FICHE 35

SANTÉ ET HYGIÈNE SCOLAIRE

I.	ORGANISATION DE LA MÉDECINE DE SOINS_____	280
	1 - Compétence propre de l'établissement scolaire	
	2 - Responsabilité de l'État, en cas de dommages	
II.	PERSONNELS DE SANTÉ_____	281
	1 - Membres de la communauté éducative	
	2 - Missions des personnels de santé	
	3 - Secret professionnel	
III.	PRÉVENTION_____	283
	1 - Lutte contre le tabagisme	
	2 - Lutte contre l'alcoolisme	
	3 - Vaccinations obligatoires	
	4 - Éducatoin à la sexualité et contraception d'urgence	
	5 - Maltraitance et violence sexuelle	
IV.	PROPHYLAXIE_____	287
	1 - Maladies contagieuses	
	2 - Restauration scolaire	
IV.	ACCUEIL DES ÉLÈVES HANDICAPÉS OU ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTÉ_____	287
	1 - Accueil des élèves handicapés	
	2 - Accueil des élèves atteints de troubles de la santé	

I. ORGANISATION DE LA MÉDECINE DE SOINS

1 - COMPÉTENCE PROPRE DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

1. “Les modalités d’organisation de la médecine de soins dans les EPLE relèvent de la compétence et de la responsabilité de ces établissements”, en application de l’article 57 du décret du 30 août 1985. Les EPLE disposent donc d’une autonomie certaine pour organiser leur propre service de médecine de soins.

Il incombe au chef d’établissement responsable de l’hygiène et de la sécurité, au nom de l’État, de définir, en collaboration avec les personnels de santé mis à sa disposition ou extérieurs à l’établissement, l’organisation qui sera de nature à répondre aux besoins des élèves et des personnels de l’établissement en tenant compte, ainsi que le prescrit la circulaire n° 86-144 du 20 mars 1986, de paramètres sociaux, économiques, de l’environnement médical et hospitalier, des personnels affectés, de la nature de l’enseignement dispensé dans l’établissement et des risques encourus du fait de la présence d’un internat, d’un gymnase...

Le projet est soumis au conseil d’administration qui a compétence pour délibérer sur toutes les questions relatives à l’hygiène et à la santé, et notamment sur les modalités d’organisation de la médecine de soins. Une fois le dispositif adopté, le chef d’établissement en informe les services de santé scolaire de l’inspection académique et du rectorat et les avise des modifications qui lui seraient apportées.

L’organisation des soins tant avec les personnels de santé de l’Éducation nationale qu’avec les services de santé extérieurs aux établissements scolaires doit permettre de répondre à toutes les situations. La circulaire précitée du 20 mars 1986 recommande ainsi aux chefs d’établissement de s’assurer le concours d’un établissement hospitalier public ou privé à titre non lucratif permettant une hospitalisation de l’élève sans délai ni formalité.

Le dispositif doit tenir compte de la présence ou non d’une infirmière dans l’établissement. S’il y a une infirmière, celle-ci a compétence pour effectuer les soins permettant de répondre aux situations d’urgence, dans les conditions exposées dans la deuxième partie sur les personnels de santé. En revanche, s’il n’y a pas d’infirmière affectée dans l’établissement, la circulaire du 20 mars 1986 conseille d’obtenir un avis téléphonique compétent en composant le 15 ou le numéro du SAMU, pour

décider de la marche à suivre en cas d’accident. Des dispositions particulières doivent être également prévues si l’établissement accueille des élèves handicapés ou atteints de troubles de la santé.

Pour clarifier les modalités d’organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d’enseignement, a été publié un protocole national du 29 décembre 1999 à destination notamment des infirmier(ère)s et médecins de l’Éducation nationale. Il définit notamment la liste des médicaments d’usage courant ou d’urgence pouvant être détenus dans les infirmeries scolaires ainsi que les procédures d’intervention à mettre en œuvre dans des situations médicales d’urgence. Le protocole national comprenait un dispositif spécial relatif à la prévention des grossesses non désirées qui permettait à l’infirmière scolaire, dans le cas d’extrême d’urgence et de détresse caractérisée, de délivrer la contraception d’urgence, en l’espèce le NorLevo (1) (cf. § 6 et suivants).

2 - RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT, EN CAS DE DOMMAGES

2. L’organisation de soins médicaux doit être obligatoirement prévue, une mauvaise organisation ou un mauvais fonctionnement des soins et des urgences au sein des établissements étant susceptible d’engager la responsabilité de l’État (2 et 3).

L’État a ainsi été déclaré responsable des dommages causés à un élève auquel l’établissement scolaire s’était borné à procurer des soins très sommaires et à le renvoyer à son domicile sans prévenir les parents, alors que les radiographies effectuées ensuite ont révélé une entorse cervicale et que l’état de l’enfant a justifié une incapacité temporaire totale de six semaines (4). De même, s’il ne peut être reproché à l’État l’absence de personnel de santé à temps complet dans les établissements scolaires, l’assistante sociale qui a renvoyé à son domicile un élève blessé après lui avoir nettoyé une plaie, aurait dû alerter aussitôt ses parents ou faire intervenir un médecin. La responsabilité de l’État a été engagée dès lors qu’en se bornant à renvoyer l’enfant à son domicile, sans avis médical, le personnel du service public de l’enseignement a privé l’enfant de la possibilité d’obtenir un diagnostic utile (1). Enfin, le seul fait qu’un collègue, alors qu’il ignorait les causes des douleurs dont se plaignait l’élève, n’ait pris aucune mesure qui eût permis une prise en charge plus rapide de l’intéressé, révèle un fonctionnement défectueux de la médecine de soins constitutif d’une faute, le collègue ne pouvant par ailleurs se prévaloir de l’erreur commise par la victime sur les causes de ses souffrances et la gravité de son état (en l’espèce torsion testiculaire) (2).

(1) CE, 30 juin 2000, Association “Choisir la vie” et autres.

(2) TA, Paris, 24 novembre 1966, époux Bidaut et Sieur Todman.

(3) CAA, Nantes, 30 décembre 1998, M. et Mme Prévost.

(4) TA, Versailles, 12 juillet 1989, époux Friboulet.

II. LES PERSONNELS DE SANTÉ

1 - MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ ÉDUCATIVE

3. L'article L. 913-1 du Code de l'éducation dispose que les personnels de santé font partie de la communauté éducative. À ce titre, les médecins de l'Éducation nationale, et les infirmières qui assurent la médecine de soins, participent au fonctionnement des établissements scolaires. Ils siègent au conseil d'administration au sein du collège des représentants du personnel administratif. Ils sont également membres du conseil de classe chaque fois qu'ils peuvent apporter des éléments susceptibles d'éclairer la situation d'un élève dont ils ont eu à connaître le cas personnel. Dans les lycées d'enseignement technique ou professionnel, en application de l'article 1^{er} du décret du 27 novembre 1991, ils assistent de droit aux séances de la commission d'hygiène et de sécurité prévue à l'article L. 231-2-2 du Code du travail, en qualité d'expert mais n'ont pas voix délibérative.

En tant que membres de la communauté scolaire, médecins et infirmières élaborent des programmes d'actions spécifiques à partir des besoins rencontrés en matière d'éducation à la santé et qui ont pour objet la lutte contre la toxicomanie, le tabagisme, l'alcoolisme, la prévention de la maltraitance ou des maladies sexuellement transmissibles. Ils proposent des projets qui sont inscrits dans le cadre du projet d'établissement adopté par le conseil d'administration. Le conseil de vie lycéenne, dans les lycées, examine, à l'occasion de l'élaboration ou de la révision du projet d'établissement, les questions relatives à l'hygiène et à la sécurité ayant trait à la vie scolaire.

2 - MISSIONS DES PERSONNELS DE SANTÉ

4. Les médecins de l'Éducation nationale sont statutairement chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé de l'ensemble des enfants scolarisés dans les établissements scolaires de leur secteur d'intervention. Leurs missions sont définies par des textes réglementaires et précisées par la circulaire du 12 janvier 2001.

Les médecins de l'Éducation nationale effectuent les examens et contrôles de santé suivants auxquels les élèves, selon l'article 3 du décret du 30 août 1985, sont tenus de se soumettre :

- Ils réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire (art. 2 du décret du 27 novembre 1991). Conformément à l'article L. 541-1 du Code de l'éducation,

au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Le nouveau bilan de la sixième année est fondé sur l'évaluation des compétences neuro-sensorielles nécessaires à l'apprentissage des langages. Ce bilan porte notamment sur la conscience phonologique et son rôle dans l'apprentissage de la lecture. Il est nécessaire qu'il soit effectué dès le début de la grande section de maternelle afin qu'un réel suivi puisse être mis en place avant le passage en cours préparatoire. Avant cette visite médicale de l'âge de six ans, le service départemental de protection maternelle et infantile aura organisé, en application de l'article L. 2112-2 du Code de la santé publique, des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans dans les écoles maternelles.

- Ils réalisent le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle qui s'impose à l'issue de la scolarité au collège et le bilan de santé qui peut avoir lieu lors de l'entrée au collège (CM2 ou sixième) en fonction des besoins recensés.
- Ils effectuent des examens périodiques tout au long de la scolarité et assurent la surveillance sanitaire des élèves (art. L. 541-1 et s. du Code de l'éducation). À ce titre, ils sont tenus de transmettre aux familles les constatations médicales résultant des visites médicales, dont il est nécessaire qu'elles aient connaissance pour la sauvegarde de la santé de leurs enfants. Le fait pour une famille de n'avoir pas été informée de la maladie constatée chez son enfant constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'État (3). Mais, ils ne peuvent imposer aux familles de faire suivre à leurs enfants des traitements ou des consultations. La décision de faire soigner un enfant appartient à celui ou ceux qui exercent l'autorité parentale.
- Ils émettent un avis sur l'aptitude des élèves des établissements d'enseignement technique à utiliser des machines ou des appareils dangereux, cet avis étant nécessaire pour l'obtention de l'autorisation donnée par l'inspecteur du travail (art. R. 234-22 du Code du travail).
- S'agissant du contrôle de l'aptitude physique des élèves à la pratique de l'éducation physique et sportive, ils peuvent délivrer, à l'occasion des examens périodiques prévus en cours de scolarité par les articles L. 541-1 à L. 541-4 du Code de l'éducation, des certificats constatant une inaptitude totale ou partielle à la pratique de cette discipline (art. 2 du décret n° 88-977 du 11 octobre 1988). Dans le cadre de ce contrôle, les médecins de l'Éducation nationale sont également destinataires des certificats médicaux constatant une inaptitude partielle ou totale à la pratique de l'EPS supérieure à trois mois. Lorsque l'inaptitude constatée d'un élève excède trois mois consécutifs ou cumulés, ils assurent un suivi particulier

(1) CAA, Lyon, 6 juin 1996, M. et Mme Taleb Djelassi.

(2) CAA, Lyon, 30 mars 2000, M. Olivier Villard c/collège Jean Vilar.

(3) CE, 17 juin 1955, Sieur Courtial.

de l'élève en liaison avec le médecin traitant et peuvent à leur initiative exercer un contrôle de l'aptitude physique de l'élève.

Les médecins de l'Éducation nationale peuvent également effectuer des examens à la demande des parents, de l'élève lui-même, de l'infirmière, de l'assistante sociale ou de tout membre de l'équipe éducative, ainsi que le rappelle la circulaire du 12 janvier 2001. Les enseignants d'éducation physique et sportive peuvent, s'ils l'estiment nécessaire, en application de l'article 3 alinéa 2 de l'arrêté du 13 septembre 1989, demander l'examen d'un élève au sujet duquel ils ont de sérieux doutes sur l'inaptitude invoquée à la pratique du sport ou dont le certificat médical établi par le médecin traitant ne lui semblerait pas répondre aux prescriptions fixées par l'arrêté.

Les infirmier(ère)s de l'Éducation nationale exercent leur profession dans le cadre fixé par le décret du 16 février 1993 et du décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier pris en référence aux articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8 du Code de la santé publique. La circulaire du 12 janvier 2001 trace le cadre général de leurs missions qui consistent en particulier à accueillir et accompagner les élèves, organiser les soins et les urgences, contribuer par un dépistage infirmier à la visite obligatoire entre 5 et 6 ans, organiser un suivi infirmier et développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité.

L'infirmier(ère) assure dans les conditions prévues par le décret du 15 mars 1993 l'administration des médicaments prescrits dans le cadre des projets d'accueil individualisé et des traitements ambulatoires, ou des médicaments vendus en officine de pharmacie et répondant aux besoins des élèves et des personnels de l'établissement.

Les infirmier(ère)s doivent répondre aux situations d'urgence et décider si l'état de santé de l'élève relève d'une hospitalisation, de soins médicaux ou infirmiers. L'article 6 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières qui dispose que ceux-ci sont tenus "de porter assistance aux malades ou blessés en péril", doit être combiné avec les dispositions de l'article 223-6 du Code pénal réprimant le délit commis par celui qui s'abstient de porter à une personne en danger l'assistance que "sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours".

En l'absence du médecin, ainsi que le précise l'article 8 du décret du 15 mars 1993 précité, l'infirmière est habilitée à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable et à accomplir les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin. En l'absence de protocole et lorsque la situation d'urgence s'impose à l'infirmière, cette dernière décide des gestes à pratiquer en attendant l'intervention du médecin. Quelle que

soit son affectation dans la mesure où il (elle) est présente dans l'école ou l'établissement, l'infirmier(ère) assure la réponse à l'urgence en se référant en particulier au décret du 15 mars 1993, au protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement ainsi qu'aux modalités d'organisation de la médecine de soins fixées par l'établissement.

Les dispositions des articles R. 44-1 à R. 44-6 du Code de la santé publique relatives à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés s'appliquent également aux infirmeries des écoles et établissements publics locaux d'enseignement.

3 - SECRET PROFESSIONNEL

5. Médecins et infirmières sont tenus du fait de la nature de leurs fonctions au secret professionnel en vertu respectivement des articles 4 du Code de déontologie médicale et L. 481 du Code de la santé publique qui précisent que le secret couvre non seulement ce qui leur a été confié mais aussi ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. La violation de ce secret constitue un délit sévèrement réprimé par l'article 226-13 du Code pénal ; les intéressés encourent non seulement une peine d'emprisonnement d'un an mais aussi 100 000 F d'amende. Toutefois, lorsque la loi impose ou autorise la rupture du secret professionnel, ces dispositions répressives ne sont pas applicables (art. 226-14 du Code pénal). De même, n'encourt aucune répression celui qui révèle aux autorités judiciaires, médicales ou administratives, des sévices ou des privations infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne incapable de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique (art. 226-14-1° du Code pénal). Le médecin, avec l'accord de la victime, peut également signaler au procureur de la République les sévices laissant présumer la commission de violences sexuelles de toute nature (art. 226-14-2° du Code pénal).

Les personnes astreintes au secret professionnel sont exclues de l'obligation de dénonciation prévue aux articles 434-1 et 434-3 du Code pénal qui impose à tout citoyen de dénoncer les crimes et les mauvais traitements ou les privations dont il a eu connaissance, infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique. Mais bien que la décision de signalement relève de leur seule conscience, les dispositions réprimant la non-assistance à personne en danger leur demeurent toujours applicables.

Enfin, l'article 40 du Code de procédure pénale fait obligation à toute autorité publique ou à tout fonctionnaire, que sont les médecins et infirmier(ère)s de l'Éducation nationale, qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit, d'en aviser sans délai le procureur de la

République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. La circulaire du 26 août 1997 précise les modalités d'application pratique du signalement des faits de nature sexuelle fondé sur l'article 40 du Code de procédure pénale (1).

Le chef d'établissement garantit le respect de la confidentialité des éléments d'information dont disposent les personnels de santé et la protection du secret médical qu'il s'agisse des dossiers, des courriers ou même des communications téléphoniques. Le secret professionnel auquel sont astreints médecins et infirmières lui est opposable lorsqu'il souhaite obtenir la communication d'informations contenues ou non dans les dossiers médicaux des élèves, ainsi que le rappelle la circulaire n° 76-312 du 29 septembre 1976 (RLR 505-4). Toutefois, le secret médical ne doit pas empêcher de déterminer avec l'équipe éducative les mesures à prendre pour faciliter l'orientation ou assurer la sécurité des élèves. Ainsi, les personnels de santé participent au conseil de classe dans la mesure où ils ont eu à connaître du cas d'un élève dont la situation est examinée.

Les familles des élèves mineurs peuvent toujours obtenir la communication par l'intermédiaire du médecin de leur choix, des dossiers médicaux scolaires de leurs enfants, nonobstant le secret professionnel (2).

III. PRÉVENTION

1 - LUTTE CONTRE LE TABAGISME

6. La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme a posé le principe de l'interdiction de fumer "dans les lieux affectés à un usage collectif, hormis dans les emplacements qui, sauf impossibilité, devront être mis à la disposition des fumeurs". Les locaux scolaires font l'objet de dispositions réglementaires propres fixées par le décret n° 92-478 du 29 mai 1992 et insérées dans le Code de la santé publique, au titre des articles R. 355-28-1 à R. 355-28-13 (RLR 552-4).

Dans les collèges et les lycées, l'interdiction de fumer s'étend à tous les lieux y compris aux lieux non couverts fréquentés par les élèves, pendant la durée de cette fréquentation. Toutefois, dans les lycées, si les locaux sont distincts de ceux des collèges, des salles, exceptées celles affectées à l'enseignement, au travail et aux réunions, peuvent être mises à la disposition des lycéens fumeurs. Quant aux personnels fumeurs, des salles spécifiques peuvent leur être réservées à l'exclusion des salles réservées aux

enseignants, tant dans les collèges que les lycées.

Il incombe au chef d'établissement responsable de l'hygiène et de la sécurité de saisir son conseil d'administration des directives à mettre en œuvre dans l'établissement et de la désignation des locaux à mettre à la disposition des fumeurs en tenant compte notamment des conditions d'utilisation, d'aération et de ventilation de ces locaux. Le chef d'établissement met en place une signalisation apparente rendue obligatoire pour rappeler l'interdiction de fumer dans les lieux vus ci-dessus et indiquer les emplacements mis à la disposition des fumeurs.

Il est également précisé que dans les locaux à usage collectif destinés à l'accueil et à l'hébergement des mineurs de moins de seize ans (cas des internats), ces derniers ne peuvent accéder aux emplacements mis à la disposition des fumeurs.

2 - LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

7. La consommation des boissons alcoolisées chez les jeunes, dans la mesure où elle devient excessive est responsable de nombreux accidents, rixes ou bagarres tant au sein de l'établissement scolaire qu'à ses abords.

Elle est de nature à provoquer une accoutumance qui sera un frein au développement personnel, physique et intellectuel des adolescents qui s'y adonnent.

Il appartient au chef d'établissement responsable de l'hygiène et de la sécurité de prendre les mesures nécessaires pour lutter contre la consommation excessive d'alcool par les jeunes.

La circulaire du 6 mai 1968 modifiée, portant instruction générale relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène alimentaire dans les établissements publics universitaires et scolaires, interdit de servir des boissons alcoolisées aux élèves des collèges et des classes de seconde, première et terminale des lycées qu'ils soient internes ou demi-pensionnaires, même s'il s'agit de vin coupé d'eau, de bière ou de cidre. Elle prohibe également la distribution et la vente de toute boisson alcoolisée à l'intérieur de l'établissement notamment par le moyen de distributeurs automatiques.

L'article 227-19 du Code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende le fait de provoquer directement un mineur de 15 ans à la consommation habituelle ou excessive de boissons alcoolisées, à l'intérieur d'un établissement scolaire ou aux abords de l'établissement, à l'occasion des entrées ou sorties des élèves. Par ailleurs, l'article L 20 du Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme, interdit de remettre ou de distribuer à des mineurs, des prospectus, buvards, protège-cahiers ou autres objets vantant les mérites d'une boisson alcoolisée ou portant la marque ou

(1) CE, 20 mars 2000, MM. Alain et François Hanse.

(2) CE, 18 avril 1975, Sieur Guihaumé.

le nom du fabricant d'une telle boisson.

Le chef d'établissement doit donc veiller au respect de ces prescriptions à l'intérieur de l'établissement. Il doit également comme l'y invitent les circulaires du 31 mai 1996 et du 20 septembre 1999 mener en ce domaine, une action de prévention.

Ainsi, il doit s'attacher à ce que tous les membres de la communauté scolaire participent, chacun dans son domaine, à la sensibilisation et à l'information des jeunes sur les dangers potentiels que représente l'alcool. Il doit veiller à ce que cette action soit notamment intégrée dans le projet d'établissement.

3 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES

8. Dans l'intérêt de la protection de la santé publique, les articles L. 3111-1, L. 3111-2, L.3111-3 et L. 3112-1 du Code de la santé publique rendent obligatoire la vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélique et par le BCG et établissent un lien entre le respect de l'obligation vaccinale qui incombe aux parents et l'obligation scolaire. Ainsi, aux termes de l'article 12 du décret du 28 février 1952 pris en application à l'époque de l'article L.7 du précédent Code de la santé publique, l'admission d'un élève dans un établissement scolaire est subordonnée à la présentation de documents (carnet de vaccination ou certificat médical) attestant que l'enfant a été soumis aux vaccinations obligatoires ou en est dispensé pour contre-indication médicale.

Les certificats de vaccinations obligatoires ou les photocopies de ces documents doivent figurer parmi les pièces demandées aux familles lors de la constitution du dossier d'inscription dans les établissements du second degré, en application de la circulaire du 26 juin 1968.

Il résulte des dispositions réglementaires précitées que l'accès à un établissement scolaire ne peut être interdit à un enfant non vacciné pour lequel est produit un certificat de contre-indication médicale (1). Toutefois, a été jugé fondé en droit le fait d'interdire la pratique de l'éducation physique et sportive à un élève qui a été régulièrement admis dans un établissement scolaire en application de l'article 12 du décret du 28 février 1952, mais dont la situation vaccinale, lors d'un contrôle médical réalisé en cours de scolarité par le médecin scolaire dans le cadre des examens périodiques prévus par l'article L. 541-1 du Code de l'éducation, a été jugée incompatible avec cette activité alors même qu'il justifierait d'un certificat médical attestant une contre-indication aux vaccinations obligatoires (2). Un chef d'établissement peut également, s'il l'estime néces-

saire, refuser à un élève non vacciné pour des motifs médicaux valables de participer à une activité facultative telle qu'une classe de neige, qui en raison par exemple de la pratique d'un sport et de la vie en collectivité comporterait des risques particuliers (3).

Le fait de ne pas avoir subi les vaccinations obligatoires sans motifs médicaux peut justifier un refus d'inscription dans un établissement scolaire ou la décision prise de ne plus admettre un enfant tant qu'il n'aura pas été satisfait aux prescriptions légales du Code de la santé publique (1).

Au reste, le décret du 28 février 1952 prévoit que dans la mesure où la famille ne peut produire un certificat attestant que l'enfant a subi les vaccinations obligatoires ou en est dispensé pour contre-indication médicale, "les vaccinations seront effectuées dans les trois mois qui suivent l'admission". Ce texte paraît donner à l'administration la possibilité de faire vacciner cet enfant par le médecin de santé scolaire. On peut cependant s'interroger sur le caractère attentatoire de la mise en œuvre d'une telle initiative à la liberté des parents. Ce n'est qu'à défaut de la justification des vaccinations obligatoires pratiquées, ou de contre-indications médicales, durant le délai de trois mois prévu par le décret du 28 février 1952, que l'élève doit être exclu de son établissement scolaire. Ce délai de trois mois, pour régulariser la situation vaccinale de l'enfant, est incompressible et son existence doit être portée à la connaissance des parents défaillants par les autorités de l'établissement scolaire (2).

En tout état de cause, l'administration détient des dispositions de l'article 4 du décret du 28 février 1952, la faculté de faire procéder à un examen de contrôle d'un certificat qui lui paraîtrait douteux, en se rapprochant, éventuellement par l'intermédiaire du médecin de l'Éducation nationale, du médecin responsable des vaccinations au service départemental des vaccinations.

Les impératifs de l'obligation de vaccination et, par voie de conséquence, de la protection de la santé publique sont tels qu'il est prévu par la note de service du 6 juin 1983 que les vaccinations des élèves soient systématiquement vérifiées lors des bilans de santé et lors des examens à la demande par le personnel médical et de santé des établissements scolaires.

Les élèves inscrits dans les établissements scolaires préparant à l'exercice des professions médicales ou de santé et devant effectuer une partie de leurs études dans un établissement ou un organisme de prévention ou de soins (exemple des stages dans les services hospitaliers) doivent être immunisés contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, en application de l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique et de l'arrêté du 6 février 1991 relatif aux conditions d'immunisation

(1) CE, Assemblée, 4 juillet 1958, Sieur Graff.

(2) TA, Lyon, 21 mars 1996, Aurélien Chautemps.

(3) CE, 1^{er} avril 1977, époux Deleersnyder.

des personnes visées au précédent article L. 3111-4.

Il s'agit d'une réglementation rigoureuse qui exige des élèves qu'ils apportent la preuve, au moment de leur inscription dans l'établissement scolaire, qu'ils ont bien subi les vaccinations imposées. À défaut, ils sont tenus de subir ces vaccinations qui peuvent être réalisées par les médecins de l'Éducation nationale ou un médecin de leur choix. Tant que l'immunisation n'est pas valablement acquise, ils ne peuvent être mis en contact avec des malades ou des produits susceptibles de leur transmettre l'infection. Quant aux élèves qui justifieraient d'une contre-indication temporaire à l'une ou à l'ensemble des vaccinations exigées, s'ils ont exemptés temporairement de l'obligation vaccinale, ils ne peuvent, pendant cette période, être affectés dans un service les exposant au risque infectieux.

4 - ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET CONTRACEPTION D'URGENCE

9. L'éducation à la sexualité va au-delà des objectifs de prévention des risques et d'information sur la contraception puisque, dans le cadre notamment de la circulaire du 19 novembre 1998, se développe une authentique démarche éducative qui passe par l'affirmation que la sexualité précoce n'est pas une conquête, que la relation sexuelle engage la personne toute entière et qu'elle doit donc être replacée dans sa dimension affective, fondée sur les valeurs d'estime de soi et de respect de l'autre. L'éducation à la sexualité associe aussi des actions de sensibilisation contre les violences sexuelles.

L'éducation à la sexualité est obligatoire dans les collèges dans le cadre des séquences d'éducation à la sexualité instituées par la circulaire du 19 novembre 1998, des rencontres éducatives sur la santé prévues par la circulaire du 24 novembre 1998 ainsi que dans celui des enseignements de sciences de la vie et de la Terre prévus par des arrêtés ministériels.

L'organisation de séquences d'éducation à la sexualité dans un but global d'éducation à la santé et aux fins notamment de prévenir les risques de transmissions de maladies sexuellement transmissibles ne méconnaît pas les principes de neutralité et de laïcité et n'a ni pour objet ni pour effet de porter atteinte aux convictions religieuses et philosophiques tant des élèves, que de leurs parents ou des enseignants (3).

L'éducation à la sexualité tire par ailleurs profit des campagnes nationales de sensibilisation telle celle lancée en janvier 2000 relative notamment à la sensibilisation des mineurs à la contraception et qui comportait en particulier la distribution de dépliants, à partir de la classe de Troisième, autour desquels

la communauté éducative devait organiser des actions d'information sur la contraception. Les principes de neutralité et de laïcité ne sauraient faire obstacle à ce que soient apportée aux élèves des lycées et collèges, notamment dans un but de santé publique, une telle information qui ne doit toutefois pas inciter les élèves à adopter un comportement sexuel particulier, ni comporter de mentions susceptibles de porter atteinte à la liberté de conscience ou de méconnaître la liberté des parents d'élever leurs enfants mineurs dans un sens conforme à leur conviction (16).

Après l'épisode juridictionnel médiatisé au premier semestre 2000 sur la faculté de délivrance par les infirmier(ère)s scolaires d'une contraception d'urgence à des élèves mineures ou majeurs (cf. § I), cette possibilité est désormais légale. La loi du 13 décembre 2000 dispose en effet que dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmier(ère)s peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, administrer aux élèves mineurs et majeures une contraception d'urgence. En l'état des médicaments et produits contraceptifs présents sur le marché pharmaceutique, le médicament contraceptif d'urgence susceptible d'être administré par les infirmier(ère)s scolaires est le NorLevo, qui n'est pas soumis à prescription obligatoire. Les infirmier(ère)s doivent enfin s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

5 - MALTRAITANCE ET VIOLENCE SEXUELLE

10. L'actualité ayant mis en lumière des faits de violence sexuelle commis au sein de l'institution scolaire ou à l'occasion d'activités extérieures organisées par des établissements, c'est pour prévenir de tels faits qu'a été prise la circulaire précitée du 26 août 1997 qui prescrit à l'ensemble de la communauté scolaire de redoubler de vigilance en ayant le double souci de la protection de l'enfant et de la présomption d'innocence qui s'attache à la personne mise en cause, en veillant à adopter, lorsque de tels faits sont révélés, une ligne de conduite différenciée selon la nature de l'information qui est portée à sa connaissance.

Dans le cadre général de la prévention des mauvais traitements, les médecins, ainsi que les personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les enseignants et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas d'enfants maltraités et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'ils appellent (cf.

(1) TA, Lyon, 17 juillet 1998, M. et Mme Tavel.

(2) CE, 4, juillet 1958, Sieur Graff précité ; CE, 16 octobre 1960, époux Gachet, arrêts confirmés par CE, 10 janvier 1996, Huret.

(3) CE, 18 octobre 2000, Association "Promouvoir".

article L. 542-1 du Code de l'éducation). Les visites médicales effectuées pendant le cours de la scolarité ont notamment pour objet de prévenir et de détecter les cas d'enfants maltraités.

Au moins une séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée est inscrite dans l'emploi du temps des élèves des écoles, des collèges et des lycées. Ces séances, organisées à l'initiative des chefs d'établissements, associent les familles et l'ensemble des personnels, ainsi que les services publics de l'État, les collectivités locales et les associations intéressées à la protection de l'enfance (cf. article L. 542-3 du Code de l'éducation).

Lorsqu'un médecin de l'Éducation nationale discerne qu'un élève auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison par exemple de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives (cf. article 44 du Code de déontologie médicale). Lorsqu'un infirmier ou une infirmière de l'Éducation nationale discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre également les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans (cf. article 7 du décret du 16 février 1993).

Au niveau du département, le service de l'aide sociale à l'enfance, service non personnalisé du département, est notamment chargé de mener, à l'occasion de l'ensemble de ses interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, d'organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et de participer à la protection de ceux-ci, en application de l'article L. 221-1-5° du Code de l'action sociale et des familles. Cette mission de protection des mineurs maltraités est menée par le service de l'aide sociale à l'enfance, en liaison avec le service départemental de protection maternelle et infantile et le service départemental d'action sociale ainsi qu'avec les autres services publics compétents dont nécessairement celui du service public de l'éducation (cf. article L. 226-1 du Code de la famille et de l'action sociale). C'est au président du conseil général de mettre en place, après concertation avec le préfet, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux questions d'urgence, selon des modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'État dans le département.

Un projet de circulaire relative aux missions des assistantes

sociales de l'Éducation nationale prévoit que ce soit le conseiller technique de service social auprès de l'inspecteur d'académie qui définisse au niveau de son service les modalités de transmission des signalements d'enfants en danger à l'autorité administrative ou judiciaire. Dans son secteur d'intervention, l'assistante sociale de l'Éducation nationale a une mission de conseil au sein de l'établissement scolaire pour la prévention et la gestion des difficultés relevant du champ social, notamment la protection de l'enfance et des mineurs en danger. Auprès des élèves, sa mission est de leur apporter aide, conseil et soutien et de participer prioritairement à la prévention et à la protection des mineurs en danger.

IV. PROPHYLAXIE

1 - MALADIES CONTAGIEUSES

11. Des mesures de prophylaxie sont obligatoirement prises à l'égard des élèves et des personnels atteints de maladies contagieuses ou ayant été au contact d'une personne présentant une telle affection. La durée et les conditions d'éviction consécutives aux maladies contagieuses sont précisées par l'arrêté du 3 mai 1989 qui énumère les maladies considérées. Les mesures de dépistage et de prophylaxie incombent aux services départementaux de l'action sanitaire et sociale.

La circulaire du 12 janvier 2001 insiste sur le rôle de conseil du médecin de l'Éducation nationale auprès du chef d'établissement dans l'application des mesures prophylactiques de protection individuelle ou collective.

Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins, donc également ceux de l'Éducation nationale, et les responsables des services et laboratoires d'analyses de biologie médicales publics et privés les maladies figurant sur la liste dressée par le décret du 6 mai 1999. Le dispositif prévu en la matière à l'article L. 3113-1 et aux articles R. 11-1 à R. 11-4 du Code de la santé publique a pour seul objet d'établir les conditions de déclaration de certaines maladies et ne concerne pas les mesures prises par les autorités sanitaires pour prévenir les risques en matière de santé publique.

2 - RESTAURATION SCOLAIRE

12. Lorsque l'établissement scolaire dispose d'un service de restauration collective, le chef d'établissement doit veiller, en liaison avec les autorités administratives compétentes, à prendre les mesures de prophylaxie en matière d'hygiène

alimentaire prescrites par l'instruction générale, plusieurs fois modifiées, annexée à la circulaire du 6 mars 1968. Cette circulaire est susceptible d'être abrogée et remplacée par une prochaine circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments.

En cas de suspicion d'un foyer de toxi-infection alimentaire, la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (État) doit en être tenu informée sans délai. La listériose et les toxi-infections alimentaires collectives sont en effet sur la liste des maladies qui justifient une intervention urgente locale, nationale ou internationale et doivent être signalées sans délai à l'autorité sanitaire en application de l'article L. 3113-1 du Code de la santé publique.

Des conseils sur la conduite à tenir dans un cas de toxi-infections alimentaires sont donnés par la circulaire du 26 octobre 1990. Une intoxication alimentaire due aux non respect des règles d'hygiène constitue une faute de nature à engager la responsabilité pleine et entière de l'État (1).

IV. ACCUEIL DES ÉLÈVES HANDICAPÉS OU ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTÉ

1 - ACCUEIL DES ÉLÈVES HANDICAPÉS

13. Le maintien ou l'intégration des enfants et des adolescents handicapés en milieu scolaire ordinaire constitue un objectif prioritaire prescrit par la loi du 30 juin 1975. Aux termes des articles L 112-1 à L. 112-3 du Code l'éducation, les enfants et adolescents handicapés peuvent recevoir une éducation ordinaire dans un établissement scolaire ou, à défaut, une éducation spéciale qui associe des actions pédagogiques pouvant être assurées soit dans des établissements scolaires ordinaires, soit dans des établissements ou par des services spécialisés, même au-delà de l'obligation scolaire.

Deux secteurs partagent, pour l'essentiel, la mission de prise en charge ou d'accueil des enfants et adolescents en très grande difficulté ou handicapés : d'une part, le secteur de l'adaptation et de l'intégration scolaire (AIS) du ministère de l'Éducation nationale et, d'autre part, le secteur médico-éducatif sous l'autorité, la tutelle ou la surveillance du ministère chargé de l'action sanitaire et sociale.

Outre l'hypothèse de la scolarisation de ces élèves en classe ordinaire, les classes d'intégration scolaire (CLIS), les unités pédagogiques d'intégration (UPI), les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et les établissements

régionaux d'enseignement adapté (EREA) s'insèrent dans le secteur de l'adaptation et de l'intégration scolaire de l'Éducation nationale.

Les modalités de mise en œuvre de l'objectif d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés, notamment par avec des projets d'intégration, sont précisées pour le service public de l'éducation par diverses instructions : circulaires du 29 janvier 1982, du 29 janvier 1983, du 18 novembre 1991, du 17 mai 1995, du 19 novembre 1999 et 21 février 2001. La dernière circulaire précise que l'intégration individuelle, et les solutions de proximité qu'elle rend possibles, continue à être privilégiée lorsqu'elle répond aux besoins de l'élève et qu'elle est conforme aux souhaits de parents. Toutefois, certains élèves ne peuvent réussir leur scolarité du fait de contraintes qui ne peuvent être objectivement prises en compte dans le cadre d'une classe ordinaire. Des modalités de scolarisation plus souples, plus diversifiées sur le plan pédagogique peuvent leur être offertes par les dispositifs collectifs d'intégration, qui dans le second degré reçoivent désormais le vocable d'unités pédagogiques d'intégration.

L'admission des élèves handicapés est subordonnée à l'examen de leur situation par une commission de l'éducation spéciale qui détermine le type de scolarité ordinaire ou, le cas échéant, adaptée. Cette commission prévue à l'article L. 351-2 du Code de l'éducation et dont les compétences sont rappelées par la circulaire du 22 avril 1976, désigne les établissements correspondant aux besoins de l'enfant et en mesure de l'accueillir sa décision s'imposant au chef d'établissement qui est tenu d'accueillir l'élève handicapé. L'accord de cette commission est requis lorsque l'organisation de soins ou de soutiens spécialisés est liée à la décision d'admission. Ainsi, l'intégration scolaire des élèves handicapés peut exiger l'intervention de personnels spécialisés extérieurs à l'établissement scolaire qui assurent des soins dans ou hors les locaux scolaires.

Les locaux scolaires sont réputés accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite, notamment à celles qui circulent en fauteuil roulant, lorsqu'ils leur offrent la possibilité d'y pénétrer, d'y circuler, d'en sortir dans des conditions normales de fonctionnement et de bénéficier de toutes les prestations qui ne sont pas manifestement incompatibles avec la nature même du handicap (art. 1 et 2 du décret du 9 décembre 1978). Le chef d'établissement doit, dans ces conditions, prendre toutes les dispositions nécessaires pour que l'élève handicapé puisse avoir accès aux mêmes enseignements que les autres élèves y compris ceux dispensés dans des salles spécialisées (laboratoire, etc.).

L'intégration scolaire des élèves handicapés peut poser des problèmes de responsabilité. Il incombe au chef d'établissement d'assurer, au nom de l'État, la sécurité des personnes dans l'établissement. Tout manquement de sa part pourra entraîner

(1) TA, Strasbourg, 28 septembre 1993, SIS du canton de Wintzenheim.

la condamnation de l'État en cas de dommages sur le fondement de la loi du 5 avril 1937. Ainsi, la Cour de cassation a retenu la responsabilité de l'État au motif que l'enseignant chargé de la surveillance avait laissé, sans appui, un jeune handicapé au milieu d'un groupe d'enfants alertes dont il avait peine à suivre la marche rapide (1).

2 - ACCUEIL DES ÉLÈVES ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTÉ

14. Les élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur de longues périodes et compatibles avec une scolarité ordinaire sont accueillis dans les établissements scolaires, selon des modalités fixées par la circulaire du 10 novembre 1999. Un projet d'accueil individualisé de l'élève peut être mis au point à la demande de la famille en concertation avec le médecin de l'Éducation nationale et le médecin traitant prescripteur. Il a pour objet de définir les mesures particulières qui doivent être prises à l'égard de l'élève afin qu'il puisse suivre son traitement et pour que sa sécurité soit assurée. Sont fixées notamment dans ce document la fréquence des interventions médicales ou de soutien, les adaptations apportées à la scolarité de l'élève (aménagement d'horaires, dispenses de certaines activités pédagogiques incompatibles avec sa santé, etc.).

L'hypothèse d'une injection médicamenteuse en cas d'urgence par des personnels qui ne sont pas de santé est limitée aux traitements médicamenteux par auto-injection, comme le précise la circulaire du 10 novembre 1999 qui reconduit par ailleurs les possibilités de traitements médicamenteux oraux ou inhalés. En cas d'accident, l'enseignant bénéficiera du régime particulier de substitution de responsabilité de la loi du 5 avril 1937.

De même, lorsque l'état de santé de l'enfant exige des soins, le chef d'établissement fait appel au médecin ou à l'infirmière afin de rechercher, avec le médecin traitant et la famille, les solutions envisageables. Si une infirmière est affectée dans l'établissement scolaire, celle-ci peut assurer les soins à l'enfant dans la limite des dispositions du décret du 15 mars 1993.

En présence d'une maladie évolutive par crises ou par accès, un protocole d'intervention en cas d'urgence rédigé par le médecin traitant prescripteur et adressé au médecin de l'Éducation nationale pour être notamment joint au projet d'accueil finalisé, précise les signes d'appel et symptômes visibles de la maladie, les mesures à prendre pour assurer la mise en sécurité de l'élève et les informations à fournir au médecin d'urgence. Si des soins d'urgence doivent être pratiqués, il convient de se référer au dispositif obligatoirement mis en place dans l'établissement scolaire dans le cadre de la médecine de soins et de ce protocole d'intervention particulier à l'élève. Dans l'éventualité où le protocole d'intervention en cas d'urgence prévoit qu'une injection médicamenteuse puisse être pratiquée, selon

les instructions médicales précises contenues dans ledit protocole, par des adultes de la communauté scolaire qui ne sont pas des personnels de santé, il doit être alors prévu que le médecin de l'Éducation nationale compétent fournisse aux personnels de l'établissement scolaire accueillant l'enfant bénéficiaire du projet d'accueil, sur les modalités de cette injection. Avant de prévoir cette hypothèse d'injection médicamenteuse, le médecin traitant prescripteur devra s'être assuré auprès du médecin de l'Éducation nationale que l'information et la formation des personnels de l'établissement puisse être effectivement mise en œuvre. Les parents devront avoir donné une autorisation explicite pour que le personnel de la communauté éducative puisse pratiquer cette injection dans l'attente des secours médicalisés qui, bien entendu, prendront l'enfant en charge dans les meilleurs délais. En tout état de cause, il appartient au médecin traitant et prescripteur, en liaison avec le médecin de l'Éducation nationale, de décider si la prise d'un médicament même en cas d'urgence, nécessite exclusivement l'intervention d'un auxiliaire médical ou d'un médecin. Les membres de la communauté éducative doivent prendre conscience que le médecin prescripteur n'a prévu cette éventualité que dans des situations exceptionnelles mettant en danger la vie d'un enfant.

Des mesures permettent donc de favoriser l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période, qui passent par la mise en œuvre d'un projet d'accueil individualisé dans les conditions précisées par la circulaire du 10 novembre 1999.

Pour ceux des jeunes et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période qui ne peuvent, compte tenu de leur état de santé, être accueillis dans l'établissement scolaire où ils sont administrativement inscrits ou dans une structure assurant un suivi scolaire, des dispositifs d'assistance pédagogique sont développés localement selon des modalités précisées par la circulaire du 17 juillet 1998.

Le droit à l'éducation, garanti à chacun en vertu de l'article L. 111-1 du Code de l'éducation, concerne donc également les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé, quelle que soit leur situation, par exemple hospitalisation dans un établissement de santé, soins de suite et de réadaptation, soins à domicile. Ce principe a également conduit à assurer un suivi scolaire au sein des grandes structures hospitalières, ou de manière générale dans des établissements à caractère médical, sanitaire ou social, notamment au niveau de l'enseignement du premier degré. Ce sont les progrès dans le domaine médical, notamment en particulier au niveau de la mise en œuvre des traitements, qui ont permis à ces jeunes de bénéficier d'alternatives par exemple à l'hospitalisation, qui peuvent rendre possibles des projets d'accueil individualisés et des assistances pédagogiques à domicile.

(1) Cass., 6 juillet 1994, préfet de la Haute-Marne c/ Baguenard.

Textes de référence

- Code de l'éducation, art. L. 111-1, L. 112-1 à L. 112-3, L. 351-1 et L. 351-2, L. 541-1 à L. 541-6, L. 542-1 à L. 542-3 et L. 913-1.
- Code de la santé publique, art. L. 3111-1 à L. 3111-4, L. 3112-1 et L. 3113-1.
- Code pénal, art. L. 227-19.
- Code du travail, art. L. 231-2-2 et R. 234-22.
- Code de la famille et de l'action sociale, art. L. 221-1 et L. 226-1 et suivants.
- Code des débits de boissons et de mesures de lutte contre l'alcoolisme, art. L. 20.
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 modifiée portant loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (RLR 501-0).
- Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.
- Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.
- Décret n° 85-924 du 30 août 1985 modifié relatif aux établissements publics locaux d'enseignement, art.3, 8-2°-c), 11, 16-7°-c), 30, 33, 57 (RLR 520-0).
- Code de la santé publique relatifs à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés, art. R. 44-1 à R. 44-6.
- Décret n° 52-247 du 28 février 1952 modifié sur l'organisation du service des vaccinations antidiphthérique-antitétanique et antitypho-parathyphoïdique (non publié au RLR) et décret n° 65-213 du 19 mars 1965 relative à la vaccination antipolio-myélique.
- Décret n° 78-109 du 1^{er} février 1978 portant mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapés à mobilité réduite les installations neuves ouvertes au public et décret n° 78-1167 du 9 décembre 1978 portant mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations ouvertes au public existantes appartenant à certaines personnes publiques et à adapter les services de transport public pour faciliter les déplacements des personnes handicapées (RLR 171-4a).
- Décret n° 85-924 du 30 août 1985 modifié relatif aux établissements publics locaux d'enseignement (RLR 520-0).
- Décret n° 88-977 du 11 octobre 1988 : contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement (RLR 930-1).
- Décret n° 91-1194 du 27 novembre 1991 : commission d'hygiène et de sécurité dans les lycées techniques ou professionnels (RLR 563-1).
- Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
- Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale.
- Décret n° 99-362 du 6 mai 1999 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées à l'article L 3113-1 du Code de la santé publique et insérant dans le Code de la santé publique les articles R. 11-1 à R. 11-4.
- Décret n° 99-363 du 6 mai 1999 fixant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.
- Arrêté du 3 mai 1989 : durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics ou privés en cas de maladies contagieuses (RLR 505-5).
- Arrêté du 13 septembre 1989 : contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement (RLR 930-1).
- Arrêté du 6 février 1991 : conditions d'immunisation des personnes visées par l'article L. 10 du Code de la santé publique (RLR 505-6).
- Circulaire du 6 mars 1968 modifiée : instruction générale relative aux mesures de prophylaxie à prendre en matière d'hygiène alimentaire dans les établissements publics et universitaires et scolaires (cette circulaire sera abrogée et remplacée par la prochaine circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments).
- Circulaire IV-68-275 du 26 juin 1968 relative au dossier d'inscription des élèves des établissements du second degré (RLR 522-0).
- Circulaire n° 76-156 et n° 31 du 22 avril 1976 relative à la composition et au fonctionnement des commissions de l'éducation spéciale (RLR 516-1).
- Circulaire n° 82/2 et 82-048 du 29 janvier 1982 portant mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés (RLR 501-0).

- Circulaire n° 83-082, 83-4 et 3/83/S du 29 janvier 1983 portant mise en place d'actions de soutiens et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés ou en difficultés en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement (RLR 501-5).
- Note de service n° 83-226 du 6 juin 1983 relative au contrôle du respect des vaccinations obligatoires (RLR 505-6).
- Circulaire n° 86-144 du 20 mars 1986 relative à la médecine de soins dans les établissements publics d'enseignement (RLR 505-4).
- Circulaire n° 90-290 du 26 octobre 1990 relatif aux accidents alimentaires collectifs en milieu scolaire (RLR 505-9).
- Circulaire n° 91-303 du 18 novembre 1991 relative à la scolarisation des enfants et adolescents accueillis dans les établissements à caractère médical, sanitaire et social (RLR 516-3) (pour le système des annexes pédagogiques dans l'enseignement du second degré, projet d'un nouveau texte remplaçant un texte incomplet de 1966).
- Circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991 relative à la scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire et aux classes d'intégration scolaire (RLR 516-4).
- Circulaire n° 95-124 du 17 mai 1995 relative à l'intégration scolaire des préadolescents et adolescents présentant des handicaps au collège et au lycée et circulaire n° 95-125 du 17 mai 1995 relative à la mise en place de dispositifs permettant des regroupements pédagogiques d'adolescents présentant un handicap mental : les UPI (RLR 501-5).
- Circulaire n° 95-221 du 12 octobre 1995 relative à la mise en place du cahier de l'infirmier(ère) (RLR 505-4).
- Circulaire n° 96-158 du 31 mai 1996 sur les jeunes et l'alcool (RLR 505-7).
- Circulaire n° 97-175 du 26 août 1997 portant instruction concernant les violences sexuelles (RLR 552-4 et 506-1).
- Circulaire n° 98-151 du 17 juillet 1998 relative à l'assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période (RLR 505-1).
- Circulaire n° 98-234 du 19 nov. 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida (RLR 525-0).
- Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège (RLR 525-0).
- Circulaire n° 99-135 du 20 septembre 1999 relative à la campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens - année 1999-2000 (RLR 505-7).
- Circulaire n° 99-1841 du 10 novembre 1999 relative à l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période dans le premier et second degré (RLR 501-5).
- Circulaire n° 99-1841 du 10 novembre 1999 relative à l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période dans le premier et second degré et Numéro Hors série de mai 2000 de la revue Réadaptation sur le thème de l'accueil à l'école, au collège et au lycée des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé coéditée par l'Office nationale d'information sur les enseignements et les professions et le Centre national d'information sur la réadaptation.
- Circulaire n° 99-187 du 19 novembre 1999 relative à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés et circulaire n° 99-188 du 19 novembre 1999 relative à la mise en place des groupes départementaux de coordination Handiscol' (RLR 501-5).
- Note du 29 décembre 1999 portant protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (RLR 505-7).
- Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves (RLR 505-7).
- Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins de l'éducation nationale (RLR 505-7).
- Circulaire n° 2001-14 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmier(ère)s de l'Éducation nationale (RLR 505-7).
- Circulaire n° 2001-035 du 21 février 2001 relative à la scolarisation des élèves handicapés dans les établissements du second degré et au développement des unités pédagogiques d'intégration
- Projet de circulaire sur les missions des assistantes sociales de l'Éducation nationale.
- Projet de circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments.