

AVIS

relatif à la médecine scolaire

27 février 2013

Dans la suite de l'avis relatif à la politique de santé à l'École publié en juillet 2012 [1], le HCSP focalise spécifiquement son attention sur les missions des infirmiers et médecins de l'éducation nationale. Le HCSP a choisi de ne pas reprendre de façon détaillée les analyses largement présentes dans la bibliographie et qui ont fait l'objet de plusieurs rapports au cours des derniers mois [2-5]. Les travaux disponibles sont en effet convergents dans la mise en évidence de la contribution essentielle de la médecine scolaire¹ aux politiques d'éducation et de santé publique par ses actions à visée individuelle (accueil des élèves, bilans de santé, scolarisation des élèves souffrant de maladies chroniques ou porteurs de handicaps...) et collective (contribution aux projets de promotion de la santé). Pour autant, ces actions semblent limitées par :

- Une définition trop large des missions, incompatible avec les ressources humaines disponibles, ne permettant pas de faire face aux principaux enjeux de prévention, d'éducation et de santé et de soins auprès des élèves ;
- Une gouvernance inadéquate à l'échelon national (faible articulation entre politique éducative et politique de santé publique) et régional (intégration insuffisante de la santé à l'école au sein des politiques régionales et territoriales de santé) ;
- Une collaboration entre professionnels trop limitée au sein des établissements en matière de promotion de la santé (volet interne) ;
- Une articulation insuffisante de la médecine scolaire avec :
 - les acteurs de proximité impliqués dans le développement de l'enfant et de l'adolescent, en particulier les familles,
 - la médecine de ville et la médecine hospitalière à l'échelon des territoires.
- Des difficultés dans le recrutement et la formation des professionnels intervenant en milieu scolaire.

Sur la base des données disponibles, le HCSP appelle à :

- une redéfinition des missions de la médecine scolaire, une clarification du rôle de ses personnels ;
- une réorganisation de la gouvernance ;
- une stratégie de formation ambitieuse.

A. La définition des missions des personnels de santé de l'éducation nationale

¹ Dans cet avis, le terme « médecine scolaire » désigne ici l'action des personnels de santé de l'éducation nationale, médecins et infirmiers scolaires.

L'action des personnels de santé contribue d'une part à la création des conditions de la réussite éducative de tous les élèves, notamment des plus vulnérables, et d'autre part à la mission de l'école en matière de santé publique. La médecine scolaire intervient au sein des trois domaines de l'action de l'École en matière de santé :

- La création d'un environnement physique et social scolaire favorable à la santé notamment via l'accès à une prévention médicalisée ;
- La mise en œuvre de démarches de prévention ciblant les thématiques de santé publique prioritaires ;
- Un parcours éducatif en santé de l'entrée à la sortie du système scolaire.

Sans reprendre la liste exhaustive des missions des personnels de santé de l'éducation nationale ni remettre en cause la finalité générale de l'action de la médecine scolaire telle que définie dans les textes actuels², le HCSP souhaite mettre en exergue deux points en termes d'organisation des missions de la médecine scolaire :

1. Les infirmiers et les médecins scolaires interviennent à des échelons différents³

L'intervention des professionnels de santé est coordonnée mais leur échelon d'intervention est différent.

Le cadre de travail de l'infirmier est soit le collège et ses écoles de rattachement, soit le lycée. Il est l'acteur sanitaire qui, localement, au côté du chef d'établissement et des directeurs d'écoles, contribue directement à la mise en œuvre sur le terrain de la démarche de promotion de la santé.

Celui du médecin est le bassin d'éducation. Son rôle premier est celui d'interface tant avec les familles que les personnels et les acteurs du système de soins à l'échelon de ce territoire. La coordination des interventions médicales est à l'échelle départementale (plateforme articulant missions thématiques et territoriales pilotée par le Directeur académique des services de l'Éducation nationale) en lien avec les politiques sociales et de santé des territoires.

2. L'organisation des examens de santé périodiques est inadéquate

Considérant que seuls environ les deux tiers des enfants de 6 ans bénéficient effectivement d'un « bilan systématique », le HCSP s'interroge sur la finalité et la réalisation d'examens de santé périodiques offerts aux élèves en contexte scolaire.

a) *La multiplicité des objectifs des examens de santé pose problème*

Les examens de santé répondent à des objectifs différents qui doivent être clairement formulés :

- connaître l'état de santé des enfants et adolescents à l'échelon national ou régional ;
- repérer, dépister ou diagnostiquer des troubles de l'apprentissage et des problèmes médicaux non mis en évidence par la famille ou la médecine de ville ;
- réduire les inégalités de santé et leur influence sur la scolarité en facilitant la prise en charge médicale et sociale des difficultés rencontrées par les enfants en situation de vulnérabilité.

Cependant ces objectifs très différents génèrent une certaine confusion.

² Les missions des personnels de santé de l'éducation nationale sont consignées au sein des livres V relatifs à la vie scolaire (les visites médicales obligatoires, les centres médico-scolaires et la prévention des mauvais traitements), IV relatif aux établissements d'enseignement scolaire (les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté) et III relatif à l'organisation des enseignements scolaires (« l'éducation à la santé et à la sexualité », la prévention et l'information sur les toxicomanies) du code de l'éducation. La perspective d'ensemble de la politique de santé en milieu scolaire est donnée dans la circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011 « Politique éducative de santé dans les territoires académiques ».

³ Voir l'article suivant pour une mise en perspective des missions à l'échelon européen : Pommier J., Jourdan D., Berger D., Vandoorne C., Piorecka B. and Simões de Carvalho G. Health professionals' involvement in school health: perspective from seven European countries Eur J Public Health. 2009 Aug 17.

En ce qui concerne la connaissance de l'état de santé de la population, le « bilan systématique de tous les enfants » n'est pas un dispositif adapté à un objectif épidémiologique. Il n'est pas nécessaire d'étudier l'intégralité d'une population pour connaître son état de santé. Le HCSP rappelle que le recours à des échantillons représentatifs avec une approche méthodologique pertinente, un cadre éthique explicite suffit à garantir l'efficacité⁴ d'une étude épidémiologique. De plus, le fait de viser l'intégralité d'une population se fait au détriment de la fiabilité de la mesure. Il existe par ailleurs des enquêtes épidémiologiques de référence auxquelles les personnels de santé scolaire, infirmiers comme médecins, participent dans le cadre de leur contribution à la recherche⁵.

Les personnels de santé scolaire ont une contribution propre de première importance dans la mise en évidence et la prise en charge des déterminants sanitaires de la réussite éducative des élèves (en premier lieu les troubles sensoriels, du langage et de l'apprentissage). Il importe de dissocier le repérage (dont la responsabilité repose sur l'ensemble des acteurs de l'éducation au premier rang desquels les parents et les enseignants), le dépistage (qui concerne les personnels de santé formés) et le diagnostic (qui relève de la responsabilité des médecins). Ce sont les enseignants, en lien avec les parents, qui sont en situation de repérer de façon précoce les difficultés des élèves et, lorsqu'elles dépassent le cadre strictement pédagogique, de les orienter vers les personnels de santé ou de l'éducation spécialisée de façon à construire une prise en charge adaptée.

En ce qui concerne la réduction des inégalités de santé, le HCSP tient à rappeler que le dépistage, loin d'être une fin en soi, ne prend sens que s'il permet d'offrir une prise en charge adaptée. Sous la responsabilité des parents, elle peut faire intervenir les acteurs médicaux et sociaux. Les dispositifs existants restent néanmoins insuffisamment accessibles à tous, notamment du fait d'une inégale répartition sur le territoire. C'est tout le dispositif de repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge qui doit être organisé de façon cohérente à l'échelle de tous les territoires.

b) Le rythme des examens périodiques de santé eux-mêmes n'est plus adapté aux enjeux actuels

L'approche fondée sur une succession de « bilans de santé systématiques » a pu répondre aux problématiques de santé publique par le passé mais le HCSP considère qu'elle n'est plus adaptée aux enjeux actuels [6].

L'existence de passages obligés à des moments clé du développement reste nécessaire du fait de la diversité des situations sociales des élèves et de leur inégal suivi médical. Pour être efficaces, ces consultations doivent réellement couvrir l'ensemble de la population du fait des enjeux en matière d'inégalités de santé, ce qui n'est pas le cas dans le contexte actuel. De même, ils doivent offrir une part de contenu modulable en fonction du contexte individuel et socio-économique local. Le HCSP rappelle que les examens périodiques de santé sont complémentaires de l'action des familles sans s'y substituer.

Deux périodes cruciales doivent faire l'objet d'une consultation systématique : le début de la scolarité obligatoire (entrée dans le système scolaire, ou 6^e année) et le début du collège (entrée dans l'adolescence, ou 12^e année). En effet, le HCSP souligne qu'il n'existe pas d'arguments permettant d'asseoir la pertinence des examens systématiques de 9^e et 15^e années tels que prévus dans la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Le premier, parce qu'il se situe dans un système (l'école primaire) qui identifie efficacement les éventuelles difficultés de santé ou d'apprentissage, susceptibles de bénéficier d'une prise en charge à la demande. Le second,

4 Voir par exemple : le cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants et adolescents scolarisés qui est coordonné au niveau national par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la Santé (<http://www.drees.sante.gouv.fr/le-cycle-triennal-d-enquetes-sur-la-sante-des-enfants-et-6571.html>), avec le soutien de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) du ministère de l'Éducation nationale, enquête en cours de refonte. Voir aussi : Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006, Saint Pol T., BEH 6 septembre 2011 / n° 31.

5 Circulaire 2001-2013 du 12 janvier 2001.

peu mis en œuvre dans la réalité, n'est pas situé à un moment du développement au cours duquel un bilan généralisé peut permettre de faire émerger des problématiques de santé. A cet âge, il convient de développer, en articulation avec la famille, la médecine de ville et hospitalière et avec les services sociaux, l'accompagnement sanitaire individualisé des adolescents, notamment des plus vulnérables. Cet accompagnement est réalisé par des consultations et des entretiens, soit à la demande de l'élève et de sa famille, soit en fonction du contexte familial et socio-économique local et ce dans un cadre déontologique strict.

Un dispositif fondé sur deux examens systématiques à 6 et 12 ans adaptés aux réalités locales et des entretiens individuels est cohérent avec la maturation et les problèmes individuels éventuels de l'enfant et de l'adolescent⁶, les priorités de santé publique et l'objectif de réduction des inégalités de santé.

c) Le besoin de prendre en compte les spécificités individuelles

Le rapport Marmott [7] souligne que « le premier objectif politique concernant la réduction des inégalités de santé est de donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie par des dispositifs d'éducation et de prise en charge développés proportionnellement au gradient social ». En termes de santé publique, la priorité est de prendre en compte les situations de vulnérabilité [8], individuelles et locales, afin d'adapter le suivi médical à ce contexte.

La création d'une relation positive d'accompagnement sanitaire de l'élève au cours de la scolarité par un ou plusieurs entretiens individuels réalisés autant que de besoin, est une mission importante de la santé scolaire. Le HCSP rappelle que les professionnels de santé sont la référence permettant de créer une relation individuelle de confiance en milieu scolaire qui se prolongera tout au long de la scolarité. Celle-ci n'a de sens qu'à l'échelon local et dans le cadre d'une politique de promotion de la santé et de réduction des inégalités de santé à l'échelle de l'établissement (ou du bassin d'éducation)⁷.

Le suivi des avis et des recommandations des infirmiers et médecins scolaires par les familles est une question importante qui sera traitée dans l'avis « établissements scolaires, territoire et santé publique ».

Les examens périodiques de santé, les entretiens individuels sont des éléments du parcours santé (auxquels il faut ajouter les actions de prévention et d'éducation à la santé). La réussite de ce parcours repose sur la contribution des différents acteurs de santé et du social⁸ qu'il faut donc organiser pour en assurer le succès.

B. La gouvernance de la médecine scolaire

1. Position de la médecine scolaire au sein des politiques de santé

Echelon local

La médecine scolaire est appelée à être partie intégrante non seulement de la politique nationale d'éducation et de santé, mais aussi du projet local de santé et de soins à l'échelle d'un territoire de santé. La santé à l'école ne doit pas être simplement juxtaposée aux actions locales, elle doit en constituer l'une des dimensions effectives, les différents volets du projet étant en continuité les uns avec les autres et répondant à la même logique. Il existe plusieurs cas de territoires au sein desquels des démarches conjointes existent entre les acteurs médicaux et paramédicaux, par exemple avec les équipes de pédopsychiatrie⁹. Cette réponse collective nécessite que soit réalisé préalablement un diagnostic territorial en santé et en soins.

⁶ Roussey M., Kremp O. Examens systématiques de l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-002-B-10, 2007.

⁷ L'intégration des établissements scolaires dans les dynamiques locales de réduction des inégalités de santé sera traitée dans l'avis « établissements scolaires, territoire et santé publique ». En effet, le système éducatif est appelé, dans le cadre de ses missions, à contribuer spécifiquement à la prise en compte de problématiques spécifiques (vaccination, nutrition ...).

⁸ Ce parcours éducatif en santé fera l'objet d'un avis du HCSP au cours de l'année 2013.

⁹ Audition d'Agnès Ducros, EHESP.

Ce dispositif doit être contractualisé afin qu'il devienne pérenne. L'enjeu est que les différents personnels qui contribuent à l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent œuvrent ensemble sur le territoire dans une continuité éducative, préventive et de soins.

Le rôle des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est ici déterminant. Présents dans tous les établissements scolaires mais inégalement actifs, ces comités constituent la structure pertinente pour le pilotage des projets de santé des établissements et leur articulation avec les dispositifs territoriaux. Ces CESC sont mis en place soit à l'échelon des établissements, soit à celui des bassins d'éducation. Il importe de systématiser les CESC de bassin d'éducation qui fédèrent les politiques des écoles, des collèges et des lycées à l'échelon d'un territoire. La double logique du cadrage national et de la mise en œuvre adaptée aux réalités locales doit être inscrite dans les circulaires.

Enfin, les personnels de santé jouent un rôle essentiel mais encore insuffisant en ce qui concerne l'information des enseignants et des parents d'élèves. Outre la dimension individuelle de cette démarche, il importe également d'en développer le volet collectif notamment en direction des associations de parents.

Echelon régional

A l'échelon régional, il importe de mieux intégrer l'action des différents professionnels de la santé de l'enfant et de l'adolescent à l'axe santé scolaire des schémas régionaux de prévention des Agences régionales de santé (ARS).

2. Pilotage national de la médecine scolaire

A l'échelon national, le pilotage de la médecine scolaire doit mieux articuler éducation et santé. Ce pilotage doit rester entre les mains du ministère de l'Éducation nationale, mais le partenariat avec celui de la santé doit être fortement renforcé par un dispositif de conventionnement et par la création d'une instance de concertation et de copilotage. Les orientations proposées doivent tenir compte des priorités de santé publique, du contexte démographique et financier de l'ensemble du secteur de la santé. Les moyens de la sous-direction de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives à la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) mériteraient d'être renforcés.

Du fait de l'importance des enjeux territoriaux, il pourrait apparaître judicieux de mettre en place un corps médical de prévention territorialisée incluant les infirmiers et les médecins tant de l'État que des collectivités qui interviennent dans les dispositifs de prévention. L'analyse de la bibliographie montre qu'il existe trois types de dispositifs correspondant à des approches focalisées sur le milieu, le territoire ou les priorités de santé [9]. Une diversité de structures existe, d'ores et déjà, en France du fait de l'existence de services municipaux dans plusieurs villes. Aucune donnée bibliographique ne permet d'affirmer qu'un système d'État intégré à l'éducation nationale ou un système porté par les collectivités territoriales au sein d'une médecine préventive locale structurée soit plus efficient l'un que l'autre. Pour autant, le HCSP appelle fortement à une meilleure intégration de la santé scolaire aux dynamiques territoriales de santé.

C. Les ressources humaines de la médecine scolaire

1. L'attractivité des métiers et l'implication des acteurs territoriaux

Le nombre de médecins scolaires est en baisse constante, accentuant leur difficulté à assurer la pluralité de leurs missions. Selon le HCSP, la prise de mesures d'urgence visant à renforcer l'attractivité des métiers de santé au sein de l'éducation nationale, telle que préconisée dans les différents rapports publiés récemment, est indispensable. La revalorisation amorcée de la rémunération des médecins scolaires en est une des clés. Une autre est la mise en avant du rôle d'interface au service la réussite éducative de l'enfant. Ceci peut cependant être insuffisant pour empêcher la baisse des effectifs et réduire de fortes inégalités territoriales [10]. Il importe donc pour l'instant d'adapter les stratégies aux ressources actuellement disponibles localement et d'axer la réflexion sur une prise en charge collective des problématiques de santé par l'ensemble

des acteurs du système éducatif et du territoire ; on limitera ainsi les lacunes du système et les actions redondantes.

L'effort doit aussi porter sur la formation des acteurs et la coordination des tâches et des actions à l'échelle des réseaux territoriaux. Ces dynamiques de coopération locales constituent un enjeu central dans l'amélioration du service rendu aux enfants et adolescents. Pour permettre l'implication des professionnels exerçant en milieu libéral ou hospitalier, il est indispensable que ces tâches soient prises en compte et donnent lieu à contractualisation et financement propre par les ARS.

2. La formation de tous les acteurs du système éducatif

Il s'agit d'un enjeu de premier ordre dans la perspective d'une politique de santé de l'enfance et de l'adolescence. Dans un pays comme le nôtre, disposant d'une large palette de dispositifs de santé, la question de la santé des jeunes est tout autant une question d'identité professionnelle des personnels et de leur collaboration qu'une question de structure.

La création des Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) représente une opportunité réelle pour développer une culture commune aux personnels de santé publique. Les ESPE ont vocation à former les personnels de santé et sociaux sur la base d'un partenariat étroit avec les départements de santé publique et l'Ecole des hautes études en santé publique (logique décentralisée par groupes d'académies) mais également avec les différents spécialistes de l'enfant (pédiatrie, pédopsychiatrie, etc.). Des collaborations existent déjà autour de masters « éducation et santé publique » et de licences professionnelles « intervention en promotion de la santé ». C'est sur la base de ces partenariats déjà existants entre équipes de santé publique et de sciences de l'éducation que le dispositif de formations initiale et continue des médecins et infirmiers scolaires doit être conduit, en lien avec celles des autres professionnels de l'éducation formés eux aussi dans les ESPE, notamment les enseignants spécialisés et les psychologues scolaires. La formation d'adaptation à l'emploi doit inclure trois volets : un commun à tous les personnels, un volet spécifique aux personnels de santé et sociaux et un propre à chaque catégorie professionnelle (infirmiers et médecins). La formation continue doit également être développée sous forme de dispositifs ouverts à l'ensemble des personnels d'un établissement et de dispositifs spécifiques à une catégorie professionnelle déterminée.

Ayant pris en considération les points sus-cités, le HCSP appelle à :

- **une clarification des missions de l'école en matière de santé et de celles du personnel de santé scolaire ;**
- **une meilleure intégration du personnel de santé dans les politiques de santé, nationales et régionales via une gouvernance renouvelée ;**
- **une formation en santé publique initiale et continue pour les personnels de santé et les personnels éducatifs adaptée à la santé de l'enfant et de l'adolescent.**

Ainsi, le HCSP recommande spécifiquement :

1 - De réorganiser les missions de la médecine scolaire en référence aux enjeux de santé individuelle et de santé publique, notamment :

- par un recentrage des examens de santé périodiques sur deux consultations devenant réellement systématiques. Les consultations réalisées auprès de tous les enfants au cours de leur 6^e et de leur 12^e année, intègrent un entretien et un examen clinique. Ils comportent une partie commune à tous les enfants et une partie adaptée en fonction du contexte individuel et socio-économique local ; ils participent à la réduction des inégalités de santé. Dans la plupart des cas, les bilans seront réalisés par les infirmiers d'établissement ; les enfants seront orientés vers le médecin en cas d'atteinte de la santé (physique ou psychologique). Les principes de cette progression doivent être décrits dans la future loi de santé publique. De même, ces examens

périodiques doivent être prévus par la loi d'orientation sur l'Ecole dans le cadre de la politique de promotion de la santé.

- par le renforcement de l'accueil individuel des enfants, à leur demande ou dans le cadre d'un problème médical précis (par exemple, lors de la réalisation d'un Projet d'Accueil Individualisé).

2 - De renforcer les liens multilatéraux entre médecine scolaire, médecine de prévention territorialisée, médecine de ville et médecine hospitalière.

3 - De renforcer le rôle de la santé scolaire dans la mise en œuvre des politiques nationales et locales de santé, en réorganisant sa gouvernance :

- au niveau national, via une articulation plus étroite entre politiques d'éducation et politiques de santé, par un dispositif de conventionnement et la création d'une instance de concertation et de copilotage, ceci devant être prévu par la loi d'orientation sur l'éducation ;
- à l'échelon régional, par une intégration plus forte de la médecine scolaire dans les plans régionaux de santé publique pilotés par les ARS ;
- à l'échelon local, en rendant systématique la contractualisation d'un « parcours éducatif en santé » au sein des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) à l'échelle de bassins de vie¹⁰, incluant les examens de santé périodiques, les actions de prévention, la progression en matière d'éducation à la santé et la contribution des différents acteurs de santé et du social à la santé des élèves. Ce parcours éducatif devrait être intégré à la loi d'orientation sur l'éducation et son contenu défini par arrêté conjoint des ministères de l'éducation nationale et de la santé ; il importe également de systématiser les CESC de bassin qui fédèrent les politiques des écoles, des collèges et des lycées à l'échelon d'un territoire.

4 - De développer une culture en santé publique commune aux personnels scolaires (d'éducation et de santé) pour renforcer la cohérence des équipes éducatives au sein des établissements, fondée notamment sur un dispositif de formations initiale et continue mis en place à l'échelon régional au sein des Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) :

- une formation adaptée doit renforcer les compétences de l'ensemble des enseignants en matière de repérage, notamment ceux des cycles 1 et 2 (de la petite section de maternelle au CE1) ;
- la formation continue des médecins et infirmiers doit être systématisée ;
- la création d'un consortium universitaire est nécessaire pour systématiser les formations de tous les acteurs, de façon à couvrir l'ensemble du territoire. Pour ce faire, il importe de lancer dès que possible un appel d'offre national d'une durée suffisante (quatre ans).

Cet avis général sur la médecine scolaire sera suivi de trois avis spécifiques, portant sur les thèmes suivants : Parcours éducatif en santé ; Etablissements scolaires, territoire et santé publique ; Formation des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé à l'École.

Références

[1] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la politique de santé à l'école, juillet 2012.

Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=272>

[2] Rapport de la Cour des comptes. Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire, septembre 2011. Disponible sur :

¹⁰ Qui fédèrent les politiques des écoles, des collèges et des lycées à l'échelon d'un territoire.

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Contribution-a-l-evaluation-de-la-medecine-scolaire>

[3] Rapport d'information n° 3968 du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire présenté par M. G Gaudron et Mme M. Pinville. Assemblée nationale, 17 novembre 2011. Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>

[4] Rapport d'information n° 350 du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information (n° 3968) du 17 novembre 2011 sur la médecine scolaire, présenté par M. X. Breton et Mme M. Pinville, Assemblée nationale, 9 novembre 2012.

Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0350.asp>

[5] Enquête de la Cour des comptes sur la prévention sanitaire. Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011. Disponible sur :

http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

[6] Bourdillon F et Brodin M. Les grandes stratégies de dépistage en France. In : Bourdillon F., Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009.

[7] The Marmott. Review *Fair Society Healthy Lives*, February 2010.

[8] Lang T. Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie. HCSP, Actualité et dossier en santé publique n° 73, 2012.

[9] Pommier J. et Jourdan D. La santé à l'école dans les pays européens. Paris : Editions Sudel, 2007, 220 p.

[10] Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1er janvier 2011. Disponible sur :

<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>

La Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé a tenu séance le 27 février 2013 : 10 sur 16 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 10 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

Avis produit par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé

Le 27 février 2013

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr