et autres spécialités, de se former en santé scolaire et universitaire. A travers ces 12 mois sur le terrain et sous-tendus par des formations théoriques, j'expose ici les enseignements de mon expérience riche en apprentissages professionnels et personnels, qui aujourd'hui m'ouvrent la voie de médecin de l'Education Nationale.

Introduction :

Alors que le rapport de la cour des comptes établi en 2020 estime que seulement 1/3 des postes de médecins scolaires est pourvu, une réforme du 3^{ème} cycle des études médicales propose depuis 2017, des formations spécialisées transversales, ou FST. En fonction de sa spécialité, l'interne peut choisir de réaliser 2 semestres supplémentaires dans une FST en lien avec sa maquette. L'internat de médecine générale donne alors accès à la FST médecine scolaire.

J'ai choisi de réaliser cette formation pour enrichir mes connaissances en termes de pédiatrie et de pédopsychiatrie, et également pour découvrir le travail du médecin de l'Education Nationale.

Cet apprentissage a duré un an, et a été supervisé par un médecin titulaire que j'ai suivi quelques mois avant de travailler seule. J'ai découvert le fonctionnement des centres médico-scolaires, effectué des visites en lycées professionnels, établissements du 1^{er} et 2nd degré et j'ai surtout effectué beaucoup d'examen de la sixième année. Également, j'ai rencontré de nombreux partenaires, intra et extra-institutionnels, ce qui m'a permis d'enrichir mon réseau. Cela a été possible car j'ai été affecté sur un secteur d'environ 3000 élèves au milieu de l'année scolaire 2021-2022. Ce secteur était classé en réseau d'éducation prioritaire et certaines écoles plus particulièrement en secteur prioritaire de la ville. En effet, à environ 70km de Bordeaux, la population qui y vit est souvent isolée de l'accès aux soins, et une certaine précarité sociale y est fortement installée. A cet endroit était également installé une importante communauté des gens du voyage.

Alors, durant cette année en médecine scolaire, j'ai tenté de me faire une idée de l'état de santé actuel des enfants et des adolescents. Ce même état de santé des enfants fait l'objet de quelques initiatives en termes d'études, notamment sur le surpoids et la santé dentaire, mais trop peu d'éléments objectifs sont produits en France. On sait pourtant que la relation entre l'école et la santé est bidirectionnelle : l'un influe sur l'autre et inversement. Les situations suivantes sont le fruit de ma réflexion sur ce qui, à travers les examens que j'ai observés et ceux que j'ai effectués, m'a semblé important à souligner quant à la santé des élèves. Autrement dit, je me suis intéressée aux facteurs qui peuvent influencer la santé des enfants et des adolescents dans le milieu scolaire et qui sont les suivants :

- **L'environnement de l'enfant**, c'est-à-dire son milieu familial y compris l'éducation qui lui est donné, son milieu social, un éventuel lieu d'habitation défavorisé ou encore sa qualité de vie ;
- **Sa catégorie sociale** : cela regroupe le niveau de revenus des parents et donc leurs catégories socio-professionnelles, mais aussi le niveau d'étude de la mère et le niveau de désavantage social ;
- **Son lieu d'habitation** : j'entends par là plutôt un territoire, plus ou moins éloigné des grandes villes et où l'accès aux soins y est plus compliqué ;

- **Une situation de danger ou à risque de danger** : un enfant peut en effet être « empêché » lorsqu'il est confronté à l'impensable ;
- **La psychologie et le bien-être** : cela est un facteur indispensable à prendre en compte lorsqu'on parle de santé des enfants.

1. L'enfant dans son environnement

Vignette clinique : Mathilde a 10 ans et est scolarisée en CM1. Déjà en maternelle avaient été remarqués un retard de langage, des difficultés de concentration et une certaine immaturité. Le bilan neuropsychologique montre un profil cognitif homogène dans les valeurs faibles. Alors qu'un maintien en grande section de maternelle avait été refusé par les parents, et qu'une information préoccupante ait été rédigée par l'école en CE1, la situation actuelle reste inquiétante. Au décours d'une discussion pluriprofessionnelle en présence des parents, le cadre légal du handicap est abordé, et une orientation en ULIS est proposée. Or, les parents de Mathilde, pour des raisons complexes et personnelles, expriment leur colère profonde contre ce qu'ils estiment être une injustice et manifestent avec véhémence leur refus quant à cette proposition d'adaptation.

Nous ne pouvons pas parler de santé, sans parler du modèle bio-psycho-social. En effet, la place de l'environnement de l'enfant pour son développement est non négligeable. Du nourrisson jusqu'à l'adolescent, l'individu est sans cesse en apprentissage. Le principal facteur qui influe sur le développement, et d'ailleurs le plus étudié, reste la famille.

J'ai pu remarquer que lorsqu'il s'agit de l'école la présence, l'avis, le soutien de l'entourage familial sont déterminants pour le bien-être de l'enfant. L'implication parentale dans la scolarité de l'enfant a été au cœur de plusieurs modèles théoriques de référence successifs : le modèle d'Epstein, en 2001, développe six types d'implication parentale possibles :

- Les pratiques éducatives à la maison (règles de fonctionnement) ;
- Le degré de communication entre l'école et la famille ;
- Le volontariat ou la participation aux activités organisées à l'école ;
- L'encadrement parental scolaire à la maison ;
- La participation aux prises de décisions ;
- La collaboration avec la communauté.

Les aspirations et les attentes des parents envers la scolarité de l'enfant s'intègrent bien dans le cinquième point soulevé ici, et c'est ce qui rend singulier le cas de Mathilde.

Récemment, le modèle écologique, étudie des facteurs plus distaux comme le quartier et la collectivité pour regarder de plus près leur lien avec le développement social et cognitif de l'enfant.

Dans cette situation, le médecin scolaire doit entendre la parole des parents et tenter de comprendre les raisons qui les ont menés à cette décision. Il doit alors veiller à la poursuite de la scolarité de cet enfant dans de bonnes conditions en tenant compte de ses forces et ses faiblesses. Il doit rester disponible pour les parents à tout moment.

2. L'enfant et les inégalités sociales de santé

Vignette clinique : Zaïyan est un petit garçon de 3 ans. Sa famille est issue de la communauté des gens du voyage et il est souvent absent. L'école s'inquiète car il n'a jamais été vacciné, il est obèse et présente des difficultés de comportement associés à une suspicion d'hypoacousie. L'échange avec les parents permet de mettre en avant une mésinformation quant aux recommandations vaccinales ainsi qu'une absence de consultation chez le médecin généraliste, se voyant opposer faute de moyen de transport personnel, l'absence de professionnel proche de chez eux. Également, la famille a pris rendez-vous chez un ORL à la demande de l'école, mais celui-ci est prévu dans un an.

Ces inégalités sociales de santé sont connues depuis des années, et leur intrication avec le développement de l'enfant ne laisse aujourd'hui que peu de place au doute. Le revenu du foyer est l'indicateur socio-économique le plus étudié.

Grâce au partenariat entre la Cour des comptes et l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), nous en attendons beaucoup de la cohorte Elfe, toujours en cours, et qui représente la plus grande cohorte évaluant la santé des enfants en France. Elle permet de suivre l'état de santé et de développement de la naissance jusqu'à l'âge adulte de 18.329 enfants nés en 2011.

Les premiers résultats en termes d'inégalités sociales de santé sont parlants :

- La proportion d'enfants de 2 à 4,5 ans souffrant de surpoids ou d'obésité est 3 fois plus élevée dans les foyers avec de faibles revenus ;
- Le nombre d'enfants présentant un retard de langage ou de développement psychomoteur à 3,5 ans est nettement plus élevé dans les familles monoparentales (respectivement 8 % et 11,5 %) ou lorsqu'un des deux parents est inactif, comparés aux parents en couple (respectivement 4,5% et 8,5 %).

D'autres comportements de santé ont déjà été mis en évidence en lien avec les inégalités socio-économiques des familles : temps passé devant les écrans, alimentation dysfonctionnelle et activités sportives réduites.

Le lieu de résidence est en soi un facteur d'inégalité de santé : selon l'étude Elfe, les enfants âgés de 5,5 ans résidant dans les communes à fort désavantage social ont deux fois plus de risque d'avoir une ou plusieurs caries, par rapport aux communes les plus favorisées (17,4 % versus 8,8 %).

Au final, dès l'entrée en maternelle l'écart se creuse entre les enfants de deux catégories sociales différentes.

Cela s'est également retrouvé lorsque la population française a été confrontée à la crise sanitaire du COVID-19. Selon l'étude CONFEADO, ce sont les enfants et adolescents issus des familles plus vulnérables, en situation d'isolement social et ayant des conditions de vie plus difficiles, chez qui la détresse psychologique s'est faite davantage ressentir

Dans le cas des enfants comme Zaiyan, le médecin scolaire a pour rôle de faire le lien avec la famille pour discuter de la santé de l'enfant. S'il y en a un, il peut faire le lien avec le médecin traitant. Il peut aussi orienter le patient et sa famille vers la PMI de secteur.

3. L'enfant et les inégalités territoriales d'accès aux soins

Vignette clinique : Noah est en classe de CM1. Il est pertinent à l'oral, mais en lecture il rentre à peine dans la combinatoire. Il lui est impossible de lire une phrase en entier. En numération, il sait enfin compter sur ses doigts et la base 10 n'est pas acquise. Son graphisme est, à l'image de ses capacités motrices, fragile. Noah est fatigable et rapidement en surcharge cognitive. A l'énoncé de ces éléments lors d'une équipe éducative, j'évoque la prise en charge orthophonique. Il m'est objecté que dans ce territoire, il n'y a pas d'orthophonistes pour évaluer les enfants dans un délai raisonnable et qu'alors, les écoles sont obligées de s'en passer.

Aux inégalités sociales, s'ajoutent les inégalités territoriales. On sait aujourd'hui que certains départements sont plus pauvres que d'autres. C'est le cas des départements d'Outre-Mer, de la Seine-Saint-Denis ou encore du Lot-et-Garonne. Mais au sein d'un même département a priori moins pauvre, des disparités territoriales peuvent être marquées.

En termes de pathologies, les familles ne sont pas toutes égales. Cela concerne les pathologies chroniques, ou encore la couverture vaccinale mais également la santé scolaire. En termes d'accès aux soins, cela se vérifie également : la répartition des professionnels de santé est totalement inégale. Dans les territoires ruraux ou bien dans les quartiers défavorisés, l'urgence se fait ressentir.

Malheureusement, ce phénomène ne concerne pas seulement les professions médicales mais également les professions paramédicales (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, infirmiers, etc.) et autres acteurs du champ médico-social (assistante sociale, travailleurs sociaux, éducateurs, etc.).

Pour le médecin scolaire, cela est un véritable enjeu. En effet, bien que certaines actions de médecine préventive puissent se faire seul, il s'agit souvent de travailler en partenariat pour le bien-être de l'élève. On se heurte alors à l'absence de réponse de l'autre côté du téléphone ou bien à des familles en difficultés quand elles se font opposer des refus de « nouveau patient » successifs.

Pour tenter de gommer ces disparités territoriales, on peut citer deux actions de Santé Publique France : la médiation en santé auprès des gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine pendant l'épidémie de Covid-19, et un dispositif qui permet de répondre aux besoins des populations qu'importe le niveau de littératie en santé.

Ici, la résignation de l'équipe pédagogique lors de la réunion pour Noah était telle, que d'autres solutions ont dû être évoquées par le médecin scolaire. En effet, il s'agit de continuer la prévention du décrochage et l'accompagnement la scolarité de l'enfant pour l'aider au mieux dans ses apprentissages, avec les moyens à disposition. Dans le cas de Noah, les enseignants spécialisés du RASED ont été mobilisés et il a été recommandé un rendez-vous de consultation en neuropédiatrie. L'orientation sera également travaillée.

4. L'enfant en danger

Vignette clinique : Kimmi a 7 ans et a réalisé une fellation auprès d'un garçon de son âge à deux reprises derrière la cabane de la cour de récréation. Lorsque ces faits à caractères sexuels sont révélés, Kimmi déclare avoir subi plusieurs fois de la violence physique de la part de son père. A ce moment-là, une classe entière est au courant mais refuse de parler. Un signalement judiciaire est réalisé par l'école, pour les deux enfants concernés.

La protection de l'enfant est un enjeu majeur de notre métier. Il s'agit de veiller au respect de la sécurité physique, morale et affective de ces mineurs qui, au sein même de l'institution ou en dehors de celle-ci, peuvent être mises à défaut.

La garantie des besoins fondamentaux de l'enfant passe par une prévention et un repérage précoce de ces situations dites « de danger » ou « à risque de danger ». Le médecin scolaire a en particulier un rôle de conseil auprès des écoles, et un rôle d'évaluation quand cela est nécessaire. Puis, selon l'article R4127-44 du Code de la Santé Publique, « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger ». Alors, il doit en informer les autorités judiciaires.

Le travail du médecin scolaire pourrait s'arrêter là et laisser place au dispositif d'aide sociale à l'enfance, mais il doit sans cesse s'enquérir du bien-être de cet enfant après les révélations et notamment dans ses relations sociales et ses apprentissages scolaires. Justement, on sait aujourd'hui que des différences significatives du parcours scolaire entre enfants placés ou non placés existent. Par exemple, le pourcentage de mineurs encore scolarisés en primaire alors qu'ayant l'âge d'entrer au collège est quatre fois plus élevé chez les mineurs placés que dans la population générale pour le même âge. A partir de 16 ans, ces jeunes placés sont également moins scolarisés et ont tendance à réaliser des cursus courts. Dans cette population, le personnel médical de l'Education Nationale (infirmier, psychologue, médecin) doit veiller au bon accompagnement de ces enfants et adolescents, et tant que faire ce peut, prévenir le décrochage scolaire. Cela nécessite d'importants moyens de communications et de partenariat pour que chacun se sente en sécurité au sein de l'institution.

Dans le cas de Kimmi, le médecin scolaire peut suivre à distance l'évolution de l'enquête sociale et judiciaire, mais il doit avant tout s'assurer du bien-être de l'enfant à l'école. Cela passe par l'échange avec les différents partenaires institutionnels (enseignants, périscolaire, psychologue, etc).

5. La santé mentale des enfants et des adolescents

Vignette clinique : Dordaneh est en classe de 4^{ème}. Sa famille est réfugiée iranienne depuis de nombreuses années, avec un parcours de migration difficile, notamment pour Dordaneh qui a été victime de violences sexuelles. Les apprentissages scolaires ne sont pas source de réussite pour elle, même si elle adore les cours de langues étrangères. Aujourd'hui, elle est isolée, présente des symptômes dépressifs avec des conduites dissociantes, des troubles du comportement alimentaire et imagine mettre fin à ses jours prochainement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un jeune sur sept de 10 à 19 ans dans le monde souffre d'un trouble mental allant de l'anxiété (le plus répandu) à la dépression, en passant par les troubles du comportement. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, le suicide représente la quatrième cause de mortalité dans le monde.

C'est cette tranche d'âge, de 11 à 17 ans, qui a toujours été le plus étudié. En effet, l'adolescence est une période sensible à toutes les habitudes sociales et émotionnelles qui peuvent entraver le bien-être mental des jeunes. De nombreux facteurs influent sur ce dernier : la qualité de sommeil, l'activité physique, les capacités à gérer les relations interpersonnelles, ainsi que les capacités d'adaptation à l'environnement et à d'éventuels problèmes. Alors, lorsque la crise sanitaire liée au COVID-19 s'installe en France en mars 2020 et entraîne de nombreuses périodes de confinement et de ruptures de liens sociaux, les jeunes souffrent. Cette période a été l'occasion de produire de nouvelles études et évaluations sur la santé mentale de cette population. Des bulletins hebdomadaires de surveillance à partir des données de passages aux urgences ou des consultations chez SOS médecins ont montré cela : depuis début 2021, le nombre de passages aux urgences pour gestes suicidaires, idées suicidaires et troubles de l'humeur ont augmenté chez les 11-17 ans. Parmi eux, les enfants scolarisés au niveau collège étaient les plus impactés.

De nombreux dispositifs ont été créés pour mieux prendre en considération cette santé mentale fragile des adolescents : notamment « Fil Santé Jeunes » qui offre un espace de parole de 9 h à 23h 365 jours par an aux jeunes grâce à un chat ou une ligne téléphonique. Également au niveau national, « Psycom » s'inscrit dans un modèle de prévention primaire et s'adresse aux enfants à partir de 8 ans. Des professionnels formés peuvent alors intervenir en milieu scolaire afin d'éveiller les consciences sur l'importance de la santé mentale.

Également, depuis 2019 en France a été lancé le programme de Premiers Secours en Santé mentale ou PSSM. Ce programme de formation vise à former des secouristes capables de mieux repérer les troubles en santé mentale et alors adopter un comportement adapté. Ce programme est accessible à tout public sans condition. Cela pourrait être une piste de formation pour l'ensemble des professionnels de l'Éducation Nationale, d'autant plus qu'un module « Jeunes » a été créé spécialement pour ce type de population.

Il s'agit maintenant de s'intéresser également à la santé des plus jeunes. En ce sens, nous attendons impatiemment les résultats de l'enquête Enabee qui s'est déroulée en mai et juin 2022 auprès de 500 écoles primaires tirées au sort et donc de 30.000 enfants de la petite section au CM2. Cette étude vise à combler un manque de données scientifiques à ce sujet, ainsi qu'à produire des résultats visant à améliorer les politiques publiques en matière de prévention et de prise en charge de la santé mentale des enfants de 3 à 10 ans.

La place du médecin scolaire dans le repérage, l'évaluation et l'orientation des élèves en souffrance psychique est centrale. Son regard médical et sa connaissance du réseau d'aide local viennent souvent compléter les observations et les aménagements mis en place par l'école.

Discussion :

Finalement, tous ces facteurs décrits ci-dessus permettent d'offrir un regard global sur la santé des enfants et des adolescents tel que cela m'est apparu pendant cette année de formation. Au-delà de ces éléments pris de manière indépendante, j'ai pu relever deux types de freins plus généraux à la prise en charge optimale de la santé de l'enfant : la multiplicité des acteurs institutionnels impliqués (différents ministères, caisse primaire d'assurance maladie, agences régionales de santé, protection maternelle et infantile, etc.) et la pluralité des professions de santé dédiées à la santé de l'enfants (médecins généralistes, pédiatres, médecin de PMI, médecin scolaire, etc.).

Pour autant, ces deux aspects peuvent devenir de vrais avantages quand ils sont utilisés de manière partenariale. Il serait intéressant de clarifier les missions des différents acteurs en favorisant leur complémentarité, de redéfinir le parcours de santé de l'enfant ou encore de développer les actions de médecines préventives efficaces en milieu scolaire.

Le médecin de l'Education Nationale a un rôle central dans les politiques de santé publique et la médecine de prévention. Son regard avisé sur les difficultés d'apprentissages, les relations sociales de l'enfant, sa place dans l'environnement scolaire et les possibles troubles liés à sa santé, est une aide précieuse pour l'équipe pédagogique qui accueille l'enfant. La place du médecin scolaire dans le partenariat entre professionnels de santé est un véritable atout pour la santé des élèves.

Conclusion :

A travers cette année de formation et l'expérience que j'y ai acquise, j'ai pu donner un reflet de la santé scolaire aujourd'hui et faire ressortir 5 facteurs qui l'influencent. Des études récentes et d'autres en cours actuellement laissent entrevoir une meilleure visibilité et une meilleure prise en considération de l'état de santé mental des jeunes ainsi que des inégalités sociales de santé, qui représentent deux grands enjeux. Des perspectives d'évolution sont possibles mais sont dépendantes des politiques de santé et d'enseignement mis en place aujourd'hui en France.

Aujourd'hui, ma double casquette de médecin généraliste et médecin scolaire m'a permis d'élargir ma vision de la santé des enfants et des adolescents. Le médecin scolaire a un rôle central en termes de prévention et de partenariat centrés sur l'intérêt de l'enfant. L'exercice est varié, tant par rapport à l'âge des enfants rencontrés que par rapport à la diversité des motifs pour lesquels le médecin est sollicité. Bien qu'une conscience collective existe, une prise en charge individualisée est le plus souvent nécessaire pour s'adapter aux différentes situations. Finalement, cette FST de médecine scolaire a été source d'une véritable satisfaction dans l'approfondissement de mes connaissances.

Bibliographie :

Chaput K, Herviant J, Jabot D, Khelladi I, De Lapasse B. Les inégalités territoriales de niveau de vie en France entre 2008 et 2017. INSEE Références ; 2021.

Code de Santé Publique. Article R4127-44.

Cour des comptes. La protection de l'enfance : une politique inadaptée au temps de l'enfant ; 2020.

Cour des comptes. La santé des enfants, une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; 2021.

Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale des adolescents ; 2021.

Premiers Secours en Santé Mentale France. Je deviens secouriste [internet].

Santé publique France. Santé mentale des enfants et des adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure ; 2022.

Tazouti F. Relations entre l'implication parentale dans la scolarité et les performances scolaires de l'enfant : que faut-il retenir des études empiriques ? La revue internationale de l'éducation familiale. 2014 ; 2 : 97-116.

Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. Dans : Presses Sciences Po, La santé dans ses autres états, volume 1. 2013. 41-53.