

Circulaire DGS/SD6D/Education nationale n° 2002/281 du 3 mai 2002 relative à la mise en place d'un dispositif de partenariat visant à améliorer le suivi et le recours aux soins des enfants repérés comme porteurs de problèmes de santé au cours de la visite médicale obligatoire effectuée au cours de la 6e année de l'enfant

03/05/2002

Références :

Code de l'éducation - titre IV - article L. 541-1 ;

Code de la santé publique - article L. 2325-1 ;

Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002.

Le ministre délégué à la santé, le ministre de l'éducation nationale à Mesdames et Messieurs les préfets de région, directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ; Mesdames les rectrices, Messieurs les recteurs d'académie ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ; Mesdames les inspectrices d'académie, Messieurs les inspecteurs d'académies, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale

Dans le cadre du partenariat engagé entre le ministère chargé de la santé et le ministère de l'éducation nationale, l'un des axes retenus a pour objet d'améliorer le suivi et le recours au système de soins pour les enfants repérés comme porteurs de problèmes de santé lors du bilan de santé de la 6e année. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la [loi n° 98-657 du 29 juillet 1998](#) d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, et participe plus particulièrement d'une volonté de développer ce recours pour les familles en difficulté.

La mise en oeuvre de cette mesure s'appuie sur la visite médicale obligatoire effectuée au cours de la 6e année de l'enfant qui permet de réaliser le dépistage des maladies, des handicaps et des déficiences pouvant entraver sa scolarité (Code de l'éducation - titre IV - article L. 541-1 - Code de la santé publique - article L. 2325-1).

En effet, tout problème repéré lors de cette visite, est signalé par un avis écrit aux familles leur demandant un retour d'information sur la consultation et la mise en place éventuelle de soins.

Un état des lieux réalisé sur les deux années scolaires 1999/2000 et 2000/2001 à partir des statistiques recueillies par les médecins de l'éducation nationale, permet d'estimer la moyenne des retours d'information des familles aux alentours de 35 %.

Même si ces chiffres ne reflètent qu'une réalité partielle, il s'avère nécessaire de garantir le recours précoce aux soins, notamment pour les élèves dont les familles sont le plus en difficulté : difficultés financières, culturelles, d'accès aux structures de soins, négligence, information inadaptée aux familles

Car si les problèmes repérés ne sont pas pris en charge précocement, ils peuvent entraîner des répercussions non seulement sur l'état de santé et le développement psychomoteur de l'enfant, mais aussi sur ses capacités d'apprentissage et sa réussite scolaire.

Certains départements ont déjà développé des dispositifs particuliers, s'appuyant sur un partenariat entre la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, les professionnels du système de soins, les collectivités locales, les caisses d'assurance maladie, le tissu associatif faisant intervenir parfois des « accompagnants santé ». Il convient désormais de créer ou de renforcer de tels dispositifs en priorité pour les élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP), et dans les quartiers de la politique de la ville.

Il appartient aux recteurs de définir au sein du projet académique la politique en matière de santé des élèves et notamment, d'inscrire en priorité le suivi du bilan de 6 ans et la prise en charge des problèmes de santé repérés chez les enfants.

Cette priorité, et sa mise en oeuvre, feront l'objet d'un protocole entre le recteur et le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et pourront être inscrites dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins [[circulaire DGS/SP2-n° 99-110 du 23 février 1999](#) relative à la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS)]. Ce protocole définira le cadre général du partenariat, les objectifs, les modalités d'intervention des différents acteurs impliqués dans ce suivi, les critères d'évaluation ainsi que les modes de financement. Il aura également pour objectif d'élaborer, en concertation, une stratégie commune visant à

améliorer l'accès et le recours aux soins pour les élèves.

A cet effet des crédits de l'Etat attribués aux PRAPS (ligne 47-11-20) pourront être mobilisés sur cette action.

Au niveau départemental la mise en oeuvre se traduira par une convention entre l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Un comité de pilotage départemental co-présidé par ces derniers sera mis en place. Il assurera l'organisation, le suivi et l'évaluation des actions. Composé des conseillers techniques de l'inspecteur d'académie et de représentants du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, il prévoira en particulier les conditions d'un partenariat élargi, associant le conseil général, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou tout autre organisme habilité à intervenir auprès des familles ainsi que les associations intervenant dans ce champ.

Ce dispositif vise à construire, dans l'intérêt de l'enfant, un réseau coordonné par la mission de promotion de la santé en faveur des élèves et impliquant aussi bien les partenaires internes qu'externes de l'éducation nationale, afin que tous partagent les mêmes objectifs, les mêmes méthodes, les mêmes critères d'évaluation.

A la fin de chaque année scolaire, un bilan commun de l'organisation, du fonctionnement et des résultats de ce dispositif sera adressé à la direction de l'enseignement scolaire et à la direction générale de la santé.

Le ministre de l'éducation nationale Jack Lang

Le ministre délégué à la santé Bernard Kouchner